

รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗



จิตวิญญาณสมัชชา
และธรรมเนียมว่าด้วย
สุขภาพแห่งชาติ



โอกาสและความท้าทาย
ต่อสุขภาพะ
จากวิกฤตซ้ำซ้อน



ร่วมฝ่าวิกฤต
ความไม่เป็นธรรม
นำสังคมสู่สุขภาพะ



รับมือภัยพิบัติ
จัดการภัยสุขภาพะ



ทุกนโยบาย
ห่วงใยสุขภาพะ



สานพลัง
สร้างสุขภาพะชุมชน



เดินหน้าสานฉันท
ร่วมกันปฏิรูป
สังคมสุขภาพะ

รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗



จิตวิญญาณสมัชชา
และธรรมเนียมว่าด้วย
สุขภาพแห่งชาติ



โอกาสและความท้าทาย
ต่อสุขภาพะ
จากวิกฤตซ้ำซ้อน



ร่วมฝ่าวิกฤต
ความไม่เป็นธรรม
นำสังคมสู่สุขภาพะ



รับมือภัยพิบัติ
จัดการภัยสุขภาพะ



ทุกนโยบาย
ห่วงใยสุขภาพะ



สานพลัง
สร้างสุขภาพะชุมชน



เดินหน้าสมานฉันท์
ร่วมกันปฏิรูป
สังคมสุขภาพะ

รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗

ISBN ๙๗๘ - ๖๑๖ - ๑๖๙๗ - ๔๒ - ๐

พิมพ์ครั้งที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ที่ปรึกษา

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการบริหาร

อำพล จินดาวัฒนะ
กรรณิการ์ บรรเท็งจิตร
อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา
พัชรา อุบลสวัสดิ์

กองบรรณาธิการ

วรรณวิมล ขวัญยาใจ
สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร
วิไลวรรณ สิริสุทธิ
วันวิสา แสงทิม
ศิริเพ็ญ ก่องแก้วรัมย์
รัฐวรรณ เฮงสีหาพันธ์
สายใจ ปัสตัน

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ หมู่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑ - ๒
อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th
Facebook www.facebook.com/HealthAssembly

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันสวย

๔๙/๘๓ ม.๙ ซ.ติวานนท์-ปากเกร็ด ๓๔ ถ.ติวานนท์ ต.บางพูด
อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี ๑๑๑๒๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๘๔ ๗๒๐๒ โทรสาร ๐ ๒๕๘๔ ๗๑๖๑

คำนำ

“สมัชชาสุขภาพ” ได้รับการบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓ โดยให้ความหมายของคำว่า “สมัชชาสุขภาพ” ไว้ว่าหมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” และในมาตรา ๔๑ บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ขึ้นมา ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการจัดการประชุม และดำเนินการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว

“สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ได้จัดขึ้นอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาแล้วจำนวน ๗ ครั้ง คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๗ ซึ่งสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีฉันทมติร่วมกันไปแล้ว ๖๔ มติ มีหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายได้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวไปปฏิบัติจนเกิดเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่งแล้วนั้น

เอกสารรวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗ ฉบับนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้รวบรวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกมติ รวมทั้งภาคผนวก เพื่อให้ทุกหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการอ้างอิง และขับเคลื่อนมติฯ อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

พฤษภาคม ๒๕๕๘

สารบัญ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗	๑
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑	๓
มติ ๑.๑	๕
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	
หลัก ๑ / ๑	๗
มติ ๑.๒	๑๒
การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย	
ภาคผนวก แนบมติ ๑.๒	๑๓
หลัก ๑ / ๒	๑๗
หลัก ๑ / ๒ / ๑	๒๑
มติ ๑.๓	๒๕
นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม	
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้	
ภาคผนวก แนบมติ ๑.๓	๒๖
หลัก ๑ / ๓	๓๑
หลัก ๑ / ๓ / ๑	๓๖
มติ ๑.๔	๔๐
การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี	
หลัก ๑ / ๔	๔๒
มติ ๑.๕	๔๖
เกษตรและอาหารในยุควิกฤต	
หลัก ๑ / ๕	๔๙
มติ ๑.๖	๕๒
ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	
หลัก ๑ / ๖	๕๔
มติ ๑.๗	๕๙
บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ	
และทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม	
หลัก ๑ / ๗	๖๒
มติ ๑.๘	๖๘
ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	
หลัก ๑ / ๘	๗๑
มติ ๑.๙	๗๖
ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว	
หลัก ๑ / ๙	๗๘
มติ ๑.๑๐	๘๒
สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครภ์ที่ไม่พร้อม	
และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
หลัก ๑ / ๑๐	๘๕
มติ ๑.๑๑	๙๑
ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย	
หลัก ๑ / ๑๑	๙๓
มติ ๑.๑๒	๙๕
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ	
หลัก ๑ / ๑๒	๙๗
มติ ๑.๑๓	๑๐๒
การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์	
หลัก ๑ / ๑๓	๑๐๖
มติ ๑.๑๔	๑๑๑
วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย	
หลัก ๑ / ๑๔	๑๑๓

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒		๑๑๙
มติ ๑	การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๕	๑๒๑ ๑๒๔
มติ ๒	แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑๑	๑๒๙ ๑๓๑
มติ ๓	การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๔	๑๓๖ ๑๓๘
มติ ๔	ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และ สุขภาพของผู้ป่วย สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔. ผนวก ๑ สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๘	๑๔๔ ๑๔๖ ๑๔๙
มติ ๕	ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕. ผนวก ๑ สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑๐	๑๕๕ ๑๕๗ ๑๘๘
มติ ๖	โรคติดต่ออุบัติใหม่ สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๒ สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๒ / ผนวก ๑ . แก้ไข ๑	๑๙๒ ๑๙๔ ๒๐๑
มติ ๗	การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๖	๒๐๓ ๒๐๗
มติ ๘	การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘. ผนวก ๑ สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๙	๒๑๒ ๒๑๔ ๒๒๑
มติ ๙	การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๗	๒๒๖ ๒๒๙
มติ ๑๐	การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑	๒๓๔ ๒๓๖
มติ ๑๑	การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๓	๒๔๒ ๒๔๕
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓		๒๕๓
มติ ๑	มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน สมัชชาสุขภาพ ๓. มติ ๑. ผนวก ๑ สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๕ สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๕ / ผนวก ๑	๒๕๕ ๑๕๗ ๒๖๑ ๒๖๗
มติ ๒	ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๓	๒๗๑ ๒๗๓
มติ ๓	การควบคุมกมลยุทธ์การค้าตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๒	๒๘๑ ๒๘๔

	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๒ / หมวด ๑	๒๙๒
มติ ๔	นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	๓๐๐
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๘	๓๐๓
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๘ / หมวด ๑	๓๑๑
มติ ๕	นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ	๓๒๐
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๗	๓๒๒
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๗ / หมวด ๑	๓๒๘
มติ ๖	มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ	๓๒๙
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖	๓๓๒
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖ / หมวด ๑	๓๓๘
มติ ๗	ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ	๓๕๑
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๑	๓๕๔
มติ ๘	การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครุฑที่ไม่พร้อม	๓๖๒
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔	๓๖๕
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔ / หมวด ๑	๓๗๒
มติ ๙	การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ	๓๘๗
	สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๑๕	๓๙๐

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔

	มติ ๑	ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ	๓๙๗
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๒	๔๐๑
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๒ / หมวด ๑	๔๐๖
มติ ๒		การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)	๔๑๐
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๖	๔๑๒
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๖ / หมวด ๑	๔๒๑
มติ ๓		การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง	๔๒๒
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๔	๔๒๕
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๔ / หมวด ๑	๔๓๑
มติ ๔		การบริหารจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน	๔๓๖
		โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน	
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๕	๔๓๘
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๕ / หมวด ๑	๔๔๔
มติ ๕		การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๔๔๗
		ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๑	๔๕๐
มติ ๖		การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน	๔๕๖
		ในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ	
		สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๓	๔๕๙

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕		๔๖๖
มติ ๑	การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน	๔๖๘
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑	๔๗๑
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑ / ผนวก ๑	๔๗๘
มติ ๒	การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล	๔๘๓
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๖	๔๘๖
มติ ๓	การปฏิรูปการศึกษาระดับมัธยมศึกษาให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ในบริบทสังคมไทย	๔๙๓
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๔	๔๙๕
มติ ๔	การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	๔๙๙
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗	๕๐๒
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗ / ผนวก ๑	๕๑๐
มติ ๕	ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	๕๑๑
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๘	๕๑๓
มติ ๖	การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)	๕๒๐
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / มติ ๖ / ผนวก ๑	๕๒๒
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕	๕๒๖
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕ / ผนวก ๑	๕๓๒
มติ ๗	พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ	๕๓๓
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๓	๕๓๖
มติ ๘	การพัฒนาเกลือและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร	๕๔๔
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙	๕๔๗
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙ / ผนวก ๑	๕๕๓
มติ ๙	การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที	๕๕๖
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๒	๕๕๙
มติ ๑๐	เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	๕๖๗
มติ ๑๑	เกลือและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	๕๖๙
	สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑๐	๕๗๐

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖		๕๘๙
มติ ๑	นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน	๕๙๑
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๔	๕๙๓
มติ ๒	เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย	๖๐๑
	สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๒. ผนวก ๑	๖๐๓
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๖	๖๐๖
มติ ๓	แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน	๖๑๒
	สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๓. ผนวก ๑	๖๑๔
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑	๖๓๙

มติ ๔	แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑	๖๔๕
	สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๔. ผนวก ๑	๖๔๗
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๒	๖๕๑
มติ ๕	ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน	๖๕๕
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๓	๖๕๘
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๓ / ผนวก ๑	๖๖๗
มติ ๖	การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๖๖๘
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๕	๖๗๑
มติ ๗	การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม	๖๗๙
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๗	๖๘๑
มติ ๘	การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย	๖๘๗
	สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๘. ผนวก ๑	๖๘๘
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐	๖๙๗
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๑	๗๐๔
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๒	๗๐๗
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๓	๗๑๐
	สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๔	๗๑๒
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗		๗๑๕
มติ ๑	การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง	๗๑๗
	สมัชชาสุขภาพ ๗. มติ ๑. ผนวก ๑	๗๒๐
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑	๗๓๒
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑ / ผนวก ๑	๗๓๘
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑ / ผนวก ๒	๗๓๙
มติ ๒	การพัฒนากระบวนการประเมินและตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ	๗๔๐
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๓	๗๔๓
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๓ / ผนวก ๑	๗๕๑
มติ ๓	การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน	๗๕๒
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๔	๗๕๕
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๔ / ผนวก ๑	๗๖๓
มติ ๔	การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย	๗๗๑
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๒	๗๗๕
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๒ / ผนวก ๑	๗๘๒

มติ ๕	การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย	๗๙๐
	สมัชชาสุขภาพ ๗. มติ ๕. ผนวก ๑	๗๙๒
	ภาคผนวก ๑ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ	๘๑๒
	ภาคผนวก ๒ ตัวอย่างและชื่อหน่วยงาน	๘๑๓
	สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๕	๘๑๔

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ครั้งที่ ๗

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

- มติ ๑.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
 หลัก ๑ / ๑
- มติ ๑.๒ การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย
 ภาคผนวก แขนงมติ ๑.๒
 หลัก ๑ / ๒
 หลัก ๑ / ๒ / ๑
- มติ ๑.๓ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
 ในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 ภาคผนวก แขนงมติ ๑.๓
 หลัก ๑ / ๓
 หลัก ๑ / ๓ / ๑
- มติ ๑.๔ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
 หลัก ๑ / ๔
- มติ ๑.๕ เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
 หลัก ๑ / ๕
- มติ ๑.๖ ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 หลัก ๑ / ๖
- มติ ๑.๗ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ
 และทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
 หลัก ๑ / ๗
- มติ ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
 หลัก ๑ / ๘
- มติ ๑.๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
 หลัก ๑ / ๙
- มติ ๑.๑๐ สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
 และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 หลัก ๑ / ๑๐
- มติ ๑.๑๑ ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
 หลัก ๑ / ๑๑
- มติ ๑.๑๒ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
 หลัก ๑ / ๑๒
- มติ ๑.๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
 หลัก ๑ / ๑๓
- มติ ๑.๑๔ วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย
 หลัก ๑ / ๑๔

มติ ๑.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

รับทราบ ถึงบทบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕ (๑) มาตรา ๔๖, ๔๗ และ ๔๘ ที่กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติโดยนำความเห็นของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย เพื่อสำหรับใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยเมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้รายงานต่อรัฐสภาและประกาศในราชกิจจานุเบกษา และให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

ตระหนัก ถึงความสำคัญของธรรมนูญฯ ที่เป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social commitment) อันถือเป็นเอกสารหลัก สำหรับกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคต

รับทราบและชื่นชม กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการจัดทำสาระสำคัญของธรรมนูญฯ และกระบวนการแปลงธรรมนูญฯ สู่การปฏิบัติ ซึ่งนับเป็นกระบวนการและนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญที่สุดในการเชื่อมโยงองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพบนหลักการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์

รับทราบ ว่าภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่” สำหรับเป็นกรอบแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ชุมชนและท้องถิ่นของตนซึ่งใกล้ชิดและเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นชอบกับสาระในร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ตามที่ปรากฏในภาคผนวก โดยมีความเห็นเพิ่มเติม ดังแนบ

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำความเห็นเพิ่มเติมจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ เสนอคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประกอบการปรับปรุงร่างธรรมนูญฯ ก่อนนำเสนอคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณารับรองต่อไป ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

๒.๒ เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วประเทศ มีการดำเนินงานตามธรรมนูญฯ อย่างกว้างขวาง

๒.๓ ติดตามผลการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติเพื่อรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกสองปี

๓. ขอให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วน
ทุกระดับ พิจารณาดำเนินการ

๓.๑ นำธรรมเนียมปฏิบัติ ไปใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงาน
ด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นตามอำนาจหน้าที่ของตน

๓.๒ สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในทุกระดับ และร่วม
ผลักดันให้มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมด้วย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๑. ความเป็นมา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕ (๑) กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สำหรับใช้เป็นกรอบ และแนวทาง ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีองค์ประกอบตามหมวด ๕ มาตรา ๔๖ - ๔๘ โดยให้นำความเห็นของสมัชชาสุขภาพ มาประกอบในการจัดทำธรรมนูญฯ และให้นำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา ให้ความเห็นชอบ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา นอกจากนี้ยังกำหนดให้ทบวง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยทุกห้าปี

๒. สถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ ในทางกฎหมาย ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ทั้งนี้เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๘

๒.๒ ในทางสังคม ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social commitment) ให้สามารถใช้อ้างอิง (reference) สำหรับกำหนดทิศทางและเป้าหมาย ของระบบสุขภาพ ในอนาคต กระบวนการจัดทำ สำคัญและกระบวนการแปลงธรรมนูญสู่การปฏิบัติ จึงมีสถานะเป็นกลไกและ กระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนการ พัฒนาระบบสุขภาพ บนหลักการมีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงความ จำเป็นและผลประโยชน์ ของทุกภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ได้แก่ การสานพลังนโยบาย พลังความรู้ และพลังทางสังคม

๓. ระบบและกลไกในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

คสช. ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๐ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ และการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๑ เมื่อวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๑ เห็นชอบข้อเสนอ ระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามที่คณะทำงานยกร่างระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเสนอ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ผ่านการพิจารณาของที่ประชุม ”ขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ” เมื่อวันที่ ๑-๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ ณ อาคารสหประชาชาติ กรุงเทพฯ

๓.๑ หลักการสำคัญในการจัดทำธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ มี ๒ ประการคือ

๑) ต้องทำให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีความสำคัญ มีคุณค่า ดังนั้นระบบ และกลไกในการจัดทำจึงต้องได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน องค์กรภาคีต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วม เปิดช่องทางรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน และมีการจัดทำอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญ

๒) ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่” เพื่อให้พื้นที่ได้มีกรอบแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ใกล้ตัวและเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๓.๒ กลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (รองนายกรัฐมนตรี ฯพณฯ ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม) ได้มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ ๑/๒๕๕๑ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน มีหน้าที่รับผิดชอบภาพรวมของการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งเนื้อหาสาระและกระบวนการ

ต่อมา ประธานกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๕๑ และ ๒/๒๕๕๑ แต่งตั้งอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รวม ๖ คณะ ดังนี้

๑) คณะอนุกรรมการยกร่างกรอบและสาระสำคัญตามมาตรา ๔๗ (๑) (๒) (๓) มี ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำกรอบการจัดทำ และสาระสำคัญที่เป็นแนวคิด ทิศทางร่วมของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทั้งฉบับ

๒) คณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามมาตรา ๔๗ (๔) (๕) (๖) (๑๒) มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำสาระสำคัญส่วนที่สัมพันธ์กับระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๓) คณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามมาตรา ๔๗ (๙) (๑๐) (๑๑) มี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำสาระสำคัญที่เป็นส่วนสนับสนุนระบบสุขภาพ ได้แก่ การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

๔) คณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามมาตรา ๔๗ (๗) มี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำสาระสำคัญเรื่องการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

๕) คณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามมาตรา ๔๗ (๘) มี นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นประธาน มีหน้าที่จัดทำสาระสำคัญเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค

๖) คณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคมและจัดกระบวนการรับฟังความเห็น มี นายสมชาย แสวงการ เป็นประธาน ทำหน้าที่สื่อสารทางสังคมเพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามีส่วนร่วมในการยกร่าง ตลอดจนจัดกระบวนการรับฟังและประมวลความเห็นจากทุกภาคส่วน

การทำงานของอนุกรรมการทุกชุดเชื่อมโยงกันและอยู่ในการกำกับดูแลของคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยประธานอนุกรรมการทุกคณะเป็นกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติด้วย

๔. รูปแบบการเขียนเอกสารธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๑ เมื่อ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๑ ที่ประชุมได้เห็นชอบรูปแบบการเขียนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยให้ประกอบด้วย เอกสาร ๒ ชุดคือ

๔.๑ เอกสารฉบับหลัก: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ เป็นเล่มสาระหลัก ใช้ในการนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเห็นชอบ

ลักษณะการเขียน

๑) ไม่เขียนเป็นกฎหมาย แต่ต้องรักษาความเป็น “ธรรมนูญ” ซึ่งเป็นกรอบและแนวทางการกำหนดนโยบายและแผน ที่มีฐานะเป็นมติคณะรัฐมนตรีไว้

๒) ข้อความกระชับ จับใจ สื่อความหมายชัดเจน

๓) องค์ประกอบของเอกสารหลัก ประกอบด้วย

๓.๑) คำปรารภที่อธิบาย ความเป็นมา ความหมายและสถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๓.๒) นิยามศัพท์ที่ปรากฏในเอกสารหลัก

๓.๓) ข้อความในหมวด ๑ ถึง ๑๒ โดยให้เป็นไปตามมาตรา ๔๗ (๑) ถึง (๑๒) ทั้งนี้ ตั้งแต่หมวด ๔ ถึงหมวด ๑๒ ให้ประกอบด้วย หลักการ เป้าหมายเชิงระบบ และมาตรการสำคัญ

๔.๒ เอกสารประกอบ หรือภาคผนวก หรือบันทึกเจตนารมณ์

๑) วัตถุประสงค์ เป็นเอกสารประกอบ เพื่ออธิบาย สถานการณ์ ข้อมูล และเหตุผลประกอบการสรุปร่างสาระสำคัญในธรรมนูญฯ ตลอดจนข้อถกแถลงสำคัญที่อาจมีความเห็นไม่ตรงกันในระหว่างยกร่าง

๒) ลักษณะการเขียน

๒.๑) เขียนแยกเป็นบท ตามรายหมวด

๒.๒) เขียนเป็นคำชี้แจงหรือเหตุผล โดยมีรายละเอียดข้อมูลประกอบ เท่าที่จำเป็น สำคัญและมีประโยชน์

๓) การเขียนสาระแต่ละบท ประกอบด้วยคำปรารภนำ หรือเจตนารมณ์ของแต่ละบท นิยามศัพท์ทั้งหมดในหมวดนั้น สถานการณ์โดยสรุปอันเป็นที่มาของสาระ หลักการ เป้าหมายและรายละเอียดของข้อความในหมวดนั้น ๆ เช่น มาตรการและการบริหารจัดการสู่การปฏิบัติโดยละเอียด รวมถึงภาคผนวก เช่น ตาราง หรือประเด็นถกแถลงที่สำคัญ

ทั้งนี้ ให้รวบรวมเอกสาร ข้อมูล ทั้งหมดที่ทุกคณะอนุกรรมการฯ ได้ศึกษารวบรวมไว้บันทึกลงใน CD เพื่อการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมด้วย

๕. กระบวนการและขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่..พ.ศ.

๕.๑ กำหนดขอบเขต กระบวนการ สาระสำคัญ และกรอบเวลาของธรรมนูญ

คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ประชุมร่วมกัน เพื่อระดมความเห็นและข้อเสนอแนะต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้งในด้านสาระสำคัญ กระบวนการ และขอบเขตการเขียน โดยกำหนดให้กรอบเวลาเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพในระยะยาวถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๓

๕.๒ การทำงานของคณะอนุกรรมการ ชั้นแรก-ทบพวทความรู้และรับฟังความเห็น ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน 2551 คณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทุกชุดได้กำหนดแผนการทำงาน และเริ่มกระบวนการยกร่าง โดยทบพวทสถานการณ์ และองค์ความรู้ที่สำคัญในแต่ละประเด็น ในขณะที่คณะ อนุกรรมการสื่อสารทางสังคมและจัดกระบวนการรับฟังความเห็นประชุมเพื่อออกแบบกระบวนการและแผนการ ทำงานในภาพรวม

๕.๓ การพิจารณากรอบการจัดทำธรรมนูญฯ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาและให้ความเห็นชอบร่าง กรอบการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๕.๔ การยกร่างสาระสำคัญและการรับฟังความเห็นโดยคณะอนุกรรมการ ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงมิถุนายน ๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทุกชุด เริ่มประมวลสรุปประเด็น เพื่อยกร่างสาระสำคัญรายประเด็น ขณะที่คณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคมจัดกระบวนการรับฟังความเห็นและ เริ่มการเผยแพร่ในสื่อสาธารณะเพื่อให้ประชาชนรู้จักธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

๕.๕ การพิจารณาปรัชญาแนวคิดหลัก คุณลักษณะพึงประสงค์และเป้าหมาย คณะกรรมการและคณะ อนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติประชุมร่วมกันเพื่อระดมความเห็นและข้อเสนอแนะ ต่อร่างข้อความสำคัญในมาตรา ๔๗ (๑) (๒) (๓) ซึ่งเป็นปรัชญา แนวคิดหลักของระบบสุขภาพ รวมถึงคุณลักษณะ พึงประสงค์ เป้าหมายของระบบสุขภาพและการจัดให้มีหลักประกัน และความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ พร้อมทั้งรับ ฟังความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ของคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ

๕.๖ การจัดทำร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพรายประเด็นและรับฟังความเห็นทั่วประเทศ ในช่วงเดือน กรกฎาคมถึงสิงหาคม ๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทุกชุดเริ่มยกร่าง ข้อความในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติรายประเด็น ขณะที่คณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคมและ จัดกระบวนการรับฟังความเห็นได้จัดเวทีประชาเสวนาเพื่อหาฉันทามติต่ออนาคตระบบสุขภาพ ๘ เวที เวทีนี้ เป็นการจัดประชาเสวนาอย่างเข้มข้นมีผู้เข้าร่วมประมาณ ๔๐๐ คน

๕.๗ สรุปประมวลความคิดเห็น คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ประชุมร่วม เพื่อรับทราบข้อมูลจากกระบวนการรับฟังความเห็น และระดมความเห็นต่อร่างสาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติรายประเด็น

๕.๘ การจัดทำร่างธรรมนูญทั้งฉบับร่างที่หนึ่งและรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงตุลาคม ๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทุกชุดสรุปร่างธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติแต่ละประเด็น และรวบรวมเป็นร่างฉบับที่หนึ่ง ขณะที่คณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคม และจัดกระบวนการรับฟังความเห็นได้จัดเวทีรับฟังความเห็นระดับจังหวัด ๗๕ เวที ประมาณ ๗,๕๐๐ คน และเวที รับฟังความเห็นจากกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ประมาณ ๓,๐๐๐ คน รวมผู้เข้าร่วมในกระบวนการรับฟังความเห็นตลอด กระบวนการยกร่างกว่า ๑๐,๐๐๐ คนจากทั่วประเทศ

๕.๙ การจัดทำธรรมนูญฯร่างที่สอง คณะอนุกรรมการยกร่างกรอบและสาระสำคัญตามมาตรา ๔๗ (๑) (๒) (๓) มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสรุปข้อความในร่างและประสานความสอดคล้องของเนื้อหาสาระธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทั้งฉบับ และเรียบเรียงเป็น ร่างที่สองของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่...พ.ศ....เพื่อส่งให้สมาชิกภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ แล้วนำเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้มติเป็นร่างธรรมนูญฉบับหลัก

คสช. โดยคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญจะนำความเห็นและข้อเสนอแนะตามมติของ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปพิจารณา หากมีความจำเป็นก็สามารถปรับปรุง ร่างธรรมนูญฉบับหลัก ที่สมัชชาสุขภาพได้ให้มีมติเอาไว้ จากนั้น คสช.เสนอให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ ก่อนเสนอให้สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษาต่อไป

๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๖ วรรคสอง ที่กำหนดให้ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความเห็นและข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย จึงขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณา ร่าง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่.. พ.ศ. ตามเอกสารผนวก ๑/๑/๑ ประกอบรายงานนี้ พร้อมทั้งพิจารณาร่างมติตามเอกสารร่างมติ ๑/๑

มติ ๑.๒ การเข้าถึงยาถั่วเหลืองหน้าของประชากรไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การเข้าถึงยาถั่วเหลืองหน้าของประชากรไทย

ตระหนัก ว่ายาเป็นสินค้าคุณธรรม ประเทศจึงต้องมียาจำเป็นสำหรับใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างเพียงพอ ทั้งถึง และทันการณ์ โดยสามารถพึ่งตนเองได้และให้คนไทยเข้าถึงยาถั่วเหลืองหน้า

รับทราบ ว่ายังมีประชาชนหรือผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงยา เนื่องจากรัฐบาลมีขีดความสามารถจำกัดในการสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดหาให้เพียงพอกับความต้องการ ประกอบกับยาที่มีสิทธิบัตรนั้นมีราคาสูงเกินกว่าความสามารถที่ประชาชนผู้บริโภคส่วนใหญ่จะจ่ายได้ เนื่องจากระบบสิทธิบัตรในเรื่องยา แม้เป็นเจตนาธรรมนที่ดีของกฎหมายเพื่อส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยี แต่จากบทเรียนที่ผ่านมาได้สนองเจตนาธรรมนของกฎหมายโดยเฉพาะการถ่ายทอดเทคโนโลยี นอกจากนี้การให้สิทธิผูกขาดในระยะยาวนำไปสู่ปัญหาการเข้าถึงยา

มีความกังวล ว่าค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมากในระยะหลายปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ ๑๓ - ๒๐ ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๔๘ ในขณะที่เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศเติบโตเพียงร้อยละ ๒.๒ - ๓.๑ ในช่วงเวลาเดียวกัน นับว่าค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยสูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ อีกทั้งอัตราการเพิ่มขึ้นของการใช้จ่ายในประเทศไทยเป็นไปในทิศทางที่ขัดแย้งกับขนาดของตลาดยาโดยรวมในระดับนานาชาติ ซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงจากร้อยละ ๑๑.๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๖.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีนโยบายด้านราคาขายที่ชัดเจน ขาดระบบควบคุมราคาขายที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีหน่วยงานที่กำกับดูแลการกำหนดราคาขายที่เหมาะสม เป็นธรรม และสะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ทำให้การกำหนดราคาขายเกิดจากบริษัทยาแต่เพียงฝ่ายเดียว ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักกำหนดราคาขายที่เกินจริง

ตระหนัก ถึงนโยบายและข้อกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่เอื้อให้ประชาชนทุกคนแม้อยู่ห่างไกลและยากจนก็จะมีโอกาสได้ใช้ยาที่จำเป็นในราคาที่ย่อมเยา เช่น นโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. ๒๕๒๔ และ พ.ศ. ๒๕๓๖ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๔ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๒๔ ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า ๑๙๙๔ (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs Agreement) พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ ระบบสิทธิบัตร และคำประกาศกรุงโดฮา วรรค ๖ (Doha Declaration Paragraph 6)

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้การรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย ตามภาคผนวกท้ายมตินี้

๒. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำเสนอยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบและสั่งการให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ฯ

๒.๒ จัดให้มีกลไกเพื่อยกร่างแผนปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ ติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

๒.๔ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการในยุทธศาสตร์ที่มีความเร่งด่วนหรือจำเป็นต้องดำเนินการทันที

๒.๕ ให้รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทยต่อการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

ภาคผนวก แนบมติ ๑.๒

ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประเทศไทย

• เป้าหมาย

๑. ประเทศมียาจำเป็นสำหรับใช้อย่างทั่วถึง ใช้ทันการณ์ และสามารถพึ่งตนเองได้ และเพื่อประโยชน์สาธารณะ

๒. ประชาชนมีสุขภาพ สามารถพึ่งพาตนเองในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

• ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๗ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา
๒. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยาและมีส่วนร่วมดูแล สร้างเสริมสุขภาพ
๓. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคายาในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพภายในประเทศ
๕. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
๖. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม
๗. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่

๑. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา

ภาคีเครือข่าย (บุคลากรด้านสุขภาพ นักวิชาการ และผู้ป่วย/ผู้เฒ่า) ร่วมกันพัฒนาระบบ กลไกและกระบวนการ ดังนี้

- ๑.๑ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม
- ๑.๒ เพื่อให้มีการบริหารระบบยาอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๑.๓ เพื่อให้มีการผลักดันและปรับปรุงนโยบาย และ/หรือ กฎหมาย เพื่อให้เข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้า
- ๑.๔ เพื่อให้มีการผลักดันเชื่อมประสานหน่วยบริการยาที่ได้มาตรฐานลงสู่ระดับชุมชน
- ๑.๕ เพื่อให้มีการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

๒. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยาและมีส่วนร่วมดูแล สร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ และโรคที่มีความชุกน้อย เพื่อให้มีพลังผลักดันข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในด้านการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงยา

๒.๒ ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมกลุ่มในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการฟื้นฟูทางด้านร่างกาย และจิตใจ และลดการกีดกันทางสังคม

๓. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการค้ายาในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน

๓.๑ ให้มีการควบคุมราคายาอย่างสมเหตุสมผลและโปร่งใส และมีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะยาที่ติดสิทธิบัตร และยาที่ผูกขาดตลาดโดยเจ้าของรายเดียวหรือน้อยราย

๓.๒ ใช้ข้อยืดหยุ่นของข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าที่มีอยู่ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยาอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุสมผล

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ

๔.๑ ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจำเป็น วัตถุประสงค์ทางยาและสมุนไพร ในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อทดแทนการนำเข้าและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาที่จำเป็น

๔.๒ กรณีที่มีปัญหาด้านสิทธิบัตร รัฐต้องมีมาตรการช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ประสานให้เกิดการใช้สิทธิโดยสมัครใจ ด้วยการกำหนดค่าตอบแทนการใช้สิทธิที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนด้วยมาตรการภาษีและมาตรการการตลาด เป็นต้น

๔.๓ ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมยาซื้อสามัญทำการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับของยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการขึ้นทะเบียนตำรับยา

๔.๔ ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์วิจัยทางคลินิก และศูนย์ทดสอบชีวสมมูลของยาที่ได้มาตรฐาน

๔.๕ รัฐสนับสนุนให้เกิดกองทุนเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ โดยการจัดตั้งสถาบันพัฒนาอุตสาหกรรมยาแห่งชาติเพื่อเป็นกลไกในการบริหารกองทุน บริหารจัดการเชื่อมโยง หน่วยงานด้านวิจัยและพัฒนา ยา สถาบันวิชาการ และอุตสาหกรรมยา

๔.๖ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างองค์กรเภสัชกรรมและผู้ผลิตยาภายในประเทศ และขยายผลของความร่วมมือสู่ประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาค เพื่อทำให้ตลาดยามีขนาดใหญ่คุ้มค่ากับการลงทุน โดยเฉพาะยากำพร้า ควบคู่ไปกับการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมและการคุ้มครองผู้บริโภค

๔.๗ รัฐบาลส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยในระดับชาติ

๕. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อมิให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยา

๕.๑ ข้อตกลงเขตการค้าเสรีต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่าความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า ค.ศ. ๑๙๙๔ (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs Agreement)

๕.๒ ใช้เกณฑ์การจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาขององค์การอนามัยโลกเป็นแนวทางพิจารณาเทคโนโลยีที่สมควรได้รับสิทธิบัตร

๕.๓ จัดทำฐานข้อมูลสิทธิบัตรยาที่มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้สามารถสืบค้นได้ง่าย รวดเร็ว และครบถ้วน

๕.๔ เสนอให้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมตามเจตนารมณ์ของกฎหมายในประเด็นสำคัญ คือ

๑) กำหนดรายละเอียดของขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันการยื่นคำขอสิทธิบัตรที่ไม่สามารถนับเป็นขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงข้อถือสิทธิไปเพียงเล็กน้อย

๒) ตั้ง “คณะกรรมการสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์” ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทำหน้าที่พิจารณา วินิจฉัย และดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์

๕.๕ ให้ยกเลิกภาชีการนำเข้ายาเฉพาะยาช่วยชีวิต (Life Saving Drug) ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และตัวยาคำคัญออกฤทธิ์ (Active Pharmaceutical Ingredient, API) ที่นำมาผลิตยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

๖. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม

๖.๑ ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

๖.๒ กำหนดให้สถานพยาบาลใช้บัญชียาหลักแห่งชาติอย่างจริงจังและมีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม

๖.๓ ส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยาในทุกระดับ

๑) กำหนดขนาดของตัวอักษรชื่อสามัญทางยาให้เท่ากับชื่อการค้าบนฉลากและเอกสารกำกับยา

๒) การเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาเน้นการใช้ยาตามชื่อสามัญทางยา

๓) ให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ใช้บัญชียาเดียวกันในสถานบริการเดียวกัน และยาที่มีสารออกฤทธิ์ตัวเดียวกันให้เลือกใช้รายการเดียวตามการประเมินต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness) และอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยจัดให้มีกลไกการติดตามประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

๔) กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับใช้ชื่อสามัญทางยาและแจ้งให้ผู้บริโภคทราบชื่อสามัญทางยา

๖.๔ มีกลไกการส่งเสริมและสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของประชาชนและชุมชนในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

๖.๕ ส่งเสริมและพัฒนาให้มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยและคุณภาพยาอย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ

๖.๖ พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและทบทวนทะเบียนตำรับยาให้มีประสิทธิภาพ

๖.๗ กรณีการขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ต้องมีข้อมูลประกอบเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

๑) สถานะสิทธิบัตรของยาใหม่ในการขึ้นทะเบียน

๒) ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน

๓) ข้อมูลโครงสร้างราคา^๑

๖.๘ จัดให้มีข้อมูลการใช้ยาด้วยอักษรเบรลล์แก่ผู้ป่วยที่พิการทางสายตา

๗. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่

๗.๑ มีส่วนร่วมเชิงรุกกับคณะทำงานร่วมระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการสาธารณสุข นวัตกรรม และทรัพย์สินทางปัญญาในการวางแผนเพื่อผลักดันให้มีการวิจัยยาใหม่สำหรับโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศด้อยพัฒนา และประเทศกำลังพัฒนา

๗.๒ ส่งเสริมทางเลือกใหม่ในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนายาใหม่และสูตรตำรับยาใหม่นอกจากระบบสิทธิบัตร เช่น การจัดการร่วมของสิทธิบัตรต่อเนื่อง กองทุนรางวัลงานวิจัย สัญญาล่วงหน้าทางการตลาดเพื่อการวิจัยและพัฒนา

^๑ หมายถึง สัดส่วนต้นทุนการวิจัยพัฒนา ต้นทุนการผลิต ต้นทุนบริหาร ต้นทุนการตลาด ต้นทุนการกระจาย และกำไร

การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย

๑. สถานการณ์

๑.๑ ยาเป็นสินค้าคุณธรรม ที่แต่ละประเทศต้องมียาจำเป็นเพื่อใช้อย่างเพียงพอ ทัวถึง ท้นการณ์ และต้องสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในยามเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ การเข้าถึงยาจำเป็นจึงมีความสำคัญต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของคนในชาติ การเข้าถึงยามือถือประกอบสำคัญคือ การเลือกและการใช้อย่างสมเหตุผล การมียาที่มีประสิทธิภาพ การมีระบบการกระจายยาที่ดีทำให้หาได้ง่าย และ การมีกำลังซื้อ

๑.๒ ในหลายปีที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ขนาดของตลาดยามีมูลค่าประมาณ ๓๒,๐๐๐ ล้านบาท เพิ่มขึ้น ประมาณ ๖๓,๐๐๐ ล้านบาทในราคาผู้ผลิตในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ ๑๓-๒๐ ต่อปีซึ่งสูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศซึ่งเติบโตเพียงร้อยละ ๒.๒-๓.๑ ในช่วงเวลาเดียวกัน ถึง ๓ เท่า อีกทั้งอัตราการเพิ่มขึ้นยังสวนทางกับขนาดของตลาดยาในระดับนานาชาติโดยรวมที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงจากร้อยละ ๑๑.๗ ในปี พ.ศ.๒๕๔๓ เหลือเพียงร้อยละ ๖.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘

๑.๓ รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) เพื่อให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ การศึกษาค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าสัดส่วนของมูลค่ายาเท่ากับร้อยละ ๒๐.๔ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในทั้งหมด และร้อยละ ๖๕ ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นมากในอนาคต สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พบว่าค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก ๗,๐๐๗ ล้านบาทในปี ๒๕๔๓ เป็น ๒๑,๘๘๖ ล้านบาทในปี ๒๕๔๘ ซึ่งมีสาเหตุจากการบริโภคยาที่เพิ่มขึ้นประกอบกับราคาของยาใหม่ ๆ ที่สูงขึ้นด้วยสร้างภาระการคลังแก่ประเทศและทำให้เงินคลังลดลง

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีโครงการพิเศษต่าง ๆ เช่น โครงการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้คนไทยเข้าถึงยาที่จำเป็น ทว่ารัฐบาลมีงบประมาณจำกัดทำให้ไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอกับความต้องการ จึงยังมีประชาชนหรือผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงยา เนื่องจากยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรจึงมีราคาแพงเกินกำลังซื้อของประชาชนส่วนใหญ่ ระบบสิทธิบัตรในเรื่องยาจึงบิดเบือนเจตนารมณ์ที่ดีของกฎหมายในการส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา ก่อให้เกิดปัญหาการผูกขาด ทำให้ยามีราคาสูงเกินความสามารถในการจ่ายของผู้บริโภค

๒. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ นโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. ๒๕๒๔ มีสาระสำคัญ ๕ ประการ คือ ๑) การกระจายยาจำเป็น ๒) การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม ๓) การประกันคุณภาพยา ๔) การผลิตยาจากวัตถุดิบในประเทศ และ ๕) การส่งเสริมให้นำสมุนไพรมาใช้ในทางการแพทย์แผนไทย โดยประกาศใช้บัญญัติหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๔ ต่อมาได้มีนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๓๖ ซึ่งเพิ่มเติมสาระสำคัญ ๒ ประการ คือ ๑) การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการ

ใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งภาครัฐและเอกชน และ ๒) การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานด้านยาและ บทบัญญัติแห่งกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา ส่งผลให้มีการปรับปรุง บัญชียาหลักแห่งชาติ และจัดทำบัญชียาจากสมุนไพรเพิ่มขึ้น เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกัน สังคมและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้อ้างอิงเป็นสิทธิประโยชน์ได้อย่างยั่งยืนและเสมอภาค

๒.๒ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๔ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๒๔ กำหนดให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลักอ้างอิงใน การคัดเลือกยาเข้าสู่สถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกคนแม้อยู่ห่างไกลและยากจนก็จะมีโอกาสได้ใช้ยา ที่จำเป็นในราคาที่ย่อมเยา

๒.๓ ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า ๑๙๙๔ (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs) เป็นข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่ เกี่ยวข้องกับการค้าที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกทุกประเทศจะต้องปฏิบัติตาม โดยจะต้องแก่กฎหมายภายในประเทศให้เป็นไปตามความตกลง TRIPs ภายในระยะเวลาที่กำหนด^๑

๒.๔ ปฏิญญาความตกลงโดฮา (Doha Declaration)^๒ มีสาระสำคัญคือ การเน้นย้ำว่าแต่ละประเทศ สามารถผลิตยาหรือนำเข้ายาโดยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing) และ/หรือการนำเข้าซ้อน (Parallel Import) สำหรับแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในแต่ละประเทศ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการปกป้อง ทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อกระตุ้นการประดิษฐ์คิดค้น กับการปกป้องและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของแต่ละประเทศ

๒.๕ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ และระบบสิทธิบัตร ให้อายุสิทธิบัตร ๑๕ ปี และให้ ความคุ้มครองเฉพาะกรรมวิธีการผลิตยา^๓ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีการปรับแก้ พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ ตามแรงกดดันของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความคุ้มครองครอบคลุมถึงตัวยาและผลิตภัณฑ์ยาด้วย และขยายอายุ สิทธิบัตรเป็น ๒๐ ปี โดยได้ตั้งคณะกรรมการสิทธิบัตรยาขึ้นมาดูแลราคาและมาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing และ Government Use) ซึ่งเป็นมาตรการที่จำเป็นในการปกป้องสาธารณสุขจากการ ใช้สิทธิของเจ้าของสิทธิบัตร ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีการปรับแก้ พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ ครั้งที่ ๓ โดย ได้ตัดคณะกรรมการสิทธิบัตรยาออก นอกจากนี้ ยังได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตาม TRIPs และมี บทบัญญัติที่เป็นการคุ้มกัน (safeguards) ให้เกิดความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ของเจ้าของสิทธิบัตรและผล

^๑ ภายใน พ.ศ. ๒๕๓๘ สำหรับประเทศพัฒนาแล้ว พ.ศ. ๒๕๔๓ สำหรับประเทศกำลังพัฒนา และภายใน พ.ศ. ๒๕๔๘ สำหรับ ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด

^๒ การประชุมรัฐมนตรีการค้าโลกครั้งที่ ๑๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่ Doha ประเทศกาตาร์

^๓ การที่ พ.ร.บ. สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒ กำหนดอายุสิทธิบัตร ๑๕ ปีและให้ความคุ้มครองเฉพาะกระบวนการผลิตยานั้น มีความ สอดคล้องกับระดับการพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตของประเทศไทย เนื่องด้วยอุตสาหกรรมยาภายในประเทศล้วนเป็นอุตสาหกรรม ในขั้นปลาย คือ เป็นการพัฒนาสูตรตำรับยา ไม่ใช่การวิจัยคิดค้นเพื่อให้ได้ตัวยาใหม่ ดังนั้นการคุ้มครองเฉพาะกระบวนการผลิตยา ทำให้โรงงานผลิตยาภายในประเทศสามารถพัฒนากรรมวิธีในการผลิตยาที่แตกต่างจากกรรมวิธีที่จดสิทธิบัตรได้ แต่เมื่อมีการ แก้ไขเป็น พ.ร.บ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งให้การคุ้มครองในตัวยาและผลิตภัณฑ์ยา ทำให้โรงงานผลิตยาในประเทศไม่ สามารถพัฒนากรรมวิธีการผลิตยาโดยใช้ตัวยานั้นได้เลยจนกว่าสิทธิบัตรจะหมดอายุลง โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ พบว่ามี ever-greening patents มากขึ้น ทำให้มีการต่อขยายอายุสิทธิบัตรของตัวยานั้น ไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบว่ามีกรณีจดสิทธิบัตรใน รูปแบบที่มีการพัฒนาเพียงเล็กน้อย เช่น รูปแบบผลึก รูปแบบเกลือใหม่ รูปแบบสูตรใหม่ เป็นต้น ดังนั้น อุตสาหกรรมยาในประเทศ จึงไม่มีโอกาสในการพัฒนา ทำให้อุตสาหกรรมยาอ่อนแอลง

ประโยชน์ของประชาชนในประเทศ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีการใช้มาตรการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ และยังไม่ได้แก่ฟ.บ. สิทธิบัตรให้รองรับปฏิญญาโดฮา วรรค ๖ (Doha Declaration Paragraph ๖) และ ข้อตัดสินใจขององค์การการค้าโลกเมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๔๖ (WTO Decision on ๓๐ August ๒๐๐๓)

๒.๖ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม มุ่งเน้นการควบคุมสถานที่ผลิต นำเข้า ส่งออก และขายยา มีข้อกำหนดด้านความปลอดภัย คุณภาพ และประสิทธิภาพของยา แต่ขาดสาระต่าง ๆ ที่ส่งผล ต่อการเข้าถึงยาของประชาชน เช่น นโยบายแห่งชาติด้านยา การควบคุมราคาโดยกำหนดให้แสดงโครงสร้าง ราคาเพื่อสะท้อนต้นทุนจริงเมื่อขึ้นทะเบียนยา การควบคุมการส่งเสริมการขายเพื่อลดต้นทุนยาของบริษัท การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยาและบัญชียาหลักแห่งชาติ ตลอดจนการส่งเสริมอุตสาหกรรมยาในประเทศและการพัฒนายาไทย

๒.๗ พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒ ยารักษาโรคเป็นสินค้าที่ถูกควบคุมราคา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ โดยพระราชบัญญัติกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด พ.ศ.๒๕๒๒ ตามประกาศ คณะกรรมการกลางกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด ฉบับที่ ๑ พ.ศ.๒๕๒๒ ซึ่งปัจจุบันยกเลิกไปแล้ว ต่อ มาคณะกรรมการกลางว่าด้วยสินค้าและบริการ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒ ยังคงกำหนดให้ยารักษาโรคเป็นสินค้าควบคุมที่ต้องแสดงราคาขายปลีกหรือขายส่ง มีการแสดงราคาที่หลากหลาย แต่ไม่ได้ มีประกาศควบคุมราคาแต่อย่างใด การตั้งราคาจึงไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ราคาขายยาเดียวกันใน ประเทศไทยมีความแตกต่างกัน โดยราคาที่แตกต่างกันมีใช้ราคากลางแต่กลับเป็นราคาสูงสุดและแพงที่สุดสำหรับผู้บริโภค

๒.๘ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการแข่งขัน ทางการค้าได้กำหนดหลักเกณฑ์การเป็นผู้ประกอบธุรกิจซึ่งมีอำนาจเหนือตลาดสำหรับทุกสินค้าในประเทศไทย ได้แก่ ทุกธุรกิจที่มีผู้ประกอบการรายใดรายหนึ่งมีส่วนแบ่งตลาดในปีที่ผ่านมา ๕๐% ขึ้นไป และมียอดขายสูงกว่า ๑,๐๐๐ ล้านบาทขึ้นไป หรือผู้ประกอบการ ๓ รายแรกในตลาดสินค้าใดมีส่วนแบ่งรวมกัน ๗๕% ขึ้นไป และยอดขาย รายใดรายหนึ่งตั้งแต่ ๑,๐๐๐ ล้านบาทขึ้นไป เข้าข่ายหลักเกณฑ์ผู้มีอำนาจเหนือตลาด ยกเว้น ได้ยกเว้นผู้ ประกอบธุรกิจรายใดรายหนึ่งที่มีส่วนแบ่งตลาดในปีที่ผ่านมาต่ำกว่า ๑๐% หรือยอดขายต่ำกว่า ๑,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งเท่ากับว่าไม่ได้คำนึงถึงยาซึ่งเป็นสินค้าที่มีความจำเป็นและมีความเฉพาะเจาะจง ที่ภาวะการผูกขาดยาขึ้นอยู่กับ ว่ายาดังกล่าวมีทางเลือกอื่นหรือไม่ ถ้าผู้ประกอบการดังกล่าวเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายแต่เพียงผู้เดียว ในผลิตภัณฑ์ แม้มียอดขายน้อย แต่อำนาจที่ผูกขาดตลาดเพียงเจ้าเดียวจะทำให้มีอำนาจในการควบคุมตลาด อย่างมาก การกระทำใด ๆ ของผู้ประกอบการ จึงส่งผลกระทบต่อโดยตรงอย่างรุนแรงกับผู้บริโภคโดยเฉพาะ อย่างยิ่งการเข้าถึงยานั้น

๓. ปัญหาการเข้าถึงยา

ปัญหาการเข้าถึงยาโดยทั่วไปประกอบด้วย ๑) ปัญหาด้านราคาขายที่แพงเกินกำลังซื้อ ๒) ปัญหาการขาดยา ซึ่งเป็นยาจำเป็นแต่ไม่มีผู้ผลิตและนำเข้าจำหน่ายในประเทศ หรือยังไม่สามารถกระจายได้อย่างทั่วถึง ๓) ปัญหา การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลและไม่ปลอดภัย และ ๔) ปัญหาคุณภาพยาโดยมีมาตรฐานคุณภาพหรือยาปลอมอยู่ใน ตลาด ในกรณีของประเทศไทยปัญหาในการเข้าถึงยาที่กำลังเผชิญอยู่คือ ปัญหาด้านราคาขาย ซึ่งเป็นผลกระทบจาก ข้อตกลงทางการค้าขององค์การการค้าโลกว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าซึ่งจะต้องคุ้มครองสิทธิบัตร ยาทั้งผลิตภัณฑ์และกระบวนการ เป็นระยะเวลา ๒๐ ปี ซึ่งทำให้ยามีราคาสูงขึ้นจากการผูกขาด และเป็นอุปสรรค ต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาของประเทศ

การที่ประเทศไทยต้องพึ่งพายาใหม่จากต่างประเทศจึงแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมากในทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากกติกาการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา หรือสิทธิบัตรยานั่นเอง จากปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ถึงปี ๒๕๔๒ มียาต้นตำรับที่ได้รับอนุมัติทะเบียนยาเป็นจำนวนถึง ๗๔๒ ทะเบียน ผลของการผูกขาดตลาดทำให้ไทยต้องซื้อยาแพงหลายรายการ นอกจากนี้ บริษัทยาต้นตำรับยังมีวิธีการยืดอายุสิทธิบัตรของตนให้ยาวออกไปอีก ด้วยการดัดแปลงโครงสร้างโมเลกุลของยาใกล้หมดอายุสิทธิบัตรเพียงเล็กน้อย และยื่นขอจดสิทธิบัตรใหม่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่ายานี้ใหม่จำนวนไม่น้อยที่มีสรรพคุณไม่ได้ดีกว่ายาเก่า แต่ราคาแพงขึ้นมาก จากนั้นบริษัทาก็จะลงทุนรณรงค์ส่งเสริมการขายอย่างหนัก จนทำให้แพทย์ส่วนใหญ่สั่งยาแพงด้วยชื่อการค้าที่คุ้นเคยกัน ส่งผลให้มูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง ๓-๔ ปีที่ผ่านมา กระทั่งแพงหน้าขึ้นมาในปี ๒๕๔๘ จากการศึกษาต่าง ๆ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ราคาขายจะลดลงอย่างชัดเจนเมื่อมีการผลิตยาชื่อสามัญ

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายด้านราคาขายที่ชัดเจน ขาดระบบควบคุมราคาขายที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีหน่วยงานที่กำกับดูแลการตั้งราคาขายให้เหมาะสม เป็นธรรม และสะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ทำให้การกำหนดราคาขายเกิดจากบริษัทยาแต่เพียงฝ่ายเดียว

๔. การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยา

การจัดทำยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของคนไทยเพื่อเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ เป็นการริเริ่มดำเนินงานโดยสภาเภสัชกรรม และภาคีเครือข่าย^๔ ร่วมกันเป็นคณะทำงานวิชาการโดยเป็นการสานต่อและปรับปรุง “ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม” ที่มีฐานจากการทบทวนเอกสารวิชาการการเข้าถึงยาทั้งในและต่างประเทศ และมีการประชุมยกย่องร่วมกับผู้แทนองค์การอนามัยโลก ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐราชการ (เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โรงพยาบาลฯ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์) ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ (ได้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม) เครือข่ายนักวิชาการจากคณะแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ เครือข่ายผู้ประกอบการด้านยา และเครือข่ายผู้ป่วย เป็น “ร่าง” ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยา พร้อมทั้งเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าว ทั้งยังได้นำร่างฯ ๒ ที่ปรับปรุงส่งให้กับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยา พิจารณาให้ความเห็นโดยจัดทำเป็นแบบสอบถาม และรวบรวมความเห็น เพื่อปรับปรุงแก้ไขเป็น ร่างฯ ที่ ๓ สำหรับนำมาใช้พิจารณาในเวทีสาธารณะเพื่อรับฟังความเห็นในร่างฯ ๓ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับยา เข้าร่วมประชุมพิจารณาให้ความเห็น ซึ่งมีทั้งเห็นด้วยและโต้แย้ง คณะทำงานวิชาการได้ ประมวลสรุปความเห็นจากเวทีสาธารณะ เป็นยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของคนไทยโดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ตามเอกสารผนวก ๑/๒/๑

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติ ๑ / ๒

^๔ สภาเภสัชกรรม กลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (แอคเซส) มูลนิธิเภสัชชนบท (มภช.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (คอท.) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วจภส.)

ยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย

เป้าหมาย

๑. ประเทศมียาจำเป็นสำหรับใช้อย่างทั่วถึง ใช้ทันการณ์ และสามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง เมื่อเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ และเพื่อประโยชน์สาธารณะ
๒. ประชาชนมีสุขภาพะ สามารถพึ่งพาตนเองในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์

๑. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา
๒. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
๓. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ
๕. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
๖. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม
๗. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่

๑. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา

ภาคีเครือข่าย (บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ และผู้ป่วย/ผู้ช้ยา) ร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกและกระบวนการ ดังนี้

- ๑.๑ ภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกในการใช้ยาที่เหมาะสม
- ๑.๒ ภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกการบริหารระบบยาอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๑.๓ ภาคีเครือข่ายร่วมกันผลักดันนโยบายและปรับปรุงกฎหมายที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยา
- ๑.๔ ภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกในการผลักดันเชื่อมประสานหน่วยบริการยาที่ได้มาตรฐานลงสู่ระดับชุมชน
- ๑.๕ ภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาระบบและกลไกในการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

๒. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๑ ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้มีพลังผลักดันข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในด้านการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงยา

- ๒.๒ ภาครัฐต้องสนับสนุนการรวมกลุ่มในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๓. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน

๓.๑ ให้มีการควบคุมราคาขายอย่างสมเหตุสมผล และมีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะยาที่ติดสิทธิบัตร และยาที่ผูกขาดตลาดโดยเจ้าของรายเดียวหรือน้อยราย

๓.๒ ใช้ข้อยืดหยุ่นของข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าที่มีอยู่ใน พ.ร.บ. สิทธิบัตร เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยาอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุสมผล เช่น มาตรการการใช้สิทธิโดยรัฐ เป็นต้น

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ ให้สามารถพึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่งเมื่อเกิดสงครามหรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ โดย

๔.๑ ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจำเป็นในการแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อทดแทนการนำเข้าและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับยาที่จำเป็น

๔.๒ กรณีที่มีปัญหาด้านสิทธิบัตรรัฐต้องมีมาตรการช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ประสานให้เกิดการใช้สิทธิโดยสมัครใจ ด้วยการกำหนดค่าตอบแทนการใช้สิทธิที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนด้วยมาตรการภาษีและมาตรการการตลาด เป็นต้น

๔.๓ ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมยาซื้อสามัญ ทำการวิจัยและพัฒนาสูตรตำรับของยาที่กำลังจะหมดสิทธิบัตร และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการขึ้นทะเบียนตำรับยา

๔.๔ ส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์วิจัยทางคลินิก และศูนย์ทดสอบชีวสมมูลของยาที่ได้มาตรฐาน

๔.๕ รัฐสนับสนุนให้เกิดกองทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ

๔.๖ พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยาและทบทวนทะเบียนตำรับยาให้มีประสิทธิภาพ

๔.๗ กรณีการขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ต้องมีข้อมูลประกอบดังต่อไปนี้

๑) สถานะสิทธิบัตรของยาใหม่ ในการขึ้นทะเบียน

๒) ข้อมูลต้นทุนและความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

๓) ข้อมูลโครงสร้างราคาขาย

๔.๘ ส่งเสริมความร่วมมือของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาค เพื่อให้ตลาดยามีขนาดใหญ่คุ้มค่ากับการลงทุน โดยเฉพาะยากำพร้า ควบคู่ไปกับการกำหนดมาตรฐานที่เหมาะสมและการคุ้มครองผู้บริโภค

๔.๙ จัดตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาสูตรยาแห่งชาติ เพื่อเป็นหน่วยงานหลักในการแก้ปัญหา และพัฒนาอุตสาหกรรมยา

๔.๑๐ รัฐบาลส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยในระดับชาติ

๕. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อมิให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยา

๕.๑ ข้อตกลงเขตการค้าเสรี ต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่า ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า

๕.๒ ใช้เกณฑ์การจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาขององค์การอนามัยโลก เป็นแนวทางพิจารณาเทคโนโลยีที่สมควรได้รับสิทธิบัตร

๕.๓ จัดทำฐานข้อมูลสิทธิบัตรยาที่มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้สามารถสืบค้นได้ง่าย รวดเร็ว และ ครบถ้วน

๕.๔ เสนอให้มีการแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ใน ประเด็นสำคัญ คือ

๑) กำหนดรายละเอียดของขั้นตอนการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันการยื่นคำขอสิทธิบัตรที่ไม่สามารถ นับเป็นขั้นการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงข้อถือสิทธิไปเพียงเล็กน้อย

๒) ตั้ง “คณะกรรมการสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์” ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทำหน้าที่พิจารณา วินิจฉัย และดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิบัตรเภสัชภัณฑ์

๕.๕ ให้ยกเลิกภาษีการนำเข้ายาเฉพาะยาช่วยชีวิต (Life Saving Drug) ในบัญชียาหลักแห่งชาติและตัวยา สำคัญออกฤทธิ์ (Active Pharmaceutical Ingredient, API) ที่นำมาผลิตยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

๖. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม

๖.๑ ปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันสมัย

๖.๒ กำหนดให้สถานพยาบาลใช้บัญชียาหลักแห่งชาติอย่างจริงจังและมีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม

๖.๓ ส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยาในทุกระดับ

๑) กำหนดขนาดของตัวอักษรชื่อสามัญทางยาให้เท่ากับชื่อการค้าบนฉลากและเอกสารกำกับยา

๒) การเรียนการสอนบุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาเน้นการใช้ยาตามชื่อสามัญทางยา

๓) ให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ ใช้บัญชียา รายการยาเดียวกันในสถานบริการเดียวกัน และยาที่มีสารออกฤทธิ์ตัวเดียวกันให้เลือกใช้รายการเดียวตามการประเมิน cost-effectiveness และ อาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยจัดให้มีกลไกการติดตามประเมินคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

๔) กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ยาชื่อสามัญและแจ้งให้ผู้บริโภคทราบชื่อสามัญทางยา

๖.๔ มีกลไกการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของประชาชนและชุมชนในการรักษาพยาบาล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

๖.๕ ส่งเสริมและพัฒนาให้มีระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยและคุณภาพยาอย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ

๗. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนายาใหม่

๗.๑ มีส่วนร่วมเชิงรุกกับ คณะทำงานร่วมระหว่างรัฐบาลเกี่ยวกับการสาธารณสุข นวัตกรรม และ ทรัพย์สินทางปัญญาในการวางแผนเพื่อผลักดันให้มีการวิจัยยาใหม่สำหรับโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา

๗.๒ ส่งเสริมทางเลือกใหม่ในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนายาใหม่และสูตรตำรับยาใหม่นอกเหนือจาก ระบบสิทธิบัตร (เช่น การจัดการร่วมของสิทธิบัตรต่อเนื่อง กองทุนรางวัลงานวิจัย สัญญาล่วงหน้าทางการตลาด เพื่อการวิจัยและพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

- ๑ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เครือข่ายเภสัชศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะ, ยุทธศาสตร์เพื่อการเข้าถึงยาของภาคประชาสังคม, กรุงเทพฯ, ๒๕๕๐
- ๒ กระทรวงสาธารณสุข, นโยบายแห่งชาติทางด้านยา พ.ศ. ๒๕๒๔
- ๓ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดซื้อยาด้วยเงินงบประมาณของหน่วยราชการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๔
- ๔ กระทรวงสาธารณสุข, นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๓๖
- ๕ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
- ๖ พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ. ๒๕๒๒
- ๗ พ.ร.บ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕
- ๘ พ.ร.บ.สิทธิบัตร (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๔๒
- ๙ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม
- ๑๐ พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒
- ๑๑ พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๒
- ๑๒ ประกาศคณะกรรมการแข่งขันทางการค้า เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์การเป็นผู้ประกอบธุรกิจซึ่งมีอำนาจเหนือตลาด, พ.ศ. ๒๕๕๐
- ๑๓ ประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยสินค้าและบริการ เรื่อง กำหนดราคาสินค้าและบริการควบคุม
- ๑๔ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ข้อมูลความจริง ๑๐ ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร ๓ รายการ ในประเทศไทย, กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐
- ๑๕ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คำตอบต่อ ๑๐ ประเด็นสำคัญในเรื่อง การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง ๔ รายการ, กรุงเทพฯ, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑
- ๑๖ รายงานของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก และคณะ เรื่อง การพัฒนาการเข้าถึงยาในประเทศไทย: การใช้ข้อยืดหยุ่นต่างๆของข้อตกลงทริปส์ (กรุงเทพฯ, ๓๑ มกราคม ๒๕๕๑-๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑), แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๑
- ๑๗ www.Worldbank.org.
- ๑๘ Pharmaceutical market trends, 2007-2001. [Online] Available from: <http://www.piribo.com>. [Accessed on January 7 th,2008]
- ๑๙ Growth of 6-7% seen for global drug market in 2006. [Online] Available from : <http://imshealth.com>. [Accessed on January 7 th,2008]
- ๒๐ www.imshealth.com.

มติ ๑.๓ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมัชชาสุขภาพครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ห่วงใย ในวิกฤตการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่และประชาชนทั่วประเทศ

เข้าใจ ว่าสภาพปัญหาในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดจากโครงสร้างการบริหารจัดการระบบความยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ และระบบสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ที่ไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในพื้นที่

รับทราบ กรอบยุทธศาสตร์และแนวทางการทำงานของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นชอบกับข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามภาคผนวกแนบท้ายมตินี้

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการผลักดันข้อเสนอเพิ่มแนวทางการพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งด้านการบริหารจัดการ บุคลากร การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ

๒.๒ เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วน ทุกระดับ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ปฏิบัติตามข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ดังกล่าว

๒.๓ ติดตามการดำเนินงานและงบประมาณ ตามข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพทุกปี

๓. ขอให้ภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ ร่วมกันผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำ และผู้นำชุมชน นำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ไปปฏิบัติในพื้นที่

๓.๒ เผยแพร่และสร้างกระบวนการให้ประชาชนทุกคน หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้รับรู้ เข้าใจ เห็นใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อประชาชนในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เพื่อสร้างความเห็นร่วมและให้การสนับสนุนต่อนโยบายดังกล่าว

ภาคผนวก แนบมติ ๑.๓

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เครือข่ายรัฐศาสตร์รัฐประศาสนศาสตร์ภาคใต้ ได้ร่วมกันพัฒนานโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ และมีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ สำหรับพิจารณาปรับไปดำเนินงานในด้านต่าง ๆ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ข้อเสนอในการจัดรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๑.๑ ตราพระราชบัญญัติจัดตั้ง “ทบวงการบริหารการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้” (Southern Border Provinces Development Administration Bureau - SBPDAB) ในฐานะเทียบเท่ากระทรวง แต่เป็นการปกครองส่วนภูมิภาคและการบริหารงานส่วนท้องถิ่นแบบพิเศษ โดยมีรัฐมนตรีทบวงเป็นผู้ดูแลนโยบาย ส่วนในระดับข้าราชการประจำจะมีปลัดทบวง รองปลัดทบวง และผู้อำนวยการเขต ทำหน้าที่ดูแลในแต่ละพื้นที่ในฐานะข้าราชการส่วนภูมิภาคแบบพิเศษควบคู่ไปกับองค์กรปกครองท้องถิ่นในทุกระดับ สำหรับเป็นองค์กรประสานงานการบริหารและการปกครองจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในลักษณะคล้ายกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) เพื่อเป็นองค์กรหลักที่มีอำนาจหน้าที่ในการอำนวยการ และการแก้ปัญหานโยบายในการบริหารในจังหวัดภาคใต้ และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่รวมพลังภาคประชาสังคม ภาคท้องถิ่น และภาครัฐเข้าด้วยกัน

๑.๒ จัดให้มี “สมัชชาประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้” (Chamber of Southern Border Provinces - CSBP) หรือสภาประชาชนพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเป็นองค์กรตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ในลักษณะสภาที่ปรึกษาและกลั่นกรองนโยบายโดยการคัดเลือกหรือเลือกตั้งจากกลุ่มหรือตัวแทนภาคประชาชนที่หลากหลาย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนาทุกศาสนา ผู้รู้ทางการศึกษาและวัฒนธรรม กลุ่มอาชีพสาขาต่าง ๆ รวมทั้งฝ่ายปกครองท้องถิ่น เป็นผู้ประสานนโยบายและแผนที่ผ่านกระบวนการจัดทำแผนชุมชน อำนวยความยุติธรรม รวมทั้งดูแลตรวจสอบบุคลากรและงบประมาณที่นำลงไปสู่จังหวัด อำเภอ และหน่วยการปกครองท้องถิ่นในทุกระดับ

๑.๓ ให้มีองค์กรปกครองท้องถิ่นในระดับตำบลและเทศบาลเหมือนรูปแบบเดิม ที่มาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนในท้องถิ่น มีอำนาจในการเก็บภาษีและบริหารงบประมาณการคลังส่วนท้องถิ่นเต็มที่ มีอำนาจในการออกข้อบัญญัติ รวมทั้งเพิ่มอำนาจในการจัดการท้องถิ่นในเรื่องทางศีลธรรม วัฒนธรรมและประเพณีให้มากขึ้น เช่น การกำหนดเขตปลอดอบายมุข ตำรวจศีลธรรม ประกาศห้ามเยาวชนออกนอกบ้านในยามวิกาล เว้นแต่มีผู้ปกครองอยู่ด้วย

๑.๔ ในระดับพื้นที่ ควรมีองค์กรสภาผู้รู้ทางศาสนาหรือปราชญ์ชาวบ้านในระดับตำบล โดยการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่นจะต้องได้รับการรับรองจากสภาผู้รู้ทางศาสนาและประชาชน สมาชิกสภานี้ได้มาจากการเสนอชื่อและการเลือกสรรจากคณะกรรมการชุมชนผู้นำศาสนา องค์กรภาคประชาชนและสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น

สภาผู้รู้ทางศาสนาเป็นที่ปรึกษาในกิจการศาสนาและศีลธรรมของสังคมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สมาชิกที่มาจากการคัดสรรนี้ควรเป็นกรรมการโดยตำแหน่งขององค์กรปกครองท้องถิ่นด้วยจำนวนหนึ่งในสามของสมาชิกสภาท้องถิ่นเพื่อให้มีอำนาจในการยับยั้งในกรณีที่มีผู้นำท้องถิ่นกระทำความผิดในทางนโยบายและเกิดการทุจริตประพฤติมิชอบ

๑.๕ พัฒนาระบบกฎหมายอิสลามและกฎหมายตามประเพณี หรือระบบยุติธรรมทางเลือก ระบบยุติธรรมชุมชน โดยการประสานกับองค์กรสันติยุติธรรมสร้างความชอบธรรมในอำนาจการเมืองการปกครอง (Legitimate political authority) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ออำนาจของกฎหมาย

๑.๖ ส่วนการปกครองและการบริหารในระดับหมู่บ้านและชุมชนจะต้องปลอดภัยและมั่นคงด้วย โดยกระทรวงยุติธรรมรับผิดชอบในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้สามารถอำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้กฎหมายอิสลามที่เกี่ยวกับครอบครัวและมรดก

๑.๗ มีระบบการจัดการความมั่นคงของหมู่บ้านและชุมชนแบบบูรณาการตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามโครงสร้างใหม่ของกฎหมายฉบับนี้ ผู้ใหญ่บ้านมีอายุการดำรงตำแหน่งจนถึงเกษียณอายุ ๖๐ ปี ควรมีการปรับปรุงการทำงานของคณะกรรมการหมู่บ้านให้มีความมั่นคงและมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในระดับฐานราก

๑.๘ เชื่อมโยงระบบย่อยที่ประกอบด้วยระบบผู้นำ ระบบการปกครองท้องถิ่น ระบบยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบราชการ ระบบการพัฒนาเศรษฐกิจ ระบบวัฒนธรรม ระบบการจัดการความขัดแย้งและความมั่นคงในชุมชน รวมทั้งระบบสวัสดิการสังคมบนฐานของชุมชน

๒. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๒.๑ จัดตั้ง “คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์” เป็นองค์กรที่มีลักษณะสำคัญ คือ

- ๑) เป็น “องค์กรอิสระ” ที่มีความอิสระอย่างแท้จริง ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี หรือ คอ.บต.
- ๒) เป็นองค์กรที่ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- ๓) เป็นองค์กรที่ประชาชนสามารถไว้วางใจ เข้าถึงได้ง่าย และใช้ภาษาถิ่นได้
- ๔) เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรทางศาสนาในชุมชน เช่น วัด มัสยิด และคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด เป็นต้น

๒.๒ จัดตั้ง “ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” เป็นแผนกหนึ่งในศาลยุติธรรม โดยมีลักษณะสำคัญคือ

- ๑) มีความเป็นอิสระในการดำเนินการต่าง ๆ ทางคดีตามที่กฎหมายอิสลามบัญญัติอย่างสมบูรณ์
- ๒) กำหนดให้ “ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” มี ๒ ชั้น คือ ศาลชั้นต้น กับศาลชั้นฎีกา
- ๓) ให้ดาโต๊ะยุติธรรมเป็นผู้มีอำนาจแต่ฝ่ายเดียวในการชี้ขาดตัดสินคดีในศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม
- ๔) ปรับปรุงแก้ไข “หลักกฎหมายอิสลาม” ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยจัดทำ (ร่างกฎหมายใหม่) เป็น “หลักกฎหมายสารบัญญัติอิสลาม” และ “หลักกฎหมายวิธีสบัญญัติอิสลาม” และควรกำหนดกรอบแนวทาง คือ
 - ๔.๑) ให้เป็นหลักกฎหมายอิสลามว่าด้วยเรื่องครอบครัวและมรดก และบทบัญญัติลักษณะอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยเท่าที่จะทำให้มุสลิมดำเนินการในทางศาลได้โดยมิต้องฝ่าฝืนหลักกฎหมายอิสลาม

๔.๒) ให้ยึดถือหลักศาสนบัญญัติตามแนวทาง (มัซฮับ) ซาฟีอี เป็นสำคัญในการจัดทำหลักกฎหมาย “หลักกฎหมายสารบัญญัติอิสลาม” และ “หลักกฎหมายวิธีสบัญญัติอิสลาม”

๕) ให้คดีที่โจทก์และจำเลยเป็นมุสลิม และคดีที่จำเลยฝ่ายเดียวเป็นมุสลิมอยู่ภายใต้อำนาจของศาล แผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิมด้วย

๒.๓) ให้มีทบบัญญัติเรื่องทนายความ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยดาโต๊ะยุติธรรม และการประนีประนอมไกล่เกลี่ย บรรลุอยู่ในหลักกฎหมายวิธีสบัญญัติด้วย

๒.๔) ให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางกฎหมายอิสลามในระดับปริญญาโทและปริญญาเอกมากขึ้น

๒.๕) ให้มีการจัดตั้งศูนย์นิติวิทยาศาสตร์อย่างน้อย ๑ ศูนย์ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้หรือพื้นที่ใกล้เคียง

๓. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการศึกษา

๓.๑) ปรับโครงสร้างการบริหารการศึกษาในพื้นที่ โดยให้มีหน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัดเพื่อทำหน้าที่ดูแลและการจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา และให้บุคคลในพื้นที่ที่เข้าใจศาสนาอิสลามและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาในพื้นที่เป็นอย่างดีเป็นหัวหน้าหน่วยงาน

๓.๒) ให้พิจารณาเพิ่มเงินอุดหนุนแก่โรงเรียนตาดีกาและสถาบันศึกษาปอเนาะที่ขึ้นทะเบียนโดยคำนวณเงินอุดหนุนเป็นรายหัว

๓.๓) จัดตั้งกองทุนกั๊ยืมที่ปราศจากดอกเบี้ยสำหรับโรงเรียนตาดีกาและสถาบันศึกษาปอเนาะ และจัดให้มีกองทุนเพื่อการศึกษาที่ปราศจากดอกเบี้ยในระดับบัณฑิตศึกษา

๓.๔) ให้โรงเรียนทุกโรงเรียนจัดทำตารางการเรียนการสอนที่เอื้อให้เด็กได้ปฏิบัติศาสนกิจของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม

๓.๕) เปิดโอกาสให้โรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่สามารถกำหนดวันศุกร์และวันเสาร์หรือวันสำคัญทางศาสนาอื่น ๆ เป็นวันหยุดเรียนประจำสัปดาห์ของโรงเรียน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของท้องถิ่น และเป็นจุดเริ่มต้นของการยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม

๓.๖) ให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสันติศึกษา วิถีชีวิตท้องถิ่น และศาสนาเปรียบเทียบในหลักสูตรแกนกลาง

๓.๗) สนับสนุนให้มีโรงเรียนพิเศษหรือห้องเรียนพิเศษในโรงเรียนเพื่อจัดการศึกษาให้แก่เด็กพิเศษในพื้นที่

๔. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านเศรษฐกิจ

๔.๑) ให้มีการจัดตั้งสภาเศรษฐกิจชายแดนใต้ เพื่อเสนอแนะแนวนโยบายทางด้านเศรษฐกิจให้กับรัฐบาล และหน่วยงานของรัฐ

๔.๒) บัญญัติกฎหมายให้มีองค์กรหรือสถาบันจัดการทรัพยากรที่เป็นอิสระ ที่มีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น ตัวแทนองค์กรประมงพื้นบ้าน ตัวแทนองค์กรประมงพาณิชย์ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ออกนโยบายและมาตรการในการจัดการทรัพยากรในทะเล

๔.๓) ให้ออกกฎระเบียบคุ้มครองผู้บริโภคอาหารฮาลาล และจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์อาหารฮาลาลในพื้นที่ เพื่อเรียกความเชื่อมั่นและมาตรฐานของอาหารฮาลาลในประเทศไทย และต้องบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมุสลิมในประเทศไทยให้ได้รับการคุ้มครองบริโภคอาหารฮาลาลตามหลักการของอิสลาม โดยหากมีการปลอมแปลงและปนเปื้อนในอาหารฮาลาลจะต้องมีการรับผิดชอบโดยผู้ประกอบการในทางกฎหมาย

๔.๔ บัญญัติกฎหมายให้สหกรณ์อิสลามเป็นประเภทหนึ่งของรูปแบบสหกรณ์และให้สามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้หลายประเภทมากขึ้นเพื่อรองรับความต้องการของประชาชนในพื้นที่

๔.๕ ให้รัฐจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บผลิตผลทางการเกษตรและประมง เช่น ยุ้งฉาง ห้องเย็น และอื่น ๆ ที่จำเป็น

๕. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม

๕.๑ ให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จัดระเบียบสังคมให้สอดคล้องตามหลักการศาสนา โดยกำหนดให้เป็นพื้นที่ปลอดยาเสพติดและแหล่งอบายมุข

๕.๒ กำหนดให้วันรายออีดิลฟิตรี (วันตรุษละศีลอด ตรงกับวันที่ ๑ เดือนเชาวาลตามปฏิทินอิสลาม) วันรายออีดิลอฮ์ญา (วันตรุษเชือดสัตว์พลีเนื่องในพิธีฮัจญ์ ซึ่งตรงกับวันที่ ๑๐ เดือนซุลฮิจญะฮ์ตามปฏิทินอิสลาม) และวันขึ้นปีใหม่ของอิสลามเป็นวันหยุดราชการในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕.๓ ให้วันศุกร์หรือวันใดวันหนึ่งในหนึ่งสัปดาห์เป็นวันงดเว้นจากการซื้อขายสุรา และให้สถาบันเทิงหยุดบริการ ในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้ให้เป็นไปโดยความสมัครใจ และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

๕.๔ ให้กระทรวงหรือหน่วยงานต้นสังกัดอนุญาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรให้มุสลิมได้รับการยกเว้นในการเข้าร่วมพิธีกรรมหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาอื่น ตามความเหมาะสมของบริบทในพื้นที่นั้น ๆ

๕.๕ ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยจัดให้มีหลักสูตรเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่ และเข้าใจถึงสิทธิของสามีภรรยา การอบรมเลี้ยงดูบุตรตามหลักการศาสนา กองทุนครอบครัว รวมถึงการตรวจสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว

๕.๖ ให้กรมประชาสัมพันธ์ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีรายการโทรทัศน์ วิทยุ สำหรับการเสริมสร้างสถาบันครอบครัวเป็นการเฉพาะ

๕.๗ ให้รัฐออกกฎหมายอนุญาตให้มีกองทุนประกันภัยที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา และจัดให้มีกองทุนชะกาต (กองทุนที่เป็นเงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ศาสนาอิสลามกำหนดให้มุสลิมร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดเมื่อครบรอบปี) เป็นสวัสดิการสังคมโดยมีกฎหมายรองรับ

๕.๘ ให้กระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีสถาบันพัฒนาผู้นำศาสนาในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕.๙ ให้มีศูนย์วัฒนธรรมและภาษามลายูปัตตานี ซึ่งครอบคลุมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการใช้ภาษามลายูปัตตานี ตลอดจนมีการตรวจสอบการใช้ภาษามลายูปัตตานีให้มีความถูกต้อง

๕.๑๐ ให้มีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสื่อมวลชนในท้องถิ่น โดยเน้นเรื่องเนื้อหา การใช้ภาษามลายูปัตตานี และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น รวมทั้งการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้มีการสื่อสารความจริงที่น่าเชื่อถือ

๖. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพ การแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

๖.๑ ให้รัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของทุกศาสนาที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ

๖.๒ ให้รัฐมีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ศาสนา วัฒนธรรมและวิถีชีวิต โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่

๖.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริหารงานสาธารณสุข เช่น การกำหนดนโยบายและการวางแผน ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล และระบบการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น ระบบรักษาความปลอดภัย ระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่สอดคล้องกับบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

๖.๔ ให้รัฐสร้างหลักประกัน สร้างกลไกความคุ้มครองให้เกิดสุขภาวะ เพื่อให้การบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่ต่ออาศัยโครงสร้างและกลไกของรัฐ เช่น การเฝ้าระวัง การควบคุมโรค การตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ การนิเทศติดตามประเมินผล การวิจัยและพัฒนา ยังคงดำเนินการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์สอดคล้องกับบริบททางสังคม และมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ สร้างการมีส่วนร่วมให้พื้นที่สามารถร่วมดำเนินการได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

๑. สภาพปัญหาในปัจจุบัน

วิกฤตการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากจะเกิดการทำร้าย การบาดเจ็บ การตาย ความเครียด ความหวาดกลัวแล้ว ขณะนี้สถานการณ์กำลังนำไปสู่การขาดความเชื่อมั่นในหน่วยงานของรัฐ ประชาชนขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกันอย่างรุนแรง และยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการศึกษา

“ความรู้สึก” ในเรื่องความแตกต่างทางชาติพันธุ์และศาสนาในอดีต รวมถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ ความเชื่อว่ามี การเลือกปฏิบัติของรัฐ ได้ถูกสร้างให้เป็นเงื่อนไขความขัดแย้งในปัจจุบัน ทำให้คนจำนวนมากในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้ยิ่งรู้สึกที่ไม่ได้รับความยุติธรรมในกระบวนการทางการเมืองและการบริหารราชการในระดับท้องถิ่น ความรู้สึกดังกล่าวกลายเป็นบริบทหรือเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงในพื้นที่ กล่าวคือทำให้เกิดข้ออ้างในการใช้ความรุนแรงเพื่อการเรียกคืนความสูญเสียอำนาจในด้านวัฒนธรรม สัญลักษณ์และความยุติธรรมและมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

๑.๑ โครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อการแก้ปัญหา

เหตุการณ์ความรุนแรงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนหนึ่งมาจากความพยายามสร้างความหวาดกลัว และความหวาดระแวง ความรุนแรงขยายวงออกไปมากจนไม่สามารถควบคุมได้ การบริหารตามนโยบายจากส่วนกลางและใช้โครงสร้างองค์กรการจัดการในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ จึงจำเป็นต้องมีการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการใหม่โดยการกระจายอำนาจ ซึ่งจะทำให้การแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ มีความเหมาะสมมากขึ้น

๑.๒ สภาพปัญหาระบบความยุติธรรม

ตามหลักกฎหมายอิสลามเมื่อมีปัญหาคดีความ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับครอบครัวและมรดกที่มุสลิมเป็นทั้งโจทก์ และจำเลย ดาโต๊ะยุติธรรมมีอำนาจเด็ดขาดในการพิพากษาพิพากษาคดี แต่ปัจจุบันในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามนั้น ผู้พิพากษาศาลชั้นต้น ได้แก่ศาลจังหวัดและ ศาลเยาวชนและครอบครัว จะทำการพิจารณาและพิพากษาปัญหาและคดีความต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีดาโต๊ะยุติธรรมหนึ่งนายให้คำปรึกษา และวินิจฉัยชี้ขาดตามข้อกฎหมายอิสลามเท่านั้น ส่วนอำนาจพิจารณาข้อเท็จจริงจากพยานหลักฐานเป็นของผู้พิพากษาศาลชั้นต้น ทำให้ไม่สามารถใช้กฎหมายอิสลามควบคู่กับกฎหมายที่มีอยู่ได้เท่าที่ควร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจะต้องมีการสถาปนาศาลชะรีอะฮ์เพื่อพัฒนาระบบการพิจารณาคดีครอบครัวและมรดกของชาวมุสลิมและผลักดันให้จัดตั้งศาลครอบครัวและมรดกในประเทศไทย

๑.๓ สภาพปัญหาระบบการศึกษา

การศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นับเป็นกุญแจสำคัญที่สุดประการหนึ่งในการแก้ไขปัญหาคความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ หากคุณภาพการศึกษาต่ำก็ย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ การว่างงาน การถูกเอารัดเอาเปรียบ การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม และต้องตกเป็นเหยื่อของผู้ไม่หวังดีในที่สุด

นอกจากจะมีการเรียนศาสนาในโรงเรียนสามัญตามปกติ ในพื้นที่ที่ยังจัดให้มีศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิด (ตาดีกา) ที่สอนศาสนาพื้นฐานสำหรับเด็กและเยาวชนไม่จำกัดอายุ โดยเรียนนอกเวลาเรียนปกติคือเรียนในวันเสาร์-อาทิตย์ หรือวันจันทร์กับวันพฤหัสบดี

แม้ว่าจะมีระบบการศึกษาหลากหลายแต่พบว่า ในปี ๒๕๔๕ ประชากรอายุ ๒๐-๒๙ ปี ได้รับการศึกษาสามัญโดยเฉลี่ยรวม ๘.๓ ปี ซึ่งต่ำกว่าเยาวชนในจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ที่ได้รับ ๙.๕ ปี และเยาวชนในภาคอื่น ๆ ได้รับ ๙ ปี นอกจากนี้ เพียงร้อยละ ๒ ของประชากรวัยเรียนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เท่านั้นที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา

เมื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจากการทดสอบทั่วประเทศโดยกระทรวงศึกษาธิการพบว่านักเรียนจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้คะแนนต่ำกว่านักเรียนในภาคอื่น ๆ ในทุกวิชา ยกเว้นภาษาอังกฤษ^๑ ปัญหาในระดับผลการศึกษาสายสามัญที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกตินั้นอาจเป็นปัญหาเฉพาะที่เกิดขึ้นกับเยาวชนมุสลิมเท่านั้น โดยประมาณ ๒ ใน ๓ ของเด็กมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะถูกผู้ปกครองส่งไปเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ซึ่งมีชั่วโมงเรียนรวมกันสัปดาห์ละ ๓๕ ชั่วโมงเทียบกับโรงเรียนของรัฐที่มีชั่วโมงเรียน ๒๕ ชั่วโมงในหนึ่งสัปดาห์เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องการให้บุตรหลานเรียนศาสนาควบคู่ไปกับการเรียนสายสามัญ จึงนิยมเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม และยังมีผู้ปกครองบางส่วนที่ยังคงนิยมให้เรียนศาสนาเพียงอย่างเดียว จึงส่งบุตรหลานให้เรียนสถาบันศึกษาปอเนาะ

นอกจากนี้พบว่า คุณภาพการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงโดยเร่งด่วนถึงพอใช้ในทุกปัจจัยคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพการศึกษาของโรงเรียนที่ได้รับเงินอุดหนุนในอัตราร้อยละ ๖๐ และร้อยละ ๔๐ คุณภาพการศึกษาของโรงเรียนมาตรา ๑๕ (๒) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาสส่วนใหญ่ อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงโดยเร่งด่วนถึงพอใช้ในทุกปัจจัยคุณภาพ

สาเหตุของปัญหาในการจัดการศึกษา

(๑) ประชาชนไม่ยอมรับและไม่เชื่อมั่นในการจัดการศึกษาที่มาจากรัฐ เนื่องจากรัฐเข้ามาจัดการศึกษาของท้องถิ่นโดยปราศจากความเข้าใจมิติทางวัฒนธรรมอย่างแท้จริง อีกทั้งขาดการมีส่วนร่วมทั้งจากท้องถิ่น และจากภาคประชาชนอย่างเหมาะสม

(๒) ปัญหาอคติ มุสลิมบางส่วนเข้าใจว่ารัฐใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการกลืนวัฒนธรรมมลายูมุสลิมให้หมดสิ้น ฝ่ายรัฐก็มองสถาบันการศึกษาที่สอนศาสนาที่ชุมชนตั้งขึ้นมาโดยเฉพาะตาดีกา สถาบันศึกษาปอเนาะ และโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม บางแห่งว่าเป็นแหล่งบ่มเพาะอุดมการณ์แบ่งแยกดินแดน และอุดมการณ์ที่ใช้ความรุนแรง อีกทั้งเยาวชนที่เข้ารับการศึกษานาสถาบันศึกษาเหล่านี้ก็ถูกมองว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความไม่สงบ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ชาวมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่นิยมให้บุตรหลานเข้าเรียนในโรงเรียนรัฐ ประกอบกับความไม่เข้าใจของภาครัฐในเรื่องที่เกี่ยวกับสถาบันการศึกษาของมุสลิมและรัฐไม่เห็นความสำคัญของการศึกษาในสถาบันศึกษาปอเนาะและตาดีกาเท่าที่ควร

(๓) การขาดแคลนครูที่มีคุณภาพ โดยเป็นปัญหาในทุกพื้นที่โดยเฉพาะในวิชาหลัก ๔ วิชา ได้แก่ ภาษาไทย

^๑ รายงานคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ, มปป.

ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ขาดแคลนครูถึงร้อยละ ๗๐ ของอัตราบรรจุ ปัญหาความไม่สงบยังทำให้ครูที่มีประสบการณ์การสอนสูง ๆ ขอย้ายออกจากพื้นที่กว่า ๑๕๐๐ คน ในรอบสามปี โดยเฉพาะครูไทยพุทธ ในขณะที่ครูที่บรรจุใหม่เข้าไปเป็นพนักงานราชการก็มีประสบการณ์น้อย

(๔) บุคลากร ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เหตุการณ์ความไม่สงบมีผลต่อความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินโดยในรอบสามปีที่ผ่านมามีโรงเรียนที่ถูกเผาหรือทำลายกว่า ๒๐๐ แห่ง ครู บุคลากร นักเรียน นักศึกษาที่บาดเจ็บกว่า ๓๐๐ คน และเสียชีวิตไปกว่า ๑๐๐ คนแล้ว^๒ ทำให้บุคลากรทางการศึกษา ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ไม่กล้ามาสอนตามปกติ โรงเรียนต้องปิดชั่วคราวทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ ใกล้เคียงเฉลี่ย ๓๐-๔๐ วัน หรือร้อยละ ๒๐ ของเวลาเรียนต่อปี ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดการศึกษาโดยนักเรียนมีเวลาเรียนไม่เพียงพอ เนื่องจากโรงเรียนมีการปิดบ่อย เวลาที่ผู้เรียนจะได้เรียนจริง ๆ ไม่เพียงพอต่อคุณภาพการเรียนการสอนให้ยิ่งตกต่ำลง และผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการของผู้เรียน

๑.๔ สภาพปัญหาระบบเศรษฐกิจ

แม้ว่าสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้น แต่มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูง ทั้งยังมีภาวะความยากจนสูง โดยในปี ๒๕๕๐ นครราชสีมามีคนจนร้อยละ ๒๐.๐ ของประชากรในจังหวัด ขณะที่ปัตตานี มีคนจนร้อยละ ๑๙.๗ ซึ่งสูงเป็นกว่าสี่เท่าภาวะความยากจนของภาคใต้ที่มีคนจนร้อยละ ๕.๙ ของประชากรในภาคใต้ และสูงกว่าเท่าตัวของระดับภาวะความยากจนของประเทศที่มีคนจนอยู่ร้อยละ ๘.๕^๓ โดยประชาชนในสามจังหวัดชายแดนขาดความมั่นคงในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ ทั้งนี้เพราะชุมชนที่อยู่รอบ ๆ ทรัพยากรธรรมชาติเหล่านี้ขาดอำนาจในการบริหารจัดการกับทรัพย์สินประชาชนในพื้นที่จึงถูกกลืนโดยบุคคลภายนอกที่สามารถใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ หรืออิทธิพลทางการเมืองโต้แย้งชิงเอาทรัพยากรเหล่านี้ไป^๔ การที่ชุมชนไร้อำนาจถือเป็นอีกมิติหนึ่งที่กระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่

๑.๕ สภาพปัญหาทางสังคม ประเพณี วัฒนธรรม

พื้นที่ชายแดนภาคใต้มีการระบาดของยาเสพติดและอบายมุขมากจนเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และกำลังบ่อนทำลายบริบทของพื้นที่ที่ยึดมั่นในหลักการศาสนาอิสลาม นอกจากนี้ปัญหาควบคู่กันคือความอ่อนแอของสถาบันครอบครัว ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การใช้ชีวิตคู่ และการอบรมเลี้ยงดูบุตรตามหลักการศาสนา ความรู้สึกไม่ได้เป็นเจ้าของพื้นที่ และการไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการบริหาร การพัฒนาส่งผลต่อความรัก ความหวงแหนและความพร้อมที่จะปกป้องรักษาทรัพย์สินและประโยชน์ของประเทศชาติ

๒. กรอบยุทธศาสตร์และแนวทางการทำงาน

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์และแนวทางการทำงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

^๒ ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๐

^๓ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๕๑, รายงานการประเมินภาวะความยากจน ปี ๒๕๕๐

^๔ รายงานคณะอนุกรรมการศึกษาวิถีทางการพัฒนาเพื่อความมั่นคงของมนุษย์ (คณะ ๓) คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) มีนาคม ๒๕๔๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การคุ้มครองความปลอดภัย การอำนวยความสะดวกเป็นธรรมเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในอำนาจรัฐ และสร้างภูมิคุ้มกันแก่คนกลุ่มเสี่ยง มีแนวทางหลักดังนี้

- (๑.๑) บูรณาการแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมกับแผนการรักษาความปลอดภัย
- (๑.๒) ส่งเสริมและพัฒนาประสิทธิภาพงานยุติธรรมให้เป็นไปตามหลักนิติธรรม
- (๑.๓) ช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่สงบอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง
- (๑.๔) ปรับความคิดความเชื่อกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับขบวนการก่อความไม่สงบ
- (๑.๕) การเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคีเข้ามามีส่วนร่วม
- (๑.๖) ป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างจริงจัง ครอบวงจร และต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การแก้ไขปัญหาความยากจนและเสริมสร้างความมั่นคงทางอาชีพและรายได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยมีแนวทางหลัก ดังนี้

- (๒.๑) พัฒนาความมั่นคงด้านอาชีพและรายได้และความมั่นคงในการดำรงชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย
- (๒.๒) สนับสนุนกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

ผ่านการจัดการทำแผนชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพคน เพื่อสร้างโอกาสการมีงานทำและยกระดับคุณภาพชีวิต มีแนวทางดังนี้

- (๓.๑) ขับเคลื่อนการปฏิรูปการศึกษาทั้งระบบทุกระดับอย่างจริงจัง
- (๓.๒) พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เพียงพอมีคุณภาพได้มาตรฐาน เข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง
- (๓.๓) พัฒนาความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวและเสริมสร้างศักยภาพกลุ่มคน
- (๓.๔) ส่งเสริมการใช้ทุนสังคมโดยเฉพาะทุนวัฒนธรรมของท้องถิ่น
- (๓.๕) พัฒนาทักษะฝีมือแรงงานให้มีคุณภาพได้มาตรฐานตามความต้องการของตลาดแรงงาน ทั้งในและต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างความเข้มแข็งฐานเศรษฐกิจของพื้นที่และการพัฒนาความร่วมมือกับต่างประเทศ มีแนวทางหลักดังนี้

(๔.๑) ขยายฐานการผลิตด้านการเกษตรให้หลากหลายเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมแปรรูปและตลาด โดยการปรับปรุงผลผลิตภาพการผลิต (Productivity) การพัฒนาระบบตลาด และการเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมแปรรูป

- (๔.๒) พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาด้านการเกษตรอุตสาหกรรม การค้าและการบริการ
- (๔.๓) พัฒนาความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน

(๔.๔) สร้างโอกาสใหม่ในการพัฒนาเศรษฐกิจของพื้นที่ด้วยการเปิดประตูทางทะเลสู่นานาชาติเพื่อเหนี่ยวนำการลงทุนใหม่ ๆ สู่พื้นที่

- (๔.๕) การเสริมสร้างความสัมพันธ์ และความเข้าใจที่ดีกับต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การบริหารจัดการเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจ มีแนวทางหลัก ดังนี้

- (๕.๑) เร่งปรับปรุงและจัดทำกฎระเบียบเฉพาะในเขตพัฒนาพิเศษเฉพาะกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้
- (๕.๒) ให้ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ทำหน้าที่บูรณาการการพัฒนาแผนงาน โครงการ

๓. แนวทางแก้ไขปัญหา

หน่วยงาน เครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อาทิเช่น คณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา เครือข่ายสมัชชาสุขภาพในสามจังหวัด สถาบันรัฐศาสตร์ในภาคใต้ ได้วิเคราะห์สถานการณ์ รวบรวมข้อมูลวิชาการ สังเคราะห์องค์ความรู้ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และประมวลเป็นข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม จำแนกเป็น ๕ ด้านหลักคือ ด้านโครงสร้างการบริหารจัดการ ด้านระบบความยุติธรรม ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมวัฒนธรรมตามเอกสารผนวก ๑ / ๑ / ๓

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมตามเอกสารผนวก ๑ / ๑ / ๓ ประกอบรายงานนี้ พร้อมทั้งพิจารณาร่างมติตามเอกสารร่างมติ ๑ / ๓

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา เครือข่ายสมัชชาสุขภาพในสามจังหวัด สถาบันรัฐศาสตร์ในภาคใต้ ได้ร่วมกันพัฒนานโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ และมีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมสำหรับพิจารณาปรับไปดำเนินงานในด้านต่าง ๆ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ข้อเสนอในการจัดรูปปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๑.๑ ตราพระราชบัญญัติจัดตั้ง “ทบวงการบริหารการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้” (Southern Border Provinces Development Administration Bureau--SBPAB) ฐานะเทียบเท่ากระทรวง แต่เป็นการปกครองส่วนภูมิภาคและการบริหารงานส่วนท้องถิ่นแบบพิเศษ โดยมีรัฐมนตรีทบวงเป็นผู้ดูแลนโยบาย ส่วนในระดับข้าราชการประจำจะมีปลัดทบวง รองปลัดทบวงและผู้อำนวยการเขตทำหน้าที่ดูแลในแต่ละพื้นที่ในฐานะข้าราชการส่วนภูมิภาคแบบพิเศษควบคู่ไปกับองค์กรปกครองท้องถิ่นในทุกระดับสำหรับเป็นองค์กรประสานงานการบริหารและการปกครองจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในลักษณะคล้ายกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ให้เป็นองค์กรหลักที่มีอำนาจหน้าที่ในการอำนวยการและการแก้ปัญหาในนโยบายในการบริหารในสามจังหวัดภาคใต้ และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่รวมพลังภาคประชาสังคม ภาคท้องถิ่นและภาครัฐเข้าด้วยกัน

๑.๒ จัดให้มี “สมัชชาประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้” (Chamber of Southern Border Provinces-CSBP) หรือสภาประชาชนพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเป็นองค์กรตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ในลักษณะสภาที่ปรึกษาและกลั่นกรองนโยบายโดยการคัดเลือกหรือเลือกตั้งจากตัวแทนภาคประชาชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ผู้รู้ทางการศึกษาและวัฒนธรรม กลุ่มอาชีพสาขาต่าง ๆ รวมทั้งฝ่ายปกครองท้องถิ่น เป็นผู้ประสานนโยบายและแผน อำนวยความยุติธรรม รวมทั้งดูแลตรวจสอบบุคลากรและงบประมาณที่นำลงไปสู่จังหวัด อำเภอ และหน่วยการปกครองท้องถิ่นในทุกระดับ

๑.๓ ให้มีองค์กรปกครองท้องถิ่นในระดับตำบลและเทศบาลเหมือนรูปแบบเดิม ที่มาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนในท้องถิ่น มีอำนาจในการเก็บภาษีและบริหารงบประมาณการคลังส่วนท้องถิ่นเต็มที่ มีอำนาจในการออกข้อบัญญัติ รวมทั้งเพิ่มอำนาจในการจัดการท้องถิ่นในเรื่องทางศีลธรรม วัฒนธรรมและประเพณีให้มากขึ้น เช่น การกำหนดเขตปลอดอบายมุข ดำรวจศีลธรรม ประกาศห้ามเยาวชนออกนอกบ้านในยามวิกาลเว้นแต่มีผู้ปกครองอยู่ด้วย ฯลฯ

๑.๔ ในระดับพื้นที่ ควรมีองค์กรสภาผู้รู้ทางศาสนาหรือปราชญ์ชาวบ้านในระดับตำบล โดยกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่นจะต้องได้รับการรับรองจากสภาผู้รู้ทางศาสนา และประชาชน สมาชิกสภานี้ได้มาจากการ

เสนอชื่อและการเลือกสรรจากคณะกรรมการชุมชนผู้นำศาสนา องค์กรภาคประชาชนและสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น สมาชิกสภาผู้รั้งเป็นที่ปรึกษาในกิจการศาสนาและศีลธรรมของสังคมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สมาชิกที่มาจากการคัดสรรนี้ควรเป็นกรรมการโดยตำแหน่งขององค์กรปกครองท้องถิ่นด้วยจำนวน ๑ ในสามของสมาชิกสภาท้องถิ่นเพื่อให้มีอำนาจในการยับยั้งในกรณีที่ผู้นำท้องถิ่นกระทำผิดในทางนโยบายและเกิดการทุจริตประทุพติมิชอบ องค์กรสถานนี้มีลักษณะแบบ “สภาชุรอ”

๑.๕ พัฒนาระบบกฎหมายอิสลามและกฎหมายตามประเพณี หรือระบบยุติธรรมทางเลือก ระบบยุติธรรมชุมชน โดยการประสานกับองค์กรสันติยุติธรรมสร้างความชอบธรรมในอำนาจการเมืองการปกครอง (Legitimate political authority) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ออำนาจของกฎหมาย

๑.๖ ส่วนการปกครองและการบริหารในระดับหมู่บ้านและชุมชนจะต้องปลอดภัยและมั่นคงด้วย โดยกระทรวงยุติธรรมรับผิดชอบในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้สามารถอำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้กฎหมายอิสลามที่เกี่ยวกับครอบครัวและมรดก

๑.๗ มีระบบการจัดการความมั่นคงของหมู่บ้านและชุมชนแบบบูรณาการตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามโครงสร้างใหม่ของกฎหมายฉบับนี้ผู้ใหญ่บ้านมีอายุการดำรงตำแหน่งจนถึงเกษียณอายุ ๖๐ ปี ควรมีการปรับปรุงการทำงานของคณะกรรมการหมู่บ้านให้มีความมั่นคงและมีส่วนร่วมมากขึ้น ให้คณะกรรมการหมู่บ้านเป็นรูปสภาชุรอของหมู่บ้าน เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในระดับฐานราก

๑.๘ เชื่อมโยงระบบย่อยที่ประกอบด้วยระบบผู้นำ ระบบการปกครองท้องถิ่น ระบบยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบราชการ ระบบการพัฒนาเศรษฐกิจ ระบบวัฒนธรรม ระบบการจัดการความขัดแย้งและความมั่นคงในชุมชน รวมทั้งระบบสวัสดิการสังคมบนฐานของชุมชน

๒. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

๒.๑ จัดตั้ง “คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์” เป็นองค์กรที่มีลักษณะสำคัญ คือ

- ๑) เป็น “องค์กรอิสระ” ที่มีความอิสระอย่างแท้จริง ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี หรือ คอบต.
- ๒) เป็นองค์กรที่ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ
- ๓) เป็นองค์กรที่ประชาชนสามารถไว้วางใจ เข้าถึงได้ง่าย และใช้ภาษาถิ่นได้
- ๔) เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรทางศาสนาในชุมชน เช่น มัสยิด คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด และวัด เป็นต้น

๒.๒ จัดตั้ง “ศาลอิสลาม” หรือ “ศาลคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” เป็นแผนกหนึ่งในศาลยุติธรรม โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

- ๑) มีความเป็นอิสระในการดำเนินการต่าง ๆ ทางคดีตามที่กฎหมายอิสลามบัญญัติอย่างสมบูรณ์
- ๒) กำหนดให้ศาลอิสลาม หรือ “ศาลคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” มี ๒ ชั้น คือ ศาลชั้นต้น กับศาลชั้นฎีกา

๓) ให้ดาโต๊ะยุติธรรมเป็นผู้มีอำนาจแต่ฝ่ายเดียวในการชี้ขาดตัดสินคดีในศาลอิสลาม

๔) ปรับปรุงแก้ไข “หลักกฎหมายอิสลาม” ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยจัดทำ(ร่างกฎหมายใหม่) เป็น “หลักกฎหมายสารบัญญัติอิสลาม” และ “หลักกฎหมายวิธีบัญญัติอิสลาม” และควรกำหนดกรอบแนวทาง คือ

๔.๑) ให้เป็นหลักกฎหมายอิสลามว่าด้วยเรื่องครอบครัวและมรดก และบทบัญญัติลักษณะอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยเท่าที่จะทำให้มุสลิมดำเนินการในทางศาลได้โดยมิต้องฝ่าฝืนหลักกฎหมายอิสลาม

๔.๒) ให้ยึดถือหลักศาสนบัญญัติตามแนวทาง (มัซฮับ) ซาฟีอี เป็นสำคัญในการจัดทำหลักกฎหมาย “หลักกฎหมายสารบัญญัติอิสลาม” และ “หลักกฎหมายวิธีสบัญญัติอิสลาม”

๕) ให้คดีที่โจทก์และจำเลยเป็นมุสลิม และคดีที่จำเลยฝ่ายเดียวเป็นมุสลิมอยู่ภายใต้อำนาจของศาลอิสลาม หรือ “ศาลคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” ด้วย

๒.๓) ให้มีทบบัญญัติเรื่องทนายความ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยดาโต๊ะยุติธรรม และการประนีประนอมไกล่เกลี่ย บรรลุอยู่ในหลักกฎหมายวิธีสารบัญญัติด้วย

๒.๔) ให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางกฎหมายอิสลาม ในระดับปริญญาโท และ ปริญญาเอก มากขึ้น

๒.๕) ให้มีการจัดตั้งศูนย์นิติวิทยาศาสตร์อย่างน้อย ๑ ศูนย์ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้หรือพื้นที่ใกล้เคียง

๓. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการศึกษา

๓.๑) ปรับโครงสร้างการบริหารการศึกษาในพื้นที่ โดยให้มีหน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัดเพื่อทำหน้าที่ดูแลและการจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา และให้คนในพื้นที่ที่เข้าใจศาสนาอิสลามที่ลุ่มลึก และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาในพื้นที่เป็นอย่างดีเป็นผู้อำนวยการหน่วยงาน

๓.๒) ให้พิจารณาเพิ่มเงินอุดหนุนแก่โรงเรียนตาดีกาและสถาบันศึกษาปอเนาะโดยคำนวณเงินอุดหนุนเป็นรายหัว

๓.๓) จัดตั้งกองทุนกัฎีมาที่ปราศจากดอกเบี้ยสำหรับโรงเรียนตาดีกา และสถาบันศึกษาปอเนาะ และจัดให้มีกองทุนเพื่อการศึกษาที่ปราศจากดอกเบี้ยในระดับบัณฑิตศึกษา

๓.๔) ให้โรงเรียนของรัฐทุกโรงเรียนจัดตารางการเรียนการสอนที่เอื้อให้เด็กได้ปฏิบัติศาสนกิจของตนเอง อย่างเป็นรูปธรรม

๓.๕) เปิดโอกาสให้โรงเรียนของรัฐที่อยู่ในพื้นที่สามารถกำหนดวันศุกร์และวันเสาร์เป็นวันหยุดเรียนประจำสัปดาห์ของโรงเรียน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของท้องถิ่น และเป็นจุดเริ่มต้นของการยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม

๓.๖) ให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสันติศึกษา วิถีชีวิตท้องถิ่นและศาสนาเปรียบเทียบในหลักสูตรแกนกลาง

๓.๗) สนับสนุนให้มีโรงเรียนพิเศษหรือห้องเรียนพิเศษในโรงเรียนของรัฐเพื่อจัดการศึกษาให้แก่เด็กพิเศษในพื้นที่

๔. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านเศรษฐกิจ

๔.๑) ให้มีการจัดตั้งสภาเศรษฐกิจชายแดนใต้ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายทางด้านเศรษฐกิจให้กับรัฐบาล และหน่วยงานของรัฐ

๔.๒) บัญญัติกฎหมายให้มีองค์กรหรือสถาบันจัดการทรัพยากรที่เป็นอิสระ ที่มีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น ตัวแทนองค์กรประมงพื้นบ้าน ตัวแทนองค์กรประมงพาณิชย์ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ออกนโยบายและมาตรการในการจัดการทรัพยากรในทะเล

๔.๓) ให้ออกกฎ ระเบียบคุ้มครองผู้บริโภคอาหารฮาลาล และจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์อาหารฮาลาลในพื้นที่ เพื่อเรียกความเชื่อมั่นและมาตรฐานของอาหารฮาลาลในประเทศไทย และต้องบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมุสลิมในประเทศไทยให้ได้รับการคุ้มครองบริโภคอาหารฮาลาลตามหลักการของอิสลาม โดยหากมีการปลอมแปลงและปนเปื้อนในอาหารฮาลาลจะต้องมีการรับผิดชอบโดยผู้ประกอบการในทางกฎหมาย

๔.๔ บัญญัติกฎหมายให้สหกรณ์อิสลามเป็นประเภทหนึ่งของรูปแบบสหกรณ์และให้สามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้หลายประเภทมากขึ้นเพื่อรองรับความต้องการของประชาชนในพื้นที่

๕. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม

๕.๑ เสนอให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จัดระเบียบสังคมให้สอดคล้องตามหลักการศาสนา โดยกำหนดให้เป็นพื้นที่ปลอดยาเสพติดและแหล่งอบายมุข

๕.๒ กำหนดให้วันรายออีดิลฟิตรีและวันขึ้นปีใหม่ของอิสลามเป็นวันหยุดราชการในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕.๓ กำหนดให้วันศุกร์ หรือวันใดวันหนึ่งในหนึ่งสัปดาห์เป็นวันทิ้งแว่นจากการซื้อขายสุรา และให้สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕.๔ ให้กระทรวงหรือหน่วยงานต้นสังกัดออกกฎกระทรวงหรือคำสั่งอนุญาตให้มุสลิมได้รับการยกเว้นในการเข้าร่วมพิธีกรรม หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาอื่นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

๕.๕ เสนอให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยจัดให้มีหลักสูตรเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่ และเข้าใจถึงสิทธิของสามีภรรยา รวมถึงการอบรมเลี้ยงดูบุตรตามหลักการศาสนา

๕.๖ เสนอให้กรมประชาสัมพันธ์ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีสถานีโทรทัศน์สำหรับรายการเสริมสร้างสถาบันครอบครัวเป็นการเฉพาะ

๕.๗ เสนอให้ออกกฎหมายอนุญาตให้มีกองทุนประกันภัยที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา และจัดให้มีกองทุนชะกาตเป็นสวัสดิการสังคมโดยมีกฎหมายรองรับ

๕.๘ เสนอให้กระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีสถาบันพัฒนาผู้นำศาสนาในพื้นที่ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๕.๙ เสนอให้มีศูนย์วัฒนธรรมและภาษามลายูปัตตานี ซึ่งครอบคลุมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีหน้าที่ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการใช้ภาษามลายูปัตตานี ตลอดจนมีการตรวจสอบการใช้ภาษามลายูปัตตานี ให้มีความถูกต้อง

๕.๑๐ เสนอให้มีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสื่อมวลชนในท้องถิ่น โดยเน้นในเรื่องเนื้อหา การใช้ภาษามลายูปัตตานี และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น รวมทั้งการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้มีการสื่อสารความจริงจนเกิดความน่าเชื่อถือ

มติ ๑.๔ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี

ห่วงใย ในความไม่ชัดเจนและไม่โปร่งใสและขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่ส่งผลถึงสุขภาพของประชาชน รวมทั้งกระบวนการศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมและคาดการณ์ผลกระทบจากข้อตกลงการค้าเสรียิ่งขาดความเป็นอิสระและไม่รอบด้าน

กังวล ถึงผลกระทบจากการทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีต่อระบบ เกษตรกรรม วิถีชีวิต ทรัพยากรธรรมชาติ ความหลากหลายทางชีวภาพ ระบบบริการสาธารณสุข ระบบการจ้างงาน นโยบายสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และการเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับประชาชนไทย

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการ

๑.๑ จัดตั้งกลไกคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศและตรวจสอบผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่เกิดจากความตกลงที่มีผลบังคับใช้ไปแล้ว สำหรับนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อพัฒนา ปรับปรุงและเยียวยา ทั้งนี้ให้กลไกนี้มีอิสระจากกลไกที่ทำหน้าที่ในการเจรจาการค้า

๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเสนอร่างกฎหมายว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๙๐ วรรค ๕ โดยให้มีกระบวนการรับฟังข้อคิดเห็นและนำข้อเสนอของภาคประชาสังคมไปพิจารณา

๒. ขอให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วนทุกระดับ และภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการ

๒.๑ เข้าร่วมอย่างแข็งขันในการร่างกฎหมายว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๙๐ วรรค ๕ โดยมุ่งเน้นให้เกิดกลไกที่จะรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม และผลักดันให้หน่วยงานของรัฐนำร่างการจัดทำหนังสือสัญญาตามมาตรา ๑๙๐ ของรัฐบาลมารับฟังความคิดเห็นของประชาชนในวงกว้างอย่างเร่งด่วนที่สุด

๒.๒ สนับสนุนการดำเนินการของคณะกรรมการศึกษาและติดตามฯ ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งขึ้นตามมติข้อ ๑.๑

๒.๓ สนับสนุนให้มีผู้แทนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยการเสนอชื่อจากสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นผู้สังเกตการณ์ ติดตาม และรายงานผลการเจรจา

๒.๔ สนับสนุนให้มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูล การเจรจาการค้าเสรี ตั้งแต่การกำหนดกรอบเจรจา ผลการเจรจา จนถึงขั้นตอนการให้สัตยาบัน เพื่อผลการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนจะเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

๓. ขอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเจรจาการค้าโดยเฉพาะกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้งคณะ แพทยศาสตร์ สถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ ที่มีความเกี่ยวข้อง ดำเนินการ

๓.๑ จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อศึกษาผลกระทบอย่างรอบด้าน อย่างน้อย ๒ ครั้ง คือการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อจัดทำกรอบการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศ และการรับฟัง ความคิดเห็นของประชาชนเพื่อศึกษาผลกระทบ ก่อนการพิจารณาให้ความเห็นชอบโดยรัฐสภาก่อนรัฐบาลให้สัตยาบัน หรือก่อนหน้าความตกลงจะมีผลผูกพัน ทั้งนี้โดยมอบหมายให้องค์กรอิสระ เช่น คณะกรรมการศึกษาและติดตามฯ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตามข้อ ๑.๑ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ หรือสภาที่ปรึกษา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น เป็นผู้จัดรับฟังความคิดเห็น และรายงานผลการรับฟังความคิดเห็นของ ประชาชนและข้อมูลผลกระทบต่อประเทศและประชาชนเผยแพร่ต่อสาธารณะก่อนให้ความเห็นชอบการจัดทำ หนังสือสัญญา

๓.๒ กำหนดหลักการและมาตรการป้องกัน หลีกเลี่ยง และรองรับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ จากการบังคับใช้ข้อตกลงที่ระบุนกรอบเวลาและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เสนอต่อรัฐสภาทั้งก่อนเริ่มการเจรจาและก่อน การลงนาม โดยให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยเฉพาะผลกระทบด้านลบได้เข้ามีส่วนร่วมในการพิจารณาด้วย

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติติดตามผลการดำเนินการตามมตินี้ และรายงานต่อสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี

สถานการณ์ปัจจุบัน

๑. ปัจจุบันภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ประเด็นด้านการค้า การลงทุน และความสัมพันธกับนานาประเทศ ในด้านต่าง ๆ ได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนไทยมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียอาชีพและหนี้สินที่พอกพูนขึ้นของเกษตรกร ความเสี่ยงในการสูญเสียทรัพยากรชีวภาพ ราคาขายที่แพงเกินความเหมาะสม ความไม่เท่าเทียมกันของระบบบริการสาธารณสุขในประเทศ มาตรฐานบริการที่ด้อยลง ตลอดจน ค่าครองชีพ และราคาสินค้าบริการที่ถีบตัวสูงขึ้นและมีการผลกระทบให้ผู้บริโภคมากขึ้น ฯลฯ ประเด็นเหล่านี้แม้จะดูแตกต่างกันหลากหลาย แต่ก็เชื่อมโยงแนบแน่นอยู่กับปัจจัยภายนอกประเทศอย่างยิ่ง หรือกล่าวได้ว่า ความตกลงระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำสัญญา “เขตการค้าเสรีหรือเอฟทีเอ” ไม่ใช่เรื่องไกลตัวคนไทย หากแต่ส่งผลอย่างเป็นรูปธรรมต่อความมั่นคงในชีวิตและ การทำมาหากิน หรือกล่าวโดยรวมว่าเป็นประเด็นสุขภาวะของประชาชนและสังคมโดยรวม กระบวนการในการเจรจาและการจัดทำความตกลงระหว่างประเทศซึ่งเป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญที่ผ่านมา ดำเนินไปโดยขาดความโปร่งใสและขาดการมีส่วนร่วมจากประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้อาจสรุปสภาพปัญหาสำคัญในการจัดทำสัญญาระหว่างประเทศที่ผ่านมาได้ดังนี้

๑.๑ กระบวนการเจรจาและจัดทำความตกลงระหว่างประเทศขาดความโปร่งใส

๑.๒ ฝ่ายนิติบัญญัติถูกกันออกจากกระบวนการเจรจาและจัดทำความตกลงระหว่างประเทศ

๑.๓ กระบวนการศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมและคาดการณ์ผลกระทบยังขาดความเป็นอิสระ รวมถึงการศึกษายังขาดความรอบด้าน

๑.๔ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนโดยทั่วไปไม่สามารถมีส่วนร่วมในการเจรจาอย่างเต็มที่ ผลกระทบจากการทำข้อตกลงเขตการค้าเสรี (FTA) ที่ผ่านมา

๒. เกษตรกรเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากผลของการทำข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศต่าง ๆ นับตั้งแต่มีการลงนามข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศจีนเป็นต้นมา ผลกระทบที่สำคัญได้แก่

๒.๑ การเปิดการค้าเสรีต่าง ๆ และทำข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศจีนทำให้เกิดผลกระทบกับเกษตรกรที่ปลูกผักและผลไม้เมืองหนาวนับแสนครอบครัว ตัวอย่างเช่นพื้นที่ปลูกกระเทียมลดลงเกือบ ๔๐ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นผลจากราคากระเทียมราคาถูกไหลทะลักเข้ามาแทนที่จนเกษตรกรที่ปลูกกระเทียมต้องสูญเสียอาชีพและถูกบีบให้เปลี่ยนไปปลูกพืชชนิดอื่นหรือต้องไปประกอบอาชีพอย่างอื่นแทน เช่นเดียวกับเกษตรกรที่ปลูกผักและผลไม้เมืองหนาวทั้งที่อยู่ภายใต้โครงการหลวง และเกษตรกรนอกโครงการซึ่งไม่สามารถสู้ราคาผลผลิตที่มีราคาต่ำมาจากประเทศจีนได้ ผลกระทบดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังผลผลิตอื่น เช่น ผลไม้เมืองร้อนด้วย เพราะความต้องการและกำลังซื้อผลไม้ค่อนข้างคงที่ เมื่อผลไม้ราคาถูกเข้ามาแทนที่ความต้องการซื้อผลไม้เมืองร้อนก็ลดลงตามไปด้วย

๒.๒ การลงนามข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ สร้างผลกระทบให้กับเกษตรกรที่เลี้ยงโคนมและโคเนื้อนับล้านครอบครัวในอนาคต เนื่องจากการลดภาษีจาก ๓๕-๔๐ เปอร์เซ็นต์ภายในระยะเวลา ๑๕-๒๐ ปี จะทำให้ผลิตภัณฑ์นมและเนื้อจากทั้งสองประเทศซึ่งมีราคาถูกกว่ามาก ทะลักเข้ามายังประเทศไทยต่อไป และยากที่เกษตรกรไทยจะสามารถแข่งขันกับประเทศทั้งสองได้ ดังเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าแม้แต่ประเทศที่มีเทคโนโลยีและสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยใกล้เคียงกัน เช่น สหรัฐอเมริกา ยุโรป หรือแม้แต่ประเทศจีนก็ไม่ยินยอมที่จะลดกำแพงภาษีของตนให้กับออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วคือเกษตรกรที่เลี้ยงโคนมในไทยประมาณหนึ่งในสามได้เลิกอาชีพนี้แล้วทั้งๆที่เพิ่งลงนามได้เพียงไม่นาน

๒.๓ การเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งหยุดชะงักไปในปี ๒๕๕๐ นั้นเป็นที่ประจักษ์ชัดว่าสหรัฐอเมริกาต้องการให้ประเทศไทยยอมรับกฎหมายที่อนุญาตให้บริษัทข้ามชาติจัดสิทธิบัตรในสิ่งมีชีวิต เปิดช่องให้บริษัทข้ามชาติเข้ามาครอบครองทรัพย์สินทางปัญญาชีวภาพ รวมทั้งให้สิทธิแก่บริษัทเมล็ดพันธุ์ผูกขาดเรื่องพันธุ์พืช และรวมถึงการกดดันให้รัฐบาลไทยอนุญาตให้มีการปลูกพืชจีเอ็มโอ การผลักดันดังกล่าวของสหรัฐเป็นการบีบบังคับให้ประเทศไทยต้องแก้ไขกฎหมายภายในหลายฉบับ เช่น กฎหมายสิทธิบัตร กฎหมายคุ้มครองพันธุ์พืช กฎหมายคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น หากรัฐบาลไทยในอนาคตลงนามข้อตกลงการค้าเสรีภายใต้การยอมรับเงื่อนไขดังกล่าวจะเปิดโอกาสให้ต่างชาติเข้าผูกขาดเมล็ดพันธุ์และทรัพย์สินทางปัญญาของประเทศ เกษตรกรต้องจ่ายค่าเมล็ดพันธุ์แพงขึ้นตั้งแต่ ๓๐ เปอร์เซ็นต์ จนถึง ๔,๐๐๐ เปอร์เซ็นต์

๓. การค้าเสรีจะส่งผลกระทบต่อเกษตรกรไทยต้องสูญเสียอาชีพ จากการประมาณการของแผนงานฐานทรัพยากรอาหาร และมูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน(ประเทศไทย) คาดว่าจำนวนเกษตรกรจะลดลงเหลือเพียงไม่เกิน ๒๐ เปอร์เซ็นต์ภายในสองทศวรรษหน้า ซึ่งหมายถึงว่ามีจำนวนเกษตรกรที่ต้องกลายเป็นแรงงาน ออกไปประกอบอาชีพอื่น และต้องว่างงานรวมกันมากกว่า ๑๐ ล้านคน ทั้งนี้ไม่นับปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารและอธิปไตยทางอาหาร เช่น กลุ่มทุนขนาดใหญ่และต่างชาติที่เข้ามาครอบครองที่ดิน ทรัพยากรชีวภาพ และเข้ามาประกอบธุรกิจการเกษตรในระดับต่าง ๆ แทนที่เกษตรกรรายย่อย โดยอาศัยการเปิดเสรีด้านการลงทุน และข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีกับประเทศต่าง ๆ

๔. การจัดทำความตกลงการค้าระหว่างประเทศ เช่น ความตกลงทางเศรษฐกิจไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA) ซึ่งส่งเสริมการเปิดเสรีบริการสาธารณสุข รวมทั้งนโยบายการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งเอเชีย คาดว่าจะส่งผลให้ชาวต่างประเทศมาใช้บริการสาธารณสุขจำนวนถึงสองล้านคน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีอัตราเพิ่มเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรสาธารณสุขจากภาครัฐในชนบทไปสู่ภาคเอกชนในเขตเมืองมากขึ้น ขณะที่ความต้องการบริการสาธารณสุขในประเทศเพิ่มสูงขึ้นจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเช่นกัน เป็นเหตุให้เกิดความตึงเครียดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากปัญหาความขาดแคลนของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมในระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของการบริการ

๕. ในการทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับสหรัฐอเมริกา ได้มีข้อเรียกร้องในประเด็นทรัพย์สินทางปัญญาที่เรียกว่า TRIPS Plus ที่ส่งผลให้ขยายการผูกขาดสิทธิบัตรยาจาก ๒๐ ปี เป็น ๒๕ ปี ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อเรื่องยาและสาธารณสุข โดยเป็นการสร้างข้อจำกัดและอุปสรรคต่อการวิจัยและพัฒนา ลดศักยภาพ

ในการแข่งขันของบริษัทภายในประเทศ ทำให้ปัญหาการผูกขาดตลาดยารุนแรงขึ้น^๑ เมื่อบริษัทภายในประเทศไม่สามารถพัฒนาตัวเอง ก็ไม่สามารถผลิตยาชื่อสามัญขึ้นมาแข่งขันได้ ทำให้ยามีราคาแพงขึ้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้ใช้ยาชื่อสามัญที่มีราคาถูกกว่ายาต้นตำรับก็น้อยลง ในกรณีผู้ติดเชื้อ HIV/ ผู้ป่วยเอดส์ ที่จำเป็นต้องกินยาต้านไวรัสตลอดชีวิตนั้น พบว่ายาต้านไวรัสหลายตัวติดสิทธิบัตร หากมีการขยายอายุสิทธิบัตร ก็จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อหมดโอกาสได้รับยา นอกจากนี้ ยารักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ไต ฯลฯ ก็จะมีราคาแพงขึ้นด้วย และหมดโอกาสที่จะเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกเหนือจากผลกระทบทางตรงที่จะเกิดขึ้นในกรณียาแพง แล้วข้อเรียกร้อง TRIPS Plus จะส่งผลต่อความสามารถของรัฐในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการด้านการบริการสาธารณสุข เช่น มาตรการบังคับใช้สิทธิก็ไม่อาจกระทำได้

ระบบกฎหมายที่จะสร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของประชาชน

๖. ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรัฐธรรมนูญหลายครั้ง แต่ไม่ปรากฏว่ามีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับใดกำหนดถึงเรื่องกระบวนการทำหนังสือสัญญาไว้อย่างชัดเจน อันนำไปสู่ปัญหาในทางปฏิบัติอย่างมากและต่อเนื่องตลอดมา เนื่องจากเกิดความเห็นที่ขัดแย้งกันระหว่างฝ่ายบริหารและฝ่ายนิติบัญญัติในการทำหนังสือสัญญา โดยเฉพาะปัญหาในการตีความว่าสนธิสัญญาใดเป็นสนธิสัญญาประเภทที่ต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภาก่อนที่จะฝ่ายบริหารจะแสดงเจตนาผูกพันตามสนธิสัญญาและเรื่องกระบวนการทำสนธิสัญญา ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เป็นเรื่องที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง เพื่อให้ทันกับสภาพการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยต้องทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศทั้งในลักษณะพหุภาคี และ ทวิภาคีกับประเทศอื่นในด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการค้า การลงทุนหรือการเงินระหว่างประเทศ

๗. ความพยายามในการแก้ไขปัญหาล่าช้าได้สะท้อนออกมาในมาตรา ๑๙๐ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งระบุไว้ชัดเจนว่า “... หนังสือสัญญาใดมีบทเปลี่ยนแปลงอาณาเขตไทย หรือเขตพื้นที่นอกอาณาเขตซึ่งประเทศไทยมีสิทธิอธิปไตยหรือมีเขตอำนาจตามหนังสือสัญญาหรือตามกฎหมายระหว่างประเทศ หรือจะต้องออกพระราชบัญญัติเพื่อให้การเป็นไปตามหนังสือสัญญา หรือมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง หรือมีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ในการนี้ รัฐสภาจะต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่องดังกล่าว ...”

๘. เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๙๐ ต้องการกำหนดให้กระบวนการเจรจามีธรรมาภิบาล โดยให้หนังสือสัญญาที่มีความสำคัญ เช่น ข้อตกลงการค้าเสรี ต้องผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภา ร่างหนังสือสัญญาต้องเปิดเผยให้ประชาชนรับทราบและต้องเปิดให้ประชาชนเข้ามามีการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง รวมถึงการที่รัฐบาลจะต้องกำหนดมาตรการการรองรับเยียวยาผลกระทบที่ชัดเจน แต่รัฐธรรมนูญสามารถบัญญัติได้เพียงหลักการและเนื้อหาบางส่วนเท่านั้น ส่วนรายละเอียดทั้งหมดที่จะส่งผลให้เจตนารมณ์เป็นจริงในทางปฏิบัติได้จะขึ้นอยู่กับกฎหมายระดับรองลงมาที่จะออกมาบังคับใช้ ดังนั้น กฎหมายที่ว่านี้จึงมี

^๑ ซึ่งไม่อาจใช้ หลักเกณฑ์ผู้มีอำนาจเหนือตลาดตาม พระราชบัญญัติการแข่งขันทางการค้า พ.ศ. ๒๕๔๒ มาช่วยรักษาสมดุลในผลประโยชน์ของเจ้าของสิทธิบัตรกับผู้บริโภค ด้วยการยุติพฤติกรรมกีดกันการแข่งขันได้ หากผู้ประกอบการธุรกิจดังกล่าวเป็นทั้งผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายยานั้นแต่เพียงผู้เดียว จะทำให้มีอำนาจในการควบคุมตลาดอย่างมาก

ความสำคัญอย่างยิ่งยวด จนกล่าวได้ว่ารัฐธรรมนูญมาตรา ๑๙๐ จะมีความหมายมากน้อยเพียงไรคงจะขึ้นอยู่กับว่ากฎหมายนี้จะมีเนื้อหาอย่างไรนั่นเอง

๙. เพื่ออำนวยให้ทั้งภาครัฐและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายสามารถมีกระบวนการที่ชัดเจนมีความโปร่งใส ที่จะร่วมกันคิด หาจุดยืนร่วม อันจะนำไปสู่ท่าทีของประเทศไทยในการเจรจา และการได้มาซึ่งความตกลงระหว่างประเทศที่เสริมสร้างความเสมอภาคทางสังคม เสริมสร้างสุขภาวะของสังคม และความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องมี “พระราชบัญญัติการจัดทำความตกลงหรือหนังสือสัญญา ระหว่างประเทศ” ซึ่งกระทรวงการต่างประเทศได้ยกร่าง พรบ. จัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ โดยในเบื้องต้นคณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการและจัดส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขแล้วเสร็จ ส่งกลับให้ ครม.พิจารณาอีกครั้งหนึ่งซึ่งได้รับความเห็นชอบแล้วเมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๑ ที่ผ่านมา และนำเสนอต่อรัฐสภา โดยอยู่ระหว่างการรอบรรจุวาระเข้าพิจารณาในรัฐสภา

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๔

มติ ๑.๕ เกษตรและอาหารในยุควิกฤต

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง เกษตรและอาหารในยุควิกฤต

ตระหนัก ถึงความสำคัญของภาคเกษตรในการเป็นแหล่งผลิตอาหารของประเทศ และเป็นแหล่งจ้างงานถึงร้อยละ ๔๐ ของประชากรวัยแรงงาน และสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการส่งเสริมพัฒนาภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นอันหลากหลาย

กังวลและห่วงใย ว่าภาวะเงินเฟ้อและราคาข้าวที่ผันผวนจะส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงอาหารของคนจน โดยเฉพาะคนจนเมืองและชนบทซึ่งไม่ได้เป็นผู้ผลิตอาหาร ขณะที่ในระดับนโยบายยังขาดหลักประกันด้านความมั่นคงทางอาหารของคนจนเพื่อรองรับกับวิกฤตอาหารที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

รับทราบและห่วงใย ว่าระหว่างปี ๒๕๓๗ - ๒๕๔๗ ประเทศไทยนำเข้าสารเคมีเพิ่มขึ้นกว่า ๔ เท่าตัว โดยประมาณการว่า ต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรและต้นท่อนอื่น ๆ ที่รัฐต้องเสียไปเพื่อควบคุมและติดตามผลจากการใช้สารเคมีอาจสูงถึง ๕.๔ พันล้านบาทต่อปี เทียบเท่ามูลค่าการนำเข้าปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละปี และยังสร้างความเสี่ยงและเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภคในประเทศอย่างมาก และยังทำให้เกิดปัญหาสินค้าส่งออกถูกตีกลับจากต่างประเทศอีกด้วย

ห่วงใย ในสถานการณ์ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ โดยเฉพาะปัญหาการใช้ประโยชน์ที่ดินและแหล่งน้ำซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของภาคเกษตร การสูญเสียที่ดินทำกินของเกษตรกร รวมถึงปัญหาการแย่งชิงทรัพยากรระหว่างภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม

มีความกังวล ถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและแนวโน้มภัยธรรมชาติที่จะเกิดบ่อยครั้งขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะโลกร้อนจะทำให้การผลิตในภาคเกษตรมีความเสี่ยงสูงขึ้นมา และอาจทำให้เกษตรกรรายย่อยต้องประสบกับการขาดทุนและภาวะหนี้สิน

กังวลและห่วงใย ถึงความเป็นไปได้ที่จะเกิดการเช่าหรือถือครองที่ดินของต่างชาติเพื่อใช้เพาะปลูกพืชอาหารและพืชพลังงาน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งรับผิดชอบแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเกษตรอินทรีย์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๔ สนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดทำและดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ระดับชุมชนและท้องถิ่นแบบครบวงจร รวมทั้งการจัดการด้านการตลาด โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมระบบเกษตรอินทรีย์ครบวงจร หรือเกษตรไร้สารพิษ เพื่อการพึ่งตนเองและความมั่นคงทางอาหารของเกษตรกรรายย่อย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และเผยแพร่ต่อสาธารณะอย่างต่อเนื่องทุกปี

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ ประสานงานกับคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงทางอาหาร รวมทั้งนักวิชาการและภาคประชาชน ให้พิจารณาดำเนินการสร้างความมั่นคงทางอาหารแก่ประชากรทุกกลุ่มวัย

๑) พัฒนาตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และรายงานสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารของประเทศอย่างน้อยทุก ๓ ปี

๒) จัดให้มีระบบเฝ้าระวังเพื่อเตือนภัยวิกฤตทางอาหาร

๓) ส่งเสริมให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ประสานจัดทำระบบรับรองด้านมาตรฐานและความปลอดภัยของอาหารและสินค้าเกษตร

๔) จัดให้มีระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรและผู้บริโภค

๕) พัฒนากลไกเพื่อการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น คนจนเมือง ผู้ใช้แรงงาน ประชากรในพื้นที่ห่างไกล เขตชายแดน ท้องถิ่นทุรกันดารและพื้นที่สูง

๒.๒ ประสานงานกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการและภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนเกษตรกรรายย่อยและสืบสานให้เกิดเกษตรกรรุ่นใหม่ โดยยกระดับสถานภาพทางสังคมของเกษตรกรรายย่อย ตลอดจนพัฒนาและจัดให้มีระบบสวัสดิการและหลักประกันความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ และความเป็นธรรม เช่น ระบบสุขภาพและการดูแลรักษาให้ครอบคลุมเกษตรกรรายย่อย แรงงานรับจ้างในภาคเกษตร และเกษตรกรภายใต้ระบบเกษตรพันธสัญญา หรือเกษตรตกลงล่วงหน้า (Contract Farming) ขณะเดียวกัน ส่งเสริมศักยภาพการรวมกลุ่มเกษตรกรเพื่อจัดสวัสดิการช่วยเหลือกันเอง

๒.๓ ดำเนินการให้มีเครือข่ายพัฒนานโยบายด้านเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและของภาคประชาชน ควบคู่กับการสนับสนุนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงติดตาม เฝ้าระวังและพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรในท้องถิ่น

๒.๔ เห็นควรมีและใช้เครื่องมือการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมี

๓. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีสมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ สนับสนุนการเก็บรักษา อนุรักษ์ ส่งเสริมการเพาะขยายพันธุ์และพัฒนาเมล็ดพันธุ์พื้นบ้านในชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง บนฐานการผลิตที่คำนึงถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลายทางชีวภาพ และปกป้ององค์ความรู้และพืชพันธุ์ของไทยไม่ให้ตกเป็นของต่างชาติ ให้มีการสนับสนุนการศึกษาและเพาะเลี้ยงจุลินทรีย์ในระบบชีวภาพประจำถิ่นสำหรับการผลิตระบบเกษตรพืช/สัตว์ในท้องถิ่น การวิจัยพันธุ์พืชเพื่อประโยชน์ในการแปรรูปผลผลิตของเกษตรกร

๓.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการลด ละ เลิกการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร โดย

๑) สนับสนุนการเกษตรอินทรีย์ เกษตรทฤษฎีใหม่ หรือเกษตรผสมผสาน ให้ความรู้ทางด้านวิชาการในการแก้ไขปัญหาอย่างทั่วถึงถูกต้องเหมาะสมกับพื้นที่ หรือมีและใช้มาตรการทางกฎหมายและข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒) ศึกษาข้อมูลและประเมินผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีให้องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับผลกระทบตลอดจนโทษที่เกิดจากการใช้สารเคมี

๓.๓ สนับสนุนการรวมกลุ่มและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรเกษตรกรในการพิทักษ์สิทธิของเกษตรกรรายย่อย และกลุ่มเกษตรกร สหกรณ์การเกษตร ในการผลิตทางการเกษตรให้ได้ผลผลิตและอาหารมาตรฐานปลอดภัย ให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และจัดให้มีตลาดทางเลือกของท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ขาย ผู้ผลิตกับผู้บริโภคมาพบกันเพื่อเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย

๓.๔ สนับสนุนการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และจัดให้มีศูนย์ให้ความรู้และให้คำแนะนำปรึกษาการทำเกษตรอินทรีย์ เกษตรปลอดภัย หรือเกษตรธรรมชาติที่เหมาะสมกับพื้นที่

๓.๕ ประสานและสนับสนุนการนำที่ดินว่างเปล่าของรัฐหรือเอกชนมาใช้โดยสมัครใจ เพื่อให้เป็นพื้นที่การเกษตรอินทรีย์ ทำการผลิตทั้งเพื่อบริโภคและเพื่อจำหน่าย โดยให้ลำดับความสำคัญแก่คนจนที่ขาดที่ดินทำกินทั้งในเมืองและชนบท

๓.๖ สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรทฤษฎีใหม่ในพื้นที่

๓.๗ ส่งเสริมการผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าวชุมชนหรือศูนย์ผลิตเมล็ดพันธุ์ข้าวชุมชน

๔. ให้มีและใช้มาตรการทางการเงินและการคลังจากหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนเกษตรกรผู้ผลิตและผู้ประกอบธุรกิจทางการเกษตรอินทรีย์ ตลอดสายการผลิต

๕. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติติดตามผลการดำเนินงานตามมตินี้ และรายงานผลต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

เกษตรและอาหารในยุควิกฤต

ภาคเกษตรในฐานะแหล่งที่มาของความมั่นคงทางอาหาร

๑. ภาคเกษตรกรรมเป็นแหล่งผลิตอาหารที่สำคัญของไทย การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศที่ผ่านมาได้อาศัยส่วนเกินที่ผลิตได้จากภาคเกษตรเป็นพื้นฐาน ปัจจุบันแม้ว่ามูลค่าการผลิตในภาคเกษตรจะมีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๑๐ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (จีดีพี) แต่เป็นแหล่งจ้างงานของประชากรประมาณร้อยละ ๔๐ ของประเทศ ซึ่งโดยมากเป็นเกษตรกรรายย่อยที่อาศัยอยู่ในชนบท ภาคเกษตรยังทำหน้าที่เป็นแหล่งดูดซับแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจและการเงินดั่งที่เคยเกิดมาแล้วในปี ๒๕๔๐ ยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการส่งเสริมพัฒนาภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่นอันหลากหลาย

สภาพปัญหาในปัจจุบัน

การเข้าถึงอาหารของคนจน

๒. ภาวะเงินเฟ้อที่สูงขึ้นจากราคาน้ำมันที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ต้นทุนการผลิตอาหารเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระหว่างมกราคม-มีนาคม ๒๕๕๑ ราคาสินค้าอาหารหลักๆที่สำคัญในตลาดโลกเพิ่มสูงขึ้นจากปี ๒๕๔๙ ถึงร้อยละ ๕๓^๑ ในประเทศไทย ประเด็นที่ได้รับความสำคัญยิ่งในช่วงต้นปีที่ผ่านมา คือ ราคาข้าวได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดเป็นผลจากการที่ประเทศผู้ส่งออกข้าวรายอื่นในตลาดโลกล้มเหลวในการผลิตข้าวเนื่องจากภัยธรรมชาติและความแปรปรวนของสภาพอากาศ ความตื่นตระหนกในตลาดข้าว และการกักตุนเก็งกำไร

๓. การเพิ่มขึ้นของราคาอาหารส่งผลกระทบต่อคนจน โดยเฉพาะคนจนเมืองและชนบทซึ่งไม่ได้เป็นผู้ผลิตอาหาร การสำรวจราคาสินค้าเบื้องต้นของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ เครือข่ายสลัมสี่ภาค และคณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทยซึ่งทำงานคลุกคลีกับคนจนเมือง ระหว่างเมษายนถึงพฤษภาคมในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ราคาสินค้าจำเป็นของคนจนซึ่งโดยมากเป็นรายการอาหารเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ร้อยละ ๖-๑๐๓ โดยข้าวเป็นรายการที่มีการปรับเพิ่มมากที่สุด^๒ ขณะที่ระดับรายได้ไม่ได้ปรับตัวสูงขึ้นตามและถึงแม้ว่าราคาข้าวและอาหารโดยรวมจะปรับตัวลดลงในภายหลัง นอกจากนี้ในระดับนโยบายยังขาดหลักประกันด้านความมั่นคงทางอาหารของคนจนเมืองเพื่อรองรับกับวิกฤตอาหารที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต

การพึ่งพิงสารเคมีและความปลอดภัยทางอาหาร

๔. การนำเข้าสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอันเนื่องมาจากนโยบายการพัฒนาประเทศที่มุ่งขยายการส่งออกสินค้าเกษตร ระหว่างปี ๒๕๓๗-๒๕๔๗ ปริมาณการนำเข้าสารเคมีเพิ่มขึ้นกว่า ๔

^๑ FAO, 2008, Soaring Food Prices: Facts, Perspectives, Impacts And Actions Required, High-Level Conference On World Food Security: The Challenges Of Climate Change And Bioenergy, HLC/08/INF/1.

^๒ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ เครือข่ายสลัมสี่ภาค และคณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย, ๒๕๕๑, “การสำรวจราคาสินค้าอุปโภคบริโภค ๙ ตัวอย่าง ที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน”.

เท่าตัว และแม้ว่าการใช้สารเคมีจะทำให้ผลผลิตต่อไร่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ ๒.๕ ต่อปี แต่เกษตรกรต้องใช้สารเคมีในอัตราที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม คือร้อยละ ๑๓.๒ ต่อปี การใช้สารเคมีทางการเกษตรส่งผลเสียต่อสุขภาพของเกษตรกรโดยตรง ข้อมูลการเฝ้าระวังความเสี่ยงของเกษตรกรจากการตรวจเลือดพบว่า เกษตรกรมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงขึ้นจากร้อยละ ๑๖ ในปี ๒๕๔๐ เป็นร้อยละ ๒๙ ในปี ๒๕๔๕^๓ ประเมินการว่า ต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรและต้นทุนอื่นๆที่รัฐต้องเสียไปเพื่อควบคุมและติดตามผลจากการใช้สารเคมีอาจสูงถึง ๕.๔ พันล้านบาทต่อปี เทียบเท่ามูลค่าการนำเข้าปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแต่ละปี^๔ การใช้สารเคมีเข้มข้นในการเกษตรเช่นนี้ทำให้เกิดปัญหาการตกค้างของสารเคมีในอาหาร สร้างความเสี่ยงและเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้บริโภคในประเทศอย่างมาก และยังทำให้เกิดปัญหาสินค้าส่งออกถูกตีกลับจากต่างประเทศอีกด้วย

ฐานทรัพยากรเสื่อมโทรมและความขัดแย้งด้านทรัพยากร

๕. ฐานทรัพยากรเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของภาคเกษตร ซึ่งกำลังประสบปัญหาหลักสองประการ คือ ความเสื่อมโทรมของฐานทรัพยากรธรรมชาติ เช่น การปนเปื้อนของสารเคมีและสารพิษในดิน ดินเสื่อมโทรม การชะล้างหน้าดิน น้ำเสีย และอากาศเป็นพิษ เป็นต้น อันเกิดมาจากวิธีการผลิตและการบริโภคที่ไม่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อเนื่องถึงคุณภาพด้านความปลอดภัยทางอาหาร และ ปัญหาความขัดแย้ง การกระจุกตัวและการแย่งชิงทรัพยากรระหว่างภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม และระหว่างภาคเกษตรด้วยกัน โดยเฉพาะทรัพยากรน้ำและที่ดิน กล่าวคือ

๕.๑ กรณีที่ดิน มีการกระจุกตัวของกรรมสิทธิ์ที่ดินในมือเอกชนซึ่งถูกปล่อยทิ้งไว้ให้รกร้างว่างเปล่าและไม่ได้ทำประโยชน์ ขณะที่ยังมีเกษตรกรไร้ที่ดินทำกินอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งโครงการปฏิรูปที่ดินที่ผ่านมาสามารถกระจายกรรมสิทธิ์ที่ดินได้เพียงเล็กน้อย และส่วนมากเป็นที่ดินป่าสงวน นอกจากนี้ การรุกรานของอุตสาหกรรมและเมืองเข้าสู่พื้นที่เกษตรปรางค์ให้เห็นอย่างต่อเนื่อง ยิ่งราคาอาหารแพงขึ้น ยิ่งทำให้เกิดแรงกดดันต่อที่ดินในการถือครองหรือทำกินอยู่ของเกษตรกรมากขึ้น เพราะนักลงทุนทั้งในและต่างประเทศสนใจที่จะนำที่ดินมาลงทุนเพื่อทำกำไร

๕.๒ กรณีน้ำ ความขัดแย้งส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายหรือโครงการของรัฐที่ให้ความสำคัญกับภาคอุตสาหกรรมมากกว่า โดยการผันน้ำที่ภาคเกษตรใช้ประโยชน์อยู่ให้กับอุตสาหกรรม ทำให้เกษตรกรไม่สามารถทำการผลิตได้ และยังก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในท้องถิ่น

หนี้สินของเกษตรกร

๖. ปัญหาหนี้สินเกษตรกรเกิดจากการกู้เงินมาลงทุนด้านการเกษตรและใช้สอยในชีวิตประจำวัน แต่เกษตรกรไม่สามารถชำระหนี้ได้ทัน เป็นผลมาจากราคาสินค้าเกษตรตกต่ำและต้นทุนการผลิตสูง โดยเฉพาะต้นทุนด้านสารเคมีทางการเกษตรซึ่งเพิ่มสูงขึ้นตามราคาน้ำมัน ขณะเดียวกัน เพื่อจะรักษาระดับผลผลิตให้ได้เท่าเดิม เกษตรกรมีแนวโน้มจะต้องใช้สารเคมีในอัตราที่เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย ส่งผลให้เกษตรกรไม่สามารถชำระหนี้ได้ และต้องไปกู้หนี้จากแหล่งอื่นทั้งในและนอกระบบเพื่อมาหมุนใช้หนี้ จนหนี้สินเกษตรกรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตัวเลขหนี้สินของเกษตรกรของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งสำรวจในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ พบว่า เกษตรกรที่มีที่ดิน

^๓ อ่างใน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๑, “รายงานผลการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑/๒๕๕๑”, วาระพิจารณาเรื่องการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช, ๑๔ มกราคม.

^๔ เพิ่งอ้าง.

เป็นของตนเองหรือเช่าที่ดินมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ ๑๒,๑๐๓ บาทต่อครัวเรือน แต่มีหนี้สินเฉลี่ย ๑๐๗,๒๓๐ บาท ส่วนเกษตรกรรับจ้างมีรายได้ต่อเดือน ๙,๗๕๙ บาทต่อครัวเรือน แต่มีหนี้สินเฉลี่ย ๖๒,๙๙๕ บาท^๔

ความเหลื่อมล้ำทางสังคมระหว่างภาคเกษตรและภาคการผลิตอื่น

๗. ราคาสินค้าเกษตรตกต่ำ ปัญหาหนี้สินรุงรัง การขาดสวัสดิการและหลักประกันความมั่นคงทำให้สถานภาพทางสังคมของเกษตรกรต่ำกว่าภาคอื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่เป็นฐานสำคัญรองรับการพัฒนาประเทศและเป็นฐานความมั่นคงทางอาหาร เกษตรกรจึงขาดศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจในอาชีพของตน รายได้หรือเงินกู้ที่เกษตรกรได้รับมาส่วนหนึ่งจึงมักถูกนำไปจ่ายสำหรับการศึกษาของบุตรหลานในสาขาอาชีพอื่นนอกเหนือจากภาคเกษตร ทุกวันนี้ ลูกหลานเกษตรกรจำนวนไม่น้อยขาดทักษะและความรู้ในการทำเกษตร ละทิ้งชนบทและอาชีพเกษตร เพื่ออพยพไปทำงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการในเมืองแทน โดยอายุเฉลี่ยของเกษตรกรรุ่นปัจจุบันสูงขึ้น และชุมชนเกษตรชนบทเหลือแต่ผู้สูงอายุและเด็ก เกิดผลกระทบทางสังคมเนื่องจากครอบครัวไม่ได้อยู่ร่วมกัน และยังมีปัญหาขาดแรงสนับสนุนจากภาครัฐทั้งในแง่งบประมาณ การศึกษาวิจัย การพัฒนาคนและการสร้างแรงจูงใจ

แนวโน้มและความท้าทายในอนาคต

๘. จากสถานการณ์ปัญหาข้างต้น หากยังไม่มียุทธศาสตร์และอาหารในเชิงรุกและเชิงรับที่เหมาะสม จะทำให้เกษตรกรรายย่อยต้องทำการผลิตโดยพึ่งพิงสารเคมีต่อไป ขณะเดียวกันประสบปัญหาหนี้สินพอกพูน และสถานภาพทางสังคมที่เหลื่อมล้ำ คนจนมีความเสี่ยงต่อการเข้าถึงอาหาร ประชาชนผู้บริโภคมีความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย และขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางอาหารเนื่องจากฐานทรัพยากรอาหารเสื่อมโทรม โดยมีตัวเร่งที่สำคัญ คือ

๘.๑ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและแนวโน้มภัยธรรมชาติที่จะเกิดบ่อยครั้งขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะโลกร้อนจะทำให้การผลิตในภาคเกษตรมีความเสี่ยงสูงขึ้นมาก หากไม่มีการเตรียมการด้านองค์ความรู้ และทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการปรับตัว จะทำให้เกษตรกรรายย่อยต้องประสบกับการขาดทุนและภาวะหนี้สิน

๘.๒ ราคาน้ำมันที่เพิ่มระดับขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ต้นทุนการผลิตทางการเกษตรที่เกี่ยวข้องกับน้ำมัน เช่น ราคาปุ๋ยเคมี ราคาน้ำมันที่ใช้ในเครื่องจักรกลการเกษตร มีราคาสูงขึ้น ในปี ๒๕๕๐ รายจ่ายด้านพลังงานของภาคชนบทซึ่งส่วนใหญ่เป็นน้ำมันที่ใช้ในการขนส่ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายถึง ๓๐% ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด^๕ ส่งผลกระทบต่อรายจ่ายโดยรวมของครัวเรือน นอกจากนี้ ความต้องการหาพลังงานทดแทนจากพืชน้ำมันสร้างแรงกดดันต่อการใช้น้ำมันของเกษตรกรรายย่อยเพิ่มขึ้น

๙. ดังนั้น โจทย์ที่สำคัญสำหรับนโยบายด้านเกษตรและอาหารของไทยในอนาคตจึงอยู่ที่ว่า จะสนับสนุนความเข้มแข็งและคุณภาพชีวิตของเกษตรกรรายย่อยและชุมชน และเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหารบนฐานความยั่งยืนของฐานทรัพยากรอาหารได้อย่างไร

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๕

^๔ รายงานไทยชี้ให้เห็นหนี้สินล้นพ้นตัว, ไทยรัฐ, ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๑

^๕ กองบรรณาธิการ, ๒๕๕๑, “ปัญหาพลังงานขาดแคลน วิกฤตที่ต้องเตรียมการรับมือ”, เกษตรกรรมธรรมชาติ, ฉบับที่ ๑ ปีที่ ๑๑, หน้า ๑๖.

มติ ๑.๖ ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

รับทราบ ถึงผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^๑ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพในทุกมิติ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคมและปัญญา การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อโรคร้ายกว่า ๖๐ ชนิด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านคนต่อปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับประเทศไทย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสองโดยก่อภาระโรครวมถึงร้อยละ ๘.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

ตระหนัก ถึงสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นทั้งปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากร ความถี่ในการบริโภคที่สูงขึ้นโดยเฉพาะสัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำ การบริโภคของเยาวชนและประชากรอายุวัยน้อยโดยเฉพาะในเพศหญิง และอายุในการเริ่มต้นบริโภคที่ลดลง

เข้าใจ สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่ามีผลกระทบต่ออนาคตของชาติในระยะยาว โดยสร้างปัญหาสำคัญต่อกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุวัยน้อย และเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคนและสังคม ก่อผลกระทบที่มีมูลค่าสูงกว่าประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่สังคมได้รับ และส่งผลกระทบต่อผู้คนที่บริโภคและไม่ได้บริโภค และสังคมในวงกว้าง ภาระส่วนใหญ่จากปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นตกเป็นของผู้คนรอบข้างชุมชนและสังคมโดยรวม รัฐและสังคมจึงมีความชอบธรรมในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตระหนัก ว่าปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นสามารถควบคุมได้ด้วยมาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์^๒ ซึ่งต้องมีความสมดุลและครอบคลุมมาตรการต่าง ๆ ทั้งนี้นโยบายในทุกระดับต้องประกอบด้วยมาตรการที่เป็นไปเพื่อการลดการบริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภค และการฟื้นฟูเยียวยาแก้ไขผู้ประสบปัญหา โดยมีเป้าหมายที่ประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเยาวชน

รับรู้ ว่าประเทศมีทรัพยากรจำกัดจึงควรให้ความสำคัญกับมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด เช่น มาตรการทางภาษีและการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่ม และทราบว่ามาตรการการห้ามการโฆษณาโดยสิ้นเชิงนั้นจะมีผลชัดเจนในการลดปัญหาในกลุ่มเยาวชนในระยะยาว ส่วนมาตรการการให้ความรู้แก่เยาวชน การควบคุมตนเองของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราที่ไม่มีบทลงโทษทางกฎหมาย และการจัดกิจกรรมทางเลือกทดแทนการบริโภค เป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่ำ

^๑ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ หมายถึง “สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาคั่วหรือเครื่องดื่มที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น”, สุรา ตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๕๕๓ หมายถึง “วัตถุหรือของผสมทั้งหลายที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา”

^๒ นโยบายแอลกอฮอล์ หมายถึง “ความพยายามและมาตรการใด ๆ จากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เป็นไปเพื่อการลดและการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”

หวังใญ่ ว่าแม้ประเทศไทยจะมีมาตรการและนโยบายที่มีผลต่อสถานการณ์ของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหลากหลาย และมีหน่วยงานรับผิดชอบหลายองค์กรในหลายระดับ แต่ยังไม่สามารถควบคุมความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่าที่ควร

ชื่นชม ในพัฒนาการของกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา รวมถึงพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน ขึ้นมาทำหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการติดตามประเมินผล และตรวจสอบการดำเนินงาน

ตระหนัก ถึงข้อจำกัดต่าง ๆ ของกระบวนการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โดยเฉพาะประเด็นนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่ยังไม่ครอบคลุมและเข้มข้นเพียงพอ ที่สำคัญคือปัญหาการมีส่วนร่วม ข้อจำกัดด้านความรู้ทางวิชาการและขาดการนำนโยบายบางประเด็นไปทำให้เกิดผลจริงในทางปฏิบัติ ขาดความโปร่งใส และการเฝ้าระวังปัญหา ผลประโยชน์ทับซ้อนในกระบวนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๑.๑ ประกาศให้การควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติและวาระแห่งท้องถิ่น พร้อมทั้งแจ้งต่อคณะรัฐมนตรีและคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่อย่างเคร่งครัดต่อไป

๑.๒ เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑) ดำเนินการให้มีกระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ โดยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา ๑ ปี และนำมาเสนอเพื่อการรับรองในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง แผนยุทธศาสตร์นโยบายแห่งชาตินี้จะต้องตั้งอยู่บนฐานความรู้ทางวิชาการ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมและศีลธรรมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ

๒) สนับสนุนกลไกในการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่าการพัฒนามาตรการและนโยบายใด ๆ ที่มีหรืออาจจะมีผลกระทบต่อปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการเจรจาข้อตกลงการค้า จะต้องเป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหาหรือไม่เป็นเงื่อนไขหรืออุปสรรคต่อการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างเช่น การลงนามใน “บันทึกความเข้าใจ” หรือ “บันทึกความร่วมมือ” ระหว่างหน่วยงาน ทั้งระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

๓) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นแกนหลักในการสนับสนุนให้เกิดกลไกความร่วมมือทุกภาคส่วนและพัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่น

๒. ขอให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่ปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน ในทุกภาคส่วน ทุกระดับ และภาคีสมาชิกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาต่อสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา อีกทั้งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ประชาชนทั่วไป ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบทั้งสิ้น องค์การอนามัยโลก^๑ รายงานว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านรายใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๔.๔ ของภาระโรคทั้งหมด ในประเทศไทยนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สองรองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๘.๑ ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติเกือบเท่าตัว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อภาระโรคสูงถึงร้อยละ ๑๓.๓ ในประชากรชาย และร้อยละ ๑.๐ ในประชากรหญิง และก่อภาระโรคต่อประชากรที่อายุน้อยมากกว่าวัยที่สูงขึ้น

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ

๒. ในขณะที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประเทศพัฒนาแล้วมีแนวโน้มคงที่หรือลดลง ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในหลายประเทศกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยกลับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๕๐.๓ ลิตรต่อคน ในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเฉพาะการขยายตัวต่อเนื่องของตลาดเบียร์และวิสกี้ ปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นถึง ๑๒ เท่าระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๖ และประมาณการได้ว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีสูงประมาณ ๒ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี

๓. นอกจากปริมาณที่เพิ่มขึ้นแล้ว รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยจัดว่ามีความเสี่ยงในระดับสูง^๒ ทั้งจากความชุกของการบริโภคในปริมาณสูง สัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำและความถี่ในการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้น โดยกลุ่มเยาวชนและผู้หญิงมีการบริโภคเพิ่มขึ้น ในขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นบริโภคมีอายุน้อยลง

๔. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการบาดเจ็บกว่า ๖๐ ประเภท^๓ ทั้งในระยะสั้นและยาว แม้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางรูปแบบและโดยบางกลุ่มประชากร จะมีผลป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานในระดับบุคคล แต่การบริโภคในลักษณะดังกล่าวกระทำได้ไม่ถาวรนัก และยังคงพิชภัยต่ออวัยวะอื่น โดยมีกลไกอื่นที่มีความคุ้มค่ามากกว่า อีกทั้งยังไม่พบผลประโยชน์ในระดับประชากร

^๑ World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm: Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol (Document A60/14 add.1). 2007

^๒ World Health Organization. Global alcohol database, n.d.

^๓ World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. 2002

เมื่อพิจารณาจากภาระโรคแล้วการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อโทษมากกว่าประโยชน์ถึง ๒๘.๗ เท่า โดยก่อภาระโรคสูงสุดในรูปแบบปัญหาทางสุขภาพจิต รองลงมาคือการบาดเจ็บไม่ตั้งใจ (รวมอุบัติเหตุจราจร) ภาวะบาดเจ็บอย่างตั้งใจ เช่น ความรุนแรงและการทำร้ายร่างกาย โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ตามลำดับ^๔ ความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพหลายประเภทมีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคเฉลี่ยของประชากร เช่น ความรุนแรงของ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร และการเสียชีวิตจากโรคตับในประเทศไทย^๕

๕. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสังคมทั้งทางตรงและอ้อมในหลากหลายรูปแบบ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการประกอบวิชาชีพ รวมถึงการขาดงานและการว่างงาน ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรม และยังก่อผลกระทบต่อศักยภาพและอนาคตของสังคมในระยะยาว จากผลต่อเด็กและเยาวชน รวมถึงผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง ระดับสติปัญญาและสุขภาพจิตของบุตร ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การเสียชีวิตและการพิการถาวรตั้งแต่อายุน้อย การสูญเสียศักยภาพและการทำลายสมองของเยาวชนอย่างถาวร และชักนำเยาวชนไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมอื่น ๆ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาทางสังคม ดังนั้นการควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคมโดยรวมจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อเศรษฐกิจทั้งเชิงบวกและลบ ผลการศึกษาหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบเชิงลบที่มีต่อสังคมนั้น มีมูลค่า ระหว่าง ร้อยละ ๑.๑ ถึง ๖ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ^๖ โดยมูลค่าของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชาคมโลก ในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ คิดเป็นมูลค่าสูงถึง ๖๖๕,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ^๗ สำหรับประเทศไทยนั้น ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีมูลค่าสูงถึง ๑.๕๐๗ แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๙๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ^๘ ซึ่งสูงกว่ามูลค่าผลประโยชน์ต่อรัฐในรูปแบบภาษีสรรพสามิตจากสุรกว่าสองเท่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจนทั้งระดับบุคคลและสังคม คราวเรือนไทยที่มีสมาชิกดื่มสุรามีค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ ๖-๘ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด^๙

นโยบายแอลกอฮอล์

๗. ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์แบ่งได้เป็นเจ็ดกลุ่มได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดัดแปลงสถานการณ์และบริบทของการดื่ม การจัดการกับการขบขัน ยานพาหนะขณะมีเมามา การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ และ

^๔ World Health Organization. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm: Global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol (Document A60/14 add.1). 2007

^๕ ทักษพล ธรรมรังสี. ทำไมคนไทยถึงขี้เมา, วารสารวิชาการสาธารณสุข, พ.ศ. ๒๕๔๔

^๖ World Health Organization. Global status report: Alcohol Policy. 2004

^๗ มนทร์ดี ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี ๒๕๔๙. ๒๕๕๐

^๘ วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ. บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ๒๕๕๐

การบำบัดรักษาและการคัดกรองผู้มีปัญหา กรอบนโยบายแอลกอฮอล์ที่ดีต้องมีความสมดุลระหว่างมาตรการในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสิ่งแวดล้อม มีความสมดุลระหว่างมาตรการที่มีเป้าหมายในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรเฉพาะ ต้องครอบคลุมและคุ้มครองทั้งผู้ที่ไม่ได้บริโภค ผู้บริโภค และผู้ที่ประสบปัญหาจากการบริโภค และต้องเป็นไปเพื่อทั้งการควบคุมการบริโภคและการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหา

๘. มาตรการตามนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่างกัน มาตรการที่ได้ผลที่สุดสิบประการ^๙ ประกอบไปด้วย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก การจำกัดเวลาในการขาย การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย ระบบภาษีสุรา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่ การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ การยึดใบอนุญาตขับขี่ การกำหนดระดับใบอนุญาตขับขี่เป็นขั้นตอนโดยคำนึงถึงพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเมามา และการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงด้วยระบบการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม (brief intervention) ส่วนมาตรการที่มีความคุ้มค่าสูงที่สุดในการควบคุมปัญหาในประเทศไทยได้แก่ มาตรการขึ้นภาษีสุราและการสุ่มตรวจลมหายใจผู้ขับขี่อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามบางมาตรการแม้มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาโดยตรงจำกัด แต่อาจสามารถสร้างผลพลอยได้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการนโยบาย

๙. มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์สามารถแบ่งออกได้เป็นเจ็ดกลุ่มคือ

๙.๑ มาตรการทางภาษีและราคา ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการตัดสินใจบริโภค, ปริมาณและรูปแบบการบริโภค และความรุนแรงของปัญหา มาตรการทางภาษียมีผลต่อการลดปริมาณและความถี่ของการบริโภคในกลุ่มผู้บริโภค ชะลอการเริ่มดื่มในกลุ่มที่ยังไม่บริโภค โดยเฉพาะมีผลอย่างยิ่งต่อกลุ่มกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุน้อย และยังมีอิทธิพลต่อผู้ที่บริโภคที่มีความเสี่ยงสูงและผู้ที่มีการติดสุราด้วย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเมื่อเทียบกับราคาเฉลี่ยของนานาชาติพบว่ามีราคาถูก^{๑๐} ข้อจำกัดสำคัญของระบบภาษีสุราในประเทศไทยคือ ความแตกต่างของอัตราภาษีซึ่งทำให้เครื่องดื่มบางประเภทมีราคาถูก การที่ไม่ได้ปรับอัตราภาษีตามสภาพเศรษฐกิจและภาวะเงินเฟ้อ ทำให้มีราคาเครื่องดื่มที่แท้จริงถูกลง ความเหมาะสมต่อสถานการณ์การตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่นการที่เครื่องดื่มรูปแบบใหม่ ๆ ที่ดึงดูดเยาวชน อย่างเช่น เหล้าปั่นและสุราผสมน้ำผลไม้ยังมีราคาถูก และมีภาวะคุกคามจากผลของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

๙.๒ มาตรการการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมการผลิตและการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ผู้บริโภคและประชากรทั่วไปหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยาก จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูง โดยเฉพาะผลต่อกลุ่มเยาวชนและประชากรอายุน้อย และกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง มาตรการที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยประกอบด้วย การควบคุมจุดขายด้วยระบบการออกใบอนุญาต การจำกัดเวลาขาย การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อ และการห้ามขายแก่ผู้ที่อยู่ในอาการมีเมามา แต่ยังคงขาดมาตรการการควบคุมจำนวนและความหนาแน่นของจุดขาย มาตรการในกลุ่มนี้ยังขาดการบังคับใช้อย่างจริงจัง มีข้อจำกัดในด้านเนื้อหา และหลายมาตรการมิได้เป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหา

๙.๓ มาตรการการดัดแปลงสถานการณ์และบริบทของการบริโภค การดำเนินมาตรการกลุ่มนี้ในประเทศไทยประกอบด้วยกิจกรรม ๒ กลุ่มคือ กลุ่มกิจกรรมรณรงค์ตามเทศกาล เช่นโครงการงดเหล้าเข้าพรรษาและการรณรงค์ปลอดเหล้า และมาตรการการกำหนดพื้นที่ห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะที่กำหนดในพ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ เช่นสถานที่ทางศาสนา สถานพยาบาล สถานที่

^๙ Babor และคณะ. Alcohol No-ordinary Commodity, 2003

^{๑๐} World Health Organization. Global Report on Alcohol Policy, 2004

ราชการ สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของรัฐ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษาได้เริ่มมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชากร^{๑๑} เช่นเดียวกันกับผลในการลดการบริโภคในกลุ่มนักศึกษาในกิจกรรมรับน้องจากโครงการรับน้องปลอดเหล้า

๙.๔ มาตรการการควบคุมพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมามา ปัญหาพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมมาได้รับความสนใจและเอาใจใส่มากขึ้น แต่ความรุนแรงของปัญหาจากการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเมมายังไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร ทั้งอัตราการบาดเจ็บและการเกิดอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรรมการขับขี่หลังการดื่มข้อจำกัดสำคัญคือความเข้มแข็งและความสม่ำเสมอในการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งมักให้ความสนใจเพียงเฉพาะช่วงเทศกาล ทำให้โอกาสในการถูกตรวจลงโทษของผู้ขับขี่ยานพาหนะโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ

๙.๕ มาตรการการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลลัพธ์สะสมของการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมกีฬา ดนตรี เทศกาลประเพณี ของอุตสาหกรรมสุรา มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และทัศนคติของสังคมต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มต้นดื่มและการบริโภคของเยาวชนและประชากรอายุน้อย ธนาคารโลกจึงได้แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ ใช้มาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัดเพื่อปกป้องเยาวชน^{๑๒} การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย ยังมีข้อจำกัดทั้งเนื้อหาและความเข้มแข็งของการบังคับใช้

๙.๖ มาตรการการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ มาตรการในกลุ่มนี้มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาต่ำ อีกทั้งยังต้องการงบประมาณสูง จึงมีความคุ้มค่าต่ำ แต่เป็นมาตรการที่นิยมใช้ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ปราศจากแรงต่อต้าน มาตรการที่มีการปฏิบัติในระดับชาติในประเทศไทยจึงมีอยู่สองกลุ่ม คือการรณรงค์สาธารณะผ่านสื่อมวลชน และมาตรการคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามมาตรการกลุ่มนี้ก่อผลพลอยได้สำคัญคือการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อการบริโภคแอลกอฮอล์ ปัญหาที่เกิดขึ้น และนโยบายแอลกอฮอล์

๙.๗ มาตรการการบำบัดรักษา การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาและความเสี่ยงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดความรุนแรงของปัญหาทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมถึงการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษาและคัดกรองในประเทศไทยประกอบด้วย การขาดแนวทางการบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดสุราอย่างเป็นทางการ ระบบการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม (brief intervention) ซึ่งมีประสิทธิผลสูง ยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการระดับปฐมภูมิ ปัญหาการเข้าถึงการบำบัดรักษาของผู้มีปัญหาและมีความเสี่ยง และศักยภาพของบุคลากร และระบบติดตามประเมินผล

ข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

๑๐. ข้อจำกัดเชิงกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ความอ่อนแอของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดการติดตามและประเมินผล การขาดความรู้ทางวิชาการและการนำความรู้ไปใช้ในการสนับสนุนกระบวนการนโยบาย และปัญหาความโปร่งใสของกระบวนการ

๑๑. ข้อจำกัดด้านสาระของนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญได้แก่

๑๑.๑ การขาดกรอบนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์ของนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

^{๑๑} ปารีชาติ สถาปัตตานนท์ และคณะ. การขับเคลื่อนทางสังคม ด้านการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการประเมินปี ๒๕๔๘-๒๕๔๙. ๒๕๔๙

^{๑๒} World Bank Group. World Development Report 2007: Development and the Next Generation. 2006

๑๑.๒ การขาดนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่และท้องถิ่น

๑๑.๓ หลายมาตรการมิได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมปัญหา

๑๑.๔ การขาดมาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลเช่น การจำกัดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขาย, การลดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะ โดยเฉพาะสำหรับผู้ขับขี่หน้าใหม่, การควบคุมเวลาและสถานที่ในการขาย และสถานที่ที่อนุญาตให้บริโภคในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง และมาตรการด้านระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

๑๑.๕ เนื้อหาของมาตรการที่ขาดความเข้มแข็ง เช่นการกำหนดพื้นที่ห้ามจำหน่ายและพื้นที่ห้ามบริโภค การบำบัดรักษา และการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๒. ข้อจำกัดด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งกระทบกระบวนการนโยบาย

๑๒.๑ ผู้เกี่ยวข้องมาจากหลายภาคส่วน ต่างมีความต้องการ ความสนใจ และให้คุณค่าต่อนโยบายแอลกอฮอล์ต่างกัน และบ้างเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์และแนวคิด ซึ่งส่วนหนึ่งมีรากฐานจากความเข้าใจต่อปัญหาที่ต่างกัน

๑๒.๒ ระดับการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของนโยบายแอลกอฮอล์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายส่วนซึ่งน่าจะมีศักยภาพต่อกระบวนการนโยบายยังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร หลายส่วนมีระดับการมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง

๑๒.๓ ศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งการออกแบบนโยบาย, การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล รวมไปถึง การประสานงาน

๑๓. แม้ว่าสังคมไทยจะมีความตระหนักถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่มักให้ความสนใจเฉพาะประเด็นขนาดของปัญหาและพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ โดยยังไม่เกิดแรงกดดันทางสังคมให้เกิดกระบวนการนโยบายที่มีน้ำหนักเพียงพอ อีกทั้งแนวคิดทุนนิยมและเศรษฐกิจการค้าเสรี ยังมีผลให้สังคมพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่น ๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในการปกป้องสุขภาพของสังคมเท่าที่ควร

๑๔. การลดข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย เพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของนโยบายในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงควรประกอบด้วย

๑๔.๑ การพัฒนากรอบนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางและเป็นรากฐานสำหรับมาตรการต่าง ๆ และการพัฒนานโยบายในอนาคต ในระดับชาติและท้องถิ่น

๑๔.๒ การปรับปรุงเพิ่มเติมและแก้ไขเนื้อหามาตรการ รวมถึงการนำมาตรการที่มีประสิทธิผลมาใช้ในประเทศไทย

๑๔.๓ การพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการ และการจัดการความรู้

๑๔.๔ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๑๔.๕ การให้ความสำคัญกับกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์

๑๔.๖ การสนับสนุนการติดตามอย่างใกล้ชิดของสังคม

๑๔.๗ การสนับสนุนให้กระบวนการนโยบายมีความโปร่งใสและปลอดผลประโยชน์ทับซ้อน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๖

มติ ๑.๗ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

สมัชชาสุขภาพครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

ตระหนัก ในเจตนารมณ์ของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ ๑๒ สิทธิชุมชน มาตราที่ ๖๗ หมวด ๕ แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ ๓ แนวนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน มาตราที่ ๗๘ (๓) และหมวดที่ ๑๔ การปกครองส่วนท้องถิ่น มาตราที่ ๒๘๑ ถึง ๒๘๓ มาตรา ๒๙๐ ซึ่งกำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และให้มีกฎหมายกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจไว้อย่างชัดเจน

รับทราบและเข้าใจ ในอำนาจ หน้าที่และภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งรวมการส่งเสริมดูแลสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามทางด้านสุขภาพของประชาชนในเขตท้องถิ่น การจัดบริการสาธารณสุข การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับทุกคนในพื้นที่ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ตระหนัก ถึงความสำคัญของบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพและการจัดหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น

รับทราบและยึดมั่น ในความสำคัญและความจำเป็นในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ก่อนการกำหนดและผลักดันนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติหรือก่อนการดำเนินโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างร้ายแรง ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับดำเนินการ

๑.๑ จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนอย่างสมานฉันท์ เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจร่วมกัน ในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น และเป็นแกนหลักในการจัดทำสมัชชาสุขภาพท้องถิ่นและเชิงประเด็นบนพื้นฐานของข้อมูลความจริงในพื้นที่ ในทุกระดับ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยมีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยเฉพาะภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคการเมืองทุกระดับ และพัฒนาองค์กรส่วนท้องถิ่นให้มีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพในการจัดกระบวนการสมัชชาพื้นที่เพื่อนำเสนอแนะนโยบายสุขภาพระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกับท้องถิ่น และมีความเชื่อมโยงไปยังนโยบายระดับชาติได้

๑.๒ นำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพมาจัดทำแผน นโยบาย ยุทธศาสตร์ และโครงการ เพื่อการจัดการด้านสุขภาพและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น และมีกระบวนการประเมินตนเองอย่างมีส่วนร่วม พร้อมทั้งมีการเผยแพร่รายงานผลการประเมินต่อชุมชนอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๑.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและรับเรื่องร้องเรียนและเฝ้าระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อย่างกว้างขวาง ทั่วถึงและเพียงพอ รวมทั้งจัดทำข้อมูลสุขภาพชุมชนและประเมินผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยร่วมมือกับองค์กรเอกชนหรือหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

๑.๔ พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบล และจัดตั้งกองทุนการศึกษาเฉพาะด้านเพื่อดำเนินการพัฒนาบุคลากรทุกภาคฝ่าย เช่น ส่งบุคลากรในท้องถิ่นไปศึกษาต่อในสาขาที่ท้องถิ่นต้องการ จัดบรรจุเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว หรือจัดการพัฒนาทั้งทางด้านวิชาการ จิตวิญญาณบริการ ด้วยคุณธรรม จริยธรรม และมนุษยสัมพันธ์ให้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุข ตลอดจนให้โอกาสแก่บุคคลในท้องถิ่นที่สำเร็จการศึกษาในสาขาที่ท้องถิ่นต้องการกลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนอย่างมีความมั่นคงในวิชาชีพ เป็นต้น

๑.๕ กำหนดข้อบังคับในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืนโดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกกฎระเบียบข้อบังคับ ควบคู่กับสร้างจิตสำนึกและความตระหนักให้กับคนในชุมชนรักและหวงแหน ในการดูแลทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้ชุมชนใช้ประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างสมดุลและยั่งยืน

๑.๖ ส่งเสริมการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาปรับใช้ในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๑.๗ เชื่อมโยงบูรณาการจัดระบบและแก้ไขปัญหาสุขภาพและจัดการสิ่งแวดล้อมระหว่างท้องถิ่นที่มีพื้นที่ต่อเนื่องถึงกัน หรือมีลักษณะภูมิณีเวศเดียวกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

๒. ให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และมหาวิทยาลัยที่ตั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ทุกระดับ

๒.๑ กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมสนับสนุนและติดตามการจัดทำพัฒนาหรือปรับปรุงร่างกฎหมาย ข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ กฎกระทรวง ระเบียบต่าง ๆ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพชุมชนและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๒.๒ กำหนดนโยบายและงบประมาณในการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากส่วนกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจนเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกันและบูรณาการการทำงานร่วมกันในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๒.๓ การถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบาย แผนปฏิบัติการถ่ายโอนที่ชัดเจนและกระบวนการที่เหมาะสมในการถ่ายโอนสถานีอนามัย ทั้งในเรื่องกรอบอัตรา กำลังบุคลากร แผนงาน งบประมาณ สวัสดิการ การเบิกจ่ายงบประมาณ และกฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการเตรียมการและดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ด้วยความสมัครใจและความพร้อม และสอดคล้องกับความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัย บนพื้นฐานประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานการถ่ายโอนสถานีอนามัยเพื่อรองรับการถ่ายโอนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

๒.๔ จัดให้มีองค์กรหรือหน่วยงานในระดับชุมชน จังหวัด และประเทศ ประเมินผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนทุกภาคส่วน และให้หน่วยงานใน

ระดับชุมชนเป็นฐานข้อมูลในการประเมิน และเผยแพร่ข้อมูลการประเมินผ่านสื่อสาธารณะทุกครั้งที่มีการประเมิน ตลอดจนสิทธิวิธีรับรู้ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ

๒.๕ สนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมโดย

๑) สนับสนุนงบประมาณให้ชุมชนสามารถจัดการทรัพยากรได้ เช่น จัดตั้งกองทุนร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นสำหรับจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชน

๒) พัฒนาศักยภาพในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่น ภายใต้กฎหมาย ข้อบัญญัติที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ รวมทั้งสร้างและยกระดับกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาเครือข่าย และภาคีวิชาการ ในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ เช่น การห้ามเผาตอซังข้าว การเลี้ยงฝิขุนน้ำ การบวชป่า การสืบชะตาแม่น้ำ การจัดการเหมืองฝายแบบดั้งเดิม เป็นต้น เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมด้วยชุมชนเองได้

๓) ให้มีมาตรการและกลไกกำกับ ตรวจสอบ พิจารณาต่อใบอนุญาตของภาคอุตสาหกรรมที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน

๔) จัดให้มีหลักสูตรที่เหมาะสมกับท้องถิ่นในการอนุรักษ์ ฟื้นฟู และดูแลทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติติดตามผลการดำเนินการตามมตินี้ และเสนอผลต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งหน้า

บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

๑. หลักการ

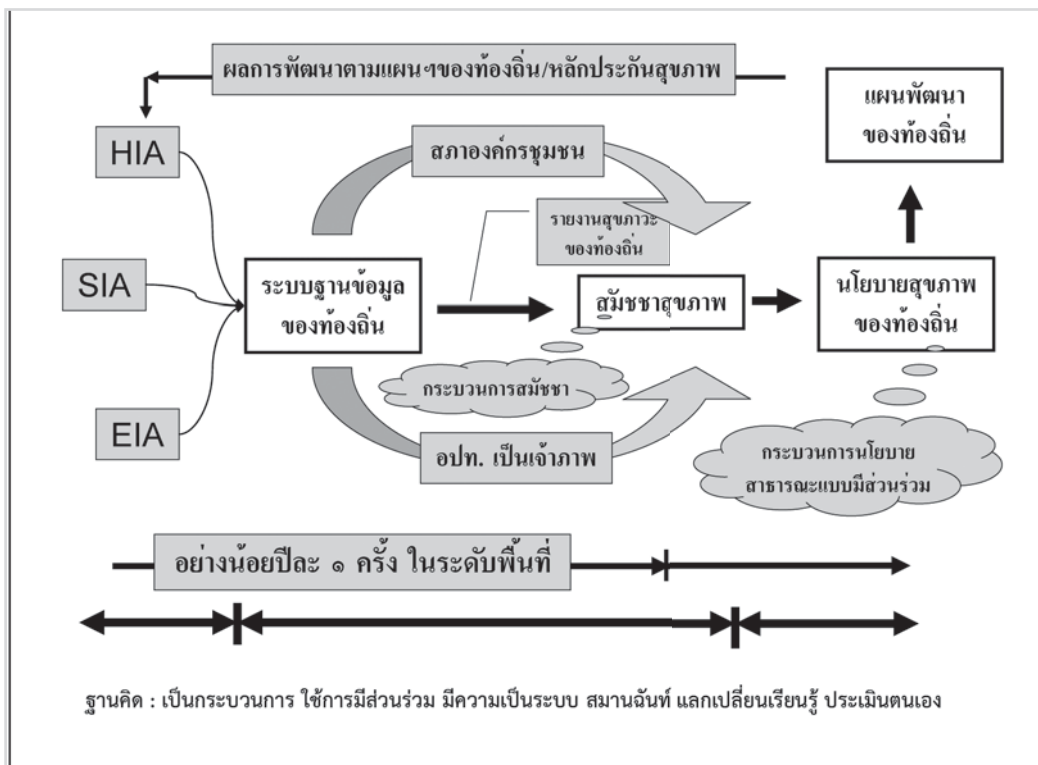
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ ได้นิยาม “ระบบสุขภาพ” ให้หมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ในขณะที่เดียวกัน ก็ได้มีการขยายความระบบสุขภาพ ว่ามีองค์ประกอบ ๑๐ ประการ คือ “ศักดิ์ศรีและคุณค่าของคน สัมมาชีพ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ชุมชนเข้มแข็ง การศึกษา ศาสนา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การสื่อสาร การสาธารณสุข และนโยบายสาธารณะและทิศทางการพัฒนา”^๑ ดังนั้น ยุทธศาสตร์สำคัญของระบบสุขภาพจึงเป็นการทำให้ภาคีในทุกภาคส่วนของสังคมเกิดความคิดในการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพเข้าสู่กิจกรรมหลักของตน (All for Health)

ในสังคมที่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นมีความสำคัญและความ เข้มขัน มากขึ้น เป้าหมายของการพัฒนา “สุขภาวะ” จึงเป็นการ “...สนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถ แสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้ ด้วยความ ตั้งใจและเต็มใจและมีจิตสำนึกที่ดี มีศรัทธาในการพัฒนาสุขภาวะชุมชนท้องถิ่น...”^๒ โดยชุมชนท้องถิ่นเป็นฐาน การขับเคลื่อนการพัฒนาและมีกระบวนการประชาสังคม ที่มีภาคีทั้งภาครัฐ ภาคการเมือง องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่ม/องค์กรทางสังคมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมดำเนินกิจกรรม การพัฒนาและดำเนินการขับเคลื่อนสังคมอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการสมัชชาสุขภาพให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจและสร้างกรอบคิดให้สังคม ด้วยการ สื่อสารและจัดกิจกรรมหรือกระบวนการต่าง ๆ โดยเป็นการสร้างการรับรู้และเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนกรอบ ความคิดหรือกระบวนการทัศน์เกี่ยวกับสุขภาวะ ในระยะที่ผ่านมามีการดำเนินการกระบวนการต่าง ๆ ทั้งที่เป็น “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ” และ “กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ” ซึ่งให้เห็นถึง ศักยภาพและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในแผนภาพความคิดข้างล่างนี้

^๑ ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ๒๕๕๕, ธรรมนูญสุขภาพคนไทยจะเป็นจริงได้อย่างไร, ปาฐกถาในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๕

^๒ วิพุธ พูลเจริญ, ๒๕๕๔, เอกสารสรุปบทเรียนสมัชชาสุขภาพ ๒๕๕๔



๒. กฎหมายและพระราชบัญญัติที่สำคัญ

๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ หมวด ๕ แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ส่วนที่ ๓ แนวนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน มาตราที่ ๗๘ (๓) และหมวดที่ ๑๔ การปกครองส่วนท้องถิ่น มาตราที่ ๒๘๑ ถึง ๒๘๓ กำหนดให้รัฐต้องกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) และให้มีกฎหมายกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจไว้อย่างชัดเจน

๒.๒ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยครอบคลุม เรื่องการส่งเสริมดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตท้องถิ่นตน รวมทั้งกำหนดระยะเวลาในการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณด้วย

๒.๓ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้อำนาจและหน้าที่แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่น ในการจัดบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตพื้นที่ท้องถิ่นของตนเอง

๒.๔ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๔๗ เน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อมความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และสามารถบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ได้

๒.๕ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นิยาม “สุขภาพะ” หมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” นั้นหมายถึงเรื่องสุขภาพหรือสุขภาพะ ต้องเชื่อมโยงกับทุกหน่วยงานและทุกภาคส่วนของสังคม ดังนั้นสุขภาพหรือสุขภาพะจึงนับเป็นภารกิจที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๖ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ กำหนดให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติจัดทำนโยบายและแผนการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ซึ่งนโยบาย ดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๓๙ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในภาพรวมของประเทศในระยะ ๒๐ ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๕๙ และกำหนดให้จัดทำแผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อแปลงนโยบายและแผนการส่งเสริมและรักษาคุณภาพ สิ่งแวดล้อมแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้น โครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างร้ายแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ต้องมีการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินกิจการ

จากข้อบัญญัติของกฎหมายต่าง ๆ ข้างต้น จะเห็นว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” จำเป็นต้องมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินการกิจด้านจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

๓. สุขภาพกับสิ่งแวดล้อม

ในปัจจุบันเกษตรกรมีการใช้สารเคมีเพื่อกำจัดศัตรูพืชในปริมาณสูง และใช้อย่างไม่ถูกต้อง ประกอบกับการควบคุมการจำหน่ายเคมีกำจัดศัตรูพืชยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกษตรกรสามารถหาซื้อสารเคมีที่มีฤทธิ์กำจัดค่อนข้างสูงชนิดแบ่งขายได้ง่ายมาก มีราคาถูก และไม่ทราบแหล่งผลิต ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ง่ายและรุนแรงมากขึ้น^๓ ทั้งนี้จากรายงานการศึกษาวิจัยหลายชิ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พ.อ.ช.) และองค์กรพัฒนาเอกชนยืนยันว่าระบบการผลิตทางการเกษตรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีสำหรับทำการเกษตรในพื้นที่สูงซึ่งเป็นต้นน้ำทำให้สารเคมีกระจายและตกค้างในสภาพแวดล้อมทั้งใน ดิน แหล่งน้ำ ป่า สัตว์ พืช รวมทั้งสารเคมีที่ตกค้างในผลผลิต การใช้สารเคมีทำการเกษตรกรรมยังทำให้มีผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นจำนวนมาก^๔

ดังนั้นท้องถิ่นจึงควรมีบทบาทในการกำหนดข้อบังคับสำหรับจัดการทรัพยากรสิ่งแวดล้อมโดยประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการออกกฎระเบียบข้อบังคับเพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างสมดุล (ดิน น้ำ ป่า) และมีกฎหมายรองรับตามที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดไว้

๔. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ HIA^๕

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นการดำเนินการเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมประสานเรื่อง “สุขภาพ” กับ “สิ่งแวดล้อม” ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบ และสร้างหลักประกัน

^๓ คณะทำงานวิชาการ, สรุปรูปสถานการณ์สุขภาพภาคเหนือ: บทรายงานต่อสาธารณชน, การจัดงานมหกรรมคนสร้างสุข ภาคเหนือ ๒๕๔๘, www.geocities.com/sangsuk_n/wordfile/issue002.doc

^๔ กระทรวงสาธารณสุขได้คัดกรองผู้เสี่ยงต่อโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟสและคาร์บาเมตโดยการเจาะเลือดในปี ๒๕๔๔ มีการตรวจคัดกรองทั่วประเทศจำนวน ๘๙,๙๔๕ ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ๒๑,๗๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๑๙ ปี ๒๕๔๕ ตรวจคัดกรอง ๑๑๕,๑๐๕ ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ๓๓,๘๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๑ ซึ่งนับเป็นอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้น

^๕ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ให้นิยาม การประเมินผลกระทบทางสุขภาพว่าเป็นกระบวนการตัดสินใจคุณค่าของนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ โดยพิจารณาจากผลกระทบและการกระจายของผลกระทบนั้นที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน โดยใช้วิธีการกระบวนการและเครื่องมือในการประเมินหลายชนิดร่วมกัน

ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ แก่ภาคชุมชน ทั้งนี้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบ่งเป็น ๒ ระดับ ได้แก่

๔.๑ การประเมินระดับนโยบาย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๑ และมาตรา ๒๕ (๕) กำหนดให้ทุกภาคส่วนราชการต้องประเมินผลกระทบต่อสุขภาพก่อนการกำหนดและผลักดันนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเชื่อมโยงไว้ในกลไกการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment : SEA)

๔.๒ การประเมินระดับโครงการหรือกิจการ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๗ วรรค ๒ กำหนดให้โครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างร้ายแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ต้องมีการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจการ ทั้งนี้โดยอาศัยกลไกตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ กับสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตามมาตรา ๑๑ กรณีประชาชนร้องขอให้มีการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ต้องจัดให้ข้อมูลการพิจารณาผลกระทบต่อสุขภาพก่อนการอนุญาต เพื่อเป็นหลักประกันด้านสุขภาพ และการชี้แจงต่อประชาชน เมื่อมีการร้องขอ ประกอบกับการประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เข้ากับหลักเกณฑ์การพิจารณาอนุญาตกิจการนั้น ๆ ตัวอย่างการดำเนินโครงการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นเช่น กรณีโครงการเหมืองแร่โพแทช จังหวัดอุดรธานี โรงโม่หินแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงต้องมีศักยภาพในการประเมินผลกระทบสุขภาพ สำหรับประกอบการพัฒนาทางเลือกและการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ โดยต้องมีเกณฑ์มาตรฐาน (Standardize) ในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งต้องมีกลไกทางการเงินที่ชัดเจน สนับสนุน และมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ประชาชนและชุมชนสามารถเข้าถึง เพื่อการเรียนรู้และมีส่วนร่วมได้

๕. การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพ

๕.๑ การจัดการบริการสาธารณสุขในชุมชน ในปี ๒๕๕๐ กระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีนามัยให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๒๒ แห่ง^๖ จากการสรุปบทเรียนจากการถ่ายโอนสถานีนามัย ไปยัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า ประชาชนยอมรับและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สามารถเข้าถึงได้อย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว อีกทั้งสถานีนามัยสามารถจัดบริการ ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้เป็นอย่างดี มีการประสานงาน สะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนการดำเนินงานน้อยลง อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพมากขึ้น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัย มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความร่วมมือและตั้งใจทำงาน โดยยึดเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชนมีสุขภาพดี

^๖ โดยมีหลักเกณฑ์ประกอบการพิจารณา คือ เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดีเด่น ปี ๒๕๔๘ หรือ ๒๕๔๙ และเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพและบุคลากรมีความสมัครใจถ่ายโอน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงให้การสนับสนุนการดำเนินงานของสถานีนามัยที่ถ่ายโอนเหมือนเดิมโดยมีการเซ็นสัญญากับโรงพยาบาลที่เป็น CUP และสนับสนุนเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และค่าบริหารจัดการตามระบบเดิม ด้านบุคลากร ภายใต้อำนาจการถ่ายโอนตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจสิทธิประโยชน์ของบุคลากรที่ถ่ายโอนต้องไม่ต่ำกว่าเดิม

^๗ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๐, การติดตามและประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนามัยแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการถ่ายโอนฯ^๗ ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในนโยบายการถ่ายโอนฯ ระบบงานเก่า-ใหม่ ทั้งระบบการบริหารจัดการ งาน เงิน คน ตัวอย่างเช่นการเบิกจ่ายงบประมาณค่าตอบแทนค่ารักษาพยาบาล ค่าทำงานนอกเวลา พัสดุและเวชภัณฑ์ ระเบียบ เอกสารข้อมูล ระบบรายงาน ความไม่มั่นคงในตำแหน่งของลูกจ้างและการเลื่อนขั้น/ตำแหน่ง การเสียดสิทธิต่อการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ใบประกอบวิชาชีพและการมอบอำนาจรักษาพยาบาล การสื่อสารระหว่างพื้นที่กับส่วนกลาง อำนาจการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และกฎระเบียบที่แตกต่างกันของ กระทรวงสาธารณสุขกับมหาดไทย เป็นต้น

๕.๒ การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และสภาการพยาบาลได้จัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ในการสนับสนุนการผลิตพยาบาลชุมชน โดยคณะพยาบาล ๕ สถาบันการศึกษา ได้แก่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วิทยาเขตตอครักษ์) และ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาของนักเรียนในโครงการพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เมื่อนักเรียนพยาบาลชุมชนเรียนจบกลับไป จะต้องมียศสัญญาการใช้ทุน อาจจะใช้ทุนเป็นเวลา ๔-๘ ปี เพื่อให้เป็นพยาบาลของชุมชน^๘ โดยชุมชน เพื่อชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ระบุว่าในการสนับสนุนทุนการศึกษานั้นไม่สามารถดำเนินการได้เนื่องจากติดขัดเรื่องระเบียบ

๕.๓ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพชุมชน/ตำบล คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ได้สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น สำหรับสนับสนุนกิจกรรม ๔ ลักษณะ คือ

๑) การจัดการบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ๕ กลุ่มได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กเล็กตั้งแต่แรกเกิด ถึงต่ำกว่า ๖ ปี กลุ่มเด็กอายุตั้งแต่ ๖ ปี และเยาวชนผู้มีอายุต่ำกว่า ๒๕ ปี กลุ่มผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๕ ปีขึ้นไป และ กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ

๒) การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชน เพื่อให้พัฒนาคุณภาพบริการหรือจัดการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยกองทุนจัดงบประมาณสมทบกับงบประมาณปกติที่หน่วยบริการเหล่านี้ได้รับจากต้นสังกัด ได้ตามความเหมาะสม

๓) การสร้างเสริมสุขภาพโดยประชาชนและชุมชนท้องถิ่น โดยกลุ่ม/องค์กรชุมชนสามารถเสนอโครงการหรือกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกิจกรรมการบำบัดรักษาโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ที่เกิดจากความริเริ่มของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นเอง เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพชุมชน

๔) การบริหารจัดการกองทุน/ พัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุน และอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเป็นกิจกรรมการบริหารจัดการโดยทั่วไปของกองทุน เช่นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในขณะที่เดียวกัน บางชุมชนมีการดำเนินงานกองทุนสุขภาพชุมชน/ตำบล โดยการระดมทุนรูปแบบต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

^๗ นักเรียนในโครงการพยาบาลชุมชน จะต้องใช้ทุนเฉลี่ยประมาณ ๕๐,๐๐๐ บาทต่อคน ทั้งนี้ประมาณการว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่รับผิดชอบประชาชนราว ๕,๐๐๐ คน ควรจะมีพยาบาลชุมชนอย่างน้อย ๑ คน ประเทศไทยมี PCU ๑๐,๐๐๐ กว่าแห่ง บางแห่งรับผิดชอบประชาชน ๑๐,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ คน จึงต้องมีพยาบาลของชุมชน ๒ - ๓ คน คาดว่าต้องใช้พยาบาลของชุมชน ๑๕,๐๐๐ - ๑๖,๐๐๐ คน

อนามัยของคนในชุมชน/ตำบล รวมถึงสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ ตลอดจนจัดให้มีสวัสดิการสำหรับคนในชุมชน มีการบริหารกองทุนโดยชุมชน เพื่อชุมชน

๕.๔ สำหรับกิจกรรมสุขภาพพื้นฐานที่ชุมชนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดการความรู้หมอพื้นบ้าน การเชื่อมร้อยเครือข่ายการเรียนรู้หมอพื้นบ้าน การจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ เช่น การเดินป่าศึกษาและอนุรักษ์พันธุ์พืชสมุนไพร นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการจัดการสุขภาพโดยชุมชนร่วมกับสถานบริการสาธารณสุข อาทิ การผลิต การแปรรูปสมุนไพร และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน ได้แก่ การนวด การอบ การประคบ ตลอดจนพิธีกรรมพื้นบ้าน เป็นต้น โดยมีพื้นที่ตัวอย่างการดำเนินงานในอำเภอแม่ลาน้อย อำเภอแม่สะเรียง อำเภอขุนยวม และอำเภอปาย

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างข้อมติในเอกสาร ร่างมติ ๑ / ๗

มติ ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

สมัชชาสุขภาพครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

ยึดมั่น ในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ ๙ มาตรา ๕๑ ซึ่งได้รับรองความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งบริการสุขภาพ และมาตรา ๘๐ ที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย รวมถึงสิทธิในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ได้รับการรับรองโดยมาตรา ๓๐ และมาตรา ๔ แห่งรัฐธรรมนูญ ซึ่งผูกพันถึงหน้าที่ของหน่วยงานรัฐตามมาตรา ๒๖ และมาตรา ๒๗ แห่งรัฐธรรมนูญในอันที่จะต้องดำเนินการตรากฎหมาย ใช้บังคับกฎหมาย และการตีความกฎหมาย ทั้งปวงไปในทางที่รับรองและคุ้มครองสิทธิดังกล่าวข้างต้นของบุคคล

ผูกพัน ในหลักการให้ทุกคนในประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพและมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นคงทางด้านสุขภาพในประเทศ

ตระหนัก ถึงพันธกรณีของประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีแห่งปฏิญญาและสนธิสัญญาต่าง ๆ ระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน

รับทราบและห่วงใย ในสภาพปัญหาความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของประชากรที่พำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทย

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง

๑.๑ จัดให้มีบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนทั่วไป และกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์และ/หรือชาวไทยภูเขา ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศ รวมทั้งจัดระบบงบประมาณหรือระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนและเพียงพอให้กับสถานพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้า โดยเฉพาะกลุ่มประชากรไร้รัฐไร้สัญชาติ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม รวมทั้งบุคคลชาวไทยที่ยังมิได้มีการพิสูจน์สถานะซึ่งไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลักที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ โดยยึดถือมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ว่าด้วยยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ทั้งนี้จะต้องดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสาธารณสุขในทุกระดับ ทั้งระบบ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและให้เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ

๑.๒ ส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมในการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน รวมถึงพัฒนาศักยภาพและกลไกในชุมชน เพื่อให้สามารถร่วมสร้างสุขภาวะ และเป็นกลไกในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน

๑.๓ ผลักดันและส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับโดยมีตัวแทนเป็นกรรมการในสัดส่วนที่เหมาะสมตั้งแต่ระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับท้องถิ่น รวมทั้งสถานบริการด้านสุขภาพ

๑.๔ ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดเวทีการประชุมหรือกรอบความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาวะของประชาชนในภูมิภาคนี้ โดยเป็นพันธกิจร่วมระหว่างประเทศเพื่อนบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคนี้เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นของแรงงานต่างด้าวทั้งในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

๑.๕ เร่งรัดและผลักดันการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวรวมทั้งผู้ติดตามอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมคนต่างด้าวทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งเร่งรัดให้แรงงานนอกระบบสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม

๑.๖ เร่งรัดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นค้นหา ช่วยเหลือบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติที่พำนักในประเทศไทย ประชาชนชาวไทยที่ไม่มีเลขประจำตัว ๑๓ หลัก เพื่อให้สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า

๑.๗ สนับสนุนการพัฒนากระบวนการสาธารณสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ โดยเร่งรัดให้มีการจัดทำแผนรองรับอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในระยะ ๑๐ ปีข้างหน้า มีการแก้ไขปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขวิชาชีพต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและร่วมผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามแผนฯ อย่างเป็นรูปธรรม

๑.๘ ปรับปรุงประสิทธิภาพและการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ร่วมกันจัดทำแผนปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระยะ ๕ ปี และมีการทบทวนการทำงานทุก ๑ ปี เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มประสิทธิภาพระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ โดยมีเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน

๑.๙ กำหนดมาตรการเชิงบวกและมาตรการด้านกฎหมายเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกรณีการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุจลาจลเนื่องจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอันก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น

๑.๑๐ เร่งรัดและผลักดันการพัฒนากระบวนการสุขภาพ การกระจายบุคลากรสาธารณสุข และการพัฒนาระบบส่งต่อ

๑.๑๑ สนับสนุนให้ท้องถิ่นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การรับรองสภาพความพิการที่เห็นประจักษ์ด้วยสายตา ซึ่งไม่จำเป็นต้องอาศัยการพิสูจน์ทางการแพทย์ ในกรณีที่ต้องมีการวินิจฉัยสภาพความพิการให้ส่งต่อหน่วยบริการหลักเพื่อวินิจฉัยสภาพความพิการและดำเนินการจดทะเบียนต่อไป

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา องค์กรภาคเอกชน ภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสื่อภาครัฐ

๒.๑ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสิทธิหน้าที่เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข และสร้างกระบวนการให้ประชาชนทุกคนได้รับรู้ถึงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึง

๒.๒ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชากรทุกคนมีหน้าที่ในการแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดในการเข้าถึงการประกันสุขภาพ รวมทั้งมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว รวมทั้งการป้องกันโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

๒.๓ ร่วมสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับอย่างจริงจัง โดยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดกองทุนตำบล และจัดให้มีกลไกของภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชนร่วมกัน

๒.๔ ให้ท้องถิ่นร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขจัดบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้พิการที่อยู่ที่บ้าน

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ จัดให้มีกลไกในการกำกับ ติดตาม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น โดยสนับสนุนให้หน่วยงานที่เป็นกลาง หรือภาคประชาสังคม เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการ และให้มีการรายงานความคืบหน้าให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้รับทราบทุก ๒ ปี และประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

๓.๒ ประสานงานและผลักดันให้หน่วยงานที่รับผิดชอบระบบบริการสุขภาพจัดบริการที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ

๓.๓ ประสานและร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ร่วมกันกำหนดระบบ/รูปแบบการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นที่เอื้อให้กลุ่มบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ที่พำนักในประเทศไทย สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้โดยสะดวกและปลอดภัย

ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น^๑

๑. สภาพปัญหาในปัจจุบัน

๑.๑ ความไม่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้ประเทศไทยจะดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ แต่จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี ๒๕๕๐ พบว่า มีประชากรประมาณร้อยละ ๓.๕ หรือประมาณ ๒.๒ ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพประกอบด้วย (๑) ผู้มีสัญชาติไทยและยังไม่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพและ (๒) กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานแต่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ แม้ในทางปฏิบัติ ประชากรกลุ่มนี้ได้รับบริการสาธารณสุขทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากสถานพยาบาลของภาครัฐผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ และการประกันสุขภาพแบบพิเศษในบางพื้นที่ แต่การขาดหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ ทำให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการบริการบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ประชาชนกลุ่มอื่นจะได้รับ

นอกจากนี้ ยังมีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากทั้งมิได้รับการจดทะเบียนอย่างถูกต้องจากทางการ แต่เข้ามาพำนักอาศัยอยู่ในประเทศไทยและไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ ทั้งนี้ การขาดโอกาสในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชากรกลุ่มนี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยบางประเภท ตัวอย่างเช่น โรคมาลาเรียหรือโรคฉี่หนูที่มีการดื้อยา โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ เช่น โรคไข้กาฬหลังแอ่นหรือโปลิโอ ฯลฯ ซึ่งหากละเลยหรือเพิกเฉย อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในประเทศจากการแพร่กระจายโรคและความเจ็บป่วยเหล่านั้นไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น รัฐจึงควรดูแลบุคคลกลุ่มเสี่ยงเพื่อสนับสนุนหลักการ “ความมั่นคงด้านสุขภาพ” ของประเทศไทย

อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไร้รัฐ-ไร้สัญชาติ คือการบริหารจัดการด้านการคลังสุขภาพซึ่งไม่เอื้อต่อการให้บริการ เนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่สามารถอุดหนุนค่าใช้จ่ายรายหัวให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ได้ โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตีความคำว่า “บุคคลทุกคน” ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ให้ครอบคลุมเฉพาะ “บุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น” ส่งผลให้คนกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าสู่สิทธิในหลักประกันสุขภาพได้

๑.๒ ปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของระบบบริการสาธารณสุข

ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขส่วนหนึ่งเป็นผลจากปัญหาการกระจายตัวของสถานพยาบาล บุคลากรและคุณภาพการบริการ ที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ อัตราส่วนแพทย์และทันตแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน ต่างกันประมาณ ๘ และ ๑๖ เท่าตามลำดับ ซึ่งปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรดังกล่าวนี้ ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

^๑ บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ในที่นี้หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต่อชีวิต และการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า ๓๐ ปี โดยมีสถานีอนามัยกระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศและมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ แต่จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ พบว่า พบว่าสถานีอนามัยร้อยละ ๗๐ มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กล่าวคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑ คนดูแลประชากร ๑๒๕๐ คน โดยสถานีอนามัยจำนวนมากต้องดูแลประชากรมากกว่า ๕ พันคนต่อแห่ง และประมาณร้อยละ ๑๗ ต้องดูแลประชากร ๑-๒ หมื่นคน ส่งผลให้โดยเฉลี่ยแล้วสถานีอนามัยมีบุคลากรเพียง ๒.๙ คนต่อแห่ง ทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงและขาดคุณภาพ นอกจากนี้ บุคลากรในวิชาชีพที่มีความสำคัญ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิในบางเวลา (part time) เท่านั้น

๑.๓ ความไม่เสมอภาคระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ ๓ กองทุน

ความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับ จากระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสาเหตุจาก

๑) ความแตกต่างในชุดสิทธิประโยชน์ และระบบการบริหารจัดการงบประมาณ ความแตกต่างในงบประมาณที่รัฐให้การสนับสนุนต่อคนส่งผลให้สิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่เท่ากับในระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ นอกจากนี้ ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัว โดยผู้มีสิทธิต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ในขณะที่สวัสดิการรักษายาบาลจะใช้วิธีการเรียกเก็บเงินตามจ่ายจริง โดยสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของภาครัฐใด ๆ ก็ได้ ทั้งสองประการนี้ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่เสมอภาค โดยในปี ๒๕๕๑ งบประมาณการว่ารัฐให้สวัสดิการรักษายาบาล แก่ข้าราชการประมาณปีละ ๘,๔๑๔ บาทต่อคน^๒ ให้การอุดหนุนแก่แรงงานในระบบประกันสังคม เฉลี่ยปีละ ๕๑๓ บาทต่อคน (รวมส่วนที่สมทบโดยนายจ้างและลูกจ้างเป็น ๑,๕๓๙ บาทต่อคน)^๓ และให้การอุดหนุนแก่ประชาชนทั่วไปที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒,๑๐๐ บาทต่อคน

๒) ความแตกต่างในแหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ โดยแหล่งเงินอุดหนุนในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมาจากงบประมาณรายจ่ายภาครัฐ ในขณะที่การอุดหนุนสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม มีแหล่งเงินจากการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมจากรัฐ นายจ้างและลูกจ้าง

^๒ คำนวณ โดยความอนุเคราะห์จาก นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร แผนงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จากการคาดประมาณรายจ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการทั้งปี ๒๕๕๑ ที่ ๕๘,๓๙๐ ล้านบาท สำหรับการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวประมาณ ๖.๙ ล้านคน (ณ ตุลาคม ๒๕๔๙ ประกอบด้วยผู้อาศัยได้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง และข้าราชการบำนาญ จำนวน ๑,๗๙๒,๗๘๙ คน และผู้อาศัยสิทธิ ได้แก่บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร จำนวน ๕,๑๔๗,๑๘๔ คน - ที่มากรมบัญชีกลาง อ้างในส่วนนโยบายการคลังและงบประมาณ สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้าง และพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง)

^๓ ในปี ๒๕๕๑ สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าเหมาจ่ายรายหัวแก่สถานพยาบาลในอัตรา ๑,๓๐๖ บาทต่อคนต่อปี และจ่ายรายหัวสำหรับโรคที่มีความเสี่ยงสูงอีก ๒๓๓ บาทต่อคนต่อปี รวม ๑,๕๓๙ บาทต่อคนต่อปี และมีแหล่งเงินมาจากการสมทบของรัฐ นายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่า ๆ กัน อนึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายภายใต้กองทุนประกันสังคมนี้เป็นกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะเป็นกลุ่มประชากรที่สุขภาพแข็งแรงและมีความเสี่ยงของการเจ็บป่วยต่ำกว่าเด็กและผู้สูงอายุ

๒. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ จากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้รับรองความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐ รวมทั้งบริการสาธารณสุขโดยระบุไว้ใน หมวด ๓ สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ ๙ มาตรา ๕๑ ว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

๒.๒ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานนี้ ยังได้รับการรับรองและประกันโดยหลักความเสมอภาคตามมาตรา ๓๐ ซึ่งระบุว่า “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกันการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้” รวมถึงได้รับการรับรองและคุ้มครองในฐานะความเป็นมนุษย์ตาม มาตรา ๔ ซึ่งระบุว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง”

๒.๓ มาตรา ๘๐ ของรัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม โดยระบุว่า

“(๒) ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตาม มาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

๒.๔ สิทธิของบุคคลนี้ มีผลผูกพันรัฐโดยกำหนดไว้ในมาตรา ๒๖, ๒๗ และ ๒๘ ว่า

“มาตรา ๒๖ การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรจะต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้” และ

“มาตรา ๒๗ สิทธิของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองโดยชัดแจ้ง โดยปริยายหรือโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ ย่อมได้รับความคุ้มครองและผูกพันรัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล รวมทั้งองค์กรตามรัฐธรรมนูญ และหน่วยงานของรัฐโดยตรง ในการตรากฎหมาย การใช้บังคับกฎหมาย และการตีความกฎหมายทั้งปวง”

“มาตรา ๒๘ วรรค ๒ บุคคลผู้ซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญนี้รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้”

๒.๕ ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ คือ มาตรา ๖ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุไว้ว่า

“สุขภาพของเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนด้อยโอกาสในสังคมและ กลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครอง อย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย”

นอกจากนี้ มาตรา ๙, ๑๐, ๑๑ และ ๑๒ ของพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ยังเปิดโอกาสให้มีการดำเนินการเพื่อให้ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนเงินทดแทน สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยจากการทำงาน และบริษัทผู้รับประกันภัยตาม พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ ต้องจัดสรรเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการให้บริการสาธารณสุขเข้าสู่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการสาธารณสุขต่อไป ตามที่จะได้ตกลงกันระหว่างคณะกรรมการตามกฎหมาย

๒.๖ มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ว่าด้วย ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ได้กำหนดให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการเร่งรัดให้สถานะตามกฎหมายแก่บุคคลที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยติดต่อกันเป็นเวลานาน และสำรวจจัดทำทะเบียนประวัติและเอกสารแสดงตนสำหรับบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติที่ไม่มีชื่ออยู่ในระบบทะเบียนราษฎร โดยมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากทางรัฐบาล

๒.๗ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้ลงนามเป็นภาคีสันติสัญญาด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน ๕ ฉบับซึ่งมีผลผูกพันประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีที่ต้องดำเนินการคุ้มครอง ส่งเสริมสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ได้แก่

๑) ข้อ ๒๕ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR)

๒) ข้อ ๑๒ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR)

๓) ข้อ ๕ อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD)

๔) ข้อ ๑๒ (๑) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW) และ

๕) ข้อ ๒๔ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child, CRC) รวมถึงพันธกรณีตามข้อ ๒๕ (๑) แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. ๑๙๔๘ ในฐานะกฎหมายจารีตประเพณีระหว่างประเทศ

๓. การดำเนินงานที่ผ่านมา

๓.๑ หน่วยงานและคณะกรรมการที่รับผิดชอบต่อการดำเนินงาน ของระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้ง ๓ ระบบได้จัดให้มีกลไกในการประสานงานในรูปแบบคณะทำงาน แต่ยังมีได้กำหนด เป้าหมายการดำเนินงานในระยะยาวที่ชัดเจน การประชุมคณะทำงาน ก็มีการดำเนินการเพียง ปีละ ๑-๒ ครั้งและไม่มีมาตรการในการติดตามประเมินผลข้อสรุปหรือมติการประชุมของคณะทำงาน ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามมาตรา ๙, ๑๐ และ ๑๑ แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงมีความก้าวหน้าระดับหนึ่งเท่านั้น อันเนื่องจากความไม่พร้อมและความเห็นที่แตกต่างกัน

๓.๒ อย่างไรก็ตาม ผลจากการประสานงานที่ผ่านมาได้ทำให้เกิดความร่วมมือกันมากขึ้น เช่น

๑) การแบ่งปันข้อมูลผู้ขึ้นทะเบียนของทั้ง ๓ ระบบ เพื่อปรับปรุงข้อมูลผู้ประกันตนให้เป็นปัจจุบัน และลดปัญหาการมีสิทธิซ้ำซ้อน

๒) การกำหนดให้มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นมาตรฐานในการให้บริการ ของทั้งสามกองทุน

๓) การใช้วิธีประมาณการค่าใช้จ่ายในอนาคตของทั้งสามกองทุนร่วมกัน

๔) การเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นผลกระทบของกลไกการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ที่ใช้อยู่ต่อ พฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล และเริ่มใช้กลไกการควบคุม การจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน หรือวิธีการ ตั้งราคาจ่ายสำหรับอุปกรณ์การแพทย์บางอย่าง ทำให้ที่ผ่านมการดำเนินงานของกองทุนต่าง ๆ มีแนวโน้มใกล้เคียงกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีสิทธิประโยชน์บางประเภท เช่น การใช้อายนอกระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการใช้น้ำหนักสัมพัทธ์สำหรับกลุ่มโรค (diagnostic-related group – DRG) สำหรับการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยใน ยังมีความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ

๔. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสาร ร่างมติ ๑ / ๘

มติ ๑.๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สมัชชาสุขภาพครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน รวมถึงเด็กพิการ และครอบครัว

ตระหนัก ถึงอิทธิพลของสื่อต่อการเรียนรู้ของคนในสังคมไทย และอิทธิพลของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่มีต่อเด็ก รวมถึงเด็กพิการ และเยาวชน รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาสูบ

รับทราบ ว่าสื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชนมีน้อยมาก ในขณะที่สื่อที่ร้ายและรุนแรงนั้นกลับมีจำนวนมากขึ้น

ตระหนัก ถึงปัญหาว่าเด็กและเยาวชนขาดโอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อสื่อ ขาดโอกาสการมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ผลิตสื่อสำหรับเด็กด้วยกัน ในขณะที่ผู้ผลิตสื่อขาดแรงจูงใจในการสร้างสรรค์สื่อ ขาดการปลูกฝังจริยธรรมในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกับเด็ก และขาดความเข้าใจถึงบทบาทและอิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก เยาวชน และครอบครัว กลไกทางกฎหมายและนโยบายที่เอื้อต่อการพัฒนาสื่อสำหรับเด็ก

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้หน่วยงานของรัฐ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วน ทุกระดับ พิจารณา

๑.๑ ผลักดันกองทุนในการผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว^๑ โดยเป็นการจัดตั้งกองทุนขึ้นใหม่จากการใช้เงินกองทุนที่มีอยู่แล้ว^๒ หรือการใช้มาตรการทางนโยบายเพื่อระดมเงินทุนโดยรัฐจัดให้มีการรวบรวมข้อเสนอเรื่องแนวทางและรูปแบบของกองทุนที่มีความเป็นไปได้

๑.๒ ร่วมกันผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวทุกรูปแบบ โดยให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น การสร้างเกมคอมพิวเตอร์ในเชิงสร้างสรรค์ การสนับสนุนรายการสื่อสารมวลชนที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน ใช้เทคโนโลยีให้กับเด็กพิการเพื่อให้เข้าถึงเทคโนโลยีอย่างทั่วถึง เป็นต้น รวมทั้งกำหนดให้สื่อทุกแขนงต้องเปิดโอกาสให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น ความต้องการ และร่วมผลิตรายการสื่อทุกแขนง หรือจัดฝึกอบรมเด็กและเยาวชนให้เรียนรู้กระบวนการผลิตสื่อแบบมืออาชีพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้สำหรับเด็ก เพื่อส่งเสริมเด็กและเยาวชนในกระบวนการเรียนรู้การผลิตสื่อสร้างสรรค์ในท้องถิ่นหรือชุมชน เรียนรู้เท่าทันสื่อแบบบูรณาการและเหมาะสมกับวัย

^๑ ปิยวัฒน์ สุทธิเจริญสุข, ข้อเสนองานวิจัยเรื่อง แนวทางในการจัดตั้งกองทุนสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว, มูลนิธิ ศาสตราจารย์คณิศร ฤกษ์ไชย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๔๘

^๒ เช่น กองทุนเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาใน พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และกองทุนสื่อใน พ.ร.บ.องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑

๑.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกลไกด้านการเรียนรู้เท่าทันสื่อ การพัฒนาและติดตามสื่อสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวระดับชาติ จังหวัด ชุมชน และครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา นักวิชาการ ภาคประชาชน เครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว เครือข่ายสื่อท้องถิ่น กำหนดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนในสถานศึกษาทุกระดับ และเวทีการเรียนรู้เรื่องสื่อ การเลือกรับสื่อ และการรู้เท่าทันสื่อ ให้แก่เด็ก เยาวชน และครอบครัว

๑.๔ รมรณรงค์ให้สื่อมวลชนตระหนักถึงบทบาทในการผลิตสื่อรายการวิทยุและโทรทัศน์ หรือสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ สื่อพื้นบ้านที่ดีมีคุณค่าต่อเด็กและเยาวชนไทยโดยคำนึงถึงคุณธรรมจริยธรรมและเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กและเยาวชนจากรายการวิทยุและโทรทัศน์ หรือสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความรุนแรงร้าย สร้างอคติทางเพศหรืออคติต่อคนบางกลุ่ม มีการจัดผังรายการให้เป็นช่วงเวลาเฉพาะสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๑.๕ จัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วน อาทิ ภาคการศึกษา เทคโนโลยีสารสนเทศ วัฒนธรรม ผู้แทนเยาวชนและครอบครัว อาสาสมัครและผู้ประกอบการ เพื่อควบคุม กำกับดูแลสื่ออินเทอร์เน็ตและเกมคอมพิวเตอร์โดยเฉพาะ

๑.๖ ให้มีกลไกในการติดตามการดำเนินงานตามกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมสื่ออิเล็กทรอนิกส์ กฎหมายควบคุมเกมคอมพิวเตอร์และเกมออนไลน์ โดยให้มีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาสังคม และผู้แทนเด็กและเยาวชน

๑.๗ สร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการควบคุมและคัดกรองสื่อรวมถึงโฆษณาที่อาจส่งผลเสียต่อพัฒนาการและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเด็กและเยาวชน เช่น ระบบการจัดประเภทสื่อตามกลุ่มอายุ โดยคำนึงถึงเรื่องเพศ ความรุนแรง การใช้ภาษาให้ถูกต้อง โดยมีองค์กรและกลไกรับผิดชอบที่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

๑.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการวิจัยประเมินผลกระทบจากสื่อและการวิจัยและพัฒนาสื่อสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวในท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง

๒. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติติดตามและรายงานผลการดำเนินงานข้อเสนอดังกล่าวต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒

ผลกระทบจากสื่อต่อเด็กเยาวชนและครอบครัว

(๑) สถานการณ์ด้านสื่อในสังคมไทย

ในทุกวันนี้ สื่อมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของคนในสังคมไทย ทั้งสื่อในยุคกระดาษ ยุคคลื่นวิทยุโทรทัศน์ มาถึงยุคอิเล็กทรอนิกส์ เช่น เว็บไซต์ Cam Frog, Hi ๕ รวมทั้งเกมคอมพิวเตอร์ ที่เด็ก ๆ ส่วนใหญ่เข้าไปใช้บริการในร้านเกมคาเฟ่ ในเวลาเดียวกันสื่อออนไลน์เหล่านี้ได้แพร่เข้าสู่โทรศัพท์มือถือ โดยพบว่าตัวเลขของผู้ใช้มือถือเหล่านี้ กำลังเพิ่มขึ้นทุกวัน

ปรากฏการณ์ที่เยาวชนอายุเพียง ๑๙ ปีได้ก่อคดีฆ่าแท็กซีเมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๑ ที่ผ่านมานั้น จากการสอบสวนเบื้องต้น พบว่า การกระทำความผิดดังกล่าวได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากเกมคอมพิวเตอร์ที่ชื่อว่า GTA หรือ Grand Theft Auto ซึ่งเป็นเกมที่ผู้เล่นต้องสวมบทบาทเป็นโจร และต้องปฏิบัติภารกิจที่ผิดกฎหมาย เช่น การโจรกรรม การใช้สารเสพติด การข่มขืน ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นการสะท้อนถึงผลของการปล่อยปละละเลยในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน

เมื่อพิจารณา สถานการณ์ด้านสื่อโทรทัศน์ จากเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน ๒๕๕๐ ถึง เดือน ธันวาคม ๒๕๕๐ พบว่า มีรายการ ป และ ด รวมกันครึ่งชั่วโมงในแต่ละสถานี แต่เมื่อไปดูตัวเลขจริงกลับพบว่า มีรายการ ป และ ด รวมกันจากทุกสถานีเฉลี่ยเพียงร้อยละ ๑๐ หรือประมาณ ร้อยละ ๑.๗ ในแต่ละสถานี^๑

เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณของสื่อในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งส่วนของสาระ บันเทิง ข่าว จากการศึกษาสัดส่วนรายการที่สถานีโทรทัศน์ได้แจ้งไว้ในเอกสารสัญญาของสถานีการจัดสัดส่วนรายการในปี พ.ศ. ๒๕๔๖^๒ พบว่า แต่ละสถานีมีการนำเสนอรายการบันเทิงมากกว่าร้อยละ ๖๕ ซึ่งเกินกว่าสัดส่วนเวลาออกอากาศที่กำหนดโดยกรมประชาสัมพันธ์ทั้งสิ้น^๓ โดยจำนวนรายการโทรทัศน์ที่ส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ให้กับเด็ก เยาวชน ในปีพ.ศ. ๒๕๔๖ ลดลงร้อยละ ๔.๗๕ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ทั้งนี้ยังพบว่าในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ รายการโทรทัศน์สำหรับการส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้มีเวลาออกอากาศเพียง ๔๕ ชั่วโมง ๒๒ นาที ต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๔ ของเวลาออกอากาศทั้งหมด^๔

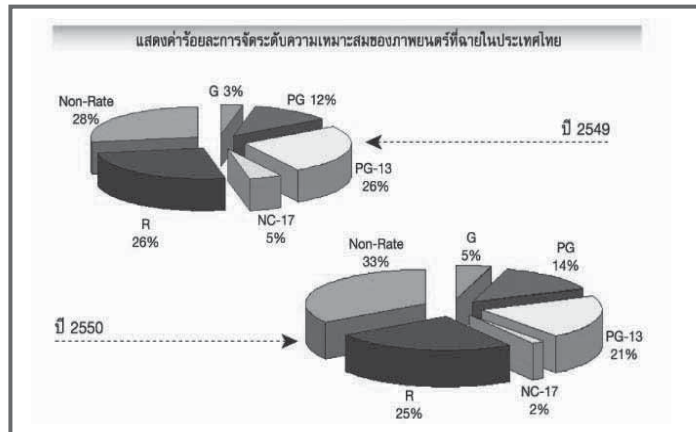
^๑ ประกาศสำนักงานเจ้าพนักงานผู้ออกใบอนุญาต กรมประชาสัมพันธ์ เรื่องกำหนดสัดส่วนเวลาออกอากาศรายการวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ กรมประชาสัมพันธ์ กำหนดสัดส่วนรายการเด็ก และ เยาวชน ในช่วงเวลา ๑๖.๓๐ น. - ๑๘.๓๐ น. โดยให้มีสัดส่วนของรายการเด็ก และเยาวชน นั้นหมายถึง ในแต่ละสถานีต้องมีรายการประเภท ป (ปฐมวัย ๓ ปี - ๕ ปี) และ รายการประเภท ด (เด็ก อายุระหว่าง ๖ ปี - ๑๒ ปี) อย่างน้อย ๐.๕ ชั่วโมง หรือคิดเป็น ร้อยละ ๒๕ ของช่วงเวลาที่กำหนด

^๒ การศึกษาวิจัย เรื่อง สภาพคุณภาพเนื้อหาของรายการวิทยุโทรทัศน์ ในชุดโครงการสื่อมวลชนเพื่อการศึกษาและการเรียนรู้ โครงการยุทธศาสตร์สื่อเด็ก โดย ผศ.ดร.วิลาสินี พิพิธกุล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, หน้า ๒๕๔๖

^๓ สำนักงานเจ้าพนักงานผู้ออกใบอนุญาต กรมประชาสัมพันธ์ ได้ออกประกาศเรื่องกำหนดสัดส่วนเวลาออกอากาศ รายการวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๓๙ โดยกำหนดสัดส่วนรายการวิทยุโทรทัศน์ ให้มีรายการประเภท ข่าวและความรู้ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๕ ประเภทบันเทิง ไม่เกินร้อยละ ๖๕ ประเภทโฆษณาและบริการธุรกิจ ไม่เกินร้อยละ ๒๐

^๔ เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของโครงการยุทธศาสตร์สื่อเด็ก มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก , ๒๕๔๘

ด้านสื่อภาพยนตร์ จากสถิติของสื่อภาพยนตร์ที่ฉายในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า ในจำนวนภาพยนตร์ที่ฉายกว่า ๓๑๙ เรื่องในปี ๒๕๔๙ และ ๒๔๘ เรื่องในปี ๒๕๕๐ ส่วนใหญ่เป็นภาพยนตร์ในระดับที่ผู้ชมอายุต่ำกว่า ๑๓ ปีต้องได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่กว่าร้อยละ ๓๕ และมีภาพยนตร์ที่ไม่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี^๕ ถึงร้อยละ ๒๗-๓๑



สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้สำรวจเรื่องอิทธิพลของสื่อโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเด็ก พบว่า เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างชมโทรทัศน์มากที่สุดในระหว่างวันจันทร์ถึงศุกร์เด็กใช้เวลาในการนั่งชมโทรทัศน์เฉลี่ย ๓.๙ ชั่วโมงต่อวัน และเพิ่มเป็น ๕.๕๑ ชั่วโมงต่อวันในวันเสาร์และอาทิตย์

หากพิจารณาสาระของรายการโทรทัศน์ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ ระหว่างช่วงเวลาที่ผู้ชมมากที่สุดคือ ๑๖.๐๐ น.- ๒๒.๐๐ น. พบว่ามีการนำเสนอเนื้อหาด้านเพศ ความรุนแรง และการเหยียดคนบางกลุ่มแทรกอยู่ทุกเรื่อง โดยเนื้อหาส่วนใหญ่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสม จากการวิเคราะห์รายการละครของสถานีโทรทัศน์ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากสื่อโทรทัศน์กับการใช้ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชน: กรณีศึกษานักเรียน / นักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร^๖ จำนวน ๑,๕๐๐ คน พบว่า ประมาณร้อยละ ๗๒.๑ นิยมชมรายการโทรทัศน์ทุกวัน และ ร้อยละ ๓๙.๘ ดูโทรทัศน์เฉลี่ยวันละ ๓-๕ ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของโครงการ Child Watch การสำรวจของสำนักงานวิจัยเอแบคโพลล์ และการสำรวจของสมาพันธ์ปัญญา ที่พบว่าเด็กและเยาวชนใช้เวลาในการบริโภคสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพิ่มขึ้นจาก ๒-๓ ชั่วโมงต่อวันเป็น ๓-๔ ชั่วโมงต่อวัน จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่าเด็กและเยาวชนจะต้องใช้ความเข้มแข็งเพียงใดในการต่อสู้กับความเปราะบางที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคสื่อที่อยู่ล้อมรอบที่เสนอพฤติกรรมรุนแรง ไม่เหมาะสมในเรื่องเพศ โดยเฉพาะสื่อลามกอนาจาร รวมไปถึงการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสม

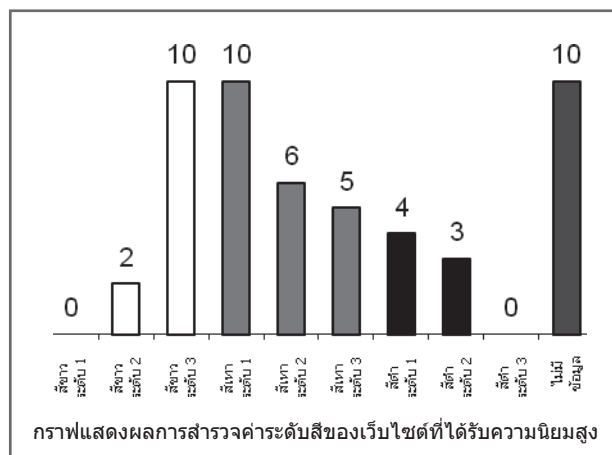
ด้านเกมคอมพิวเตอร์มีผลกระทบในเชิงลบทั้งในเรื่อง การใช้เวลาในการเล่นของผู้เล่นเกม และ ด้านพฤติกรรมการเล่นแบบในคอมพิวเตอร์ จากการสำรวจร้านเกมคาเฟ่ในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ อุบลราชธานี พิษณุโลก ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร พบว่าเกมออนไลน์ที่ได้รับความนิยมจากผู้เล่นเกมใน ๕ อันดับแรก คือ (๑) Cabal (๒) Dot A (๓) Audition (๔) Special Force (๕) Tales Runner โดย ๔ ใน ๕ เป็นเกมที่เน้นการ

^๕ ระดับ NC 17 และ R

^๖ เอกสารแนบท้ายหมายเลขที่ 5 รายงานผลการศึกษาวิจัยภาคสนามเรื่องสื่อโทรทัศน์กับการใช้ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชน : กรณีศึกษานักเรียน / นักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ต่อสู้และการใช้ความรุนแรงที่เหมาะสมสำหรับผู้เล่นอายุกว่า ๑๓ และ ๑๘ ปีขึ้นไป กรณีของเกมออนไลน์ จากการสำรวจ ๕ เกมแรกๆ ที่ได้รับความนิยมในร้านเกมคาเฟ่จำนวนกว่า ๒๐๐ ร้านครอบคลุมทั้ง ๕ ภูมิภาค พบว่า เกมที่ได้รับความนิยมในลำดับที่ ๓ ก็คือ เกม GTA หรือ Grand Theft Auto ในทางกลับกัน เกมที่สร้างสรรค์อีกจำนวนหนึ่ง เช่น เกมที่เน้นการฝึกทักษะในการความคิด ฝึกการวางแผนในทางอาชีพต่าง ๆ กลับไม่ได้รับความนิยมนอกจากผู้เล่นเกมในสังคมไทย

ด้านสื่ออินเทอร์เน็ต ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีเว็บไซต์ลามกอนาจารถึงกว่า ๑.๓ ล้านเว็บ ๒๖๐ ล้านเว็บเพจ ในปี ๒๕๔๘ ตัวเลขขยับขึ้นมาอยู่ที่ ๔๒๐ ล้านเว็บเพจ และในกรณีของประเทศไทย จาก ๔๐ เว็บไซต์ ที่ได้รับความนิยมจากผู้ใช้ในประเทศไทย ๕๒.๕ % ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ไม่เหมาะสม เนื้อหาของเว็บไซต์มีการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสม (กลุ่มสีเทา) และอีกกว่า ร้อยละ ๑๗.๕ เป็นเว็บไซต์ที่มีลักษณะเป็นสีดำ โดยเฉพาะในเรื่องของเนื้อหาสื่อทางเพศที่เข้าข่ายลามกอนาจาร การใช้ภาษาที่หยาบคาย รวมถึงเนื้อหาที่รุนแรง



(๒) ปัญหาด้านสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ในสังคมไทย

ปัจจุบันพบว่า สื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์สำหรับเด็ก และเยาวชนมีน้อยมาก ในขณะที่สื่อที่ไม่ปลอดภัยนั้นกลับมีจำนวนมากขึ้น และ ทวีความรุนแรงมากขึ้น เพราะเหตุปัจจัยสำคัญ ๖ ส่วนประกอบกัน

ส่วนที่ ๑ ขาดการมีส่วนร่วมแบบหน้าจอก นั้นหมายถึง การเปิดพื้นที่ให้เด็ก เยาวชน ได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นต่อสื่อ และถูกรับฟังความคิดเห็นเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง พัฒนา เราเรียก กระบวนการนี้ว่า การเฝ้าระวังสื่อ เช่น “เครือข่ายครอบครัวอาสาเฝ้าระวังสื่อ” ที่เป็นการรวมตัวของเครือข่ายพ่อแม่ที่มี “จิตอาสา” ที่จะเข้ามา “เฝ้าระวัง” และ “สะท้อนความคิดเห็น” ภายใต้ฐานงานวิชาการเรื่องเรตติ้งเชิงคุณภาพ ไปยังสถานีโทรทัศน์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ผลิต สถานีโทรทัศน์ นักวิชาการ และ เด็ก เยาวชน พ่อแม่ไปด้วยกัน ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพรายการโทรทัศน์อย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ ๒ ขาดการมีส่วนร่วมในฐานะของ “ผู้ผลิต” หมายถึง การเปิดโอกาสให้เด็ก เยาวชน เป็นผู้ผลิตข่าว เป็นนักข่าว มีส่วนร่วมในการคิด วางแผน ถ่ายทำ ตัดต่อ ไปจนถึง การเป็นนักข่าวรุ่นเยาว์ ได้ทำรายการโทรทัศน์ของตนเองผ่านทางทีวีชุมชน หรือ ตามช่องทางสื่อต่างๆ

ส่วนที่ ๓ ขาดการสร้างแรงจูงใจในการสร้างสรรค์สื่อให้กับผู้ผลิต ทั้งเหตุจาก (๑) การใช้ระบบเรตติ้งเชิงปริมาณ ทำให้รายการสำหรับเด็ก เยาวชน ไม่สามารถอยู่รอดในผังรายการได้ (๒) ขาดระบบการส่งเสริมสื่อที่ปลอดภัยและสร้างสรรค์ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ส่วนที่ ๔ ขาดการสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้รับสื่อ ทั้ง (๑) ขาดการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับเด็ก เยาวชนและครอบครัวอย่างจริงจัง (๒) ขาดการปลูกฝังจริยธรรมที่ดีในการใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (๓) ขาดระบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้กับเด็ก เยาวชนและครอบครัว

ส่วนที่ ๕ (ขาด) กลไกทางกฎหมายและนโยบายที่เอื้อต่อการสนับสนุนการพัฒนาสื่อ โดยเฉพาะกลไกด้านองค์กรเจ้าภาพในการทำงานที่เป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๖ (ขาด) กระบวนการในการส่งเสริมอย่างจริงจัง จริงใจ และต่อเนื่อง การสร้างสรรค์สื่อสำหรับเด็กหลายโครงการ รวมทั้งกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ ต้องชะลอการสร้างสรรค์ผลงานตามแรงบันดาลใจ เพราะขาดงบประมาณสนับสนุนการทำงาน หรือ ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่นอกเหนือไปจาก สื่อของเด็กที่เด็กเป็นผู้ผลิตจะ “ต้องใจ” และ “ตรงใจ” เด็กที่เป็นผู้รับสื่อแล้ว กระบวนการในการสร้างสื่อ กระบวนการในการทำงาน ล้วนแต่เป็น การสร้างความภาคภูมิใจ การสร้างตัวตน พื้นที่ โอกาสให้เด็กและเยาวชนได้แสดงออกซึ่งความสามารถ

(๓) ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างข้อมติในเอกสาร ร่างมติ ๑ / ๙

มติ ๑.๑๐ สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตระหนัก ว่าสถานการณ์สุขภาวะทางเพศทั้ง ๓ ด้าน คือ ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม

ตระหนัก ถึงช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ สืบเนื่องจากการที่สังคมไทยมีวัฒนธรรมทางเพศที่เป็นมาตรฐานซ้อน ที่มุ่งปลุกฝัง ควบคุมและกำกับพฤติกรรมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างแจ่มชัด อีกทั้งตีตราผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

รับทราบ ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมขยายตัวรุนแรงมากขึ้น โดยผู้หญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ และกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ส่งผลให้เกิดการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บพิการ และตายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

เข้าใจดี ว่าแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมจะลดลง แต่มีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์อาจกลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากอัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยเชื่อกันว่าลดลงไปแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๔๐ กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และกลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง ๑๕-๑๙ ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น

รับทราบ ถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สื่อทุกรูปแบบที่มีเนื้อหาผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม และกระทรวงยุติธรรม สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย องค์การวิชาชีพ องค์การวิชาการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ดำเนินการดังนี้

๑.๑ ส่งเสริมให้ความรู้ ความเข้าใจด้านเพศศึกษาที่รอบด้าน (Comprehensive sexuality education) และมีหน่วยงานรับผิดชอบชัดเจน โดยเน้นสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อสร้างความปลอดภัยต่อสุขภาวะทางเพศ รวมถึงทักษะชีวิตทั้งในและนอกระบบการศึกษา และการศึกษาตามอัธยาศัย รวมถึงผ่านสื่อมวลชน โดยจัดให้สอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มประชาชนทุกเพศทุกวัย

๑.๒ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบให้การปรึกษาทุกระบบ ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมถึงในระดับชุมชนและครอบครัว โดยเน้นการจัดบริการให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) การปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer-to-peer counseling) และการปรึกษาแบบเสริมพลังและเน้นทางเลือก (empowerment and option counseling)

๑.๓ จัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ครบวงจรทุกระดับที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความต้องการบริการที่ละเอียดอ่อนเป็นการเฉพาะ รวมทั้งบริการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์ และจัดบริการคลินิกกามโรคที่เป็นมิตร เพื่อเป็นกลไกในการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ แก่คนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

๑.๔ สนับสนุนให้รวมบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการที่ปลอดภัยภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบ

๑.๕ สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมและจัดทำฐานข้อมูลสำคัญของปัญหาสุขภาพทางเพศทั้งด้านความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑.๖ ให้นำหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชนและครอบครัว ดำเนินการโดยเร่งด่วนให้มีมาตรการที่มีประสิทธิผลเพื่อป้องกันและขจัดความรุนแรงทางเพศทุกรูปแบบ

๑.๗ จัดตั้งที่พักพิงและคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศในทุกจังหวัด โดยเน้นระบบบริการที่มีความครอบคลุมและครบวงจร โดยผู้ที่มีความชำนาญและทัศนคติที่เหมาะสม ควบคู่กับการพัฒนาและเพิ่มสถานบริการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ให้มีความครอบคลุม ครบวงจร เข้าถึงได้ง่าย ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด และหลังคลอด

๑.๘ เสริมสร้างความเข้าใจและเคารพความแตกต่างระหว่างเพศ ความหลากหลายทางเพศ และความละเอียดอ่อนในมิติการเจ็บป่วย ความพิการ และชาติพันธุ์ แก่ทุกภาคส่วนรวมถึงสื่อมวลชน

๑.๙ สนับสนุนการพัฒนากระบวนการที่เป็นมิตรและปราศจากอคติทางเพศในทุกระดับจากสถานีตำรวจถึงอัยการและศาล ทั้งในเชิงตัวบทกฎหมายและระเบียบปฏิบัติต่าง ๆ ความพร้อมของระบบ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๑.๑๐ พัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ

๑.๑๑ จัดตั้งกลไกระดับชาติที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเพื่อดำเนินการประสานงาน พัฒนาและติดตามประเมินผลนโยบายในการจัดการกับปัญหาสุขภาพทางเพศ โดยมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ

๑.๑๒ ผลักดัน (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ครอบคลุมประเด็นความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์

๑.๑๓ ควบคุมการนำเสนอเนื้อหาของสื่อทุกรูปแบบที่มีผลกระทบเชิงลบต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจัดทำแผนปฏิบัติการรณรงค์สร้างสุขภาพทางเพศทั้ง ๓ ด้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและร่วมกันผลักดันสู่การปฏิบัติ

๒.๑ จัดตั้งกองทุนสุขภาพเพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ

๒.๒ เสริมสร้างกลไกการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพทางเพศในระดับท้องถิ่น

๓. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ ผลักดันให้เกิดนโยบายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพะทางเพศอย่างรอบด้าน

๓.๒ สร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานสุขภาพะทางเพศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ความรุนแรงทางเพศ และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๓.๓ จัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามมตินี้ และนำเสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒

สภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ปัญหาสภาวะทางเพศทั้งด้านความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาในระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มคนชายขอบของสังคม เช่น ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แรงงานต่างชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เป็นต้น ในการนี้เครือข่ายคนทำงานด้านสภาวะทางเพศกว่า ๒๐ เครือข่ายซึ่งรวมผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ และมหาวิทยาลัย ได้ประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน ๓ ครั้งในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๑ เพื่อแลกเปลี่ยนและสังเคราะห์องค์ความรู้ทางวิชาการ สำหรับพัฒนาเอกสารหลักประกอบระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งยังร่วมกันพิจารณาคัดสรรข้อเสนอเชิงนโยบายและนำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อพัฒนาเป็นร่างมติ สรุปลงสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

๑.๑ สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

๑) ข่าวเรื่องความรุนแรงทางเพศถูกตีพิมพ์ในหน้าหนังสือพิมพ์ทุกวัน จากฐานข้อมูลข่าวและบทความเรื่องเพศในประเทศไทยในช่วง ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๕๐) รวม ๑๗,๕๒๙ ชิ้น^๑ พบว่าข่าวข่มขืนมีสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ ๓๘ และข่าวการกระทำรุนแรงทางเพศในประเด็นอื่น ๆ (การค้าประเวณี การลวนลามทางเพศ การตัดอวัยวะเพศ ทักสินคดีและความเชื่อ การทำร้ายหรือการฆ่ากันตายเพราะความหึงหวง) เป็นลำดับที่สอง (ร้อยละ ๒๖) รวมกันแล้วข่าวและบทความเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมีสัดส่วนสูงถึงเกือบสองในสามหรือร้อยละ ๖๔ของจำนวนข่าวทั้งหมด

๒) จำนวนผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศเพิ่มขึ้นทุกปี จากงานวิจัยที่ชี้ถึงขนาดของความรุนแรงทางเพศ^{๒, ๓} และสถิติความรุนแรงทางเพศจากหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ จำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศ จำนวนเยาวชนที่กระทำความผิดละเมิดทางเพศ และจำนวนผู้หญิงและเด็กที่มารับบริการจากศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล

^๑ กุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๑ (กำลังตีพิมพ์). มี 'เรื่อง' เพศแบบไหนในห้องสมุดและในข่าว. รายงานในชุดโครงการวิจัย 'การวิจัยและการพัฒนาฐานข้อมูลเรื่องเพศวิถี เพศภาวะ และสุขภาพทางเพศ' แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง (ศคส.).

^๒ กฤตยา อาชวนิจกุล ขึ้นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิมเอม. ๒๕๕๑. 'เซ็กส์ครั้งแรกของคนไทย... ต้องการหรือถูกบังคับ? คุณนอนใคร และใช้อย่างหรือไม่?' ใน มิติ 'เพศ' ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): ๓๐-๔๖. เอกสารวิชาการหมายเลข ๓๔๖. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

^๓ กฤตยา อาชวนิจกุล ขึ้นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิมเอม อุษา เลิศศรีสันทัต. ๒๕๕๖. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. เอกสารวิชาการหมายเลข ๒๗๑. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ของรัฐทั่วประเทศ พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นการกระทำของผู้ชายที่ละเมิดทางเพศต่อผู้หญิง (ร้อยละ ๙๘.๓) ที่เหลือเป็นการกระทำระหว่างชายต่อชาย (ร้อยละ ๑.๕) และหญิงกระทำต่อชาย (ร้อยละ ๐.๓) ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นคนสนิท หรือคุ้นเคย จำนวนหนึ่งคือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ถูกกระทำ ที่สำคัญคือ บรรดาผู้ถูกละเมิดทางเพศ กลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ขณะที่ผู้กระทำความผิดทางเพศก็มีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ

๓) ผู้ถูกละเมิดทางเพศได้รับผลกระทบทั้งทางกายและทางใจ ทางกาย คือ บาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต เกิดติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและตกเลือดทางจิตใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า หวาดกลัว เครียด เก็บกด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประณามตนเองฆ่าตัวตาย สูญเสียความรู้สึกทางเพศ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ย้ำคิดย้ำทำ ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อเนื้อใจให้เกิดปัญหาสังคม เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำแท้งไม่ปลอดภัย ปัญหาสุขภาพเด็กที่อาจแท้ง หรือน้ำหนักน้อย หรือพิการ และปัญหาฆาตกรรม เป็นต้น

๑.๒ ช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

๑) รากฐานของปัญหามาจากวัฒนธรรมมาตรฐานซ้อนทางเพศในสังคมไทย ซึ่งมุ่งปลูกฝังและกำกับพฤติกรรมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ปล่อยหรือส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจนจัด ทำให้การเรียนรู้เรื่องเพศทั้งในและนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้หลอหลอมและขัดเกลาให้เพศชายทำร้ายเพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว ขณะที่สตรีผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือก (เช่น ชายรักชาย หญิงรักหญิง สาวประเภทสอง และคนข้ามเพศ)^๔

๒) บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังขาดความละเอียดอ่อนต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ และไม่ไวต่อปัญหา โดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในคนทุกวัย และทุกชาติพันธุ์ โดยยังขาดทักษะที่จะระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นผู้ถูกละเมิดทางเพศหรือไม่ อีกทั้งยังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสหสาขาทั้งภาครัฐและเอกชน คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือ ค้ำครอง และให้ความเป็นธรรมต่อผู้เสียหาย

๓) ผู้ถูกละเมิดทางเพศประสบความยากลำบาก ในการแจ้งความเอาผิดเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำ กรณีถูกละเมิดเป็นผู้หญิง ขั้นตอนการไต่สวนและพิจารณาคดี กลายเป็นกระบวนการที่ซ้ำเติมเสมือนถูกละเมิดทางเพศซ้ำซ้อน ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมที่ตีตราผู้เสียหาย ขณะที่กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการอำนวยความสะดวก ยังไม่เข้าใจความซับซ้อนของการละเมิดทางเพศที่มาจากการใช้อำนาจเหนือกว่าบังคับ โดยเฉพาะกรณีการละเมิดทางเพศที่มาจากคู่ของผู้เสียหาย

๔) บริการบ้านพักพิงสำหรับเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาอย่างไม่เพียงพอและสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบันกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดบ้านพักพิงใน ๔๙ จังหวัด โดยอนุญาตให้พักพิงได้ภายในกำหนดเวลาระยะสั้น ประมาณ ๗ วัน ถึง ๓ เดือน ทำให้ไม่สามารถเยียวยาและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาอย่างมีคุณภาพและครบกระบวนการ และบ้านพักที่สามารถให้บริการครบวงจรมีเพียงภาคละ ๑ แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อขนาดของปัญหา

^๔ กฤตยา อาชวนิจกุล และพริสรา แซ่ก้วย. ๒๕๕๑. ‘การควบคุมเรื่องเซ็กส์กับเพศวิถีที่เปลี่ยนไป’ ใน มิติ ‘เพศ’ ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการหมายเลข ๓๔๖. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม

๕) รัฐยังขาดการควบคุมการนำเสนอให้เกิดและ/หรือผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศที่แฝงฝังอยู่ในสื่อต่าง ๆ แม้จะมีการใช้มาตรการจัดระบบเรตติ้งกับรายการโทรทัศน์แล้วก็ตาม แต่สื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เกมออนไลน์ รวมถึงสื่อที่บ้าน สื่อโฆษณา ฯลฯ ยังคงนำเสนอหรือเผยแพร่ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิง และต่อผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือกซ้ำในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกรณีข่าวข่มขืนหรือการละเมิดทางเพศอื่น ๆ และความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งยังคงตีพิมพ์รูปถ่ายผู้เสียหายอย่างเปิดเผยทั้งที่เป็นข้อห้ามตามกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัวแล้วก็ตาม

๒. ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

๒.๑ สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ในช่วงพ.ศ. ๒๕๓๐ ถึง พ.ศ. ๒๕๔๙ สัดส่วนของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในจำนวนการตั้งครรภ์รวมมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในชุมชนมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอยู่ราวร้อยละ ๔๕^๕ และในระดับประเทศมีประมาณร้อยละ ๓๑-๔๐^{๖, ๗} โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมประมาณร้อยละ ๕๓ ส่วนกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปมีอัตราสูงกว่าคือร้อยละ ๖๓ ในขณะที่กลุ่มอายุ ๒๐-๓๔ ปีมีอัตราเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ ๔๒^๘ จะเห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ และกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยผู้ประสบปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่เป็นคนโสด มีคู่ หรือหย่าร้าง มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ ๓๓.๓๓^๙

สาเหตุหลักมาจากความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือขาดความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเรื่องการคุมกำเนิด และอันดับสามคือ คุมกำเนิดแล้วแต่ยังตั้งครรภ์^{๑๐} ผลสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมีทั้งการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยในช่วง พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๔๗ มีเด็กอย่างน้อย ๑,๗๗๕ คนถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล หรือทิ้งไว้กับผู้รับจ้างเลี้ยง รวมถึงทิ้งไว้ในที่สาธารณะ^{๑๑} ส่วนการทำแท้งนั้นพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๖.๑ ในช่วงปี ๒๕๐๒-๒๕๑๓ มาเป็นร้อยละ ๒๑.๘ ในช่วงปี ๒๕๓๔-๒๕๔๔^{๑๒} กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีอัตราความไม่ปลอดภัยจากการทำแท้งสูงถึงร้อยละ ๒๙ ครอบคลุมตั้งแต่การติดเชื้อจนถึงการเสียชีวิต^{๑๓}

^๕ Nattaya Boonpakdee. 2006. Relationship between pregnancy intention and outcome of pregnancy: An in-depth study of two communities. M.A.Thesis (Population and Reproductive Health Research). Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.

^๖ Alan Guttmacher Institute. 1999. Sharing Responsibility: Women, Society, and Abortion Worldwide. New York: The Alan Guttmacher Institute.

^๗ Daulaire, Nels, Leidl, Pat, Mackin, Laurel, Murphy, Colleen & Stark, Laura. (2002). Promise to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World. Washington, DC: The Global Health Council.

^๘ Nattaya Boonpakdee. ๒๐๐๖. อ้างแล้ว.

^๙ ศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล และเดือนเพ็ญ ธีรารณวิวัฒน์. ๒๕๔๑. การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนศึกษาศาสตร์.

^{๑๐} Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

^{๑๑} สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

^{๑๒} Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

^{๑๓} Warakamin S, Boonthai N, Tangcharoensathien V. 2004. 'Induced abortion in Thailand: current situation in public hospitals and legal perspectives'. Reproductive Health Matters. 12(24 Suppl),147-156.

๒.๒ ความพยายามป้องกันและแก้ไขปัญหาของภาครัฐยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

๑) ขาดความชัดเจนในการจัดการศึกษาเรื่องเพศที่รอบด้าน^{๑๔} และการบริการคุมกำเนิดที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ ขณะที่ปัญหาการท้องไม่พร้อมขยายตัวรุนแรงมากขึ้น ผลการวิจัยจากหลายประเทศทั่วโลกยืนยันว่า การมีหลักสูตรเพศศึกษาที่รอบด้านในระดับชั้นเรียนต่าง ๆ ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้มากกว่าการไม่จัดหลักสูตรเพศศึกษา หรือการจัดหลักสูตรเพศศึกษาที่แคบโดยเน้นเรื่องการรักษาวลสงวนตัวเท่านั้น การบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นยังเป็น “เรื่องต้องห้าม” โดยพิจารณาจากกรณีวิวาทะเรื่องการติดตั้งถุงยางอนามัยในสถานศึกษา ที่มีผู้นำในสังคมหลายคนแสดงทัศนคติในเชิงไม่เห็นด้วย ส่งผลให้เกิดการชะลอการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มประชากรที่ยังโสดและกลุ่มวัยรุ่น

๒) การบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา กฎหมายห้ามทำแท้งอนุญาตให้มีการทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์เพราะถูกข่มขืน และการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงเท่านั้น ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเพราะมีปัญหาเศรษฐกิจจึงต้องใช้บริการทำแท้งเถื่อนและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ทำให้กฎหมายไม่มีผลลดการทำแท้ง แต่กลับทำให้การตายและบาดเจ็บจากการทำแท้งเพิ่มสูงขึ้น

๓) ขาดมาตรการลดแรงกดดันทางสังคมต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่งผลให้อัตราการทิ้งเด็กทารกยังคงมีสูง การตั้งครรภ์ในหลายสถานการณ์ที่สังคมไม่ให้การยอมรับกลายเป็นแรงกดดันให้ผู้หญิงเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะเลือกการทำแท้งหรือการอุ้มท้องจนคลอดแล้วทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานที่สาธารณะ แม้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) จะมีบันทึกข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้โรงพยาบาลช่วยเฝ้าระวังการทอดทิ้งเด็กหลังคลอด รวมถึงรับเด็กไว้ดูแลชั่วคราวกรณีผู้หญิงไม่สามารถรับกลับไปเลี้ยงเองได้จริง ซึ่งสามารถลดอัตราการทิ้งเด็กในที่สาธารณะได้บ้าง แต่ไม่ได้ลดอัตราการทอดทิ้งเด็กโดยรวม ในขณะที่ จำนวนสถานสงเคราะห์และบุคลากรของ พม. มีไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่รับไว้ดูแล มาตรการสำคัญที่ช่วยลดแรงกดดันต่อผู้หญิงและส่งผลต่อการตัดสินใจแก้ไขปัญหายังคงเป็นมาตรการที่ถูกละเลยจากทุกภาคส่วนในสังคม

๓. เรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๓.๑ สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับการระบาดของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย รองจากอุบัติเหตุ แม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมจะลดลง ผลจากการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ระหว่างปี ๒๕๔๗-๒๕๕๐ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

^{๑๔} เพศศึกษาแบบรอบด้านครอบคลุมเรื่องการรู้เท่าทันพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ ค่านิยมด้านเพศภาวะ-เพศวิถี ทักษะในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องเพศของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ความรู้เรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธีการป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง

อยู่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เยาวชนหญิงและชาย หญิงขายบริการทางเพศแบบแฝง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยอัตราการติดเชื้อหญิงต่อชายเท่ากับ ๑:๒.๕ และอัตราการป่วยด้วยเอดส์ใน เยาวชนเพศหญิงต่อเยาวชนเพศชาย อายุ ๑๕-๑๙ ปี เท่ากับ ๒:๑^{๑๕}

ขณะเดียวกันก็พบว่า อัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และกลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง ๑๕-๑๙ ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น^{๑๖} ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์ ได้กลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง

๓.๒ ช่องว่างในการแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา

๑) ปัญหาการใช้ถุงยางอนามัย ทักษะคติเชิงลบที่มีต่อถุงยางอนามัย และกระแสต้านจาก บางกลุ่ม ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลกันระหว่างการดูแลรักษาและการป้องกันโรค โดยร้อยละ ๗๐ ของงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์มากกว่าเพื่อการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี^{๑๗} ส่งผลให้การบริการถุงยางอนามัยแก่ประชาชนมีน้อยมากหรือแทบจะไม่มี นอกจากนี้ การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในคู่นอนที่มีผลเลือดต่างและผลเลือดบวกเหมือนกันยังต่ำ มาก ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อรายใหม่และสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

๒) ขาดการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเพื่อนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แม้ว่าปัจจุบันจะ มีการพัฒนารูปแบบการสอนและการอบรมเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้าน ที่รวมถึงการให้ความรู้เรื่องทางเลือกใน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธี การป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง แต่สังคมยังไม่เข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนให้นำไปขยายผลใน วงกว้าง

๓) การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ การจัด บริการอนามัยเจริญพันธุ์ยังไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และไม่เป็นที่มิตรต่อเยาวชนทั่วไปและ เยาวชนเพศทางเลือก ที่สำคัญคือผู้ให้บริการขาดความละเอียดอ่อน และมักมีอคติเพราะตัดสินคุณค่าของเยาวชน จากพฤติกรรมทางเพศของพวกเขา เช่นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของเยาวชน และไม่ยอมรับเยาวชนที่เป็น เพศทางเลือก ส่งผลให้เยาวชนไม่กล้าไปใช้บริการเมื่อมีปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการ พัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข

๔) ระบบบริการดูแลรักษาและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบริการโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์โดยโรงพยาบาลจังหวัด มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การให้บริการตรวจรักษาที่ไม่เป็นมิตร ไม่มี ความเป็นสัดส่วนเพื่อรักษาความลับ และไม่มีระบบการติดตามคู่นอนมารักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเชื่อมโยง การให้บริการรักษาโรคกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพทำให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจำนวนมาก เนื่องจากแรงงานย้ายถิ่นทั้งไทยและต่างชาติดังกล่าวมีปัญหา เรื่องการไม่มีสิทธิ และ/หรือเข้าไม่ถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

^{๑๕} สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคเอดส์เมื่อสิ้นเดือน ธันวาคม ๒๕๕๐.

^{๑๖} National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. Thailand-UNGASS Country Progress Report. [สืบค้นจาก http://data.unaids.org/pub/Report/2008/thailand_2008_country_progress_report_en.pdf].

^{๑๗} National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. อ้างแล้ว.

๕) ปัญหาสุขภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระดับชุมชน ยังมีทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ เช่น บุตรและสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่กล้าเปิดเผยตัว และไม่กล้ารับสวัสดิการและบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ทั้งยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกลุ่ม ตลอดจนขาดข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและพฤติกรรมหลังการใช้ยาต้านไวรัสของพวกเขา การมีส่วนร่วมของผู้ชายในเข้ารับการรักษาเลือดแบบสมัครใจยังอยู่ในระดับต่ำ^{๑๘} นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องสิทธิทางเพศและคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกคลอดซึ่งขณะนี้เติบโตเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

๖) ข้อจำกัดในการทำงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) อปท.ทั่วประเทศ ยังขาดการทำงานเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ/เอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเชิงรุกร่วมกับองค์กรอื่น ๆ โดยเป็นเพียงผู้ให้เงินอุดหนุนเมื่อมีกลุ่ม/องค์กรอาสาทำงาน ยังไม่ได้เสริมการทำงานของกลุ่ม/องค์กรเหล่านั้นให้เข้มแข็งขึ้น

๓. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๑๐

^{๑๘} National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. อ้างแล้ว.

มติ ๑.๑๑ ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย

ตระหนัก ถึงหลักสิทธิมนุษยชนที่ว่าสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน รวมถึงกรอบแห่งสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมาตรา ๒๖ ได้กำหนดให้การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กรต้องคำนึงถึงศักดิ์ความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ซึ่งประกอบไปด้วยสิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิและเสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิและเสรีภาพในการศึกษา สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ สิทธิในข้อมูลข่าวสารและการร้องเรียน สิทธิชุมชน และสิทธิพิทักษ์รัฐธรรมนูญ

ยึดมั่น ในสิทธิชุมชนตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๗ วรรคหนึ่ง ที่คุ้มครองสิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพ มาตรา ๖๗ วรรคสอง ที่กำหนดให้มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อน มาตรา ๖๗ วรรคสาม ที่คุ้มครองสิทธิของชุมชนที่จะฟ้องหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบัญญัตินี้

รับทราบ ถึงสิทธิตาม ม.๑๑ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ให้บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

ตระหนัก ในหลักธรรมาภิบาลที่ประกอบไปด้วยคุณสมบัติสำคัญ ๖ ประการ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วมของประชาชน การทำให้เกิดความมั่นใจได้ การมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และความเหมาะสมทางการเมือง (politically correct) และจริยธรรม

มีความกังวล ถึงสภาพปัญหาของระบบการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) สถานการณ์ความขัดแย้ง ความรุนแรง และผลกระทบต่อสุขภาพในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ในทุกระดับ

สนับสนุน แนวคิดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ในฐานะเป็นหนึ่งในหลายเครื่องมือที่มีความสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ทั้งนี้ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตามเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม เพื่อให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันพิจารณาผลกระทบทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วกับประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เนื่องมาจากการดำเนินนโยบายการพัฒนาหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยหวังผลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินงานที่ดีที่สุด สำหรับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของทุกคนในสังคม

เข้าใจ ในแนวคิดการพัฒนาาระบบและกลไกประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการบูรณาการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (EIA) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในชุมชน ท้องถิ่น ทั้งนี้ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งระดับชุมชน ท้องถิ่น ระดับโครงการ ระดับนโยบาย และ ผลกระทบข้ามพรมแดน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยให้มืองค์ประกอบและสัดส่วนที่เป็นธรรมสำหรับทุกภาคส่วน โดยให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

๑.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาาระบบ กลไก รูปแบบ องค์กร หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และแนวทางการป้องกันผลกระทบ โดยครอบคลุมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินโครงการในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น และระดับชุมชนอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน ทั้งนี้ ให้มีการถอดบทเรียนจากการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนากระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเวลาหนึ่งปี โดยมีการเปิดรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนต่าง ๆ

๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยทำงานประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งที่มีอยู่แล้วและจะจัดให้มีขึ้น โดยให้มีหน่วยงานในการประสานงานที่ชัดเจน

๑.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างความรู้ การจัดการความรู้ การพัฒนาศักยภาพ การสื่อสารสาธารณะ และระบบข้อมูล HIA

๑.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา การใช้ การติดตาม และการเผยแพร่ผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งผ่านสมัชชาสุขภาพและช่องทางอื่น ๆ

๑.๕ ให้ตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม

๑.๖ ปฏิบัติหน้าที่อื่นใดตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นและชุมชน ก่อนมีการพัฒนานโยบายสาธารณะของท้องถิ่น หรือก่อนมีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ตามหลักธรรมาภิบาล

ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย

๑. ในอดีตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในประเทศไทยถูกตีความว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตโครงการพัฒนาต่าง ๆ นับตั้งแต่มีการปฏิรูประบบสุขภาพในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนับเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่นำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ปัญหาการดำเนินงานประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๒. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในปัจจุบันยังขาดองค์รที่ทำหน้าที่ประสานและขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในเชิงระบบ แม้ว่ามีหลายหน่วยงานดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น

๒.๑ สำนักงานคณะกรรมการและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้จัดทำแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเป็นแนวทางกว้าง ๆ และอยู่ระหว่างการกำหนดประเภทขนาดโครงการ กิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างรุนแรงที่ต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

๒.๒ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กำลังจัดทำแนวทางเฉพาะสำหรับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมกรณีเหมืองแร่

๒.๓ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้จัดกระบวนการรณรงค์ พ.ร.บ.องค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

๒.๔ กองสุขภาพชุมชนและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรมอนามัย ได้สนับสนุนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับชุมชนท้องถิ่น และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของกรมอนามัยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อนงานประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในปัจจุบัน เป็นไปแบบแยกส่วนตามภารกิจของหน่วยงาน หากจะเป็นเครือข่ายก็เกาะเกี่ยวกันแบบหลวม ๆ ตามภารกิจเฉพาะ ยังขาดองค์รที่ทำหน้าที่ประสานและขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในเชิงระบบ

๓. นอกจากนี้ระบบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยก็ยังคงมีปัญหาอยู่หลายประการ เช่น การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียยังมีน้อย ประเด็นสุขภาพไม่ได้รับสำคัญและไม่ครอบคลุมสุขภาพในความหมายที่กว้าง ความกังวลของผู้ได้รับผลกระทบและองค์ความรู้ท้องถิ่นยังไม่ได้รับการพิจารณาเท่าที่ควร การให้เจ้าของโครงการเป็นผู้ว่าจ้างบริษัททำรายงานการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทำให้ผลการศึกษาที่ออกมาถูกมองว่าเอื้อต่อการทำโครงการอยู่เสมอ รวมถึงการกำหนดประเภทโครงการที่ต้องจัดทำรายงานฯ ยังมีช่องว่างให้เจ้าของโครงการเลี่ยงการทำประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ง่าย และไม่ครอบคลุมกิจกรรม

บางประเภทที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแต่ไม่อยู่ในเงื่อนไขการทำการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ดังกรณี การทำสวนส้มขนาดใหญ่ซึ่งมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรเป็นจำนวนมาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังไม่เปิดโอกาสให้สาธารณะได้ร่วมกำหนดขอบเขตในการประเมินผลกระทบ ซึ่งถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญและไม่ได้ร่วมตรวจสอบร่างรายงาน ก่อนการเห็นชอบจากคณะกรรมการผู้ชำนาญการฯ ถึงแม้ว่าจะได้มีความพยายามปฏิรูประบบการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ปัญหาจึงยังคงอยู่และหลายกรณีกลายเป็นชนวนเหตุความขัดแย้งในชุมชน และบั่นทอนความเชื่อมั่นในระบบการประเมินผลกระทบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๔. ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอย่างน้อย ๓ ฉบับ คือ

๔.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๗ ให้สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วม กับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีวิตรอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิตของตน ย่อมได้รับความคุ้มครองตามความเหมาะสม

การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชนและจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์การอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติหรือด้านสุขภาพให้ ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว

สิทธิของชุมชนที่จะฟ้องหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบัญญัตินี้ ย่อมได้รับความคุ้มครอง

๔.๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๐ ให้หน่วยงานรัฐต้องเปิดเผยข้อมูลเมื่อมีกรณีจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน มาตรา ๑๑ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใด ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว และมาตรา ๒๕ (๕) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

๔.๓ พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งอยู่ในระหว่างการปรับปรุงแก้ไข มีประเด็นแก้ไขที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment: EIA)

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ๑/๑๑

มติ ๑.๑๒ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

ตระหนัก ว่าสุขภาพของแรงงานนอกระบบเป็นผลประโยชน์ของประเทศชาติและสังคมโดยรวม เพราะความมั่นคงในอาชีพ คุณภาพชีวิต และความภูมิใจในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของแรงงานนอกระบบ ย่อมมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มผลผลิต เพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศชาติ และสร้างความมั่นคงของสังคม

กังวลและห่วงใย ในปัญหาสำคัญ ๆ ของแรงงานนอกระบบ อันได้แก่ ขาดความมั่นคงในการทำงาน ไม่ได้รับค่าตอบแทนแรงงานที่เป็นธรรม มีความเสี่ยงและมีอันตรายต่อสุขภาพ เข้าไม่ถึงกองทุนประกันสังคมและบริการอื่น ๆ ของรัฐ และไม่สามารถใช้สิทธิในการรวมตัวต่อรอง หัวใจของปัญหาอยู่ที่การขาดนโยบายและกฎหมายที่จะให้การคุ้มครองและการสร้างหลักประกันทางสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบ

เข้าใจและยึดมั่น ในเจตนารมณ์แห่งบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๔๔, ๖๔ และ ๘๔ (๗) ที่ได้ระบุหลักการคุ้มครองแรงงานซึ่งครอบคลุมแรงงานทุกกลุ่ม มาตรา ๕๑ ที่คุ้มครองสุขภาพ มาตรา ๗๘ (๒) และ (๓) ให้มีความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมาตรา ๘๐ (๒) และ (๔) ระบุถึงบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนา ระบบสุขภาพ รวมถึงบทบัญญัติของกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑.๑ ร่วมกันกำหนดนิยาม คำจำกัดความของ “แรงงานนอกระบบ” และสนับสนุนการพัฒนาฐานข้อมูลแรงงานนอกระบบ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงาน โดยมีกระทรวงแรงงาน เป็นแกนกลางรับผิดชอบดำเนินงานร่วมกับภาคีอื่น

๑.๒ พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายการทำงานในความปลอดภัย ด้านอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ระหว่างเครือข่ายและหน่วยงานทางวิชาการ เช่น กรมควบคุมโรค กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ฯลฯ เพื่อสามารถสนับสนุนด้านวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มแรงงานนอกระบบ

๑.๓ ส่งเสริมและพัฒนาจิตสำนึกด้านความปลอดภัยในการทำงานแก่กลุ่มแรงงานนอกระบบรวมทั้งผู้ว่าจ้าง และเจ้าของสถานประกอบการ และจัดให้มีศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านแรงงานและการให้คำปรึกษา เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

๒. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบ โดย

๒.๑ สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมการทำงาน เพื่อให้สามารถจัดบริการอาชีวอนามัยให้แก่แรงงานนอกระบบ ตั้งแต่การบริการในระดับปฐมภูมิและระบบการส่งต่อ

๒.๒ บูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงแรงงาน ในการดูแลและจัดบริการสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มแรงงานนอกระบบ ชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทในการสร้างสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ

๓. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายการจัดการสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ โดย

๓.๑ สนับสนุนกระบวนการสร้างความรู้ ความเข้าใจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อประเด็นแรงงานนอกระบบในทุกมิติ

๓.๒ ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐในการพัฒนาความรู้ความสามารถเพื่อพัฒนาศักยภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ตลอดจนความปลอดภัยในการทำงาน

๓.๓ สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนประกันความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพในชุมชน โดยกำหนดที่มาของกองทุนและการจัดการที่เหมาะสม และสนับสนุนการร่วมจ่ายสมทบตามศักยภาพ และบริหารจัดการกองทุนร่วมกันของทุกฝ่าย คือ แรงงานนอกระบบ ผู้ว่าจ้าง กองทุนหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับการดูแลความเสี่ยงของแรงงานนอกระบบในทุกด้าน อาทิ สุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน การประกันราคาผลผลิต และให้กู้ยืมเพื่อปรับปรุงกระบวนการผลิตและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓.๔ สนับสนุนงบประมาณหรือจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินการและการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยให้แก่แรงงานนอกระบบ

๔. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกลไกในการติดตามการยกร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและสร้างหลักประกันทางสังคมแก่แรงงานนอกระบบ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้ว เช่น กฎกระทรวงว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในงานรับไปทำที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๔๗ และกฎกระทรวงว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในงานเกษตรกรรม พ.ศ. ๒๕๔๗ และให้รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

สถานการณ์แรงงานนอกระบบ

๑. ปัจจุบันเศรษฐกิจนอกระบบ^๑ ในประเทศไทยขยายตัวเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากการลดต้นทุนการผลิตของภาคอุตสาหกรรมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน โดยอาศัยช่องว่างของกฎหมายพัฒนารูปแบบการจ้างงานที่หลากหลายและซับซ้อน ประกอบกับกำลังแรงงานจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการจ้างงานปกติได้ เพราะเงื่อนไขภาระทางสังคมของแต่ละบุคคลและขีดจำกัดของการจ้างงานในระบบที่เป็นทางการ จึงทำให้กำลังแรงงานจำนวนมากเข้ามาอยู่ในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ

๒. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๐ พบว่ามีผู้มีงานทำ ๓๗.๑ ล้านคน จำแนกเป็นแรงงานนอกระบบ^๒ จำนวน ๒๓.๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๗ ที่เหลือเป็นแรงงานในระบบ ๑๓.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๓ เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๔๘ มีแรงงานนอกระบบ จำนวน ๒๒.๕ ล้านคน พบว่ามีแรงงานนอกระบบเพิ่มขึ้น ๗ แสนคนในระยะเวลาสองปี แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้ทำงานอยู่ในหลากหลายประเภทงาน ได้แก่ ภาคเกษตรกรรม เช่น เกษตรกรในระบบพันธะสัญญา เกษตรกรทั่วไป ภาคผลิต เช่น ผู้ผลิตสินค้าหัตถกรรม สินค้าภูมิปัญญาต่าง ๆ ผู้รับงานไปทำที่บ้าน และภาคบริการ เช่น แรงงานคีย์ชยะ แท็กซี่ สามล้อ จักรยานยนต์รับจ้าง หาบเร่แผงลอย ฯลฯ ซึ่งกระจายอยู่ทั่วทั้งในเขตเมืองและชนบท

^๑ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization : ILO) ให้ความหมายว่า “เศรษฐกิจนอกระบบ” (Informal Economy) หมายถึง “กิจกรรมทางเศรษฐกิจทุกประเภทที่ไม่ได้รับการคุ้มครองและควบคุมโดยกฎหมาย หรือธรรมเนียมปฏิบัติหรือไม่ได้รับการคุ้มครองอย่างเพียงพอ จึงดำเนินกิจกรรมนอกระบบกฎหมายโดยไม่มีกรอบการควบคุมใด ๆ คุ้มครองหรือเป็นกิจกรรมที่มีกฎหมายรองรับแต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถบังคับใช้ได้ และเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เพราะกฎระเบียบไม่เหมาะสม สร้างภาระให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง” โดยได้จำแนกแรงงานที่อยู่ในเศรษฐกิจนอกระบบเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑. นายจ้าง (Employers) ของกิจการขนาดเล็กหรือกิจการนอกระบบที่มีลูกจ้างจำนวนน้อย ๒. ผู้ประกอบกิจการของตนเอง (Self-employ / Own account workers) และผู้ใช้แรงงานโดยไม่ได้รับค่าจ้าง (Unpaid employees) ๓. ลูกจ้าง (Workers) ในกิจการขนาดเล็ก หรือกิจการนอกระบบ หรือลูกจ้างที่ไม่มีนายจ้างแน่นอน หรือไม่มีสัญญาจ้าง เช่น ผู้รับงานไปทำที่บ้านและผู้รับจ้างทำของ

^๒ “แรงงานนอกระบบ” ได้ถูกนิยามหรือให้ความหมายโดยหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงแรงงานให้ความหมายว่าหมายถึง ผู้มีงานทำ มีค่าตอบแทนหรือมีรายได้จากการทำงาน ไม่มีสภาพเป็นลูกจ้างตามกฎหมายแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุไว้ว่า หมายถึง ผู้มีงานทำที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างน้อยกว่า 10 คน ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ผู้ที่ช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่มีค่าจ้าง ทั้งนี้ไม่รวมลูกจ้างและข้าราชการในภาครัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ ในขณะที่สำนักงานประกันสังคม ได้กำหนดความหมายของแรงงานนอกระบบไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีงานทำ มีรายได้และไม่อยู่ในความคุ้มครองของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งจำแนกออกเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีการทำงานหรือรับจ้าง และมีรายได้ เช่น ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ผู้รับจ้างทำของ ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว หรือเป็นฤดูกาล ลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านที่ไม่ได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย กลุ่มที่สองคือผู้ประกอบการอาชีพอิสระที่ไม่มีลูกจ้าง เช่น คนขับรถรับจ้างทั่วไปทั้งที่เป็นรถของตนเองหรือรถเช่า หาบเร่แผงลอย ช่างเสริมสวย ช่างตัดผม ช่างซ่อมรองเท้า เจ้าของร้านชำ หรือร้านขายยา ทนายความ แพทย์ เป็นบุคคลที่ไม่ได้รับราชการและไม่มีเงินเดือนประจำ

๓. ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย หรือ ทีดีอาร์ไอ ได้ประมาณการขนาดรายได้ที่เกิดจากแรงงานนอกระบบว่ามีมูลค่าประมาณ ๒.๓๓ ล้านล้านบาท หรือเกือบครึ่งหนึ่งของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ทั้ง ๆ ที่แรงงานนอกระบบมีประมาณ ๒ ใน ๓ ของกำลังแรงงานทั้งประเทศ และมีบทบาทในการสร้างการผลิตให้แก่เศรษฐกิจของประเทศในปริมาณที่ใกล้เคียงกับกำลังแรงงานที่อยู่ในระบบ แต่แรงงานเหล่านี้ก็ยังไม่ได้รับการดูแลและคุ้มครองจากนโยบายและกฎหมายของประเทศเท่าที่ควร

๔. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติปี ๒๕๕๐ พบว่า แรงงานนอกระบบประสบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานกลุ่มนี้และครอบครัว หลายประการ เช่น

๔.๑ ปัญหาความมั่นคงในการประกอบอาชีพและสวัสดิการสังคม แรงงานนอกระบบขาดความมั่นคงในการมีงานทำ ได้ค่าตอบแทนแรงงานที่ไม่เป็นธรรม ต้องทำงานหนัก ไม่มีวันหยุด มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานกว่าแรงงานทั่ว ๆ ไป ขาดหลักประกันทางสังคม เข้าไม่ถึงระบบประกันทางสังคม และไม่มีสวัสดิการอื่นใด

๔.๒ ปัญหาสุขภาพและสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี ๒๕๕๐ พบว่า แรงงานนอกระบบได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจากการทำงานถึง ๓.๗ ล้านคน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕.๗ เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๔๘ ซึ่งมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจำนวน ๒.๙ ล้านคน ทั้งนี้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๗๐.๖) ใช้บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “บัตรทอง” ซึ่งไม่ครอบคลุมการบริการสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงจากการทำงาน หรือความเสี่ยงในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

ปัญหาสุขภาพและการได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสมสำหรับแรงงานนอกระบบ

๕. ในปี ๒๕๕๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบว่าแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ยังไม่ได้ได้รับความคุ้มครองสวัสดิการและหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน ทั้งยังเผชิญกับปัญหาสำคัญ ๓ ประการ คือ ปัญหาด้านค่าตอบแทนน้อย (ร้อยละ ๔๙.๓) ปัญหาการมีงานทำไม่สม่ำเสมอขาดความต่อเนื่อง (ร้อยละ ๒๓.๓) และปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน (ร้อยละ ๑๕.๗) โดยแรงงานนอกระบบบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุจากการทำงานจำนวนถึง ๓.๗ ล้านคน^๓

๖. ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงานเป็นปัญหาอันดับต้นของแรงงานนอกระบบหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องไม่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายที่ให้การคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบอย่างจริงจัง ส่งผล ให้กลุ่มแรงงานนอกระบบประสบปัญหาสุขภาพหลายประการใน เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ การเสื่อมของสายตา อาการแพ้ทางผิวหนัง หูตึง โรคกระเพาะอาหาร การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ คือ คอ หลัง ไหล่ แขน และขา รวมทั้งโรคเครียด ซึ่งสาเหตุของปัญหาสุขภาพเหล่านี้มาจาก

๖.๑ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการดัดแปลงบ้านที่อยู่อาศัยให้เป็นที่ทำงาน โดยขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักที่เพียงพอในเรื่องสุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน

๖.๒ เครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์การทำงานที่มีสภาพไม่สมบูรณ์ ชำรุด บกพร่อง จึงก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการใช้งานได้ง่าย ในขณะที่นายจ้างก็มิได้ให้ข้อมูล ความรู้ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับการทำงานของแรงงานนอกระบบ

^๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ๒๕๔๘

๖.๓ ท่าทางการทำงาน ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ประสบปัญหาเกี่ยวกับการปวดเมื่อยส่วนกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

๖.๔ ความเสี่ยงในการสัมผัสกับสารพิษและสารเคมีอันตราย ที่มีอยู่ในวัตถุดิบ อุปกรณ์การทำงาน รวมทั้งอยู่ในขั้นตอนการผลิต

๖.๕ สภาพการทำงานที่ไม่มีมาตรฐาน เนื่องจากโอกาสในการทำงานไม่ต่อเนื่อง และได้รับค่าตอบแทนต่ำ แรงงานนอกระบบจึงมักทำงานต่อเนื่องยาวนาน ไม่มีการจัดเวลาพักผ่อนที่เหมาะสม

๗. ปัญหาสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ยังไม่เป็นที่รับรู้และเข้าใจของสังคมและรัฐ ส่งผลให้กลุ่มแรงงานนอกระบบไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายหลักในการให้บริการสุขภาพ หน่วยงานกำหนดนโยบายการบริการด้านสุขภาพ อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญ ไม่มีนโยบาย และแผนงานเฉพาะในการให้บริการสุขภาพแก่แรงงานนอกระบบโดยได้รับการบริการเช่นประชาชนทั่วไป หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัย และ PCU ที่มีความใกล้ชิด และเข้าใจสภาพการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบเป็นอย่างดี กังขาต่อการบริหารจัดการเชิงระบบและการสนับสนุนให้มีระบบการจัดเก็บ และบันทึกข้อมูลสุขภาพ สำหรับประเมินปัญหาการเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ และโรคจากการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ

นโยบายท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

๘. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย จัดเป็นหน่วยงานรัฐที่อยู่ใกล้ชิดกับแรงงานนอกระบบ แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดข้อมูลพื้นฐาน และขาดความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของแรงงานนอกระบบ จึงไม่มีการกำหนดนโยบาย ออกเทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติตำบล จัดสรรงบประมาณ สำหรับการดูแล ส่งเสริม พัฒนา และคุ้มครองแรงงานนอกระบบ แม้มีบางโครงการที่ให้การสนับสนุนกับแรงงานนอกระบบ เช่น การสนับสนุนเงินทุนหมุนเวียน เงินทุนเพื่อการลงทุน สร้างโรงเรียนที่ทำการผลิตของกลุ่ม การพัฒนาทักษะฝีมืออาชีพ แต่ขาดมิติอื่น ๆ โดยเฉพาะมิติด้านสุขภาพความปลอดภัย

๙. สภาพการทำงานของแรงงานนอกระบบที่ไม่มีขาดความมั่นคงในการประกอบอาชีพ มีรายได้ต่ำ และขาดการคุ้มครองแรงงาน การต้องดิ้นรนทำงานเพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัว ขาดความตระหนักในเรื่องสิทธิ ขาดการรวมกลุ่มองค์กรที่เข้มแข็ง ทำให้บทบาทการมีส่วนร่วมของแรงงานนอกระบบในเวทีทำแผนของชุมชนหรือเวทีประชาคมซึ่งจัดโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีน้อยมาก ดังนั้นปัญหาและความต้องการของแรงงานนอกระบบจึงไม่ปรากฏอยู่ในแผนชุมชน

๑๐. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำหรับสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่ เน้นทำงานสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ สตรี ผู้พิการ เด็กและเยาวชนและผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง ด้วยการสนับสนุนงบประมาณอุดหนุนเป็นรายหัว (๓๗.๕๐ บาทต่อคน) และ อปท.จัดสรรงบประมาณสมทบร่วม ตามขนาดของ อปท. ปี ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่จำนวน ๘๘๐ แห่ง ปี ๒๕๕๑ มีจำนวน ๒,๖๙๒ แห่ง กระจายอยู่ทุกภูมิภาค

๑๑. ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร่วมกับเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษา ๙ แห่ง ได้ประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในปีแรกพบว่า ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการคัดสรรคณะกรรมการบริหารกองทุน และการเสนอโครงการน้อยมาก และไม่มีผู้แทนของกลุ่มเป้าหมายเข้าไปเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุน ผู้เสนอโครงการส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมองว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ฉะนั้น ลักษณะของโครงการ

ส่วนใหญ่จึงเป็นการดูแลสุขภาพในมิติเดิม เน้นกลุ่มเป้าหมายหรืองานเดิมของสถานีนอนามัย และไม่มีโครงการที่ดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่มอย่างกลุ่มในวัยแรงงาน หรือผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานกองทุนทำให้ อปท.ได้เรียนรู้การทำงานด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จาก การที่ อปท. หลายแห่งสมทบเงินเข้ากองทุนสูงกว่าที่กฎหมายกำหนด และขยับไปสู่การจัดสวัสดิการในรูปแบบอื่น ๆ หากมีรูปธรรมตัวอย่างดี ๆ ของการทำงานดูแลสุขภาพของคนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ อปท. ได้เรียนรู้ จะช่วยให้ อปท. สามารถส่งเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบได้ชัดเจนมากขึ้น

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและการสร้างหลักประกันทางสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบ

๑๒. องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization, ILO) มีหลักการ แนวคิด และมาตรฐานในการคุ้มครองแรงงานที่ประเทศต่าง ๆ ยึดเป็นมาตรฐานการคุ้มครองสิทธิพื้นฐานของแรงงาน ๔ เรื่องหลัก คือ ขจัดการบังคับแรงงาน (อนุสัญญา หรือ ILO Convention ฉบับที่ ๒๙, ๑๐๕) เสรีภาพในการรวมตัวและการเจรจาต่อรองร่วม (อนุสัญญา ILO ฉบับที่ ๘๗, ๙๘) ขจัดการเลือกปฏิบัติในการจ้างงานและอาชีพ (อนุสัญญา ILO ฉบับที่ ๑๐๐, ๑๑๑) และ การคุ้มครองแรงงานเด็ก (อนุสัญญา ILO ฉบับที่ ๑๓๘, ๑๘๒) แนวคิดเรื่องงานที่คุณค่า (Decent Work) และอนุสัญญาว่าด้วยงานที่รับไปทำที่บ้าน (อนุสัญญา ILO ฉบับที่ ๑๗๗ และข้อแนะที่ ๑๘๔) ที่เอื้อต่อสิทธิมนุษยชนของแรงงานและการคุ้มครองแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ

๑๓. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุหลักการคุ้มครองแรงงานซึ่งครอบคลุมแรงงานทุกกลุ่ม ทุกประเภท รวมทั้งแรงงานนอกระบบ โดย มาตรา ๔๔ ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับหลักประกันความปลอดภัยและสวัสดิภาพในการทำงาน รวมทั้งหลักประกันในการดำรงชีพทั้งในระหว่างการทำงานและเมื่อพ้นภาวะในการทำงาน” มาตรา ๖๔ ระบุว่า “บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการรวมกันเป็นสมาคม สหภาพ สหพันธ์ สหกรณ์ กลุ่มเกษตรกร องค์การเอกชน องค์การพัฒนาเอกชน หรือหมู่คณะอื่น” และ มาตรา ๘๔ (๗) ระบุว่า “ส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีงานทำ คุ้มครองแรงงานเด็กและสตรี จัดระบบแรงงานสัมพันธ์และระบบไตรภาคีที่ผู้ทำงานมีสิทธิเลือกผู้แทนของตน จัดระบบประกันสังคม รวมทั้งคุ้มครองให้ผู้ทำงานที่มีคุณค่าอย่างเดียวกันได้รับค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์ และสวัสดิการที่เป็นธรรมโดยไม่เลือกปฏิบัติ”

๑๔. ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายหลักสำหรับคุ้มครองแรงงาน ๔ ฉบับ คือ พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ (ฉบับปรับปรุง ๒๕๕๑) พ.ร.บ.แรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. ๒๕๑๘ พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ.๒๕๓๗ และ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ แต่การคุ้มครองแรงงานตามพระราชบัญญัติทั้ง ๔ ฉบับนี้ไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบกฎหมายฉบับที่คุ้มครองแรงงานนอกระบบ เช่น กฎกระทรวงว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในงานรับไปทำที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๔๗ กฎกระทรวงว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในงานเกษตรกรรม พ.ศ.๒๕๔๘ แต่ยังไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบทุกกลุ่ม ทุกประเภท การบังคับใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งบริบทของกฎหมายยังไม่เพียงพอที่จะคุ้มครองสิทธิพื้นฐานของแรงงาน

๑๕. รัฐบาลโดยกระทรวงแรงงาน สำนักงานประกันสังคม และภาคประชาชนโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ และ เครือข่ายแรงงานนอกระบบตระหนักถึงปัญหาจากการขาดนโยบายที่ชัดเจนและกฎหมายที่จะให้การคุ้มครองและสร้างหลักประกันทางสังคมแก่แรงงานนอกระบบ จึงได้ยกร่างกฎหมายเพื่อเริ่มการคุ้มครองแรงงานนอกระบบบางกลุ่ม โดยเฉพาะที่มีความสัมพันธ์ด้านการจ้างงานที่ใกล้เคียงกับแรงงานในระบบ เช่น พ.ร.บ. คุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน และสำนักงานประกันสังคมพยายามที่จะขยายการประกันสังคมมาสู่แรงงานนอกระบบโดยการปรับปรุงมาตรา ๔๐ ของ พ.ร.บ.ประกันสังคม ๒๕๓๓

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ

๑๖. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕๑ ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน... บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐที่ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ....และ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

๑๗. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ระบุว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งการบริการสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

๑๘. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๕ ระบุว่า บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

กฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบ

๑๙. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๐ มาตรา ๗๘ (๒) และ (๓) ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขพื้นฐานแก่ประชาชนในท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นด้วย ในขณะที่ มาตรา ๘๐ (๒) และ (๔) ระบุถึงการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒๐. พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ และพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของ อบต. ในการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นมีความอยู่ดีกินดี เช่น มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีงานทำ มีการศึกษา คนทุกเพศทุกวัยได้รับการส่งเสริมและพัฒนา มีสวัสดิการดูแลคนด้อยโอกาสยากจนที่เพียงพอ จัดหาสาธารณสุขปฐมภูมิเพื่ออุปโภค บริโภคและการเกษตร มีการป้องกันและระงับโรคติดต่อ บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

๒๑. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๑๓ (๓) มาตรา ๑๘ (๘) มาตรา ๔๗ และมาตรา ๔๘ (๔) ระบุให้ประชาชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายรูปแบบ

กระบวนการพัฒนาเอกสารหลักและร่างมติ

๒๒. คณะทำงานวิชาการจัดทำเอกสารหลักและร่างมติข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพะของแรงงานนอกระบบได้มีการประชุมหารือกับองค์กรเอกชน นักวิชาการ และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมรวมทั้งสิ้นประมาณ ๗๐ คน เมื่อวันที่ ๑-๒ กันยายน ๒๕๕๑ และยังได้จัดส่งเอกสารเพื่อขอรับความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อปรับปรุงเอกสารหลักและร่างมติให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสาร ร่างมติ ๑ / ๑๒

มติ ๑.๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

รับทราบและหวังใ ต่อความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษาที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของกระบวนการดูแลสุขภาพ จากเดิมผู้ให้การดูแลรักษาเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วย โดยมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นตัวกำกับ และผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำ ไปสู่การดูแลสุขภาพที่กลายเป็น “บริการ” อย่างหนึ่ง ที่มีผู้ให้บริการฝ่ายหนึ่งกับผู้รับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง และพัฒนาบริการสาธารณสุขในรูปของการแพทย์เชิงพาณิชย์เพิ่มขึ้น จนนำไปสู่ความขัดแย้งที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทและนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น

รับทราบ สาเหตุหลักของปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์หลายประการ เช่น ไม่เปิดเผยข้อมูลซึ่งกันและกัน ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการได้รับบริการสาธารณสุข ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับศักยภาพของผู้ให้บริการและข้อจำกัดของบุคลากรและเครื่องมือ และความต้องการให้มีการปรับปรุงแก้ไขความผิดพลาด โดยมีรากฐานจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ และเกิดจากความไว้วางใจที่ลดลง

ยึดมั่น หลักการสำคัญในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ คือ ๑) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ๒) การเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และ ๓) การสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

รับทราบ เป้าหมายในการแก้ไขปัญหาลหลักที่สำคัญ ๓ ประการ คือ ๑) การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย ๒) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย และ ๓) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษา ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความสามัคคีและร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึ่งของสังคมในระยะยาว และเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดี และสังคมมีสุขภาวะ

ชื่นชม ความคืบหน้าในการดำเนินการและมาตรการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะผลการดำเนินงานของคณะกรรมการนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นด้วยกับการพัฒนานโยบายการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ระหว่างดำเนินการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒. เห็นชอบกับสาระสำคัญของข้อเสนอการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ตามเอกสารที่ต่อท้าย

๓. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ นำสาระสำคัญของข้อเสนอตามมติข้อ ๒ ไปเสนอต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการดำเนินการต่อไป

๓.๒ เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วประเทศ มีการดำเนินงานตามแนวทางการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ที่วางไว้ อย่างกว้างขวาง

๓.๓ ติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ในทางปฏิบัติเพื่อรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกสองปี

เอกสารต่อท้ายมติ ๑.๑๓

สาระสำคัญ ข้อเสนอ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

๑. ขอให้รัฐบาลและรัฐสภาพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑.๑ ผลักดันให้นโยบาย “การสร้างความสมานฉันท์ในระบบการดูแลสุขภาพ” เป็นวาระสำคัญระดับชาติ โดยเร่งผลักดันการออกกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่อยู่ในขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้มีความเป็นธรรมกับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ และมีผลบังคับใช้โดยเร็ว รวมทั้งเร่งผลักดันการออกพระราชกฤษฎีกาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ค้างอยู่โดยเร็ว และเร่งผลักดันให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประชาชนในการรับบริการสาธารณสุข

๑.๒ พัฒนากลไกภาครัฐและสนับสนุนกลไกภาคประชาชน เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลและช่วยเหลือประชาชนในกรณีได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียหาย การเป็นที่ปรึกษาในกระบวนการดำเนินคดีที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งกำหนดแนวทางและกระบวนการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยให้มีความชัดเจนโดยเร็ว

๑.๓ การสร้างช่องทาง กลไกและกระบวนการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหากับผู้ให้บริการ ในสถานบริการทุกระดับ โดยให้บุคลากรภายนอกมีส่วนร่วม

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ จัดให้มีองค์กรกลางที่เป็นอิสระทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๒.๒ ทบทวนมาตรฐานและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในระบบการดูแลสุขภาพ โดยให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของประชาชน เพื่อให้ทั้งประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจ

๒.๓ พัฒนาระบบสนับสนุนให้มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐานในระดับประเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีระบบการคุ้มครองผู้รายงานและการรักษาความลับของผู้ป่วย

๒.๔ เสริมสร้างความเข้มแข็งของศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข ให้มีด้านบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และเป็นกลไกกลางในการแก้ไขข้อขัดแย้งที่มีอิสระ สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่ามีความเป็นกลาง มีส่วนร่วมจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะองค์กรภายนอกและภาคประชาชน

๒.๕ พัฒนาระบบให้ความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับกลไกวิชาชีพและกลไกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านการให้คำปรึกษา การดูแลด้านจิตใจ ให้ข้อมูลและความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องเกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือถูกฟ้องร้องดำเนินคดี รวมถึงเร่งรัดให้มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะบุคลากรจบใหม่ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ

๒.๖ ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชนของประเทศอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเร่งรัดและผลักดันการแก้ปัญหาความขาดแคลนและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขารวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมระบบสวัสดิการแรงจูงใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

๒.๗ พัฒนาระบบการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมอุดมคติและจริยธรรมของวิชาชีพ และผลักดันให้บุคลากรทางการแพทย์มีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuing Education) ทั้งในและนอกสถาบันการศึกษา ซึ่งรวมถึงการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรองไกล่เกลี่ย การสร้างเสริมเจตคติที่ดีในการเอาใจใส่ดูแล การให้เวลา และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา มากขึ้น โดยเฉพาะผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

๒.๘ เร่งรัดให้มีการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเรื่อง

๑) การพัฒนาระบบกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วย จะได้รับความคุ้มครองจากการให้การดูแลที่ก่อให้เกิดอันตราย (Harmful practice) และบุคลากรทางการแพทย์ จะได้รับความคุ้มครองจากการฟ้องร้องที่ปราศจากคุณธรรม (Unmeritorious lawsuit)

๒) การพัฒนาระบบการในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การจัดการความขัดแย้ง การไกล่เกลี่ยที่เป็นธรรม ภายใต้ผู้เสียหายได้รับข้อมูลเวชกรรมอย่างครบถ้วน การเยียวยา การบริหารความเสี่ยง และการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้จากพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ค้นหาตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีและพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ดำเนินการในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

๓) ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการจัดตั้งกลไกสุขภาพธรรมชุมชน รวมถึงแนวทางการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แสดงความเสียใจต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นและให้การช่วยเหลือดูแลผู้ได้รับผลกระทบ โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่าจะถูกนำมาใช้ในการฟ้องร้องดำเนินคดี

๒.๙ ผลักดันแนวทางการทำงานที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการเปิดโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การร่วมเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาหรือคณะกรรมการบริหารอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงกระบวนการจิตอาสาเพื่อสร้างความใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสาธารณสุขกับชุมชนให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น

๒.๑๐ ร่วมกับกระทรวงยุติธรรม สภาวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน พัฒนาระบบการยุติธรรมทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น รวมถึงการทบทวนและพัฒนาระบบการทางจริยธรรมของสภาวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการพิจารณาปฏิรูปกลไกการดำเนินงานด้านจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นอย่างจริงจัง รวมทั้งให้สภาวิชาชีพมีองค์ประกอบจากบุคคลภายนอกในสัดส่วนอย่างเหมาะสม

๒.๑๑ ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการ กลไก และเงื่อนไขในการให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ทุนการศึกษา

๓. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคฝ่ายในการติดตามดูแลและประสานงานกลางภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน และติดตามประเมินผลตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่รัฐบาล หน่วยงาน องค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับ

๔. ขอให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งในด้านความเสี่ยงและความไม่แน่นอนของผลการดูแล เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการดูแลที่ได้มาตรฐาน รวมถึงความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติและทุกข์ของบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งควรส่งเสริมการสื่อสารเรื่องราวทุกรูปแบบในระบบการดูแลสุขภาพให้สาธารณะได้รับรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างกันของทุกฝ่าย

การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

๑. ข้อเท็จจริง

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การดูแลรักษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของกระบวนการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันหรือระบบการดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ ผู้ให้การดูแลรักษาจะต้องทำหน้าที่เป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นตัวกำกับ และผู้ป่วยจะต้องให้ความเชื่อถือและยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงจะเกิดกระบวนการดูแลรักษาที่สมบูรณ์ขึ้นได้ แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ได้แปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการดูแลสุขภาพที่กลายเป็น “บริการ” อย่างหนึ่ง ที่มีผู้ให้บริการฝ่ายหนึ่งกับผู้รับบริการอีกฝ่ายหนึ่ง การบริการกลายเป็นสิทธิของประชาชนและยังมีการพัฒนาบริการไปในรูปของการขายบริการเพิ่มมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างกันจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากเดิม แต่เนื่องจากกระบวนการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนและให้ผลที่ไม่แน่นอนตายตัวเสมอไป ผลลัพธ์จึงอาจไม่เป็นไปตามที่ต้องการและเหตุไม่พึงประสงค์สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ จึงมักก่อให้เกิดความขัดแย้ง ที่ลุกลามเป็นกรณีพิพาทนำไปสู่การฟ้องร้องมากขึ้น

การร้องเรียนและฟ้องร้องเป็นหนทางหนึ่งในการเรียกร้องความเป็นธรรมของประชาชนที่ได้รับความเสียหายหรือผลกระทบจากระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งในหลายปีที่ผ่านมาสังคมไทยมีการพัฒนาให้ประชาชนสามารถเข้าถึงกระบวนการเพื่อการเรียกร้องความเป็นธรรม ได้อย่างสะดวกรวดเร็วมากขึ้น มีการพัฒนากลไกเดิมและเพิ่มเติมช่องใหม่ ๆ ทั้งกลไกที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น กลไกและช่องทางของสถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม การฟ้องร้องผ่านระบบศาล และช่องทางอื่น ๆ อีกมากมาย อีกทั้งยังมีการสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกันเองในการเรียกร้องความเป็นธรรม เช่น เครือข่ายผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงมีการพัฒนากลไกทางกฎหมาย เช่น พรบ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่ช่วยให้กระบวนการเรียกร้องความเป็นธรรมนั้นมีความรวดเร็วมากขึ้น

กระบวนการทางจริยธรรมของแพทยสภา เป็นช่องทางการร้องเรียนในระบบการดูแลสุขภาพช่องทางแรก ๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นอย่างเป็นทางการที่ได้รับการบัญญัติไว้ในกฎหมาย ซึ่งเมื่อพิจารณาสถิติการร้องเรียนแพทย์ต่อแพทยสภาในระยะเวลาประมาณ ๓๐ ปีที่ผ่านมา พบว่าในช่วงแรกนั้นมีการร้องเรียนไม่มากนักในบางปีเพิ่มขึ้นส่วนบางปีก็ลดลง โดยที่ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๖ – ๒๕๔๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ซึ่งการเพิ่มขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการปรับหลักเกณฑ์ในการร้องเรียนใน พรบ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ และนโยบายในบางช่วงของแพทยสภาที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้ใช้ช่องทางนี้ในการเรียกร้องความเป็นธรรมเพิ่มมากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ แม้มีการเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้านั้น แต่หลังจากนั้นมาก็ไม่ได้มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในบางปีมีจำนวนการร้องเรียนที่ลดลง ซึ่งแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ มีผลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ หรือนโยบาย การปรับกระบวนการ นอกจากนี้

ยังเนื่องจากการมีช่องทางใหม่ ๆ ที่ทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลือดูแลในกรณีได้รับความเสียหายจากระบบการดูแลสุขภาพอย่างสะดวกรวดเร็วขึ้น ตัวอย่างหนึ่งคือกระบวนการตามมาตรา ๔๑ ของ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ซึ่งพบว่าในช่วงที่ผ่านมามีการใช้ช่องทางดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลที่แพทย์ถูกร้องเรียนนั้น พบว่าจากข้อมูลการร้องเรียนแพทย์ต่อแพทยสภาในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งมีการร้องเรียนใหม่ จำนวน ๑๙๑ ราย เป็นการร้องเรียนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนประมาณร้อยละ ๕๖ ส่วนการร้องเรียนแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดูแลสถานพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศ มีเพียง ๖๒ รายเท่านั้น ซึ่งหากเทียบสัดส่วนการร้องเรียนต่อจำนวนสถานพยาบาลแล้วจึงมีอัตราการร้องเรียนต่อสถานพยาบาลต่ำกว่าภาคเอกชนมาก โดยเฉพาะในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีจำนวนมากกว่า ๗๐๐ แห่ง แต่มีแพทย์ที่ถูกร้องเรียนเพียง ๒๕ ราย

ในส่วนของการฟ้องร้องต่อศาลนั้น จากการสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๕๑ ซึ่งได้รับข้อมูลตอบกลับจากโรงพยาบาลของรัฐใน ๔๖ จังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน ๑๔๓ แห่ง พบว่า มีการยื่นฟ้องทั้งในคดีแพ่งและคดีอาญา โดยนอกจากวิชาชีพแพทย์ซึ่งถูกฟ้องร้องมากที่สุดแล้ว ยังมีการยื่นฟ้องพยาบาลและทันตแพทย์ด้วย ส่วนการยื่นฟ้องสถานพยาบาล/หน่วยงานนั้น พบว่าในจำนวนรวม ๘๓ คดีนั้น มีการฟ้องร้องภาคเอกชนมากกว่าเล็กน้อย แต่หากเปรียบเทียบโดยใช้อัตราส่วนการฟ้องร้องต่อสถานพยาบาลแล้ว พอจะประมาณการได้ว่าในภาคเอกชนจะมีอัตราส่วนที่สูงกว่ามาก

จากสถิติการร้องเรียนและฟ้องร้องที่วิเคราะห์มานี้ เป็นส่วนหนึ่ง que แสดงให้เห็นว่าปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีจำนวนไม่น้อยที่นำไปสู่การร้องเรียนและการฟ้องร้อง โดยที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงวิชาชีพแพทย์เท่านั้น รวมทั้งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในทุกภาคส่วน ดังนั้นปัญหาการฟ้องร้องจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะระบบการดูแลสุขภาพในภาครัฐหรือภาคเอกชนเท่านั้น

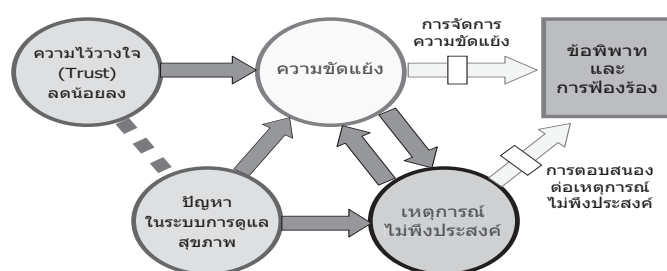
ปัญหาการฟ้องร้องนี้เป็นสัญญาณบอกถึงวิกฤติความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องการการวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้านและการร่วมมือกันแก้ไข

๒. สาเหตุของปัญหา

ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการฟ้องร้องเป็นปรากฏการณ์ que แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่วิกฤติ จากผลการศึกษาต่าง ๆ พบว่า มีสาเหตุสำคัญ ๓ ประการคือ ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และความต้องการให้มีการปรับปรุง แก้ไขความผิดพลาด

๓. รากฐานของปัญหา

หากวิเคราะห์ปัญหาให้กว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น จะพบว่าความขัดแย้งกับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นสิ่งที่ เป็นเหตุและผลของกันและกัน และรากฐานของปัญหานั้นเกิดจากปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ และเกิดจากความไว้วางใจที่ลดลง ซึ่งสามารถสรุปองค์ประกอบของปัญหาที่นำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์ได้ดังภาพ



๔. ปัญหาที่อาจมองไม่เห็น

ปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพนั้น มีพื้นฐานส่วนหนึ่งมาจากสิ่งที่นักวิชาการเรียกว่า “ความรุนแรง” (Violence) ที่แทรกอยู่ทั่วไปในระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งหากพิจารณาโดยอาศัยแนวคิดของ โยฮัน กัลตุง (Johan Galtung) นักวิชาการด้านสันติภาพชั้นนำของโลก สามารถแบ่งความรุนแรงที่ปรากฏในสังคมออกเป็น ๓ ประเภท ได้แก่ ความรุนแรงทางตรง (Direct Violence) เป็นความรุนแรงที่เห็นอย่างชัดเจน เพราะก่อให้เกิดความเสียหายต่อร่างกาย ชีวิต ทรัพย์สิน และความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (Structural Violence) เป็นความรุนแรงที่ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน แต่หมายถึงโครงสร้างที่ทำให้เกิดความได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างคนกลุ่มต่าง ๆ ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (Cultural Violence) ได้แก่วัฒนธรรมที่ทำให้ความเห็นชอบกับความรุนแรง ซึ่งทฤษฎีทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มองไม่เห็น “ความเป็นมนุษย์” รวมถึงวัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์บางส่วน แฝงไปด้วยความรุนแรงที่ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ประเภทนี้ ความรุนแรงเหล่านี้ ส่วนหนึ่งก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดความขัดแย้ง และอาจเป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ เช่น คนยากจนที่เป็นมะเร็งต้องเสียชีวิตเพราะไม่มีโอกาสได้รับการรักษาเนื่องจากไม่มีราคาแพง ผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่ถูกกล่เลยจนต้องพิการเพราะโรคที่เป็นสาเหตุการปวดไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เป็นต้น

๕. หลักการที่สำคัญในการดำเนินการแก้ปัญหา

ในการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องยึดหลักการสำคัญ ๓ ประการ คือ

๕.๑ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

วัฒนธรรมไทยที่เป็นพื้นฐานวิถีชีวิตของคนไทยที่สืบทอดมาตั้งแต่อดีต คือวัฒนธรรมน้ำใจ ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจที่มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่มีความปรารถนาดีต่อกัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเมตตากรุณาให้กับคนอื่น อีกฝ่ายหนึ่งก็มีความกตัญญู มีความรู้สึกเป็นบุญคุณ ในระบบการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นระบบหนึ่งของสังคมไทยก็มีความจำเป็นที่ควรยึดถือวัฒนธรรมที่ดังมานี้เป็นพื้นฐานในการทำงานด้วย ซึ่งในปัจจุบันกำลังมีการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อยู่แล้ว จึงควรสนับสนุนหลักการนี้ให้มีการขยายต่อไปอย่างต่อเนื่อง

๕.๒ การเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Trust)

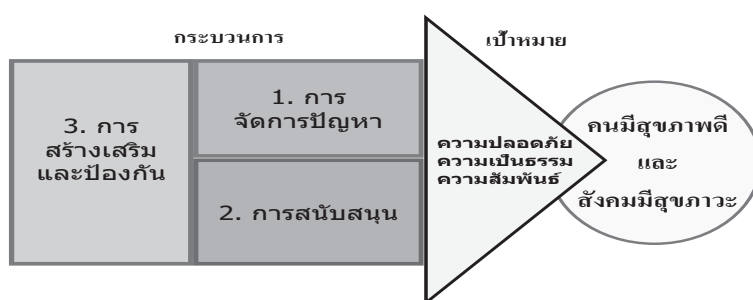
พื้นฐานสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพคือความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ เหมือนในอดีตที่บุคลากรทางการแพทย์จะให้ความสำคัญกับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนเป็นหลัก โดยจะได้รับความเคารพนับถือและไว้วางใจจากผู้ป่วยและสังคมที่จะมอบอำนาจให้การดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ความไว้วางใจซึ่งกันและกันนี้มีผลให้การดูแลมีประสิทธิผลขึ้นและแม้เกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ก็ยังคงรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันไว้ได้ แต่ปัจจุบันความสัมพันธ์ดังกล่าวแปรเปลี่ยนไปด้วยเหตุปัจจัยหลายประการ ฉะนั้นหลักการสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทุกฝ่ายต้องยึดถือคือ การร่วมกันเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกันให้แน่นแฟ้นดังเดิมโดยเร็ว

๕.๓ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation)

ปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง และมีแนวโน้มขยายตัวอย่างรวดเร็ว หลายฝ่ายเร่งเสนอหนทางแก้ปัญหาที่ต่างคิดว่าเป็นหนทางที่ดีที่สุด แต่เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อน อ่อนไหวและไม่สามารถตัดสินถูกผิดได้โดยมาตรฐานหรือวิธีคิดอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินการแต่ละอย่างอาจส่งผลดีในด้านหนึ่งแต่ก็อาจส่งผลเสียในอีกด้านหนึ่ง เนื่องจากแต่ละฝ่ายมักยึดผลประโยชน์ของฝ่ายตนเป็นที่ตั้ง ขาดการมองปัญหาอย่างรอบด้าน ดังนั้นหลักการสำคัญที่ต้องยึดเป็นหลักในการทำงานจึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การร่วมกันหาทางออกโดยเปิดใจรับฟังซึ่งกันและกัน จนถึงการนำหนทางนั้นไปดำเนินการทั้งการทำงานร่วมกันและการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยมีเป้าหมายในการสร้างความสันติและสภาวะของสังคมร่วมกัน

๖. กรอบแนวคิดมาตรการเพื่อแก้ปัญหา

ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์เป็นปัญหาที่ซับซ้อน จึงต้องมีการแก้ไขอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพราะการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งอาจสร้างผลกระทบทั้งในแง่บวกและลบกับส่วนอื่น ๆ ได้ ดังนั้นจึงอาจกำหนดกรอบมาตรการการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในเชิงระบบ โดยมีมาตรการหลักที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการเกิดปัญหา (การป้องกันระดับปฐมภูมิ) จนถึงการจัดการเมื่อเกิดปัญหาแล้วตั้งแต่ต้นจนจบ (การป้องกันระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ) โดยมีมาตรการสนับสนุนให้การจัดการมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยควรกำหนดเป้าหมายหลักที่สำคัญ ๓ ประการ คือ ๑) การทำให้ระบบบริการทางการแพทย์มีความปลอดภัย (Patient safety) ๒) การทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่าย (Justice) และ ๓) การธำรงรักษาความสัมพันธ์ (Relationship) ทั้งความสัมพันธ์ในการดูแลรักษา (Healing relationship) ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ตลอดจนความสมานฉันท์และร่วมมือกันในสังคมเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพเป็นที่พึงของสังคมในระยะยาว และมีเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้คนมีสุขภาพดีและสังคมมีสภาวะ จึงสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการจัดการปัญหาในเชิงระบบได้ดังภาพ



จากการระดมความเห็นของหลายฝ่าย สามารถนำข้อเสนอต่าง ๆ มากำหนดเป็นมาตรการต่าง ๆ ได้ เป็น ๓ มาตรการหลัก และ ๑๑ มาตรการย่อย ดังนี้

๖.๑ มาตรการจัดการปัญหา ประกอบด้วย ๓ มาตรการย่อย คือ ๑) การเยียวยา ๒) การจัดการความขัดแย้งและฟื้นฟูความสัมพันธ์ และ ๓) การช่วยเหลือประชาชน และบุคลากร

๖.๒ มาตรการสนับสนุน ประกอบด้วย ๔ มาตรการย่อย คือ ๑) การบริหารความเสี่ยง ๒) การจัดการความรู้ ๓) การสร้างเสริมความเข้าใจและเจตคติที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และ ๔) การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

๖.๓ มาตรการสร้างเสริมและป้องกัน ประกอบด้วย ๔ มาตรการย่อย คือ ๑) การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการ ๒) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ ๓) การจัดการศึกษาและพัฒนาวิชาชีพ และ ๔) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care)

๗. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๑๓

มติ ๑.๑๔ วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย

กังวล ถึงวิกฤตเศรษฐกิจและวิกฤตการเงินโลกที่เกิดขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะกระทบต่อเศรษฐกิจไทยและงบประมาณรายจ่ายของรัฐ รวมทั้งงบประมาณรายจ่ายเพื่อสุขภาพ อีกทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือคนจน

รับทราบ มาตรการดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี ๒๕๔๐ เช่น การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์ตามนโยบายสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ การจัดซื้อยารวม การใช้ยาที่สมเหตุผล การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เป็นต้น

ห่วงใย ผลกระทบทางจิตใจซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการประทุษร้ายตนเองและครอบครัว รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดองานหรือผู้ถูกเลิกจ้าง โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาประจำ และผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น โรคเอดส์ และวัณโรค เป็นต้น ที่อาจไม่สามารถไปใช้บริการในสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักของสำนักประกันสังคมที่ตนเองได้ขึ้นทะเบียนไว้

กังวล ถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากต้องครอบคลุมประชากรในกลุ่มผู้ดองานและผู้ถูกเลิกจ้างซึ่งอาจสูงถึง ๒ ล้านคน และการเพิ่มขึ้นของราคายารักษาโรคเรื้อรังจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราแลกเปลี่ยน

รับทราบ พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์และมีส่วนซ้ำเติมปัญหาความยากจนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม เช่น การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตระหนัก ว่าระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีอยู่ยังขาดการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ข้อมูลทุกภาคส่วน ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้สำหรับการเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อใช้ในการตัดสินใจที่ถูกต้องทิศทางและทันต่อสถานการณ์ที่คุกคามระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้รัฐบาลดำเนินมาตรการคุ้มครองทางสังคม โดยเฉพาะเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ รวมถึงการจัดหายาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ และการสนับสนุนการรักษาทดแทนไต การจัดมาตรการป้องกันและรองรับผลกระทบสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนและคนพิการ รวมทั้งการฟื้นฟูจิตใจสำหรับผู้ดองาน ผู้ถูกเลิกจ้าง และผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อวิกฤตเศรษฐกิจ

๒. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ร่วมกันดำเนินการดังนี้

๒.๑ ร่วมดำเนินงานอย่างแข็งขันตามมาตรการคุ้มครองทางสังคม ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจดังที่กล่าวถึงในข้อ ๑

๒.๒ ปรับปรุงและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้ถูกต้อง ทันสมัยและครบถ้วน สำหรับใช้ในการติดตามเฝ้าระวัง รวมทั้งเตือนภัยก่อนเกิดสถานการณ์อันไม่พึงประสงค์ และสังเคราะห์บทเรียนและประสบการณ์ที่ได้รับระหว่างการเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจครั้งนี้ให้ครอบคลุมทุกแง่มุมอย่างรอบด้านและเป็นระบบ เพื่อเตรียมวางแผนกลยุทธ์หรือกำหนดมาตรการรองรับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุต่าง ๆ ในอนาคต

๒.๓ พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระดมทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

๒.๔ พัฒนานโยบายและมาตรการอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อปัญหาความยากจน เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

๒.๕ กำหนดมาตรการระยะสั้นและระยะยาวสำหรับป้องกันและรับมือกับผลกระทบดังกล่าวอย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยปรับปรุงกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

๑) การขอเปลี่ยนแปลงสถานพยาบาลของสำนักงานประกันสังคมให้สามารถทำได้ที่สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำงานไปขอใช้บริการ

๒) การขอขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยให้ผู้ทำงานและใช้สิทธิประกันสังคมต่อจนครบแปดเดือนแล้วสามารถได้สิทธิหลักประกันสุขภาพทันที โดยอนุโลมให้ใช้หลักการเกี่ยวกับการใช้สิทธิครั้งแรก

๓) เร่งหารือให้มีข้อสรุปในการดำเนินการและแก้ไขระเบียบปฏิบัติร่วมกันโดยเร็วภายในเดือนมกราคม ๒๕๕๒ โดยยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

๔) ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสาธารณะ สถานประกอบการ สถานบริการสาธารณสุข ตลอดจน call center ของทุกหน่วยงาน ให้ประชาชนเข้าใจวิธีการรับบริการในกรณีดังกล่าว

๕) กระทรวงสาธารณสุขโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วม กระทรวงแรงงานโดยสำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันสังเคราะห์องค์ความรู้และบทเรียนจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจปี ๒๕๔๐ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจในรอบนี้

๓. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ สนับสนุนจัดตั้ง “หน่วยเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพคนไทย” ขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานโดยสำนักงานประกันสังคม และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ให้มีหน้าที่ดังนี้

๑) ติดตามผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพคนไทยในทุก ๆ ด้าน โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หรือจัดเก็บข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม

๒) รายงานผลการติดตามเฝ้าระวังดังกล่าวให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะ ๆ

๓.๒ ให้รายงานผลการดำเนินงานตามมตินี้ต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทราบในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๕๒

วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพคนไทย

๑. สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้ม

วิกฤตเศรษฐกิจและวิกฤตการเงินที่เกิดขึ้นจากฟองสบู่แตกในภาคอสังหาริมทรัพย์และตราสารทางการเงินเพื่อการแปลงหนี้เป็นทุน (collateralized debt obligations, CDOs) ในประเทศสหรัฐอเมริกา^๑ ในปี ๒๕๕๐ ปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อไปทั่วโลก และลุกลามไปถึงภาคการผลิต ส่งผลให้ประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะสหรัฐฯ และยุโรป รวมถึงญี่ปุ่น มีคนตกงานเพิ่มขึ้นเพราะบริษัทเอกชนมีรายได้ลดลง และเพื่อลดค่าใช้จ่ายบริษัทต่าง ๆ จึงทยอยเลิกจ้างและปลดคนงาน ทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อการขยายตัวของเศรษฐกิจของไทย เนื่องจากประเทศดังกล่าวเป็นตลาดสินค้าส่งออกที่สำคัญของไทย พลังขับเคลื่อนจากภาคเอกชนทั้งในส่วนของภาคบริการ การลงทุน และการส่งออกจึงชะลอตัวอย่างเห็นได้ชัด หลายองค์กรพยากรณ์เศรษฐกิจโลกว่าจะถดถอยตั้งแต่ต้นปี ๒๕๕๒ และอาจนำไปสู่เศรษฐกิจตกต่ำ^๒ โดยเป็นวิกฤตที่รุนแรงที่สุดในรอบ ๘๐ ปี ซึ่งจะกระทบเศรษฐกิจไทยด้วย โดยคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยในปี ๒๕๕๒ จะขยายตัวร้อยละ ๓-๔^๓ นอกจากนี้ ผลจากความขัดแย้งทางการเมืองที่ยังคงอยู่ และมีแนวโน้มจะซ้ำเติมปัญหาเศรษฐกิจ จึงคาดว่าเศรษฐกิจไทยอาจไม่ขยายตัวเลยหรือติดลบในปี ๒๕๕๒^๔ จำนวนคนตกงานอาจเพิ่มขึ้นสูงถึง ๒ ล้านคน (จากเดิมที่คาดประมาณว่า ๑ ล้านคน)^๕ ซึ่งอาจรุนแรงกว่าวิกฤตเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐

วิกฤตเศรษฐกิจทุกครั้งมักทำให้รัฐต้องปรับลดงบประมาณรายจ่ายรวมถึงงบประมาณรายจ่ายเพื่อสุขภาพลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน ประชาชนหันมาซื้อการรักษาตัวเองมากขึ้นเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือคนจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและการพัฒนาประเทศในระยะยาว

^๑ Soros, G., 2008, The New Paradigm for Financial Markets: the credit crisis of 2008 and what it means, Public Affairs, New York

^๒ ภาวะเศรษฐกิจถดถอย (recession) เป็นภาวะที่มีการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจลดลงเป็นระยะเวลาหลายเดือนจนส่งผลให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลงอย่างน้อยสองไตรมาส หรืออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่แท้จริงติดลบ ในขณะที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ (depression) เป็นสถานการณ์เศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรงและยาวนาน ส่งผลให้เกิดการตกงานเป็นจำนวนมาก ภาวะสิ้นเชิงจำกัด การหดตัวในการผลิตและการลงทุน การลดลงของการค้าและพาณิชย์เนื่องจากความผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยนหรือการลดค่าเงิน ธุรกิจล้มละลายเป็นจำนวนมาก ซึ่งภาวะการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งประเทศ

^๓ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๑). ภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาสที่สามและแนวโน้มปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒. แถลงข่าว ๒๔ พย. ๒๕๕๑

^๔ เอกนิติ นิติพัฒนาประสาท. <http://www.ryt9.com/news/2008-12-02/48106360/>

^๕ ณรงค์ เพชรประเสริฐ. <http://www.decha.com/main/showTopic.php?id=2739>

๒. ประสิทธิภาพและมาตรการดำเนินงานคุ้มครองสุขภาพในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี ๒๕๔๐

๒.๑ ผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ วิกฤตเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ ได้ทำให้จำนวนคนจนเพิ่มขึ้นกว่า ๑ ล้านคน^๖ ปัญหาทุพโภชนาการทวีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและหญิงมีครรภ์ ส่งผลทำให้ทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักต่ำเกณฑ์เพิ่มขึ้น^๗ อีกทั้งยังกระทบต่อสถานภาพทางการคลังของประเทศ ทำให้ในระยะแรกต้องปรับลดงบประมาณรายจ่ายประจำปีหลายครั้ง และกระทบต่อรายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศ การลดค่าเงินบาท ส่งผลให้ยาที่จำหน่ายในประเทศมีราคาสูงขึ้นในภาพรวม โดยยาแต่ละรายการจะพบความเปลี่ยนแปลงด้านราคาที่แตกต่างกันไป ยาบางรายการที่โรงพยาบาลจัดซื้อมีราคาลดลงซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การจัดซื้อยารวมที่ระดับจังหวัด^๘

ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อครัวเรือนนั้น การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจพบความเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงพฤติกรรมกรรมการรับบริการสุขภาพ และการใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยคนไทยจำนวนหนึ่งต้องชะลอการรักษาพยาบาล หรือเปลี่ยนแปลงสถานที่รับบริการจากโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนไปเป็นสถานพยาบาลของรัฐ รวมทั้งหันมารักษาดตนเองโดยซื้อยาจากร้านขายยา หรือสถานที่จำหน่ายยาอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการรับบริการรักษาพยาบาลของประชาชนมีผลต่อภาคเอกชนอย่างมาก โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องปิดกิจการลง

๒.๒ การดำเนินมาตรการเพื่อคุ้มครองสุขภาพ

๑) มาตรการดำเนินงานตามแผนเงินกู้ภาคสังคม (Social Sector Program Loan, SSPL)^๙ ประกอบด้วย

๑.๑) การลดผลกระทบทางสังคมในระยะสั้นจากวิกฤตการณ์ทางการเงิน โดยการขยายสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสังคมแก่แรงงานที่ถูกเลิกจ้าง และการบริการสาธารณสุขแก่คนจนโดยเพิ่มการอุดหนุนแก่โครงการอาหารกลางวันและนมแก่ศูนย์เด็กเล็กจำนวน ๗,๑๙๙ แห่งครอบคลุมเด็กอายุ ๓-๖ ปี จำนวน ๑๓,๗๔๓ คนเพื่อแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต การขยายการครอบคลุมของโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โดยได้รับงบประมาณอุดหนุนในปี ๒๕๔๐^{๑๐}

^๖ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ติดตามภาวะความยากจนโดยประมวลผลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน และพบว่าในปี ๒๕๓๙ มีผู้มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจนประมาณ ๘.๕ ล้านคน และต่อมาในปี ๒๕๔๑ มีผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจนประมาณ ๑๐.๒ ล้านคน โดยที่ในช่วงก่อนหน้านั้นภาวะความยากจนของประเทศได้ลดลง โดยลำดับและเพิ่มสูงขึ้นหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ

^๗ Tangcharoensathien, V., Harnvoravongchai, P., Pitayarnagsarit, S., Kasemsup V. (2000). Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Social Science & Medicine* 51: 789-807.

^๘ Wibulpolprasert, S. editor. (2003). *Thailand Health Profile 2001-2004*. Ministry of Public Health, Thailand

^๙ Asian Development Bank, (2002) Program Completion Report on the Social Sector Program (Loan 1611-THA) in Thailand, PCR: THA 35315 ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี ๒๕๔๐ รัฐบาลได้กู้เงินจากองค์การการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund, IMF) สำหรับเป็นสินเชื่อสำรองจ่ายค่าประกันอัตราแลกเปลี่ยน (Stand-by credit arrangement) ซึ่งประกอบด้วยเงินกู้จากธนาคารเพื่อพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank, ADB) จำนวน ๕๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ ระหว่างปี ๒๕๔๑-๒๕๔๓ จำแนกเป็นแผนเงินกู้ภาคสังคมเพื่อลดผลกระทบจากภาวะวิกฤต ๒๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ และเพื่อสำรองอัตราแลกเปลี่ยน ๓๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยกำหนดเงื่อนไขในการดำเนินนโยบาย

^{๑๐} โดยใช้เงินกู้จากธนาคารโลกภายใต้โครงการลงทุนเพื่อสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนฟื้นฟูของ IMF

เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๒๕.๓ ขณะที่งบประมาณในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขลดลง และขยายการครอบคลุมของโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจจำนวน ๒ ล้านบัตรครอบคลุมประชากร ๙ ล้านคน

๑.๒) การคุ้มครองรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีลำดับความสำคัญสูง โดยรักษาระดับงบประมาณสำหรับการอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งรวมการให้ภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ไม่ให้น้อยกว่าที่ได้รับในปี ๒๕๔๐ เพื่อให้สามารถบริการได้อย่างครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑.๓) การลดความต้อยประสิทธิภาพในการจัดบริการสาธารณสุข โดยการสลับหรือบรรจุบุคลากรสาธารณสุขให้ไปปฏิบัติงานในชนบท (re-deploy) ควบคู่กับเพิ่มศักยภาพและสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในชนบท และการกระจายอำนาจในการจัดบริการสาธารณสุขได้แก่การจัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ (public autonomous hospital) หรือองค์การมหาชน โดยในขั้นต้นวางแผนจะดำเนินการในโรงพยาบาลจำนวน ๗ แห่ง แต่ท้ายที่สุดสามารถเริ่มดำเนินการนำร่องที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร เพียงแห่งเดียว

๒) มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้แก่

๒.๑) การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยเน้นการลดค่าใช้จ่ายด้วยการจำกัดสิทธิประโยชน์ของผู้มีสิทธิ เช่น ค่าอาหารห้องพิเศษ การจำกัดวันนอน การจำกัดการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชน และการร่วมจ่าย (co-payment) ในกรณีที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๙ ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติในเวลาต่อมา

๒.๒) การปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์ตามนโยบายสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาระบบย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การคัดเลือก การจัดหา การกระจาย และการใช้ยา ไปพร้อม ๆ กัน โดยหวังให้เกิดประสิทธิภาพขึ้นในตัวระบบ รวมทั้งการดำเนินมาตรการและปรับปรุงกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อช่วยควบคุมต้นทุน ความสามารถในการปรับตัวด้านการจัดซื้อจัดหาของสถานพยาบาล เป็นต้น

โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งก็ต้องกำหนดมาตรการรองรับผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับมาตรการปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การเพิ่มสัดส่วนรายการยาสามัญที่ผลิตภายในประเทศในบัญชียาโรงพยาบาล การลดปริมาณยาคงคลัง การสร้างพันธมิตรทางธุรกิจอันนำมาซึ่งการจัดซื้อยาร่วมกัน เป็นต้น

๓) การจัดตั้งหน่วยเฝ้าระวังด้านสุขภาพ (Health Intelligent Unit) เพื่อเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพของประชาชน

๓. คาดการณ์แนวโน้มของผลกระทบทางสุขภาพของคนไทยจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี ๒๕๕๒

๓.๑ ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ

แม้ว่าจะมีความไม่แน่นอนอนทางการเมืองอยู่มาก แต่คาดว่าวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้จะส่งผลกระทบต่องบประมาณรายจ่ายภาครัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การตัดสินใจทางนโยบายที่จะปรับลดงบประมาณรายจ่ายในส่วนใดที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนน้อยที่สุด จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่ง

สถานการณ์ปัจจุบันที่คนไทยทุกคนได้รับการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐสำคัญ ๓ ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษา

พยาบาลของข้าราชการ แหล่งรายได้สำหรับระบบประกันสังคมมาจาก ๓ ส่วนคือ นายจ้าง ลูกจ้าง และภาครัฐ รัฐบาลอาจตัดสินใจเลือกลดรายจ่ายโดยลดหรือชะลอการส่งเงินสมทบให้กองทุนประกันสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ประกันตนไม่มากนัก เนื่องจากเงินทุนสำรองที่มีอยู่มากพอ อย่างไรก็ตาม การที่คาดการณ์ว่าจะมีผู้ถูกเลิกจ้างหรือตกงานเพิ่มขึ้นเกือบ ๒ ล้านคน โดยระบบประกันสังคมจะคุ้มครองสิทธิรักษาพยาบาลต่อเนื่องอีก ๖ เดือน (ต่อมาได้ประกาศขยายเป็น ๘ เดือน) หลัง ๖ เดือนจึงเป็นความรับผิดชอบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการคุ้มครองต่อ หากรัฐบาลตัดสินใจลดรายจ่ายโดยไม่จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างพอเพียง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิได้ การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลอาจเป็นทางเลือกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีรายจ่ายต่อผู้มีสิทธิสูงกว่าระบบอื่นเกือบ ๕ เท่า

๓.๒ ผลกระทบต่อครัวเรือน

วิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ คาดว่าจะมีผู้ที่ทำงานในภาคการจ้างงานเอกชนตกงานเป็นจำนวนมากเกือบ ๒ ล้านคน ภาคเกษตรสามารถดูดซับกำลังแรงงานส่วนนี้ได้จำนวนหนึ่ง ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเหล่านี้กลับไปสู่ชนบท ซึ่งช่วยลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนผู้ตกงานได้อย่างมาก อย่างไรก็ตาม รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนของผู้ตกงานที่ลดลงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพวกเขาเหล่านั้น โดยเฉพาะคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาประจำ และคนที่ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น โรคเอดส์ และวัณโรค เป็นต้น แม้ว่าสำนักงานประกันสังคมจะขยายสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของผู้ถูกเลิกจ้างจากหกเดือนเป็นแปดเดือน แต่จากประสบการณ์ในวิกฤตเศรษฐกิจปี ๒๕๔๐ ผู้ที่ตกงานได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากสาเหตุ ๒ ประการด้วยกัน คือ

๑) ผู้ที่ตกงานส่วนใหญ่จะเดินทางกลับภูมิลำเนาเดิมทำให้ไม่สามารถไปใช้บริการในสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่ตนเองขึ้นทะเบียนไว้

๒) หลังครบแปดเดือน ผู้ตกงานซึ่งปรกติควรได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านการรักษารักษาพยาบาลโดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เพราะการประสานงานระหว่างสำนักงานประกันสังคมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังไม่ดีพอ มักทำให้เกิดความล่าช้าในการคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ทำให้ผู้ตกงานที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ต้องเลือกชะลอการไปใช้บริการเพื่อลดค่าใช้จ่ายครัวเรือน

๔. ระบบการเฝ้าระวังทางด้านการคลังและผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจนี้ ไม่เพียงมีผลต่อผู้ตกงาน แต่มีผลต่อเนื่องถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และห่วงโซ่อุปทานของบริการสุขภาพด้วย แม้ว่าระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้ถูกพัฒนาไปอย่างมากแต่เทียบกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ระบบที่มีอยู่ดังกล่าวยังไม่สามารถนำมาใช้สำหรับการเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ และสังเคราะห์สำหรับใช้ในการตัดสินใจที่ถูกทิศทางและทันต่อสถานการณ์ที่คุกคามระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต เนื่องจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ยังขาดการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ข้อมูลทุกภาคส่วน โดยที่รัฐยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจไทยและเกิดผลกระทบต่อการใช้บริการสาธารณสุข และสุขภาพของคนไทย จึงต้องการข้อมูลเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังดังกล่าว

ซึ่งหลายตัวชี้วัดอาจไม่ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอ ทั้งในด้านความแม่นยำ ครอบคลุม และทันเวลา จึงมีความจำเป็นต้องจัดทำระบบเฝ้าระวังทางการคลังที่มีข้อมูลการเคลื่อนไหวทางการเงิน และสถิติที่จำเป็นอื่น ๆ จากทั้งสถานพยาบาลภาครัฐในทุกสังกัดกระทรวง สถานพยาบาลเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อเฝ้าระวังและสังเคราะห์ข้อเสนอทางนโยบายเพื่อลดทอนผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อระบบการบริการทางสุขภาพโดยรวม ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปถึงระบบเศรษฐกิจภาคส่วนอื่นที่อยู่ในห่วงโซ่อุปทานของบริการสุขภาพด้วย

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๑๔

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒

- มติ ๑ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๕
- มติ ๒ แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑๑
- มติ ๓ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๔
- มติ ๔ ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และ
สุขภาพของผู้ป่วย
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๘
- มติ ๕ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑๐
- มติ ๖ โรคติดต่ออุบัติใหม่
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๒
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๒ / ผนวก ๑ . แก้ไข ๑
- มติ ๗ การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๖
- มติ ๘ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๙
- มติ ๙ การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๗
- มติ ๑๐ การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑
- มติ ๑๑ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๓

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน^๑

ตระหนัก ว่าขยะอันตรายจากชุมชน เช่น ซากหลอดไฟ ซากแบตเตอรี่ ซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ กระจกสเปร์ย ภาชนะบรรจุภัณฑ์สารเคมีที่ใช้ในการป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ น้ำมัน เครื่องยนต์ที่ใช้แล้ว และขยะอันตรายอื่น ๆ ได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ทั้งในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรและสิ่งแวดล้อม และขนาดปัญหาที่เพิ่มขึ้น

รับทราบ ว่าการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่มีประสิทธิภาพ แม้จะมีกฎหมายหรือแผนยุทธศาสตร์ในการจัดการแล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากขาดความร่วมมือในหลายด้าน เช่น ความเข้าใจอันดีจากประชาชน อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีผลสำเร็จ

รับทราบ ว่าการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการสูญเสียสมดุลของธรรมชาติ

มีความกังวล ต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะอันตรายจากชุมชน โดยเฉพาะซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ การขาดแคลนสถานที่บำบัด กำจัด ซึ่งใช้วิธีการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ตระหนัก ว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการ ทั้งด้านการรณรงค์ สร้างความรู้ ความตระหนัก ส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและมีอายุใช้งานยาวนาน ส่งเสริมการคัดแยก นำกลับมาใช้ซ้ำ การนำมาใช้ประโยชน์ใหม่ รวมทั้งมีกฎหมายที่อำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการจัดการขยะอันตรายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดปริมาณขยะทั้งในส่วนผู้ผลิตและผู้บริโภค และเกิดการจัดการขยะที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ

ตระหนัก ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๕

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะกรรมการสาธารณสุขร่วมพิจารณาจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจสำหรับการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ประกอบด้วยหน่วยงานรับผิดชอบภาครัฐ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้ประกอบการ ตัวแทนนักวิชาการ ตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชน ตัวแทนภาคประชาสังคม ตัวแทนสื่อมวลชนและสื่อภาคประชาชน และตัวแทนชุมชน เพื่อทำหน้าที่

๑.๑ จัดทำนโยบายด้านการจัดการขยะอันตรายจากชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและควบคุมให้มีการลดปริมาณขยะอันตรายจากชุมชน เช่น การใช้หลักการขยายความรับผิดชอบของผู้ผลิต (Extended Producer Responsibility/EPR) หลักการส่งเสริมการบริโภคและการผลิตอย่างยั่งยืน (Sustainable Consumption and Production/SCP) เป็นต้น เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ

๑.๒ เชื่อมประสาน ทบทวน และขับเคลื่อนแผนและนโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบันของหน่วยงานรับผิดชอบ เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น

๑.๓ ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งกำหนดให้ปัญหาขยะอันตรายเป็นวาระสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑.๔ สนับสนุนกระบวนการประสานงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในทุกระดับเพื่อจัดการปัญหาขยะอันตรายจากชุมชน

๒. ขอให้ภาคีเครือข่าย/องค์กรสมาชิกทั้งภาครัฐ ภาคองค์กรธุรกิจเอกชน ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชนทุกแขนง และสื่อภาคประชาชน และชุมชน

๒.๑ ผลักดันให้มีการกำหนดมาตรการให้ผู้ประกอบการภาคเอกชนออกแบบและผลิตผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรับคืนซากผลิตภัณฑ์เพื่อนำไปใช้ประโยชน์และการกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้มีกลไกสนับสนุนการจัดซื้อคืนซากโดยทุนอุดหนุนจากเอกชนผู้ผลิต

๒.๒ รมรณรงค์ให้ทุกภาคส่วนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการและพิชภัยของขยะอันตรายจากครัวเรือนหรือชุมชน

๒.๓ รมรณรงค์ให้ประชาชนมีการบริโภคที่พอเพียง และส่งเสริมการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เช่น สินค้าฉลากเขียว และนำหลักการ 3Rs ได้แก่ การลดปริมาณ การใช้ซ้ำ และการนำมาใช้ประโยชน์ใหม่ (รีไซเคิล) มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่ออนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างคุ้มค่ามากที่สุด ควรมีกิจกรรมลดขยะที่หลากหลายและมีทุกภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง

๒.๔ ส่งเสริมการจัดการที่ถูกต้องให้กว้างขวางไปในภาคีสมาชิกและสาธารณะ โดยคำนึงถึงศักยภาพของท้องถิ่นนั้น ๆ โดยเฉพาะสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

๒.๕ ผลักดันให้สถาบันการศึกษาทุกแห่งมีส่วนร่วมในการจัดทำหลักสูตรท้องถิ่นด้านการจัดการขยะอันตราย

๒.๖ ติดตาม เฝ้าระวัง และตรวจสอบการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ประกอบการภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประเมินและติดตามเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งผู้ประกอบการอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอันตรายและประชาชนในชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง

๒.๗ ส่งเสริมให้มีการวิจัยและพัฒนาการจัดการขยะอันตรายที่ให้ท้องถิ่นดำเนินการได้เอง

๒.๘ สนับสนุนให้มีมาตรการจูงใจเพื่อให้มีการจัดการขยะที่ดี เช่น ให้มีรางวัลการจัดการขยะที่ดี และ การใช้กลไกราคาเพื่อการคัดแยกขยะและจัดการขยะอย่างมีคุณภาพ

๒.๙ ให้หน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒.๑๐ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด จัดตั้งศูนย์บริหารจัดการขยะอันตรายจากชุมชน

การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. ในที่นี้ ขยะอันตรายจากชุมชน หมายถึง วัสดุหรืออุปกรณ์ที่ไม่ใช้แล้ว ซึ่งมีสารอันตรายเป็นส่วนประกอบ ที่อยู่ในบ้านเรือน ชุมชน และภาคการเกษตร เช่น กระบองสปเรย์ ภาชนะบรรจุภัณฑ์สารเคมีที่ใช้ในการป้องกัน กำจัดศัตรูพืชและสัตว์ ซากถ่านไฟฉาย ซากหลอดไฟ แบตเตอรี่มือถือ และซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและ อิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

๒. กรมควบคุมมลพิษรายงานปริมาณขยะอันตรายจากชุมชนไว้ในสรุป่างรายงานสถานการณ์มลพิษ ของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่ามีปริมาณขยะอันตรายจากชุมชนเกิดขึ้นประมาณ ๖๘๑,๐๐๐ ตันต่อปี นอกจากนี้ในสภาวะการณปัจจุบันการดำเนินชีวิตในสังคมที่มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเร่งบริโภคสินค้า เพื่อตอบสนองความก้าวล้ำของเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดปัญหาซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่ง ข้อมูลจากสถาบันไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ และพ.ศ. ๒๕๕๐ มีปริมาณซากเครื่องใช้ไฟฟ้า และอิเล็กทรอนิกส์เกิดขึ้นประมาณ ๒๔๒,๑๐๕ ตันต่อปี และ ๒๘๒,๘๕๔ ตันต่อปี ตามลำดับ^๑

๓. ขยะอันตรายจากชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง โดยยังคงถูกนำไปกำจัดร่วมกับ ขยะมูลฝอยทั่วไป เนื่องจากหน่วยงานท้องถิ่นส่วนใหญ่ที่รับผิดชอบด้านการจัดการขยะมูลฝอยไม่มีระบบคัดแยก และเก็บรวบรวมของเสียอันตรายจากชุมชน ประชาชนจึงเก็บขยะอันตรายบางส่วนไว้ภายในที่พักอาศัย เช่น ซาก ถ่านไฟฉาย ซากหลอดฟลูออเรสเซนต์ สำหรับขยะอันตรายจากชุมชนบางชนิดสามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น ซากแบตเตอรี่รถยนต์ อย่างไรก็ตามการนำกลับไปใช้ประโยชน์ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย เนื่องด้วยเทคโนโลยียังคงมี ราคาสูงและขาดการสนับสนุนจากภาครัฐ นอกจากนี้กฎหมายที่เกี่ยวข้องยังไม่เอื้ออำนวยให้มีการจัดการขยะอันตราย จากชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการบางขั้นตอนยังขาดกฎระเบียบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น ขาด กลไกการเรียกคืนซากผลิตภัณฑ์

๔. สำหรับซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์นั้นในปัจจุบันประเทศไทยอยู่ระหว่างการพัฒนา ระบบการจัดการที่เหมาะสม ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันคือ ซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและ อิเล็กทรอนิกส์จากบ้านเรือนจะถูกรวบรวมโดยผู้รับซื้อของเก่า และบางส่วนมีการนำไปบริจาคให้สถานที่ต่าง ๆ แล้วผู้รับซื้อของเก่าหรือผู้รับบริจาคมักนำไปคัดแยกชิ้นส่วนเป็นวัสดุชนิดต่าง ๆ แล้วนำไปขายต่อ ส่วนวัสดุที่ขายไม่ได้ จะถูกทิ้งไปโดยไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง สิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้การควบคุมการจัดการซากผลิตภัณฑ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องปลอดภัยนั้นทำได้ยาก เนื่องจากระบบบริหารจัดการ และกำกับดูแลยังไม่มีประสิทธิภาพ และเป็นส่วนที่ทำให้เป็นปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูลปริมาณซากผลิตภัณฑ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศที่คาดว่าจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการ วางแผนการจัดการที่ดีได้

^๑ ข้อมูลจากสถาบันไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

๕. ผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่งจากการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกรณีขยะอันตรายจากชุมชนที่มีสารมลพิษเป็นส่วนประกอบนั้น ได้แก่ การปนเปื้อนของสารพิษในสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสภาพแวดล้อม จากกรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อ.ห้วยชัย จ.กาฬสินธุ์^๒ ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่ประชาชนประกอบอาชีพค้าของเก่าคือ รับซื้อของเก่ามาคัดแยกชิ้นส่วน ซึ่งในแต่ละเดือนมีซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่นำเข้ามาคัดแยกประมาณ ๖๔ ตัน ประกอบด้วยพัดลม ตู้เย็น โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ หม้อหุงข้าว และเครื่องเล่นซีดี เรียงตามลำดับปริมาณจากมากไปน้อย ส่วนที่เป็นเศษเหลือจะถูกนำไปทิ้ง เศษเหลือบางอย่างถูกนำไปเผาเพื่อแยกวัสดุมีค่า เช่น เศษสายไฟ เศษชิ้นส่วนพลาสติกที่มีโลหะติดอยู่ การกองเผากลางแจ้งทำให้เกิดการสะสมและแพร่กระจายของสารพิษที่เป็นองค์ประกอบในเครื่องใช้ไฟฟ้าเหล่านี้ออกมาปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม จากการตรวจวิเคราะห์ดินในดินบริเวณที่มีการกองเผาเศษเหลือ พบว่า มีปริมาณตะกั่วสูงถึง ๗๙,๕๒๐ มิลลิกรัม/กิโลกรัม และทองแดง ๓๙,๑๖๑ มิลลิกรัม/กิโลกรัม ซึ่งสารโลหะหนักที่สะสมอยู่ในดินนี้อาจแพร่กระจายเข้าสู่ประชาชนที่เข้าไปเก็บเศษที่เหลือจากการเผาโดยใช้มือเปล่าและเข้าสู่ห่วงโซ่อาหารต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยของมหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช ในโครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสภาวะแวดล้อมของแรงงานค้ายขยะและแรงงานที่เกี่ยวข้องศึกษาในกลุ่มประชากร ๒๗๖ คน ที่ประกอบด้วย กลุ่มแรงงานค้ายขยะ กลุ่มครอบครัวของแรงงานค้ายขยะ และกลุ่มคนขับซาเล้ง ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ทำการศึกษาทุกคนมีปริมาณสารแมงกานีสสูงรองลงมาคือ สารหนู ตะกั่ว และโครเมียม ตามลำดับ ซึ่งสารดังกล่าวเป็นสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

๖. ขยะอันตรายจากชุมชน เช่น ซากแบตเตอรี่ ระเบิดสปริง และซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่ขยะอันตรายเหล่านี้มีสารอันตรายเป็นองค์ประกอบรวมอยู่ด้วย และส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม เช่น ซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีสารโบรมีนเป็นส่วนประกอบในกล่องสายไฟและแผงวงจรเป็นสารก่อมะเร็ง สารตะกั่วซึ่งเป็นส่วนประกอบในหลอดบัลลูน แบตเตอรี่ หากเข้าสู่ร่างกายอาจจะทำลายระบบประสาท ระบบเลือด รวมทั้งพัฒนาการของสมอง สารแคดเมียมเป็นส่วนประกอบในชิ้นส่วนพวกวัสดุกึ่งตัวนำ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดอาการปวดอวัยวะอย่างรุนแรง ไตวาย และเกิดโรคอิไตอิไต และสารปรอทเป็นส่วนประกอบที่อยู่ในหลอดฟลูออเรสเซนต์กับสวิทซ์ต่าง ๆ หากเข้าสู่ร่างกายจะทำลายระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสารอันตรายจำพวก โพลีคลอรีเนต ไบฟีนีล (Polychlorinated biphenyls ; PCB) สารโพลีโบรมิเนตไดฟีนีลอีเทอร์ (Polybrominated diphenylether; PBDE) และสารไดออกซิน/ฟิวแรน (Polychlorinated dibenzo-p-dioxin/polychlorinated dibenzofuran; PCDD/PCDF) ซึ่งจัดเป็นสารพิษตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (Persistent Organic Pollutants; POPs) และเป็นอันตรายต่อสุขภาพมนุษย์อีกด้วย

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๗. ขยะอันตรายจากชุมชนมีกฎหมายหลักที่ควบคุมดูแลคือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้อำนาจราชการส่วนท้องถิ่น ในการออกข้อกำหนดท้องถิ่นเพื่อควบคุมการจัดการขยะมูลฝอย การจัดทำแผนจัดการเก็บ ขน และกำจัดขยะมูลฝอย การจัดเก็บค่าธรรมเนียม ตลอดจนการมอบให้

^๒ รายงานโครงการการศึกษาผลกระทบและแนวทางการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วม, ๒๕๕๒. สนับสนุนโดย มูลนิธิเอเชีย (ประเทศไทย)

บุคคลอื่นดำเนินการแทนภายใต้การควบคุมดูแลของราชการส่วนท้องถิ่น หรือการอนุญาตให้บุคคลใด ดำเนินกิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดขยะมูลฝอยโดยทำเป็นธุรกิจ หรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างการจัดทำร่างกฎกระทรวงว่าด้วยเรื่องการจัดการมูลฝอยอันตรายจากชุมชน

๘. พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ใช้ควบคุมของเสียอันตรายในกรณีที่กฎหมายอื่นครอบคลุมไปไม่ถึงเพื่อเพิ่มเติมกับกฎหมายเฉพาะที่มีอยู่ โดยได้กำหนดไว้ว่าในกรณีไม่มีกฎหมายใดกำหนดไว้โดยเฉพาะ กฎหมายฉบับนี้ได้ให้อำนาจแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยการแนะนำของคณะกรรมการควบคุมมลพิษในการออกกฎกระทรวงกำหนดชนิดและประเภทของเสียอันตรายที่เกิดจากการผลิต การใช้สารเคมีหรือวัตถุอันตรายในกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การสาธารณสุข และกิจการอย่างอื่นให้อยู่ในการควบคุม โดยให้กำหนดหลักเกณฑ์ มาตรการและวิธีการเพื่อควบคุมการเก็บรวบรวม การรักษาความปลอดภัย การขนส่งเคลื่อนย้าย การนำเข้ามาในราชอาณาจักร การส่งออกนอกราชอาณาจักร การบำบัดและกำจัดของเสียดังกล่าวด้วยวิธีการที่เหมาะสม และถูกต้องตามหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องและในการใช้สารอันตราย หรือการปล่อยของเสียที่มีสารอันตรายออกสู่สิ่งแวดล้อมจะต้องมีให้เกินมาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงภายใต้กฎหมายฉบับนี้ และในปีพ.ศ. ๒๕๔๕ กรมควบคุมมลพิษ ได้จัดทำโครงการการศึกษาเพื่อจัดตั้งศูนย์กำจัดของเสียอันตรายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการเก็บรวบรวมและกำจัดของเสียอันตรายจากชุมชน ให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของปริมาณของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๔๙ ตามที่กำหนดไว้ในแผนการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙) เพื่อลดมลพิษที่เกิดจากของเสียอันตรายจากชุมชน

๙. ในส่วนการนำเข้าและส่งออกขยะอันตรายจากชุมชนถูกควบคุมโดยพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งเป็นกฎหมายที่ไทยนำมาใช้บังคับให้สอดคล้องกับอนุสัญญาบาเซลว่าด้วยการควบคุมการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของของเสียอันตรายและการกำจัด โดยของเสียอันตรายได้ถูกควบคุมโดยกำหนดให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ ดังนั้น ในการผลิต การนำเข้า การส่งออก การใช้หรือมีไว้ในครอบครองจะต้องได้รับอนุญาตจากกรมโรงงานอุตสาหกรรมก่อน

๑๐. สำหรับโรงงานที่รับบำบัดหรือกำจัดขยะอันตรายรวมทั้งโรงงานคัดแยกและรีไซเคิลจะต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์และข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งเป็นกฎหมายหลักในการควบคุมการประกอบกิจการโรงงานอุตสาหกรรม เช่น การขออนุญาตประกอบกิจการโรงงาน รวมทั้งการควบคุมการปล่อยมลพิษออกจากโรงงาน การกำจัดขยะอันตราย โรงงานคัดแยก และโรงงานรีไซเคิล

๑๑. หลักการในการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับการนำไปใช้ในระดับสากลที่สำคัญคือ หลักการขยายความรับผิดชอบของผู้ผลิต (Extended Producers Responsibility / EPR) เนื่องจากเป็นวิธีหนึ่งในการสนับสนุนการออกแบบและการผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อมและทำให้การซ่อมแซม การอัพเกรด การใช้ซ้ำ การถอดประกอบ และการรีไซเคิล ทำได้ง่ายขึ้น โดยกฎหมายที่พัฒนาจากหลักการนี้ได้แก่ ระเบียบข้อบังคับเศษเหลือทิ้งของผลิตภัณฑ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (Waste Electrical and Electronic Equipment / WEEE) ของสหภาพยุโรป ซึ่งมีสาระสำคัญคือ การกำหนดให้ผู้ประกอบการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการกำจัดซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ของตนเองและ

การกำหนดปริมาณวัสดุที่นำมาใช้ใหม่ในผลิตภัณฑ์^๓ นอกจากนี้ยังมีระเบียบที่ส่งเสริมความปลอดภัยในการรีไซเคิลผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่เรียกว่า ระเบียบการจำกัดการใช้สารอันตรายบางชนิดในผลิตภัณฑ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (The Restriction of the use of certain Hazardous Substance in electrical and electronic equipment / RoHS) ซึ่งบังคับว่าเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่จำหน่ายในสหภาพยุโรป ต้องไม่มีตะกั่ว พรอท แคดเมียม โครเมียมเฮกซะวาเลนซ์ โพลีโบรมิเนท-ไบฟีนิล และโพลีโบรมิเนท-ไดฟีนิล-อีเทอร์

๑๒. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ข้อ ๓๘ ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ

๑๓. นอกจากนี้ ยังมีแผนยุทธศาสตร์การจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เชิงบูรณาการ ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวผ่านมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๐ ที่เสนอโดยกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แผนยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ย่อย ๕ ด้านได้แก่ ๑) การพัฒนาเทคโนโลยีและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์และการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ๒) การเสริมสร้างขีดความสามารถ กระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ๓) การส่งเสริมประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายและพัฒนาระบบกฎหมายที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ๔) การใช้มาตรการทางการเงิน การคลังและส่งเสริมการลงทุนเพื่อสนับสนุนการผลิตผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ และ ๕) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์อย่างมีประสิทธิภาพและครบวงจร

ข้อจำกัดของการดำเนินการและการแก้ไขปัญหา

๑๔. การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนมีข้อจำกัด เนื่องจากยังไม่มีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนยังไม่มีกฎหมายกำหนดให้มีระบบคัดแยกเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีระบบรองรับ เนื่องจากเหตุผลข้อจำกัดในด้านงบประมาณและศักยภาพในเชิงการจัดการ ตลอดจนปัจจุบันนี้ที่ดินมีราคาแพงมากขึ้น ลักษณะพื้นที่ที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่มีสถานที่สำหรับการบำบัด/กำจัด รวมทั้งประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงพิษภัยของขยะอันตราย และขาดการมีส่วนร่วม รวมถึงผู้ประกอบการมุ่งเน้นการผลิตในเชิงปริมาณ มากกว่าคุณภาพ และข้อจำกัดการในใช้เทคโนโลยี

๑๕. ในการดำเนินงานด้านการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่ผ่านมาทั้งเน้นในเรื่องการจัดการขยะอันตรายจากชุมชนที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นการจัดการที่ปลายทาง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมหากขาดการจัดการอย่างไม่มีประสิทธิภาพ การทำงานเพื่อแก้ปัญหาในเชิงป้องกันมีการดำเนินการไม่มากพอที่จะลดการเกิดขยะอันตรายจากชุมชน ทั้งมาตรการรณรงค์กับสาธารณะที่มีแผนงานและ

^๓ รายละเอียดและข้อคิดเห็นเกี่ยวระเบียบ WEEE, สืบค้นจาก WWW.thairohs.org เมื่อสิงหาคม ๒๕๕๒

เป้าหมายอย่างจริงจัง รวมทั้งมาตรการส่งเสริมและบังคับในส่วนของผู้ผลิตสินค้าให้รับผิดชอบต่อซากสินค้าของตน และการออกแบบและผลิตผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการบริโภคที่ยั่งยืน

๑๖. ในพื้นที่ที่ดำเนินโครงการนำร่องจัดการขยะอันตรายจากชุมชน เช่น หลอดฟลูออเรสเซนต์ ผลการดำเนินงาน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จคือ การสร้างความเข้าใจกับประชาชน สร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ

๑๗. มีการทบทวนแก้ไขกร่างข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและมีมาตรการส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นรูปธรรม

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๕

แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภูมิภาคใต้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภูมิภาคใต้^๑ โดย

กังวล ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากแผนพัฒนาที่ผ่านมา ซึ่งไม่ได้ขึ้นรูปจากโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจของภาคใต้และไม่ได้พัฒนาต่อยอดอุตสาหกรรมที่เชื่อมโยงกับผลผลิตที่มีอยู่ในภาคใต้ จึงมีแนวโน้มสร้างความขัดแย้งของสังคมมากขึ้น เนื่องจากผลของการพัฒนาภาคใต้ที่ผ่านมา รวมถึงทิศทางในอนาคตมีแนวโน้มการกระจายรายได้ไปสู่ประชาชนไม่ทั่วถึง ผลประโยชน์ตกอยู่เฉพาะบางกลุ่ม บางพื้นที่ เกรงว่าผลกระทบของการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้จะเป็นแบบเดียวกับภาคตะวันออก

หวังใย ว่าเหตุการณ์เหล่านี้จะก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อรากฐานทางวัฒนธรรมและฐานทรัพยากรของภาคใต้

เห็นว่า ทิศทางการพัฒนาภาคใต้ควรสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และศักยภาพของพื้นที่ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานของระบบนิเวศป่าฝนเขตร้อน เหมาะกับการทำการเกษตร ประมง การท่องเที่ยว และการดูแลสุขภาพแบบบ้านอันเป็นภูมิปัญญาที่คนใต้ได้สืบทอดต่อกันมา

รับทราบ ว่าในขณะนี้ มีประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งสมควรให้มีการเร่งรัดดำเนินการต่อไป

รับทราบ ว่าคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๒ แต่งตั้งให้มีคณะกรรมการพัฒนาเขตอุตสาหกรรมนิเวศน์ ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับประเทศ

ตระหนัก ว่ากระบวนการจัดทำแผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภูมิภาคใต้ ควรเป็นกระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาคใต้ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน โดยจัดให้มีกระบวนการร่วมกำหนดแผนพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมจากทุกภาค

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้รัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรีพิจารณามอบหมายให้คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทบทวนร่างแผนแม่บทการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืนและแผนพัฒนาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแผนบูรณาการและมีหลักการสำคัญดังนี้

๑.๑ ให้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาการศึกษาที่สร้างคนให้มีคุณภาพสู่สมดุลทางด้านสุขภาวะ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑๑

๑.๒ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ ตามความต้องการ และความจำเป็นของท้องถิ่น โดยเป็นอุตสาหกรรมที่คำนึงถึงการรักษาสถาบันทรัพยากร ไม่เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต และสุขภาพชุมชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

๑.๓ ให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่น และการกระจายรายได้ควบคู่ไปกับการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ

๑.๔ ให้ความสำคัญกับการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ ป่าสมุนไพรมัน พื้นที่ชุ่มน้ำ การส่งเสริม การเกษตรยั่งยืน และการพัฒนาระบบเศรษฐกิจพอเพียง

๑.๕ ให้ความสำคัญกับฐานความรู้ภูมินิเวศ เศรษฐกิจหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยเปิดโอกาสให้ ภาคประชาชนได้เสนอความต้องการและมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นในการพัฒนา ทั้งนี้ ขอให้รัฐบาลโดย คณะรัฐมนตรีมีมติให้การดำเนินโครงการพัฒนาของภาครัฐและเอกชนคำนึงถึงผลกระทบต่ออย่างรอบด้าน และ สร้างกลไกเพื่อพิจารณาข้อเสนอที่จะชะลอแผนงานและโครงการที่สร้างความขัดแย้ง และ/หรือมีผลกระทบต่อ สังคมและชุมชนทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพื่อเปิดโอกาสในการสร้างฉันทามติร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย

๒. ในการดำเนินการตามข้อ ๑ ขอให้คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประสานคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคชุมชน ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบจากการพัฒนา ตั้งคณะกรรมการทบทวนร่างแผนแม่บทพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจ ภาครัฐได้อย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เครื่องมือที่ หลากหลาย มุ่งเน้นสนับสนุนการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ของพื้นที่ การมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และคำนึงถึงผลกระทบ อย่างรอบด้าน

๓. ขอให้คณะกรรมการทบทวนร่างแผนแม่บทพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาครัฐได้อย่างยั่งยืนที่ได้ผ่านการ ทบทวนข้อ ๑ และ ๒ เรียบร้อยแล้ว จึงผลักดันให้แผนฯ ได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งในระดับภาคและระดับ ท้องถิ่น มีกลไกการติดตาม กำกับประเมินผล และเปิดเผยข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนทราบอย่างต่อเนื่อง

๔. ขอให้รัฐบาลโดยคณะรัฐมนตรีออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยแผนแม่บทการพัฒนาพื้นที่ เศรษฐกิจภาครัฐและภาคอื่น ๆ อย่างยั่งยืน เพื่อให้การดำเนินการของคณะกรรมการในข้อ ๒ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ภูมิภาคใต้

บริบทของภาคใต้บนความหลากหลายทางภูมินิเวศน์และวัฒนธรรม

๑. ในเชิงภูมิศาสตร์ พื้นที่ภาคใต้มีลักษณะเป็นด้ามขวานที่แคบและยาว ตลอดแนวกลางของด้ามขวานเป็นภูเขาสูงที่ลาดชันไปติดชายฝั่งทะเลทั้งสองด้านที่ยาวกว่าสองพันกิโลเมตร ลักษณะดังกล่าวทำให้แม่น้ำในภาคใต้ส่วนมากเป็นแม่น้ำสายสั้น ๆ แม้ปริมาณน้ำฝนจะมากกว่าภาคอื่น ๆ แต่น้ำฝนก็ไหลลงทะเลได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ปริมาณน้ำใต้ดินสะสมมีน้อย นอกจากนี้อัตราการชะล้างหน้าดินสูงกว่าภาคอื่น เป็นต้น

๒. ด้วยลักษณะที่ซับซ้อนเชิงระบบนิเวศน์ อันประกอบด้วยลักษณะของระบบนิเวศน์ที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง ทั้งด้านป่าต้นน้ำ พื้นที่เขา พื้นที่ควน พื้นที่ชุ่มน้ำที่ตั้งอยู่ในแถบเส้นศูนย์สูตร ทำให้ภาคใต้มีลักษณะระบบนิเวศน์แบบป่าฝนเขตร้อน (Tropical rainforest) ส่วนพื้นที่ชายฝั่งมีลักษณะเป็นสามเหลี่ยมปากแม่น้ำ (Estuaries) ซึ่งมีผลผลิตเบื้องต้น (Primary Production) สูงที่สุดในโลก เมื่อเทียบกับบริเวณอื่นๆ ของโลก (สูงกว่านาข้าวและทะเลทรายประมาณ ๔ และ ๔๗ เท่าตามลำดับ)^๑ โดยเฉพาะบริเวณอ่าวปัตตานี แหลมตะลุมพุก (ลุ่มน้ำปากพนัง) อ่าวบ้านดอน (สุราษฎร์ธานี) ลุ่มน้ำปะเหลียน (จังหวัดตรัง) อ่าวพังงา ทะเลสาบสงขลา เป็นต้น ภาคใต้ของไทยจึงเป็นแหล่งของผลผลิตเบื้องต้นที่เป็นต้นกำเนิดของห่วงโซ่อาหารที่อุดมสมบูรณ์มากทั้งสองฝั่งทะเล

๓. นอกจากนี้ชายฝั่งทะเลของภาคใต้ยังอุดมไปด้วยระบบนิเวศน์ชายฝั่งที่มีความอุดมสมบูรณ์ ได้แก่ ป่าชายเลน หญ้าทะเล แนวปะการัง หาดทราย หาดหิน ซึ่งเป็นแหล่งรวมความหลากหลายทางชีวภาพ และเป็นบริเวณที่มีบทบาทอย่างยิ่งต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ รวมทั้งเป็นแหล่งที่มาของรายได้ของประชาชนตั้งแต่ระดับท้องถิ่นไปจนถึงระดับประเทศ

๔. ด้วยระบบนิเวศน์ที่สมบูรณ์ดังกล่าว ส่งผลให้ภาคใต้กลายเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่นำรายได้จำนวนมหาศาลมาให้ประเทศไทย ในปี ๒๕๔๗ มีนักท่องเที่ยวต่างประเทศเข้ามาประเทศไทยถึง ๑๑ ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ ๙ ล้านคนมาท่องเที่ยวในจังหวัดชายฝั่งทะเล โดย ๔ ใน ๕ ของจังหวัดมีนักท่องเที่ยวมาเที่ยวชายฝั่งทะเลสูงสุดอยู่ในภาคใต้ คือ จังหวัดภูเก็ต กระบี่ สุราษฎร์ธานี สงขลา เป็นร้อยละ ๓๑.๖๑, ๗.๘๗, ๗.๓๖ และ ๖.๘๗ ตามลำดับ นอกจากนี้แนวโน้มของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี ๒๕๔๙ และ ๒๕๕๐ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ๑๓.๘๒ และ ๑๔.๔๖ ล้านคน ตามลำดับ^๒

๕. ในด้านผลิตผลการเกษตร แม้ว่า ภาคใต้มีพื้นที่และประชากรจำนวนน้อยกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศ แต่ผลผลิตการเกษตรคิดเป็นร้อยละ ๓๖ ของประเทศ (แผนภูมิที่ ๑) การผลิตด้านเกษตรก่อให้เกิด

^๑ Charles Ekupchella and Margaret C.Hyland, 1993, "Environmental Science", Prentice Hall International Editions, P31.

^๒ Tourism indicators ปี ๒๐๐๕ จาก world Tourism organization

วงจรเศรษฐกิจจำนวนมาก เช่น การทำประมง และการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ เป็นที่มาของอุตสาหกรรมต่อเนื่องต่าง ๆ ได้แก่ แพปลา โรงน้ำแข็ง โรงงานปลาป่น โรงงานแปรรูปสัตว์น้ำ เป็นจำนวนมาก จึงกล่าวได้ว่า อุตสาหกรรมในภาคใต้ล้วนเกิดขึ้นจากฐานการเกษตร และส่งผลให้มีการจ้างงานจำนวนมาก ระบบเศรษฐกิจดังกล่าวนำไปสู่การสะสมทรัพย์สินในรูปแบบกลุ่มออมทรัพย์ของชุมชนซึ่งมีมูลค่านับล้านบาทในภาคใต้ เช่น จังหวัดพัทลุง มีกลุ่มออมทรัพย์ เพื่อการผลิตทั้งหมด ๓๐๙ กลุ่ม มีเงินสะสมจะสะสมกว่าหนึ่งพันล้านบาท^๓ เป็นต้น

๖. นอกจากนี้ภาคใต้ยังเป็นแหล่งปลูกพืชพลังงานตลอดจนวัสดุเหลือใช้จากสวนยางพาราที่สามารถนำไปผลิตไฟฟ้า และน้ำมันไบโอดีเซลได้เป็นจำนวนมาก



๗. หากพิจารณารายได้ระดับชุมชน จากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.ท้องถิ่น)^๔ ซึ่งทำการศึกษารายได้ของชุมชนในระดับหน่วยตำบล พบว่า รายได้ต่อคนต่อปีของชาว ต.วังทอง จ.นครศรีธรรมราช ประมาณ ๙๙,๔๖๖ บาท เป็นรายได้ในภาคเกษตร ร้อยละ ๗๙ ตัวเลขนี้เป็นภาพสะท้อนของเศรษฐกิจชุมชนในภาคใต้เป็นอย่างดี

๘. ดังนั้นภาคใต้จึงมีสัดส่วนคนจนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ภาคใต้มี สัดส่วนคนจนร้อยละ ๕.๙ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศร้อยละ ๘.๕)^๕ นอกจากนี้ในภาคใต้ยังมีอัตราการว่างงานน้อยกว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^๖

๙. ในด้านวัฒนธรรม ภาคใต้มีประชากรที่มีความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา แต่มีการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง มีวิถีชีวิตประเพณีและอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมเฉพาะตัว และการย้ายถิ่นมีน้อย เนื่องจากความอุดมสมบูรณ์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและความเข้มแข็งของระบบเศรษฐกิจ

^๓ รายงานข่าวเศรษฐกิจฉบับไม่ส่งผลกระทบต่อออมทรัพย์ประชาชนโดย ASTV ผู้จัดการออนไลน์

^๔ รายงานศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยปี ๒๕๔๖ (สกว.ท้องถิ่น)

^๕ โครงสร้างเศรษฐกิจภาคใต้ ธนาคารแห่งประเทศไทย .

^๖ ข้อมูลสถิติแห่งชาติ.

๑๐. ในด้านการศึกษา จากงานวิจัยที่กระทรวงศึกษาธิการจัดทำขึ้น พบว่า การศึกษาของประเทศ ไทยที่มีครูอาจารย์ประมาณ ๗.๕ แสนคน และนักเรียนนักศึกษาประมาณ ๑๕ ล้านคนกำลังประสบกับปัญหา คุณภาพอย่างรุนแรง นักเรียนระดับมัธยมศึกษาโดยเฉลี่ยทั่วประเทศสอบตกทุกวิชา โดยที่นักเรียนในภาคใต้ มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด^๗ ดังนั้นการพัฒนาภาคใต้จึงควรเน้นที่การพัฒนาคน และการศึกษา เป็นสำคัญ และเร่งด่วนมากกว่าการพัฒนาอุตสาหกรรมขนาดใหญ่

๑๑. ในด้านสุขภาพ ภาคใต้ประสบปัญหาสุขภาพของแม่และเด็ก โรคติดต่อเฉพาะถิ่น เช่น ชิคุนกุน ยา โรคเท้าช้าง เป็นต้น รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากภัยพิบัติธรรมชาติ เช่น สึนามิ น้ำท่วม ดินถล่ม และความ มั่นคงในปัญหาชายแดนภาคใต้ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ รวมทั้งยังมีพื้นที่ห่างไกลที่ต้องการบริการทาง สุขภาพอย่างทั่วถึง ประกอบกับการพัฒนาภาคใต้ที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก อาจนำมาสู่โรคติดต่อ เช่น มาเลเรีย วัณโรค เป็นต้น ภาวะทางสุขภาพของภาคใต้จึงต้องได้รับการพัฒนาให้มีมาตรฐานเพิ่มขึ้นเพราะ ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาพื้นฐานที่สุดและเร่งด่วนมากกว่าการพัฒนาด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะ การพัฒนา อุตสาหกรรมขนาดใหญ่

๑๒. เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว ศักยภาพทางสังคมของภาคใต้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข ท่ามกลางเงื่อนไขทางทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจและรากฐานทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นรากฐานที่แข็งแรงของ ภาคใต้ จากความหลากหลายทางสังคมเช่นนี้ ทำให้การกำหนดแผนพัฒนาต้องคำนึงถึงความแตกต่างและให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการพัฒนาของภาคใต้ สถานการณ์แผนพัฒนาอุตสาหกรรมในภาคใต้

๑๓. นโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรมในภาคใต้ได้เริ่มมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๒ ในสมัย พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรีได้เสนอแนวคิดเรื่องสะพานเศรษฐกิจ (Land Bridge) เชื่อม ต่อระหว่างภาคใต้ฝั่งตะวันออกและฝั่งตะวันตก ต่อมาทั้งรัฐบาลนายชวน หลีกภัย นายบรรหาร ศิลปอาชา พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร และนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ ได้ผลักดันนโยบายพัฒนาอุตสาหกรรมในภาคใต้มาอย่าง ต่อเนื่องรวมทั้งรัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อ วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๑ ด้านนโยบายเศรษฐกิจต่อภาคอุตสาหกรรมว่า รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุน การพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ และให้มีการขับเคลื่อน โดยคณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน สถานการณ์นี้ สะท้อนให้เห็นว่ามีแนวโน้มที่รัฐบาลขับเคลื่อนการพัฒนาอุตสาหกรรมในภาคใต้้อยู่จริง และล่าสุดรัฐบาลได้ มีมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๒ ให้เปลี่ยนแปลงคณะกรรมการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ เป็นคณะกรรมการพัฒนาเขตอุตสาหกรรมเชิงนิเวศน์ โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ พิจารณาองค์ประกอบของคณะบุคคลเข้ามาเป็นคณะกรรมการเพื่อดำเนินการตามภารกิจต่อไป

๑๔. ปัจจุบันนี้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำกรอบแนวคิด การพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ ซึ่งแล้วเสร็จในเดือน มิถุนายน ๒๕๕๑ และต่อมาเป็นร่างแผนแม่บทการ พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืน (ร่างแผนแม่บทพัฒนาภาคใต้) ในเดือน กันยายน ๒๕๕๒ ที่ได้รับบุ

^๗ สภาวะการศึกษาไทย ปี ๒๕๕๐/๒๕๕๑ ปัญหาความเสมอภาค และคุณภาพของการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภา การศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ถึงแผนพัฒนาอุตสาหกรรมหลายประเภท ได้แก่ ปิโตรเคมี โรงถลุงเหล็ก และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ท่าเรือน้ำลึก โรงไฟฟ้าถ่านหิน โรงไฟฟ้านิวเคลียร์และเขื่อนเพื่อรองรับการพัฒนาอุตสาหกรรมดังกล่าว^{๑๕}

ข้อกังวลต่อร่างแผนแม่บทพัฒนาภาคใต้

๑๕. แม้ว่าร่างแผนแม่บทพัฒนาภาคใต้ยังไม่มีลักษณะเป็นแผนแม่บทการพัฒนาที่บังคับใช้อย่างจริงจัง แต่หากพิจารณาจากข้อมูลข้างต้น จะพบว่าเจ้าของโครงการทั้งของรัฐและเอกชนได้ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาต่าง ๆ ตามแนวทางของแผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้ และร่างแผนแม่บทพัฒนาภาคใต้ การชี้แจงโครงการและแผนพัฒนาดังกล่าวโดยภาครัฐและเจ้าของโครงการคลุมเครือไม่ชัดเจน ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีความสับสนในกระบวนการกำหนดแผนพัฒนา และการปฏิบัติตามแผน ที่มีความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาระดับภาคใต้ แผนพัฒนาของหน่วยงานรัฐ และโครงการพัฒนาต่างๆ มาจนถึงแผนพัฒนาจังหวัด ในขณะที่ประชาชนก็ไม่เห็นด้วยกับแผนพัฒนาฯ และโครงการพัฒนาดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องมาจากการจัดกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมยังมีไม่มากพอ และมักถูกกำหนดความสำคัญมาจากส่วนกลาง หรือจากกลุ่มคนเพียงบางกลุ่ม ทำให้ประชาชนและชุมชนไม่เห็นชอบกับแผนทั้งหมด อันนำไปสู่การถกเถียง และเกิดความขัดแย้ง ในพื้นที่ภาคใต้

๑๖. การพัฒนาอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในภาคใต้ตามแนวทางที่ผ่านมา มุ่งเน้นการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยขาดการตระหนักต่อสถานะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่มาจากกิจกรรมของมนุษย์ เช่น การสร้างสิ่งกีดขวางหรือสิ่งก่อสร้างถล่มไปทะเล ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการกัดเซาะชายฝั่งทะเล โดยเฉพาะอ่าวไทยด้านตะวันตกส่วนล่าง มีแนวชายฝั่งยาว ๕๑๐ กม. มีพื้นที่เสี่ยงต่อการกัดเซาะอย่างรุนแรง ๕ จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส^{๑๖} จากข้อมูลของ World Resource Institute /WRI ในปี ๒๕๔๘ ยังระบุไว้ชัดเจนว่าภาคเศรษฐกิจที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด ได้แก่ ภาคพลังงานและอุตสาหกรรม ซึ่งปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2) ร้อยละ ๗๒.๔๗ เป็นหลัก

๑๗. แผนพัฒนาหรือโครงการพัฒนาต่างๆ ไม่ได้ถูกวางแผนจากศักยภาพของพื้นที่อย่างเหมาะสม และขาดการวางผังเมืองในระดับต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาการแย่งชิงทรัพยากร และส่งผลมาสู่ปัญหาความขัดแย้งในชุมชนและสังคม ซึ่งสร้างความไม่ไว้วางใจต่อสถาบันของรัฐ และกลุ่มต่างๆ ในสังคม ข้อกังวลนี้ได้ขยายวงกว้างในภาคใต้ดังเช่น แผนพัฒนาอุตสาหกรรมก๊าซธรรมชาติที่ จังหวัดสงขลา อุตสาหกรรมเหล็กที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงพาณิชย์ในพื้นที่ชายฝั่งอันดามัน และแผนการพัฒนาอุตสาหกรรมปิโตรเคมีที่นครศรีธรรมราช ตลอดจนแผนพัฒนาอุตสาหกรรมที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งทำให้ภาคประชาชนมีข้อกังวลว่าจะเกิดปัญหาเช่นเดียวกับกรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง

๑๘. ภาคประชาสังคมและชุมชนมีความกังวลว่า ความขัดแย้งในภาคใต้จะมีแนวโน้มที่รุนแรงมากขึ้น หากแผนพัฒนาและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ปราศจากการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการควบคุมอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ วิถีชีวิต สุขภาพ และวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น

^{๑๕} สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, “(ร่าง) แผนแม่บทการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืน”, กันยายน ๒๕๕๒.

^{๑๖} <http://www.ipcc.ch/ipccreports/emission/index.php?idp=0>

๑๙. เพราะฉะนั้นกระบวนการกำหนดแผนพัฒนาตามศักยภาพพื้นที่ของภาคใต้ ทั้งในระดับภาค ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ชุมชนจำเป็นต้องวิเคราะห์ทางเลือกต่าง ๆ ของการพัฒนา โดยมีการประเมินผลกระทบและความเสี่ยงอย่างบูรณาการและรอบด้าน

ความคิดเห็นของประชาชนในภาคใต้

๒๐. ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในภาคใต้เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการ จัดทำโดย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (กรกฎาคม ๒๕๕๑) พบว่า

๑) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาของรัฐ

แนวคิดการพัฒนาที่เกี่ยวกับอุตสาหกรรมเหล็กและอุตสาหกรรมปิโตรเคมีมีส่วนของผู้ที่เห็นด้วยกับโครงการต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับโครงการพัฒนาทางด้านอื่น ๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาของประชาชนที่เห็นว่าแนวทางการพัฒนาให้ภาคใต้เป็นฐานทางด้านการเกษตร การท่องเที่ยว และอุตสาหกรรมที่มีพื้นฐานเดิมอันได้แก่ อุตสาหกรรมเกี่ยวกับยางพาราและปาล์มน้ำมันเป็นแนวทางการพัฒนาที่จะส่งผลดีต่อเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าแนวทางการพัฒนาที่จะให้ภาคใต้เป็นฐานทางด้านอุตสาหกรรมเหล็กและอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ทั้งนี้ตัวแทนภาคประชาชนยังได้สะท้อนความคิดเห็นในเวทีกลุ่มสนทนาว่า “ประชาชนไม่ได้ต่อต้านโครงการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมหนักอย่างไม่มีเหตุผล หากภาครัฐและกลุ่มทุนมีการเปิดเผยข้อมูลโครงการอย่างโปร่งใสและเป็นจริง มีการแสดงให้เห็นถึงผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากโครงการและวิธีการในการควบคุมจัดการอย่างเป็นระบบ มีการเปิดโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ รวมทั้งมีพื้นที่การพัฒนาอุตสาหกรรมที่ประสบความสำเร็จมาให้ดูเป็นตัวอย่าง ภาคประชาชนก็พร้อมที่จะรับฟังและยอมรับการพัฒนาดังกล่าว”

๒) ทิศทางการพัฒนาที่ประชาชนต้องการ

ประชาชนในภาคใต้ต้องการได้รับการพัฒนาด้านการเกษตรและอุตสาหกรรมที่มีพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว รวมทั้งต้องการได้รับการส่งเสริมด้านการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ควบคู่ไปกับการท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ นอกจากนี้ประชาชนยังต้องการกิจกรรมการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจในลักษณะที่สามารถก่อให้เกิดกระจายรายได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของชุมชนท้องถิ่น รวมทั้งต้องเป็นกิจกรรมที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

๓) ความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ประชาชนต้องการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาของรัฐในระดับปานกลางถึงมาก โดยรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ประชาชนต้องการมากที่สุด คือ การรับรู้ข้อมูลแนวคิดและโครงการพัฒนาของรัฐ ในขณะที่ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มสนทนาพบว่า ตัวแทนภาคประชาชนและภาคีการพัฒนาที่เกี่ยวข้องได้สะท้อนความต้องการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้น คือ ต้องการมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการร่วมคิดและร่วมวางแผนการพัฒนาพื้นที่ของตนเองด้วย

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาข้อเสนอต่อกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ ตามเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๑๑

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน^๑

ตระหนัก ว่าระบบบริการปฐมภูมิเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและประชาชนทุกกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยง กลุ่มคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ และกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก รวมทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

รับทราบ ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนมากยังต้องได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน อันเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากรด้านอื่นที่ไม่เพียงพอเหมาะสม และการพัฒนาที่ขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งการประสานแผนการดำเนินงานและการบริหารจัดการยังไม่มีเอกภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมจำกัด อันเป็นผลให้ประชาชนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

ตระหนัก ว่าปัญหาสุขภาพและภาวะโรคในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งมีปัจจัยกระทบที่มีความซับซ้อนมากขึ้น แต่หน่วยบริการปฐมภูมียังไม่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีความกังวล ต่อภาระงานบริการที่เพิ่มมากขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ และผลกระทบต่อคุณภาพบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับ

ตระหนัก ถึงนโยบายการพัฒนาและข้อกำหนดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หลักการ เป้าหมาย และมาตรการที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ และนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตระหนัก ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๗ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ข้อ ๒.๓ (การถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...)

มีความกังวล ต่อการขาดความยืดหยุ่น ความไม่คล่องตัว และไม่ตรงวัตถุประสงค์ในการใช้งบประมาณเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของงบประมาณกระตุ้นเศรษฐกิจภายใต้ “แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕”

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๔

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีภาคประชาชน พัฒนาแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ชัดเจนให้แล้วเสร็จภายในปี ๒๕๕๓ โดยนำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ ๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ประสานกับแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕ นโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๗ มาประกอบในการพัฒนาด้วย เพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีดำเนินการอนุมัติเป็นแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต่อไป โดย

๑.๑ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความพร้อม มีคุณภาพ มีศักยภาพ และสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชนในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นบริการลำดับแรกแก่ประชาชน ก่อนไปรับบริการในระดับทุติยภูมิหรือระดับอื่น ๆ ภายในระยะเวลา ๕ ปี หรือภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

๑.๒ ให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ให้ความสำคัญและมีแผนที่ชัดเจนเรื่องการลงทุนด้านกำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีจำนวนเพียงพอและเป็นความสำคัญลำดับต้น ก่อนการลงทุนด้านโครงสร้างและเครื่องมืออุปกรณ์

๑.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงโครงสร้างภายในให้มีหน่วยงานที่เป็นกลไกกลาง มีการบริหารงานอย่างคล่องตัว เป็นอิสระ โดยมีงบประมาณรองรับที่ชัดเจนในการจัดการแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และให้มีกลไกการกำกับทิศทางทำหน้าที่กำกับและติดตามการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศในระยะยาว โดยเป็นกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๒. พัฒนากลไกที่มีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล อย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยให้

๒.๑ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดมาตรการหรือกลไกที่ทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณและการกระจายกำลังคนที่รองรับระบบหลักประกันสุขภาพในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล อย่างมีส่วนร่วมและตรวจสอบได้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ

๒.๒ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยพิจารณาดำเนินการแก้ไขกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนมาตรการและกลไกบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อสนับสนุนให้มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ

๒.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีภาคประชาชนร่วมเป็นกรรมการในกลไกที่กำหนดทิศทางบริหารจัดการ สนับสนุนทรัพยากร และติดตามประเมินผล เพื่อให้มีระบบบริการปฐมภูมิที่ยั่งยืนในพื้นที่

๒.๔ ให้มีกลไกอิสระที่มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน

ความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

๑. ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกสำคัญในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป^๑ ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและปฏิรูประบบสุขภาพ^๒ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกมาร่วม ๓๐ ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๗๘ หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศและในประเทศไทยสนับสนุนว่า ระบบบริการปฐมภูมิมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข^๓

๒. ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศมิใช่บริการที่จัดเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน นอกจากนี้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จากโรคติดต่อเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลที่บูรณาการและต่อเนื่อง โดยที่ระบบบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการในลักษณะดังกล่าวได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังได้เพิ่มอุปสงค์ต่อบริการสาธารณสุขมากขึ้นจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

๓. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๖ ข้อ ๔๔ ได้กำหนดเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ “ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่พึ่งหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองได้ด้านสุขภาพมากขึ้น”

^๑ Starfield B, Shi L, and Macinko J (2005) Contribution of Primary Care to health systems and health. The Milbank Quarterly 83(3): 457-502

^๒ McDonald, J. and Hare, L. (2004) Literature review: the contribution of primary and community health services. The Center for Health Equity, Training, Research & Evaluation Centers for Primary Care & Equity, UNSW. Retrieved from [http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/\\$file/McDonald_J_\(2004\)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf](http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/$file/McDonald_J_(2004)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf)

^๓ WHO (2008) The World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, World Health Organization

สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิปัจจุบัน

๔. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการที่ให้บริการด้านแรกแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน ทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการเชิงรุกที่บ้านและในชุมชน มีบทบาทรับผิดชอบดูแลประชากรในขอบเขตพื้นที่หรือประชากรที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการอย่างชัดเจนต่อเนื่อง

๕. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดเทศบาล คลินิกเอกชนหรือคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่มีการขยายบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยชื่อที่เรียกมีความแตกต่างกันตามสังกัดของหน่วยงาน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ ๙๘) และดูแลรับผิดชอบประชาชนในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ ๙๑)^๔

๖. หน่วยบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก คือ สถานีอนามัย ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีการจัดตั้งและเพิ่มจำนวนสถานีอนามัยซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด มาโดยตลอดในช่วงเวลาเกือบ ๓๐ ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันมีสถานีอนามัยให้บริการในทุกตำบลทั่วประเทศ และบางตำบลมีมากกว่า ๑ แห่ง โดยมีจำนวนรวมทั้งหมด ๙,๗๖๒ แห่ง^๕ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มจำนวนของสถานีอนามัยในระยะหลังปี ๒๕๔๔ น้อยลงมาก รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก ในขณะที่จำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยต่อประชากรลดลง ทั้งนี้ ในช่วงทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยระหว่างปี ๒๕๓๕-๒๕๔๔ ส่วนใหญ่รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข เน้นการลงทุนเพิ่มเติมในด้านโครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ แต่มีการพัฒนาในด้านกำลังคนค่อนข้างน้อย ไม่สอดคล้องกับการพัฒนาด้านโครงสร้าง

๗. ในระยะที่เริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการปฐมภูมิถูกกำหนดให้เป็นหน่วยบริการประจำและได้รับความสำคัญมากขึ้น มีการพัฒนาในลักษณะหลากหลายรูปแบบมากขึ้น ภาคเอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังเป็นเพียงระยะเริ่มต้นที่ดำเนินการได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิต่างกันด้านบุคลากร และองค์ความรู้ที่จำกัด ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยาวนานอย่างเพียงพอ

๘. งบประมาณเพื่อการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นงบประมาณที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณร้อยละ ๗๖ ของงบดำเนินการทั้งหมด เป็นงบประมาณตรงจากกระทรวงสาธารณสุขเพียงร้อยละ ๖.๕^{๖,๗} โดยเงินงบประมาณแผ่นดินที่รับมาเพื่อเป็นเงินเดือนคิดเป็นร้อยละ ๖๙ ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด งบประมาณของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. เป็นงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยนอก ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมีโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลหลัก และการบริหารจัดการนี้มีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างมาก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิขาด

^๔ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

^๕ กระทรวงสาธารณสุข สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ(บรรณาธิการ) (๒๕๕๐) Thailand Health Profile 2005-2007

^๖ สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (๒๕๕๒) รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารอัดสำเนา)

^๗ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (๒๕๕๒) รายงานสถานการณ์การคลังของหน่วยบริการปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา)

การมีส่วนร่วมและไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการจัดการงบประมาณ ทำให้ขาดความคล่องตัวในการวางแผนการดำเนินงานระยะยาว อีกทั้งงบประมาณที่จัดสรรไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนค่อนข้างน้อยคือเฉลี่ยปีละ ๑๕๐ บาทต่อหัวประชากร (ไม่รวมเงินเดือน)^๔

๙. บุคลากรเพื่อให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นน้อยมาก โดยเฉลี่ยมี ๒.๘ คนต่อแห่ง (รายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) งบประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๑ คน ต่อประชากร ๑,๒๕๐ คน) มีพยาบาลวิชาชีพร่วมปฏิบัติงานประมาณครึ่งหนึ่ง และมีแพทย์ร่วมให้บริการเพียงร้อยละ ๒ ในขณะที่ภาระงานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพโดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สู่ระดับสถานีนามัยและสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขณะเดียวกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมาก ทำให้เพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการเอง นอกจากนี้การเติบโตและการขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการกำหนดตำแหน่งสายงานด้านสาธารณสุขที่มีความก้าวหน้ามากกว่าเมื่อเทียบกับกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้บุคลากรที่มีคุณภาพและประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนไม่น้อยขอย้ายไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะส่งผลให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรมีความรุนแรงยิ่งขึ้น^๕

๑๐. การใช้บริการผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบว่าตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ระดับสถานีนามัยเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ ๔๘ ของจำนวนผู้ป่วยนอกที่รับบริการทั้งหมด แต่ต่อมาสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนามัยลดลงเล็กน้อย เมื่อเทียบสัดส่วนของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีนามัยในปี ๒๕๔๙ เท่ากับ ๒๐.๑, ๓๘.๘ และ ๔๑.๑ ตามลำดับ^๖ อย่างไรก็ตาม ประชาชนโดยส่วนใหญ่ยังให้ความนิยมในการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนามัยมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนามัยซึ่งสูงมากกว่า ในขณะที่เดียวกัน การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ก่อให้เกิดผลกระทบกับคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลและมีแนวโน้มการฟ้องร้องขัดแย้งในการรับบริการเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้การบริการเพียงเฉพาะที่โรงพยาบาลไม่เพียงพอสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิดและมีคุณภาพได้ หากไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพกระจายอยู่ในพื้นที่อย่างเพียงพอ และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๑๑. การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellence center) ที่ผ่านมา เน้นการพัฒนาที่หน่วยบริการตติยภูมิขั้นสูงที่กระจุกตัวในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่เป็นหลัก ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

^๔ พินิจ ฟ้าอำนวยผล (๒๕๕๑) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เอกสารอัดสำเนา)

^๕ นงลักษณ์ พะโกยะ เอกชัย ด้านชาญชัย ยลฤดี ตันทสิทธิ์ พูนทรัพย์ โพนสิงห์ (๒๕๕๐) รายงานการวิจัยการดำรงอยู่อย่างพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (เอกสารอัดสำเนา)

^๖ กระทรวงสาธารณสุข สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ(บรรณาธิการ) (๒๕๕๒) Thailand Health Profile 2005-2007

ของผู้ป่วย ขณะเดียวกันประสิทธิผลของการลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคสำคัญ เช่น อัตราตายจากโรคมะเร็งมีได้ ลดลงจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะลุกลามของโรคแล้ว เนื่องจากมิได้พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบและ ครบวงจร รวมทั้งระบบการคัดกรองโรคและการส่งต่อซึ่งเป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ได้รับ การพัฒนาร่วมด้วยในโครงการดังกล่าว^{๑๑}

๑๒. พระราชบัญญัติกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้ระบุให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้าน สาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ทดลองถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นไปเพียงจำนวน ๒๖ แห่ง และยังไม่มีการกำหนดแนวทางเพื่อตอบสนองต่อเรื่องนี้อย่างชัดเจน แม้ว่าจะมีการประเมินโดยเบื้องต้นว่า การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะไม่มีผลกระทบ ในเชิงลบต่อการปฏิบัติงานของสถานีอนามัยและสถานะทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

๑๓. แม้ว่าได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และภาคีอื่นที่ เกี่ยวข้อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการในการบริหารยุทธศาสตร์ ซึ่ง สปสช. ได้นำกรอบยุทธศาสตร์นี้ไป ประกอบในการจัดทำแผนงาน แต่การดำเนินงานในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขยังขาดความชัดเจน เนื่องจากยัง ไม่มีแผนงบประมาณที่รองรับแผนยุทธศาสตร์นี้ และแผนนี้ยังมิได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี เพื่อรับรอง กรอบงบประมาณในการดำเนินการที่ต่อเนื่อง

๑๔. สปสช. ได้มีการจัดงบประมาณการลงทุนที่สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ปีละประมาณ ๑,๐๐๐ ล้านบาท แต่การใช้เงินงบประมาณนี้ก็มิข้อจำกัดที่ถูกระบุให้ลงทุนในด้านที่เป็นโครงสร้าง อาคารสถานที่และครุภัณฑ์อุปกรณ์ ไม่สามารถนำไปลงทุนทางด้านกำลังคนอย่างเต็มที่ทั้งที่เป็นส่วนขาดที่สำคัญ ของหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ และ สปสช. เองก็ถูกกำหนดให้มีบทบาทในการพัฒนาหน่วยบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จำกัด ทั้งที่ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นทางเลือกของการจัดบริการ ที่เพียงพอนอกจากนี้แม้ว่ารัฐบาลที่นำโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จะมีความพยายามทุ่มเทงบประมาณจำนวนมาก ถึงกว่า ๘ หมื่นล้านบาท เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจและพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยภายใต้ “แผนปฏิบัติการไทยเข้ม แข็ง ๒๕๕๕” แต่งบประมาณส่วนใหญ่ยังเป็นไปเพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อระบบ บริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่า โดยมีงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากร เพียงประมาณ ๑,๐๔๐ ล้านบาท ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าวยังค่อนข้างขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นระบบราชการที่ไม่คล่องตัว

ประเด็นปัญหา

๑๕. การบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เป็นเอกภาพ และการมีส่วนร่วมมีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมี ข้อจำกัด

๑๕.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่ อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวง สาธารณสุข แต่งบประมาณเพื่อการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นงบประมาณจาก สปสช. ที่จัดสรรผ่านเครือข่ายบริการ

^{๑๑} สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วีระศักดิ์ พุทธาศรี เพ็ญแข ลากยั้ง และ แพรว จิตตินันท์ (๒๕๕๑) รายงานผลการประเมินการพัฒนา ระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ปฐมภูมิที่เป็นโรงพยาบาล และแผนการกระจายอำนาจกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมาัย ให้ไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทั้งหมดนี้ต่างมีผลกระทบต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในอนาคตเนื่องจากขาดการประสานแผนที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกภาพ

๑๕.๒ การสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. ในด้านงบประมาณเพื่อการจัดบริการและการลงทุนตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ยังขาดการประสานและการบริหารจัดการโดยเครือข่ายหน่วยบริการในระดับจังหวัดและอำเภอที่มีประสิทธิภาพ

๑๖. งบประมาณเพื่อการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เท่าเทียม ไม่เพียงพอและไม่คล่องตัว

๑๖.๑ การลงทุนจากภาครัฐเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิไม่ต่อเนื่อง และไม่ใช่ออกภาพ

๑๖.๒ การเพิ่มขึ้นของงบประมาณเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิน้อยกว่างบประมาณที่สนับสนุนการจัดบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล โดยเฉพาะงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยใน ซึ่งมีอัตราการเพิ่มสูงสุดเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๒๕ ต่อปีระหว่างปี ๒๕๔๖-๒๕๕๑ ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค มีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ ๓ และร้อยละ ๘ ต่อปีตามลำดับ นอกจากนี้แนวทางการจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการปฐมภูมิที่ไม่ชัดเจน โดยรวมไปกับการจัดบริการของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ขึ้นอยู่กับการจัดการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง

๑๖.๓ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปีแต่แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังไม่ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดงบประมาณและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบดำเนินการตามแผน

๑๖.๔ งบประมาณตาม “แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕” ยังเป็นไปเพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อระบบบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่า โดยมีงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากรเพียงประมาณ ร้อยละ ๑ ของงบประมาณทั้งหมด ทั้งนี้งบประมาณดังกล่าวยังคงค่อนข้างขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นระบบราชการที่ขาดความคล่องตัว และขาดความชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

๑๗. บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความขาดแคลนที่เรื้อรัง

๑๗.๑ บุคลากรเพื่อระบบบริการปฐมภูมิยังมีไม่เพียงพอ ทั้งในด้านจำนวนของบุคลากรพื้นฐาน และประเภทของบุคลากรเฉพาะบางประเภทที่มีสอดคล้องกับแนวโน้มของปัญหา เช่น กลุ่มที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (health educator) และกลุ่มที่ดูแลสุขภาพของชุมชน (community and population health) ยังมีความขาดแคลน

๑๗.๒ ปัญหาสำคัญที่ทำให้บุคลากรไม่เพิ่มขึ้น เนื่องจาก นโยบายและแนวทางการจัดสรรบุคลากรไปปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ชัดเจน รวมทั้งไม่มีตำแหน่งข้าราชการสำหรับบรรจุเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ และไม่มีทางเลือกแนวทางในการจ้างงานแบบใหม่ที่จูงใจให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการประเภทนี้อย่างต่อเนื่อง

๑๗.๓ ปัญหาการขาดความก้าวหน้าในสายงาน เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานจบจากหลักสูตร ๒ ปีที่ผลิตโดยกระทรวงสาธารณสุข เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ทันตภิบาล เป็นต้น ซึ่งบุคลากรเหล่านี้มีข้อจำกัดในความก้าวหน้าในสายอาชีพ ส่งผลให้บุคลากรจำนวนมากปรับเปลี่ยนไปยังสายงานที่มีความเติบโตมากกว่า โดยเฉพาะสายงานที่มีกรอบอัตราตำแหน่งอยู่ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๑๘. รูปแบบการจัดการบริการยังจำกัด ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ไม่เต็มที่

๑๘.๑ มีการพัฒนารูปแบบและยกระดับคุณภาพการจัดบริการปฐมภูมิในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น ทั้งที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตชนบท ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเมือง เครือข่ายบริหารจัดการบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ การพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาล รวมทั้งคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมของกระบวนการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ แต่การสนับสนุนโดย สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขยังขาดความต่อเนื่องและเปลี่ยนวิธีการสนับสนุนบ่อย ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขยังคงเน้นการพัฒนาตามโครงการ และดำเนินการเหมือนกันทั่วประเทศ

๑๘.๒ มีการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อยกระดับคุณภาพบริการของสถานีนอมาลัย โดยรัฐบาล แต่การดำเนินงานยังเน้นไปที่การพัฒนาส่วนที่เป็นโครงสร้างและสิ่งก่อสร้างอย่างรวดเร็ว แต่แผนการพัฒนาในด้านกำลังคน และการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิในระดับตำบลยังขาดความชัดเจน

๑๘.๓ การจัดบริการสาธารณสุขเชิงรุก ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ยังไม่สามารถทำให้เป็นรูปธรรมที่มีประสิทธิผลชัดเจน การมุ่งใช้นโยบายประชานิยมซึ่งเน้นการให้บริการสาธารณสุข ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หวังพึ่งพาแต่ระบบประกันสุขภาพที่รัฐเป็นผู้ให้บริการ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถในดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

๑๘.๔ ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกันโดยเฉพาะกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ และประชาชนชายขอบ

๑๙. การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ยังน้อย

๑๙.๑ การจัดการเพื่อการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน ในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมียังมีความไม่ชัดเจนทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

๒๐. จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะ ๕ ปี แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙ และการระดมสมองร่วมกับภาคี หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชน และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีข้อสรุปหลักการเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ดังนี้

รัฐควรจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่ให้บริการอย่างมีคุณภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยที่ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มอายุให้การยอมรับและไว้วางใจในการเป็นที่พึ่งหลักของประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เป็นบริการที่มีคุณภาพ สามารถดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบแบบผสมผสาน ต่อเนื่องรวมทั้งเป็นบริการเชิงรุก และสนับสนุนให้ประชาชนและชุมชนดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งเป็นบริการถึงบ้านและชุมชนในกรณีที่ประชาชนมาใช้บริการที่สถานพยาบาลไม่ได้ และมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถดูแลเองได้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสม โดยหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีลักษณะและรูปแบบที่แตกต่างกันได้ แต่จะต้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และความต้องการของประชาชน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๔

ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย^๑

กังวล ต่อค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศที่สูงเกินจำเป็น รวมทั้งสถานการณ์การใช้ยาไม่เหมาะสม

ห่วงใย ว่ามีการส่งเสริมการส่งใช้ยาที่ขาดจริยธรรม โดยมีทั้งผู้เสนอผลประโยชน์และผู้เรียกร้องผลประโยชน์ บนความเจ็บป่วยของประชาชน

ตระหนัก ว่าการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมมีความเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ดังกล่าว เกิดผลกระทบต่อความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อถือที่สังคมมีต่อแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ตระหนัก ถึงนโยบายและข้อกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันมีเพียงกฎหมายที่ควบคุมโฆษณา แต่ยังมีปัญหาในเชิงประสิทธิภาพและความไม่เท่าทันสถานการณ์ รวมทั้งไม่ได้มีการควบคุมการส่งเสริมการขายยาแต่อย่างใด

เห็นว่า ทุกภาคส่วนในระบบยามีหน้าที่สำคัญในการช่วยแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ได้แก่ ภาคการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรที่ดูแลการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรที่ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งสามระบบ ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม สื่อมวลชน สื่อภาคประชาชน และประชาสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ตามภาคผนวกท้ายมติ^๒ นี้

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ นำเสนอยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามยุทธศาสตร์

๒.๒ นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

๒.๒.๑ เพื่อมอบหมายคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จัดตั้งคณะทำงานที่มาจากทุกภาคส่วน ที่ไม่มีส่วนได้เสียกับธุรกิจยาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำหน้าที่

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๘

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๔. ผผนวก ๑

๑) พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก รวมถึงแนวปฏิบัติทั้งในต่างประเทศและระหว่างประเทศ ให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ และปรับปรุงให้ทันสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนการส่งเสริมการขาย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยา และธรรมาภิบาล ความโปร่งใส ผลประโยชน์ทับซ้อนในระบบยาที่เกี่ยวข้อง

๒) ศึกษากระบวนการนำหลักเกณฑ์จริยธรรมที่เป็นเกณฑ์กลางของประเทศมาบังคับใช้ในรูปของกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบบริหารกฎหมายที่เข้มแข็ง มีผลบังคับใช้ได้

๓) ประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้รับทราบและนำหลักเกณฑ์จริยธรรมฯ ไปประยุกต์ใช้หรือขยายเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ให้คณะทำงานฯ ปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี

๒.๒.๒ เพื่อมอบหมายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ร่วมกันตั้งคณะทำงานศึกษาพัฒนาข้อเสนอในการจัดตั้งองค์การที่ทำงานอย่างอิสระ ให้ทำหน้าที่รับผิดชอบจัดทำกลไกติดตามตรวจสอบ รวบรวมและรายงานสถานการณ์การส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมในระดับประเทศ โดยมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนรวมถึงภาคประชาสังคมร่วมตรวจสอบ ให้รัฐจัดสรรและสนับสนุนงบประมาณเพื่อการบริหารจัดการองค์การอิสระอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ให้คณะทำงานฯ ปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

ยุทธศาสตร์ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย

เป้าหมาย

๑. ประเทศไทยยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย
๒. ประเทศไทยมีระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่มีประสิทธิภาพ เท่าทันกับสถานการณ์ และมีระบบจัดการแก้ไขปัญหาระยะยาว

ยุทธศาสตร์

การยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๕ ด้าน รายละเอียดดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ด้านกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการส่งเสริมการขายยา
๒. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๓. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๔. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือของภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยาเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม
๕. ยุทธศาสตร์ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๑. ยุทธศาสตร์ด้านกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการส่งเสริมการขายยา

ให้สถาบันการศึกษาร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการดังต่อไปนี้

- ๑.๑ ศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศในการออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยา และการจัดทำรายงานค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ หรือสถานพยาบาล หรือร้านขายยา
- ๑.๒ ประยุกต์ใช้บทเรียนในข้อ ๑.๑ ในบริบทของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยาหรือแก้ไขปรับปรุงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมการขายที่ให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ หรือสถานพยาบาล หรือร้านขายยา เป็นต้น

๒. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

สถาบันการศึกษาทางการแพทย์และสุขภาพและสถานพยาบาลร่วมกันดำเนินการดังนี้

๒.๑ ร่วมพัฒนาหลักเกณฑ์จริยธรรมด้านการส่งเสริมการขายยาตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกรวมทั้งประสบการณ์ต่างประเทศให้เป็นเกณฑ์กลางของประเทศ ปรับปรุงให้ทันสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง และนำไปปรับใช้ในแต่ละสถาบัน

๒.๒ บังคับใช้หลักเกณฑ์จริยธรรมตาม ๒.๑ กับทุกภาคส่วน เพื่อควบคุมการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมให้มีประสิทธิภาพ

๒.๓ พัฒนาปรับปรุงหลักเกณฑ์จริยธรรมตาม ๒.๑ อย่างต่อเนื่องให้เท่าทันสถานการณ์

๒.๔ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมผลักดันให้หลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาตาม ๒.๑ และรวมทั้งการส่งเสริมการส่งจ่ายยาด้วยชื่อสามัญทางยา (generic name) เป็นหนึ่งในการพิจารณามาตรฐานโรงพยาบาลควบคู่กับเกณฑ์มาตรฐานในเรื่องการใช้จ่ายที่เหมาะสม

๒.๕ ในส่วนของโรงพยาบาล ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดต้องแจ้งรายงานผลการส่งจ่ายยาที่ผิดปกติเพื่อให้แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาและคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลรับทราบและแก้ไขปรับปรุงให้ทันเหตุการณ์ โดยอาจพิจารณาเชื่อมโยงควบคู่กับกิจกรรมการส่งเสริมการขายยาในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

๒.๖ ให้สถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนทางวิชาการแก่ภาคประชาสังคม

๓. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพและองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล และองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาอุตสาหกรรม สมาคมสื่อมวลชน ร่วมกันดำเนินการดังนี้

๓.๑ พัฒนาและกำหนดหลักเกณฑ์จริยธรรมด้านการส่งเสริมการขายยาให้เป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรมหรือจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพแต่ละสาขา

๓.๒ จัดทำระบบที่ชัดเจนและตรวจสอบได้ในการเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๓.๓ ตรวจสอบและดำเนินการตามมาตรการบังคับขององค์กรวิชาชีพนั้น ๆ อย่างเคร่งครัดเมื่อมีการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๓.๔ นำมาตรการยกย่องชมเชยมาใช้เพื่อสนับสนุนการประกอบวิชาชีพตามหลักการใช้จ่ายที่เหมาะสม

๔. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือของภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยาเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ให้องค์กรภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจยา ทั้งภาครัฐและเอกชน มีหน้าที่ดำเนินการดังต่อไปนี้

๔.๑ กำหนดแนวทางปฏิบัติขององค์กรและบุคลากรเพื่อยุติการขายยาที่ขาดจริยธรรม และสอดคล้องกับเกณฑ์จริยธรรมกลางของประเทศไทย

๔.๒ ดำเนินการให้มีการกำกับติดตาม ให้องค์กรและบุคลากรปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และมีสภาพบังคับแก่ผู้ที่ฝ่าฝืน

๔.๓ จัดให้มีระบบเฝ้าระวังและรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๔.๔ เปิดเผยข้อมูลเรื่องการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมสู่สาธารณชนและรายงานต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบถึงการดำเนินการเพื่อยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมเป็นประจำทุกปี

๕. ยุทธศาสตร์ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ให้ภาคประชาสังคม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

๕.๑ รัฐโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง จัดงบประมาณสนับสนุนการรวมตัวของภาคประชาชนในการติดตาม ตรวจสอบ และเฝ้าระวังการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม และนำมาเปิดเผยต่อสาธารณะ

๕.๒ ภาคประชาสังคมจัดทำแผนการเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงานเพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานและประเมินผล โดยนำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง

๕.๓ ทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำแผนการเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงานเพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานและประเมินผล โดยนำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง

๕.๔ สื่อมวลชนมีบทบาทร่วมกับภาคประชาสังคมในการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมและสร้างความเท่าทันต่อขบวนการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย

สถานการณ์

๑. ยาเป็นสินค้าคุณธรรมซึ่งมีทั้งคุณและโทษต่อร่างกายมนุษย์ การส่งเสริมการขายยามีส่วนกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยบางครั้งมิได้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพตามหลักการใช้อย่างสมเหตุผล จึงเป็นการเพิ่มความเสียหายหรืออันตรายให้แก่ผู้บริโภค และการส่งเสริมการขายยายังทำให้ยาราคาแพงขึ้นโดยไม่จำเป็น ไม่เพียงเท่านั้น การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมหรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน ยิ่งซ้ำเติมปัญหาดังกล่าวให้ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น

๒. องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับเรื่องปัญหาการส่งเสริมการขายยาที่มีผลกระทบต่อการใช้ยา ได้ปรากฏในมติสมัชชาขององค์การอนามัยโลกหลายครั้ง ได้กำหนดนิยามของ “การส่งเสริมการขายยา” ว่าหมายถึงการกระทำใด ๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลและการชักชวนหรือล่อใจทุกวิถีทางโดยผู้ผลิตและผู้จำหน่าย เพื่อชักนำให้เกิดการสั่งยา การจัดหา การสั่งซื้อยาและการใช้ยาเพิ่มขึ้น

๓. เกณฑ์จริยธรรมขององค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการส่งเสริมการขายยาที่เหมาะสมไว้อย่างละเอียด เน้นว่าควรจะสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติและอยู่ภายใต้กฎหมายของแต่ละประเทศ โดยมีประเด็นควรคำนึงถึงทั้งเนื้อหาและรูปแบบที่นำเสนอในการส่งเสริมการขาย เช่นเป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือ เป็นความจริง ความถูกต้อง เป็นข้อมูลความรู้ที่สมดุรอบด้าน ทันสมัยสามารถพิสูจน์ได้ และมีจริยธรรมที่ดี โดยย้ำว่าการส่งเสริมการขายไม่ควรนำไปสู่การสั่งใช้ยาเพื่อการตอบแทนผลประโยชน์ ทั้งเป็นเงินและวัตถุตามคำขอของบุคลากรทางสาธารณสุขทั้งทางตรงและทางอ้อม ในทางกลับกันบุคลากรทางสาธารณสุขก็ไม่ควรจะได้รับหรือแสวงหาประโยชน์ใด ๆ

๔. ประเทศไทยประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่ดูแลประชากรประมาณ ๕ ล้านคน พบว่าเพิ่มสูงขึ้นเป็น สองเท่าหรือคิดเป็นมูลค่าสูงถึง ๕๔,๙๐๔ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งสองระบบดูแลประชากร รวม ๕๗ ล้านคน โดยที่มูลค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ คิดเป็นเงินรวมเพียง ๙๘,๗๐๐ ล้านบาทเท่านั้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะระบบการสั่งใช้ยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นไม่มีการควบคุมการสั่งจ่ายยา และจ่ายตามการเบิกจริง จึงเป็นเหตุให้ไม่เป็นไปตามหลักการใช้อย่างสมเหตุผล ด้วยการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

๕. ค่าใช้จ่ายในการโฆษณาของไทยที่พบก็มีมูลค่าสูงมาก ตัวอย่างเฉพาะการโฆษณายาสู่มัธยมศึกษา ในช่วงตลอด ๓ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๑) สูงกว่ากว่า ๒.๕ พันล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ถ้านับรวมทั้งหมดถึงการพูดสดในรายการโดยผู้ประกาศเอง การโฆษณาหลากหลายรูปแบบทั้งผ่านทางอินเทอร์เน็ต วิทยุชุมชน รายการสุขภาพคอลัมน์ตอบปัญหาสุขภาพ และการโฆษณาแฝงต่าง ๆ ฯลฯ ที่กำลังขยายเพิ่มมากขึ้น และการโฆษณายาสู่มัธยมศึกษา

ผู้ประกอบการวิชาชีพ ค่าใช้จ่ายด้านโฆษณาจะมีสูงกว่านี้หลายเท่า แต่เมื่อขาดระบบการควบคุมกำกับและติดตามที่รัดกุมเข้มงวด จึงยากที่จะระบุตัวเลขค่าใช้จ่ายการส่งเสริมการขายยาที่ถูกต้อง ครบถ้วน

๖. การส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรมได้ดึงเอาแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรอื่น รวมทั้งสื่อสารมวลชน เข้าร่วมรับผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบต่าง ๆ จากบริษัทฯ ทั้งที่เป็นผลประโยชน์ทางตรงและผลประโยชน์แอบแฝง ความพยายามในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทฯ ผ่านผู้แทนยา (ซึ่งมีทั้งที่เป็นเภสัชกรและไม่ใช่เภสัชกร) ด้วยการให้ผลประโยชน์ ของขวัญ ของชำระ อาหาร การเลี้ยงรับรอง การสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการ การเดินทางต่างประเทศ การให้ทุนสนับสนุนทั้งในระดับบุคคลและสถาบัน ฯลฯ เพื่อให้แพทย์คุ้นเคยกับยาของบริษัทและอาจเลือกสั่งใช้ยาจากผลประโยชน์ทับซ้อน จึงทำให้บุคลากรด้านสุขภาพรุ่นใหม่จำนวนหนึ่งเข้าใจผิดและเชื่อว่าผลประโยชน์เหล่านี้เป็นสิทธิที่พึงได้รับหรือใช้ประโยชน์ได้

๗. การส่งเสริมการขายยาที่มุ่งสนับสนุนผลประโยชน์ทับซ้อนในลักษณะนี้ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสถานการณ์ประจำวันในสังคมไทย ทำให้ แพทย์ เภสัชกร ตลอดจนบุคลากรด้านสุขภาพรุ่นใหม่จำนวนหนึ่งเข้าใจผิดและเชื่อว่าผลประโยชน์เหล่านี้เป็นสิทธิที่พึงได้รับหรือใช้ประโยชน์ได้ โดยมีได้ตระหนักว่าการส่งเสริมการขายยาจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและราคา ยา ทั้งที่องค์การอนามัยโลก องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรวิชาชีพจะได้สะท้อนปัญหาในหลายมิติ และพยายามแก้ไข ในระดับนานาชาติ

๘. ไม่เพียงเท่านั้น ยังพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และผู้แทนยาบางกลุ่มมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจริยธรรมอย่างชัดเจนด้วย “การต่อรองผลประโยชน์” และ “การยิงยา” เพื่อแลกเปลี่ยนกับการสั่งใช้ยาบางกลุ่มที่ไม่จำเป็นหรือเป็นยาราคาแพง ซึ่งเป็นปัญหาจริยธรรมที่เกิดจากสองฝ่าย ทั้งผู้เสนอให้และผู้เรียกร้องเอาผลประโยชน์ การยินยอมให้มีส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมเช่นนี้ต่อไป มีย่อมกัดเซาะทำลายความไว้วางใจที่ผู้ป่วยและประชาชนมีต่อแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๙. รายงานขององค์การอนามัยโลกที่ว่าด้วยการติดตามความโปร่งใสของระบบยา ๔ ประเทศ พบว่าความโปร่งใสในการขึ้นทะเบียนตำรับยา การคัดเลือกยา และการจัดหายา^๑ ของไทยยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีนัก และมีกำหนดการที่จะตรวจสอบเรื่องการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทยต่อไป

๑๐. ในปัจจุบัน ประเทศไทยไม่มีกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการขายยาโดยตรง ส่วนกฎหมายที่มีอยู่ไม่เพียงพอและไม่ทันสถานการณ์ ในขณะที่ระบบการควบคุมแบบสมัครใจ (self regulation) ของภาคอุตสาหกรรม พบรายงานปัญหาเพียง ๑-๒ กรณีต่อปี ไม่ครอบคลุมครบถ้วนสำหรับอุตสาหกรรมยาทั้งหมด ส่วนสภาวิชาชีพแม้มีเกณฑ์จริยธรรม/จรรยาบรรณ แต่ไม่ครอบคลุมเรื่องส่งเสริมการขายยา หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับอุตสาหกรรมยา เหล่านี้จึงไม่สามารถสะท้อนปัญหาที่แท้จริงและไม่เป็นกลไกหลักในการแก้ปัญหาได้

นโยบายและกฎหมาย^๒

๑๑. เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา ในทางสากลนั้นสมัชชาขององค์การอนามัยโลกมีมติรับรองเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๑ (WHA 41.17) และกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกนำไปพัฒนาปรับใช้ ซึ่งต่อมามีมติอีกหลายครั้งที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยาที่เหมาะสมและการใช้เกณฑ์นี้ ในส่วน

^๑ WHO (2006) Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement Four country assessment studies, WHO/PSM/PAR/2006.7

^๒ รายละเอียดของกฎหมายต่างๆ อยู่ในภาคผนวก เอกสารวิชาการ

ประเทศไทยมีการแปลและจัดพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกโดยกลุ่มศึกษาปัญหาฯ ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข และต่อมาร่วมมือกับแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาเพิ่มเติมรายละเอียด จัดพิมพ์ครั้งที่สาม ในปี ๒๕๕๒ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาร่วมมือกับหลายภาคส่วนจัดทำเกณฑ์จริยธรรม เรื่องการส่งเสริมการขายยาของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๗ แต่ไม่มีการบังคับใช้ตามกฎหมาย

๑๒. กฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมโฆษณา ยา พบปัญหาไม่ทันสมัย ไม่เท่าทันสถานการณ์ ไม่มีประสิทธิภาพ และ บทลงโทษที่ไม่เข้มแข็ง รวมทั้งไม่มีบทบัญญัติที่ควบคุมการส่งเสริมการขายยาทั้งทางตรงและทางอ้อมแต่อย่างใด

๑๒.๑ พระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม การโฆษณาต้องได้รับอนุญาต และห้ามโฆษณาสรรพคุณโอ้อวด สรรพคุณยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ยาทำให้แท้งหรือขับระดูอย่างแรง ยาบำรุงกามหรือคุมกำเนิด ห้ามรับรองหรือยกย่องสรรพคุณยา โดยยกเว้นให้สามารถโฆษณาดังกล่าวได้กับผู้ประกอบวิชาชีพ และห้ามโฆษณาเป็นเท็จ เกินจริง ไม่สุภาพหรือแสดงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย แคมพหรือออกสลากรางวัล แต่ไม่ได้มีการควบคุมการส่งเสริมการขายยาแต่อย่างใด นอกจากนี้การควบคุมการโฆษณาตามกฎหมายนี้ยังไม่สามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพในกรณีที่ขาดความชัดเจน มีปัญหาทางจริยธรรม และการสื่อสารที่มีการพลิกแพลงรูปแบบต่าง ๆ เช่น โฆษณาและส่งเสริมการขายแฝง โฆษณาผิดจริยธรรมแต่ไม่มีสาระของกฎหมายที่ตรงที่สามารถบังคับใช้ได้อย่างแท้จริง ประกอบกับระบบการเฝ้าระวังที่อ่อนแอ และบทลงโทษที่ไม่เข้มแข็ง ซึ่งต่อมามีข้อตกลงเกี่ยวกับการโฆษณาที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ทำร่วมกับภาคธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อร่วมกันดูแล

๑๒.๒ พระราชบัญญัติการขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. ๒๕๔๕ ไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายทั้งทางตรงและทางอ้อม

๑๒.๓ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดว่าการโฆษณาสินค้าและบริการแต่ไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายทั้งทางตรงและทางอ้อม

๑๓. กฎหมายควบคุมวิชาชีพ แม้มีเกณฑ์จริยธรรมหรือจรรยาบรรณ แต่ไม่มีบทบัญญัติที่ควบคุมหรือกำหนดเกณฑ์การมีปฏิสัมพันธ์ในการส่งเสริมการขายยาแต่อย่างใด

๑๓.๑ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่โฆษณา จ้างหรือยอมให้ผู้อื่นโฆษณา การประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือความรู้ความชำนาญของตนหรือผู้อื่น ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย และกำหนดข้อปฏิบัติในการแสดงผลงานวิชาการต่าง ๆ นอกจากนี้กำหนดการโฆษณาสถานพยาบาลซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการประกอบวิชาชีพ เช่น โอ้อวดการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือกิจกรรมอื่นของสถานพยาบาลเกินกว่าที่เป็นจริง โอ้อวดสรรพคุณของเครื่องมือเครื่องใช้เพื่อจูงใจให้มารับบริการโดยเข้าใจผิด และเกณฑ์การให้ส่วนลด

๑๓.๒ พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ.๒๕๓๗ และข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมต้องไม่โฆษณา จ้างหรือยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม หรือความรู้ความชำนาญของตนหรือผู้อื่น กำหนดข้อปฏิบัติในการแสดงผลงานวิชาการต่าง ๆ รวมทั้งกำหนดต้องละเว้นการแสวงหาประโยชน์ที่จะเกิดต่อการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมส่วนบุคคล ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของตนแพร่ออกไปในสื่อมวลชนเป็นทำนองโฆษณาความรู้ความสามารถ นอกจากนี้กำหนดการโฆษณาสถานพยาบาลหรือสถานปฏิบัติการซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการประกอบวิชาชีพ

๑๔. กฎหมายที่อยู่ระหว่างการร่าง

๑๔.๑ ร่าง พระราชบัญญัติยา พ.ศ....(ฉบับประชาชน) เสนอให้ปรับปรุงการควบคุมการโฆษณาและเพิ่มเติมการควบคุมการส่งเสริมการขายยาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้เท่าทันสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและการตลาด

๑๔.๒ ร่าง พระราชบัญญัติยา พ.ศ....(ฉบับผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา) มีความพยายามแก้ไขหลายครั้ง เพื่อให้ทันสถานการณ์ แต่ไม่สำเร็จ โดยมีสาระบางส่วนเกี่ยวกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายยา

ปัญหาสำคัญและผลกระทบ^๓

๑๕. ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมากในระยะหลายปีที่ผ่านมา ในปี ๒๕๔๘ มีมูลค่าราคาขายปลีกสูงถึง ๑๘๖,๓๓๐ ล้านบาท และมีแนวโน้มว่าเมื่อสิ้นปีพ.ศ. ๒๕๕๒ อาจมากกว่า ๒๐๐,๐๐๐ ล้านบาท ซึ่งเป็นสัดส่วนถึง ๔๒% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^๔ ข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อคนสูงที่สุด คือ ๓,๖๐๐ บาทต่อคนต่อปี ยังพบว่าอัตราค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยสูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ มีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ ๑๓-๒๐ ในระหว่างปี พ.ศ.๒๕๔๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๔๘ ในขณะที่เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศเติบโตเพียงร้อยละ ๒.๒-๗.๑ มูลค่าตลาดยาไทยสวนทางกับขนาดตลาดยาโดยรวมในระดับนานาชาติ ซึ่งเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงจากร้อยละ ๑๑.๗ ในปี พ.ศ.๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๖.๘ ในปี พ.ศ.๒๕๔๘

๑๖. การส่งเสริมการขายยารวมโฆษณายามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของบุคลากรสุขภาพ ขณะที่มียาทางการแพทย์ที่ส่งเสริมการขายที่ไม่มีจริยธรรมในไทยมากขึ้น^๕ ๖ พบการรายงานปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมอยู่มาก ได้แก่ ยาลดไขมัน ยาเบาหวาน ยาปฏิชีวนะ หรือกลุ่มยาราคาแพง เป็นต้น ตัวอย่างเช่น มีการใช้ยากุ่มลดไขมันโดยไม่เป็นไปตามมาตรฐานของการรักษา มากกว่า ๘๕%

๑๗. การส่งเสริมการขายยาทำให้ยาราคาแพง ราคาขายของประเทศไทยหลายรายการสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว^๗ ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีนโยบายด้านราคาขายที่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง และยังไม่มีความหมายใดที่บังคับให้ภาคอุตสาหกรรมต้องรายงานตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการขายยา ในรายงานต่างประเทศพบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายการส่งเสริมการขายยาสูงกว่าที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาได้ถึง ๒ เท่า

๑๘. การฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยหลักเกณฑ์การโฆษณาขายยา พ.ศ.๒๕๔๕ ที่เป็นปัญหาหลัก ได้แก่ การโฆษณาขายยาทางอินเทอร์เน็ต พบว่าร้อยละ ๘๕ โฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และการศึกษาการโฆษณาขายยาผ่านวิทยุ ๕๒๕ รายการในพื้นที่ ๕ จังหวัด พบว่าฝ่าฝืนกฎหมายร้อยละ ๕๖.๔ โดยแสดงสรรพคุณเกินจริงร้อยละ ๘.๙ แสดงข้อความไม่ถูกต้องร้อยละ ๑๓.๑๗ และแสดงข้อความที่ทำให้เข้าใจผิดร้อยละ ๒๑.๘๘ วิทยุชุมชนมีปัญหาการโฆษณายาไม่ได้รับอนุญาต หรือด้วยการพูดสด โดยทั่วไปประชาชนมักได้รับข่าวสารด้านยา

^๓ รายละเอียดเพิ่มเติมปัญหาและผลกระทบ อยู่ในภาคผนวก เอกสารวิชาการ

^๔ สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (บรรณาธิการ) การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐, ISBN 978-974-8072-76-0

^๕ เอกสารประกอบ “การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาระบบยา ประจำปี ๒๕๕๒” จัดโดยแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา

^๖ ยาวิพากษ์ ปีที่ ๑ (๑๒) มิถุนายน ๒๕๕๒

^๗ ยาวิพากษ์ ปีที่ ๑ (๑๑) มีนาคม ๒๕๕๒

จากโฆษณาเป็นหลัก การกระทำดังกล่าวทำให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง สร้างความเข้าใจผิดในสาระสำคัญ และส่งผลให้เกิดการใช้ยาเกินความจำเป็น ก่อให้เกิดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ และอาจก่อผลเสียต่อสุขภาพของผู้บริโภค

๑๙. การโฆษณาและขายยาผ่านทางอินเทอร์เน็ต เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวกับการขายยาตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และยังสร้างผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีและเยาวชน ได้แก่การขายยาทำแท้ง การขายยาบำรุงสมรรถนะทางเพศ การขายยาเพื่อให้หมดสติและนำไปสู่การทำผิดทางเพศ การขายยารักษาโรคเอดส์ เป็นต้น การติดตามจับกุมและดำเนินคดี ทำได้ยาก

๒๐. มีปัญหาข้อมูลการโฆษณาในวารสารทางการแพทย์ของไทยมีความขัดแย้งกับที่ปรากฏในวารสารการแพทย์ชั้นนำของโลก พบปัญหาการโฆษณาที่สำคัญยังพบในรูปการโฆษณาแอบแฝงด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ผ่านมูลนิธิหรือศูนย์สุขภาพ รายการสุขภาพ คอลัมน์ตอบปัญหา ฯลฯ โดยไม่มีกลวิธีในการควบคุมจัดการซึ่งแตกต่างจากการดำเนินการของต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงจัดให้มีการพัฒนาร่างหลักเกณฑ์ในการควบคุมการโฆษณาแอบแฝง แต่ยังไม่ได้นำมาบังคับใช้

๒๑. แม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะได้พัฒนาเกณฑ์จริยธรรมการควบคุมการขายยา และผลักดันให้ประเทศสมาชิกพัฒนาเป็นกฎหมายขึ้นมาเพื่อควบคุมการส่งเสริมการขาย แต่เมื่อประเทศไทยไม่มีกฎหมายดังกล่าว ไม่มีมาตรการในการเฝ้าระวังหรือกำกับกำกับการส่งเสริมการขายอย่างเท่าทันเพียงพอ ทำให้ปัญหากิจกรรมการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้นักวิชาการได้สะท้อนปัญหาและข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขรูปแบบปัญหาการส่งเสริมการขายในลักษณะต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนการประชุมวิชาการที่มีงานบันเทิงร่วมและของชำร่วย การสนับสนุนไปประชุมต่างประเทศที่ผสมการท่องเที่ยว หรือตามยอดสั่งซื้อ เหล่านี้มีปรากฏในรายงานวิจัย เอกสารวิชาการ การให้ข้อมูลส่วนตัว แต่ยังไม่ปฏิบัติตามมาตรการในการควบคุมกำกับและติดตาม การจัดการในเชิงระบบ^{๘,๙}

๒๒. ประเทศไทยยังขาดระบบธรรมาภิบาลในหลายส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบยา โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมระบบยา ความโปร่งใสของระบบควบคุมกำกับ ตลอดจนการส่งเสริมบรรษัทภิบาลของบริษัทยา แม้จะมีความพยายามประชาสัมพันธ์ธรรมาภิบาลในรูปของความรับผิดชอบต่อสังคม แต่ก็ได้เปิดเผยข้อมูลด้านการตลาดสู่ผู้บริโภค เช่น มูลค่าและกิจกรรมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย และเทคนิคการตลาดยา

๒๓. ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการส่งเสริมการขายยามีหลายภาคส่วนตามที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไปแล้วล้วนมีส่วนทำให้สถานการณ์การส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรมทวีความรุนแรง ทั้งด้วยเหตุไม่ทราบสถานการณ์ไม่ใส่ใจปัญหา หรือ ร่วมในขบวนการต้นเหตุของปัญหา ระดับปัจเจก ได้แก่ ผู้แทนยา ผู้ส่งใช้ยา และผู้สั่งซื้อยา ระดับสถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาล คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด อุตุสาหกรรม ระดับสมาคมและสภาวิชาชีพ ได้แก่ สมาคมอุตสาหกรรม แพทยสภา สภาเภสัชกรรม อาจารย์ถึงสัตวแพทย์ ทันตแพทย์ และเทคนิคการแพทย์ ระดับการควบคุมบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ระดับระบบหลักประกัน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุนทั้งสามกองทุน และสุดท้าย คือสื่อมวลชน ประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชน

^๘ A participatory evaluation of the implementation of WHO's ethical criteria for medicinal drug promotion in multiple countries (2004), รายงานฉบับสมบูรณ์ และนำเสนอใน Second ICIUM (2004)

^๙ สรุปรายการประชุมร่วมวิเคราะห์ “แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา” เมื่อ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๒

๒๔. ดังนั้น ในภาพรวมแล้ว การส่งเสริมการขายยาที่ไม่เหมาะสมมิได้เป็นปัญหาเฉพาะยาราคาแพง หรือ เป็นขบวนการเอาไรด์เอาเปรียบผู้บริโภคของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นการเฉพาะเท่านั้น ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่ทำลายและสร้างความสั่นคลอนต่อความเชื่อถือที่มีต่อแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงฐานคิด ด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่ดำรงอยู่ในสังคมไทย

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๘

ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ^๑

รับทราบ ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๖ ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อ ๑.๒ (๑) (ดำเนินการให้มีกระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์...)

รับทราบ ถึงผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติ ผลต่อเศรษฐกิจ สังคม มนุษย์ และการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยรวม โดยเฉพาะผลกระทบต่ออนาคตของชาติในระยะยาว และการเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคนและสังคม

ตระหนัก ถึงสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความรุนแรงของปัญหาในประเทศไทยที่น่าเป็นห่วง

เข้าใจ ว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบที่มีมูลค่าสูงกว่าประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่สังคมได้รับ และส่งผลกระทบต่อผู้อื่น รวมถึงสังคมในวงกว้าง อันเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และอนาคตของชาติ ตลอดจนปัญหาความยากจน ความด้อยโอกาสและการเลือกปฏิบัติซึ่งนำไปสู่ความไม่เสมอภาค

ตระหนัก ว่าปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยมาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ ซึ่งต้องมีความสมดุลและครอบคลุมมาตรการต่าง ๆ ทั้งการควบคุมการบริโภค ลดความเสี่ยงของการบริโภค และการฟื้นฟูเยียวยาแก้ไขผู้ประสบปัญหา โดยมีเป้าหมายที่ประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเยาวชน

รับรู้ ว่ามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในการควบคุมปัญหาต่างกัน มาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าที่สุดสำหรับสังคมไทยได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมหรือห้ามการโฆษณา และการควบคุมพฤติกรรมซบเซ็งขณะเมามาอย่างจริงจัง ส่วนมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าที่สุดต่ำได้แก่ การให้สุศึกษาแก่เยาวชน การควบคุมตนเองของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราที่ไม่มีบทลงโทษทางกฎหมาย และการจัดกิจกรรมทางเลือกทดแทนการบริโภค

ชื่นชม ในพัฒนาการของกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในระยะเวลาที่ผ่านมา รวมถึงพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร ขึ้นมาเป็นกลไกในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑๐

ตระหนัก ถึงความจำเป็นในการสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันของสังคมไทยในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคำนึงถึงผลกระทบในทุกมิติ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ตามเอกสารผนวกข้างท้ายมติ^๒ นี้

๒. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาและนำเสนอแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ดำเนินการให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการทุกระดับที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

๓. ให้คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

๓.๑ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินงานและเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และติดตามผลตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ รวมถึงการพัฒนาแผนปฏิบัติการ

๓.๒ ร่วมกับคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาสังคม พิจารณาศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดเก็บค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม หรือการจัดสรรงบประมาณจากภาษีสรรพสามิตสุรา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ สนับสนุนกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสนับสนุนการรณรงค์เพื่อขจัดความรุนแรงในครอบครัว และใช้ในมาตรการเยียวยาผู้หญิงและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัวอันเป็นผลมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบให้คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง โดยเฉพาะสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมสรรพสามิต ผู้ว่าราชการจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง

๕. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕. ผนวก ๑

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

๑. บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิต สังคม และปัญญาของประชากรไทย ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดโรคร้ายกว่า ๖๐ ชนิด และคร่าชีวิตประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านคน ในปี ๒๐๐๔ และยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลถึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาของสังคมโดยรวม ในประเทศไทยนั้นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สอง โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๘.๑ ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติอย่างชัดเจน ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีมูลค่าสูง ๑.๕๑ แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๘๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าผลประโยชน์ที่สังคมได้รับในรูปแบบของภาษี ทั้งนี้ผลกระทบเชิงลบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ด้วยการมีนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผล และการนำไปปฏิบัติที่จริงจัง

๒. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบ และนโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทย

๒.๑ ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มจาก ๗.๒๘ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๗.๗๑ ลิตร^๑ โดยเฉพาะการขยายตัวของตลาดเบียร์และวิสกี้ ปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นถึง ๑๒ เท่า ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๖ และประมาณการได้ว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีสูงประมาณ ๒ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ทั้งนี้ปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสองสามปีล่าสุดมีแนวโน้มทรงตัว

๒.๒ สังคมไทยมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประมาณปีละ ๒.๖ แสนคน สัดส่วนนักดื่มในกลุ่มประชากรที่เคยมีความชุกของผู้บริโภคในระดับต่ำ อย่างเช่น ประชากรเพศหญิง กลุ่มเยาวชน และประชากรอายุน้อย ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ เพิ่มขึ้นชัดเจน ในขณะที่ความชุกของผู้บริโภคในประชากรสูงอายุมีแนวโน้มลดลง

๒.๓ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องปกติมากขึ้น สัดส่วนนักดื่มที่บริโภคเป็นประจำโดยเฉพาะที่บริโภคทุกวันเพิ่มสูงขึ้น ในทางกลับกันสัดส่วนผู้บริโภคระเภทนาน ๆ ครั้งกลับลดลง สัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำ^๒ เพิ่มจากร้อยละ ๓๗.๑๔ เป็น ๔๐.๖๗ ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๙ ถึง ๒๕๕๐

^๑ คำนวณจากข้อมูลลิตรของเครื่องดื่มที่ผลิตและนำเข้าจากกรมสรรพสามิต โดยใช้วิธีคำนวณขององค์การอนามัยโลกเพื่อแปลงเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยไม่นับปริมาณการผลิตสุราสามทับ

^๒ หมายถึงผู้ที่บริโภคโดยเฉลี่ยอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

๒.๔ ประชากรนักดื่มไทยมีรูปแบบการบริโภคที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉลี่ยแล้ว นักดื่มไทยเพศชายบริโภค แอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ๘๕.๗๒ กรัมต่อครั้งที่ดื่ม และ ๕๑.๙๙ กรัม ในเพศหญิง ในขณะที่นักดื่มเยาวชน (๑๒-๑๙ ปี) ชายมีปริมาณการบริโภคสูงถึง ๑๑๘.๓๕ กรัมต่อวันที่ดื่ม และ ๖๑.๙๕ กรัม ในเยาวชนหญิง ซึ่งล้วนจัดเป็นการดื่มแบบอันตรายและการดื่มจนมีเมามา

๒.๕ ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเติบโตอย่างต่อเนื่องทั้งในมิติของปริมาณและมูลค่า โดยเฉพาะในประเภทเครื่องดื่มสไตลต์ตะวันตก มีเครื่องดื่มประเภทใหม่ ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในตลาดของไทย โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีกลุ่มตลาดเฉพาะ อย่างเช่น เครื่องดื่มสำหรับเยาวชนและสำหรับนักดื่มหญิง ประชากรไทยเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยง่าย และรับรู้ถึงการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อมในความถี่ที่สูง

๒.๖ ปัญหาสุขภาพและสังคมที่เกิดจากหรือมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายประเภท ในสังคมไทยมีความรุนแรงมากกว่าในต่างประเทศ และบางส่วนมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามปริมาณการบริโภคของสังคม ตัวอย่างเช่น การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจนทั้งระดับบุคคลและสังคม คริวเรือนไทยที่มีสมาชิกดื่มสุรามักใช้จ่ายง่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสัดส่วนร้อยละ ๖-๘ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด และเปลี่ยนแปลงเพิ่มในสัดส่วนที่สูงกว่า การเปลี่ยนแปลงของรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน นอกจากนี้ผู้บริโภคที่มีรายได้ต่ำนั้นยังบริโภคในลักษณะที่มีความเสี่ยงสูงกว่าด้วย

๒.๗ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและปัญหาสังคมอื่น ๆ ทั้งในลักษณะความเป็นเหตุเป็นผล ลักษณะการชักนำ และลักษณะที่พบร่วมกัน เช่น การเสพสิ่งมีเมมาควบคู่กันหลายชนิด การบริโภคยาสูบ การทำร้ายร่างกาย พฤติกรรมทางเพศที่เป็นอันตราย การก่ออาชญากรรม ภาวะเป็นหนี้สิน และการว่างงาน

๒.๘ ประเทศไทยมีการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และโครงสร้างกลไกในการจัดการกับปัญหาภายใต้ พ.ร.บ. ดังกล่าว โดยรวมแล้วประเทศไทยมีจำนวนมาตรการมากกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ หากแต่ยังขาดความเข้มแข็งในเชิงเนื้อหาของนโยบาย และแม้ว่าสังคมไทยได้มีความตื่นตัวต่อปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ประชากรไทยมีความคุ้นเคยกับมาตรการต่าง ๆ ของนโยบายแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติยังขาดการเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง นโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยยังมีประสิทธิผลที่ไม่น่าพึงพอใจเมื่อพิจารณาจากศักยภาพในการควบคุมปริมาณการบริโภค การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และการควบคุมและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒.๙ ข้อจำกัดเชิงกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ ความอ่อนแอของเนื้อหาของนโยบาย ในมาตรการบางกลุ่ม ความอ่อนแอของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดนโยบายและมาตรการในระดับพื้นที่ การขาดการติดตามและประเมินผล ปัญหาในการใช้ความรู้ทางวิชาการมาขับเคลื่อนกระบวนการนโยบาย ปัญหาความโปร่งใสของกระบวนการนโยบาย และการเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะคุกคามใหม่ ๆ เช่น ผลจากข้อตกลงเศรษฐกิจ การค้าระหว่างประเทศ อีกทั้งแนวคิดทุนนิยมและเศรษฐกิจการค้าเสรียังมีผลให้สังคมพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่น ๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในการปกป้องสุขภาพของสังคมเท่าที่ควร

๓. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยห้ากลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน ได้แก่ ความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์และการนำไปปฏิบัติ, ค่านิยมของสังคม, การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงเศรษฐศาสตร์ ภายภาพ และทางสังคม^๓, ปัจจัยส่งเสริมการบริโภคโดยเฉพาะการโฆษณา และปัจจัยและเงื่อนไขรายบุคคล โดยผ่านการลองและเริ่มต้นบริโภค ดังแสดงในภาพที่ ๑

ทั้งปริมาณและรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการเกิดผลกระทบผ่านสามกลไกสำคัญ คือ สมบัติความเป็นสารพิษของแอลกอฮอล์ (Toxicity), สมบัติของแอลกอฮอล์ที่มีต่อระบบประสาทส่วนกลาง หรือการก่อความมึนเมา (Intoxication) และสมบัติการเป็นสารเสพติด (Dependence) โดยก่อผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งมิติทางสุขภาพและสังคม ทั้งในระยะสั้นและยาว และความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคที่สังคมได้รับก็มีผลต่อค่านิยมในการบริโภคและทัศนคติของสังคมที่มีต่อนโยบายในการควบคุมปัญหา

ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยในสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาทั้งปัญหาแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพหลายประเภทยังแปรผันตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภค (dose-response relationship) ดังนั้น นโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพจึงต้องครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคทั้งห้ากลุ่ม ที่มุ่งเน้นไปที่การควบคุมปริมาณการบริโภคและรูปแบบการบริโภค ควบคู่ไปกับการจัดการควบคุมผลของการบริโภคไปพร้อมกัน

๔. คำประกาศความมุ่งมั่น หลักการพื้นฐาน วัตถุประสงค์ กลวิธี ตัวชี้วัดความสำเร็จ และเป้าหมายของการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔.๑ คำประกาศความมุ่งมั่น

การควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติและวาระแห่งท้องถิ่น

๔.๒ หลักการพื้นฐาน

๑) ทุกภาคส่วนของสังคมไทยมีภาระและความรับผิดชอบในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน

๒) การได้รับการปกป้องจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าถึงบริการของรัฐ และการได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการป้องกันและควบคุมผลกระทบที่มีหรืออาจมีต่อของตน ครอบครัวและชุมชน ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนไทย

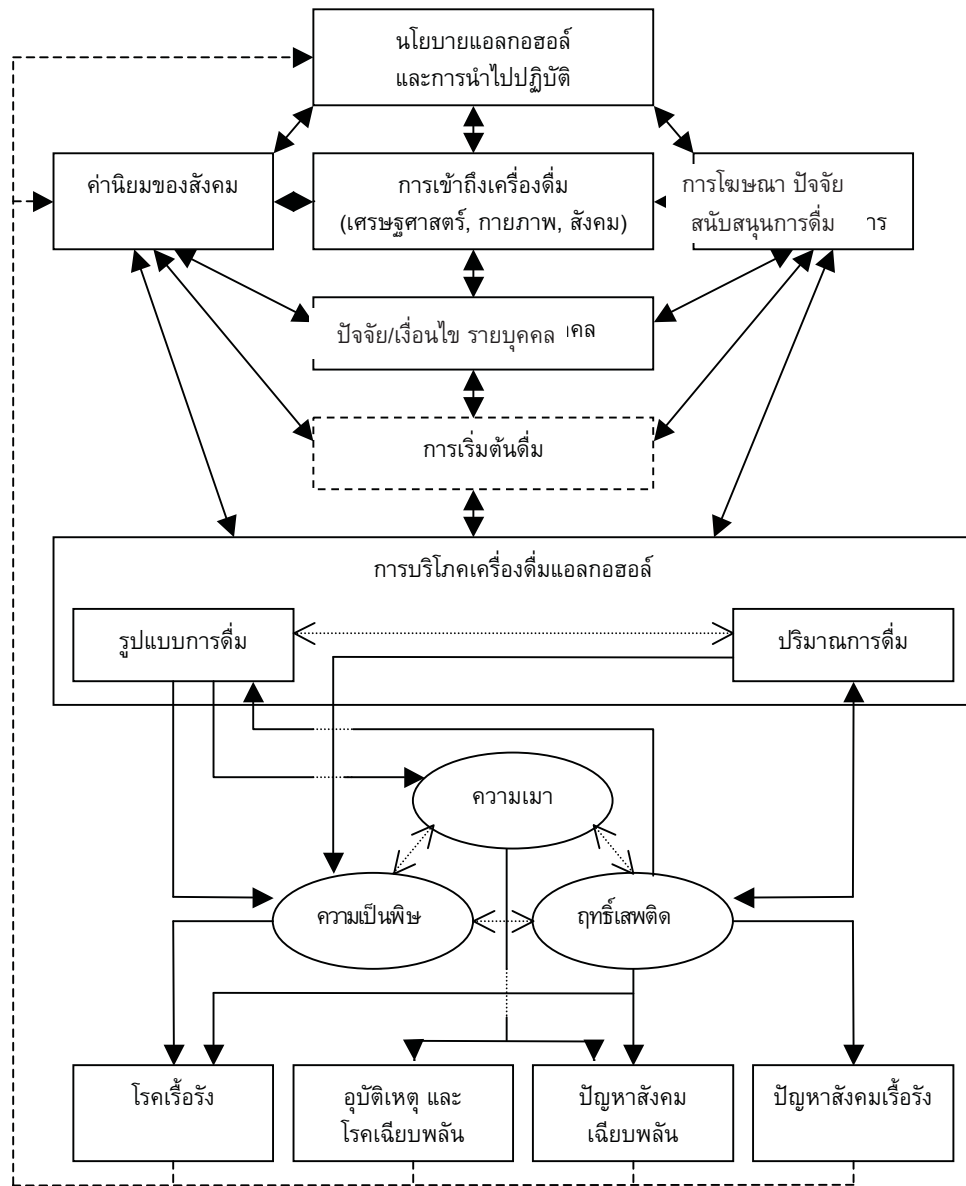
๓) การเติบโตและการมีพัฒนาการในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีกลไกปกป้องผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของเด็กและเยาวชนไทย

๔) การได้รับการปกป้องจากแรงกดดัน/อิทธิพลให้บริโภค ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ที่ไม่ได้บริโภคและผู้ที่ไม่ต้องการบริโภคโดยเฉพาะเยาวชน

๕) การปกป้องผลกระทบเชิงลบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุราที่มีต่อวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของท้องถิ่น ถือเป็นสิทธิพื้นฐานของชุมชน

^๓ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เชิงเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ราคาและกำลังซื้อของประชาชนและผู้บริโภค, การเข้าถึงเครื่องดื่มเชิงสุขภาพ หมายถึง ความยากง่ายในการหาซื้อเครื่องดื่ม ทั้งจำนวน ตำแหน่งและความหนาแน่นของจุดขาย วันเวลาทำการของจุดขาย เงื่อนไขในการซื้อและขาย, การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเชิงสังคม (social availability) หมายถึง การได้ การจัดหา หรือการชักชวนให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเพื่อน ญาติ คนในครอบครัว ที่อาจจะไม่มีลักษณะการซื้อขาย

ภาพที่ ๑ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลไกการก่อผลกระทบบจากการบริโภค



ดัดแปลงจาก Birckmayer และคณะ A general causal model to guide alcohol, tobacco and illicit drug prevention: assessing the research evidence (2004), และ Babor และคณะ Alcohol: No Ordinary Commodity (2003)

๔.๓ วัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสนับสนุนการควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑) สนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ สร้างความเข้มแข็งในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และศักยภาพในการติดตามประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์

๒) สนับสนุนบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ในการป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๓) เป็นเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายระยะยาวของสังคมไทยในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลพลอยได้

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติและกระบวนการจัดทำเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องมือในการแก้ปัญหา

๔.๔ กลวิธี

หลักการพื้นฐานในมิติกระบวนการของยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

๑) พัฒนาและปรับปรุงนโยบายแอลกอฮอล์ลักษณะผสมผสานระหว่างยุทธศาสตร์ทั้งห้า โดยเน้นที่มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า ในทุกระดับนโยบายตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงประเทศ และพัฒนาความเข้มแข็งของการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒) ยุทธศาสตร์จะกำหนดความครอบคลุมและทิศทางในการพัฒนาแผนปฏิบัติการในยุทธศาสตร์และมาตรการ และระดับนโยบายต่าง ๆ

๓) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติยอมรับความยืดหยุ่นในการพัฒนาแผนปฏิบัติการตามระดับความพร้อมของแต่ละยุทธศาสตร์และมาตรการ และแต่ละระดับนโยบายและพื้นที่

๔) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติและแผนปฏิบัติการที่จะเกิดขึ้นในอนาคตควรมีการกำหนดเป้าหมายและความคาดหวังเป็นขั้นตอน ทั้งในมิติระดับบุคคล มิติเชิงพื้นที่ และระดับยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์นี้มีเป้าหมายเชิงกลไกของนโยบายสี่ประการ คือ

๑) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม

๒) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของผู้บริโภค

๓) ลดความเสี่ยงของการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบของการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค

๔) จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค

๔.๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

จากวัตถุประสงค์ในการควบคุมผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การประเมินความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมควรจะอาศัยตัวชี้วัดที่มีความจำเพาะเจาะจง มีความสามารถในการทำนายความรุนแรงของปัญหา วัดได้อย่างสม่ำเสมอโดยมีต้นทุนในการได้มาซึ่งข้อมูลไม่สูงนัก (เช่น มีการดำเนินการ

จัดเก็บอยู่แล้ว) และสอดคล้องกับเป้าหมายหลักเชิงกลไกทั้งสี่ประการ ดังแสดงในตารางที่ ๑ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดพื้นฐานและตัวชี้วัดเพิ่มเติมซึ่งมีความซับซ้อนมากกว่า หรือต้องลงทุนเพิ่มเติม

โดยรวมนั้นเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์ฯ กำหนดไว้ที่ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘) และ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓) โดยประเมินจากปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากร ความชุกของผู้บริโภคในประชากรและในเยาวชน และสัดส่วนของผู้บริโภคประจำ (มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ครั้ง/เดือน) ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๑ ตัวชี้วัดพื้นฐานและตัวชี้วัดเพิ่มเติมของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

	ตัวชี้วัดพื้นฐาน*	ตัวชี้วัดเพิ่มเติม
ปริมาณการบริโภคของสังคม	ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรผู้ใหญ่	
ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่	ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๕-๑๙ และ ๒๐-๒๔ ปี	ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๐-๑๔ ปี
ความชุกของผู้บริโภค	ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่	
ความเสี่ยงของการบริโภค		
ปริมาณการบริโภค		<ul style="list-style-type: none"> ความชุกของผู้ที่บริโภคเกิน ๕ ดื่มมาตรฐาน (prevalence of binge drinkers) ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อครั้ง (drinking intensity) สัดส่วนนักดื่มที่บริโภคในปริมาณสูง** ต่อครั้งหรือวันดื่ม และต่อวัน
รูปแบบของการบริโภค	จำนวนและสัดส่วนผู้บริโภคประจำ	สัดส่วนของผู้ที่บริโภคจนรู้สึกมึนเมา
พฤติกรรมหลังการบริโภค	ความชุกของผู้บริโภคที่มีพฤติกรรมดื่มแล้วขับชี่ยานพาหนะ	
ความรุนแรงของปัญหา		<ul style="list-style-type: none"> ความชุกของผู้มีภาวะติดสุรา สัดส่วนของผู้บริโภคที่มีคะแนนความรุนแรงของปัญหาสูง*** ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ-ปัญหาสังคมที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญ เช่น อุบัติเหตุจากรถ

หมายเหตุ :

* ตัวชี้วัดพื้นฐานหมายถึงตัวชี้วัดที่มีการสำรวจระดับประเทศเป็นประจำ

** ตัวอย่างเช่น ร้อยละของผู้ที่บริโภคที่บริโภคแอลกอฮอล์เกิน ๔๐ กรัม ต่อครั้ง หรือต่อวัน

*** ตัวอย่างเช่น สัดส่วนผู้ที่มีคะแนน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) มากกว่า ๗ ในหมู่ประชากร หรือนักดื่ม

ตารางที่ ๒ เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

เป้าหมาย	หน่วย	พ.ศ. ๒๕๕๐	๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘)			๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓)		
			คาดการณ์เบื้องต้น*	เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลงจาก ๒๕๕๐	คาดการณ์เบื้องต้น*	เป้าหมาย	การเปลี่ยนแปลงจาก ๒๕๕๐
ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่	ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี	๗.๗๑	๘.๒๐	๗.๗๑	คงที่	๘.๗๘	๗.๓๒	-๕%
ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่	ร้อยละ	๓๐.๐%	๓๐.๖๙%	๒๘.๕%	-๕%	๓๐.๒๕%	๒๗.๐%	-๑๐%
ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๕-๑๙ ปี	ร้อยละ	๑๒.๗%	๑๕.๓๗%	๑๒.๗%	คงที่	๑๖.๖๗%	๑๒.๐๗%	-๕%
สัดส่วนของผู้บริโภคประจำ** ต่อผู้บริโภคทั้งหมด	ร้อยละ	๔๐.๖๗%	๔๕.๘๘%	๔๐.๖๗%	คงที่	๔๘.๘๓%	๓๘.๖๓%	-๕%

หมายเหตุ :

* คำนวณจากการเปลี่ยนแปลงแบบเส้นตรงจากฐานข้อมูลระหว่างของปี ๒๕๓๙ - ๒๕๕๐ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และกรมสรรพสามิต

** หมายถึงผู้ที่บริโภคโดยเฉลี่ยอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อสัปดาห์

๕. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

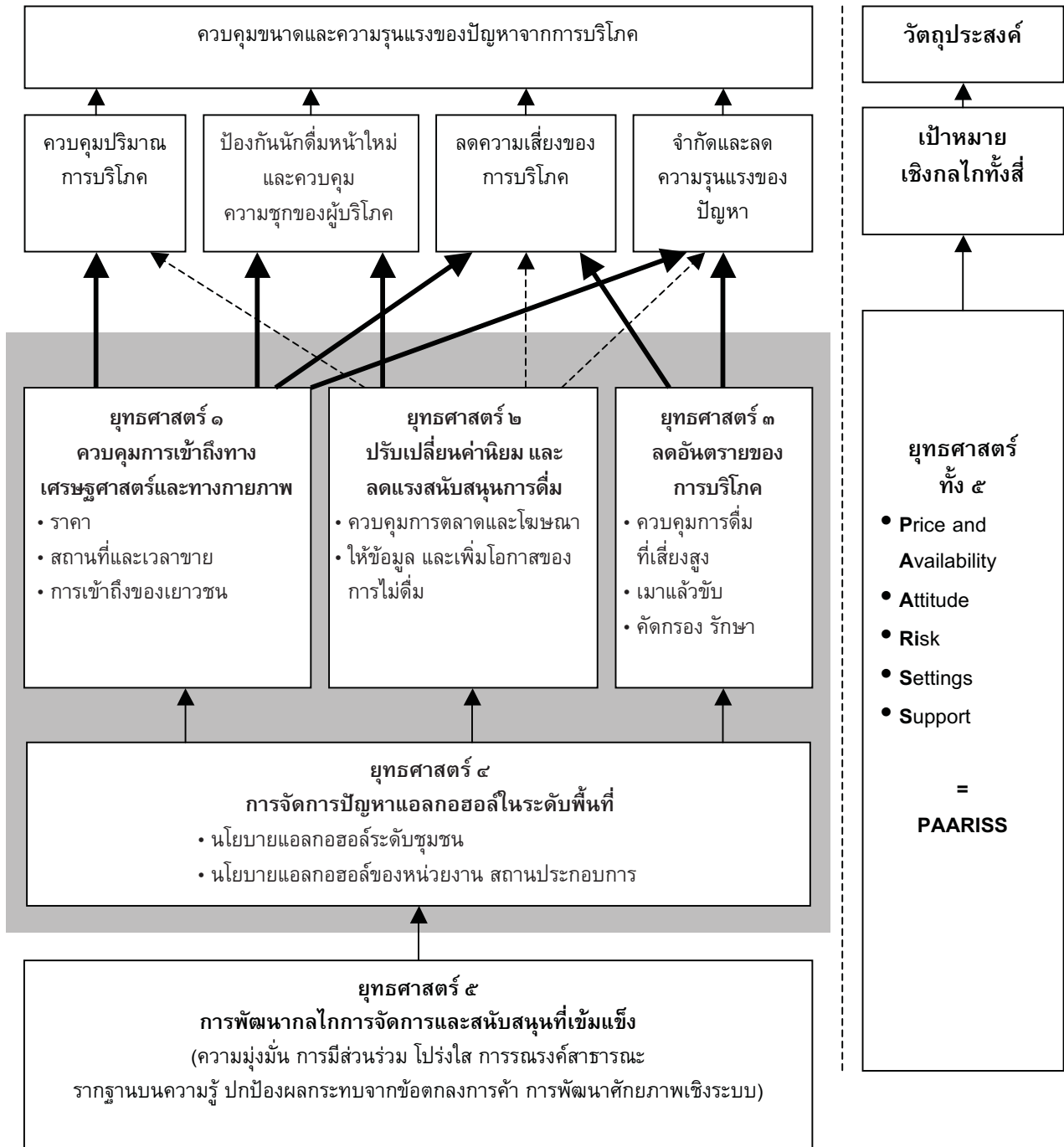
มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและต้นทุน-ประสิทธิผลหรือความคุ้มค่าต่างกัน มาตรการที่ดีที่สุดสืบประการของนโยบายแอลกอฮอล์ประกอบไปด้วย การจำกัดอายุผู้ซื้อ, การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก, การจำกัดเวลาในการขาย, การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย, ระบบภาษีสุรา, การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่, การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่, การยึดใบอนุญาตขับขี่ ซึ่งหมายถึงการห้ามผู้ขับขี่ขณะมีเมามาไปขับขี่อีก, การกำหนดระดับบัตรอนุญาตขับขี่เป็นขั้นตอนโดยคำนึงถึงพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเมมา และการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงเบื้องต้น (brief intervention) มาตรการการห้ามหรือควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มข้น มีประสิทธิผลในการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมการบริโภคของเยาวชน จึงเป็นประโยชน์ต่อสังคมในระยะยาว กลุ่มมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุดสำหรับสังคมไทย ได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่ม การควบคุมหรือห้ามการโฆษณา และการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเมมาอย่างจริงจัง

มาตรการการให้ความรู้ สร้างความตระหนัก จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่ำ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทั้งสองมาตรการจะมีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาโดยตรงจำกัด อาจสามารถสร้างผลพลอยได้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการนโยบาย ในขณะที่ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการใดที่สนับสนุนให้เห็นว่า มาตรการควบคุมตนเองของอุตสาหกรรมสุราทั้งการขายและโฆษณา มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหา อีกทั้งการให้ความรู้ในบางรูปแบบกลับมีผลเสียต่อสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหา เช่น การชักนำให้บริโภค หรือสร้างความคุ้นเคยต่อการบริโภคในหมู่เยาวชนและประชากรทั่วไป ด้วยการรณรงค์ให้ดื่มอย่างรับผิดชอบ

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาตินี้ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ย่อย ซึ่งมีเป้าประสงค์ต่างกัน มุ่งเน้นไปที่การบรรลุเป้าหมายเชิงกลไกทั้งสิ้น แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนกันและกัน ดังแสดงในภาพที่ ๒ โดยในแต่ละยุทธศาสตร์ทั้งห้าจะประกอบด้วยมาตรการย่อยหลากหลาย ซึ่งหลายมาตรการสามารถตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งหลายวัตถุประสงค์ ในสถานการณ์ข้อจำกัดของทรัพยากรในการจัดการกับปัญหา แผนยุทธศาสตร์นี้ได้กำหนดระดับความสำคัญของมาตรการตามประสิทธิผลและความคุ้มค่าของมาตรการดังแสดงในตารางที่ ๓

- ยุทธศาสตร์ที่หนึ่ง การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (Price and Availability)
- ยุทธศาสตร์ที่สอง การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม (Attitude)
- ยุทธศาสตร์ที่สาม การลดอันตรายจากการบริโภค (Risk reduction)
- ยุทธศาสตร์ที่สี่ การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (Alcohol policy at every Settings)
- ยุทธศาสตร์ที่ห้า การพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (Support)

ภาพที่ ๒ ยุทธศาสตร์ทั้งห้า และความเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงกลไก และวัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติ



ตารางที่ ๓ มาตรการหลักและรองที่มีประสิทธิผลในการบรรลุเป้าหมายทั้งสี่ประการ

	มาตรการหลัก	มาตรการรอง	มาตรการสนับสนุน
ควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคม	<ul style="list-style-type: none"> • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> • ควบคุมการโฆษณา • มาตรการระดับชุมชน • การปราบปรามเครื่องดื่มนอกระบบภาษี 	<ul style="list-style-type: none"> • การรณรงค์สาธารณะ
ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่และควบคุมความชุกของผู้บริโภค	<ul style="list-style-type: none"> • ควบคุมการโฆษณา • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> • การให้ความรู้ • การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม 	<ul style="list-style-type: none"> • การรู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมสุรา • การรณรงค์สาธารณะ
ลดความเสี่ยงของการบริโภค	<ul style="list-style-type: none"> • ควบคุมพฤติกรรมซับซ้อนขณะมีเมามา • การดัดแปลงบริบทและเงื่อนไขการดื่ม • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> • มาตรการระดับชุมชน • ความร่วมมือของผู้ประกอบการ 	<ul style="list-style-type: none"> • การปรับทัศนคติของสังคมต่อความมีเมมาและผลกระทบ • การรณรงค์สาธารณะ
จำกัดและลดความรุนแรงของปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> • การคัดกรองและบำบัดรักษา • ภาษีและราคา • ควบคุมการเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> • ระบบบริการสุขภาพ • มาตรการระดับชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> • การรณรงค์สาธารณะ

๕.๑ ยุทธศาสตร์ที่หนึ่ง การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ

ความคาดหวัง : เพื่อควบคุมการบริโภคสุราของประชาชนโดยรวมและในกลุ่มเสี่ยง ผ่านกลไกควบคุมที่ทำให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่ราคาไม่ถูก และหาซื้อไม่ง่าย

๕.๑.๑ มาตรการทางภาษีและราคา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

ราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อทั้งปริมาณและรูปแบบการบริโภค ผู้บริโภคทุกกลุ่มมีการบริโภคลดลงเมื่อราคาเพิ่มขึ้นโดยมีระดับการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน เยาวชน คนหนุ่มสาวเป็นกลุ่มที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาสูงสุด โดยทั่วไป รัฐได้ประโยชน์จากการปรับเพิ่มอัตราภาษีสุราทั้งในด้านการควบคุมการบริโภคและรายได้ของรัฐที่เพิ่มขึ้น ในเชิงนโยบายควรให้ความสำคัญกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำในสองมิติ คือ เครื่องดื่มที่มีราคาต่อบรรจุภัณฑ์ต่ำ (ราคาต่อขวด) เช่น เบียร์ เหล้าปั่น และเครื่องดื่มที่มีราคาต่อปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่ำ เช่น เหล้าขาว

ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจัดว่ามีราคาต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยเมื่อปรับตามค่าครองชีพในประเทศต่าง ๆ ราคาเบียร์ในประเทศไทยถูกกว่าราคาเฉลี่ยนานาชาติถึง ๒.๓๖ เท่า ในขณะที่ราคาสุรากลั่นในไทยก็ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติถึงร้อยละ ๗๕.๗ นอกจากนั้นในรอบหลายปีที่ผ่านมา ราคา

เครื่องตี้อแอลกอฮอล์ที่แท้จริง (real price) เปลี่ยนแปลงในทิศทางคงที่และลดลง ซึ่งสวนทางกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชากรไทยมีกำลังซื้อเครื่องตี้อแอลกอฮอล์ (affordability) เพิ่มสูงขึ้น

ภาษีสรรพสามิตเป็นภาษีที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อราคาของเครื่องตี้อ ระบบภาษีสรรพสามิตของไทยเป็นระบบผสมผสาน ระหว่างอัตราภาษีสองระบบคืออัตราตามมูลค่าและตามปริมาณแอลกอฮอล์ โดยหลักการเป็นการผสมผสานหลักการในการควบคุมการบริโภคและการใช้จ่ายที่ฟุ่มเฟือย จึงมีจุดแข็งดีกว่าระบบภาษีโดยอัตราใดอัตราหนึ่งอย่างเดียว แต่ข้อจำกัดที่สำคัญได้แก่ ระดับอัตราภาษีที่ต่ำ, ความลักลั่นของอัตราภาษีสำหรับเครื่องตี้อประเภทต่าง ๆ (tax rate anomaly) ซึ่งทำให้เครื่องตี้อบางประเภทมีราคาต่ำกว่าประเภทอื่นอย่างมีนัยสำคัญ, การขาดการกำหนดวาระในการปรับอัตราภาษีให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนทำให้ราคาสุราที่แท้จริงถูกลงจากภาวะเงินเฟ้อ และความอ่อนแอในการปราบปรามสุรานอกระบบภาษี นอกจากนี้ยังไม่มีระบบการใช้ภาษีบำรุงท้องถิ่น ซึ่งจัดเก็บเพิ่มอีกร้อยละ ๑๐ จากภาษีสรรพสามิตสุรา ไปเพื่อสนับสนุนการควบคุมปัญหาจากการบริโภคสุราโดยตรง รวมถึงการใช้เป็นแรงจูงใจสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลัก

๑) ราคาขายปลีกของเครื่องตี้อแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำที่สุด (ทั้งราคาต่อบรรจุภัณฑ์และราคาต่อปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์)

๒) ร้อยละของมูลค่าภาษีสรรพสามิตต่อราคาขายปลีกเครื่องตี้อแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำ

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) ความสามารถในการซื้อ^๔ เครื่องตี้อที่มีราคาต่ำของผู้ที่มีรายได้ขั้นต่ำในแต่ละพื้นที่

๒) ปริมาณการบริโภคเครื่องตี้อแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี

แนวทาง

๑) ให้ความสำคัญกับคุณค่าในการควบคุมการบริโภคและป้องกันปัญหาในระบบภาษีสรรพสามิตสุรา

๒) ปรับเพิ่มอัตราภาษีโดยรวม และลดความลักลั่นของอัตราภาษีระหว่างเครื่องตี้อประเภทต่าง ๆ โดยให้ความสำคัญกับเครื่องตี้อแอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำ

๓) วางระบบการปรับอัตราภาษีให้มีความโปร่งใสและความต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ

๔) ปรับเพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตการผลิตสุราให้สูงขึ้น เพื่อเป็นกลไกทางภาษีและราคา และกลไกเพื่อลดการเข้าถึงเครื่องตี้อแอลกอฮอล์โดยอ้อม

๕) พัฒนากลไกในการนำระบบภาษีบำรุงท้องถิ่นมาใช้ในการควบคุมปัญหาจากเครื่องตี้อแอลกอฮอล์ รวมถึงใช้เป็นระบบแรงจูงใจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการควบคุมปัญหา

^๔ ตัวอย่างเช่น จำนวนชั่วโมงที่ต้องทำงานเพื่อให้มีรายได้พอสำหรับซื้อเครื่องตี้อในประชากรที่มีรายได้ขั้นต่ำ

๖) เพิ่มศักยภาพในการปราบปรามเครื่องตีหมาชินอกระบบ ทบทวนระบบการจัดเก็บภาษีที่เอื้อต่อการจำหน่ายและบริโภคเครื่องตีหมาชินอกระบบภาษี โดยเฉพาะระบบและกลไกการจัดเก็บภาษีจากผู้ผลิตสุราชุมชน และกำหนดงบประมาณเฉพาะส่วนหนึ่งจากภาษีสรรพสามิตสุรา เพื่อใช้ในการปราบปรามสุรานอกระบบภาษีอย่างเคร่งครัด รวมถึงนำไปใช้สนับสนุนผู้ประกอบการรอกหญ้าให้หาอาชีพทางเลือกที่ไม่เป็นภัยต่อสังคมเท่ากับการผลิตสุรา

๕.๑.๒ มาตรการควบคุมสถานที่และวันเวลาขายเครื่องตีแอลกอฮอล์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การควบคุมการเข้าถึงเครื่องตีแอลกอฮอล์ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันมิให้ผู้บริโภคและประชาชนทั่วไปหาซื้อสุราได้โดยง่าย การควบคุมการเข้าถึงในเชิงกายภาพจัดเป็นกลุ่มมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดปัญหา โดยเฉพาะการควบคุมจุดขายผ่านการออกใบอนุญาต และการกำหนดเวลาขาย การออกใบอนุญาตขายปลีกสุราของไทยนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหาโดยตรง แต่เป็นไปบนหลักการเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการจุดจำหน่ายเครื่องตี ประเทศไทยมีมาตรการกำหนดบริเวณห้ามจำหน่ายเครื่องตีแอลกอฮอล์ เช่น ในบริเวณวัดและสถานที่ทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและสถานพยาบาลตามกฎหมาย สถานที่ราชการ (ยกเว้นบริเวณร้านค้าหรือสโมสร) หอพัก สถานศึกษา สถานบริการเชื้อเพลิง สวนสาธารณะของทางราชการ และบริเวณที่ต่อเนื่องติดกับสถานศึกษา ส่วนในประเด็นเวลาในการขายนั้น กฎหมายไทยอนุญาตให้ขายปลีกสุราได้ในสองช่วงเวลา คือระหว่าง ๑๑.๐๐ - ๑๔.๐๐ และ ๑๗.๐๐ - ๒๔.๐๐ นาฬิกา

ข้อจำกัดประการสำคัญคือการขาดมาตรการในการควบคุมจำนวนและ/หรือความหนาแน่นของจุดขาย และการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและการติดตามประเมินผล รวมไปถึงบทลงโทษผู้กระทำผิด การเข้าถึงเครื่องตีแอลกอฮอล์จึงไม่ใช่ปัญหาสำหรับผู้บริโภคและประชากรชาวไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ มีร้านค้าที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายเครื่องตีแอลกอฮอล์ถึง ๕๘๕,๗๐๐ ร้าน หรือประมาณหนึ่งร้านต่อประชากรไทย ๑๑๐ คน โดยผู้บริโภคใช้เวลาเฉลี่ยเพียง ๗.๕ นาที ในการหาซื้อ และมีผู้บริโภคเพียงร้อยละ ๓ ที่รายงานว่ามีความยุ่งยากในการหาซื้อ นโยบายการอนุญาตขายสุรายังไม่เป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหา ทั้งจากขั้นตอนที่ง่ายและรวดเร็ว ค่าธรรมเนียมที่ถูกลง และยังมีใบอนุญาตบางประเภทที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสูง เช่น การขายสุราแบบชั่วคราว/การขายเร่ อนึ่งมีการประมาณว่าจุดขายที่ไม่ได้รับอนุญาตมีประมาณร้อยละ ๒๐ ของจุดขายทั้งหมด และในอนาคตอันใกล้มีความเป็นไปได้สูงที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทในการออกใบอนุญาตขายสุรา แทนกลไกของกรมสรรพสามิต

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) จำนวนผู้ได้รับใบอนุญาตขายปลีกสุรา
- ๒) ความหนาแน่นของจุดขาย (จำนวนจุดขายต่อประชากร/จำนวนจุดขายต่อเขตการปกครอง)
- ๓) จำนวนการดำเนินคดีการขายสุราโดยผู้ไม่ได้รับการอนุญาต และการขายสุรานอกเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) อัตราความสำเร็จในการซื้อเครื่องตีแอลกอฮอล์นอกเวลาที่กำหนด

แนวทาง

๑) ทบทวนและปรับปรุงระบบการออกใบอนุญาตขายสุรา โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าในการควบคุมการบริโภคและป้องกันปัญหาจากการบริโภคสุรา โดยเฉพาะการควบคุมและลดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขายสุรา ผ่านทั้งกลไกเงื่อนไขของผู้รับอนุญาตชั้นตอนและค่าธรรมเนียม และประเภทของใบอนุญาต

๒) สนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบการออกใบอนุญาตขายสุราให้สอดคล้องกับทิศทางการควบคุมปัญหาจากการบริโภค เช่น การจำกัดจำนวนและความหนาแน่นของจุดขายสุรา การกำหนดพื้นที่ในการห้ามขาย ทั้งนี้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปของคณะกรรมการ ที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน

๓) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบตรวจตรา ฝ้าระวัง ติดตาม และลงโทษการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลา สถานที่และเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด

๔) พิจารณาเพิ่มสถานที่ในการควบคุมและห้ามจำหน่ายสุรา โดยให้ความสำคัญกับบริเวณพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น บริเวณทางเท้า ทางสาธารณะ ผิวจراجร ยานพาหนะบนผิวจراجร บริเวณใกล้สถานศึกษาและหอพัก สวนสาธารณะ รอบบริเวณศาสนสถาน พื้นที่การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี และงานวัฒนธรรม และพื้นที่ใกล้เคียง) การมีส่วนร่วมของชุมชน และการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงการกำหนดโซนนิ่งสำหรับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเงื่อนไขต่าง ๆ

๕) พิจารณาเพิ่มเวลาในการห้ามจำหน่ายสุรา โดยให้ความสำคัญกับช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในช่วงเวลาเทศกาลวันหยุดยาว

๕.๑.๓ มาตรการควบคุมการเข้าถึงสุราของเยาวชน

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การบริโภคสุราของเยาวชนมีนัยสำคัญทั้งมิติของปัญหา โดยเฉพาะผลกระทบในระยะยาวต่อสังคม และในมิติของการจัดการปัญหา ในแง่การบริโภคสุรา เยาวชนไทยมีแนวโน้มที่จะบริโภคอย่างอันตราย และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสูงกว่านักดื่มวัยผู้ใหญ่ ในแง่ของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชนเป็นกลุ่มผู้บริโภคที่มีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของราคาสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และมีบริโภคเครื่องดื่มที่มีราคาต่ำ สังคมต่าง ๆ มักมีมาตรการในการจัดการกับการดื่มของเด็กและเยาวชนเป็นการเฉพาะ กฎหมายไทยกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ ๒๐ ปี และห้ามผู้ใดให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ยกเว้นการบำบัดทางการแพทย์ ห้ามเยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ซื้อ, ขาย, บริโภค และเข้าไปยังสถานที่ที่จัดไว้สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และห้ามเยาวชนต่ำกว่า ๒๐ ปี เข้าในสถานบันเทิง อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดประการสำคัญคือการขาดการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและการติดตามประเมินผล รวมไปถึงบทลงโทษผู้กระทำผิด

นอกจากนั้น มาตรการที่ยังถือเป็นส่วนขาดของประเทศไทยในการควบคุมการดื่มของเยาวชนได้แก่ การจัดการกับเครื่องดื่มที่เป็นที่สนใจของเยาวชนโดยเฉพาะ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่ม น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ เหล้าปั่น เช่นกันกับการควบคุมจุดขายที่ดึงดูดใจเยาวชน เช่น สถานบันเทิง ชุมอาหาร ร้านอาหาร บางประเภท การจัดการดังกล่าวดำเนินการได้โดยหลายมาตรการควบคุมไปกับการจำกัดอายุผู้ซื้อและผู้ดื่มสุรา เช่น มาตรการกำหนดราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขั้นต่ำ (minimum price measure) เพื่อเป็นการกำหนดมิให้ผู้บริโภค โดยเฉพาะเยาวชนหาซื้อสุราได้ในราคาที่ต่ำจนเกินไป การกำหนดอัตราภาษีที่สูงเป็นพิเศษสำหรับเครื่องดื่มที่ดึงดูดเยาวชน และการกำหนดพื้นที่ห้ามขายสุราในพื้นที่และในเงื่อนไขที่มีเยาวชนหนาแน่นและ/หรือเข้าถึงได้ง่าย เช่น รอบบริเวณสถานศึกษา หอพัก ค่ายเยาวชน ในการแสดงดนตรี การแข่งขันกีฬา

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

๑) ความชุกของผู้บริโภคในประชากร ๑๕-๑๙ ปี

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) ความชุกของผู้บริโภคในประชากรวัยก่อน ๑๕ ปี

๒) อัตราการตรวจหลักฐานอายุ (เช่น บัตรประชาชน)

๓) อัตราความสำเร็จในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์

แนวทาง

๑) พัฒนาประสิทธิภาพของระบบตรวจตรา ฝ้าระวัง ติดตาม และลงโทษการขายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ให้กับเยาวชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม รวมถึงการพัฒนามาตรการการสร้างความสนใจให้กับผู้ที่มีส่วนในการควบคุมและฝ้าระวัง

๒) พัฒนามาตรการทางภาษีและราคาเป็นการเฉพาะสำหรับเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ที่เป็นที่สนใจของเยาวชน

๓) พัฒนาแนวทางการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ที่นิยมบริโภคในกลุ่มเยาวชน

๔) พิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการการกำหนดราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งผ่านและไม่ผ่านระบบภาษีสรรพสามิต

๕) พิจารณาเพิ่มสถานที่ในการห้ามจำหน่ายสุรา โดยให้ความสำคัญกับบริเวณพื้นที่และเงื่อนไขที่มีเยาวชนหนาแน่นและ/หรือเข้าถึงได้ง่าย เช่น ทางสาธารณะ บริเวณใกล้สถานศึกษาและหอพัก พื้นที่การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี และร้านสะดวกซื้อ

๖) สืบค้นแหล่งที่มาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ขายหรือให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชนต่ำกว่า ๒๐ และ ๑๘ ปี ตามลำดับ ที่กระทำผิดกฎหมาย ก่ออาชญากรรม และมีพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมา และพัฒนากลไกการลงโทษและการตรวจสอบผู้จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์แก่เยาวชน

๕.๒ ยุทธศาสตร์ที่สอง การปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม

ความคาดหวัง : เพื่อปรับเปลี่ยนบรรยากาศทางสังคมไปสู่ทัศนคติที่เห็นว่าสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา และลดความน่าสนใจในการบริโภคโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน

๕.๒.๑ มาตรการควบคุมการตลาดและโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

ข้อมูลวิชาการทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของอุตสาหกรรมสุรา มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเริ่มต้น การอยากลอง การเลือกบริโภค ทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความคาดหวังถึงผลการบริโภค และทัศนคติที่เห็นว่าการบริโภคเป็นปกติของสังคม และยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างงบประมาณในการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการได้รับชมรับฟังเนื้อหาโฆษณา (exposure) กับระดับความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มเยาวชน การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นกลไกในการควบคุมปัญหาในระยะยาวที่มีประสิทธิผล โดยเฉพาะในกลไกการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่

เนื้อหาของมาตรการการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องพิจารณาในหลายประเด็น ได้แก่ การควบคุมช่องทางการโฆษณา การควบคุมเนื้อหาการโฆษณา การควบคุมการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของอุตสาหกรรมสุรา และมาตรการการผนวกคำเตือนในโฆษณา อย่างไรก็ตาม มาตรการคำเตือนจัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลจำกัดอย่างยิ่ง

การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในยุคใหม่ของประเทศไทยเริ่มต้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จากมติของคณะรัฐมนตรีในวันที่ ๒๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๖ และนำมาซึ่งกฎหมายหลายฉบับ ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติช่องทางการโฆษณา (เวลาที่ออกอากาศ และพื้นที่ในการตั้งป้ายโฆษณา) เนื้อหาของการโฆษณา (เช่น ห้ามการโฆษณาที่มีเนื้อหาเชิญชวนให้บริโภค เชื่อมโยงการบริโภคกับความสำเร็จด้านการทำงาน ด้านแรงดึงดูดทางเพศ ผลประโยชน์ทางสุขภาพ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียงในโฆษณา การแจกและแลกของสมนาคุณ) และมาตรการคำเตือนที่โฆษณา ซึ่งต่อมาได้ถูกเปลี่ยนแปลงและผนวกเข้าใน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งได้ทำการห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด แต่อุญาตให้เผยแพร่ความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคมโดยไม่ปรากฏภาพของสินค้า ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ขยายพื้นที่ความหมายของการโฆษณา แต่เนื้อหาของมาตรการในหลายส่วนยังต้องรอความชัดเจนจากกฎกระทรวงต่อไป (ยังไม่มี ณ กรกฎาคม ๒๕๕๒ ซึ่งที่ผ่านมาเกิดช่องว่างในระเบียบ โดยเฉพาะในส่วนการควบคุมเนื้อหาของโฆษณา)

ข้อจำกัดของการควบคุมการตลาดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยประกอบด้วย ครอบคลุมช่องทางการโฆษณา ซึ่งมีรูปแบบการโฆษณาและประชาสัมพันธ์อีกหลายช่องทางที่ยังไม่ถูกควบคุม รวมถึงการสนับสนุนกีฬา ดนตรี และงานเทศกาล, การไม่ครอบคลุมรูปแบบการโฆษณาในลักษณะแอบแฝง, การครอบคลุมบางช่วงเวลาและบางพื้นที่, การติดตามและบังคับใช้กฎหมาย และบทลงโทษที่ยังไม่อยู่ในระดับที่สามารถป้องกันการฝ่าฝืนกฎหมาย จากข้อจำกัดต่าง ๆ นี้ทำให้ประชาชนไทย โดยเฉพาะเยาวชนยังเข้าถึงและมีความสามารถจดจำการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่สูง และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการขึ้นชอบโฆษณากับการอยากทดลองดื่มสุราในกลุ่มเยาวชนด้วย

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

- ๑) จำนวนการโฆษณาตรงและแฝงที่ปรากฏในสื่อมวลชน (จากการเฝ้าระวัง) รวมถึงการสื่อสารการตลาดที่ประชาชนเข้าใจได้ว่าเป็นการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) จำนวนการร้องเรียนและจำนวนผู้ฝ่าฝืนที่ถูกดำเนินคดีกรณีฝ่าฝืนการควบคุม

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

- ๑) ความชุกในการพบเห็นได้ยีน (exposure) การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนและเยาวชน
- ๒) อัตราการจดจำโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในประชาชนและเยาวชน

แนวทาง

- ๑) ขยายการควบคุมการตลาดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการโฆษณาผ่านตัวบุคคลในลักษณะผู้นำเสนอ (พรีเซนเตอร์) และพนักงานขาย การโฆษณาผ่านการจัดตั้งแสดงตัวสินค้า การทำโปรโมชันทางตรงและทางอ้อมโดยเฉพาะกับเยาวชน นักเรียน นิสิต นักศึกษา

๒) พัฒนามาตรการในการควบคุมการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ (การเป็นสปอนเซอร์) และการทำกิจกรรมการตลาดอื่น ๆ ของอุตสาหกรรมสุรา รวมถึงการทำการตลาดของสินค้าอื่นที่ใช้ชื่อและตราสัญลักษณ์ร่วมกับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความสำคัญกับช่องทางการโฆษณาและการสนับสนุนที่รับรู้พบเห็นได้ยินและมีส่วนร่วม โดยเยาวชน และกิจกรรมที่ดำเนินการในสถานศึกษา สถานราชการ เช่น การพัฒนาบันทึกความเข้าใจระหว่าง ผู้บริหารสถานศึกษาต่าง ๆ ในการไม่รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมสุราหรือไม่อนุญาตให้อุตสาหกรรมสุราเข้ามา ทำกิจกรรมการตลาดแบบแอบแฝง

๓) สนับสนุนระบบเฝ้าระวังการฝ่าฝืนระเบียบข้อบังคับ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ภาคราชการในส่วนภูมิภาค และภาคประชาสังคม

๔) ให้ความรู้กับเยาวชน ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถึงกลยุทธ์ในการทำการตลาดกับเยาวชนและ ประชากรหนุ่มสาวของอุตสาหกรรมสุรา และการทำการตลาดผ่านกิจกรรมภาพลักษณ์ความรับผิดชอบต่อสังคม ขององค์กร (Corporate Social Responsibility/CSR) และการสนับสนุนกิจกรรม (สปอนเซอร์)

๕) พัฒนาระบบพิจารณาการอนุญาตโฆษณา โดยให้ความสำคัญกับช่องทาง เนื้อหา และผลกระทบเชิงลบ ที่อาจเป็นไปได้ และเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาควิชาการและประชาสังคมที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

๖) ส่งเสริมให้สื่อมวลชนปลอดจากโฆษณาแฝงในรูปแบบต่าง ๆ และไม่นำเสนอข้อมูลให้เกิดการรับรู้ ว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติและถูกต้อง สุราเป็นสินค้าธรรมดา และความผิดและพฤติกรรมภายใต้ความมึนเมา เป็น สิ่งปกติที่สังคมไม่ควรถือสา รวมไปถึงไม่นำเสนอภาพลักษณ์ด้านบวกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ ภาพลักษณ์ด้านลบของผู้ที่ไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะในมิติที่มีผลต่อเยาวชนและประชาชน

๕.๒.๒ มาตรการการให้ความรู้ ปรับทัศนคติ และเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มสุรา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

มาตรการการให้สุขศึกษา และการโน้มน้าว จัดเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาต่ำ เนื่องจากมีข้อจำกัดของประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยังคงอาศัยงบประมาณสูง และต้องแย่งชิง พื้นที่สื่อกับเนื้อหาสนับสนุนการบริโภคอย่างการโฆษณา ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มมาตรการที่มีความคุ้มค่าต่ำ ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้กับเยาวชนในสถานศึกษา กลุ่มเยาวชนนอกระบบการศึกษา การให้ความรู้และทัศนคติทางสื่อมวลชน (การรณรงค์สาธารณะ) และมาตรการฉลากคำเตือน อย่างไรก็ตาม มาตรการกลุ่มนี้เป็นกลไกสำคัญในการปรับเปลี่ยน บรรยากาศของสังคม (social climate) ที่มีต่อการบริโภค ปัญหาจากการบริโภค และนโยบายแอลกอฮอล์

มาตรการในการให้ข้อมูลและความรู้ที่มีการปฏิบัติในระดับชาติได้แก่ มาตรการคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ โดยปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบและหลักสูตรสุขศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชาติ อย่างเป็นทางการ ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราส่วนหนึ่งจึงได้เสนอตัวและจัดกิจกรรมสุขศึกษาที่มุ่งเน้นไปที่การ ดื่มอย่างรับผิดชอบต่อเยาวชน ซึ่งนอกจากจะไม่มีผลในการป้องกันปัญหาแล้ว ยังอาจมีผลเสียในการเริ่มดื่ม และ ทำให้กลุ่มเยาวชนคุ้นเคยกับสุรามากขึ้น

ส่วนมาตรการในการเพิ่มโอกาสของการไม่ดื่มสุราที่ประสบความสำเร็จเบื้องต้นในประเทศไทยได้แก่ การ จัดกิจกรรมและเทศกาลปลอดเหล้า เช่น โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา กิจกรรมรณรงค์ปลอดเหล้า และในการ ประกาศให้วันเข้าพรรษาเป็นวันงดสุราแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นมากมายในระดับ ชุมชน รวมถึงการจัดเทศกาลกีฬาและดนตรีปลอดเหล้า การส่งเสริมการจัดงานศพปลอดเหล้า มหกรรมอาหาร ปลอดเหล้า

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

๑) ร้อยละของผู้บริโภคที่งดหรือลดการบริโภคในช่วงเข้าพรรษา

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) อัตราการรับรู้ของประชาชนต่อมาตรการต่าง ๆ

แนวทาง

๑) พัฒนากลไกการสื่อสาร ทั้งผ่านสื่อมวลชนในระดับต่าง ๆ และการสื่อสารผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมทัศนคติของสังคมที่สนับสนุนการป้องกันและควบคุมปัญหาจากการบริโภค และเพื่อสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการในยุทธศาสตร์อื่น ๆ

๒) พัฒนาด้านแบบ (idol) ของเยาวชนและประชาชนทั่วไป ที่มีภาพชัดเจนถึงการไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งต้นแบบที่เป็นเยาวชนและผู้ใหญ่ ทั้งที่มีและยังไม่มีชื่อเสียงอยู่แล้ว รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น คนเลิกเหล้าต้นแบบ

๓) พัฒนาและปรับปรุงข้อบังคับเกี่ยวกับฉลากของสุรา รวมถึงคำเตือนที่เป็นถ้อยคำ ข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ และความเป็นไปได้ในการพัฒนาคำเตือนที่เป็นรูปภาพ

๔) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาสังคมในระดับพื้นที่สนับสนุนกิจกรรมและเทศกาลปลอดเหล้า เช่น งานประเพณีปลอดเหล้า โดยให้ความสำคัญกับกิจกรรมและเทศกาลที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูง โดยพิจารณาใช้ประโยชน์จากกลไกทางศาสนาและวัฒนธรรม

๕) พัฒนากลไกและช่องทางการสื่อสารเพื่อเผยแพร่กิจกรรมและพื้นที่ที่มีความสำเร็จ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ ในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสร้างความยั่งยืนและขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

๖) พัฒนากลไกความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาหลักสูตรและสื่อในการให้ความรู้แก่นักเรียน นักศึกษา และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ถ่ายทอดข้อมูล โดยควรเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่เข้าใจได้ง่าย มีความคุ้มค่า และสามารถสนับสนุนศักยภาพในการป้องกันและควบคุมปัญหาของตนเองและครอบครัว และสนับสนุนประสิทธิผลของการดำเนินงานมาตรการอื่นด้วย

๗) พัฒนาระบบแรงจูงใจในการไม่ดื่มและลด ละ เลิกดื่มสุรา ให้กับทั้งประชาชนกลุ่มต่าง ๆ หน่วยงานรัฐ และเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ในระบบกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา ระบบกองทุนกู้ยืมอื่น ๆ ระบบประกันสุขภาพ กองทุนสุขภาพตำบล และระบบการจัดสรรงบประมาณแก่หน่วยงานราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๘) คัดกรองและติดตามพฤติกรรม และสนับสนุนการเพิ่มระยะเวลาและความเข้มข้นในการงด/ลดสุรา สำหรับผู้ที่แสดงเจตจำนงในการลดหรืองดสุราระหว่างเข้าพรรษา รวมถึงขยายเวลาการงดออกไปตลอดชีวิต โดยให้ความสำคัญกับผู้ที่เคยมีความเสี่ยงต่อปัญหาสูง

๙) สร้างความตระหนักรู้ถึงกลยุทธ์ ความต้องการ และผลกระทบที่อาจมี ในการทำการสื่อสารการตลาดในรูปแบบของการให้ความรู้และการทำกิจกรรมเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม

๕.๓ ยุทธศาสตร์ที่สาม การลดอันตรายจากการบริโภค

ความคาดหวัง : เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาในกลุ่มผู้บริโภค และจำกัดขนาดและความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาและได้รับผลกระทบจากการบริโภค

๕.๓.๑ มาตรการควบคุมการบริโภคในเงื่อนไขและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสูง

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

รูปแบบการบริโภค โดยเฉพาะเงื่อนไข สถานการณ์และบริบทของการบริโภค มีความสำคัญต่อการเกิดผลกระทบ การควบคุมการบริโภคที่มีความเสี่ยงสูงมักเป็นการกำหนดพื้นที่ห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ใน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ห้ามบริโภคในวัดและสถานที่ทางศาสนา สถานบริการสาธารณสุขและสถานพยาบาล สถานที่ราชการ (ยกเว้นที่พำนักส่วนบุคคลและสโมสร สถานที่จัดเลี้ยง) สถานศึกษา สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง และสวนสาธารณะของรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหาของนโยบายในประเด็นมาตรการกลุ่มนี้ในต่างประเทศ มาตรการของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมการบริโภคในยานพาหนะขนส่งสาธารณะ สถานที่ทำงานทั่วไป การแข่งขันกีฬา การบริโภคบนท้องถนน และในเทศกาลสันตนาการ

นอกจากนี้ยังมีมาตรการจากผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง เช่น การสอนเทคนิคการเสิร์ฟเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความเสี่ยง หรือการเปลี่ยนจากภาชนะที่เป็นแก้วเป็นพลาสติก อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามาตรการในการควบคุมตนเองของอุตสาหกรรมสุราในลักษณะดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการควบคุมปัญหา

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

-

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) ความรุนแรงของปัญหา (เช่น จำนวนคดี จำนวนความรุนแรง) และตัวชี้วัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ปริมาณการบริโภค ความชุกของการบริโภค ค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ในช่วงเทศกาล หรือในพื้นที่เฉพาะ

แนวทาง

๑) พิจารณาพัฒนาต่อยอดระเบียบในการห้ามบริโภคในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การบริโภคบนยานพาหนะสาธารณะประเภทรถโดยสาร ในการแสดงดนตรี บริเวณทางเท้า ทางสาธารณะ ผิวจราจร รอบศาสนสถาน บริเวณใกล้สถานศึกษาและหอพัก พื้นที่การแข่งขันกีฬา การแสดงดนตรี และงานวัฒนธรรม

๒) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดพื้นที่และเงื่อนไขในการห้ามบริโภค รวมถึงเวลาในการอนุญาตให้บริโภค เช่น พื้นที่สาธารณะ สถานที่ท่องเที่ยว งานเทศกาล

๓) สนับสนุนระบบเฝ้าระวังการฝ่าฝืนระเบียบข้อบังคับ อย่างมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการในส่วนภูมิภาค

๕.๓.๒ มาตรการควบคุมพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีนเมา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

อุบัติเหตุจากรถเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความสนใจมากที่สุดในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับสอง โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ ๑๓,๐๐๐ รายต่อปี หรือประมาณ ๒๒ รายต่อแสนประชากร โดยรวมพบว่าแอลกอฮอล์มีส่วนเกี่ยวข้องกับประมาณร้อยละ ๔๐ - ๖๐ ของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถในประเทศไทย ความสัมพันธ์มีความชัดเจนเพิ่มขึ้นในรายที่เสียชีวิตและบาดเจ็บรุนแรง และในช่วงเทศกาลวันหยุดยาวทั้งเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ สัดส่วนของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถที่ดื่มสุราก่อนเกิดเหตุในช่วงเทศกาลสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งปีประมาณร้อยละ ๔๐ จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากร

มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าในการควบคุมผลกระทบจากพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะขณะมีนเมาประกอบด้วย มาตรการทางภาษีและราคา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอย่างเข้มข้นต่อเนื่อง การลงโทษที่รวดเร็วและมีมาตรฐาน การลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ การควบคุมการเข้าถึง โดยเฉพาะการทำมัจฉายในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง และการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ต่ำมาก (zero tolerance^๔) สำหรับผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง ส่วนมาตรการที่ไม่มีประสิทธิผลและไม่คุ้มค่าได้แก่ การรณรงค์สาธารณะ การให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและวิธีการดื่ม การส่งเสริมให้ใช้บริการรถสาธารณะ การกำหนดตัวผู้จะทำหน้าที่ขับขี่ยานพาหนะก่อนเริ่มดื่ม การบังคับให้ผู้มีพฤติกรรมขับขี่ขณะมีนเมาเข้ารับการบำบัดรักษา และการใช้อุปกรณ์พิสูจน์ลมหายใจก่อนติดเครื่องยนต์^๕

ประเทศไทยกำหนดให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะต้องมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน ๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หรือเทียบเท่า โดยการตรวจเลือด ลมหายใจ และปัสสาวะ เมื่อเปรียบเทียบกับต่างชาติ ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่กำหนดโดยกฎหมายของไทยมีระดับความเข้มงวดปานกลาง แต่ประเทศไทยยังขาดการกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นการเฉพาะ เช่น ผู้ขับขี่หน้าใหม่และผู้ขับขี่อายุน้อย

การควบคุมพฤติกรรมกรรมการขับขี่ยานพาหนะภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์เริ่มมีสัญญาณแนวโน้มที่ดีขึ้นบ้าง เช่น การได้รับการยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ การตระหนักรู้และยอมรับของสังคม การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากหลายภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ปัญหาจากการขับขี่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ยังไม่ได้ลดระดับความรุนแรงลงอย่างที่คาดหวัง อัตราการบาดเจ็บและอัตราการเกิดอุบัติเหตุ และความชุกของพฤติกรรมกรรมการขับขี่หลังการดื่มยังอยู่ในระดับสูง ปัญหาสำคัญที่สุดของมาตรการยังอยู่ในระดับการบังคับใช้กฎหมายซึ่งยังขาดความเข้มแข็งและสม่ำเสมอ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมักให้ความสนใจเพียงเฉพาะช่วงเทศกาล ทำให้โอกาสในการถูกตรวจลมหายใจของผู้ขับขี่ยานพาหนะโดยรวมซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญสำหรับความเข้มแข็งของมาตรการยังอยู่ในระดับต่ำ

^๔ ตัวอย่างเช่น ๒๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

^๕ เครื่องมือที่ติดตั้งในรถยนต์เพื่อป้องกันการใช้นานพาหนะหากผู้ขับขี่มีระดับแอลกอฮอล์สูงเกินที่กำหนด

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

๑) จำนวนการทดสอบระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) ร้อยละของผู้ขับขี่ที่เคยถูกตรวจลมหายใจในรอบปี

๒) ความชุกของผู้มีพฤติกรรมดื่มสุราก่อนขับขี่ยานพาหนะในกลุ่มผู้บริโภคร

แนวทาง

๑) ยกกระดับความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมาย การกำหนดเป้าหมายในการสุ่มตรวจลมหายใจ การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม

๒) ลดระดับเพดานแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ทั่วไปและผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง

๓) พัฒนาระบบขนส่งมวลชนที่ปลอดภัยและเพียงพอเพื่อลดโอกาสในการขับขี่ภายใต้ความมึนเมา

๔) ควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการขับขี่ขณะมึนเมาสูง รวมถึงการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาเทศกาล

๕.๓.๓ มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษา

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นมาตรการที่จำเป็นทางจริยธรรม แม้ว่าจะมีความคุ้มค่าต่ำในระดับมหภาค โดยการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงอย่างย่อ (Brief intervention) จัดเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุด และสามารถจัดให้มีในระบบบริการปฐมภูมิและกระทำโดยบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งข้อมูลวิชาการพบว่า มีประสิทธิผลไม่ต่างกัน ส่วนการบำบัดรักษาโดยไม่ได้สมัครใจ เช่น การบังคับบำบัดรักษาผู้ที่ฝ่าฝืนกฎระเบียบต่าง ๆ มีประสิทธิผลต่ำ

การบำบัดรักษาผู้มีอาการติดสุราได้ดำเนินการมาต่อเนื่องตามความรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาผู้มีภาวะติดสุราและระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นทางการในระดับประเทศ และยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการระดับปฐมภูมิ และระบบประกันสุขภาพเป็นการเฉพาะ โดยข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษาประกอบด้วย การเข้าถึงระบบของผู้มีปัญหาและมีความเสี่ยง มาตรการของระบบการคัดกรองและการบำบัดรักษา ทรัพยากรในระบบ และศักยภาพในการติดตามประเมินผล ส่วนการบำบัดรักษาโดยบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพ อย่างเช่น การบำบัดรักษาแบบกลุ่มด้วยตนเอง (self-help group) หรือการบำบัดด้วยหลักความเชื่อทางศาสนา ยังไม่เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางในประเทศไทย

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

๑) จำนวนสถานบริการที่มีบริการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒) จำนวนผู้มารับบริการคลินิกคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) สัดส่วนผู้ที่เข้าสู่ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ผู้ที่มีคะแนน AUDIT มากกว่า ๗ คะแนน)

แนวทาง

- ๑) พัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหา รวมถึงแนวทางการบำบัดรักษาในระบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นที่ระบบบริการปฐมภูมิและระบบส่งต่อไปยังการบริการระดับอื่น ๆ
- ๒) ขยายจำนวนจุดบริการการคัดกรองและบำบัดรักษาที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ
- ๓) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมในการพัฒนาระบบการคัดกรองและบำบัดรักษา
- ๔) บรรจุเทคนิคการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าในหลักสูตรของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากรที่จะปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการอบรมเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่
- ๕) พัฒนาระบบและกลไกในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยประสบปัญหาจากการบริโภคที่ผ่านการบำบัดรักษาเพื่อป้องกันการกลับสู่ความเสี่ยงและปัญหา

๕.๔ ยุทธศาสตร์ที่สี่ การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่

ความคาดหวัง : เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่และกลุ่มประชากรเฉพาะ

๕.๔.๑ มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ระดับชุมชน

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

มาตรการการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน ซึ่งเป็นทั้งชุมชนในมิติของพื้นที่ (เช่น คริวเรือน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด) และชุมชนในมิติอื่น ๆ เช่น ตามกลุ่มประชากรตามหน่วยงาน ตามวิชาชีพ (เช่น ชุมชนวิชาชีพแพทย์ ชุมชนผู้สูงอายุ ฯลฯ) โดยมาตรการกลุ่มนี้อาจจะเป็นมาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์โดยตรง (ตามยุทธศาสตร์ ๕.๑ - ๕.๓ ข้างต้น) หรือมาตรการทางอ้อมอื่น ๆ ที่มีผลต่อการบริโภคและปัญหาที่ตามมาได้ เช่น การส่งเสริมแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง การจัดทำบัญชีครัวเรือน และการส่งเสริมจริยธรรมทั่วไป ในขณะที่เดียวกันการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ก็จะเป็นประโยชน์ต่อมาตรการอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน จากกลไกที่การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นทางผ่านไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ

ในมิติของกระบวนการนโยบายสาธารณะ มาตรการระดับชุมชนสามารถมีบทบาททั้งการพัฒนานโยบาย (policy formulation) การพัฒนาความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การเฝ้าระวัง และการติดตามประเมินผลของนโยบาย องค์ประกอบส่วนท้องถิ่นและระบบราชการส่วนภูมิภาคมีศักยภาพในการพัฒนานโยบายระดับชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นการควบคุมด้วยกฎระเบียบ เช่น การออกเทศบัญญัติเพื่อควบคุมพื้นที่ในการห้ามจำหน่ายสุรา หรือภายใต้โครงสร้างของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑

ตารางที่ ๔ ตัวอย่างบทบาทของมาตรการระดับชุมชนในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์	การพัฒนานโยบายระดับชุมชน	การสนับสนุนการนำนโยบายระดับประเทศไปปฏิบัติ	การสนับสนุนอื่น ๆ
ภาษีและราคา	ภาษีและค่าธรรมเนียมที่มีผลต่อราคาเครื่องดื่ม	ติดตามเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษี	การส่งเสริมอาชีพอื่นสำหรับผู้ที่เคยผลิตและขายเครื่องดื่มนอกระบบภาษี
ควบคุมการเข้าถึง	กำหนดพื้นที่และช่วงเวลาห้ามขายสุรา, การส่งเสริมพื้นที่ปลอดร้านขายสุรา	ติดตามจุดขาย วันเวลาการขาย การขายให้เยาวชน	ติดตาม เฝ้าระวังพฤติกรรมของจุดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
บริบทและเงื่อนไขการบริโภค	กำหนดพื้นที่และช่วงเวลาห้ามดื่ม, การต่อยอดกิจกรรมงดเหล้าและปลอดเหล้า	ติดตามการดื่มในสถานที่ห้ามขาย การดื่มของเยาวชน	ติดตามพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนและเยาวชน และเงื่อนไขการบริโภคของชุมชน
การขั้ขันขณะมีเมมา	พัฒนาวางแผนระบบการบังคับใช้กฎหมายแบบมีส่วนร่วม และให้เกิดประสิทธิผล ความรวดเร็ว	การมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย	การพิจารณาลงโทษทางสังคมกับผู้ขายสุราให้กับผู้ที่มีอาการเมมาอยู่แล้ว
การโฆษณา	การกำหนดพื้นที่ห้ามโฆษณา การหลีกเลี่ยงการสนับสนุนของอุตสาหกรรมสุราต่องานประเพณีของชุมชน	การติดตามการฝ่าฝืนระเบียบควบคุมการโฆษณา	
การให้ความรู้และโน้มน้าว	การวางแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์ภายในพื้นที่	การทำงานภาคสนามร่วมกับภารรณรงค์ในระดับประเทศ	การใช้กลไกควบคุมทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรมมาเสริมทัศนคติของประชาชนต่อการบริโภคและผลกระทบ
การคัดกรองบำบัดรักษา	การสนับสนุนบริการคัดกรองและบำบัดรักษา เช่น ด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ, การจัดตั้งระบบการคัดกรองและบำบัดรักษาแบบกลุ่ม	การร่วมเป็นระบบเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงและปัญหา, ส่งเสริมบทบาทของครัวเรือนในการสนับสนุนการลด ละ เลิกสุรา	การปรับเปลี่ยนทัศนคติภายในชุมชนต่อผู้ที่มีปัญหาจากการบริโภค
มาตรการอื่น ๆ	การพัฒนาระบบกองทุนหรือการออม, การส่งเสริมโครงการบัญชีครัวเรือน	การส่งเสริมทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียงอย่างเป็นรูปธรรม	กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป, การส่งเสริมความสัมพันธ์ของครอบครัว

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

(ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ๕.๑ - ๕.๓)

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) (ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ๕.๑ - ๕.๓)

๒) ตัวชี้วัดที่แสดงถึงปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน เช่น ค่าใช้จ่ายครัวเรือน ค่าใช้จ่ายของเจ้าภาพ เงินที่ออมได้จากการงดสุรา

แนวทาง

๑) สร้างความตระหนักให้ชุมชนทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒) สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน โดยเฉพาะมาตรการเพื่อเสริมความเข้มแข็งของมาตรการระดับชาติ

๓) ถอดบทเรียน เผยแพร่ และส่งเสริมการเรียนรู้ภายในและระหว่างชุมชนถึงมาตรการ นวัตกรรม กิจกรรม ในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ เช่น ร้านค้าต้นแบบ ผู้ประกอบการต้นแบบ

๔) ส่งเสริมและยกย่องเชิดชูให้ผู้นำระดับชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดีต่อเยาวชนในการไม่เป็นแบบอย่างในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕) สนับสนุนการไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงาน ประเพณี กิจกรรม ของชุมชน

๖) สนับสนุนกระบวนการจัดการความรู้ของชุมชนในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการเก็บข้อมูลสถานการณ์การบริโภคและผลกระทบภายในชุมชน

๕.๔.๒ มาตรการนโยบายแอลกอฮอล์ของหน่วยงานและสถานประกอบการ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการประกอบวิชาชีพที่ลดลง ภาวะการขาดงานจากการเจ็บป่วย ผลผลิตภาพของการทำงานที่ลดลง และการตกงาน สถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนมีศักยภาพในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพื้นฐาน

๑) อัตราการขาดงาน อัตราการเกิดอุบัติเหตุ อัตราการเจ็บป่วย โดยเน้นที่สาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตัวชี้วัดเพิ่มเติม

๑) ปริมาณการบริโภค ความชุกของผู้มีความเสี่ยง (เช่น ผู้ที่มีคะแนน AUDIT มากกว่า ๗) ในกลุ่มพนักงาน

แนวทาง

๑) พัฒนาแนวทางในการห้ามข้าราชการทุกสังกัดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาราชการและขณะปฏิบัติหน้าที่ และแนวทางในการส่งเสริมให้ข้าราชการโดยเฉพาะข้าราชการระดับสูงเป็นแบบอย่างที่ดี

๒) สร้างความตระหนักถึงผลของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อศักยภาพการประกอบอาชีพและหารายได้ ผลผลิตภาพของพนักงานและองค์กร ให้กับทั้งผู้ประกอบการ พนักงาน และสังคมโดยรวม ในทั้งการจ้างงานในและนอกระบบ

๓) สนับสนุนให้แต่ละสถานประกอบการมีนโยบายการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง เช่น ระบบการคัดกรองและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหา การห้ามการบริโภคเครื่องดื่มสุร่าก่อนและขณะปฏิบัติงาน การห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานประกอบการ การมอบรางวัลให้กับผู้ที่สามารถเลิกดื่ม และการสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการลด ละ เลิกสุร่า

๔) สนับสนุนค่านิยมในการไม่ใช่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นรางวัลในการปฏิบัติงานหรือของขวัญในเทศกาลต่าง ๆ และสนับสนุนงานฉลองสังสรรค์ที่ปราศจากแอลกอฮอล์

๕) สนับสนุนการห้ามการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นค่าตอบแทน หรือทดแทน หรือเป็นส่วนหนึ่งของค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน

๖) สนับสนุนและสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการในการห้ามไม่ให้เยาวชนทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การขนส่ง การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๗) พัฒนาระบบแรงจูงใจของหน่วยงานและสถานประกอบการในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การให้รางวัล การเผยแพร่นวัตกรรมดี ๆ และการให้รางวัล และการขยายผลผู้ประกอบการต้นแบบ

๕.๕ ยุทธศาสตร์ที่ห้า การพัฒนาไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

ความคาดหวัง : สร้างกลไกสนับสนุนกระบวนการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๕.๑ มาตรการสร้างความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทุกระดับ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

กระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์เป็นพื้นที่นโยบายที่มีบทบาท กิจกรรม และความเคลื่อนไหวของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมากมาย หลายภาคส่วน ความมุ่งมั่นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารระบบการนำนโยบายไปใช้เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ นโยบายแอลกอฮอล์มีพื้นที่ทางนโยบายกว้าง ครอบคลุมพื้นที่หลากหลายมาตรการ ดังนั้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วนจึงมักจำกัดบทบาทของตนอยู่ในพื้นที่ที่มีความสำคัญกับตน และยังมีระดับการมีส่วนร่วมเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง หลายส่วนมักจะแสดงบทบาทเฉพาะพื้นที่ที่ตนเองรับรู้ว่าสำคัญ หรือเมื่อกระบวนการนโยบายอาจจะสร้างผลกระทบต่อผลประโยชน์และความสนใจของตน และมักจะไม่สนใจกระบวนการในขั้นตอนและพื้นที่อื่น ๆ และในสถานการณ์ปัจจุบัน หน่วยงานทางสังคมอีกหลายส่วนซึ่งน่าจะมีศักยภาพต่อกระบวนการนโยบายยังไม่ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ ปัจจัยสำคัญของข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของภาคส่วนเหล่านี้ประกอบไปด้วย การขาดความเห็นพ้องต้องกัน, แนวคิดที่เห็นว่าปัญหาแอลกอฮอล์เป็นปัญหาระดับปัจเจก, การขาดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคม และการขาดการประสานงาน

นโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทยยังให้ความสำคัญกับมาตรการในระดับประเทศเป็นสำคัญ โดยมาตรการในระดับชุมชน ระดับท้องถิ่น ยังไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร ดังนั้นควรมีกลไกในการพัฒนาความร่วมมือและความเป็นเจ้าของขององค์กรและหน่วยงานในระดับท้องถิ่นทั้งที่อยู่ในส่วนราชการและที่มาจากภาคเอกชน ต่อการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท้องถิ่น โดยเฉพาะบทบาทในการพัฒนานโยบายที่มีความเหมาะสมกับท้องถิ่นนั้น ๆ และการนำนโยบายแอลกอฮอล์ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นไปปฏิบัติในท้องถิ่นของตนเอง

แนวทาง

- ๑) ยกกระดับให้ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติ วาระแห่งชาติ และวาระแห่งชาติแห่งท้องถิ่น
- ๒) สร้างความมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของแก่ทุกภาคส่วนในการควบคุมและลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ รวมถึงการประสานงานและสื่อสารระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ
- ๓) ให้คุณค่า (policy value) ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับบทบาทของทุกภาคส่วน
- ๔) ให้ระบบราชการส่วนภูมิภาค ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ส่งเสริมสนับสนุนองค์กรระดับพื้นที่ในการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- ๕) ส่งเสริมการเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสังคม และต่อกันและกัน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๖) สร้างการมีส่วนร่วมในการควบคุมปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ๗) จัดทำแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่น เช่น จำนวนภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินการในการควบคุมปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในจังหวัด

๕.๕.๒ มาตรการส่งเสริมความโปร่งใสในกระบวนการ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

กระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากคุณค่า (value) ผลประโยชน์ (interest) และแนวคิด (ideology) หลายประการที่มีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการกับผลกระทบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มีความสอดคล้องและขัดแย้งต่อกันและกัน การเผชิญหน้าและภาวะแข่งขันของแนวคิดและคุณค่าที่ขัดแย้งกันจึงพบได้ในเกือบทุกองค์ประกอบของกระบวนการ

ในภาพรวมของกระบวนการในประเทศไทยพบว่า ระดับอิทธิพลต่อกระบวนการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถูกกำหนดโดยหกกลุ่มปัจจัย ได้แก่ ทรัพยากร, การบริหารจัดการ, ช่องทางของอิทธิพล, การมีอยู่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องฝ่ายตรงข้าม, การรับรู้ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่รัฐ และจังหวะเวลาและสถานที่ของกิจกรรม การสร้างอิทธิพลต่อกระบวนการของเครือข่ายยังต้องอาศัยการจัดการที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับองค์กรและเครือข่าย รวมถึงการบริหารจัดการความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภาคีภายในเครือข่ายด้วย ในประเด็นช่องทางการแสดงอำนาจนั้น การมีตัวแทน (representation) อยู่ในเวทีทางนโยบายเป็นเงื่อนไขสำคัญ ในหลายเหตุการณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่เป็นทางการต้องแสดงอิทธิพลผ่านตัวแทน (nominee) ทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐและภาคเอกชน ในหลายกรณี การมีส่วนร่วมของกลุ่มอุตสาหกรรมสุราและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงอิทธิพลของความสัมพันธ์ต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีผลกระทบในแง่ลบต่อกระบวนการนโยบายในมุมมองทางสุขภาพ

การจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงควรเป็นกระบวนการที่โปร่งใส ไร้ผลประโยชน์ทับซ้อน และเป็นไปเพื่อปกป้องและส่งเสริมผลประโยชน์ของสาธารณะ

แนวทาง

๑) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจบนผลกระทบของสังคม ในกระบวนการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกๆระดับ โดยเฉพาะในขั้นตอนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

๒) สร้างความเชื่อมั่นว่า การพัฒนามาตรการและนโยบายใด ๆ ที่มีหรืออาจจะมีผลกระทบต่อปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการเจรจาข้อตกลงการค้า จะต้องเป็นไปเพื่อการควบคุมปัญหา และ/หรือไม่เป็นเงื่อนไขและ/หรืออุปสรรคต่อการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕.๕.๓ มาตรการส่งเสริมให้เป็นกระบวนการที่มีรากฐานจากองค์ความรู้และการเรียนรู้ร่วมกัน

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

ข้อจำกัดสำคัญอีกประการหนึ่งของกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย คือ ปัญหาการนำองค์ความรู้ทางวิชาการมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการ วากรรมเชิงนโยบายมักอาศัยข้อมูลชุดเดิมซ้ำ ๆ ทั้งจากสิ่งพิมพ์ การสำรวจ และการวิจัย นอกจากนี้การนำองค์ความรู้ไปใช้ในกระบวนการยังมีจุดอ่อนหลายประเด็น การถกเถียงทางนโยบาย (policy debate) ทางสื่อสารมวลชนยังอาศัยความคิดเห็นส่วนตัวและจุดยืนของผู้ถกเถียงมากกว่าอาศัยหลักฐานทางวิชาการ สถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลจากสามองค์ประกอบสำคัญ คือ ความพร้อมขององค์ความรู้ โดยเฉพาะด้านนโยบายแอลกอฮอล์โดยตรง, ข้อจำกัดด้านความพร้อมขององค์ความรู้ที่นำมาใช้ในกระบวนการ ทั้งด้านการประยุกต์ใช้องค์ความรู้นำเข้ามาจากต่างประเทศในบริบทของประเทศไทย และข้อจำกัดด้านศักยภาพในการสังเคราะห์องค์ความรู้, และศักยภาพของระบบเชื่อมโยงงานวิชาการไปสู่กระบวนการนโยบาย เช่น การสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบาย

นอกจากนั้น การใช้กระบวนการเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสังคมโดยรวม ทั้งในด้านการทำความเข้าใจกับปัญหา และนโยบายแอลกอฮอล์ จะเป็นการสร้างศักยภาพในการจัดการกับปัญหาจากแอลกอฮอล์ของสังคมอย่างยั่งยืนในระยะยาว

แนวทาง

๑) สนับสนุนการสร้างและเผยแพร่ความรู้ถึงสถานการณ์และกลไกของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความจำเป็น ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมปัญหา เช่น ผ่านการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้านนโยบายแอลกอฮอล์ และพัฒนากระบวนการสื่อสาร และกลไกการนำความรู้ไปใช้ในกระบวนการนโยบาย

๒) พัฒนาช่องทางการสื่อสารแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสังคมโดยรวม ผ่านทั้งโครงสร้างที่เป็นทางการ เช่น ภายใต้อำนาจของคณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์ และผ่านระบบสื่อมวลชนและการรณรงค์สาธารณะ

๓) พัฒนาระบบการตรวจสอบและติดตามประเมินผลการดำเนินการและผลลัพธ์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ และนโยบายแอลกอฮอล์อื่น ในทุกระดับนโยบาย แบบมีส่วนร่วมและต่อเนื่องยั่งยืน

๕.๕.๔ มาตรการปกป้องความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์จากผลกระทบของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

แนวคิดการค้าเสรีมีความขัดแย้งต่อแนวคิดนโยบายแอลกอฮอล์ นโยบายการค้าเสรีมีผลให้ผู้บริโภคเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น ในราคาที่ถูกลง จากการลดอัตราภาษีและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ และการโฆษณา

เครื่องตี้อัลกอฮอลล์ ที่สำคัญที่สุด แนวคิดการค้าเสรียังมีส่วนสำคัญทำให้ประเทศต่าง ๆ ต้องลดทอนความเข้มแข็งของนโยบายอัลกอฮอลล์ เช่น การยกเลิกและลดอัตราภาษีประเภทต่าง ๆ การยกเลิกมาตรการการควบคุมการเข้าถึงเครื่องตี้อัลกอฮอลล์ และคลายความเข้มข้นของมาตรการการควบคุมโฆษณาเครื่องตี้อัลกอฮอลล์

การเจรจาข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศมักจะดำเนินการในวงแคบ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบางภาคส่วน โดยมิได้เปิดเผยต่อสาธารณะ นักวิชาการและภาคประชาสังคมมักไม่มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมหรือแม้กระทั่งติดตามความคืบหน้าในกระบวนการ แต่ในทางกลับกัน กลับพบว่าเป็นกระบวนการที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มธุรกิจผลประโยชน์ต่าง ๆ แนวคิดการค้าเสรีในปัจจุบันยังมิได้คำนึงถึงผลกระทบเชิงลบของการบริโภคเครื่องตี้อัลกอฮอลล์เท่าที่ควร โดยในการเจรจาข้อตกลงการค้าต่าง ๆ นั้น มักจะถือว่าเครื่องตี้อัลกอฮอลล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่ต่างจากสินค้าทั่วไปอื่น ๆ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถือว่าการขยายตัวของตลาดเครื่องตี้อัลกอฮอลล์จะเป็นประโยชน์ต่อสังคม

ประเทศไทยตกเป็นเป้าหมายในการใช้ประโยชน์จากการเจรจาข้อตกลงการค้า องค์กรหน้าฉากของอุตสาหกรรมสุราได้กำหนดประเทศไทยให้เป็นเป้าหมายในการเปิดตลาดเครื่องตี้อัลกอฮอลล์ อุตสาหกรรมสุราโดยเฉพาะผู้ประกอบการข้ามชาติเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์จากระบบการค้าเสรีที่มีข้อตกลงการค้าเป็นเครื่องมือ อุตสาหกรรมสุราได้ประกาศจุดยืนชัดเจนในการใช้ประโยชน์จากกลไกการค้าเสรีเพื่อผลักดันให้รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ยกเลิกกฎระเบียบที่อุตสาหกรรมสุราเห็นว่าเป็นข้อจำกัดในการขยายตัวของธุรกิจ

แนวทาง

๑) พิจารณาสันับสนุนการถอน (bracketing) เครื่องตี้อัลกอฮอลล์และบริการที่เกี่ยวข้องออกจากข้อตกลงการค้าและผลกระทบที่พึงมี และ/หรือการละเว้นการบรรจุเครื่องตี้อัลกอฮอลล์เข้าเป็นรายชื่อสินค้าภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ (list of commitment) ทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี โดยให้มีกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และคำนึงถึงผลกระทบในทุกมิติ

๒) สันับสนุนการป้องกันนโยบายอัลกอฮอลล์จากผลกระทบจากข้อตกลงการค้าเสรี รวมถึงพิจารณาพัฒนานโยบายอัลกอฮอลล์ของประเทศเพื่อชดเชยผลกระทบหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยต้องเน้นที่มาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า เช่น การปรับเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตเพื่อชดเชยภาษีศุลกากรที่ลดลง

๓) พัฒนาระบบการเจรจาต่อรองข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องตี้อัลกอฮอลล์ ให้มีความโปร่งใสและมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยลดอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจากอุตสาหกรรมสุรา

๔) พัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมทุกภาคส่วนถึงผลกระทบของข้อตกลงการค้าเสรีที่มีต่อสินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

๕.๕.๕ มาตรการรณรงค์สาธารณะเพื่อสนับสนุนนโยบายอัลกอฮอลล์

แนวคิดพื้นฐานและสถานการณ์

มาตรการการรณรงค์สาธารณะ แม้ว่าจะไม่มีผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุรา แต่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนมาตรการอื่น ๆ ของนโยบายอัลกอฮอลล์ ทั้งสนับสนุนการรับรู้ของสังคม และสนับสนุนความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

แนวทาง

๑) ส่งเสริมการใช้การรณรงค์สาธารณะเพื่อสนับสนุนมาตรการอื่น ๆ ทั้งความเข้มแข็งของการบังคับใช้กฎหมาย และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๕.๕.๖ มาตรการพัฒนาศักยภาพของระบบการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวคิดพื้นฐาน

ศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ภาคการผลิตความรู้ ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้ติดตามประเมินผลนโยบาย สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ซึ่งนอกจากศักยภาพในระดับบุคคลแล้ว ยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติยังควรให้ความสำคัญกับศักยภาพของหน่วยงาน ศักยภาพของเครือข่ายและการประสานงาน และศักยภาพ (ความพร้อม) ของบริบทและระบบโดยรวม

แนวทาง

๑) พัฒนากลไกที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเพื่อกำหนดศักยภาพส่วนขาดที่สำคัญของระบบที่ควรได้รับการพัฒนาโดยเร่งด่วน และการพัฒนาในลำดับรองลงไปในแต่ละระดับนโยบาย

๒) สนับสนุนกลไกการจัดการความรู้ และการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงระบบการศึกษาอบรม ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพ

๖. บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖.๑ บทบาทของรัฐบาล

๑) ประกาศความมุ่งมั่นและแสดงความรับผิดชอบเชิงประจักษ์ในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความสำคัญกับการปกป้องสุขภาพ ความอยู่เย็นเป็นสุข และผลประโยชน์สาธารณะของประชาชนไทย รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีต่อสังคม

๒) ทำความเข้าใจถึงความรุนแรง สถานการณ์ ลักษณะของผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่า

๓) สร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนวิชาการและประชาสังคมที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ ทั้งขั้นตอนการพัฒนานโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล

๔) สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่องในทางปฏิบัติ

๖.๒ บทบาทของภาคสุขภาพ

๑) ทำความเข้าใจถึงสภาพปัญหาและกลไกในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร่วมสร้างความตระหนักของสังคม และสนับสนุนทัศนคติของสังคมที่เอื้อต่อการจัดการปัญหา

๒) มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกการสร้างเสริมสุขภาพ

๓) ให้ความสำคัญกับการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาในงานบริการสุขภาพ

๖.๓ บทบาทของภาคเศรษฐกิจ รวมถึงกระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมสรรพสามิต

๑) ทำความเข้าใจ ตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผลเสียทางเศรษฐกิจและสังคม

๒) พัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะมาตรการภาษีและราคา การควบคุมการเข้าถึง และการควบคุมโฆษณา เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะยาว

๖.๔ บทบาทของหน่วยงานรัฐภาคสังคม การศึกษา ผู้รักษาความสงบของสังคม

๑) ทำความเข้าใจ ตระหนักรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผลเสียทางสังคม ในด้านที่หน่วยงานเกี่ยวข้อง

๒) ดำเนินงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนในการสอดส่อง คัดกรอง ให้ความรู้ และป้องกันการดื่มสุราในกลุ่มเยาวชน

๓) มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่

๔) ผลักดันให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย โดยให้เพิ่มโทษสำหรับการประทุษร้ายต่อชีวิต ร่างกาย หรือเพศ และอุบัติเหตุจราจร ที่มีสาเหตุจากการที่ผู้กระทำได้กระทำผิดภายใต้อิทธิพลจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖.๕ บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคราชการส่วนภูมิภาค (จังหวัด อำเภอ)

๑) พัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและทรัพยากรของพื้นที่ โดยเฉพาะแนวทางการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องกับการขายสุรา แนวทางการออกใบอนุญาตขายสุราและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง และการจัดกิจกรรมปลอดเหล้า

๒) กำหนดสถานการณ์การบริโภคและความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์ท้องถิ่นเป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้า เพื่อพัฒนาแรงจูงใจสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓) สนับสนุนการนำนโยบายแอลกอฮอล์ระดับประเทศไปปฏิบัติในระดับพื้นที่

๔) ติดตามสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในพื้นที่

๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและข้าราชการส่วนภูมิภาคเป็นแบบอย่างที่ดีในการควบคุมปัญหา โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมาย

๖.๖ บทบาทของอุตสาหกรรมสุรา ธุรกิจการค้าปลีก และจุดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑) ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับมาตรการต่าง ๆ ของนโยบายแอลกอฮอล์ในระดับประเทศและพื้นที่อย่างเคร่งครัด

๒) ไม่ทำการตลาดในช่องทางที่เยาวชนสามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นได้โดยง่าย หรือเพื่อสร้างความประทับใจทัศนคติที่ดีของเยาวชนต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อสินค้า และต่อผู้ประกอบการ ทั้งในช่องทางที่ควบคุมด้วยกฎหมายและช่องทางอื่น ๆ ทางอ้อมหรือโดยแอบแฝง

๓) ไม่ขัดขวางกระบวนการจัดการกับปัญหาแอลกอฮอล์ทั้งในระดับประเทศและพื้นที่ ในลักษณะการปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจของตนบนผลกระทบของสาธารณะและสังคม รวมถึงการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย

๖.๗ บทบาทของภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน นายจ้าง สถานประกอบการ องค์กรแรงงาน

- ๑) ทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและกลไกในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) หลีกเลี่ยงนโยบายหรือมาตรการใดที่อาจจะมีผลกระทบเชิงลบต่อสถานการณ์ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๓) เผื่อระวังสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในชุมชน/ขอบเขตพื้นที่ของตน
- ๔) พัฒนามาตรการต่าง ๆ ในการจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า
- ๕) สนับสนุนการดำเนินงานของภาครัฐในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖.๘ บทบาทของฝ่ายวิชาการและสื่อมวลชน

- ๑) มีส่วนในการสร้างและเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจถึงสภาพปัญหา กลไกและความจำเป็นในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของสังคม และส่งเสริมทัศนคติของสังคมในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๒) หลีกเลี่ยงการกระทำใดที่อาจจะมีผลกระทบเชิงลบต่อสถานการณ์ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การตกเป็นเครื่องมือในการปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจของอุตสาหกรรมสุราบนผลกระทบของสาธารณะและสังคมโดยรวม
- ๓) ทำงานอย่างใกล้ชิดกับทุกภาคส่วนในการสนับสนุนกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ ๕ บทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

	คณะกรรมการศูนย์		ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม			ศูนย์บูรณาการข้อมูล			แผนปฏิบัติการ		แผนปฏิบัติการ		แผนปฏิบัติการ	แผนปฏิบัติการ	แผนปฏิบัติการ	แผนปฏิบัติการ	แผนปฏิบัติการ
	ศูนย์บูรณาการข้อมูล	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม	ศูนย์ข้อมูลแบบองค์รวม					
คณะกรรมการนโยบายแอลกอฮอล์แห่งชาติ	๑, ๓	๑, ๓	๑, ๓, ๔	๑, ๓	๑, ๓	๑, ๓	๑, ๓	๑, ๓	๑	๑	๑	๑, ๓	๑	๑, ๓	๑	๑, ๓	๑, ๓
กระทรวงสาธารณสุข		๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๒	๒	๒	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓
สสส.			๑, ๒, ๓														
กระทรวงการคลัง	๑, ๒	๑, ๒, ๓															
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง	๑, ๓	๓															
กระทรวงพาณิชย์	๓	๓															
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓									
กระทรวงศึกษาธิการ																	
กระทรวงแรงงาน																	
กรมประชาสัมพันธ์																	
องค์การป้องกันเด็ก	๑	๓	๑, ๒, ๓, ๔	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓	๑, ๒, ๓									
ราชการสงฆ์ภาค	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓	๒, ๓									
ผู้นำชุมชน-ศาสนา		๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓									
ภาคประชาสังคม	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓									
สื่อมวลชน	๓	๓	๓, ๔	๓	๓	๓	๓	๓									
อุตสาหกรรมสุรา		๔															
อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม																	
สถานประกอบการ สถานที่ทำงาน																	
บุคลากรสุขภาพ																	
วิชาการ	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓	๓									

หมายเหตุ : บทบาท ๑) พัฒนากฎระเบียบ นโยบาย มาตรการ ๒) นำนโยบายไปปฏิบัติ/บังคับใช้กฎหมาย ๓) ฝั่งระวัง ตรวจสอบติดตามการดำเนินการ ๔) ปฏิบัติตาม ๕) สนับสนุน

ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบ

๑. การบริโภคเฉลี่ยของประชากรไทยมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉลี่ยในประชากรผู้ใหญ่ไทยเพิ่มจาก ๗.๒๘ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนในปีพ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๗.๗๑ ลิตร ในปีพ.ศ. ๒๕๕๐^๑ โดยเฉพาะการขยายตัวของเนื้อของตลาดเบียร์และวิสกี้ ทำให้การบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นถึง ๑๒ เท่าระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๐- ๒๕๔๖ และประมาณการได้ว่าปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกระบบภาษีสูงประมาณ ๒ ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี^๒

๒. นอกจากปริมาณที่เพิ่มขึ้นแล้ว รูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยจัดว่ามีความเสี่ยงในระดับสูง^๓ พบว่านักดื่มไทยโดยเฉลี่ยแล้วบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงมาก โดยนักดื่มชายมีปริมาณการบริโภคต่อวันดื่มสูงถึง ๘๕.๗๒ กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ และ ๕๑.๙๙ กรัมในนักดื่มหญิง^๔ ปริมาณการบริโภคข้างต้นนี้จัดว่าเป็นการดื่มหนักจนเมามาย^๕ อีกทั้งนักดื่มไทยยังบริโภคด้วยความถี่ที่สูงขึ้น ทั้งจากความชุกของการบริโภคในปริมาณสูง และสัดส่วนของผู้บริโภคเป็นประจำเพิ่มจากร้อยละ ๑๖.๘ เป็น ๒๐.๒ ระหว่างพ.ศ. ๒๕๓๙ ถึง ๒๕๕๐

๓. การบริโภคของเยาวชนมีการเริ่มต้นดื่มเมื่ออายุน้อย จัดว่าเป็นตัวชี้วัดของความรุนแรงของปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อในระยะยาว โดยมีข้อมูลวิชาการที่ชี้ให้เห็นถึงอายุเฉลี่ยในการเริ่มต้นบริโภคที่น้อยลง ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีเครื่องดื่มประเภทใหม่ ๆ ที่ออกแบบสำหรับดึงดูดใจเยาวชนและประชากรหญิงหลายประเภท รวมถึงการที่เยาวชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย จึงส่งผลให้นักดื่มหน้าใหม่เกิดขึ้นปีละประมาณ ๒๖๐,๐๐๐ ราย นอกจากนี้พบว่าความชุกของผู้บริโภคในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะเยาวชนเพศหญิงเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน นักดื่มเยาวชน (๑๒-๑๙ปี) ชายมีปริมาณการบริโภคสูงถึง ๑๑๑๘.๓๕ กรัมต่อวันที่ดื่ม และ ๖๑.๙๕ กรัม ในเยาวชนหญิง^๕ ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมาก

๔. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่ก่อปัญหาทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญา โดยผลกระทบต่อไม่จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภค แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว บุคคลรอบข้าง ประชาชนทั่วไป ชุมชน สังคม และประเทศ ทุกส่วนล้วนแบกรับภาระจากผลกระทบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับการเกิด

^๑ คำนวณจากข้อมูลลิตรของเครื่องดื่มที่ผลิตและนำเข้าจากกรมสรรพสามิต โดยใช้วิธีคำนวณขององค์การอนามัยโลกเพื่อแปลงเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยไม่นับปริมาณการผลิตสุราสามทับ

^๒ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ หมายถึง “สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น”, สุรา ตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๔๙๓ หมายถึง “วัตถุหรือของผสมทั้งหลายที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา”

^๓ World Health Organization. Global alcohol database, n.d.

^๔ การดื่มหนักจนเมามาย (Binge drinking) คือการดื่มมากกว่า ๕ หน่วยดื่มมาตรฐาน หรือ มากกว่า ๕๐ กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

โรคและการบาดเจ็บกว่า ๖๐ ประเภท และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง ๒.๓ ล้านราย หรือ ร้อยละ ๓.๘ ของการเสียชีวิตทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๔.๖ ของภาระโรคทั้งหมด^๔ สำหรับข้อมูลในประเทศไทยนั้น^๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยถึง ๑๘,๐๐๐ คน ซึ่งคิดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับหนึ่งในประชากรชาย และลำดับที่สองสำหรับประชากรทั้งหมด โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ ๘.๑ ของภาระโรคทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติเกือบเท่าตัว

๕. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อสังคมทั้งทางตรงและอ้อมในหลากหลายรูปแบบ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาการประกอบอาชีพ รวมถึงการขาดงานและการว่างงาน ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรม และยังก่อผลกระทบต่อศักยภาพและอนาคตของสังคมในระยะยาว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน รวมถึงผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง ระดับสติปัญญาและสุขภาพจิตของบุตร ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การเสียชีวิตและการพิการถาวรตั้งแต่อายุน้อย การสูญเสียศักยภาพและการทำลายสมองของเยาวชนอย่างถาวร และชักนำเยาวชนไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมอื่นๆ

๖. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อเศรษฐกิจทั้งเชิงบวกและลบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับปัญหาความยากจนทั้งระดับบุคคลและสังคม คราวเรือนไทยที่มีสมาชิกดื่มสุรา มีค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ ๖-๘ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด^๗ ข้อมูลวิชาการชี้ให้เห็นว่าผลกระทบเชิงลบที่มีต่อสังคมนั้นมีมูลค่ามากกว่าร้อยละหนึ่งของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา หรือโดยเฉลี่ยแล้ว คิดเป็นมูลค่า ๗๒๕ เหรียญสหรัฐ (ประมาณ ๒๕,๓๗๕ บาท)ต่อประชากรเมื่อปรับตามค่าครองชีพ ในประเทศพัฒนาแล้ว และ ๒๙๓ เหรียญสหรัฐ (๑๐,๒๕๕ บาท)ในประเทศกำลังพัฒนา^๘ สำหรับประเทศไทยนั้น ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีมูลค่าสูงถึง ๑.๕๐๗ แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑.๙๒ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ^๙ ซึ่งสูงกว่ามูลค่าผลประโยชน์ต่อรัฐในรูปแบบภาษีสรรพสามิตอย่างชัดเจน

๗. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยห้ากลุ่มได้แก่ ความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์^{๑๐} และการนำไปปฏิบัติ, ปัจจัยและเงื่อนไขส่วนบุคคล, ค่านิยมทางสังคม, การเข้าถึงเครื่องดื่ม (ราคา ความง่ายในการซื้อและได้เครื่องดื่มมาจากแหล่งต่าง ๆ) และแรงสนับสนุนในการบริโภค รวมถึงการโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงต้องครอบคลุมปัจจัยทุกกลุ่ม ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในสังคมมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพและสังคม และมูลค่าต้นทุนต่อสังคมจากปัญหา ดังนั้นการควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคมจึงเป็นกลไกสำคัญ

^๔ Rehm J, et al, Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders, Lancet 373, 27 June 2009

^๖ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ,

^๗ วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ. บุหรี่และสุรา: ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ระหว่างครัวเรือนไทยที่มีเศรษฐกิจและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, ๒๕๕๐

^๘ มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี ๒๕๔๙. ๒๕๕๐

^{๑๐} นโยบายแอลกอฮอล์ หมายถึง “ความพยายามและมาตรการใดๆ จากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เป็นไปเพื่อการลดและการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”

ในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั้งปริมาณและรูปแบบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อผลกระทบ ทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมผ่านสามกลไกคือ ภาวะความเป็นพิษ ผลต่อความมีเม้า(ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง) และภาวะการณเป็นสารเสพติด

นโยบายแอลกอฮอล์

๘. ปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ด้วยนโยบายแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพ มาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์แบ่งได้เป็นเจ็ดกลุ่มได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดัดแปลงสถานการณ์และบริบทของการดื่ม การจัดการกับการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเม้า การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ และการบำบัดรักษาและการคัดกรองผู้มีปัญหา กรอบนโยบายแอลกอฮอล์ที่ดีต้องมีความสมดุลระหว่างมาตรการในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสิ่งแวดล้อม มีความสมดุลระหว่างมาตรการที่มีเป้าหมายในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรเฉพาะ ต้องครอบคลุมและคุ้มครองทั้งผู้ที่ไม่ได้บริโภค ผู้บริโภค และผู้ที่ประสบปัญหาจากการบริโภค โดยต้องเป็นไปเพื่อทั้งการควบคุมการบริโภคและการลดความเสี่ยงและความรุนแรงของปัญหา

๙. นอกจากมาตรการทั้งเจ็ดกลุ่มแล้ว มาตรการในการจัดการปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและปฏิบัติงาน และนโยบายการค้าระหว่างประเทศ โดยเฉพาะการเจรจาข้อตกลงการค้าเสรีล้วนมีศักยภาพในการสนับสนุนกระบวนการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และในทางกลับกันอาจเป็นอุปสรรคต่อนโยบายแอลกอฮอล์

๑๐. มาตรการตามนโยบายแอลกอฮอล์มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่างกัน มาตรการที่ได้ผลที่สุดสิบประการ^{๑๐} ประกอบไปด้วย การจำกัดอายุผู้ซื้อ การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก การจำกัดเวลาในการขาย การจำกัดความหนาแน่นของจุดขาย ระบบภาษีสุรา การสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจของผู้ขับขี่ การลดเพดานระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ การยึดใบอนุญาตขับขี่ การกำหนดระดับใบอนุญาตขับขี่เป็นขั้นตอน โดยคำนึงถึงพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเม้า และการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงด้วยระบบการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม (brief intervention) กลุ่มมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุดสำหรับสังคมไทยได้แก่ มาตรการทางภาษีและราคา การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่ม การควบคุมหรือห้ามการโฆษณา และการควบคุมพฤติกรรมขับขี่ขณะมีเม้าอย่างจริงจัง ส่วนมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าต่ำได้แก่ การให้ความรู้แก่เยาวชน การควบคุมตนเองของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมสุราที่ไม่มีบทลงโทษทางกฎหมาย และการจัดกิจกรรมทางเลือกทดแทนการบริโภค อย่างไรก็ตามบางมาตรการแม้มีประสิทธิผลในการควบคุมปัญหาโดยตรงจำกัด แต่อาจสามารถสร้างผลพลอยได้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการนโยบาย เช่นการณรงค์สาธารณะ

ข้อจำกัดของนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

๑๑. สังคมไทยได้มีความตื่นตัวต่อปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประชากรไทยมีความคุ้นเคยกับมาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์มากขึ้นอย่างชัดเจนในระยะหลัง โดยประเทศไทยมีการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากการมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และโครงสร้างกลไกในการจัดการกับปัญหาภายใต้ พ.ร.บ.ดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามหากจะประเมินผลลัพธ์ของ

^{๑๐} Babor และคณะ. Alcohol No-ordinary Commodity, 2003

นโยบายยังพบว่า นโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทยยังมีประสิทธิผลที่ไม่น่าพึงพอใจเมื่อพิจารณาจากศักยภาพในการควบคุมปริมาณการบริโภค การควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง และการควบคุมและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๑๒. ข้อจำกัดเชิงกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ที่สำคัญ ได้แก่ ความอ่อนแอของเนื้อหา นโยบายในมาตรการบางกลุ่ม ความอ่อนแอของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดนโยบายและมาตรการในระดับพื้นที่ การขาดการติดตามและประเมินผล ปัญหาในการใช้ความรู้ทางวิชาการมาขับเคลื่อนกระบวนการนโยบาย ปัญหาความโปร่งใสของกระบวนการนโยบาย และการเตรียมพร้อมรับมือกับภาวะคุกคาม ใหม่ ๆ เช่น ผลจากข้อตกลงเศรษฐกิจการค้าระหว่างประเทศ อีกทั้งแนวคิดทุนนิยมและเศรษฐกิจการค้าเสรี ยังมีผลให้สังคมพิจารณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น “สินค้าธรรมดา” ไม่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่น ๆ โดยไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของนโยบายแอลกอฮอล์ในการปกป้องสุขภาพของสังคมเท่าที่ควร

แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

๑๓. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติถูกพัฒนาตามมติ ๑.๖ ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่หนึ่ง โดยให้มีรากฐานจากความรู้ทางวิชาการ และสอดคล้องกับวัฒนธรรม ศิลธรรม และเกิดจากกระบวนการพัฒนาที่มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๑๔. แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเป็นสนับสนุนการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการพัฒนามาตรการของนโยบายแอลกอฮอล์ สร้างความเข้มแข็งในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ ศักยภาพในการติดตามประเมินผลนโยบายแอลกอฮอล์ กลไกสนับสนุนบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ในการป้องกันและควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการประสานความร่วมมือระหว่างกลไกการดำเนินการตามกฎหมาย โดยเฉพาะภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ. ๒๕๕๑ กับกลไกอื่นของสังคม รวมถึงเป็นเครื่องมือในการกำหนดเป้าหมายระยะยาวของสังคมไทยในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นกลไกในการเรียนรู้ของสังคม เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันถึงปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องมือในการแก้ปัญหา

๑๖. แผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์ระดับชาติมีวัตถุประสงค์ เพื่อการควบคุมขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ผ่านเป้าหมายหลักเชิงกลไกของนโยบายสี่ประการ คือ การควบคุมปริมาณการบริโภคของสังคม, การป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของผู้บริโภค, การลดความเสี่ยงของการบริโภค, และการจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๑๐ และร่างยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ในเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๑๐ /ผนวก ๑

โรคติดต่ออุบัติใหม่

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง โรคติดต่ออุบัติใหม่*

ตระหนัก ว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นปัญหาสาธารณสุขและสาธารณสุข สามารถเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของประเทศ และเนื่องจากปัญหาที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หากไม่มียุทธศาสตร์การจัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน สิ่งแวดล้อม และก่อให้เกิดความเสียหายต่อสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศอย่างรุนแรง

รับทราบ ว่าการบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกระดับเป็นกลไกสำคัญและมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการทันที โดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตามเป้าหมายที่ปรากฏในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ที่ระบุว่า รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ และชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่

มีความกังวล ว่าการดำเนินงานเฝ้าระวังและการบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ อีกทั้งการสื่อสารสาธารณะในเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังขาดยุทธศาสตร์ในระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับชุมชน ที่ชัดเจนในระยะก่อน ระหว่างและหลังเกิดการระบาดของโรค อีกทั้งบุคลากรที่จำเป็นในการแก้ปัญหาในทุกระดับ การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่เพียงพอ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่ระดับชาติ โดยให้มีองค์ประกอบครบถ้วนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงคมนาคม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวมทั้งภาครัฐอื่น ๆ ภาคเอกชน หน่วยงานวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ต้องประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ได้แก่

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๒

- การพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคประชาชน
- การเตรียมความพร้อมในด้านงบประมาณ เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในสัตว์และในคน ในระดับประเทศ จังหวัดและท้องถิ่น
- การสื่อสารสาธารณะต้องเสนอข้อเท็จจริง ไม่ปิดบัง และให้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง ทั้งระดับชาติและระดับชุมชน ในการรองรับโรคติดต่ออุบัติใหม่
- การสร้างจิตสำนึกในการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่
- การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับวิกฤตที่เกิดการระบาดใหญ่ของโรคติดต่ออุบัติใหม่
- การวิจัย การจัดการความรู้ การจัดทำฐานข้อมูล และประสานการเข้าถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับวิชาการ และปฏิบัติการ
- การค้นหาและการตรวจพบเพื่อการรับมือกับอาวุธชีวภาพ
- การทบทวนปรับปรุงและบังคับใช้กฎหมาย
- การจัดการสัตว์เลี้ยง สัตว์ป่า และการควบคุมสัตว์จรจัด เช่น สุนัข แมว เป็นต้น
- พัฒนาการจัดการด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ

๒. ขอให้คณะกรรมการในข้อ ๑ จัดทำข้อเสนอในการจัดตั้งกลไกระดับชาติเพื่อจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วม รวมทั้งดูแลรับผิดชอบการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการในข้อ ๑ โดยเป็นกลไกที่มีอำนาจสั่งการในภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่

๓. ขอให้คณะกรรมการในข้อ ๑ เสนอแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ และข้อเสนอกลไกในข้อ ๒ ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพิจารณานำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป และให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

โรคติดต่ออุบัติใหม่

๑. โรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ และอาจกลายเป็นสาธารณสุขภัยที่คุกคามต่อความมั่นคงของประเทศอย่างรุนแรง เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดผลกระทบและความสูญเสียต่อสุขภาพ ชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศได้มหาศาล ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น อาทิเช่น การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจทั่วโลก และหากประเทศไทยไม่มีการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศอย่างรุนแรง

สถานการณ์และแนวโน้มโรคติดต่ออุบัติใหม่

๒. โรคติดต่ออุบัติใหม่ในคน องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases) ว่าหมายถึง โรคติดต่อชนิดใหม่ ๆ ที่มีรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระยะเวลา ๒๐ ปีที่ผ่านมา รวมไปถึงโรคที่เกิดขึ้นใหม่ในพื้นที่ใดที่หนึ่ง หรือโรคที่เพิ่งจะแพร่ระบาดเข้าไปสู่อีกพื้นที่หนึ่ง และยังรวมถึงโรคติดต่อที่เคยควบคุมได้ด้วยยาปฏิชีวนะแต่เกิดการดื้อยา ตัวอย่างโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ ไข้หวัดนก H5N1 ซาร์ส วัณโรคดื้อยา และไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 องค์การอนามัยโลก ได้จัดกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่ไว้ ๕ กลุ่มด้วยกัน คือ

(๑) โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New infectious diseases) เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ไข้สมองอักเสบนิปาห์ไวรัส

(๒) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New geographical areas) เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่ง หรือข้ามทวีป เช่น โรคเวสต์ไนล์ไวรัส

(๓) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging infectious diseases) คือโรคติดต่อที่เคยระบาดในอดีตและสงบไปนานแล้วแต่กลับมาระบาดอีก เช่น ไข้ซิกนุงุนยา

(๔) เชื้อโรคดื้อยา (Antimicrobial resistant organism) เช่น วัณโรคดื้อยา

(๕) อาวุธชีวภาพ (Deliberate use of bio-weapons) โดยการใช้เชื้อโรคหลายชนิดผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ ไข้ทรพิษ

๓. โรคติดต่ออุบัติใหม่จากสัตว์ป่าสู่คน

๓.๑ ในสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ร้อยละ ๗๕ เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ป่า ไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดนกที่มีความเกี่ยวข้องกับนกอพยพและนกป่าตามธรรมชาติ และโรคซาร์สที่มาจากชะมด

๓.๒ ปัจจุบันทั่วโลก ให้ความสนใจในเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ในการจัดการเชิงสุขภาพที่เรียกว่า สุขภาพของสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศ (Ecological Health) ซึ่งประกอบด้วยความ

สัมพันธ์ของสุขภาพของระบบนิเวศ (Ecosystem Health) สุขภาพของมนุษย์ (Human Health) และสุขภาพของสัตว์ (Animal Health) เป็นการจัดการเชิงบูรณาการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการเกิดโรคในคน การเกิดโรคในสัตว์ และการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถใช้อธิบายการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรคอุบัติใหม่ได้อย่างดี ตัวอย่างเช่น การเผาทำลายพื้นที่ป่าเพื่อเพิ่มพื้นที่กสิกรรมอันเนื่องมาจากความต้องการเชิงเศรษฐกิจ ได้ส่งผลกระทบต่อที่อยู่อาศัยของสัตว์ป่า ทำให้สัตว์เลี้ยงและสัตว์ป่าที่มีเชื้อโรคอาศัยอยู่ได้แพร่โรคสู่กันมากขึ้น และส่งต่อมายังมนุษย์ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่เพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนแปลงสถานะแวดล้อมของโลกก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรและย้ายถิ่นฐานของสัตว์พาหะเนื่องจากการค้าสัตว์ระหว่างประเทศ ทำให้เกิดการนำเชื้อโรคชนิดใหม่เข้ามาในพื้นที่

๔. โรคติดต่ออุบัติใหม่จากสัตว์เลี้ยงสู่คน

๔.๑ นอกจากสัตว์ป่าแล้ว ยังมีโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสัตว์เลี้ยงที่ติดต่อกับคน ทั้งสัตว์เลี้ยงเพื่อการบริโภคและสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อน เช่น การตรวจพบโรควัวบ้า (Bovine Spongiform Encephalopathy) ในวัวเลี้ยงที่ประเทศอังกฤษ ปีพ.ศ.๒๕๒๙ โดยพบโปรตีน prion ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมองเสื่อมในคน (Variant Creutzfeldt-Jacob) สาเหตุของโรคเกิดจากการนำเอาเนื้อและอวัยวะของสัตว์ที่กินมาใช้ทำอาหารเลี้ยงวัว ต่อมาปีพ.ศ. ๒๕๔๒ พบโรคไข้สมองอักเสบนิปาห์เป็นครั้งแรกในสุกรที่ประเทศมาเลเซีย โดยมีค้างคาวกินผลไม้เป็นสัตว์พาหะ การระบาดต่อมายังคนได้ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตประชาชน อุตสาหกรรมปศุสัตว์ เศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล ส่วนในประเทศไทยมีการระบาดครั้งแรกของโรคไข้หวัดนก H1N1 จากสัตว์ปีกเลี้ยงในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึงสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ มีรายงานผู้ป่วย ๒๕ ราย และในจำนวนนี้เสียชีวิต ๑๗ ราย

๔.๒ สืบเนื่องจากปัญหาการระบาดของโรคไข้หวัดนก ทำให้ประเทศต่าง ๆ และองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ร่วมกันกำหนดแนวทางใหม่ ในการจัดการกับโรคไข้หวัดนกและโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ โดยเน้นความสำคัญของการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพสัตว์และสุขภาพมนุษย์ ภายใต้หลักการที่ว่า One World One Health ในการประชุมรัฐมนตรีระหว่างประเทศที่กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐

๕. การเฝ้าระวังบูรณาการในคนและในสัตว์

๕.๑ เครือข่ายการเฝ้าระวังโรคในคนและในสัตว์

๕.๑.๑ ในการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้เกิดประสิทธิภาพ สามารถตรวจพบการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อจัดการให้เกิดระบบการเฝ้าระวังบูรณาการในคนและในสัตว์ โดยอาศัยระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่มีอยู่เป็นฐาน ในการต่อยอดการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์ระดับชาติเพื่อประสานงานเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ร่วมกับเครือข่าย เช่น เครือข่ายห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความทันเวลาและความไวในการตรวจจับสิ่งผิดปกติ ดังนั้น การประสานงานระหว่างเครือข่ายห้องปฏิบัติการ กับหน่วยงานบริการรักษาพยาบาลที่พบการป่วยและเสียชีวิตที่ไม่ทราบสาเหตุ เพื่อเริ่มต้นการสอบสวนและเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจหาสาเหตุการป่วย และการเสียชีวิตที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๕.๑.๒ กรมปศุสัตว์รับผิดชอบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์เลี้ยงและปศุสัตว์ ซึ่งรวมถึงโรคสัตว์
อุบัติใหม่ที่สามารถติดต่อระหว่างสัตว์และคน ทั้งการเฝ้าระวังเชิงรับ โดยการรับข้อมูลการเกิดโรคจากเครือข่าย
ข่ายทั้งจากภาคราชการ เช่น หน่วยงานกรมปศุสัตว์ กระทรวงสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร
ปศุสัตว์ และภาคเอกชน เช่น ฟาร์มเอกชน มีการเฝ้าระวังทางอาการเชิงรุก เช่น การบูรณาการเฝ้าระวังโรค
ใช้หวัดนก

๕.๑.๓ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในสถานพยาบาลเครือข่าย
ข่ายทั้งรัฐและเอกชน ภายใต้การสนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการเครือข่ายโรคติดต่ออุบัติใหม่

๕.๑.๔ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านกำลังคน และทรัพยากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้าน
การเฝ้าระวังในสัตว์ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ต่าง ๆ ที่มีมากมายซึ่งยากต่อการเฝ้าระวังหากดำเนินการโดย
หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ดังนั้น การเฝ้าระวังทางอาการแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานมีความสำคัญ
อย่างมากในการป้องกันการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่สามารถติดต่อระหว่างสัตว์และคนได้ ซึ่งการเฝ้าระวัง
โรคแบบบูรณาการสามารถทำได้โดยการสร้างความเข้มแข็งให้อาสาสมัครสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังโรค
สัตว์ทางอาการในชุมชน และสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง
เที่ยงตรง ทันต่อเวลา โดยคำนึงถึงความมั่นคงด้านสุขภาพเป็นเป็นหลักสำคัญ

๕.๒ เครือข่ายห้องปฏิบัติการ

๕.๒.๑ เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยยืนยันถึงสาเหตุ
ของโรคเป็นอันดับแรก โดยอาศัยห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์เชื้อโรค และสารก่อโรคอื่น ๆ
มีระบบการส่งตรวจยืนยันที่ห้องปฏิบัติการของเครือข่ายภายในหรือต่างประเทศ

๕.๒.๒ เนื่องจากวัตถุประสงค์และประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวัง และธรรมชาติของการ
เกิดโรคบางชนิดที่แตกต่างกันในคนและในสัตว์ ทำให้ตรวจพบโรคในมนุษย์ก่อนการตรวจพบโรคในสัตว์ หรือ
ในบางกรณีมีการตรวจพบโรคในสัตว์แต่ไม่ได้ตระหนักว่าโรคนั้นอาจจะติดต่อถึงคนได้โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่
ที่สามารถติดต่อถึงคนได้ ดังนั้นจะเห็นว่าการสอบสวนหาสาเหตุของโรคไม่สามารถหลีกเลี่ยงการวินิจฉัยร่วม
กันระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นในคนและสัตว์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสัตว์ป่าที่มักเป็นแหล่งรังของโรคที่สามารถ
ติดต่อถึงคนได้หลายชนิด จึงมีความจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลห้องปฏิบัติการต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในคน
และสัตว์ให้เป็นเครือข่ายเดียวกัน เพื่อทำการประเมินและวิเคราะห์ถึงโอกาสที่จะมีการกระจายของเชื้อ และ
ประเมินความสามารถและโอกาสของเชื้อโรคในการที่จะเกิดการติดเชื้อข้าม สายพันธุ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน
ในการป้องกันการระบาดครั้งใหม่ หรือระบาดซ้ำ โดยผ่านศูนย์ประสานการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ได้รับ
การมอบหมายภารกิจและมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน

๖. ความร่วมมือและการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการระบาดของสัตว์สู่คนและ
ระบาดต่อเนื่องในคน ทั้งในระดับชุมชน ประเทศ และนานาชาติ

๖.๑ การเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค

๖.๑.๑ ยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมการระบาดของสัตว์สู่คนและระบาดต่อเนื่องในคน เน้นการ
พัฒนาความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในทุกระดับ โดยอาศัยความร่วมมือของทุกกระทรวง
ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ และแผนยุทธศาสตร์
ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ พ.ศ. ๒๕๕๑ -
๒๕๕๓ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ

และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแผนการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและกระทรวงต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมควรดำเนินการร่วมกับการพัฒนาและส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการร่วมเฝ้าระวัง การป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นผิดปกติในพื้นที่ เผยแพร่ความรู้เรื่องโรค การป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ตลอดจนสถานการณ์การระบาดให้แก่ประชาชนทุกหลังคาเรือนได้รับทราบและเกิดความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง รมรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะการล้างมือและการใช้หน้ากากอนามัย ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน และสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ยังเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ประกอบการและภาคธุรกิจอื่น ๆ ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างเป็นรูปธรรม

๖.๒ การเตรียมความพร้อมด้านการรักษา

๖.๒.๑ ในการเตรียมความพร้อมด้านการรักษา หน่วยงานที่รับผิดชอบ ต้องทำการวิเคราะห์ คาดคะเนสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ต่าง ๆ ที่เป็นไปได้ และทำการสำรวจ ยา และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกรณี หรือสร้างฐานข้อมูลของยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เพื่อให้สามารถดึงข้อมูลออกมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การตั้งคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และแพทย์ทหารที่มีความชำนาญด้านอาวุธทำลายล้างสูงและอาวุธชีวภาพ เพื่อให้คำแนะนำในกรณีที่เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เฝ้าระวังมาก่อนว่าควรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร

๖.๒.๒ นอกจากนี้ จำเป็นที่ประเทศไทยต้องสร้างกลไกที่ช่วยทำให้แน่ใจได้ว่าการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น จะเป็นไปอย่างทั่วถึงและยุติธรรมในหมู่ประชาชน เพื่อป้องกันการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการรักษาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงสูง รวมทั้งต้องสร้างกลไกการติดตามการใช้ยารักษาโรค โดยเฉพาะในภาคเอกชน เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด และไม่มีการใช้ยาที่ขาดแคลนอย่างเกินความจำเป็น ซึ่งในระยะยาว จำเป็นต้องส่งเสริมการสร้างและพัฒนาศักยภาพของประเทศในการสังเคราะห์และผลิตยาเพื่อการรักษาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เป็นพื้นฐานสำคัญ

๖.๓ กลไกความร่วมมือในการเตรียมพร้อมเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ แบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๖.๓.๑ การสร้างกลไกความร่วมมือการเฝ้าระวังปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างหลายสาขาวิชา เพื่อจัดตั้งเครือข่ายสนับสนุนระหว่างหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ อันจะเกื้อประโยชน์กับงานทางด้านการเฝ้าระวังทั้งในภาคสนามและห้องปฏิบัติการ โดยมีเป้าหมายหลัก เพื่อสืบหาสาเหตุการเกิดโรค รวมถึงการควบคุมการแพร่กระจายโรคอย่างทั่วถึง ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาขาวิชาต่าง ๆ ในการที่จะเป็นฟันเฟืองหลักเพื่อช่วยขับเคลื่อนงานดังกล่าวให้ดำเนินไปได้ดียิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรค สัตวแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ทางห้องปฏิบัติการ นักชีววิทยา รวมทั้งนักนิเวศวิทยาที่ทำงานในพื้นที่ธรรมชาติ พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือภาคประชาชน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คนในชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังด้วยการผนวกองค์ความรู้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง อีกทั้งจัดสร้างระบบฐานข้อมูลงานศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนายาและวัคซีน ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา ข้อมูลระดับภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดกลไกการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังต้องสนับสนุนการฝึกอบรมให้กับแพทย์ สัตวแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้มีความรู้ความสามารถเท่าทันกับสถานการณ์โรคในปัจจุบัน และเข้าใจแนวทางการรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคติดต่ออุบัติใหม่

๖.๔ ความร่วมมือวิจัย การจัดการความรู้ และการจัดทำฐานข้อมูลโรคติดต่ออุบัติใหม่

๖.๔.๑ การเผชิญกับสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นเรื่องยากลำบาก อันเนื่องมาจากธรรมชาติ ของโรคที่มักเป็นเรื่องใหม่ อีกทั้งยังไม่อาจกำหนดได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด และที่ไหน การที่จะจัดการสถานการณ์เมื่อเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นในสังคมได้อย่างเหมาะสม จำเป็นต้องดำเนินการอยู่บนฐานความรู้ที่เกิดจากการวิจัยเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในโรคติดต่อ ระบบกลไกในการรับมือ บทบาทและการประสานงานระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมของประชาชนในภาวะวิกฤติ หัวข้อการวิจัยครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น วิทยาศาสตร์การแพทย์ สัตว์ สิ่งแวดล้อม นิเวศวิทยา การสื่อสาร สังคม และเศรษฐกิจ มีการบูรณาการความรู้โดยมีการสร้างเครือข่ายผู้สร้างความรู้ พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยปฏิบัติการ และสถาบันการศึกษา ร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนการสร้างความรู้ ที่มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ในการคาดการณ์ และเตรียมการรองรับสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ในอนาคตที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

๖.๔.๒ สร้างระบบการจัดการความรู้ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการถ่ายทอด ขยาย และต่อยอดความรู้ ระหว่างเครือข่ายผู้สร้างความรู้ จัดทำฐานข้อมูลที่เป็นต่อการวางแผนและการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค มีการสร้างระบบการให้บริการความรู้ ที่มีเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นกลไกสนับสนุน

๗. การสื่อสารสาธารณะ

๗.๑ การสื่อสารสาธารณะ ถือเป็นแนวคิดที่มุ่งใช้องค์ความรู้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารขับเคลื่อนสังคมไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผลของการสื่อสารสาธารณะก่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนไปกระตุ้น สร้างความตระหนัก ให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่เน้นเรื่องความรู้และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วมพัฒนาความคิดกิจกรรมที่สร้างสรรค์และเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมแก้ปัญหา เช่น การสร้างนักสื่อสารสุขภาพไว้ในชุมชนเพื่อสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉพาะถิ่น การรณรงค์ การจัดเวทีชุมชน รวมทั้งการใช้สื่อสมัยใหม่เจาะจงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น ทั้งนี้ ภายใต้เป้าหมายและกระบวนการสื่อสารที่ต้องออกแบบเฉพาะในแต่ละประเด็นให้เหมาะสมกับสถานการณ์

๗.๒ การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดโรคแก่สาธารณะทั้งประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนถึงผู้ประกอบการวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องเป็นสารที่มีความถูกต้อง ชัดเจน และทันต่อเหตุการณ์ สามารถส่งผ่านสื่อมวลชนทั้งในระดับชาติและชุมชน และระหว่างบุคคล โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และมีหน่วยงานหลักทำหน้าที่รับผิดชอบในการสื่อสารข้อมูลและความรู้สู่สาธารณะอย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤติเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่

๗.๓ กระบวนการสื่อสารสาธารณะ จะเข้ามาเสริมหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ และทำหน้าที่เป็นต้นทางการสื่อสารข้อมูลไปสู่สังคมผ่านช่องทางสื่อมวลชนต่าง ๆ ให้เท่าทันต่อเหตุการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และบ่อยครั้ง เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดโรคแก่สาธารณะทั้งประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างรวดเร็วและเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งการสื่อสารถึงผู้ประกอบการวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้รับมือ

กับปัญหาได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยกระบวนการสื่อสารนั้นต้องระวังไม่ให้เกิดความตระหนก
แตกตื่น จนเกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๘. ปัญหาอุปสรรคในการรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่

๘.๑ โรคติดต่ออุบัติใหม่ เป็นปัญหาสาธารณสุขและสาธารณสุขภัยที่คุกคามความมั่นคงของประเทศ
และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและ
ปัญหาอุปสรรคมากกว่าโรคติดต่อทั่วไป เนื่องจากมีความจำเพาะหลายประการ เช่น ธรรมชาติของโรคติดต่อ
อุบัติใหม่ ที่มักไม่สามารถคาดการณ์ขนาดปัญหาและช่วงเวลาเกิดโรคได้ ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมและ
ประสิทธิภาพในการรับมือ นอกจากนี้ ความรู้และข้อมูลข่าวสารของปัญหามักจะยังไม่ชัดเจนในระยะต้น จึง
ทำให้เกิดความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ง่าย อย่างไรก็ตามการจัดการปัญหา
โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพต้องยึดหลักการความโปร่งใสของข้อมูลและให้ความสำคัญต่อสุขภาพ
ประชาชนเป็นที่ตั้ง เนื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

๘.๒ การบริหารจัดการปัญหายังขาดการบูรณาการและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างเป็น
ระบบ จำเป็นที่ต้องมีศูนย์ระดับชาติเพื่อจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่ และจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหาร
จัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้การเฝ้าระวัง
ป้องกันควบคุม รักษา และรับมือกับปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารสาธารณะ
ในเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติที่ชัดเจน

๘.๓ กฎหมายที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ อยู่ภายใต้
การดูแลของหน่วยงานต่างกระทรวง (สมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๒ / แผนก ๑) อาทิเช่น พระราชบัญญัติ
ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดประกาศสาธารณสุขในพื้นที่โดย
รวมถึงโรคระบาด พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๒๓ ให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ
กระทรวงเรื่องรายชื่อโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการ
ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อย่างไรก็ตามมีบางข้อกฎหมายที่ไม่ทันสมัยและเป็นอุปสรรค ดังนั้น จึงควรมีการ
ทบทวนปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้มีประสิทธิภาพ

๘.๔ การพัฒนาขีดความสามารถของห้องปฏิบัติการภายในประเทศ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การ
แพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร มหาวิทยาลัย และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ รวมทั้งการเพิ่ม
ศักยภาพของนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการ เพื่อช่วยให้สามารถตรวจวินิจฉัยเชื้อก่อโรค
ได้รวดเร็วมีความจำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งการจัดตั้งหน่วยงานกลางในการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ
เพื่อการเฝ้าระวังโรค

๘.๕ นอกจากนี้ ข้อจำกัดเรื่องทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร การบริหารจัดการในภาวะวิกฤติ
และนโยบายระดับต่าง ๆ ในเรื่องบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในขณะที่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่ง
ปัญหาส่วนหนึ่งมีผลมาจากการแย่งบทบาทในการแก้ปัญหาของผู้บริหารและนักการเมือง ทำให้ขาดเอกภาพ
ในการทำงานในทิศทางเดียวกัน ความเข้าใจในความสำคัญของปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เช่น สำนักงานงบประมาณ และกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๘.๖ การสื่อสารความรู้และข้อมูลไปสู่ประชาชนในวงกว้างเป็นสิ่งจำเป็นต่อการจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการสื่อสารสาธารณะ ที่ต้องยกระดับความสำคัญ ซึ่งปัจจุบันแนวทางการดำเนินงานเรื่องการสื่อสารสาธารณะ สำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนรองรับ ซึ่งการสื่อสารสาธารณะจำเป็นต้องมีการกำหนดแผนงานและผู้รับผิดชอบ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารและกลวิธีในการส่งสารไปยังสาธารณะไว้วงหน้า และดำเนินได้ในทันทีที่มีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นในประเทศไทย ภายใต้อาณัติของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เพื่อร่วมกันสร้างจิตสำนึกและรับผิดชอบต่อสังคมในหมู่ประชาชนเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้าง ความสำเร็จในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่แนะนำ ต้องอาศัยการสร้าง ความเชื่อถือและเชื่อมั่นให้กับประชาชน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๒

กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่

กฎหมาย/กฎระเบียบ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
๑. พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐	กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย	ครอบคลุมสาธารณภัย ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาด (ในคน สัตว์ และพืช) ๒) ภัยอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุข ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ภัยจากน้ำมือมนุษย์ อุบัติเหตุ ฯลฯ ๓) ภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรม	
๒. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๒๓	กระทรวงสาธารณสุข	ให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงเรื่องรายชื่อโรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ ที่มีความจำเป็นต่อการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในประเทศไทย ซึ่งรวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่จำนวนหนึ่งที่มีการประกาศไว้แล้ว	ปัจจุบันมีโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นมากมายซึ่งบางชนิดยังไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ
๓. พระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ. ๒๕๔๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๒	กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กำหนดมาตรการ และการดำเนินการเมื่อสงสัย หรือเมื่อเกิดโรคระบาดสัตว์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปยังพื้นที่อื่น ๆ ปัจจุบันมีโรคที่อยู่ในพระราชบัญญัติทั้งสิ้น ๖๓ โรค มีทั้งโรคที่เป็นโรคที่สามารถติดต่อระหว่างสัตว์และคนได้ และโรคที่ไม่สามารถติดต่อระหว่างสัตว์และคนได้	
๔. พระราชบัญญัติควบคุมการฆ่าสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ. ๒๕๓๕	กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กำหนดมาตรการควบคุมการตั้งโรงฆ่าสัตว์ วิธีการฆ่าสัตว์ และการตรวจสัตว์ก่อนการฆ่า และการตรวจเนื้อสัตว์ ณ โรงฆ่าสัตว์เพื่อให้ปลอดภัยต่อผู้บริโภค และไม่เป็นการแพร่โรคระบาดในสัตว์	ปัจจุบันการจัดตั้งโรงฆ่าสัตว์ที่ถูกสุขลักษณะมีจำนวน จำกัด เนื่องจากติดปัญหาต่าง ๆ เช่น เงินลงทุน การบังคับใช้กฎหมาย
๕. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๒๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๔	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กล่าวถึงการสนับสนุน และส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ที่ก่อให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ โดยมีกระบวนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย มีข้อกำหนดด้านมาตรฐานระดับชาติ และสอดคล้องกับมาตรฐานระดับสากล เพื่อสนับสนุนการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำที่เกี่ยวข้อง	ควรให้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมข้อกำหนด และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ที่ก่อให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ

กฎหมาย/กฎระเบียบ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ
๕. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	ครอบคลุมการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา ผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน	
๖. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข	กำหนดให้ต้องมี การขออนุญาตนำเข้าผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์และต้องผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด	
๗. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กล่าวถึงสิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ กล่าวถึงสิทธิการรับบริการสาธารณสุขของ	
๘. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประชาชนในภาวะฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	
๙. พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. ๒๕๓๕	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กำหนดให้ความคุ้มครองไม่ให้ล่าสัตว์ป่า สงวนหรือสัตว์ป่าคุ้มครอง และนำเข้าสัตว์ป่าหรือซากโดยไม่ได้รับอนุญาต	
๑๐. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘	กรมควบคุมโรค	กฎหมายระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกรวมทั้งประเทศไทยให้การรับรองในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ ๕๘ กำหนดให้ประเทศสมาชิกเสริมสร้างสมรรถนะในการเฝ้าระวังโรค ด้วยการพัฒนาเครือข่ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เพื่อทำงานรับมือกับปัญหาสาธารณสุขฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
๑๑. อนุสัญญาว่าด้วยการค้าระหว่างประเทศซึ่งชนิดสัตว์ป่าและพืชป่าที่ใกล้จะสูญพันธุ์		ให้การคุ้มครองสัตว์ป่าโดยประเทศที่ลงนามในอนุสัญญา ไม่ให้มีการค้าสัตว์ป่าที่กำหนดในบัญชี ช่วยลดโอกาสการสัมผัสและนำสัตว์ป่าออกจากถิ่นที่อยู่อาศัย	

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน^๑

รับทราบ ถึงแนวคิดดังกล่าวว่า หมายถึงการพัฒนายกระดับการบริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ
การจัดสรรทรัพยากร การผลิตและจัดสรรอัตรากำลังคน การจัดการระบบยาและระบบบริการให้สามารถดำเนินการ
คู่ขนานหรือบูรณาการเข้ากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ ส่งผลให้เกิดการใช้บริการในระบบสุขภาพอย่าง
กว้างขวาง โดยที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการแพทย์ทุกระบบได้อย่างเท่าเทียมกัน

ตระหนัก ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑.๒ การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย ยุทธศาสตร์ที่ ๔
ข้อ ๔.๑ (ส่งเสริมให้มีการผลิตยาจำเป็น วัตถุพิษทางยา และสมุนไพร)

ชื่นชมและยอมรับ ในศักยภาพและบทบาทในปัจจุบันของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ
การแพทย์ทางเลือก ซึ่งหากได้รับการหนุนเสริมและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจะแสดง
บทบาทตามศักยภาพได้มากขึ้น

รับทราบและยินดี ต่อการขับเคลื่อนให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ตามเป้าหมาย
ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ทั้งมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
ราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กังวลและห่วงใย ต่อจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้ประกอบโรคศิลปะแผนไทยสาขาต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการออตรา
กำลังรองรับในภาครัฐ ขณะเดียวกันการผลิตบุคลากรด้านนี้ยังต้องการพัฒนาอีกมาก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้าน
กฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาให้เหมาะสมกับยุคสมัยอยู่หลายประการ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ
และกองการประกอบโรคศิลปะ เป็นกลไกหลักร่วมกับหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และ
ภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๗
ดังต่อไปนี้

๑.๑ กำหนดให้มีกลไกระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทย องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนบทบาทและพัฒนาศักยภาพของ
หมอพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๖

๑.๒ ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม ดำเนินการ

๑.๒.๑ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มเครือข่ายของหมอพื้นบ้านเป็นสภาการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อสนับสนุนและสร้างเสริมสถานภาพของหมอพื้นบ้าน รวมทั้งเพื่อเป็นเวทีและกลไกในการเสาะหา แลกเปลี่ยน เรียนรู้ของหมอพื้นบ้าน และพัฒนาศักยภาพให้เป็นที่ยอมรับ และสานต่อองค์ความรู้ภูมิปัญญาของบรรพชนให้ดำรง อยู่ในชุมชน ในลักษณะสร้างเสริมสุขภาพวิถีไทย ส่งเสริมการดำเนินชีวิตของคนไทยอย่างมีฐานรากหลากหลาย ให้นำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพแบบพึ่งตนเองและระบบการคุ้มครองผู้ป่วยและผู้บริโภค

๑.๒.๒ ส่งเสริมให้จัดทำแผนพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และจัดสรรงบประมาณประจำปี โดยการมีส่วนร่วมและริเริ่มของชุมชน

๑.๓ ส่งเสริมการรวมกลุ่มเครือข่ายของแพทย์แผนไทย ได้แก่ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้ในการก่อตั้งเป็นสภาวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย โดยทำหน้าที่ในการส่งเสริม ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้ให้มีกรอบเวลาในการศึกษาภายใน ๒ ปี อนึ่ง สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยควรมี องค์ประกอบจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนจากเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ในสัดส่วนที่เหมาะสม

๑.๔ สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๔.๑ เร่งรัดการจัดตั้งกลไกศึกษาความเป็นไปได้ในการตรากฎหมายว่าด้วยยาไทยและยาจาก สมุนไพรไทย เพื่อการส่งเสริมการใช้ยาไทยและสมุนไพรของประเทศ โดยเป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง

๑.๔.๒ จัดทำแผนปฏิบัติการพร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาตำรับยาผลิตภัณฑ์ยาไทย และยาจากสมุนไพร โดยพัฒนาตำรับยาระดับชาติจำนวนอย่างน้อย ๑๐๐ ตำรับ ภายใน ๓ ปี

๑.๔.๓ ประสานกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเพื่อให้พิจารณาทบทวน ปรับปรุง องค์ประกอบของคณะกรรมการและกระบวนการพิจารณาบรรจุยาไทยและยาจากสมุนไพรเข้าในบัญชียาหลัก แห่งชาติตามบริบทของการแพทย์แผนไทย อย่างน้อย ๒๐ รายการ ใน ๓ ปี

๑.๔.๔ เร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ควบคุมการแพทย์ แผนปัจจุบัน ในหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา ระบบบริการและการส่งต่อที่เหมาะสม และให้สามารถเข้าสู่หลักประกันสุขภาพ ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนอื่น ๆ เพื่อจะเป็นการบริการสุขภาพ แก่ประชาชนทุกระดับ

๑.๔.๕ ประสานกับคณะกรรมการเร่งรัดการดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จัดการให้เกิดระบบสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีการจัดระบบบริการด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย ควบคุมการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการส่งต่อ ที่เหมาะสม

๑.๔.๖ ขอให้รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการดำเนินการจัดทำแผนการ
จัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบใน ๔ ภูมิภาค อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง เพื่อเป็นรากฐานหลักในการ
พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์
แผนปัจจุบัน โดยเปิดโอกาสให้ภาคีหลัก เช่น เครือข่ายแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน พระสงฆ์ และเครือข่ายองค์กร
พัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการแพทย์แผนไทย เข้าร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับ
วัฒนธรรมและระบบนิเวศของชุมชน

๑.๔.๗ ขอให้กองการประกอบโรคศิลปะและคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

๑) เร่งเผยแพร่กฎหมาย เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย และระเบียบ
ที่เกี่ยวข้องกับระบบการเรียนการสอนแบบรับมอบตัวศิษย์ รวมทั้งการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
สาขาการแพทย์แผนไทยทุกประเภท ให้รู้ทั่วกัน เพื่อสร้างความเข้าใจต่อสาธารณชนและนักเรียนผู้สนใจเข้าศึกษา
และร่วมกันพัฒนาการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย

๒) ปรับเกณฑ์การสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย
ทุกประเภทให้สอดคล้องกับภูมิปัญญาและความหลากหลายของความเชี่ยวชาญ

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๔

การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

๑. ความสำคัญ

๑.๑ ปฏิญญาปักกิ่ง (Beijing Declaration) ในการประชุม International Forum on Integration of TM/CAM into Health system ปี ค.ศ. ๒๐๐๘ มีสาระสำคัญ ๖ ประเด็น คือ ๑) ส่งเสริมองค์ความรู้ การแพทย์ดั้งเดิมในการรักษาและการปฏิบัติ ๒) จัดทำนโยบาย กฎระเบียบมาตรฐานการแพทย์ดั้งเดิมให้ เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ๓) การบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศ ๔) การ ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิมไปบนพื้นฐานการวิจัยและนวัตกรรมในแนวทางของ “Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property” ซึ่งรับรองในการ ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๑ ปี ค.ศ.๒๐๐๘ ๕) รัฐบาลควรจัดให้มีระบบสอบคุณสมบัติและเพิ่มพูน ความรู้/ทักษะแก่ผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนดั้งเดิม ๖) ควรมีการฝึกอบรมและสื่อสารซึ่งกันและกันระหว่าง การบริการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ดั้งเดิม

๑.๒ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ ๗ ระบุหลักการไว้ในข้อ ๕๓ ว่า การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ ทางเลือกอื่น ๆ ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการดังต่อไปนี้ ๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีต ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ๒) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบ อย่างเท่าเทียมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ๓) ให้ประชาชนมีสิทธิ์ในการเลือกใช้และเข้า ถึงการแพทย์ระบบต่างๆอย่างเท่าเทียมเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทัน และ ได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลางและเข้าถึงได้

๑.๓ แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย^๑ (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔) มี วัตถุประสงค์เพื่อให้ ๑) การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกเป็นหนึ่งในระบบหลักของ ระบบสุขภาพของประเทศ ๒) ระบบสุขภาพของประเทศพึ่งตนเองได้ ๓) ชุมชนท้องถิ่น สังคมไทยมีศักยภาพ ในการอนุรักษ์พัฒนาและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย ๔) เพิ่มมูลค่าการใช้ยาไทยและยาสมุนไพร

๑.๔ การพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการ สุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในที่นี้ หมายถึงการพัฒนายกระดับการบริหาร

^๑ ภูมิปัญญาไทย หมายถึง องค์ความรู้ เทคโนโลยี การปฏิบัติ (Practice) และความหลากหลายทางชีวภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยซึ่ง ครอบคลุมทั้งบริบทของการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก สุขภาพวิถีไทย หมายถึง วิถีทางซึ่งเป็นไปเพื่อสุขภาพและปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากความเจ็บป่วย ความทุกข์และความบีบคั้น ทั้งปวง

จัดการทั้งด้านงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากร การผลิตและจัดสรรอัตรากำลังคน การจัดการระบบยาและระบบบริการให้สามารถดำเนินการคู่ขนานกับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันส่งผลให้เกิดการใช้บริการในระบบสุขภาพอย่างกว้างขวางโดยที่ ประชาชนสามารถเข้าถึงการแพทย์ระบบต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียมกัน

๒. สถานการณ์

๒.๑ สถานการณ์ด้านค่าใช้จ่ายของประเทศ รายงานการสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐ (Thailand Health Profile) ระบุว่าแนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพภาพรวมในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากมูลค่า ๒๕,๓๑๕ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ เป็นมูลค่า ๔๓๔,๙๗๔ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง ๑๗.๒ เท่า และพบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ ๗.๗ ต่อปี ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ รายจ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๔๒.๘ ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด

๒.๒ สถานการณ์ด้านการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒.๒.๑ หมอพื้นบ้านเป็นกำลังคนด้านสุขภาพของชุมชน^๒ เป็นผู้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพในชุมชน (Implicit knowledge) มีการใช้ประโยชน์อยู่ในระบบสุขภาพภาคประชาชน (เท่าที่ขึ้นทะเบียนกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีหมอพื้นบ้านจำนวน ๔๒,๔๖๙ คน) แต่ทว่าปัจจุบันยังไม่มีมีการพัฒนาระบบและกลไกในการจัดการความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ จากการติดตามศูนย์เรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านในชุมชน ๗๗ แห่ง พบว่ามีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพประชาชนด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ส่งผลให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาโรคเพื่อการพึ่งตนเอง และมีแหล่งเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เกิดเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย เชื่อมโยงกับระบบปฐมภูมิและเข้าถึงบริการสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะได้เป็นอย่างดี แต่ยังคงขาดการเชื่อมโยงกับระบบกองทุนสุขภาพชุมชน

๒.๒.๒ ผลการศึกษาสถานการณ์การใช้บริการด้านการแพทย์แผนไทย พบว่า

๑) ในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศ โรคและอาการของผู้มารับบริการได้แก่ การเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด ร้อยละ ๕๙.๓ การเจ็บป่วยเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารร้อยละ ๗.๒ ระบบประสาทและสมองร้อยละ ๕.๔ ระบบต่อมไร้ท่อและโภชนาการร้อยละ ๔.๗ ระบบทางเดินหายใจร้อยละ ๓.๑ ระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ ๐.๑ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร้อยละ ๐.๐๕ อื่นๆร้อยละ ๐.๑ และไม่แยกอาการโรคร้อยละ ๑๙.๗ แสดงถึงศักยภาพของการแพทย์แผนไทย มีขอบเขตบริการมากกว่าการนวดไทยที่ระบุไว้ในหลักเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดงบประมาณสนับสนุนเฉพาะการนวดไทยเพื่อการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

๒) ปี ๒๕๕๑ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับมูลนิธิสุขภาพไทย ได้จัดทำโครงการส่งเสริมการใช้ยาไทยในพื้นที่นำร่อง ๕ จังหวัดภาคกลางตอนล่าง พบว่า การใช้ยาแผนไทยมีมูลค่าประมาณร้อยละ ๕ - ๖ ของมูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน

^๒ ปัจจุบันมีจำนวนหมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญด้านดูแลสุขภาพชุมชน ขึ้นทะเบียนที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๔๒,๔๖๙ คน (สำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร : ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒)

๓) มีหน่วยงานอย่างน้อย ๓ หน่วยงานที่มีแผนและมีการดำเนินการในการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒.๒.๓ สถานการณ์ด้านการพัฒนาระบบยาไทยและสมุนไพร

๑) ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ประเทศไทยมีโรงงานผลิตยาแผนโบราณ (ยาแผนไทย และยาสมุนไพร) ทั้งหมด ๑,๐๐๑ แห่ง (อยู่ใน กทม ๒๘๗ แห่ง ต่างจังหวัด ๗๑๔ แห่ง) มีโรงงานที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจากสมุนไพร (Good Manufacturing Practice for Herbal Medicinal Products:GMP ซึ่งขณะนี้ประกาศใช้ในลักษณะสมัครใจ) ตามมาตรฐาน ASEAN GMP ๑๔ ราย มาตรฐานเกียรติบัตร GMP ๒๕๔๘ จำนวน ๑๙ ราย (ณ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๒) และในปีพ.ศ. ๒๕๕๑ มีมูลค่าการผลิตยาแผนโบราณทั้งยาคนและยาสัตว์ ๒,๕๔๗.๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๖.๐ ของการผลิตยาแผนปัจจุบัน) ในขณะที่ยาแผนปัจจุบันที่ผลิตเองและนำเข้าจากต่างประเทศ มีมูลค่าถึง ๑๐๔,๑๕๘.๖๒ ล้านบาท (<http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/>)

๒) รายการยาในบัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ.๒๕๔๙ (ในบัญชียาหลักแห่งชาติ) มีรายการน้อยมาก เมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน มีจำนวนเพียง ๑๙ รายการ ประกอบด้วย ยา ๒ กลุ่ม คือ (๑) ยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ เป็นยาตำรับประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด จำนวน ๑๑ ตำรับ และ (๒) ยาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน ๘ รายการ

๓) อุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพร กำลังเผชิญปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจการทั้งปัจจัยภายในประเทศเอง และการแข่งขันบนเวทีการค้าโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปิดเสรีทางการค้าอาเซียน เช่น การผลิตยาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ASEAN GMP ที่คาดว่าจะมีผลบังคับใช้ภายใน ๓ - ๕ ปี และการรุกคืบจากบริษัทผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากประเทศที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่สูงกว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีความได้เปรียบทั้งข้อมูลวิชาการ และคุณภาพ ทำให้ผู้ผลิตยาสมุนไพรไม่ต่ำกว่า ๗๐๐ แห่ง อาจต้องปิดตัวลง

๒.๒.๔ สถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ปัญหาและปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มาจากสมุนไพรมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่า สถานประกอบการบางแห่งไม่มีมาตรฐานการผลิตยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพร อีกทั้งมีการผสมยาแผนปัจจุบันลงในยาแผนโบราณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยาแผนโบราณบางอย่างมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และโลหะหนัก มีการให้บริการโดยใช้เครื่องมือแพทย์มือสองและเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เหมาะสม มีการส่งเสริมการขาย/การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆรวมทั้งการขายตรงต่อผู้บริโภคที่อ้างว่าเป็นสมุนไพรไทยหรือภูมิปัญญาไทยโดยใช้อวดสรรพคุณเกินจริง เป็นการสร้างอุปสงค์เทียมที่นำไปสู่การซื้อและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเกินจำเป็นและอาจเป็นโทษมากกว่าประโยชน์ ปัญหาดังกล่าวเหล่านี้เกิดจากการกระทำทั้งของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะและผู้ที่มีใช้ผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ นอกจากนี้ยังมีการแอบอ้างการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะส่งเสริมการขายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อชักนำให้เกิดการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไม่เหมาะสม

๓. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๗ เป้าหมายข้อ ๖๐ ระบุว่า มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานในการบริการ การศึกษาวิจัยและฝึกอบรมบุคลากร

อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง รวมทั้งมีมาตรการข้อ ๖๔ ระบุว่า ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและมาตรฐานโดยให้ดำเนินการตามเป้าหมายข้อ ๖๐

๓.๒ แผนปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๔ เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ ได้กำหนดให้จัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบครบวงจรทุกระดับทั้ง ๔ ภาคไว้ในยุทธศาสตร์ที่ ๒ เรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

๓.๓ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๑๘(๘) ระบุให้สนับสนุนและประสานกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ตามมาตรา ๔๗

๓.๔ แผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทำขึ้นตามนโยบายรัฐบาลภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี ฯพณฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดในด้านศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการปฏิบัติงานจะเน้นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเยี่ยมบ้าน การเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง การดูแลอย่างต่อเนื่องและการใช้เตียงที่บ้านผู้ป่วยแทนเตียงโรงพยาบาล (home ward)

๓.๕ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ มาตรา ๓๓ (๑) (ค) กำหนดให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยต้องเป็นผู้ที่ส่วนราชการรับรองและผ่านการประเมินตามเงื่อนไขของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย

๓.๖ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและรูปแบบโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้ประชุมกำหนดกรอบและแนวทางในการจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ เมื่อวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ได้ให้ข้อเสนอในการขับเคลื่อนว่า ควรส่งเสริมให้เกิดโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบที่เป็นเอกเทศ และมีบทบาทสนับสนุนการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ที่สำคัญคือ ปรัชญาของโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบต้องอยู่บนรากฐานทางวัฒนธรรมการแพทย์แบบเอื้ออาทร ที่เป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันมากกว่าสิ่งอื่นใด

๔. ทำไมการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงไม่คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

๔.๑ ด้วยองค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีรากฐานที่มาจากวัฒนธรรม สังคมและความเชื่อ ดังนั้นจึงเป็นระบบความรู้ที่นิยามความจริงแตกต่างกัน มีวิธีการเข้าถึงความรู้ต่างกัน วิธีการจากระบบความรู้หนึ่งอาจไม่สามารถพิสูจน์ความรู้ในระบบความรู้อื่นได้ ดังนั้นรูปแบบการให้บริการและระบบงานของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงควรแตกต่างไปจากระบบบริการสุขภาพกระแสหลัก การประเมินประสิทธิภาพและเกณฑ์มาตรฐานของการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงจำเป็นต้องมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร

๔.๒ ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันต่าง ๆ น้อย โดยเฉพาะสถาบันวิชาการและสถาบันทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและพัฒนา นักวิชาการหรือนักวิจัยส่วนน้อยเท่านั้นที่ให้ความสนใจในการศึกษาพัฒนาการ

แพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย ซึ่งต่างจากประเทศจีนที่มีการศึกษาและพัฒนาศาสตร์องค์ความรู้และเทคโนโลยีจนได้รับการยอมรับและคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งในและต่างประเทศ

๔.๓ ในขณะที่ระบบสุขภาพของประเทศไทยพัฒนาขึ้นในด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงหรือถ้วนหน้าทุกคน แต่พบว่า ในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุน คือ กองทุนสวัสดิการข้าราชการฯ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบทบาทในการให้บริการน้อยมากแม้ว่าในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จะบัญญัติไว้ว่า “บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ให้รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

๔.๔ การสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์จากการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างจริงจังยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร แม้ว่าข้อมูลสถานการณ์การบริการการแพทย์แผนไทยในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐจะแสดงว่า สถานบริการส่วนใหญ่มีบริการด้านนี้ เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ พบว่าร้อยละ ๙๔.๙๗ ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๙๐.๕๑ ของโรงพยาบาลชุมชน และร้อยละ ๘๘.๐๘ ของสถานีอนามัยมีบริการการแพทย์แผนไทย แต่เมื่อสำรวจลึกลงไปจะพบว่า ส่วนใหญ่ของสถานบริการสาธารณสุขให้บริการเพียงการจ่ายยาสมุนไพรโดยแพทย์แผนปัจจุบันและสมุนไพรที่มีจำหน่ายก็มีเพียงจำนวนน้อยชนิดเท่านั้น

โดยภาพรวม แม้จะมีการบริการการแพทย์แผนไทยครอบคลุมในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ แต่ระบบบริการการแพทย์แผนไทยยังเป็นส่วนอิงอาศัยในระบบของการแพทย์แผนปัจจุบัน อำนวยการตัดสินใจ การจัดระบบบริการ การคัดเลือกยาแผนไทยและยาสมุนไพร การจัดสรรงบประมาณ การสั่งการรักษา ยังขึ้นอยู่กับแพทย์ปัจจุบันเป็นหลัก

๕. ข้อจำกัดและปัญหาต่อการพัฒนา

๕.๑ การขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยตามมาตรา ๓๓ (๑) (ค) แห่ง พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ ทำให้หมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์สูงมีโอกาที่จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะโดยไม่ต้องใช้วิธีการมอบตัวศิษย์และสอบขึ้นทะเบียนดังเช่นที่เคยเป็นมาในอดีต แต่ยังไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมถึงหมอพื้นบ้านโดยส่วนใหญ่ ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้ให้ความสนใจถึงความแตกต่างของระบบการสืบทอดความรู้แบบดั้งเดิมและความหลากหลายขององค์ความรู้ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะถิ่น

๕.๒ แม้หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามข้อยกเว้นในมาตรา ๓๐ (๒) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ คือสามารถ “ให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วย...ตามธรรมจรรยาโดยมิได้ผลตอบแทน” แต่ไม่สามารถทำให้หมอพื้นบ้านสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยอาศัยแต่การประกอบอาชีพเป็นหมอพื้นบ้านได้ เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้ลูกหลานปฏิเสธการสืบทอดการเป็นหมอพื้นบ้าน

๕.๓ ข้อจำกัดด้านการพัฒนามาตรฐาน เพื่อการยอมรับด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ได้แก่ ขาดการพัฒนาทฤษฎีให้มีความชัดเจน ขาดการวิจัยเชิงระบบ นอกจากนี้ การกำหนดคำจำกัดความทางกฎหมายก็มีลักษณะที่เป็นการจำกัดการพัฒนาวิชาชีพ เช่นการกำหนดความหมายของการแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่กำหนดให้ “ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและบำบัดโรคตามที่กำหนดในกฎกระทรวง” ซึ่งหากจะพัฒนาหรือต้องการแก้ไข ก็ต้องแก้ไขกฎกระทรวงซึ่งเป็นเรื่องยากมากและอาจถูกขัดขวางจากวิชาชีพอื่นที่

เกี่ยวข้อง ขณะที่การแพทย์แผนจีนในประเทศจีนมีการนำเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เข้ามาประยุกต์ใช้ ทำให้การแพทย์แผนจีนมีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก เฉกเช่นการแพทย์แผนปัจจุบันที่เจริญก้าวหน้ามากก็เพราะสามารถนำเครื่องมือและความรู้จากศาสตร์ทุกแขนงมาประยุกต์ใช้ได้อย่างไม่มีขอบเขต

๕.๔ การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยมีปัญหา เนื่องจากหลักสูตรมีความหลากหลายมากเกินไป ความขาดแคลนครู คุณภาพของครูไม่เพียงพอ สถานศึกษาไม่ได้มาตรฐาน ระยะเวลาในการฝึกอบรมน้อยเกินไป ทำให้บุคลากรที่ผลิตขึ้นมีปัญหาด้านคุณภาพและมาตรฐานส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการในที่สุด

๕.๕ แม้ผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาต่างๆที่ขึ้นทะเบียนมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยที่ขึ้นทะเบียนสะสมนับแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๒) ทุกประเภทรวมกันจำนวน ๕๖,๒๙๑ คน แยกเป็นประเภทเภสัชกรรมไทยจำนวน ๒๓,๓๗๙ คน ประเภทเวชกรรมไทยจำนวน ๑๖,๘๙๔ คน ประเภทผดุงครรภ์แผนไทยจำนวน ๕,๗๒๑ คน ประเภทการนวดไทยจำนวน ๒๙๗ คน และผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์จำนวน ๕๖๘ คน แต่ยังไม่มีการกำหนดกรอบอัตรากำลังรองรับ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาครัฐ ขณะเดียวกันการผลิตบุคลากรด้านนี้ยังต้องการการพัฒนาในเชิงระบบอีกมาก อีกทั้งยังมีความหย่อนยานในการควบคุมความประพฤติและการปฏิบัติของบุคลากรให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด รวมไปถึงการบังคับใช้กฎหมายต่อผู้ที่มีไข้ผู้ประกอบการโรคศิลปะฯ มิให้กระทำการใด ๆ อันเป็นการประกอบโรคศิลปะฯ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการควบคุมการจำหน่ายยาไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรที่เป็นการโอ้อวดสรรพคุณเกินจริง ซึ่งในที่สุดส่งผลกระทบต่อด้านลบให้แก่การแพทย์แผนไทย

๕.๖ ปัญหาสำคัญของพระราชบัญญัติยาในปัจจุบันคือเรื่ององค์ประกอบของคณะกรรมการยา ซึ่งแม้จะกำหนดให้มีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะแผนโบราณไว้ด้วยอย่างน้อย ๒ คน แต่ก็ยังเป็นเพียงเสียงข้างน้อยมาก เพียง ๒ คนจากจำนวนทั้งหมด ๑๙ - ๒๓ คน

๕.๗ ปัจจุบันมีการรวมกลุ่มของหมอพื้นบ้าน การรวมกลุ่มของแพทย์แผนไทย เป็นกลุ่ม ชมรมหรือสมาพันธ์ต่าง ๆ แต่ยังคงขาดการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดเครือข่ายหมอพื้นบ้านและสภาวิชาชีพด้านการแพทย์แผนไทย จึงไม่สามารถรวมตัวเป็นปึกแผ่นได้ ทำให้ขาดพลังในการพัฒนาตนเอง เช่น การพัฒนามาตรฐาน การพัฒนาการควบคุมกำกับ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย

๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๖

การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน^๑

รับทราบ ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิต ความอยู่ดีมีสุขของประชากร และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ

รับทราบ ว่าปัญหาด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องและปฏิสัมพันธ์กันกับภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งการระบาดของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีความเป็นเมืองมากขึ้น เป็นสังคมบริโภคนิยม ทิศทางของสังคมถูกขับเคลื่อนด้วยการค้าการตลาด โดยเฉพาะ การทำการตลาดอย่างเข้มข้นที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กที่อาจติดตัวไปจนเป็นผู้ใหญ่ และในทางกลับกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและมีผลเสียต่อสังคม

ตระหนัก ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทยทั้งในแง่ของความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบ

มีความกังวล ต่อการเพิ่มขึ้นของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านสุขภาพของประชาชน การสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบต่อสังคม

ตระหนัก ว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหามันมีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถดำเนินการแบบบูรณาการได้ ขาดกลไกหรือระบบที่ชัดเจนในการพัฒนาการดำเนินงาน ขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง มีข้อจำกัดด้านศักยภาพของระบบและบุคลากร ขาดการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน

ตระหนัก ว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการ ทั้งด้านการณรงค์ สร้างความรู้ ความตระหนัก การจัดการด้านการปรับปรุงสภาวะแวดล้อมให้เอื้อและส่งเสริมการมีพฤติกรรมบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การควบคุมการค้าการตลาดที่ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม และควรมีกลไกในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งอยู่บนฐานความรู้ ข้อเท็จจริง และการมีส่วนร่วม อีกทั้งโปร่งใสและเป็นไปเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของสาธารณะเป็นสำคัญ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๙

ตระหนัก ว่าการได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวในระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๖ เดือน เป็นปัจจัยป้องกันภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ตระหนัก ว่าการร่วมมือร่วมใจกันแก้ไขปัญหาในสังคมเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาและพัฒนาประเทศ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตามภาคผนวกท้ายมติ^๒ นี้

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ มอบหมายให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการอาหารแห่งชาติจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการอาหารแห่งชาติโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้ดำเนินการดังนี้

๓.๑ ยกวางแผนปฏิบัติการที่ระบุหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนภายใน ๑ ปี

๓.๒ ใช้มาตรการลักษณะสีสัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียม

๓.๓ ใช้มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๓.๔ จัดทำระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหารที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก และมีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓.๕ ติดตามความคืบหน้าในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ รวมถึงความเหมาะสม ระยะเวลา และกลไกในการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างมีส่วนร่วม

๔. ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘. ผผนวก ๑

ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒

๑. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและสนับสนุนสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. สนับสนุนให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม^๑

๒. สนับสนุนให้เกิดการจัดการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม^๒

๓. จำกัดและลดขนาดและความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๒. เป้าหมาย

เป้าหมายเชิงกลไก

มีกระบวนการและกลไกการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีส่วนร่วม โปร่งใส ตั้งอยู่บนฐานความรู้ และเป็นไปเพื่อผลประโยชน์สาธารณะ

เป้าหมายระยะสั้น

มีแผนงาน มาตรการ และมีการพัฒนากฎหมาย ระเบียบ รวมถึงมีมาตรการทางสังคมทั้งในระดับประเทศ และท้องถิ่น ในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๔

^๑ พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม หมายความว่าถึงรูปแบบการบริโภคอาหารที่ทำให้ได้รับสารอาหารในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ อ้างอิงตามปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน Dietary Reference Intake (DRI)

^๒ มีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓

เป้าหมายระยะกลาง

๑. ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า ๖ เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๗
๒. ประชากรไทยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม โดยได้รับพลังงานจากอาหารอย่างเหมาะสมตามวัย เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ การบริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ และการบริโภคอาหารไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง ลดลงร้อยละ ๕๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๗
๓. ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

เป้าหมายระยะยาว

๑. ประชากรไทยกลุ่มอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี มีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๒
๒. ประชากรไทยกลุ่มอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนน้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

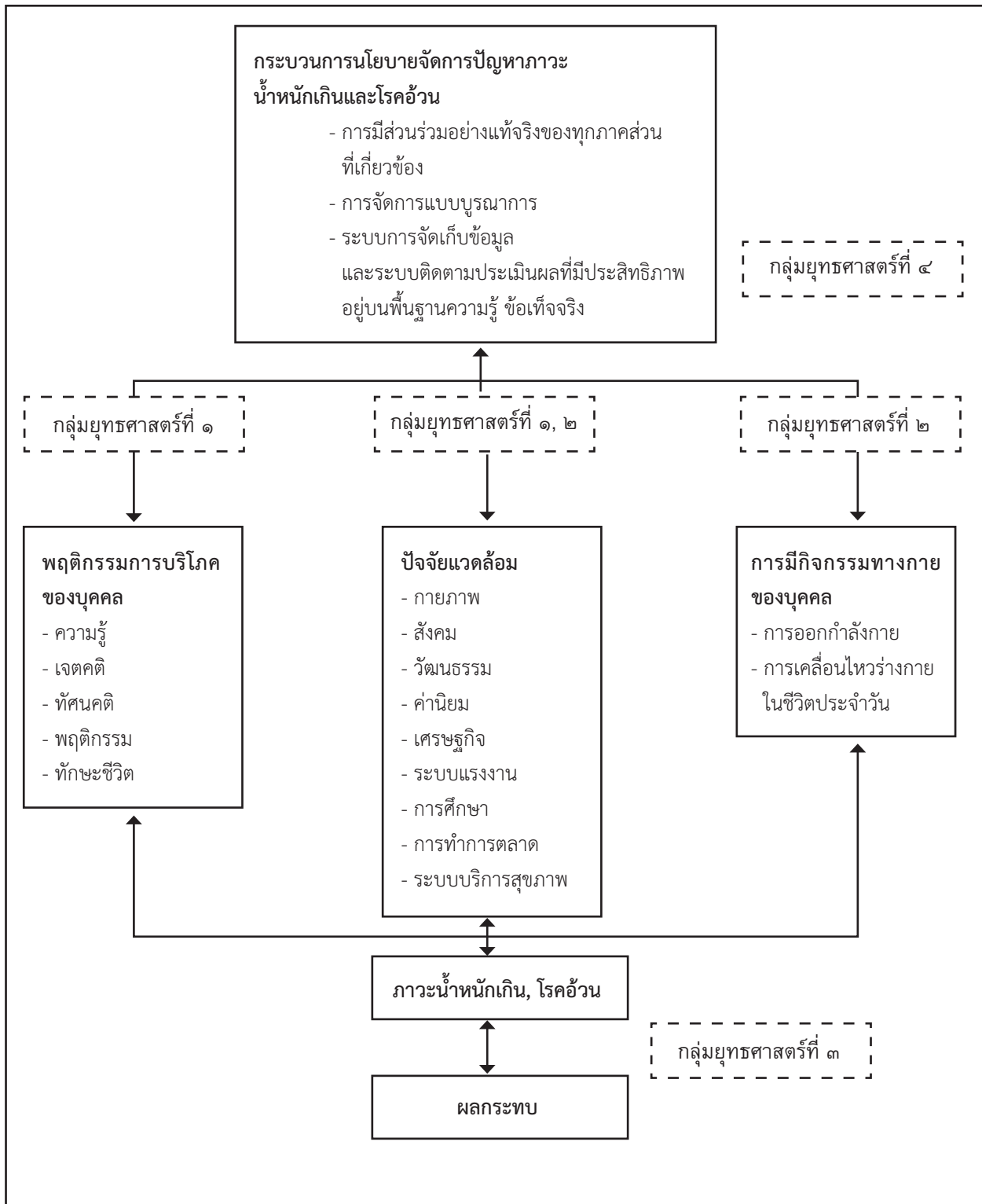
การจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องการยุทธศาสตร์ที่มีความสมดุลและครอบคลุมมาตรการที่หลากหลาย โดยไม่สามารถอาศัยมาตรการหนึ่งมาตรการใดเพียงประการเดียว อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสำคัญกับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์ถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่า ความหลากหลายของมาตรการยังควรคำนึงถึงการบูรณาการของมาตรการในแต่ละระดับเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่กันและกัน ทั้งมาตรการในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ที่สำคัญยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ต้องประกอบด้วยมาตรการในการป้องกัน ควบคุม คัดกรอง และบำบัดรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และต้องครอบคลุมกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งประกอบด้วยสามกลุ่ม ปัจจัยหลักที่ควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกายของบุคคลที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ^๓ วัฒนธรรมค่านิยม ภาวะสังคมเศรษฐกิจ การสื่อสารสาธารณะ ระบบแรงงาน ระบบการศึกษา และระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเชิงชีวภาพส่วนบุคคล (biological susceptibility) อย่างเช่น กรรมพันธุ์ อายุ เพศ และชาติพันธุ์ นั้นไม่สามารถทำการแก้ไขควบคุมได้โดยง่าย จึงไม่รวมในยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนี้

นอกจากนั้น กระบวนการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังควรมีลักษณะมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทุกระดับ มีกลไกการประสานงานเชื่อมโยงภาคีต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ สอดคล้องกับบริบทและเงื่อนไขของสังคมไทย และตั้งอยู่บนฐานความรู้ทางวิชาการ

^๓ เช่น ร้านอาหารหรือจุดจำหน่ายอาหาร โรงการผลิตอาหาร อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ส่งเสริมการขายอาหาร สถานที่ออกกำลังกาย อาคาร สิ่งก่อสร้างต่าง ๆ เป็นต้น

รูปที่ ๑ แสดงกรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน



๔. ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สนับสนุนสร้างเสริมความเข้มแข็ง และพัฒนาระบบและกลไกในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผ่าน ๔ กลุ่มยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริม การบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย พัฒนาระบบคัดกรองและควบคุมแก้ไขผลกระทบที่มีประสิทธิผล และการส่งเสริมกลไกการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ๑๔ ยุทธศาสตร์ ใน ๔ กลุ่มยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

๑. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การผลิตและจำหน่ายอาหารสุขภาพ^๔ ขนมสุขภาพ^๕ เครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ^๖ และผักผลไม้ เพื่อเป็นทางเลือกทดแทนอาหารพลังงานสูง

๑.๑ พัฒนานโยบาย มาตรการ กลไกและกระบวนการเพื่อสนับสนุนการได้รับนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวหลังเกิดเป็นเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน อย่างเป็นรูปธรรม และมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง

๑.๒ ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมอาหารและร้านอาหาร^๗ ผลิตอาหารที่มีสัดส่วนของอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมต่ำ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้ประชาชนเข้าถึงอาหารสุขภาพมากยิ่งขึ้น

๑.๓ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีวงจรการผลิต การขนส่ง การจำหน่ายผักผลไม้ท้องถิ่นตามฤดูกาล ผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์และอาหารท้องถิ่นสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการบริโภคในพื้นที่ ราคาเหมาะสม หาซื้อง่าย ปลอดภัย และมีคุณภาพ

๑.๔ จัดให้มีอาหารสุขภาพจำหน่ายในสถานศึกษา และควบคุมมิให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงในบริเวณสถานศึกษา

๑.๕ พัฒนาหลักเกณฑ์ในการควบคุมการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงบริเวณรอบ ๆ สถานศึกษาในรัศมีไม่น้อยกว่า ๕๐๐ เมตร และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจำหน่ายอาหารสุขภาพเพื่อทดแทนการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง

๑.๖ จัดให้มีอาหารสุขภาพให้บริการหรือจำหน่ายในหน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการ ชุมชน ศาสนสถาน และโรงแรม รวมถึงมีการจัดเมนูอาหารหลักและอาหารว่างสุขภาพ ทุกครั้งที่มีการจัดประชุม อบรม สัมมนา งานบุญ งานประเพณี และกิจกรรมชุมชน

๒. ยุทธศาสตร์การควบคุมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และสินค้าอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง

๒.๑ ควบคุมฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร บรรจุภัณฑ์ และหีบห่อบรรจุ

๒.๑.๑ กำหนดระเบียบข้อบังคับและตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่ม และผลิตภัณฑ์สุขภาพจากอุตสาหกรรมที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ประชาชนระมัดระวังในการบริโภค ไม่บริโภคมากเกินไป

^๔ เป็นอาหารประเภทสำหรับหรืออาหารจานเดียวที่ปรุงจากอาหารครบอย่างน้อย ๔ หมู่ มีปริมาณไขมันไม่เกินร้อยละ ๒๕ - ๓๐ ของการกระจายตัวของพลังงาน ปรุงด้วยผักปลอดสารพิษ หรือผักพื้นบ้าน เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำและปลอดภัยจากสารปนเปื้อน มีรสไม่หวานจัดและเค็มจัด

^๕ ขนมและอาหารว่างที่มีน้ำตาล ไขมัน โซเดียมต่ำ และสารอาหารอื่นที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเป็นไปตามคำแนะนำทางราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

^๖ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลไม่เกินร้อยละ ๕ ต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ตามคำแนะนำทางราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

^๗ ครอบคลุมถึงร้านจำหน่ายอาหารรายย่อย ภัตตาคาร ร้านอาหารทั่วไป ร้านค้าแผงลอย และร้านอาหารบริการด่วน

เกินไป เช่น ลักษณะสีสัญญาณจราจร หรือสัญลักษณ์สีที่ปรากฏเด่นชัด โดยกำหนดตามคุณค่าทางโภชนาการ หรือ ค่าเตือนหากมีไขมันทรานส์ ไขมันอิ่มตัว ไขมัน น้ำตาล หรือโซเดียมสูง และให้แสดงข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการ และปริมาณสูงสุดของอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมที่สามารถรับประทานได้ต่อวันบนฉลากบรรจุภัณฑ์ และหีบห่อบรรจุ

๒.๑.๒ ห้ามโฆษณาใด ๆ บนบรรจุภัณฑ์หรือหีบห่อบรรจุ

๒.๒ ควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูงกว่าปริมาณที่กำหนด

๒.๒.๑ ให้บังคับใช้มาตรการทางกฎหมายสำหรับเกณฑ์ในการควบคุมการส่งเสริมการขาย อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และมีมาตรการลงโทษที่เข้มงวดหากไม่ปฏิบัติตาม

๒.๒.๒ กำหนดเกณฑ์ นิยาม และจัดกลุ่มอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง โดย พิจารณาจากปริมาณและสัดส่วนของไขมัน น้ำตาล และโซเดียมที่มีในอาหารประเภทต่าง ๆ เป็นหลัก

๒.๒.๓ กำหนดให้กลุ่มอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงเป็น “อาหารควบคุมเฉพาะ” ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒

๒.๒.๔ กำหนดระเบียบข้อบังคับในการควบคุมการส่งเสริมการขายอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงในสถานศึกษา

๒.๒.๕ ผลักดันให้มีการนำหลักเกณฑ์ตามประกาศกรมประชาสัมพันธ์ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อเด็กมากำหนดเป็นกฎระเบียบ เพื่อบังคับใช้

๒.๒.๖ ผลักดันให้มีการนำ “ประกาศกรมอนามัยเรื่องหลักเกณฑ์การรับรองอาหารลดน้ำตาล ไขมัน โซเดียม” มาสนับสนุนให้ผู้ประกอบการผลิตอาหารและขนมสุขภาพ และเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ เช่น ระบบ แรงจูงใจด้วยมาตรการทางภาษีและราคา

๒.๒.๗ ผลักดันให้มีการแสดงผลงานอาหารในเมนูอาหารของโรงแรม ภัตตาคาร และร้านอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค

๓. ยุทธศาสตร์การรณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูล สร้างความรู้และความตระหนักถึงปัญหาผลกระทบ จากปัญหาโรคอ้วน อย่างต่อเนื่อง

๓.๑ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ทั้งทางสื่อสาธารณะและระดับพื้นที่ เสริมสร้างความรู้ ตระหนักถึง ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และปัญหาผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงทักษะ ในการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม

๓.๒ ส่งเสริม สนับสนุน สร้างค่านิยมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบริโภคอาหารที่มีวัตถุดิบประเภทปลา พืชผัก ผลไม้ไทย สมุนไพรท้องถิ่น และผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์ เป็นองค์ประกอบหลัก และอาหารพื้นบ้าน สุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมค่านิยมในการรับประทานอาหารที่ใช้กรรมวิธีอบ นึ่ง ต้ม ลวก

๓.๓ ส่งเสริมบทบาทของระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก บุคลากรสุขภาพ และบุคคลต้นแบบ ในการ ให้ความรู้และสร้างเสริมทัศนคติเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูทารกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย ๖ เดือน และการ ให้ความรู้ด้านโภชนาการเพื่อให้แม่มีภาวะโภชนาการดี ทารกและเด็กได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสม

๓.๔ ส่งเสริมกลไกการพัฒนาทักษะชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพให้กับเยาวชนในทุกระดับการศึกษา เพื่อสร้างความรู้ ทักษะคน มีความรู้เท่าทันกระแสสังคมหรือกลยุทธ์ทางการตลาด เพื่อให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการให้รางวัลด้วยอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูง

๓.๕ ส่งเสริมการพัฒนารูปแบบสื่อที่หลากหลายเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอาหารสุขภาพ ขนมสุขภาพ รวมทั้งเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน

๓.๖ ส่งเสริมผลักดันการพัฒนานโยบาย แนวทาง กิจกรรม ของสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนให้พนักงานมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม

๓.๗ ส่งเสริม สนับสนุน ผลักดันให้เกิดกลไกการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในกระบวนการนโยบาย เพื่อปกป้องประโยชน์สาธารณะ

กลุ่มที่ ๒ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม ต่อเนื่องสม่ำเสมอ

๔. ยุทธศาสตร์การเพิ่มโอกาสในการออกกำลังกาย โดยส่งเสริมให้ชุมชนและสถานที่ทำงานมีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย สร้างโอกาสในการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายแก่ประชาชน อย่างเพียงพอ ปลอดภัย เข้าถึงได้ง่าย สะดวกต่อการใช้งาน และเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและท้องถิ่น สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ และสถานศึกษา

๕. ยุทธศาสตร์การปรับปรุงการคมนาคมขนส่ง โดยส่งเสริมการคมนาคมที่สนับสนุนกิจกรรมทางกาย เช่น การเดิน การใช้จักรยาน และบริการขนส่งมวลชน มากขึ้นทั้งในกรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาค

๕.๑ ส่งเสริมการสร้างและบำรุงรักษาช่องทางจักรยาน ที่จอดจักรยาน และทางเดินเท้า ให้มีความครอบคลุม ให้มีความสะดวก ปลอดภัย และเชื่อมต่อไปยังระบบขนส่งมวลชนอื่น ๆ

๕.๒ ปรับปรุงระบบขนส่งมวลชนและบริการให้มีประสิทธิภาพ สะดวกต่อการใช้บริการ เพียงพอ ปลอดภัย สะอาด และราคาถูกลง

๖. ยุทธศาสตร์การจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาให้เด็กและเยาวชน และหลีกเลี่ยงการสร้างทัศนคติที่ไม่ดีต่อการออกกำลังกาย เช่น การลงโทษนักเรียนด้วยการออกกำลังกาย

๗. ยุทธศาสตร์รณรงค์ ปลุกฝัง ให้ประชาชนเห็นความสำคัญและเพิ่มโอกาสของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเหมาะสม เพื่อลดวิถีชีวิตที่มีระดับการมีกิจกรรมทางกายน้อย

กลุ่มที่ ๓ ยุทธศาสตร์พัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ

๘. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบคัดกรองและการให้คำปรึกษาทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม และสิ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านภาวะโภชนาการและความเสี่ยงต่อปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาแนวทางและเครื่องมือการคัดกรองด้วยตนเองและชุมชน

๙. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อให้มีฐานข้อมูลของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศและมีความต่อเนื่องยั่งยืน โดยบูรณาการเข้ากับระบบเก็บข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม

๑๐. ยุทธศาสตร์การพัฒนาและธำรงรักษาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายสุขภาพ ในการจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๑๑. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและแนวทางการรักษาโรคอ้วนและผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจที่มีประสิทธิผล คุ่มค่า ปลอดภัย มีความครอบคลุม และเหมาะสมกับผู้ป่วยและเงื่อนไขของพื้นที่

๑๑.๑ พัฒนาระบบการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนให้มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการขยายและเพิ่มศักยภาพเครือข่าย

๑๑.๒ ศึกษาและพัฒนาแนวทางการบริการดูแลรักษาและประเมินเทคโนโลยี

๑๑.๓ พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกและกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและประชาชนในรูปแบบและเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่าย เพื่อป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้และจริยธรรม

กลุ่มที่ ๔ ยุทธศาสตร์พัฒนาความเข้มแข็งของกระบวนการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

๑๒. ยุทธศาสตร์การดำเนินงานร่วมกันอย่างบูรณาการ มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ผ่านการมีส่วนร่วม การเป็นเจ้าของ และความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและทุกระดับ รวมถึงครอบครัวและชุมชน โดยมีการบูรณาการแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่มีอยู่เดิม และวัฒนธรรมของแต่ละภาคส่วนหรือหน่วยงาน

๑๓. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ พัฒนาระบบข้อมูล และการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินการมีรากฐานจากองค์ความรู้ทางวิชาการ ซึ่งรวมถึงมีการพัฒนาทั้งในด้านความรู้ กระบวนการดำเนินงาน และบุคลากร อยู่เป็นประจำ

๑๔. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล ทั้งสถานการณ์ของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประสิทธิผลของระบบการจัดการปัญหา และให้มีการรายงานไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. ประเทศไทยเป็นอีกประเทศที่พบปรากฏการณ์การเปลี่ยนผ่านของภาวะโภชนาการ กล่าวคือในขณะที่ปัญหาภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงอย่างชัดเจน ความชุกและความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่ความชุกของโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก โดยความชุกของโรคอ้วนพบในเขตเมืองมากกว่าชนบท และพบในประชากรหญิงมากกว่าชาย หากไม่มีการจัดการปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ ในอนาคต สังคมไทยจะเต็มไปด้วยประชากรที่เป็นโรคอ้วน โดยกรมอนามัยการคาดประมาณว่า ใน ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ความชุกของเด็กอ้วน จะสูงถึง ๑ ใน ๕ ในเด็กก่อนวัยเรียน และ ๑ ใน ๑๐ ของเด็กวัยเรียน จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ประชากรกลุ่มอายุ ๓๐ ปีขึ้นไปเกือบครึ่งหนึ่งจะมีน้ำหนักตัวเกิน โดยพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคอ้วนได้แก่พฤติกรรมการบริโภค^๑ ที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ทางโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางกาย^๒ ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งที่ผ่านมาสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ทำให้ประชาชนเกิดพลังงานส่วนเกิน กล่าวคือได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่าพลังที่ใช้ไปในการมีกิจกรรมทางกาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคอ้วนในเด็ก

๒. การได้รับนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวในระยะเวลาที่เพียงพอเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคอ้วนในเด็ก โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าทารกควรได้รับนมแม่อย่างเดียวยังหลังเกิดเป็นเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน แต่จากการสำรวจในประเทศไทย ที่ปฏิบัติได้มีประมาณร้อยละ ๕

๓. มีรายงานว่าเกือบ ๑ ใน ๓ ของเด็กไทยอายุต่ำกว่า ๕ ปี ชอบบริโภคอาหารรสหวาน และเกินกว่าครึ่งยังนิยมบริโภคขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน นอกจากนี้จากการสำรวจ ๒๐ จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยสูงถึง ๓๐.๔ กรัม/คน/วัน ซึ่งสูงกว่าปริมาณสูงสุดที่ควรบริโภค (๒๔ กรัม/คน/วัน) ถึงร้อยละ ๒๗ ส่วนใหญ่เด็กได้รับน้ำตาลจาก นมเปรี้ยวและน้ำอัดลม เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน ขนมกรุบกรอบ อาหารประเภทไขมันสูง สูงกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น และมีทิศทางการบริโภคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพบว่าเด็กในกลุ่มอายุดังกล่าวมีการบริโภคขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมเป็นประจำ เพิ่มขึ้นถึง ๑.๘ และ ๑.๕ เท่าตามลำดับ จากปีพ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง ๒๕๕๐ โดย

^๑ หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

^๒ หมายถึง การเคลื่อนไหวหรือการทำงานของร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้าง และทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก

มูลค่าการตลาดของขนมกรุบกรอบบรรจุหีบห่อเพิ่มขึ้นจาก ๑.๑ หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็น ๑.๓ หมื่นล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๕๐

๔. การโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ มีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจซื้อขนมของเด็ก โดยเด็กที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูโทรทัศน์จะรู้จักขนมมากกว่า และเด็กมักอยากรับประทานขนมและอาหารเมื่อเห็นโฆษณาทางโทรทัศน์ นอกจากนี้กลยุทธ์ในการโฆษณาเพื่อเพิ่มยอดขายก็ได้มีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการโฆษณาอาหารสูงขึ้นถึง ๙ เท่าตัว ภายในเวลาไม่ถึง ๒๐ ปี จาก ๑,๘๒๓ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ เป็น ๑๖,๔๔๘ ล้านบาทในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีการควบคุมการโฆษณาและการทำการตลาดต่อเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ^๓ แม้จะมีการออกประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง“หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อเด็ก” ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๑

๕. สิ่งแวดล้อมภายในและบริเวณรอบ ๆ โรงเรียนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก จากการสุ่มสำรวจโรงเรียน ๔๐๐ แห่งทั่วประเทศ ในปี ๒๕๔๘ พบว่า โรงเรียนมักจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง อุดมไปด้วยไขมันและน้ำตาล และนิยมแจกรางวัลแก่เด็กเป็นขนมขบเคี้ยว ลูกกวาด ลูกอม ในขณะที่รอบบริเวณโรงเรียนมักพบร้านขายอาหารประเภทที่มีไขมันและน้ำตาลสูง

๖. อาหารจานด่วนแบบตะวันตก^๔ นับว่าเป็นอาหารพลังงานสูง ที่อุดมด้วยไขมัน แป้ง น้ำตาล และโซเดียม ข้อมูลจากต่างประเทศพบว่าประชากรที่นิยมบริโภคอาหารจานด่วนมีความชุกของโรคอ้วนสูงกว่า จากการสำรวจพบว่าเด็กและเยาวชนไทยระดับประถมศึกษาถึงอุดมศึกษา ประมาณ ๑ ใน ๓ รับประทานอาหารประเภทนี้เป็นประจำ และมีความถี่ในการบริโภคสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น

๗. เด็กที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูโทรทัศน์และการเล่นเกม/คอมพิวเตอร์เกมส์ มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนสูงกว่า เนื่องมาจากมีกิจกรรมทางกายน้อย และมีการรับประทานอาหารว่างในระหว่างทำกิจกรรมเหล่านี้ จากการสำรวจพบว่าเด็กไทยใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์ ในวันหยุดเฉลี่ย ๓-๕ ชม. ต่อวัน โดยเด็กที่ดูโทรทัศน์มากกว่า ๓ ชั่วโมงต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กที่ไม่ดูโทรทัศน์ถึง ๑.๘ เท่า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคอ้วนในประชากรทั่วไป

๘. คนไทยมีแนวโน้มบริโภคน้ำตาลมากขึ้น โดยในรอบ ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา มีการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นเกือบ ๓ เท่า และจากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลสูงกว่าปริมาณสูงสุดที่ควรบริโภคถึง ๔ เท่า ประชากรอายุ ๑๕-๗๔ ปี นิยมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เช่น ขนมกรุบกรอบ อาหารทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน ขนมหวาน และอาหารจานด่วน ถึง ๑ ใน ๔ ของอาหารมื้อหลัก ในขณะที่มีการรับประทานผักไม่เพียงพอทั้งในแง่ของปริมาณและความถี่

๙. คนไทยนิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน และอาหารปรุงสำเร็จ โดยความนิยมดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามภาวะความเป็นเมือง โดยในเขตเมืองกว่าครึ่งหนึ่งนิยมรับประทานนอกบ้าน ในขณะที่ในเขตชนบทมีเพียงร้อยละ ๒๐ นอกจากนี้ธุรกิจประเภทร้านอาหารซึ่งประกอบไปด้วยร้านอาหารรายย่อย (สัดส่วนการตลาด

^๓ ความเห็นและข้อเสนอแนะการคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนจากสื่อโทรทัศน์, คณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กันยายน ๒๕๕๑

^๔ หมายถึง อาหารประเภทบริการด่วนที่มีต้นกำเนิดจากประเทศแถบตะวันตก เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีปริมาณไขมันอิ่มตัวและโซเดียมสูง แต่มีเส้นใยอาหารต่ำ เช่น มันฝรั่งทอด โดนัท พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ เป็นต้น

ประมาณร้อยละ ๗๐) ร้านบริการด่วน (สัดส่วนการตลาดร้อยละ ๒๐) และภัตตาคาร (สัดส่วนการตลาดร้อยละ ๑๐) มีอัตราการขยายตัวของมูลค่าการตลาดเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ ๓ ต่อปี

๑๐. ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเฉลี่ยทั่วประเทศร้อยละ ๒๐.๗ ในเพศชาย และ ๒๔.๒ ในเพศหญิง ประชากรในเขตเมืองมีระดับการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอสูงที่สุด โดยเฉพาะภาคกลาง และ กรุงเทพมหานคร ส่วนประชากรที่อยู่ในเขตชนบทและมีอาชีพที่ต้องใช้แรง เช่น เกษตรกร ส่วนใหญ่จะมีการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เพียงพอ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบคล้ายคลึงกันทั่วโลก คนที่อาศัยในเขตเมืองจะถูกจำกัดด้วยวิถีความเป็นเมือง เช่น มีความแออัดทำให้อาคารที่พักอาศัยมีขนาดคับแคบและผู้ที่อาศัยมีกิจกรรมทางกายน้อยลง สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมหรือไม่เอื้อแก่การออกกำลังกาย ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานน้อย และการมีอุปกรณ์เครื่องมือทันสมัยที่ช่วยอำนวยความสะดวกต่อการใช้สอย และลดการใช้ลิฟท์หรือบันไดเลื่อน ช่วยลดการใช้พลังงานและเพิ่มโอกาสให้คนในเขตเมืองได้เคลื่อนไหวออกแรง นอกจากนี้มาตรการในการลดหรืองดใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทันสมัยบางชนิดยังสามารถแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ได้พร้อม ๆ กัน เช่น การปรับปรุงพัฒนาบริการขนส่งมวลชนและเพิ่มหรือปรับปรุงเลนจักรยาน เพื่อลดการใช้รถยนต์ส่วนบุคคลและหันมาใช้บริการขนส่งมวลชนหรือใช้จักรยาน จะเป็นการลดปัญหาการจราจรติดขัด ลดปัญหาสภาพจิตที่เกิดจากการจราจรติดขัด ลดการใช้พลังงาน ลดปัญหามลพิษ ลดการเกิดอุบัติเหตุหากมีการจัดการที่ดีพอ และเพิ่มโอกาสในการมีกิจกรรมทางกายด้วย

ผลกระทบของปัญหา

๑๑. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนทั้งวัยเด็กและผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญหลายโรค เมื่อเทียบกับประชากรที่มีน้ำหนักปกติ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (type 2 diabetes) โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ โรคอ้วนยังก่อให้เกิดความผิดปกติอื่น ๆ ได้อีกมาก เช่น โรคทางเดินหายใจอุดกั้นและหยุดหายใจขณะหลับ โรคกระดูกและข้อเสื่อม และก่อให้เกิดปัญหาทางจิต หรือโรคซึมเศร้าได้ด้วย ข้อมูลอัตราการป่วยของประชากรรายงานโดยกระทรวงสาธารณสุข ชี้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้น ๓-๔ เท่า ภายในระยะเวลา ๙ ปี ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๐ ถึง ๒๕๔๙ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนโรคที่พบบ่อยในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวานรวมถึงผลข้างเคียงของภาวะเหล่านี้ จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานพยาบาล ๑๑ แห่ง พบว่าเด็กและวัยรุ่นป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ มากขึ้น จากร้อยละ ๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นร้อยละ ๑๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยพบว่ามีสาเหตุจากโรคอ้วน ปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียปีสุขภาวะ^๕ การขาดงาน ข้อจำกัดด้านร่างกายที่บั่นทอนความสามารถของผู้ที่เป็นโรคอ้วน ประเทศไทยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนสูงเป็นอันดับต้น ๆ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ค่ารักษาพยาบาลของโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมกันเพียงสาม โรค สูงถึงกว่าเจ็ดหมื่นล้านบาท ข้อมูลจากประเทศจีน ซึ่งมีสถานการณ์ภาวะโภชนาการคล้ายคลึงกับประเทศไทย พบว่าผลกระทบจากภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงทางอ้อมมีมูลค่าสูงถึง ร้อยละ ๔.๐๖ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หรือ ห้าหมื่นล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๙.๒๓

^๕ ปีสุขภาวะ หมายถึง ปีที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีชีวิตตามปกติ ทำกิจกรรมได้ตามปกติ

หรือ หนังสือแนวล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายที่สังคมต้องแบกรับ และโอกาสในการพัฒนาประเทศที่ต้องสูญเสียไป จากปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของประชากร

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑๒. ประเทศไทยยังขาดการเตรียมพร้อมสำหรับการจัดการ ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา ในอดีตนโยบายด้านอาหารและโภชนาการมักมุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหาโภชนาการขาด น้ำหนักตัวน้อย อย่างไรก็ตามนโยบายด้านอาหารและโภชนาการได้คำนึงถึงการป้องกันปัญหาโรคอ้วนมากขึ้น โดยเริ่มต้นในปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ ที่กำหนดให้มีนโยบายในการจัดการป้องกันและควบคุมปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นส่วนหนึ่งในแผนงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑๓. ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีการจัดตั้งเครือข่ายคนไทยไร้พุง ภายใต้การนำของ ๖ ภาคราชการ ได้แก่ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิทยาศาสตร์การกีฬาแห่งประเทศไทย สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย สมาคมสุขศึกษาพลศึกษาและสันทนาการแห่งประเทศไทย โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก และรณรงค์สาธารณะสร้างกระแสการมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม

๑๔. ในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ กรมอนามัยร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินโครงการคนไทยไร้พุง โดยมีแนวคิดหลัก ๓ อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) รณรงค์สร้างกระแสลดพุงและสร้างบุคคลต้นแบบในการลดความอ้วน และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ขนาดรอบเอวเป็นเครื่องมือคัดกรองและตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญ โดยรณรงค์ให้มีการวัดรอบเอวทั่วประเทศ

๑๕. ในปีพ.ศ. ๒๕๕๑ กรมอนามัยได้จัดทำโครงการ “ภาคีร่วมใจคนไทยไร้พุง” โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างองค์กร/ชุมชนต้นแบบไร้พุง และกำลังดำเนินการผลักดันนโยบายสาธารณะระดับองค์กร ท้องถิ่น และระดับชาติ ซึ่งประเด็นร่วมในระดับท้องถิ่น ได้แก่ การส่งเสริมการจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพและเพิ่มกิจกรรมทางกายในการประชุม (Healthy Meeting) การส่งเสริมการปลูกผักหลากสี ปลอดภัยไร้พิษ ประเด็นร่วมในระดับชาติ ได้แก่ โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย น้ำอืดลม ส่งเสริมการผลิต/จำหน่ายอาหารที่ลดปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียมลงร้อยละ ๒๕ และการควบคุมโฆษณาสำหรับเด็ก

๑๖. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ จากการร่วมผลักดันของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว และ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค นำไปสู่การออกประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง “หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจทางวิทยุโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อเด็ก” ตามมติคณะรัฐมนตรี และมติของ กกช.ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๑ อย่างไรก็ตามหลังจากมีพระราชบัญญัติประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกาศดังกล่าวไม่มีผลบังคับใช้

๑๗. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคนานาชาติ จัดประชุมอาเซียนว่าด้วยเรื่องการตลาดอาหารเด็ก (ASEAN Conference on Marketing of Food to Children) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า ๑๕๐ คน จากประเทศไทย มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เกาหลีใต้ ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร เยอรมนี และองค์กรนานาชาติประกอบด้วยองค์การอนามัยโลก (WHO) องค์กรผู้บริโภคสากล (Consumers International) และสมาคมนานาชาติเกี่ยวกับการศึกษาโรคอ้วน (International

Association for the Study of Obesity) ซึ่งผลจากการประชุมนำไปสู่คำประกาศกรุงเทพฯ (The Bangkok Call to Action) เมื่อวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑

๑๘. มีการบูรณาการโครงการภายใต้กลุ่มแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญระดับชาติประจำปี ๒๕๕๒ (P&P National priority) โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ให้ดำเนินการโครงการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย : อ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๗๕ ล้านบาท และ โครงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ๑๐ ล้านบาท นอกจากนี้ยังได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณประจำปี ๒๕๕๓ เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ สู่การปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อจำกัดของการดำเนินงาน

๑๙. ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่หลากหลายและซับซ้อน การแก้ไขปัญหาที่มุ่งเน้นจัดการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยไม่พิจารณาความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงนั้นพบว่าไม่มีประสิทธิผลเท่าที่ควร ที่ผ่านมามีการดำเนินการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนขับเคลื่อนโดยกระทรวงสาธารณสุข และพบว่ามีปัญหาอุปสรรคและไม่สามารถดำเนินมาตรการที่สำคัญที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีต้นทุนประสิทธิผลสูงหลายมาตรการ เนื่องจากมีแรงต่อต้านสูงหรืออยู่นอกเหนืออำนาจหน้าที่รับผิดชอบ จึงได้มีการพยายามผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้ในปัจจุบันจะได้รับความร่วมมือเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่สามารถผลักดันให้เกิดการร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ จึงมีหลายมาตรการที่ยังค้างคาไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น มาตรการด้านการออกกฎหมายควบคุม มาตรการด้านการปรับปรุงแก้ไขสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมทางกายและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งมาตรการเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือได้รับปัจจัยต่อต้านสูง เช่น ข้อจำกัดด้านการให้ความสำคัญของผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณ การได้รับแรงต้านทั้งจากสังคมและผู้ประกอบการ เนื่องจากมาตรการนั้น ๆ อาจมีผลเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหรืออาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของบุคคลบางกลุ่ม นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพประสิทธิผลของมาตรการที่ได้มีการดำเนินการไปแล้วซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาการดำเนินงานเหล่านี้ส่งผลให้การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไม่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลเท่าที่ควร

แนวทางแก้ไขปัญหา

๒๐. ดำเนินการเพื่อให้เกิด

(๑) กลไกให้เกิดการรับรู้ เรียนรู้ และดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

(๒) การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยการจัดการแบบบูรณาการ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ ข้อเท็จจริง

(๓) การพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง กระบวนการดำเนินงาน และบุคลากร อย่างต่อเนื่อง

(๔) ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อให้มีการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของการดำเนินงาน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๙ และร่างยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๒ ในเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๙ / ผผนวก ๑

การแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุทางถนน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การแก้ไขปัญหาคอุบัติเหตุทางถนน^๑

กังวล สถานการณ์การสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ถึงร้อยละ ๘๐ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน

ตระหนัก ว่าในสถานการณ์ที่ระบบขนส่งสาธารณะยังขาดประสิทธิภาพและมาตรฐานความปลอดภัย ได้ส่งผลต่อการเติบโตของรถส่วนบุคคล โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ที่เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและมีกว่า ๑๖ ล้านคัน เนื่องจากรถจักรยานยนต์สามารถเดินทางได้สะดวกและรวดเร็วกว่ารถโดยสารสาธารณะ อีกทั้งการซื้อรถจักรยานยนต์และการออกใบอนุญาตขับรถสามารถทำได้โดยง่าย ที่สำคัญคือแนวโน้มของผู้ขับขี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่ประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต

รับทราบ ความพยายามผลักดันให้ปัญหาคอุบัติเหตุทางถนนได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ไม่นั่นเฉพาะช่วงเทศกาลอย่างที่ผ่านมา โดยกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติและจัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕ ขึ้นมารองรับเป้าหมายที่จะลดการเสียชีวิตไม่ให้เกิน ๑๐ คนต่อประชากรแสนคน ในอีก ๑๐ ปี ต่อจากนี้ ซึ่งมียุทธศาสตร์สำคัญทั้งในด้านการบังคับใช้กฎหมาย การศึกษา การปรับปรุงทางด้านวิศวกรรมจราจร ระบบกึ่งพวงเวียน การติดตามประเมินผล และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น

กังวล แม้จะมีการกำหนดเป็นวาระแห่งชาติและแผนแม่บทรองรับ แต่การจะบรรลุเป้าหมายในระยะยาว จำเป็นต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมให้มีความตระหนักและสร้างให้เกิดวินัยการขับขี่ที่ปลอดภัย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งจะต้องควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายที่จริงจังและต่อเนื่องกว่าที่เป็นอยู่

รับทราบ ประชาชนขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา มองเห็นอุบัติเหตุเป็นเรื่องของโชคชะตามากกว่าปัญหาที่ป้องกันได้ ขาดความตระหนักและขาดความรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่สามารถเยียวยาผู้ประสบภัยจากรถได้อย่างแท้จริง ความสำคัญของการรักษาสุขภาพจราจร และเจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้เต็มที่ ทั้งข้อจำกัดของทรัพยากรและความร่วมมือของภาคสังคม อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ได้เข้ามาเป็นเจ้าภาพในการป้องกันและแก้ปัญหาคอุบัติเหตุทางถนนเท่าที่ควร

ตระหนัก ว่าทางออกของปัญหานี้จำเป็นต้องดำเนินการทั้งการส่งเสริมกลไกการจัดการที่เข้มแข็งเพื่อให้มีความต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และที่สำคัญคือการเปิดให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๗

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เพื่อลดอัตราการความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนให้เป็นไปตามวาระแห่งชาติและข้อตกลงที่ทำไว้กับสหประชาชาติ ขอให้รัฐบาลเร่งรัดดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๑ ให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนเป็นกลไกหลักในการประสานทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการทำงานด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนโดยมีเป้าหมายให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตในปี ๒๕๖๓ ลดลงร้อยละ ๕๐ ของอัตราการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตในปี ๒๕๕๓ ทั้งนี้ขอให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง

๑.๒ ให้มีคณะทำงานเฉพาะกิจในการแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถโดยมีกลไกความร่วมมือจากทุกฝ่ายเพื่อให้สามารถดูแลเยียวยาผู้ประสบภัยจากรถให้มีความสะดวก รวดเร็ว และเป็นธรรม

๑.๓ ให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติกำหนดนโยบาย มาตรการให้เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจริงจัง และต่อเนื่อง ครอบคลุมทั่วพื้นที่ทุกช่วงเวลา โดยเฉพาะผู้ใช้รถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐาน ผู้ใช้รถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัย งดการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่ เป็น ๑๐๐% ภายใน พ.ศ. ๒๕๕๔

๑.๔ ให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำงานลดอุบัติเหตุทางถนน ร่วมผลักดันให้มีการเก็บภาษีรถจักรยานยนต์ในอัตราที่เหมาะสมตามขนาดเครื่องยนต์ (ซีซี)

๑.๕ ให้กรมการขนส่งทางบก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผลักดันให้ยกระดับมาตรฐานการออกใบอนุญาตขับรถมีคุณภาพโดยประกาศใช้หลักสูตรการอบรม ๑๕ ชั่วโมง ของกรมการขนส่งทางบก เน้นให้ความรู้เรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทักษะการขับขี่ สร้างความตระหนัก จิตสำนึก หน้าที่ในการขับขี่ที่ปลอดภัย การปฏิบัติตามกฎหมายจราจร อย่างมีประสิทธิภาพ หลักสูตรความปลอดภัยบนท้องถนน และหลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จัดให้มีการฝึกอบรม ทบทวน และตรวจสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการขับขี่ ในการต่อใบอนุญาตขับรถ ทั้งนี้สำหรับผู้ขับขี่รถสาธารณะและเพื่อการพาณิชย์ควรมีใบรับรองแพทย์ผ่านการคัดกรองโรคหัวใจรุนแรง

๑.๖ ให้สภาองค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมร่วมกับชุมชน ช่วยผลักดันการใช้พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้เกิดแผนชุมชนด้านความปลอดภัย มาตรการทางสังคมและมาตรการท้องถิ่น เพื่อการขับขี้อย่างปลอดภัยและปฏิบัติได้จริง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๑.๗ ให้กระทรวงศึกษาธิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับกระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม ร่วมกันจัดทำหลักสูตรความปลอดภัยทางถนนและจัดให้มีการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพในสถานศึกษาทั้งในและนอกระบบทุกระดับ ภายใน ๒ ปี และนำไปสู่การปฏิบัติจริง ภายใน ๕ ปี

๑.๘ ขอให้ผู้ผลิตและผู้แทนจำหน่ายรถยนต์และรถจักรยานยนต์ จัดสถานที่และบริการฝึกปฏิบัติทักษะการขับขี้อย่างปลอดภัยและมีมาตรฐาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อย่างครอบคลุมทุกอำเภอ

๑.๙ ดำเนินการลดระดับเขตแดนปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่ยานพาหนะทั่วไป เร่งรัดดำเนินการประกาศใช้นโยบายการปลอดแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับรถเพื่อการพาณิชย์และกลุ่มผู้ขับรถสาธารณะทุกประเภท โดยกำหนดให้ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดมีค่าไม่มากกว่า ๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ภายใน พ.ศ. ๒๕๕๔ และผลักดันให้มีการกำหนดระดับเขตแดนปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสำหรับผู้ขับขี่อายุน้อยและผู้ที่ได้รับใบอนุญาตขับรถชั่วคราวให้ต่ำเป็นพิเศษ พร้อมกับเร่งรัดการบังคับใช้

๑.๑๐ สนับสนุนศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนร่วมกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการลดอุบัติเหตุทางถนน ให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ครอบคลุม และเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถสร้างความตระหนักในการขับขี้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง

๑.๑๑ ให้ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งรัดกำหนดแบบและมาตรฐานทางสัญจรและทางเท้าที่เอื้อต่อความปลอดภัยและความสะดวกของผู้ใช้ทุกกลุ่ม รวมถึงเด็ก คนพิการ และผู้สูงอายุ

๒. เพื่อให้มีการเพิ่มสัดส่วนการเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ในอีก ๕ ปี ข้างหน้า โดยเฉพาะในเมืองภูมิภาค

๒.๑ ขอให้รัฐบาลโดยศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน กรมการขนส่งทางบก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันผลักดันให้มีกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เอื้อให้ท้องถิ่นและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนา ควบคุม กำกับ ดูแลระบบขนส่งสาธารณะในพื้นที่หรือในระดับภูมิภาค

๒.๒ ขอให้กรมการขนส่งทางบก ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย และผู้ประกอบการ เร่งรัดกำหนดแบบและมาตรฐานรถโดยสารสาธารณะเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมทั้งบังคับใช้อย่างจริงจัง ตลอดจนพัฒนาการดูแลเยียวยาผู้ประสบภัยให้มีความรวดเร็วและเป็นธรรม รวมทั้งจัดให้มีการทำคู่มือและณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องสิทธิกับผู้โดยสาร

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้า อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

สถานการณ์

๑. ในแต่ละปี ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ๑.๒ ล้านคนและมีผู้บาดเจ็บประมาณ ๕๐ ล้านคนต่อปี โดยส่วนใหญ่ของผู้ประสบอุบัติเหตุจะเกิดกับผู้ขับขี่รถยนต์ คนเดินถนน และผู้โดยสารระบบขนส่งมวลชนที่ขาดความปลอดภัย คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียกว่าร้อยละ ๑-๑.๕ ของ GNP และคาดประมาณว่า อุบัติเหตุทางถนนจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ในการนี้ทางองค์การสหประชาชาติจึงได้จัดประชุมผู้บริหารของทุกประเทศ ในเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ ณ กรุงมอสโก เพื่อร่วมกันกำหนดให้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนน เป็นวาระสำคัญที่ทุกประเทศจะต้องให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการแก้ไข โดยตั้งเป้าลดผู้เสียชีวิตลงครึ่งหนึ่งในทศวรรษหน้า (Decade of Action for Road Safety: ๒๐๑๐ - ๒๐๒๐)

๒. แม้แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยจะลดลงอย่างช้า ๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ เป็นต้นมา แต่ความสูญเสียที่เกิดขึ้นยังอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง ยอดผู้เสียชีวิตปี ๒๕๕๑ จำนวนถึง ๑๑,๒๖๗ คน หรือเฉลี่ยวันละ ๓๑ - ๓๓ คน และยอดเสียชีวิตต่อวันจะเพิ่มเป็น ๒ เท่าในช่วงเทศกาลสงกรานต์และปีใหม่ (ช่วงเทศกาลเสียชีวิตประมาณ ๕๐-๖๐ คน/วัน) เมื่อคิดเป็นอัตราผู้เสียชีวิตที่จะสูงถึง ๑๗.๗ คน/ประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ๑ ใน ๓ ของผู้เสียชีวิตเป็นหลักในการดูแลและหารายได้ให้กับครอบครัว

๓. ความสูญเสียเมื่อเปรียบเทียบโดยคำนวณปีที่สูญเสีย (Disability Adjusted Life Years: DALY) ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ อุบัติเหตุทางถนนมีความสูญเสีย (ร้อยละ ๖.๖) เป็นอันดับสองรองจากโรคเอดส์ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๗.๑ ในปี ๒๕๔๗ การศึกษามูลค่าความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน ล่าสุดโดยกระทรวงคมนาคม ในปี ๒๕๔๘-๔๙ พบว่าสูญเสียเพิ่มเป็น ๒๓๒,๘๕๕ ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๘ ของ GDP ซึ่งโดยทั่วไป ความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนไม่ควรเกินกว่าร้อยละ ๑ ของ GDP ประเทศ

๔. ในจำนวนผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีละเกือบ ๑ ล้านคน พบว่าร้อยละ ๓๐ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีและร้อยละ ๘๐ ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเกิดกับรถจักรยานยนต์ โดย ๑/๔ ของผู้เสียชีวิตอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี สำหรับสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญคือการบาดเจ็บที่ศีรษะ (๑/๒ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรงเป็นบาดเจ็บศีรษะ) ในขณะที่การสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ยร้อยละ ๑๔ และเหลือเพียงร้อยละ ๔.๗ ในผู้ที่ซ้อนท้าย ผลสำรวจการสวมหมวกนิรภัยในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในช่วงกลางวัน พบมีการสวมเฉลี่ยร้อยละ ๗๐ ในกลุ่มผู้ใหญ่ และร้อยละ ๑๒-๕๐ ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ที่สำคัญคือความครอบคลุมของการสวมหมวกนิรภัยในช่วงกลางคืนจะน้อยกว่าช่วงกลางวัน

๕. ร้อยละ ๑๑ ของผู้บาดเจ็บอายุน้อยกว่า ๑๕ ปีและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (๓/๔ ของการบาดเจ็บในกลุ่มนี้อายุ ๑๐-๑๔ ปี) ร้อยละ ๕๗ เกิดจากรถจักรยานยนต์ และร้อยละ ๖ พบการดื่มสุราร่วมด้วย (ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีการดื่มสุราร่วมด้วยร้อยละ ๓๐-๔๐) จากการสอบถามการฝึกหัดรถจักรยานยนต์พบว่า ครึ่งหนึ่งเริ่มขับขี่ตั้งแต่อายุ ๘-๑๔ ปีโดยมีผู้ปกครองและเพื่อนเป็นผู้สอน มีเพียงร้อยละ ๑ ที่ฝึกหัดจาก

โรงเรียนสอนขับขี ในขณะผลการศึกษาผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่ผ่านหลักสูตรขับขีปลอดภัยอย่างเป็นระบบ (๑๕ ชั่วโมง) พบว่าประสบอุบัติเหตุน้อยกว่าผู้ไม่ผ่านฝึกอบรมร้อยละ ๓๐

๖. สำหรับปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญขณะนี้คือแนวโน้มการเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะเติบโตในสัดส่วนที่ช้าเมื่อเทียบกับปริมาณรถส่วนบุคคล (จักรยานยนต์ รถนั่งส่วนบุคคล รถปิกอัพ) ที่เพิ่มโดยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ ๘๐ ในขณะที่การเดินทางโดยรถประจำทางเพียงร้อยละ ๑๐-๒๐ เท่านั้น และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การใช้รถส่วนบุคคล โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์เพิ่มจำนวนมากขึ้น (ตัวเลขรถจักรยานยนต์จดทะเบียนปี ๒๕๕๑ เท่ากับ ๑๖ ล้านคัน) (กรมการขนส่งทางบก) ตัวอย่างในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ค่าเฉลี่ยของการเดินทางไปทำงานด้วยรถส่วนบุคคลอยู่ระหว่าง ๑๖-๒๐ นาที ในขณะที่การเดินทางด้วยรถสองแถวจะเป็น ๔๐-๔๕ นาที (โครงการจัดทำแผนแม่บทและศึกษาความเหมาะสมด้านวิศวกรรม เศรษฐกิจ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น เพื่อก่อสร้างระบบขนส่งมวลชนเมืองขอนแก่น, ๒๕๕๑) ยิ่งแนวโน้มการเติบโตและการขยายเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คนที่อยู่ชานเมืองจำเป็นต้องเข้ามาทำงานและเรียนหนังสือในเมืองมากขึ้น ยิ่งต้องเร่งพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะให้สามารถตอบสนองความต้องการในการเดินทางเข้าออกเมืองทั้งในด้านคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยและราคาที่เป็นธรรม จึงจะช่วยลดการใช้รถส่วนบุคคลโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ และลดจำนวนอุบัติเหตุลง ที่ผ่านมา การเพิ่มสัดส่วนระบบขนส่งสาธารณะยังคงกระจุกตัวอยู่เฉพาะในเขตกรุงเทพและปริมณฑล ในขณะที่เมืองใหญ่ ๆ ระดับภูมิภาคหลายแห่งมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะควบคู่ไปด้วย และแม้มีท้องถิ่นหลายพื้นที่มีศักยภาพตระหนักความสำคัญของเรื่องนี้ เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา ฯลฯ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านนโยบาย งบประมาณและกฎระเบียบการร่วมลงทุน ทำให้ขาดแนวทางการดำเนินงานที่จะเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมในระยะใกล้

หน่วยงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๗. รัฐบาลโดยนายกรัฐมนตรี ได้แสดงเจตจำนง ในเวทีสัมมนาอุบัติเหตุระดับชาติ ครั้งที่ ๙ (๒๐-๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๒) ที่จะผลักดันให้ความปลอดภัยทางถนนเป็นวาระแห่งชาติ ผ่านการขับเคลื่อนงานของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนและโครงการ ไทยเข้มแข็ง พร้อมทั้งวางเป้าหมายในอีก ๑๐ ปีต่อจากนี้ อัตราผู้เสียชีวิตไม่ควรเกิน ๑๐ คน ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ยังได้ระบุถึงการพัฒนาระบบโดยสาธารณะ ให้มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓๐ ในอีก ๕ ปีข้างหน้า โดยรัฐและท้องถิ่นต้องร่วมกันผลักดันระบบขนส่งสาธารณะ โดยเฉพาะระบบรางคู่ให้เกิดการกระจายโครงข่ายครอบคลุมทั้งระดับส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น ควบคู่ไปกับการปรับปรุงระบบรถโดยสารสาธารณะให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย พร้อมทั้งมีระบบการเยียวยาผู้ประสบเหตุด้วยความรวดเร็ว เป็นธรรม

๘. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน (พ.ศ. ๒๕๕๒-๕๕) ซึ่งมีการปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สำคัญ คือ (๑) ผลักดันให้อุบัติเหตุทางถนนเป็นวาระสำคัญ โดยระบุเป้าหมายในระยะยาวให้สอดคล้องกับสหประชาชาติ คือ ลดการเสียชีวิตลงครึ่งหนึ่งในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ.๒๕๖๓) และในปี ๒๕๕๙ จะลดอัตราผู้เสียชีวิตไม่เกิน ๑๐ คน/ ประชากรแสนคน (๒) ยก ระดับโครงสร้างการทำงานโดยกำหนดเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อทดแทนโครงสร้างเดิมที่ต้องผ่านการขอมติคณะรัฐมนตรีทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาล และในระเบียบที่จัดทำขึ้นได้มุ่งเน้นให้เกิดโครงสร้างการทำงานอุบัติเหตุทางถนนในทุกระดับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสและสนับสนุนให้มีตัวแทนจากท้องถิ่นและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (๓) ยุทธศาสตร์การทำแผนนิติบัญญัติ พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้การบังคับใช้กฎหมายเกิดประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ (๔) ยุทธศาสตร์การกำหนดบทบาทหลักของหน่วยงาน

กลาง ซึ่งจะต้องเป็นเจ้าภาพหลักและรับผิดชอบการดำเนินงาน โดยเฉพาะในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ รถจักรยานยนต์ ความเร็ว และจุดเสี่ยง (๕) ยุทธศาสตร์การเพิ่มบทบาทของส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ให้เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหา และ (๖) ยุทธศาสตร์การวิจัย พัฒนาและติดตามประเมินผล สำหรับ โครงสร้างการดำเนินงาน สปถ. ได้กำหนดให้มีอนุกรรมการที่จะเกาะติดปัญหาใน ๖ ด้าน คือ อนุกรรมการด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านการแก้ปัญหาอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการศึกษาและประชาสัมพันธ์ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการติดตามประเมินผล

๙. คณะกรรมการควบคุมการขนส่งทางบกประจำจังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ภายในเขตจังหวัด ดังต่อไปนี้ (๑) กำหนดเส้นทาง จำนวนผู้ประกอบการขนส่ง และจำนวนรถสำหรับการขนส่งประจำทาง (๒) กำหนดจำนวนผู้ประกอบการขนส่งและจำนวนรถสำหรับการขนส่งไม่ประจำทาง (๓) กำหนดเส้นทาง จำนวนผู้ประกอบการขนส่ง และจำนวนรถสำหรับการขนส่งโดยรถโดยสารขนาดเล็ก (๔) กำหนดอัตราค่าขนส่ง และค่าบริการอย่างอื่นในการขนส่ง (๕) ปฏิบัติการอื่นตามที่ได้บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ. การขนส่งทางบก และตามมติ คณะกรรมการ นโยบายการขนส่งทางบก องค์ประกอบของคณะกรรมการ มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน กรรมการ อัยการจังหวัด ผู้กำกับการตำรวจภูธรจังหวัดเป็นกรรมการ และผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งอีกไม่เกินห้าคน โดยมีนายกเทศมนตรีในจังหวัดนั้นรวมอยู่ด้วยหนึ่งคนเป็นกรรมการ และขนส่งจังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการ โดยที่คณะกรรมการควบคุมการขนส่งทางบกประจำจังหวัดแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ ได้ตามความจำเป็น

๑๐. หน่วยงานในส่วนท้องถิ่น

๑๐.๑ เทศบาล ตามพ.ร.บ.เทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ มีหน้าที่ให้มีและบำรุงทางบกและทางน้ำ เทศพาณิชย์ในเขตเทศบาลและเทศบาลอาจทำกิจการนอกเขต รวมถึงเทศบาลอาจทำการร่วมกับบุคคลอื่น โดย ก่อตั้งบริษัทจำกัด หรือถือหุ้นในบริษัทจำกัด ดังนั้น แนวทางที่เทศบาลสามารถดำเนินการได้ คือ

(๑) ก่อตั้งบริษัทจำกัด ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ หรือบริษัทมหาชนจำกัด ตาม พ.ร.บ. บริษัทมหาชนจำกัด พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเทศบาลถือหุ้นในบริษัทจำกัด โดยถือหุ้นเป็นมูลค่าเกินร้อยละห้าสิบของทุนที่บริษัทนั้นจดทะเบียน

(๒) เทศบาลมอบให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการโดยการว่าจ้างบริหารการเดินรถ

๑๐.๒ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตาม พ.ร.บ. องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ กำหนดให้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจหน้าที่จัดทำกิจการใด ๆ อันเป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่นอื่น ที่ อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกิจการนั้นเป็นการสมควรให้ราชการท้องถิ่นอื่น ร่วมกันดำเนินการหรือ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำดำเนินการกิจการภายในเขตองค์การบริหาร ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จะมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดระบบการขนส่งมวลชนร่วมกับเทศบาลได้

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการระบบขนส่งสาธารณะ

๑๑. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการให้เงินอุดหนุนบริการสาธารณะของรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. ๒๕๕๑ การให้เงินอุดหนุนบริการสาธารณะเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับระบบขนส่งสาธารณะ และในต่างประเทศก็ได้วางแนวทางในการให้เงินอุดหนุนต่างกันไป สำหรับประเทศไทย ก็เริ่มเห็นความสำคัญของการให้เงินอุดหนุนนี้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องการบริการสาธารณะ เป็นปัญหาสะสม โดยปัญหาเกิดจากการประสบปัญหาขาดทุนของรัฐวิสาหกิจ ที่ดำเนินการให้บริการระบบขนส่งสาธารณะที่ไม่สามารถกำหนดราคาเองได้ โดยที่ราคาถูกกำกับ

ดูแลโดยรัฐบาล โดยเฉพาะ องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.) และ การรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) ทำให้เกิดปัญหาหนี้สินสะสม และทำให้องค์กร ขาดการพัฒนาการที่ดีเนื่องจากมีภาระหนี้ผูกพันอยู่ ทำให้ไม่สามารถดำเนินโครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพได้ ซึ่งปัญหาหนี้สินสะสมนี้ ทำให้กระทรวงการคลัง โดย สำนักงานนโยบายรัฐวิสาหกิจ ได้เสนอร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการให้เงินอุดหนุนบริการสาธารณะของรัฐวิสาหกิจ เพื่อแก้ปัญหาระยะยาวของรัฐวิสาหกิจนี้และระเบียบนี้ ได้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๑

๑๒. ร่างพระราชบัญญัติการบริหารการขนส่ง พ.ศ...(ขณะนี้อยู่ระหว่างการพิจารณาโดย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา) ร่างพระราชบัญญัติกิจการขนส่งมวลชน พ.ศ...มีแนวคิดที่จะกำหนดหลักเกณฑ์ในการกำกับดูแลกิจการขนส่งมวลชน ซึ่งได้แก่ รถไฟฟ้าขนส่งมวลชน และรถโดยสารประจำทาง ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใด ๆ กำกับดูแล โดยรวม ร่าง พ.ร.บ. บริหารการขนส่งฯ นี้ได้พยายามนำเรื่องของการกำกับดูแลเข้ามา ทั้งกำกับดูแลคุณภาพของบริการขนส่ง (ทั้งด้านมาตรฐานการให้บริการและความปลอดภัย) และการกำกับดูแลการแข่งขันระหว่างผู้ประกอบการอย่างเป็นธรรม โดยแบ่งภารกิจอย่างชัดเจนออกเป็น ๓ ด้าน ได้แก่ นโยบายการกำกับดูแล และ การประกอบกิจการ

ประเด็นสำคัญที่มีประโยชน์ต่อการบริหารระบบขนส่งมวลชน ได้แก่

(๑) มี “คณะกรรมการกำกับดูแลกิจการขนส่งมวลชน”

(๒) กำหนดหลักเกณฑ์ของพันธะในการให้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น มาตรฐานการจัดการด้านความปลอดภัย มาตรฐานการให้บริการ หลักเกณฑ์การรับค่าครองและพิจารณาค่าครองเรียนของผู้ใช้บริการ และแนวทางการจัดให้มีการประกันความรับผิดชอบที่เกิดแก่ชีวิตและร่างกายของผู้โดยสาร

(๓) ให้อำนาจท้องถิ่นในการขอเงินอุดหนุนบริการขนส่งสาธารณะ

(๔) การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการร่วมลงทุนก่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการขนส่ง

(๕) ให้จัดตั้ง “กองทุนเสริมสร้างประสิทธิภาพการขนส่งและจราจร”

๑๓. พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๐

๑๓.๑ “สาธารณภัย” ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ หมายรวมถึง ภัยทุกชนิดที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณชน ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและมีผู้ทำให้เกิดขึ้นซึ่งรวมถึงอุบัติเหตุด้วย และให้ความหมายของ “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง แต่ไม่หมายความรวมถึงองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกรุงเทพมหานคร มีสาระสำคัญที่น่าสนใจคือ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่มีหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในเขตท้องถิ่นของตน โดยมีผู้บริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่นั้นเป็นผู้รับผิดชอบในฐานะผู้อำนวยการท้องถิ่น

๑๓.๒ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหน่วยงานกลางของรัฐในการดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันบรรเทาสาธารณภัยของประเทศ โดยต้องจัดทำแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ เสนอ กปภ.ช. เพื่อขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรี และต้องมีการศึกษาวิจัย ประสานการทำงานและให้การสนับสนุนกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคเอกชนในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และให้การสงเคราะห์เบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย ผู้ได้รับภัยอันตราย หรือผู้ได้รับความเสียหายจากสาธารณภัย นอกจากนี้ยังต้อง ให้คำปรึกษา อบรม ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการทำงาน แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน

ยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหอบุติเหตุทางถนน

๑๔. ปัญหอบุติเหตุทางถนนนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งร่างกาย จิตใจและทรัพย์สิน และส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและโครงสร้างทางประชากร ความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐและท้องถิ่น ยัง คงจำกัดอยู่เฉพาะช่วงเทศกาลเป็นหลัก ขาดการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ด้วยข้อจำกัดของนโยบาย โครงสร้างการทำงาน งบประมาณที่ไม่เพียงพอ และกฎหมาย-กฎระเบียบที่ขาดการทบทวนปรับปรุง

๑๕. ทิศทางการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือการผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติ พร้อมกำหนดเป้าหมายลดจำนวน ผู้เสียชีวิตลงครึ่งหนึ่งในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า โดยอาศัยกลไกภาครัฐ (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน) ที่ กำหนดแผนแม่บทและมียุทธศาสตร์สำคัญ ๖ ด้าน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาคสังคมเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษ ความปลอดภัยทางถนน” เพื่อให้มีเจ้าภาพการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม และยังช่วยสร้างความตระหนัก ต่อปัญหอบุติเหตุทางถนนในภาพรวมด้วย

๑๖. ขณะเดียวกัน ทิศทางในระยะยาว ต้องอาศัยการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย วินัยจราจร และการจัดการให้สัดส่วนการเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะที่ได้มาตรฐานความปลอดภัยเพิ่มจำนวนขึ้น ซึ่ง จะลดสัดส่วนของการใช้รถส่วนบุคคล พร้อมทั้ง มีมาตรการเสริมอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น การมีมาตรการกับผู้ ที่ใช้รถส่วนบุคคลให้ต้องเพิ่มต้นทุนในด้านความปลอดภัยและการส่งเสริมระบบขนส่งสาธารณะ การบังคับใช้ กฎหมายอย่างทั่วถึงเป็นธรรม

๑๗. นอกจากนี้ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความพร้อม) และภาคสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ และกรอบงบประมาณ ให้เอื้อต่อการดำเนินงานมากกว่าที่เป็นอยู่

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๗

การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว^๑

ตระหนัก ต่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ว่ามีผลต่ออนาคตของประเทศชาติ ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพของครอบครัวและสังคมในการดูแลเด็กและเยาวชน ทั้งเด็กและเยาวชนทั่วไป และเด็กและเยาวชนที่ต้องการการปกป้องเป็นพิเศษ ได้แก่ กรณีกำพร้า กรณีถูกทอดทิ้ง กรณีถูกทำร้ายทารุณ กรณีถูกล่วงเกินทางเพศ กรณีที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด กรณีเร่ร่อน กรณีค้ามนุษย์ กรณีพิการ แรงงานเด็กและเยาวชน กรณีเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม กรณีพลัดถิ่น กรณีชาวเขา กรณีในชุมชนแออัด กรณีไร้สัญชาติ กรณีลูกแรงงานก่อสร้าง กรณีที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติหรือสารพิษอันตราย และกรณียากจน รวมทั้งเด็กและเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ เช่น กรณีที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ กรณีที่มีผู้ปกครองติดสารเสพติด กรณีติดเกม เป็นต้น ให้เจริญเติบโตและมีพัฒนาการทั้งด้านกาย จิต สังคม และด้านปัญญา อย่างเหมาะสมเต็มศักยภาพ

รับทราบ ว่าปัจจุบันเด็กและเยาวชนไทยส่วนหนึ่งประสบความสำเร็จนำความภาคภูมิใจสู่ประเทศชาติ ในหลายด้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีเด็กและเยาวชนไทยอีกเป็นจำนวนมากที่เจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ไร้ทิศทาง อาทิเช่น ปัญหาด้านทุพโภชนาการทั้งเกินและขาด ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าและมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น รวมถึงปัญหาการเสพยาเสพติด นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้น โดยมีปัจจัยหลักมาจากภาวะความอ่อนแอด้านต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน ทั้งพลังตัวตน พลังครอบครัว พลังสร้างปัญญา พลังเพื่อนและกิจกรรม และพลังชุมชน

รับทราบ ว่ามีข้อเสนอแนะและแนวทางส่งเสริมครอบครัวจากสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

มีความกังวล ถึงแม้ว่ารัฐได้ออกกฎหมายนโยบายและพระราชบัญญัติต่าง ๆ และมีหน่วยงาน องค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการทำงานและมีจุดแข็งบางประการในการดำเนินการ ในด้านการปฏิบัติต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว แต่ยังคงมีปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

คร่ำครวญ ต่อทุนทางวัฒนธรรมของสังคมไทยที่จะพัฒนาและแก้ปัญหาของเด็ก เยาวชน และครอบครัวซึ่งมีความซับซ้อนได้ หากมีการพัฒนากลไกให้เกิดนวัตกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในเชิงบูรณาการเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยใช้ความรู้เป็นฐาน มีการปลูกจิตสำนึกที่ถูกต้อง และจัดกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการหลอมรวมให้สังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้และดำเนินการพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อสร้างสุขภาพให้เด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๑

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เร่งรัดการจัดทำร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมครอบครัว

๒. ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นเจ้าภาพหลัก ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงยุติธรรม กระทรวงแรงงาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และตัวแทนเด็กและเยาวชนจากสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เพื่อ

๒.๑ ทำการศึกษาวิจัยกลไกและรูปแบบ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด รวมทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของกลไกการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒.๒ พัฒนาให้เกิดนวัตกรรมกลไกการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพของเครือข่ายด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒.๓ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีประสิทธิผล โดยให้นำความเห็นและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ มาประกอบการพิจารณา และนำเสนอเข้าสู่กระบวนการพิจารณาระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓

ทั้งนี้การดำเนินการตามข้อ ๒.๑ - ๒.๓ มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวาง

๓. เห็นชอบต่อข้อเสนอของสมัชชาครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และขอให้รัฐบาลเร่งดำเนินการตามข้อเสนอดังกล่าว พร้อมทั้งขอให้สนับสนุนกระบวนการสมัชชาครอบครัวแห่งชาติเป็นกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อการผลักดันการป้องกัน แก้ไขปัญหา และส่งเสริมการพัฒนาสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สถานการณ์เด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย

๑. อนาคตของประเทศไทยขึ้นอยู่กับเด็กและเยาวชนที่มีคุณภาพ ผู้ซึ่งกำลังเจริญเติบโตอยู่ท่ามกลางบริบทของครอบครัวที่เข้มแข็งอันจะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเด็กและเยาวชนเหล่านี้จำนวนมากกำลังประสบกับสถานการณ์การมีพัฒนาการที่ไร้ทิศทางทั้งทางด้านกายภาพ พฤติกรรมทางสังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมีเด็กไทยที่ต้องการการปกป้องเป็นพิเศษจำแนกตามสภาพปัญหาได้ ๑๗ กลุ่ม คือ เด็กกำพร้า เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กถูกทำร้ายทารุณ เด็กที่ถูกล่วงเกินทางเพศ เด็กที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด เด็กเร่ร่อน เด็กถูกค้า เด็กพิการ แรงงานเด็ก เด็กในกระบวนการยุติธรรม เด็กพลัดถิ่น เด็กชาวเขา เด็กในชุมชนแออัด เด็กไร้สัญชาติ เด็กลูกแรงงานก่อสร้าง เด็กที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติหรือสารพิษอันตราย และเด็กยากจน^๑ และในสถานการณ์ปัจจุบันยังมีเด็กกลุ่มต่าง ๆ ที่ต้องการการปกป้องเป็นพิเศษเพิ่มขึ้น เช่น เด็กที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ เด็กที่มีผู้ปกครองติดสารเสพติด เด็กติดเกม เป็นต้น

๒. ปัจจุบันพบว่าเด็กและเยาวชนกลุ่มดังกล่าวนี้กำลังประสบกับปัญหาด้านโภชนาการจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งในอนาคตจะพบเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากค่านิยมในสังคมและพฤติกรรมมารับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปเป็นอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง นอกจากนี้ปัญหาใหญ่จากอดีตแต่ในปัจจุบันก็ยังคงไม่หมดไป คือ การอดอยากหิวโหยก็ยังคงเป็นปัญหาที่พบได้ในประชากรที่ยากจนและด้อยโอกาส อีกทั้งค่านิยมในการมีร่างกายผอมบางของวัยรุ่นโดยเฉพาะในเด็กหญิงก็ทำให้ปัญหาการขาดอาหาร ส่งผลให้ทารกแรกเกิดจำนวนไม่น้อยมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและยังพบภาวะทุพโภชนาการไม่ว่าเกินหรือขาดอันนับว่าเป็นปัญหาที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโต รวมทั้งสมองและสติปัญญาของเด็กไทยอย่างยิ่งในอนาคต

๓. ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมาปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างน่าวิตก ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวเด็กและเยาวชนเอง ครอบครัว หรือแม้แต่สภาพแวดล้อมรอบตัว^๒ จากการสำรวจทางระบาดวิทยา พบว่า เด็กและเยาวชนไทยจำนวนมากมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมในระดับที่ถือว่า “ผิดปกติ” ที่จำเป็นต้องพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย พฤติกรรมเกเร ผิดกฎระเบียบ ก้าวร้าวรุนแรง และปัญหาทางเพศ^๓ วิถีทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองในปัจจุบันย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาเหล่านี้มีความรุนแรงมากขึ้น

^๑ สรุปรายงานสถานการณ์เด็ก สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ

^๒ ดวงทิพย์ ธีรวิทย์. ๒๕๔๙. สถานการณ์ทางสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ภายใต้การทำงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

^๓ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคนอื่นๆ. ๒๕๔๙. สุขภาพคนไทย ๒๕๔๙. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนโดยสำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). นครปฐม: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

๔. นอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัญหาการเสพยาเสพติด และการรวมกลุ่มที่ไม่สร้างสรรค์ จากการรวบรวมข้อมูลการตีตราพบว่าในจำนวนผู้ที่ป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังทั้งหมดมีเด็กที่มีอายุยังไม่ถึง ๑๕ ปีรวมอยู่ด้วยถึงแม้ว่าจะไม่มากนักแต่ก็แสดงให้เห็นว่าการตีตราได้ขยายไปสู่กลุ่มเด็กและเยาวชนมากขึ้น สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยโดยเฉลี่ยแล้วพบว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ระหว่างอายุ ๑๕-๒๔ ปี^๔ ในส่วนของประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ จากผลการศึกษาในเยาวชน อายุ ๑๓-๒๒ ปี จำนวน ๑๑,๒๘๗ คน ใน ๕ ภูมิภาคของประเทศไทย พบว่ารูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนได้เปลี่ยนไปอย่างมาก โดยมีลักษณะการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน การสลับเปลี่ยนคู่นอน และเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย โดยพบว่าอายุต่ำสุดของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ คือ ๙ ปี ในขณะที่ผู้หญิงอยู่ในช่วง ๑๐ ปี อีกทั้งยังพบว่าวัยรุ่นที่มีความเชื่อที่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์จะมีแนวโน้มที่จะมีประสบการณ์ทางเพศมากขึ้น ๒.๙ เท่าในวัยรุ่นชาย และ ๓.๙ เท่าในวัยรุ่นหญิง เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นที่มีความเชื่อที่ไม่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจากการที่วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ^๕ ส่งผลให้วัยรุ่นโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปีมีแนวโน้มในการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการข่มขืนที่เกิดจากการกระทำโดยเด็กและเยาวชนสูงขึ้นเฉลี่ยแล้วมากกว่า ๒ รายในแต่ละวัน โดยในจำนวนนี้มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เป็นเหยื่อจากการถูกข่มขืนเฉลี่ยวันละ ๒ ราย^๖

๕. โครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชน สถาบันรามจิตติ ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมเด็กและเยาวชนปี ๒๕๕๑ พบปัญหาแม่วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า ๑๙ ปี มาทำคลอดสูงขึ้นต่อเนื่อง ตั้งแต่ ๒๕๔๘-๒๕๕๑ โดยปี ๒๕๕๑ ประมาณการว่ามีถึง ๗๗,๐๙๒ คน จากปี ๒๕๕๐ ที่มี ๖๘,๓๘๕ คน และจากข้อมูลของ พญ. วราพร พันธุ์โกลม กุมารแพทย์ คลินิกตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น รพ.รามาริบัติ ระบุว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่ามี การคลอดบุตรของแม่วัยรุ่นสูงถึงวันละ ๑๔๐ ราย ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงมาก และอาจมีผลนำไปสู่ปัญหาความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาเศรษฐกิจเพราะไม่มีงานทำ และอาจเกิดผลกระทบที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในด้านพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการรวบรวมสถิติเพียง ๑ เดือน พบว่ามีการยกพวกตีกันมากถึง ๓,๐๐๐ ครั้ง และจากสถิติมีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีทำร้ายชีวิต-ร่างกายเพิ่มมากขึ้นอย่างน่าตกใจ ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่กระทำผิดและเกิดภาวะวิกฤติด้านพฤติกรรม ได้แก่ การขาดความอบอุ่นและการอบรมสั่งสอนจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อและแม่ อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมที่ยั่วยุ เช่น สถานเริงรมย์ และสื่อต่าง ๆ ที่แฝงไปด้วยความรุนแรง^๗ จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ทำให้วัฒนธรรมการดำรงชีวิตของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป อาทิเช่น หนุ่มสาวนิยมอยู่ร่วมกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส^๘ ทำให้อัตราการจดทะเบียนสมรสลดลงจาก ๒๖.๕๙ คู่/ ๑,๐๐๐ ครอบครัว ในปี ๒๕๓๙ เป็น ๑๘.๙๔ คู่/ ๑,๐๐๐ ครอบครัว ในปี ๒๕๕๑^๙ การที่หนุ่มสาวนิยมอยู่ร่วมกันโดยไม่จดทะเบียนสมรสทำให้ยากต่อการแยกทางเมื่อปัญหาเกิดขึ้น

^๔ ศิริพร เค้ากูไทย, ๒๕๔๙. สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพในเด็กและวัยรุ่น. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ภายใต้แผนงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

^๕ วารุณี พองแก้ว และคณะ, ๒๕๔๙. การป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นและเยาวชน: สถานการณ์ปัจจุบัน. เชียงใหม่. โครงการพัฒนาเยาวชน ครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

^๖ ศิริพร เค้ากูไทย, ๒๕๔๙. อ้างแล้ว.

^๗ ศิริพร เค้ากูไทย, ๒๕๔๙. อ้างแล้ว.

^๘ สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว, ๒๕๕๑.

^๙ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ๒๕๕๑.

ภายในครอบครัว นอกจากนี้ หลายครอบครัวนิยมการแยกครอบครัวไปอยู่ตามลำพังทำให้ครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๕๔.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑^{๑๐} การที่ครอบครัวขนาดเล็กลงทำให้การดูแลเอาใจใส่และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาทางอารมณ์น้อยลง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด มีภาวะซึมเศร้า และความไม่มั่นคงทางอารมณ์เพิ่มขึ้น^{๑๑} นอกจากนี้ ภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้นทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่ร่วมกันน้อยลง ส่งผลให้ความผูกพันภายในครอบครัวลดน้อยลง สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่ บิตามารดาใช้เวลาถึง ๙ ชั่วโมงต่อวันในการทำงาน ในขณะที่มีเวลาดูแลครอบครัวเพียง ๒ ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่มีมารดามักอยู่บ้านและทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว

๖. รายงานสถานการณ์ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันของสังคมไทย ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า สถาบันครอบครัวไทยเผชิญกับปัญหาการขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่และมีความแตกแยก ส่งผลกระทบให้ความอบอุ่นของครอบครัวไทยอยู่ในระดับต้องเร่งแก้ไข โดยดัชนีครอบครัวอบอุ่นได้ลดลงอย่างต่อเนื่องในตลอด ๕ ปีที่ผ่านมา จากร้อยละ ๖๖.๐๙ ในปี ๒๕๕๕ เหลือเพียงร้อยละ ๖๒.๔๒ ในปี ๒๕๕๙ ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมในการดำรงชีวิตครอบครัวที่ยึดติดค่านิยมทางวัตถุมากกว่าการพัฒนาคุณภาพของสมาชิกในครอบครัว และอัตราการจดทะเบียนหย่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การหย่าร้างที่เกิดขึ้นทำให้เด็กจำนวนมาก ต้องอยู่กับพ่อหรือแม่ตามลำพัง เป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมากขึ้น ปัญหาที่เกิดขึ้นมีปัจจัยที่สำคัญมาจากสถาบันครอบครัว ซึ่งถือว่าเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการหล่อหลอมบุคลิกภาพที่พึงประสงค์ของเด็กและเยาวชนมีความเสื่อมถอยและอ่อนแอลง โดยที่ภาวะความอ่อนแอของสถาบันครอบครัวเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในปัจจุบัน พ่อแม่ไม่มีเวลาอบรมและดูแลบุตรวัยรุ่น พ่อแม่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู โดยเฉพาะการสื่อสารกับบุตรหลาน ประกอบกับเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการอยากรู้ อยากลอง และต้องการเป็นตัวของตัวเอง ทำให้เกิดความขัดแย้งกับพ่อแม่ได้ง่าย ซึ่งความขัดแย้งและความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ลดลงส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีการเติบโตและการพัฒนาที่ไม่เหมาะสม และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่าง ๆ ตามมา

กลไกการสร้างเสริมสุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย

๗. จากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย ภาครัฐให้ความสำคัญและกำหนดแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) และมีการออกนโยบาย กฎหมาย และพระราชบัญญัติต่าง ๆ ได้แก่

๗.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๖ เกิดขึ้นจาก คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีและสถาบันครอบครัวแห่งชาติ (ในขณะนั้น) ได้มอบหมายให้คณะทำงานจัดทำร่างนโยบายฯ พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสถาบันครอบครัวขึ้น ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๔๗ เห็นชอบให้เป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา

^{๑๐} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๑.

^{๑๑} สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว, ๒๕๕๑. อ้างแล้ว

สถาบันครอบครัวของประเทศไทย นโยบายดังกล่าวได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ ๔ ข้อ ดังนี้

- (๑) ยุทธศาสตร์หลักการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวแบบองค์รวม
- (๒) ยุทธศาสตร์หลักการสร้างหลักประกันคุ้มครองทางสังคมของครอบครัว
- (๓) ยุทธศาสตร์หลักการสร้างระบบกลไกการบริหารจัดการให้เกื้อหนุนความเข้มแข็งของครอบครัว
- (๔) ยุทธศาสตร์หลักการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายทางสังคมเพื่อพัฒนาครอบครัว

๗.๒ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานสถาบันครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งมีกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายด้านครอบครัวในสังคมไทยอยู่ ๓ กลไก ทั้งด้านนโยบาย องค์ความรู้ และภาคีสังคม โดยมีตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการฯ ด้วย คือ

(๑) คณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ (กยค.) ทำหน้าที่สำคัญในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติด้านส่งเสริมครอบครัวและเสนอกรมพิจารณาให้ความเห็นชอบ

(๒) คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัว ทำหน้าที่สำคัญด้านการเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมครอบครัวที่ได้จากการศึกษาวิจัยและการรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวต่อคณะกรรมการฯ

(๓) สมาชิกครอบครัวแห่งชาติ เป็นพื้นที่ระดมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและแนวทางส่งเสริมครอบครัว มีผู้เข้าร่วมจากครอบครัวและองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับชาติ ทั้งนี้สมาชิกครอบครัวแห่งชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๒ มีข้อเสนอ ดังนี้

(๓.๑) ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินการส่งเสริมสนับสนุน การพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัว โดยให้ตัวแทนครอบครัวและทุกภาคส่วนในชุมชน/ท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาครอบครัว บรรจุในข้อบังคับงบประมาณ หรือเทศบัญญัติ และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มีศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างทั่วถึง เพื่อทำหน้าที่ สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ในการประเมินสภาพเด็ก สภาพครอบครัว และสภาพชุมชนที่มีผลกระทบต่อครอบครัว การออกแบบกระบวนการกิจกรรมพัฒนาเด็กและครอบครัว การจัดสวัสดิการครอบครัวที่เหมาะสม แก่เด็กและครอบครัวพิเศษ หรือการนำนโยบายส่งเสริมเด็กและครอบครัวของรัฐสู่ครอบครัวในชุมชนได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม

(๓.๒) ส่งเสริมให้เกิดการศึกษาเพื่อสร้างสรรค์ครอบครัวเข้มแข็ง ด้วยการจัดตั้งองค์กรเพื่อพัฒนา ความรู้ นวัตกรรมในการสร้างสุขภาวะของครอบครัว ให้เป็นองค์กรที่มีความคล่องตัวในการทำงานวิชาการและ ขับเคลื่อน ทำหน้าที่จัดการความรู้ ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมหรือเครื่องมือในการส่งเสริมครอบครัวให้สอดคล้อง กับพื้นที่ หรือครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ พร้อมทั้งศึกษาสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อครอบครัว และนำเสนอ มาตรการในการจัดการปัญหาต่อคณะรัฐมนตรี โดยมอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการจัดทำหลักสูตรครอบครัว ศึกษาทั้งในระบบนอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย

(๓.๓) สนับสนุนให้สื่อของรัฐมียุทธศาสตร์ในการสื่อสารรณรงค์สู่สังคมเพื่อร่วมสร้างครอบครัว เข้มแข็ง โดยให้มีสื่อวิทยุและโทรทัศน์จัดสรรเวลาให้มีรายการสำหรับครอบครัวที่สร้างการเรียนรู้เพียงพอ รวมทั้งให้รัฐบาลกำหนดและประกาศมาตรการขจัดหรือควบคุมสภาพแวดล้อมที่เลวร้ายสำหรับเด็กและ ครอบครัวที่ชัดเจน จัดให้มีพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อการเรียนรู้สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว ไม่อ่อนข้อ โดยเฉพาะเรื่องอบายมุข ทั้งการดื่มสุรา การเที่ยวกลางคืน การเล่นเกมพนัน การเล่นเกม และสื่อที่เน้นกระตุ้น

ค่านิยมฟุ้งเฟ้อ ความรุนแรงและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวและสังคม

(๓.๔) จัดให้มีกระบวนการศึกษาระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวลักษณะพิเศษต่าง ๆ เช่น เงินสงเคราะห์ครอบครัวของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้สอดคล้องกับความจำเป็นตามสถานะความต้องการของครอบครัว ได้แก่ เงินช่วยเหลือฉุกเฉิน เงินสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าถึงบริการการศึกษาของบุตรและสุขภาพ เงินพัฒนาอาชีพ เป็นต้น หรือการจัดตั้งคลินิกครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนที่มีนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ให้ครอบครัวในพื้นที่ของประเทศ เพื่อทำหน้าที่บำบัด ฟื้นฟู และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในสภาวะยากลำบาก เป็นต้น

๗.๓ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งมีผลบังคับใช้นับตั้งแต่วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๔๖ และได้เกิดกลไกการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม ดังนี้

(๑) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ จำนวน ๒ ชุด ซึ่งชุดที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันนี้เป็นคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติชุดที่ ๒

(๒) ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองเด็กกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้คำปรึกษา กำหนดแนวทางในการสงเคราะห์ คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติ และให้อำนาจในการเข้าไปตรวจสอบกรณีมีการปฏิบัติโดยมิชอบต่อเด็ก และได้เกิดการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนของจังหวัด

(๓) ได้ออกกฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศที่เกี่ยวข้อง กับพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ใช้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งมีการอบรมบุคลากรที่ทำงานร่วมกัน

(๔) ได้มีการอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ได้ปฏิบัติงานตามในหน่วยงานต่าง ๆ

๗.๔ พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๕๑ เป็นกฎหมายที่หน่วยงานภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ร่วมกับรัฐ กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดแนวทางและวิธีการในการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่มุ่งให้โอกาสคนรุ่นใหม่ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบครอบครัว ชุมชน และสังคมและประเทศชาติ โดยให้มีการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนในระดับต่าง ๆ ซึ่งผลการดำเนินการ ได้เกิดสภาเด็กและเยาวชนในระดับอำเภอทั่วประเทศ จำนวน ๘๗๗ อำเภอ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๑ และได้เกิดสภาเด็กและเยาวชนจังหวัดทั่วประเทศ จำนวน ๗๕ จังหวัด พร้อมทั้งสภาเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ ๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๑

๘. นอกจากการเกิดกลไกการดำเนินงานที่เป็นผลจากการออกนโยบายและพระราชบัญญัติของรัฐแล้วยังมีการดำเนินงานของหน่วยงาน และ องค์กรต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและแก้ปัญหาทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชนและครอบครัวไทย ดังนี้

๘.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนและเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ปกครองที่ไม่ได้ส่งเด็กเข้าศูนย์เด็กเล็ก แต่ดูแลเด็กเองที่บ้าน เพื่อให้เด็กทุกคนในชุมชนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างทั่วถึง

๘.๒ ภาควิชาการ ได้แก่ สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ที่มีการจัดการเรียนการสอน การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและเยาวชน เช่น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาอนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และมหาวิทยาลัยอื่น ๆ

๘.๓ ภาคสื่อมวลชน ได้แก่ สถานีโทรทัศน์ Thai PBS มีรายการเกี่ยวกับส่งเสริมทักษะพ่อแม่ และการอยู่ร่วมกันในครอบครัว และสังคม ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่ พ่อแม่ ญาติ ครู หรือผู้ปกครองดูแลเด็ก และบุคคลอื่น ๆ ที่แวดล้อมเด็ก การส่งเสริมเด็ก เยาวชนและคนรุ่นใหม่ให้มีพัฒนาการสมวัย รายการที่ส่งเสริมคนรุ่นใหม่ให้มีส่วนร่วมในการร่วมผลิตรายการด้วยตนเอง และสถานีวิทยุกรมประชาสัมพันธ์ซึ่งมีคลื่นวิทยุไทยเพื่อเด็กและครอบครัว (FM 105 MHz) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดพื้นที่สาธารณะและสร้างการมีส่วนร่วมที่ประชาชนจากทุกภาคส่วนสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาวะให้เกิดแก่เด็ก เยาวชน และครอบครัว และสร้างการเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่สิ่งที่ดีกว่าอย่างมีส่วนร่วม

๘.๔ ภาคประชาสังคม ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจ (มูลนิธิสยามกัมมาจล ธนาคารไทยพาณิชย์) บริษัทไทยประกันชีวิต บริษัทเอไอเอส และนิตยสารต่าง ๆ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๑

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง^๑

ตระหนักดี ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น การใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรก่อนวัยสูงอายุและวัยสูงอายุทุกคนจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ช่วยลดความทุพพลภาพช้าช้อนและชะลอภาวะพึ่งพิงได้

เป็นกังวล ต่อการลดลงอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้มาเป็นผู้ดูแล และศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระที่หนักขึ้นในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวัยแรงงานด้อยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพทุพพลภาพหรือพิการขาดผู้ดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชนหรือเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขจะเป็นกลุ่มเสี่ยง (เปราะบาง) ที่น่าห่วงใยเป็นอย่างมาก

รับทราบ ว่าส่วนกลางและท้องถิ่นรวมทั้งชุมชนบางแห่งริเริ่มการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวและชุมชน เช่น มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือเพื่อนผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไปเยี่ยมเยียน ช่วยเหลือ มีพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่ลุกขึ้นจากเตียงไม่ได้ เป็นต้น แต่มีปัญหาการดำเนินงานยังไม่เป็นระบบที่เหมาะสม ยังขาดการบูรณาการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม บุคลากรไม่เพียงพอ ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแล และขาดระบบสนับสนุนที่ชัดเจน

เห็นด้วย ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องจัดให้มีการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน โดยภาคประชาสังคม เช่น การมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งเป็นแกนนำสนับสนุนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับครอบครัว ชุมชน และมีศักยภาพที่จะจัดการดูแล ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน จัดหาอุปกรณ์การฟื้นฟู ค่าเดินทาง ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งพัฒนาระบบที่เชื่อมต่อการดูแลในสถาบันสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในระดับที่สูงขึ้น โดยมีการพัฒนากลไกและมาตรฐานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือพิการในสถาบันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นชอบในหลักการว่า รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และให้การรับรองหลักการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลัก โดยมีการดูแลในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะเป็นส่วนสนับสนุนให้มีบทบาทที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างใกล้ชิด ไม่แยกส่วนจากกัน และขอให้รัฐบาลกำหนดนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นวาระแห่งชาติ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๒ / หลัก ๓

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๑ เป็นเจ้าภาพประสานหน่วยงานระดับท้องถิ่นเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้มีผู้สูงอายุเป็นกรรมการอยู่ด้วยในสัดส่วนไม่น้อยกว่า ๑ ใน ๔ ของจำนวนกรรมการ และให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง พร้อมทั้งระบุภารกิจการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในการจัดทำเทศบัญญัติ ข้อบัญญัติท้องถิ่น แผนพัฒนาท้องถิ่น ๓ ปี และแผนพัฒนาท้องถิ่นประจำปี รวมทั้งให้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๒ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโดยแบ่งประเภทตามกลุ่มภาวะพึ่งพิงในทุกตำบล/ท้องที่

๒.๓ สนับสนุนค่าอุปโภคบริโภค ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย รวมทั้งส่งเสริมอาชีพ หรือพิจารณาจัดสวัสดิการสังคมให้กับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๒.๔ จัดให้มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน ศูนย์ดูแลพักพิงและฟื้นฟูสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตามความต้องการของพื้นที่

๒.๕ ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครชุมชนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

๒.๖ ต้องจัดให้ภาคประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งชมรมผู้สูงอายุ สาขาสภาผู้สูงอายุ ภาควิชาสุขภาพมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายท้องถิ่นด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดทำเป็นเทศบัญญัติ และข้อบัญญัติท้องถิ่น ตลอดจนการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผล

๓. ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ องค์กรวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ พิจารณาปรับปรุงเพิ่มเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจากอัตราของผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งนี้ไม่ต่ำกว่าเส้นความยากจน

๓.๒ ร่วมกันพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยให้ความรู้ต่าง ๆ เช่น เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการดูแล การพัฒนาบุคลากร งบประมาณ ให้สามารถจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน

๓.๓ ให้สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องการบริการทางการแพทย์/การพยาบาลขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ เพื่อการกำกับดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน

๓.๔ ส่งเสริมสนับสนุนการฝึกอบรมความรู้และทักษะ และสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ให้แก่ญาติและบุคลากรกลุ่มที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น อาสาสมัคร สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ส่วนผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างได้รับการพัฒนาให้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรวิชาชีพนั้น ๆ

๓.๕ จัดให้มีบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการบริการดูแลระยะยาว (Care manager) โดยคำนึงถึงความแตกต่างและความต้องการที่หลากหลาย

๓.๖ สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการดูแลสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้าน สนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น รวมทั้งบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น

๓.๗ พัฒนาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้จัดบริการการดูแลระยะยาว ทั้งบริการด้านสุขภาพ และสังคม ให้มีมาตรฐาน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศ เพื่อเป็นศูนย์สาธิตให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เรียนรู้และขยายผล

๓.๘ ศึกษาผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลิตและ ดำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลด้านผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และบุคลากรระดับผู้ช่วย วิชาชีพ

๕. ขอให้สถานศึกษาทุกระดับจัดให้มีหลักสูตรด้านการดูแลผู้สูงอายุ

๖. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย ร่วมกันจัดทำมาตรฐานและกลไกระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบ มีส่วนร่วมจากชุมชน ท้องถิ่น และผู้สูงอายุ ตลอดจนการกำกับมาตรฐานดังกล่าวให้ครอบคลุมทั้งภาครัฐและภาค เอกชน

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๑. นิยาม : การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว* ในที่นี้ หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ(บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ(ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ

สถานการณ์ปัญหาและความจำเป็น

๒. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒.๑ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (๖๐ ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑.๑ ในปี ๒๕๕๑ และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ หรือจำนวนประมาณ ๑๔.๕ ล้านคนในปี ๒๕๖๘ อันจะทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว^๑ นอกจากนี้ อัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็วแล้ว ผู้สูงอายุยังมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายหรือที่มีอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๑๐ ในปัจจุบันเป็นร้อยละ ๑๒ ในปี ๒๕๗๓ ในปี ๒๕๕๐ มีผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ ๑๐.๙ ของผู้สูงอายุทั้งหมดและอีกร้อยละ ๑.๑ ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีนอกจากนี้ร้อยละ ๒.๒ ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน (๘๐ ปีขึ้นไป) ซึ่งต้องทุกข์ทรมานและเจ็บป่วยตามมาจาก การเป็นผู้ดูแล^๒ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก (มีประมาณ ๖๐,๐๐๐ - ๘๐,๐๐๐ คน) ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประสบภาวะทุพพลภาพหรือพิการต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน** โดยผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

๒.๒ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้ตระหนักถึงการเตรียมการเรื่องของผู้ดูแล ซึ่งพบข้อมูลที่น่าวิตกว่าเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้ลดลงอย่างมาก อันเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีถึงร้อยละ ๗.๕ ในปี ๒๕๕๐ ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับสามีภรรยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๗.๐ และผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวโดดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓.๑ ในปี ๒๕๕๐^๓ นอกจากนี้ อัตราส่วนวัยแรงงานที่มีศักยภาพในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงโดยตลอดและคาดว่าจะลดลงไปอีก จากประชากรวัยแรงงานประมาณ ๖ คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปหนึ่งคนในปี ๒๕๕๑ จะเหลือเพียง ๒ คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนในปี ๒๕๗๓ หรือใน ๒๐ ปีข้างหน้า^๔

* ปรับปรุงจากคำนิยามของWHO 2000

** หมายถึง การช่วยเหลือตนเองในการลุกนั่ง เดินไปมาในบ้าน ขึ้นลงบันได กินอาหาร ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ

๒.๓ เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุนั้น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล เงิน และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล นอกจากนั้นยังพบว่า ร้อยละ ๔.๘ มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ปรากฏการณ์สำคัญที่น่าวิตก คือพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ร้อยละ ๑๐ เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^๖

๒.๔ นอกจากนั้น ในประเด็นผู้ดูแลพบว่า มีผู้ดูแลที่อยู่ในสถานะที่เรียกว่ามี “บทบาทเชิงซ้อน” (Sandwich Roles) คือ การที่ต้องรับบทบาทหลายด้าน ทั้งบทบาทของภรรยา แม่บ้าน และการทำงานเพื่อหารายได้ ดูแลบุตร และบุพการีพร้อมกัน ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการในครอบครัวโดยเฉพาะที่มีฐานะยากจนต้องประสบปัญหาในการดูแลทั้งการขาดความรู้ มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจของผู้ดูแลหากต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน^๗

๓. บทบาทของภาคประชาสังคม

๓.๑ ภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ เครือข่ายในชุมชนได้ตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้ดูแล จึงจัดอาสาสมัครเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตามโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยในพ.ศ. ๒๕๕๑ มีจำนวน ๖,๘๐๐ ราย และมีผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจำนวน ๗๕,๕๙๗ คน ใน ๗๕ จังหวัด* ปัจจุบันมี อปท. จำนวน ๑๓๓ แห่ง ที่สนับสนุนโครงการ อผส. นี้อย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ในส่วนของภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร เช่น สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้จัดทำโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” เป็นการจัดอบรมให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นอาสาสมัครเข้าช่วยเหลือดูแล เยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชุมชน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุจาก ชมรม จำนวน ๘,๐๗๔ คน และอาสาสมัครวัยอื่นอีกจำนวน ๒,๙๓๖ คน^๘ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจำนวน ๗,๓๖๐ คน ซึ่งการดำเนินงานนี้ แม้จะเป็นการเยี่ยมเยียนได้ถามทุกข์สุขก็ตาม แต่ก็เป็นการแสดงถึงความเอื้ออาทรและการใช้ทุนทางสังคมให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งปัจจุบันมี “ชมรมผู้สูงอายุ” ที่ขึ้นทะเบียนกับสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ รวมทั้งสิ้น ๑๙,๙๗๐ ชมรมทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งโดยชุมชนเอง หรือองค์กรอื่น ๆ อีกจำนวนมาก จากบทบาทที่กล่าวมา เห็นได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนช่วยเหลือเผื่อแผ่ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันจึงถือเป็นการ “เติมเต็มให้กัน” ซึ่งจะช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินการอย่างได้ผล^๙ แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่องความรู้ในการดูแล งบประมาณ และปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ อีกมาก ที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากรัฐเพิ่มเติม

๓.๓ การทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. กับภาคประชาสังคม มีตัวอย่างที่ดีหลายแห่งจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ที่มาจากเงินสมทบของรัฐส่วนกลาง (สปสช.) อปท. และชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนซึ่งครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุมีสวัสดิการชุมชนรองรับ และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง โดยการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหลายแห่ง ได้ริเริ่มการจัดบริการดูแล

** มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๕๐ เห็นชอบให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดำเนินโครงการอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ขยายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๖

ระยะยาว เช่น มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้านดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยออกจากบ้านไม่ได้ มีบริการรถรับ-ส่ง มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

๓.๔ จากข้อมูลที่กล่าวมา ทำให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลระยะยาวได้ริเริ่มขึ้นแล้วโดยภาคประชาชน ที่ใช้บ้านและชุมชนเป็นแหล่งในการให้บริการ แต่ภาคประชาชนก็สามารถทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น และยังไม่ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ ขึ้นอยู่กับความพร้อม และศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนอย่างจริงจัง

๔. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย

๔.๑ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงมีความจำเป็นต้องเข้ามาอยู่ในสถาบันส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล หรือต้องการคนช่วยดูแลที่มีทักษะในการดูแล และต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นสถานบริบาล¹ ให้บริการตั้งแต่การดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันจนถึงการดูแลระยะสุดท้าย พบว่าสถานบริบาลมีความหลากหลายในการขึ้นทะเบียนกับหลายหน่วยราชการ บางแห่งไม่ได้ขึ้นทะเบียน และยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานและขบวนการกำกับดูแลคุณภาพของสถานดูแลประเภทนี้ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในสถานดูแลระยะยาวของภาคเอกชนนั้น มีราคาสูงอยู่ระหว่าง ๑๕,๐๐๐ - ๕๒,๕๐๐ บาท และยังไม่มีการควบคุมราคา^{๑๓} ฉะนั้นครอบครัวที่มีฐานะปานกลางหรือยากจนและไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่อาจถูกทอดทิ้ง และต่อสถานบริบาลที่ต้องประสบกับการขาดทุน

๔.๒ ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่จัดให้สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุขแต่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น เมื่ออยู่ไประยะหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมา ข้อเท็จจริงพบว่า ร้อยละ ๑๖ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ดังนั้นผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือพิการช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวนหนึ่งจึงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งไม่มีจุดประสงค์เพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรง นอกจากนี้พบว่าสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด จึงไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับบริการดังกล่าว^{๑๓}

นโยบายและกฎหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการจัดบริการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุนั้น มีกฎหมายหลายฉบับที่กล่าวถึงได้แก่รัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘๐ “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม” ซึ่งในที่นี้ได้ระบุชัดถึงการพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว และชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์ และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งพาตนเองได้”

ในกฎหมายรองรับ อันได้แก่ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๑๑ “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ” ซึ่งประกอบด้วยอนุมาตรา (๑)- (๑๓) อาทิเช่น การ

¹ หมายถึง สถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่มากที่จะต้องเข้าโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ การดูแลต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ ๒๔ ชั่วโมง ดูแลการให้กินยา ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่างแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพและหรือมีโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการหรือสมองเสื่อม

รับบริการด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขที่สะดวกรวดเร็วขึ้น การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัย โดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณสุขอื่น ๆ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง การให้คำแนะนำ ปรีกษา และช่วยเหลือแก้ไขปัญหาครอบครัว การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไปเพียงส่วนน้อยทราบถึงสิทธิ และการเข้าถึงสิทธิของผู้สูงอายุเหล่านี้^๕ อีกทั้งในมาตรา ๑๑ เป็นสิทธิการเข้าถึงบริการเพียงบางประการ ยังขาดความครอบคลุมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้ทุพพลภาพ หรือพิการ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากพึ่งพาตนเองได้น้อย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖ ยังได้ระบุสิทธิและหน้าที่ ไว้ว่า “สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้อง และเหมาะสมด้วย” จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งอาจเป็นทั้งผู้ยากไร้ ผู้ทุพพลภาพหรือพิการ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก คนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายตามกฎหมายนี้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวทั้งบริการด้านสุขภาพ และบริการด้านสังคม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีมาตรการเรื่องการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพและสังคมที่สอดคล้องประสานกัน และเน้นการบริการถึงบ้าน ใช้ชุมชนเป็นฐาน ผลการประเมินแผนฯ ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาพบว่า งานด้านผู้สูงอายุ แม้จะมีการกำหนดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และมีการออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ หากในทางปฏิบัติยังขับเคลื่อนไปไม่ได้มาก เพราะไม่มีการกำหนดเป็น “วาระแห่งชาติ” ประกอบกับ พรบ. ผู้สูงอายุ ไม่มีการกำหนดบทลงโทษหากไม่มีการปฏิบัติตาม ผู้ปฏิบัติอาจทำได้ไม่ทำก็ได้ ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อย ๆ ทำให้นโยบายไม่มีความต่อเนื่อง ทั้งนักการเมืองในระดับชาติและระดับท้องถิ่นยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และผู้สูงอายุเองก็ขาดพลังในการต่อรองให้รัฐ^๕

ภาพรวมของผลการประเมินแผนฯ มีข้อเสนอแนะสำคัญบางประการว่า ควรทำงานเชิงรุกโดยผลักดันให้แผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ กำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น โดยเป็นนโยบายที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเอง และดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุ โดยผ่านสภาผู้สูงอายุ และองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ควรจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในทุกชุมชน และเชื่อมโยงสู่ส่วนกลาง เป็นศูนย์รวมข้อมูลทั้งประเทศ และส่งเสริมศักยภาพการทำงานด้านผู้สูงอายุของท้องถิ่น โดยจัดให้มีพี่เลี้ยงหรือคณะที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือเชิงวิชาการและการบริหารจัดการ สำหรับงานผู้สูงอายุที่ควรเน้นการดำเนินการในช่วง ๕ ปี ข้างหน้า ประเด็นหนึ่ง คือ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย เน้น “ความพอเพียง” และ “ความยั่งยืน” ของระบบบริการ^๕

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีผลบังคับใช้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ในเรื่องของการกระจายอำนาจการปกครองสู่ท้องถิ่นกำหนดชัดเจนว่าจะต้องส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ในชุมชนและครอบครัว ซึ่งได้ส่งผลให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านผู้สูงอายุหลายประการที่ภาคราชการส่วนกลางดำเนินการอยู่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็ได้มี

การถ่ายโอนภารกิจการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้กระทรวงมหาดไทยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นรับไปดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ รวมทั้งในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้มีการถ่ายโอนภารกิจงานสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน ๑๓ แห่ง และศูนย์บริการผู้สูงอายุ จำนวน ๒ แห่ง ให้กรุงเทพมหานครและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.) รับไปดำเนินการ^๔

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ๖ ประการ ได้แก่ ๑) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล ๒) มาตรฐานด้านรายได้ ๓) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย ๔) มาตรฐานด้านนันทนาการ ๕) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง ๖) มาตรฐานการสร้างบริการทางสังคม และเครือข่ายการเกื้อหนุน ซึ่งได้แบ่งตัวชี้วัดเป็น ๒ ระดับ คือ ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน (Primary Indicators) เป็นภารกิจที่ต้องทำ เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวชี้วัดขั้นพัฒนา (Performance Indicators) เป็นภารกิจเลือกทำได้ตามศักยภาพของ อปท. นั้น ๆ เพื่อพัฒนาระดับการให้บริการหรือสวัสดิการสูงขึ้น ก้าวหน้ายิ่งขึ้น^๕ การมีมาตรฐานงานกำหนดไว้ ถือเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ให้เป็นภารกิจหนึ่งของ อปท. ร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในระดับท้องถิ่น และส่วนกลาง

แม้ว่าในทางปฏิบัตินั้นอปท.ยังคงมีจุดอ่อน และอุปสรรคด้านงบประมาณ บุคลากร ข้อมูล และความรู้ที่ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุตามมาตรฐาน แต่ยังคงมีจุดแข็งในด้านเครือข่ายความร่วมมือ ได้แก่ การประสานงาน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับคนในชุมชนและองค์กรในชุมชน โดยเฉพาะ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สถานีอนามัย กลุ่มแม่บ้าน และอาสาสมัครผู้สูงอายุ (อผส.) ในชุมชน^๕ อปท. ที่สามารถพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง มีภาคประชาสังคมที่ดี ย่อมจะมีบทบาทอย่างยิ่งในการจัดบริการการดูแลระยะยาวที่บ้าน และชุมชน เป็นฐาน

ปัญหาที่สำคัญ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้ตระหนักถึงการเตรียมการเรื่องของผู้ดูแลซึ่งพบข้อมูลที่น่าวิตกว่าเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้ลดลงอย่างมาก ทำให้คาดได้ว่าผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเผชิญกับความยากลำบากและขาดแคลนเครือข่ายการดูแลในอนาคต อย่างไรก็ตามสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานทำให้ขาดผู้ดูแลหลัก จำเป็นต้องจ้างผู้ดูแลที่เรียกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมอย่างเป็นทางการ ภายใต้หลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือกระทรวงแรงงาน และอีกส่วนหนึ่งมาจากหน่วยบริการเอกชนที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมใด ๆ ทำหน้าที่ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับค่าตอบแทน แต่ยังมีปัญหาคือขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมติดตามคุณภาพการทำงานของผู้ดูแล เหล่านี้^{๑๒}

โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในการจัดอาสาสมัครเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมาในการคือ อผส. มีความสามารถในการดูแลชั่วคราว และดูแลในเรื่องทั่วไป เช่น เยี่ยมเยียน พูดคุยมากกว่าการให้ความรู้ คำแนะนำอย่างจริงจัง ซึ่งศักยภาพของ อผส. ไม่สามารถรองรับการดูแลระยะยาวในอนาคตได้ นอกจากนี้แม้ว่าอาสาสมัครจะทำงานด้วยใจ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นเกิดขึ้น เช่น ค่าเดินทาง ค่าประสานงาน เป็นต้น จึงต้องการ ๕ การพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และการได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงหรือไม่มีผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องเข้ามาอยู่ในสถาบันหรือสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด จึงไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรองรับบริการดังกล่าว และพบว่าความหลากหลายในการขึ้นทะเบียนของสถานดูแลระยะยาวกับหลายหน่วยราชการ และไม่มีการกำหนดมาตรฐาน ส่งผลให้ขาดมาตรการกำกับดูแลคุณภาพของสถานดูแล

จุดอ่อน และอุปสรรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบริการดูแลผู้สูงอายุด้านงบประมาณ บุคลากร ข้อมูล และความรู้ที่ทำให้ยังไม่สามารถบรรลุตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สมควรที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมให้จัดบริการได้

แนวทางการแก้ปัญหาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน ใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีลดความทุพพลภาพหรือพิการซ้ำซ้อนและเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี โดยการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ขณะเดียวกันก็มีรายได้เพียงพอที่จะช่วยตนเองได้

ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีมาตรการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ที่บ้านและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนและภาคประชาสังคมช่วยเหลือเกื้อกูลครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการสร้างจิตสำนึกร่วมไปสู่การเป็น “สังคมไม่ทอดทิ้งกัน” ควบคู่ไปกับการเร่งรัดพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ตระหนักเห็นความสำคัญและมีความพร้อมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมภาคเอกชนและองค์กรการกุศลให้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอทั้งกลุ่มที่เป็นวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพ รวมทั้งกำหนดมาตรฐานและมาตรการกำกับดูแลสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาครัฐและเอกชน เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้

แนวทางดังกล่าวนี้ได้เป็นข้อเสนอในการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ เมื่อวันที่ ๗ และ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้เร่งรัดการสร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนที่มีผู้จัดการรายกรณี (Care Manager) เพื่อให้มีบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยการใช้ข้อมูลจากการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุมาวางแผนการดูแล

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๒ / ร่างมติ ๓

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๕๑. การคาดประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ๒๕๕๐. Report on the ๒๐๐๗ survey of the older persons in Thailand. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๔๙. และ ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการศึกษาโครงการระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) :บริษัทธันวา พรินท์ติ้ง จำกัด.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ภัทรพรรณ อุดทน. ๒๕๕๒. การคาดประมาณความต้องการการดูแลระยะยาวในประชากรสูงอายุ. ใน Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. 2009. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai-European Cooperation For Health.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ๒๕๔๘. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชครณวิชย์, ธนิกานต์ ศักดาพร. ๒๕๕๒. โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, สาวิตรี ทยานศิลป์. รายงานตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. ทบทวนองค์ความรู้ด้านการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. ๒๕๕๒. การศึกษาทบทวนนโยบายด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภัคดีพรหม. ๒๕๕๐. การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศิริพันธ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์, เตือนใจ ภัคดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. ๒๕๕๒. ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธ์ สาสัตย์. ๒๕๕๑. ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. Rama Nurse J .September-December 2008 Vol.14 No.3.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. ๒๕๕๒. ทบทวนองค์ความรู้ด้านบทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์ และขวัญใจ อำนางสัตย์ชื่อ. ๒๕๕๑. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. บริษัทกราฟิก ซีเอสเอ็มเอส จำกัด.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. ๒๕๕๒. การศึกษาทบทวนนโยบายด้านผู้สูงอายุกับบริการปฐมภูมิ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓

- มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน
สมัชชาสุขภาพ ๓. มติ ๑. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๕
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๕ / ผนวก ๑
- มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๓
- มติ ๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๒
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๒ / ผนวก ๑
- มติ ๔ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๘
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๘ / ผนวก ๑
- มติ ๕ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๗
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๗ / ผนวก ๑
- มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖ / ผนวก ๑
- มติ ๗ ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๑
- มติ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔ / ผนวก ๑
- มติ ๙ การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ
สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๑๕

มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน^๑

ตระหนัก ว่าแร่ใยหินทุกชนิดเป็นสารก่อมะเร็งที่มีผลต่อสุขภาพไม่เฉพาะต่อคนงานที่ทำงานในสถานประกอบการที่ใช้แร่ใยหินเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วไปอีกด้วย และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจำนวน ๕๗ ประเทศ ได้ยกเลิกการใช้แร่ใยหินแล้ว

กังวล ต่อปริมาณการใช้แร่ใยหินในประเทศที่ยังคงมีการนำเข้าอย่างต่อเนื่อง และใช้อยู่ในผลิตภัณฑ์หลายประเภท จากข้อมูลปี ๒๕๓๙ ประเทศไทยจัดเป็นประเทศอันดับ ๒ ของโลก ที่มีอัตราการบริโภคแร่ใยหินมากที่สุด

รับทราบ ว่านโยบายและมาตรการทางกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ทันสมัย และไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่มีบทบัญญัติทั้งทางตรงและทางอ้อมในการควบคุมการกระจายฝุ่นแร่ใยหินสู่สิ่งแวดล้อม และในปัจจุบันมีสารทดแทนที่ปลอดภัยกว่าที่สามารถนำมาใช้ในการผลิตแทนแร่ใยหิน

ห่วงใย ว่าหากไม่มีมาตรการที่มุ่งไปสู่การเลิกใช้แร่ใยหินในประเทศ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ตระหนัก ว่าการทำให้สังคมไทยปลอดภัยจากแร่ใยหินควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการทั้งทางด้านการรณรงค์สร้างความรู้ ความตระหนัก ส่งเสริมและสนับสนุนการผลิตและการใช้ผลิตภัณฑ์ปลอดแร่ใยหิน การเฝ้าระวัง ติดตามกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการพัฒนาให้มีกฎหมายที่เข้มงวดและนำไปใช้อย่างจริงจัง เพื่อมุ่งไปสู่การเลิกใช้แร่ใยหินอย่างถาวร

ชื่นชม การทำงานของเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ร่วมผลักดันให้มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหินเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เห็นว่า ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินมีหน้าที่สำคัญในการผลักดัน “มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” ได้แก่ ภาคการศึกษา องค์กรที่ดูแลและบังคับใช้กฎหมาย องค์กรที่ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพ ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม สื่อมวลชน ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองยุทธศาสตร์ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” ตามภาคผนวก^๒ ท้ายมตินี้

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอยุทธศาสตร์ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามยุทธศาสตร์ และพิจารณาเร่งรัดการดำเนินการดังนี้

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๕

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓. มติ ๑. ผผนวก ๑

๒.๑ ให้กระทรวงอุตสาหกรรม ดำเนินการ

๒.๑.๑ ควบคุมแร่ใยหินที่เป็นวัตถุพิษ (โครโซไทล์) ให้เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ อย่างเร่งด่วน ภายในปี ๒๕๕๔ ซึ่งจะห้ามมิให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครอง

๒.๑.๒ กำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมสำหรับสินค้าที่ใช้สารทดแทนแร่ใยหิน

๒.๒ ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการดำเนินการและประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบัน การศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น เพื่อดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน”

๒.๓ ให้กระทรวงมหาดไทย เป็นแกนกลางร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนามาตรการเพื่อ ควบคุมการรื้อถอน ซ่อมแซม ต่อเติมอาคารหรือวัสดุที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ และการกำหนดมาตรการการ ทิ้งขยะแร่ใยหิน โดยเฉพาะในกิจการก่อสร้างและการบริการติดตั้ง

๒.๔ ให้กระทรวงพาณิชย์ ดำเนินการห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ

๒.๕ ให้สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

๒.๕.๑ ตรวจสอบและประกาศรายชื่อผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบให้สังคมรับรู้ และ ดำเนินการห้ามขายผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ

๒.๕.๒ พิจารณาออกกฎ ระเบียบ หรือกฎหมาย ที่ควบคุมสินค้าที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ โดยเฉพาะสินค้าที่มีความเสี่ยงสูง

๒.๖ ให้กระทรวงการคลัง พิจารณาเพิ่มอัตราภาษีการนำเข้าแร่ใยหิน และลดอัตราภาษีการนำเข้าของ สารที่นำมาใช้ทดแทนที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขพิเศษที่จะไม่กระทบต่อการจัดเก็บภาษี ของสารอื่นที่อยู่ในรหัสเดียวกัน

๒.๗ ให้สำนักนายกรัฐมนตรี ปรับเพิ่มเกณฑ์ในระเบียบเดิม เรื่องการก่อสร้างอาคารของส่วนราชการ โดยกำหนดไม่ให้ใช้วัสดุที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบในการก่อสร้าง ต่อเติม หรือซ่อมแซมอาคารใหม่อย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในข้อ ๒.๑.๒ - ๒.๗ ปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จภายใน ๒ ปี (ภายในปี ๒๕๕๕)

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ และครั้งที่ ๕

ยุทธศาสตร์ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน”

เป้าหมาย

ภายในปี ๒๕๕๕ ประเทศไทยสามารถยกเลิกการนำเข้า ผลิต และจำหน่ายแร่ใยหินและผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบทุกชนิด เพื่อลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพของแรงงาน ผู้บริโภค และสาธารณชน

ยุทธศาสตร์

การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหินประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๔ ด้าน รายละเอียดดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ด้านการยกเลิกการใช้และป้องกันอันตรายโดยมาตรการทางกฎหมาย
๒. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสนับสนุนการใช้สารทดแทนที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อควบคุม ลด และเลิกใช้แร่ใยหิน
๓. ยุทธศาสตร์การเผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้กับสาธารณชนทราบ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการวิจัยโรค

๑. ยุทธศาสตร์ด้านการยกเลิกการใช้และป้องกันอันตรายโดยมาตรการทางกฎหมาย

ให้คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมจัดตั้งคณะอนุกรรมการ “พัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน” โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการประสานงาน ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ในการพัฒนามาตรการบังคับใช้ที่มุ่งไปสู่การยกเลิกการใช้แร่ใยหินทุกประเภท โดยมีกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการพัฒนาข้อกฎหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑.๑ การยกเลิกและควบคุมการใช้แร่ใยหิน

๑.๑.๑ ประกาศให้แร่ใยหินชนิดโครโซไทล์เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ ซึ่งจะห้ามมิให้มีการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครอง

๑.๑.๒ กำหนดให้มีกฎหมาย หรือกฎ ระเบียบ ที่ควบคุมสินค้าที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบเป็นการเฉพาะ โดยเฉพาะสินค้าที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เครื่องเป่าลม เครื่องอบลม ฯลฯ โดยจัดให้มีการทบทวนความเหมาะสมในการอนุญาตให้มีการผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก และการตรวจสอบ รวมทั้งสินค้าที่อาจมีการปนเปื้อนแร่ใยหินจากวัตถุดิบบางประเภท อาทิเช่น เครื่องสำอางที่มี Talcum เป็นวัตถุดิบในการผลิต เป็นต้น

๑.๑.๓ ปรับปรุงกฎหมายที่มีอยู่ให้มีการควบคุมการส่งออกและการนำเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งสินค้าแร่ใยหินและสินค้าที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ

๑.๑.๔ พิจารณายกเลิกการใช้แร่ใยหินและให้มีการใช้สารทดแทนโดยกำหนดเป็นเงื่อนไขพิเศษ ที่จะไม่กระทบต่อการจัดเก็บภาษีของสารอื่น ๆ ที่อยู่ในรหัสเดียวกัน

๑.๑.๕ ส่งเสริมให้มีการกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมสำหรับสินค้าที่ใช้สารทดแทน แร่ใยหิน

๑.๒ การป้องกันอันตรายจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

๑.๒.๑ พัฒนามาตรการเพื่อควบคุมการรื้อถอน ซ่อมแซม ต่อเติมอาคารหรือวัสดุที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งควรเป็นกฎหมายเฉพาะ รวมถึงการกำหนดให้มีการจัดทำเป็นประกาศให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมโยธาธิการและผังเมือง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงอุตสาหกรรม รับผิดชอบดำเนินการในเรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับนำไปใช้ประโยชน์ในการกำกับกับการดำเนินงาน

๑.๒.๒ พัฒนาระบบการอนุญาตทำงานและระบบควบคุมการขึ้นทะเบียนผู้ทำหน้าที่ในกิจกรรม ตาม ๑.๒.๑ รวมทั้งระบบการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติ

๑.๒.๓ กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานให้สูงขึ้น รวมทั้งกำหนดค่ามาตรฐานฝุ่น แร่ใยหินในสิ่งแวดล้อมทั่วไป

๑.๓ กำหนดมาตรฐานการทิ้งขยะแร่ใยหิน คุณลักษณะของสถานที่ควบคุม ระบบการควบคุมการดำเนินงาน โดยเฉพาะในกิจการก่อสร้าง การบริการติดตั้ง รวมทั้งพัฒนามาตรการให้สอดคล้องกับอนุสัญญาที่เกี่ยวข้องในการควบคุมแร่ใยหิน

๑.๔ การชดเชยความเสียหายและสวัสดิการ

๑.๔.๑ กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรการในการพิจารณาชดเชยความเสียหายและให้สวัสดิการแก่ ผู้ได้รับผลกระทบจากแร่ใยหิน

๑.๔.๒ จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากแร่ใยหิน

๒. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสนับสนุนการใช้สารทดแทนที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการ เพื่อควบคุม ลด และเลิกการใช้แร่ใยหิน

๒.๑ ให้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในเรื่องการจัดซื้อวัสดุก่อสร้างและการจัดจ้างงานก่อสร้างอาคาร ของรัฐหรือองค์กรในกำกับของรัฐที่มีการกำหนดไม่ให้ใช้วัสดุที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบในการก่อสร้าง ต่อเติม หรือซ่อมแซมอาคารใหม่

๒.๒ ให้กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงแรงงาน และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค นำ มาตรการยกย่องชมเชยมาใช้เพื่อสนับสนุนสถานประกอบการที่ให้ความร่วมมือในการใช้สารทดแทนเพื่อเป็น ขวัญและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

๒.๓ ให้สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการ ดังนี้

๒.๓.๑ สนับสนุนและค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วย ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ผลิตภัณฑ์ทางเลือก ต้นทุนการผลิต เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ผลิต ผู้บริโภค และสาธารณสุขชนทั่วไป รวมถึงมีการพัฒนาภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ชุมชนทดแทนผลิตภัณฑ์ภาคอุตสาหกรรมตามหลักการพึ่งตนเอง เพื่อให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้สารทดแทนที่มีประสิทธิภาพทัดเทียมแร่ใยหิน และเผยแพร่องค์ความรู้สู่สาธารณะ

๒.๓.๒ เผยแพร่องค์ความรู้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สู่ภาคเอกชนเพื่อให้ผู้ประกอบการได้ใช้ประโยชน์ โดยไม่ต้องเสียเวลาและเงินทุนไปในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ตนเอง

๒.๔ สร้างความร่วมมือกับอุตสาหกรรมชั้นนำในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ผลิตปูนซีเมนต์และกระเบื้อง ผู้ผลิตเบรกและคลัตช์ ผู้ผลิตเครื่องเป่าลม และบริษัทรับเหมาก่อสร้าง เป็นต้น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทดแทนแร่ใยหิน พร้อมทั้งเข้าร่วมเป็นภาคีความร่วมมือในการหามาตรการลดการใช้แร่ใยหิน

๓. ยุทธศาสตร์การเผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้กับสาธารณสุขทราบ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันการศึกษา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานดังนี้

๓.๑ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์^๑ เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลเรื่องแร่ใยหิน รวมถึงปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณสุขชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี

๓.๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเวทีสาธารณะเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง จากทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้เสีย

๓.๓ จัดทำแผนเฝ้าระวังปัญหาและติดตามการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมทุกจังหวัดเพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานและประเมินผล โดยนำเสนอผลสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง

๓.๔ ร่วมกับสื่อมวลชนและภาคประชาสังคมในการให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้บริโภคถึงประกาศและข้อมูลสินค้าที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน ตลอดจนอันตรายที่เกิดจากแร่ใยหิน ผ่านทางสื่อต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล โดยผ่านผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน รวมถึงหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่

๓.๕ ให้กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขบูรณาการเนื้อหาการเรียนการสอนกับหลักสูตรแกนกลางและหลักสูตรท้องถิ่นประเด็นอันตรายจากการใช้แร่ใยหิน

๓.๖ ให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนการเผยแพร่เพื่อประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

^๑ หมายถึง สื่อที่บันทึกสารสนเทศด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ต้องใช้คอมพิวเตอร์บันทึกและอ่านข้อมูล

๔. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการวินิจฉัยโรค

ให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ สถาบันการศึกษา ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมกันดำเนินงานดังนี้

๔.๑ พัฒนาให้มีหน่วยตรวจประเมินความเสี่ยงทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ครอบคลุมในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ โดยให้เป็นไปตามหลักวิชาการที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ตลอดจนเข้มงวดกวดขันการบังคับใช้กฎหมาย มุ่งเน้นให้มีมาตรการความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมกับการควบคุมป้องกันโรคที่เกี่ยวข้อง

๔.๒ กำหนดหลักเกณฑ์และสนับสนุนการวิจัยพัฒนา การตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ วิธีมาตรฐานด้านการวินิจฉัยและชันสูตร มาตรฐานการอ่านฟิล์ม วางระบบการขึ้นทะเบียนผู้เชี่ยวชาญและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีบทบาทด้านการควบคุมคุณภาพและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตามในเรื่องดังกล่าวข้างต้น

๔.๓ มีการเชื่อมโยงและเข้าถึงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การเฝ้าระวังความเสี่ยงจากอันตรายของแร่ใยหินมีประสิทธิภาพ มีการจัดทำทะเบียนแร่ใยหิน/ผลิตภัณฑ์/สินค้าที่มีองค์ประกอบแร่ใยหิน แหล่งที่ตั้งหรือที่กักเก็บและทะเบียนผู้สัมผัสแร่ใยหินที่มีระยะเวลาเพียงพอกับระยะฟักตัวของโรค ข้อมูลเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน มีการวางระบบเชื่อมโยงข้อมูลด้านการประเมินการสัมผัส ร่วมกับข้อมูลความเจ็บป่วย และพัฒนาระบบการติดตามผู้สัมผัสอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการทำงาน ทั้งนี้ให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในแรงงานนอกระบบรวมทั้งประชาชนทั่วไป เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนแร่ใยหิน

๔.๔ พัฒนาความร่วมมือในการติดตามตรวจสอบสินค้าในประเทศเพื่อให้ได้ฐานข้อมูลเชื่อมโยงกับการติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มผู้สัมผัส

มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. แร่ใยหิน (Asbestos) เป็นชื่อทั่วไปที่ใช้เรียกเส้นใยแร่ซิลิเกต ซึ่งเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มแอมไฟโบล แบ่งย่อยออกเป็น ๕ ชนิด ได้แก่ ครอซิโดไลท์, อะโมไซท์, ทริโมไลท์, แอนโทรไฟลไลท์, และ แอคทิโนไลท์ (ในปัจจุบันได้ยกเลิกการใช้ไปแล้วทั้งสิ้น) และ กลุ่มเซอร์เพนไทน์ มีเพียงชนิดเดียวคือ โครโซไทล์ (ในปัจจุบันยังอนุญาตให้ใช้ได้) มีคุณสมบัติพิเศษ คือ มีความเหนียว ทนต่อแรงดึงได้สูง ทนความร้อนได้ดี และทนทานต่อการกัด ด่าง และสารเคมีหลายชนิด ด้วยคุณสมบัติเหล่านี้ แร่ใยหินจึงถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการผลิตวัสดุและผลิตภัณฑ์หลายประเภท กว่าร้อยละ ๙๐ ของแร่ใยหินที่นำเข้า จะใช้เพื่อการผลิตสินค้าประเภทซีเมนต์ใยหินเช่น กระเบื้องทนไฟ กระเบื้องมุงหลังคา ท่อซีเมนต์ และประมาณร้อยละ ๗ ใช้เพื่อการผลิตสินค้าประเภทเบรค คลัทช์ ที่เหลืออีกร้อยละ๓ใช้ในการผลิตสินค้าอื่น ๆ เช่นฉนวนกันความร้อน กระเบื้องยางปูพื้น ภาชนะพลาสติก เสื้อผ้าทนไฟ กระดาษลูกฟูก สายฉนวนเตารีด เป็นต้น ข้อมูลจากการศึกษาในต่างประเทศ คาดประมาณการว่าผลิตภัณฑ์ที่มีใยหินเป็นส่วนประกอบมีมากกว่า ๓,๐๐๐ รายการ^๑

๒. โรคที่เกี่ยวข้องจากการสัมผัสใยหินที่สำคัญ ได้แก่ โรคแอสเบสโตสิส มะเร็งปอด มะเร็งเยื่อหุ้มปอด และเยื่อช่องท้อง และภาวะเยื่อหุ้มปอดหนา เป็นต้น ระยะพักตัวของการก่อโรคใช้เวลายาวนาน ตั้งแต่ ๓๐-๔๐ ปี ประชากรกลุ่มเสี่ยงแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มที่ ๑ คือผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้แร่ใยหิน ซึ่งมีกฎหมายควบคุมการใช้อยู่บ้างแล้ว กลุ่มที่ ๒ คือผู้ที่นำแร่ใยหินไปใช้ประโยชน์ กลุ่มนี้ยังไม่มียกกฎหมายควบคุมอันตรายส่วนใหญ่เป็นเรื่องฝุ่นที่เกิดขึ้นจากการติดตั้งเพื่อใช้งาน หรือมีการเสื่อมสภาพเมื่อใช้งานไปแล้ว เช่นการตัดกระเบื้อง/ท่อน้ำ การเปลี่ยนเบรค คลัทช์ ที่เสื่อมสภาพ การใช้สินค้าที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน หรือไม่มีข้อห้ามใช้ในสินค้าบางประเภทที่เสี่ยงต่อการฟุ้งกระจายของฝุ่น เช่น เครื่องเป่าผมที่ใช้แร่ใยหินเป็นฉนวน เป็นต้น

๓. เป็นที่ยอมรับกันในแวดวงวิชาการในองค์การสากลทั่วไปว่า แร่ใยหินทุกชนิดเป็นสารก่อมะเร็งดังนั้น องค์การต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลกหรือองค์กรแรงงานระหว่างประเทศจึงได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการปัญหาเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน ประมาณการว่า มีประชากร ๑๒๕ ล้านคนทั่วโลกที่ได้สัมผัสใยหินจากการทำงาน ในจำนวนนี้กว่า ๑ แสนคนที่เสียชีวิตในแต่ละปีด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับสัมผัสใยหิน และ ๑ ใน ๓ ของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจากการทำงานมีสาเหตุมาจากแร่ใยหิน มาตรการการกำจัดโรคที่เกิดจากแร่ใยหินได้ปรากฏในมติขององค์กรแรงงานระหว่างประเทศและสมัชชาองค์การอนามัยโลกหลายครั้ง เช่น ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๕๘ มติที่ ๕๘.๒๒ (WHA Resolution 58.22) ว่าด้วยเรื่องการป้องกันและควบคุมมะเร็ง และ ครั้งที่ ๖๐ (WHA Resolution 60.26^๒) ซึ่งได้มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกเลิกใช้แร่ใยหินทุกชนิดเพื่อควบคุมและกำจัดโรคที่เกิดจากแร่ใยหินให้หมดไป ปัจจุบันมีประเทศที่ห้ามใช้แร่ใยหินแล้วจำนวน ๕๗ ประเทศ^๓และกำลังมีเพิ่มขึ้นอีกหลายประเทศ

๔. ประเทศไทยไม่มีเหมืองแร่ใยหินภายในประเทศ แต่มีการนำเข้าแร่ใยหินมานานกว่า ๗๐ ปี จากระยะพักตัวของโรคที่ยาวนาน จึงคาดการณ์ได้ว่าอัตราการเกิดโรคนับจากนี้ไปจะปรากฏชัดเจนขึ้น จากข้อมูลปี ๒๕๓๙ ประเทศไทยจัดเป็นประเทศอันดับ ๒ ของโลก^๔ ที่มีอัตราการบริโภคแร่ใยหินมากที่สุด คิดเป็น ๓ กิโลกรัม/คน/ปี รองจากประเทศรัสเซีย อัตราการบริโภคขึ้นลงตามภาวะเศรษฐกิจ ปัจจุบันมีผู้ผลิตรายใหญ่รายหนึ่งได้เลิกใช้แร่ใยหินในการผลิตแล้ว แต่อัตราการบริโภคก็ไม่ได้ลดลงไปอย่างมีนัยสำคัญ คาดว่าน่าจะเกิดจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ จึงทำให้ผู้ผลิตบางรายช่วงชิงโอกาสทองจากการที่แร่ใยหินมีราคาตกต่ำรีบผลิตสินค้าเสียก่อนที่จะมีข้อห้ามใช้ ดังนั้นหากยังไม่มีการที่เป็นรูปธรรมในการจัดการปัญหา ก็คาดว่าจะมีผู้ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพอย่างมากภายในอนาคตอันใกล้

๕. จากการเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสสัมผัสใยหินของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานในปี ๒๕๕๒^๕ ในกิจการผลิตผ้าเบรค กระเบื้องหรือท่อซีเมนต์และผลิตกาวจำนวน ๒๖ แห่ง พบว่าปริมาณฝุ่นแร่ใยหินฟุ้งกระจายอยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานเกินกว่ามาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนดโดยสมาคมนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมภาคีรัฐของสหรัฐอเมริกา เกือบร้อยละ ๘๐ นอกจากนั้นลูกจ้างที่ทำงานในบางกิจการ เช่น ผ้าเบรคมากกว่าร้อยละ ๗๐ ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของแร่ใยหิน ไม่มีมาตรการป้องกันด้านสุขอนามัย เช่น ไม่มีชุดทำงานเฉพาะ ไม่มีกำหนดให้ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำชำระร่างกายก่อนกลับบ้าน ไม่ได้จัดให้มีการสวมใส่อุปกรณ์ปกป้องระบบทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพ ไม่กำหนดข้อห้ามสูบบุหรี่หรือดื่มน้ำในพื้นที่ทำงานที่อาจมีฝุ่นแร่ใยหินฟุ้งกระจาย ไม่มีคู่มือมาตรฐานการทำงานที่ปลอดภัย ทั้งที่กิจการดังกล่าวมีกิจกรรมที่อาจทำให้ฝุ่นแร่ใยหินฟุ้งกระจายในสิ่งแวดล้อมการทำงานค่อนข้างสูง และจากการตรวจประเมินภาวะสุขภาพลูกจ้าง ก็ยังพบผู้มีผลสมรรถภาพปอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอยู่สูงที่สุดถึงร้อยละ ๔๐

๖. จากรายงานการเฝ้าระวังและค้นหาโรคปอดจากแร่ใยหินของกรมควบคุมโรคในปี ๒๕๕๑ ในกิจการประเภทเดียวกัน ๑๔ แห่ง ก็พบผู้มีความผิดปกติที่มีอาการเข้าได้กับโรคจำนวน ๓๙ ราย ผู้มีความผิดปกติจากการทำ High-Resolution CT Scan จำนวน ๒๐ ราย ในปัจจุบันประเทศไทยเพิ่งพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งเยื่อหุ้มปอดจากเหตุอาชีพเพียง ๑ ราย แอสเบสโตสิส ๓ ราย มีอาการเข้าได้กับแอสเบสโตสิส ๗ ราย เยื่อหุ้มปอดหนา ๓๗ ราย เหตุที่สถิติของอัตราการเกิดโรคมีย่น้อยอยู่นั้นมีสาเหตุหลักจากการขาดระบบการบันทึกประวัติการทำงาน ประวัติการสัมผัส ที่ต้องเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลสุขภาพ จึงทำให้ไม่มีการหาความเชื่อมโยงของ ความเจ็บป่วยซึ่งส่งผลโดยตรงต่อระบบการวินิจฉัยโรค รวมทั้งยังขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคและการชันสูตรโรค จึงมีความจำเป็นที่ต้องรีบสร้างและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพต่อไปด้วย ส่วนฐานข้อมูลความเสี่ยงภัยต่อสุขภาพในกลุ่มผู้นำสินค้าที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินไปใช้ ยังไม่มีหลักฐานจากรายงานการศึกษาในประเทศไทย แต่มีรายงานการศึกษาในต่างประเทศและการฟ้องคดีเรียกร้องความเสียหายอย่างมากมายจากการใช้สินค้าที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ

๗. ปัจจุบันเทคโนโลยีการผลิตสารทดแทนแร่ใยหินมีการพัฒนาไปมาก และมีการผลิตสารทดแทนแร่ใยหินที่ปลอดภัยกว่าและมีประสิทธิภาพทัดเทียมกันมาใช้หลายชนิด โดยสารทดแทนแต่ละชนิดจะเหมาะสมกับชนิดผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกัน ตัวอย่างสารทดแทนได้แก่ Fiber glass, Rock wool, Slag wool, Ceramic fibers เป็นต้น ในประเทศไทยมีการนำ Polyvinylalcohol fiber (PVA) มาใช้เป็นสารทดแทนในอุตสาหกรรมกระเบื้องแผ่นเรียบ แผ่นลอน ท่อน้ำ และใช้ Polyacrylonitrile fiber, Aramid fiber, Metal fiber, Rock wool fiber, Potassium titanate หรือ Vermiculite เป็นสารทดแทนในอุตสาหกรรมผลิตเบรคและคลัทช์

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๘. ในระดับสากลมี “มาตรการห้ามและจัดการใช้แร่ใยหินรวมถึงการขจัดโรคที่เกิดจากแร่ใยหิน” โดยเป็นมติจากการประชุมใหญ่ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ สมัยที่ ๙๕ ปี ๒๕๔๙ ให้ประเทศสมาชิกห้ามและจัดการใช้แร่ใยหินทุกรูปแบบ และจากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกก็ได้มีมติรับรองยุทธศาสตร์ในการขจัดโรคจากแร่ใยหิน พ.ศ. ๒๕๕๐ (WHA resolution 60.26) โดยกระตุ้นให้ประเทศสมาชิคนำยุทธศาสตร์นี้ไปปรับใช้

๙. ในส่วนของประเทศไทยได้มีการจัดประชุมนานาชาติเรื่องแร่ใยหิน ครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยมีประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิก แอฟริกา ยุโรป และ อเมริกาเหนือ จำนวน ๒๖ ประเทศ เข้าร่วมและมีการจัดทำปฏิญญากรุงเทพเพื่อการยกเลิกการใช้แร่ใยหินและขจัดโรคจากแร่ใยหิน ซึ่งมีมติสำคัญคือ ๑) ห้ามใช้แร่ใยหินทุกชนิด ๒) คุ้มครองแรงงานและสาธารณชน ๓) สนับสนุนให้ใช้สารทดแทน ๔) แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ๕) ป้องกันการเปลี่ยนถ่ายผลิตภัณฑ์แร่ใยหินไปประเทศที่กำลังพัฒนา ๖) กำหนดความรับผิดชอบทางสังคมในกลุ่มธุรกิจ ๗) เผื่อระวังโรคจากแร่ใยหิน และ ๘) พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ ซึ่งต่อมา คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม^๖ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการที่มาจากจากทุกภาคส่วน โดยมี สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เป็นเลขานุการ เพื่อจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์การควบคุมและห้ามใช้แร่ใยหินและการกำจัดโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๕ ซึ่งปัจจุบันค่อนข้างล่าสมัย สำหรับร่างแผนยุทธศาสตร์ “การทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน” เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นใหม่เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์และมุ่งไปสู่การยกเลิกการใช้แร่ใยหินทุกชนิดอย่างถาวร

๑๐. กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมการใช้แร่ใยหินที่เข้มงวดในประเทศไทยยังไม่มี ส่วนใหญ่จะประยุกต์ข้อกำหนดเกี่ยวกับการใช้สารเคมีทั่วไปหรือสารอันตรายมาบังคับใช้แทน ทำให้ขาดการควบคุมที่เข้มงวดและขาดการควบคุมในทุกเส้นทางของการกระจายสู่สิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีข้อบัญญัติแต่เพียงบางประการตามแต่ละเจตนารมณ์ของกฎหมายของแต่ละฉบับ ยังมีช่องว่างของการควบคุมอีกมากมายที่ยังขาดการประสานกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคุ้มครองสาธารณชนที่ได้รับผลกระทบโดยที่ตนมิได้เป็นผู้ก่อเหตุ อีกทั้งยังไม่มีทางเลือกที่จะปกป้องสิทธิของการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด หรือใช้สินค้าที่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น ยังขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมในด้านการซ่อมแซม ต่อเติมหรือถอนอาคารที่มีการใช้แร่ใยหิน การขาดระบบจัดการในการกำจัดซากหรือขยะแร่ใยหิน การขาดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่มุ่งเน้นด้านความปลอดภัยในการใช้งานโดยปกติ การขาดการควบคุมกิจการที่นำผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบไปใช้ เช่นการติดตั้งฉนวน เป็นต้น นอกจากนี้ข้อกำหนดที่มีอยู่ก็ล่าสมัยไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิชาการ รวมทั้งขาดแนวปฏิบัติที่ดีในการทำงานที่เกี่ยวข้อง

๑๐.๑ พระราชบัญญัติ วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้อำนาจคณะกรรมการวัตถุอันตราย ประกาศรายชื่อสารเคมีและกำหนดระดับความเข้มงวดในการควบคุม แร่ใยหินถูกจัดเป็นวัตถุอันตราย ในปัจจุบันมีเพียงชนิด โครโซไทล์ ที่จัดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ ที่ต้องได้รับอนุญาตจาก กรมโรงงานอุตสาหกรรมก่อนจึงประกอบกิจการได้ อีก ๕ ชนิดที่เหลือได้มีการห้ามใช้ไปแล้ว (ประกาศเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔) ดังนั้นอำนาจในการห้ามใช้จึงเป็นอำนาจของกระทรวงอุตสาหกรรม นอกจากนั้นยังกำหนดให้ต้องมีผู้รับผิดชอบควบคุมความปลอดภัยในการเก็บรักษาวัตถุอันตรายในโรงงานเป็นการเฉพาะ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการทิ้งขยะแร่ใยหินโดยที่การควบคุมครอบคลุมทั้งที่เป็นวัตถุดิบและซากของผลิตภัณฑ์จากกระบวนการผลิต โดยต้องทำการขอเลขประจำตัว จำนวน ๑๓ หลักเพื่อใช้ในระบบเอกสารกำกับ การขนส่ง จัดทำบัญชีระบุปริมาณ จำนวนภาชนะ ตลอดจนการวิเคราะห์

ตรวจสอบ รวมถึงวิธีการบริหารจัดการของเสียอันตราย บรรจุของเสียอันตรายในภาชนะที่มีสภาพมั่นคงแข็งแรง ไม่ทำปฏิกิริยากับของเสียอันตรายที่บรรจุ จัดทำแผนมาตรการป้องกันกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุฉุกเฉิน และจัดทำเอกสารกำกับ การขนส่งของเสียอันตรายเมื่อจะทำการขนส่งของเสียอันตราย

๑๐.๒ พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. ๒๕๓๕ กำหนดหน้าที่ของผู้ได้รับอนุญาต (ผู้ประกอบการ) ในการควบคุมการใช้ภายในโรงงาน ซึ่งเป็นข้อกำหนดทั่วไปเช่นเดียวกับการควบคุมสารเคมี มีการกำหนดเงื่อนไขในการต่อใบอนุญาต โดยโรงงานที่ใช้แร่ใยหินต้องควบคุมมิให้ปริมาณฝุ่นแร่ใยหินในบรรยากาศเกินกว่า ๒ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร รวมทั้งกำหนดมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยในการดำเนินงาน ซึ่งโรงงานที่เกี่ยวข้องกับวัตถุอันตรายต้องจัดทำรายงานการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากอันตรายที่อาจเกิดจากการประกอบกิจการโรงงาน ครอบคลุมในเรื่องการขี้งอันตราย การประเมินความเสี่ยง แผนบริหารจัดการความเสี่ยง

๑๐.๓ พระราชบัญญัติ คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ กำหนดการควบคุมการใช้แร่ใยหินโดยใช้ข้อกำหนดเช่นเดียวกับการควบคุมสารเคมีทั่วไป นอกจากนั้นยังได้กำหนดค่ามาตรฐานความปลอดภัยที่อนุญาตให้ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมการทำงานได้ ไว้ตั้งแต่ปี ๒๕๒๐ โดยกำหนดให้ไม่เกิน ๕ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งถือว่าล้าสมัยเกินไป ปัจจุบัน สมาคมนักวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรมภาคีรัฐของสหรัฐอเมริกา กำหนดไว้ ๐.๑ เส้นใยต่ออากาศ ๑ ลูกบาศก์เซนติเมตร แร่ใยหินจัดอยู่ในบัญชีรายชื่อสารเคมีที่กำหนดให้ลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวข้องต้องได้รับการตรวจสุขภาพ นอกจากนี้ยังกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพลูกจ้างและส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน กำหนดให้ผู้ตรวจคือแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งที่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านอาชีวเวชศาสตร์ เมื่อตรวจแล้วให้ลงบันทึกในสมุดสุขภาพด้วย

๑๐.๔ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้กำหนดการควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยควบคุมกิจการที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินไว้อยู่ ๓ กลุ่มประเภทกิจการดังนี้ ๑) การอัดผ้าเบรค ผ้าคลัทซ์ ๒) การผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบหรือส่วนผสม และ ๓) การก่อสร้าง กฎเกณฑ์ที่ใช้เป็นกฎกระทรวงว่าด้วยเรื่องทั่วไป ข้อกำหนดส่วนใหญ่ให้เป็นไปตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน นอกจากนั้นยังอาจกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรการ วิธีการในการควบคุมการประกอบกิจการไว้เป็นการเฉพาะได้ด้วย ซึ่งโดยบทบาทหลักจะมีการกำหนดมาตรฐานในการคุ้มครองสุขภาพคนงาน โดยใช้มาตรการในการจัดบริการอาชีวอนามัย และการเฝ้าระวังด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการเติมเต็มบทบาทในเรื่องการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมการทำงานของกระทรวงแรงงาน

๑๐.๕ พระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. ๒๕๑๑ ได้มีการกำหนดมาตรฐานการผลิตของผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม ปัจจุบันแร่ใยหินยังคงได้รับอนุญาตให้ใช้ในการผลิตสินค้าอยู่หลายรายการ โดยไม่ได้กำหนดให้เป็นมาตรฐานบังคับ หมายความว่าผู้ผลิตอาจไม่ปฏิบัติก็ได้หากไม่ประสงค์ขอประกันคุณภาพสินค้า

๑๐.๖ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ ได้กำหนดให้คณะกรรมการว่าด้วยฉลาก มีอำนาจออกประกาศให้สินค้าที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการใช้หรือโดยสภาพของสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก ปัจจุบันมีประกาศคณะกรรมการว่าด้วยเรื่องฉลาก ได้ออกประกาศให้มีการควบคุมสินค้าที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบเฉพาะในผลิตภัณฑ์ เบรค คลัทซ์ กระเบื้องมุงหลังคา กระเบื้องยางไม้ฝา ท่อน้ำ การควบคุมให้ทำการติดฉลากและคำเตือน โดยระบุข้อความว่า “อาจก่อให้เกิดมะเร็งและโรคปอด” รวมทั้งขอแนะนำในการใช้ไว้ด้วยตามประกาศคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ ๒๗ พ.ศ. ๒๕๕๒ และฉบับที่ ๒๙ พ.ศ. ๒๕๕๓ อย่างไรก็ตามมาตรการดังกล่าวเป็นเพียงมาตรการเสริมที่จะทำให้ผู้บริโภครับรู้ข้อมูลความเป็น

อันตรายเพื่อหาทางป้องกันหรือใช้เป็นทางเลือกในการพิจารณาเลือกใช้สินค้า ซึ่งความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายจำเป็นต้องมีกระบวนการเผยแพร่สู่สาธารณชนอย่างกว้างขวางต่อไป

ข้อจำกัดการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา

๑๑. ข้อจำกัดในด้านกฎหมาย พบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินในประเทศไทย พบปัญหาไม่ทันสมัย ไม่เท่าทันสถานการณ์ และไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่มีบทบัญญัติทั้งทางตรงและทางอ้อมในการควบคุมการกระจายฝุ่นแร่ใยหินสู่สิ่งแวดล้อม

๑๑.๑ การรื้อถอน ซ่อมแซม ต่อเติมอาคารเก่าที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์แร่ใยหิน รวมถึง การใช้ผลิตภัณฑ์แร่ใยหินในอาคารก่อสร้างใหม่ ยังไม่มีบทบัญญัติเฉพาะในการควบคุม หรือ ห้ามใช้ นอกจากนี้ ยังไม่มีข้อกำหนดว่า การทำกิจกรรมดังกล่าว ต้องขออนุญาตทำงานกับหน่วยงานใด อย่างไร เป็นต้น

๑๑.๒ กฎกระทรวงเรื่องความปลอดภัยในงานก่อสร้างยังไม่ครอบคลุมเรื่องแร่ใยหิน รวมทั้งไม่มีระบบควบคุมการขึ้นทะเบียนผู้ทำหน้าที่ในกิจกรรมดังกล่าว

๑๑.๓ ค่ามาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานของกระทรวงแรงงานยังล้าสมัย นอกจากนี้ ประเทศไทยยังไม่มีกำหนดค่ามาตรฐานของฝุ่นแร่ใยหินในสิ่งแวดล้อมทั่วไป

๑๑.๔ ขาดกฎหมายที่ควบคุมการใช้สินค้าที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหิน โดยเฉพาะสินค้าที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เครื่องเป่าผม รวมทั้งยังขาดการกำหนดมาตรฐานการตรวจสอบสินค้าที่มีอาจมีแร่ใยหินปนเปื้อนตามธรรมชาติได้ เช่น สินค้าประเภทเครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของ Talcum

๑๑.๕ ขาดมาตรฐานสินค้าปลอดใยหิน รวมทั้งการพัฒนาให้เป็นมาตรฐานบังคับ

๑๑.๖ กฎหมายควบคุมการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า ล้าสมัย ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

๑๑.๗ กฎหมายที่กำหนดอัตราภาษีอากร ยังรวมแร่ใยหินและสารเคมีหลายรายการไว้ด้วยกัน ทำให้การแก้ไขทำได้เพราะกระทบกับสารเคมีชนิดอื่น ๆ ด้วย การที่กำหนดให้วัตถุดิบใดที่ภายในประเทศไม่สามารถผลิตได้เองและต้องนำเข้าไม่สามารถจัดเก็บภาษีได้นั้น ต้องได้รับการแก้ไขเสียใหม่ภายใต้เงื่อนไขพิเศษเพราะแร่ใยหินเป็นสารก่อมะเร็งและหลายประเทศเลิกใช้แล้ว รวมทั้งข้อจำกัดมาตรการทางการค้า เช่น เขตการค้าเสรี ต้องได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

๑๒. ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการ พบว่า

๑๒.๑ เครื่องมือในการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมการทำงานที่รัฐมีอยู่ ยังมีไม่เพียงพอ ไม่กระจายครอบคลุมในพื้นที่ต่าง ๆ ที่มีปัญหา ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจประเมินมีน้อย และ บางส่วนยังไม่ได้รับการอบรม

๑๒.๒ ปัจจุบัน ยังไม่มีการกำหนดคุณลักษณะของสถานที่ที่รับกำจัดแร่ใยหินเป็นการเฉพาะ

๑๒.๓ ขาดการติดตามตรวจสอบว่าสินค้าในประเทศไทย มีประเภทใดบ้างที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ และได้มีการขึ้นทะเบียนกับกรมโรงงานอุตสาหกรรมไว้หรือไม่ สินค้าใดควรได้รับการทบทวนให้ยกเลิกการใช้ได้แล้ว เป็นต้น

๑๒.๔ ต้องใช้เงินลงทุนสูงในการควบคุมมลพิษที่มีประสิทธิภาพ

๑๒.๕ ไม่มีระบบการบันทึกข้อมูลประวัติการทำงาน ประวัติการรับสัมผัส ประวัติภาวะสุขภาพ

๑๒.๖ ไม่มีระบบการควบคุมคุณภาพการบริการตรวจสอบสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

๑๓. ข้อจำกัดด้านการเฝ้าระวังโรค พบระบบติดตามเฝ้าระวังโรคในกลุ่มลูกจ้างยังขาดประสิทธิภาพ รวมทั้ง ยังขาดระบบเฝ้าระวังในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ประกอบติดตั้งผลิตภัณฑ์แร่ใยหิน ผู้ใช้สินค้า เป็นต้น การบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้มีตรวจติดตามทางด้านสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังใช้ฟิล์มไม่ได้มาตรฐาน ทั้งขนาดและคุณสมบัติของฟิล์ม ไม่มีผู้เชี่ยวชาญในการอ่านฟิล์ม นอกจากนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจวินิจฉัย และชันสูตรโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินยังมีไม่เพียงพอ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๕

เอกสารอ้างอิง

- ๑ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่อาจจะมีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบ อยู่ในภาคผนวก เอกสารวิชาการ
- ๒ The WHO Global Plan of Action on Workers' Health 2008-2017 (Resolution WHA 60.26)
- ๓ รายชื่อประเทศที่ห้ามการใช้หรือมีข้อจำกัดการใช้ที่เข้มงวดเกี่ยวกับแร่ใยหินแสดงในภาคผนวก เอกสารวิชาการ
- ๔ Tossavainen, A. (2003). National mesothelioma incidence and the past use of asbestos A. Monaldi Archives for Chest Disease, 59, 146-149.
- ๕ รายงานผลการศึกษา “สถานการณ์การใช้แร่ใยหิน สภาวะสุขภาพ และสภาพแวดล้อมการทำงานในสถานประกอบการที่มีการใช้แร่ใยหิน” ภายใต้โครงการเฝ้าระวังโรคปอดจากการทำงานในสถานประกอบการที่มีการใช้แร่ใยหิน ปี ๒๕๕๑ สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน
- ๖ องค์ประกอบ บทบาทและอำนาจหน้าที่ของ “คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม” แสดงในภาคผนวก เอกสารวิชาการ
- ๗ รายชื่อสินค้าที่ได้มาตรฐานการผลิตของผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) แสดงในภาคผนวก เอกสารวิชาการ

อันตรายและผลกระทบจากการใช้แร่ใยหิน

แร่ใยหินคืออะไร

แร่ใยหิน หรือ แอสเบสตอส (Asbestos) หมายถึงกลุ่มของเส้นใยแร่ซิลิเกตที่เกิดตามธรรมชาติ เป็นมีลักษณะเป็นเส้นใย แข็งแรง ยืดหยุ่น และทนความร้อนได้ดี ดังนั้นจึงนิยมนำมาใช้ในผลิตภัณฑ์ที่ต้องการความทนทาน ทนความร้อน และทนการเสียดทาน แร่ใยหินแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มแอมฟีโบล แบ่งย่อยออกเป็น ๕ ชนิด ได้แก่ ครอซิโดไลท์ (Crocidolite), อะโมไซต์ (Amosite), ทรีโมไลท์ (Tremolite), แอนโทฟิลไลท์ (Anthophyllite), และ แอคทิโนไลท์ (Actinolite) และ กลุ่มเซอร์เพนไทน์ มีเพียงชนิดเดียวคือ ไครโซไทล์ (Chrysotile) อุตสาหกรรมที่มีการใช้แร่ใยหินเป็นวัตถุดิบ ได้แก่ อุตสาหกรรมการผลิต ดังนี้

- ผลิตภัณฑ์ซีเมนต์ เช่น กระเบื้องหลังคา กระเบื้องทนความร้อน ท่อส่งน้ำ ท่อระบายน้ำ
- ผลิตภัณฑ์พลาสติก เช่น กระเบื้องปูพื้นไวโรล พลาสติกทนแรงกระแทก กล่องพลาสติกบรรจุแบตเตอรี่
- กระจกแร่ใยหิน และผลิตภัณฑ์เส้นใยอัดแน่น เช่น กระจกฉนวนกันความร้อน แผ่นกรองในอุตสาหกรรมยาและเครื่องดื่ม
- ผ้าเบรค คลัทช์
- สิ่งทอที่ทำด้วยแร่ใยหิน เช่น ชุดป้องกันไฟ ม่านทนไฟ ถุงมือกันความร้อน สายเตารีด
- ฉนวนกันความร้อน เช่น ฉนวนที่ใช้หุ้มท่อของหม้อไอน้ำ หุ้มคานเหล็กในอาคารสูง เพื่อป้องกันการขยายตัวของเหล็กในกรณีเกิดเพลิงไหม้ ฉนวนในเครื่องเป่าผม/เครื่องอบผม เครื่องปรับอากาศ เตารีด ตู้ไฟ เตารีด เตอบขนมปัง กระจกน้ำร้อน ประตูกันไฟ เตารีด เตารีด ตู้เย็น เป็นต้น
- ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น สารยึดในยางมะตอย วัตถุดิบในการทำหินเจียรและประเก็น กาวและ sealant ต่าง ๆ ที่ใช้กันรั่วซึม

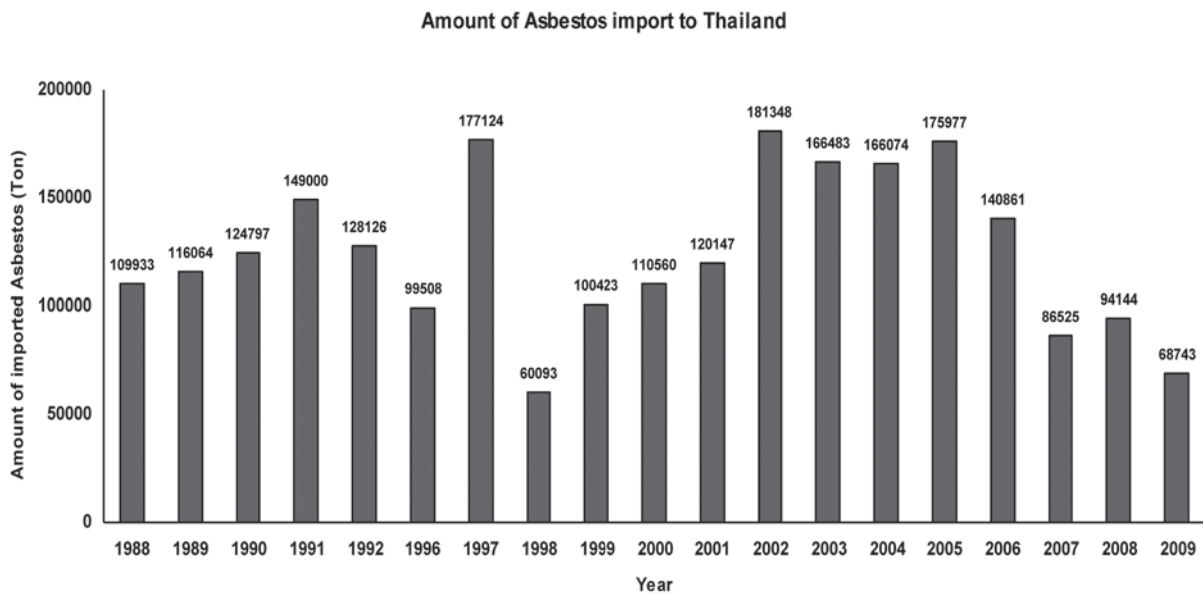
หากแยกเป็นสัดส่วนของการใช้แร่ใยหิน พบว่าประมาณร้อยละ ๙๐ ของแร่ใยหินที่นำเข้า จะใช้เพื่อการผลิตสินค้าประเภทซีเมนต์ใยหินเช่น กระจกทนไฟ กระจกหลังคา ท่อซีเมนต์ และประมาณร้อยละ ๗ ใช้เพื่อการผลิตสินค้าประเภทเบรค คลัทช์ ที่เหลืออีกร้อยละ ๓ ใช้ในการผลิตสินค้าอื่น ๆ เช่น ฉนวนกันความร้อน กระจกปูพื้น ภาชนะพลาสติก เสื้อผ้าทนไฟ กระจกฉนวนกันความร้อน สายฉนวนเตารีด เป็นต้น

ปริมาณการใช้แร่ใยหินในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการนำเข้าแร่ใยหินตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ เนื่องจากไม่มีเหมืองแร่ใยหินในประเทศ จากสถิติการนำเข้าของกรมศุลกากร พบปริมาณการนำเข้าแร่ใยหินของประเทศไทยค่อนข้างคงที่ประมาณแสนกว่าตัน มาตลอด แต่ปริมาณลดลงอย่างมากในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนคงที่ประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ ตัน/ปี และปริมาณการบริโภคเริ่มลดลงอีกในปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๑ เนื่องจาก

บริษัทใหญ่แห่งหนึ่งยกเลิกการใช้แร่ใยหินไปแล้ว ประเทศไทยมีปริมาณการนำเข้าแร่ใยหินเป็นอันดับ ๕ ของโลก (รัสเซีย จีน บราซิล อินเดีย และไทย) หรือ ถ้าคิดเป็นอัตราการบริโภคเฉลี่ย ๓ กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ประเทศไทยจะเป็นอันดับ ๒ รองจากรัสเซีย (๓.๔ กิโลกรัม/คน/ปี)

ปัจจุบัน ตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ได้มีการอนุญาตให้มีการนำเข้าแร่ใยหินประเภท โครโซไทล์ ซึ่งจัดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ เข้ามาในประเทศไทยได้เท่านั้น ส่วนชนิดอื่น ๆ อีก ๕ ชนิด ถูกจัดเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ และได้ยกเลิกการใช้ไปแล้ว โดยการอนุญาตให้นำเข้าวัตถุอันตรายชนิดที่ ๓ มาใช้ประโยชน์ในลักษณะที่ต้องควบคุมการใช้อย่างเข้มงวดนี้ มีความหมายครอบคลุมตลอดทั้งเรื่องการผลิต การนำเข้า การส่งออก หรือการมีไว้ในครอบครอง ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตจากกรมโรงงานอุตสาหกรรมก่อน



ที่มา: กรมศุลกากร, สถิติการนำเข้าแร่ใยหิน ปี ค.ศ. ๑๙๘๘ (พ.ศ. ๒๕๓๑)-ค.ศ. ๒๐๐๙ (พ.ศ. ๒๕๕๒)

ผลกระทบต่อผู้ใช้แรงงาน ประชาชนและผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มที่ ๑ คือ ผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้แร่ใยหิน เช่น คนงานที่ทำงานผลิตกระเบื้องมุงหลังคา ท่อซีเมนต์ วัสดุที่ผสมฉนวนกันความร้อน การผลิตผ้าเบรค/ผ้าคลัช เป็นต้น กลุ่มนี้มีกฎหมายควบคุมการใช้อยู่บ้างแล้ว กลุ่มที่ ๒ คือผู้ที่นำแร่ใยหินไปใช้ประโยชน์ เช่น ช่างเปลี่ยนและอัดเบรค/คลัทช์ ช่างรีดถอนอาคาร/สิ่งก่อสร้าง หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ที่มีฉนวนกันความร้อน ช่างก่อสร้าง ช่างซ่อมเครื่องใช้ไฟฟ้า กลุ่มนี้ยังไม่มีกฎหมายควบคุม อันตรายส่วนใหญ่เป็นเรื่องฝุ่นแร่ใยหินที่เกิดขึ้นจากการติดตั้งเพื่อใช้งาน หรือมีการเสื่อมสภาพเมื่อใช้งานไปแล้ว เช่นการตัดกระเบื้อง/ท่อน้ำ การเปลี่ยนเบรค คลัทช์ ที่เสื่อมสภาพ ฝุ่นจากการรีดถอนอาคารที่ใช้วัสดุแร่ใยหิน การใช้สินค้าที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน หรือการใช้สินค้าบางประเภทที่เสี่ยงต่อการฟุ้งกระจายของฝุ่น เช่น เครื่องเป่าผมที่ใช้แร่ใยหินเป็นฉนวน เป็นต้น

ส่วนใหญ่ฝุ่น/เส้นใยแร่ใยหินเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ ส่วนน้อยสามารถเข้าสู่ทางเดินอาหารได้จากการกลืนเศษหะที่มีเส้นใยแร่ใยหินปนเปื้อนอยู่ เมื่อแร่ใยหินเข้าสู่ปอด เส้นใยจะสะสมและฝังอยู่ในเนื้อเยื่อปอด หลังจากนั้นเซลล์ทำลายสิ่งแปลกปลอมชื่อ Macrophage จะเข้าโอบล้อมและหลั่งเอ็นไซม์เพื่อจะย่อยทำลาย

เส้นใยแร่ใยหิน แต่เนื่องเส้นใยมีความทนทานต่อกรด/สารเคมีทำให้เส้นใยคงอยู่ถาวรในร่างกาย ดังนั้นเอ็นไซม์จาก macrophage จะกลับมาทำลายเซลล์ macrophage เองและเซลล์เนื้อเยื่อปอดส่วนที่ดีด้วย ขบวนการโอบล้อมและทำลายเซลล์ของ macrophage และกลไกการซ่อมแซมเซลล์ของปอดจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งส่งผลให้เนื้อเยื่อปอดเกิดการอักเสบ เกิดเป็นพังผืดและพัฒนาจนเกิดเป็นเซลล์มะเร็งได้ พัฒนาการของการเกิดโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ใช้เวลา ๑๕-๓๕ ปี

การที่อนุภาคของแร่ใยหินสามารถฟุ้งกระจายสู่ปอด ทำให้เกิดโรคร้ายแรงต่างๆที่เกี่ยวกับปอด เช่น (๑) โรคปอดอักเสบจากแอสเบสตอส หรือ แอสเบสโตซิส (Asbestosis) ทำให้เกิดความผิดปกติต่อเยื่อพังผืดของปอด นำไปสู่ความผิดปกติของปอดในที่สุด (๒) โรคมะเร็งปอด (Lung Cancer) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงอย่างมากถ้าผู้สัมผัสสูบบุหรี่ร่วมด้วย (๓) โรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด มะเร็งเยื่อหุ้มช่องท้อง หรือ เมโสเทลิโอมา (Mesothelioma) ซึ่งเป็นโรคที่มีสาเหตุจากแร่ใยหินอย่างเจาะจง

จากการที่เป็นที่ยอมรับกันในแวดวงวิชาการในองค์การสากลทั่วไปว่า แร่ใยหินทุกชนิดเป็นสารก่อมะเร็งในคน ดังนั้น ๕๗ ประเทศทั่วโลกได้ยกเลิกการใช้แร่ใยหินทุกชนิดแล้ว เช่น อังกฤษ สหภาพยุโรป ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อาร์เจนตินา ชิลี อียิปต์ คูเวต ซาอุดีอาระเบีย แอฟริกาใต้ เกาหลี สิงคโปร์ และมาเลเซีย เป็นต้น นอกจากนี้มีบางประเทศที่อนุญาตให้มีการใช้แร่ใยหินอยู่บางรายการแต่มีการจำกัดการใช้อย่างเข้มงวด เช่น สหรัฐอเมริกา และ แคนาดา จากการที่หลายประเทศยกเลิกการใช้แร่ใยหิน ทำให้ตลาดส่งออกหลักของแร่ใยหิน (โดยเฉพาะโครโซไทล์) ย้ายมาสู่ประเทศกำลังพัฒนาในเอเชียและยุโรปตะวันออก ดังจะเห็นว่า ๗๐% ของปริมาณโครโซไทล์โลกถูกนำเข้าโดยประเทศในเอเชียและยุโรปตะวันออกในปี พ.ศ.๒๕๕๐

อันตรายจากแร่ใยหิน

ในประเทศไทย เริ่มพบผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มปอด เมโสเทลิโอมา (Mesothelioma) บ้างแล้ว แต่เท่าที่มีรายงานมาที่กระทรวงสาธารณสุขมีเพียง ๑ รายที่พบว่าประวัติการสัมผัสในอดีตชัดเจน คือ มีประวัติการทำงานในแผนกหินสาลีของโรงงานผลิตกระเบื้องมุงหลังคามมาเป็นเวลา ๒๔ ปี แต่ตรวจพบโรคและเสียชีวิตเมื่ออายุ ๗๕ ปี การที่ระยะฟักตัวของโรคมะเร็งเยื่อหุ้มปอด เมโสเทลิโอมา มีระยะเวลานาน ทำให้ผู้มีประวัติได้รับสัมผัสบางรายอาจเสียชีวิตด้วยโรค/สาเหตุอื่นไปก่อนแล้ว

อย่างไรก็ตาม ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. ๒๐๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๓) สำนักข่าวบีบีซี ประเทศอังกฤษ ได้รายงานเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหินในประเทศอังกฤษว่า นักเรียนกำลังตกอยู่ในอันตรายจากแร่ใยหิน เนื่องจากมีการประมาณการว่าโรงเรียนในอังกฤษกว่าร้อยละ ๗๕ ใช้วัสดุที่มีแร่ใยหินในการก่อสร้างอาคารเรียน นอกจากนี้พบว่า ครู ๑๗๘ คน เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน สำหรับประเทศไทย จากปริมาณการนำเข้ากว่าแสนตันต่อปีมาเป็นเวลากว่า ๓๐ ปี ทำให้มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มปอด ประมาณ ๑,๒๙๕ รายต่อปีในอนาคตอันใกล้

ดังนั้น จะเห็นว่าปัญหาแร่ใยหินมิใช่เป็นเพียงปัญหาสุขภาพของคณาจารย์ในสถานประกอบการเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาของสังคมและประชาชนทั่วไปด้วย เนื่องจากผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบมีปะปนอยู่ในโครงสร้างอาคารทั่วไป รวมทั้งสินค้าอุปโภคที่ใช้ในครัวเรือน การเสื่อมสภาพจากการใช้งาน การซ่อมบำรุง การรื้อถอนทำลาย การทิ้งซากต่าง ๆ ล้วนเป็นสาเหตุการฟุ้งกระจายของแร่ใยหินสู่ชุมชนทั่วไปด้วย

ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ^๑

ตระหนัก ว่าวิถีชีวิตในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนสู่ความทันสมัยทำให้แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเห็นได้จากสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มะเร็ง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นภาระโรคที่สำคัญของคนไทย รวมทั้งการใช้สารเสพติด ภาวะโภชนาการเกิน การขาดการออกกำลังกาย การเข้าสู่สังคมสูงอายุ รวมทั้งการบาดเจ็บจากความรุนแรงในกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่าง ๆ ล้วนทำให้คนไทยมีโอกาสเกิดความพิการและมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น

ตระหนัก ว่าการดูแลคนพิการเป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชนซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากลและระดับประเทศ ในขณะที่ทัศนคติทางสังคมของคนไทยยังเห็นว่าความพิการเป็นภาระ หรือไม่ตระหนักว่าคนพิการยังมีศักยภาพ สิทธิ และศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับคนทั่วไป

รับทราบ ว่าคนพิการในสังคมไทยมีจำนวนมากขึ้น และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชนบท

มีความกังวล เนื่องจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนของคนพิการยังไม่ถูกผลักดันสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมที่ครบถ้วนสมบูรณ์

มีความกังวล ว่ายังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการระหว่างความพิการประเภทต่าง ๆ ระหว่างคนพิการที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ระหว่างคนพิการที่มีเศรษฐฐานะต่างกัน และระหว่างคนพิการที่มีสิทธิประกันสุขภาพแตกต่างกัน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ ตระหนักถึงความสำคัญของความแตกต่างเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายค่าบริการในการดูแลสุขภาพคนพิการของหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่ทำให้คนพิการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยให้จัดทำข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบการคลังเพื่อการดูแลสุขภาพคนพิการให้มีความเสมอภาค โดยมีแนวคิดและการบริหารจัดการที่สอดคล้องกัน ซึ่งมีข้อเสนอเบื้องต้นดังนี้

๑.๑ ร่วมกันพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ บริการ รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ให้เป็นระบบที่มีมาตรฐานเดียวกัน และให้มีการพิจารณาทบทวน ปรับปรุง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อให้ครอบคลุมบริการสุขภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับคนพิการแต่ละประเภทอย่างเพียงพอและครอบคลุม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๓

๑.๒ ออกหรือปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ ที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการสนับสนุนให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรด้านคนพิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าเป็นหน่วยร่วมจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ

๑.๓ พัฒนาให้เกิดการจัดตั้งกองทุนดูแลคนพิการในระดับพื้นที่ เช่น ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล โดยขอให้มีตัวแทนคนพิการมีส่วนร่วมอย่างมีคุณภาพ เสมอภาค และเป็นธรรม

๒. ขอให้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พิจารณามอบหมายให้คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด และคณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกรุงเทพมหานคร ดำเนินการดังนี้

๒.๑ บูรณาการประเด็นการพัฒนาสุขภาพคนพิการเข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด โดยให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติที่ใช้อยู่ในขณะนั้น ให้บรรจุในแผนพัฒนายุทธศาสตร์ระดับจังหวัด โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพจากทุกภาคส่วน โดยมีหลักการสำคัญดังนี้

๒.๑.๑ มุ่งเน้นความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการตามกฎหมายด้านบริการสุขภาพของคนพิการ ทั้งระหว่างประเภทความพิการ พื้นที่อยู่อาศัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสิทธิประกันสุขภาพ ด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น สนับสนุนค่าใช้จ่ายหรือพาหนะในการเดินทาง ปรับปรุงอาคารและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ ให้คนพิการทุกประเภทเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริง จัดบริการผู้ดูแล/ผู้ช่วยคนพิการ อาสาสมัครพาเข้ารับบริการ ล่ามภาษามือ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ รวมทั้งการมีช่องทางด่วนสำหรับการเข้ารับบริการ จัดหน่วยบริการเชิงรุกลงพื้นที่ เป็นต้น

๒.๑.๒ มุ่งตอบสนองปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพเฉพาะที่ได้มาตรฐานและครอบคลุมตามแต่ละประเภทความพิการ โดยจัดให้มีบริการที่เพียงพอในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งการตรวจในส่วนที่เกี่ยวกับความพิการและการตรวจสุขภาพทั่วไป การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่จำเป็นและเหมาะสม รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตามแต่กรณี

๒.๑.๓ เชื่อมต่อฐานข้อมูลคนพิการระหว่างหน่วยงานหลัก โดยมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นหน่วยประสานงานหลัก

๒.๑.๔ เชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ พิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนและดำเนินการพัฒนาสุขภาพคนพิการระดับจังหวัด อย่างเป็นระบบ ตามแผนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด

๒.๓ สนับสนุนให้กลไกวิชาการและเครือข่ายองค์กรด้านคนพิการศึกษาสาเหตุความพิการและร่วมกันกำกับติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายและนโยบายของรัฐบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับสิทธิคนพิการของหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การบริการและความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

๓. ขอให้สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันการศึกษา ดำเนินการพัฒนาศักยภาพการวิจัยเพื่อสร้างความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้มากขึ้น

๔. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในทุกสังกัด เร่งผลิตและกระจายกำลังคนให้เหมาะสม

๕. ขอให้กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พิจารณากำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวง ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๕ ปี

๖. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการเพื่อทำหน้าที่ เชื่อมประสานหน่วยงานและองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยสุขภาพคนพิการ ขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ สู่การปฏิบัติของฝ่ายต่าง ๆ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้อง

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ครั้งที่ ๗ และครั้งที่ ๙

ความเป็นธรรม^๑ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ^๒ ของคนพิการ^๓

ความเป็นมาและสถานการณ์

๑. องค์การอนามัยโลก ระบุว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรโลกเป็นคนพิการ^๔ และร้อยละ ๘๐ ของคนเหล่านี้ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและเป็นคนยากจนที่สุดในหมู่คนยากจน^๕ ซึ่งสาเหตุความพิการสำคัญมาจากการบาดเจ็บจากภัยสงคราม ความรุนแรง ภัยพิบัติทางธรรมชาติ อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจาก HIV/AIDS และโรคเรื้อรัง พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม

๒. ประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของคนพิการและคนที่มีภาวะพึ่งพา เนื่องจากวิถีชีวิตในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไปสู่ความทันสมัย ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนไป ดังเห็นได้จากสถิติการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มะเร็ง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโรคซึมเศร้า ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นภาระโรคที่สำคัญของคนไทย รวมทั้งการใช้สารเสพติด ภาวะโภชนาการเกิน การขาดการออกกำลังกาย ความไม่ปลอดภัยด้านอาหารและยา การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งการบาดเจ็บจากความรุนแรงในกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ต่าง ๆ ล้วนทำให้คนมีโอกาสเกิดความพิการและมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น^{๖, ๗, ๘, ๙, ๑๐}

๓. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ พบว่า ประเทศไทยมีคนพิการร้อยละ ๑.๗ ของประชากร และเพิ่มเป็นร้อยละ ๒.๙ (๑.๙ ล้านคน) ในปี ๒๕๕๐ ซึ่งร้อยละ ๒ มีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญาอย่างชัดเจน ร้อยละ ๐.๖ มีความยากลำบากในการช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวัน บางคนมีความพิการมากกว่าหนึ่งอย่าง ส่งผลให้มีคนพิการรุนแรงมากประมาณกว่า ๒.๔ แสนคน

๔. ผลการสำรวจเดียวกัน พบว่า ร้อยละ ๓.๔ ของประชากรนอกเขตเทศบาลเป็นคนพิการ ส่วนในเขตเทศบาล มีร้อยละ ๑.๖ ที่เป็นคนพิการ ทั้งนี้ภาคเหนือมีสัดส่วนคนพิการมากที่สุด (ร้อยละ ๔.๔) รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ (ร้อยละ ๓.๕, ๒.๒ และ ๑.๗ ตามลำดับ)

๕. ผลจากการสำรวจเดียวกันยังพบว่า คนพิการที่อยู่ในวัยเรียน (๕-๓๐ ปี) ร้อยละ ๘๑.๗ ไม่ได้กำลังเรียนหรือไม่เคยเรียนหนังสือ และร้อยละ ๖๔.๘ ของผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (๑๕ ปีขึ้นไป) เป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงาน

๖. ได้มีการประกาศวันคนพิการสากลแห่งสหประชาชาติ ตั้งแต่ ๓ ธันวาคม ๒๕๒๔ และตามมาด้วยแผนปฏิบัติการโลกเพื่อสร้างโอกาสที่เท่าเทียมในการมีส่วนร่วมในสังคมของคนพิการ รวมทั้งมีมติสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยกฎมาตรฐาน ๒๒ ข้อ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายแผนดังกล่าวเมื่อวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๓๗^{๑๑} ในมติดังกล่าว ระบุถึงเงื่อนไขสำคัญที่ต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีโอกาстиที่เท่าเทียมกันได้จริง คือ การสร้างความตระหนักในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิของคนพิการ การมีบริการทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและการบริการทางสังคม รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จริงในสังคม

๗. สากลให้การยอมรับถึง การมีโอกาสดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียมกับคนทั่วไปของคนพิการ และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ว่าเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งนำมาสู่การประกาศ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๐ นับเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนพิการอย่างเป็นทางการ กำหนดแนวคิดหลักในการทำงานของภาครัฐต่อคนพิการ โดยเปลี่ยนจากหลักเมตตาธรรมและการสงเคราะห์ เป็นหลักสิทธิเสรีภาพและการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีและให้สัตยาบัน เมื่อ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๑ และอนุสัญญามีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๑

๘. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กล่าวถึงการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเสมอภาคของบุคคล รวมถึงการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความพิการ (ม.๓๐) ได้ระบุสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก และความช่วยเหลือจากรัฐ (ม.๕๔) การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการแก่คนพิการ (ม.๘๐) และ การให้รัฐต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยเป็นภาคี (ม.๘๒)

๙. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ระบุว่า คนพิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องและมีอุปสรรคด้านต่าง ๆ โดยแบ่งประเภทความพิการออกเป็น ๖ ประเภท ได้แก่ ๑) ความพิการทางการเห็น ๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ๕) ความพิการทางสติปัญญา และ ๖) ความพิการทางการเรียนรู้ นั่นคือความพิการมีหลายประเภทและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

๑๐. พระราชบัญญัติดังกล่าว ได้ระบุสิทธิขั้นพื้นฐานของคนพิการที่เป็นรูปธรรม ในมาตรา ๒๐ (๑) ระบุสิทธิด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ที่มีรายละเอียด ๒๖ รายการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข “การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ” ซึ่งประกาศเมื่อ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒

๑๑. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคมด้วยเช่นกัน จึงมีสาระที่ครอบคลุมการพัฒนาระบบที่จะตอบสนองความจำเป็นอันเกิดจากการมีความพิการด้วย

๑๒. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และพระราชบัญญัติประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๔ มีหลักการที่ครอบคลุมเรื่องความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ชัดเจนระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติ รูปธรรมสิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิ ยังมีความแตกต่างเหลื่อมล้ำกัน เช่น สิทธิในอัตราค่าบริการเครื่องช่วยฟังที่ต่างกันเท่าตัว ค่าบริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่กองทุนหนึ่งให้วงเงินเพียง ๒,๐๐๐ บาท/เดือน ในขณะที่อีกกองทุนหนึ่งให้สถานพยาบาลเบิกได้ตามรายการที่ให้บริการจริง และกลไกการจ่ายที่กองทุนหนึ่งให้คนพิการต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกคืนภายหลัง ทำให้คนพิการเข้าไม่ถึงบริการจำเป็นบางอย่างที่มีราคาแพง

๑๓. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๒๓ ของข้าราชการ มีแนวคิดและหลักการอยู่บนพื้นฐานการรักษาพยาบาล ดังนั้นสิทธิค่าบริการทางการแพทย์ ค่าอวัยวะเทียมและค่าอุปกรณ์ต่าง ๆ จึงเป็นไปเพื่อการบำบัดรักษา ทั้งนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาโรค

๑๔. จะเห็นได้ว่า ในด้านการประกันสุขภาพ ระบบการเบิกจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐทั้งสามระบบ ไม่เป็นเอกภาพและไม่เอื้อต่อการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

๑๕. กลไกการทำงานเพื่อบูรณาการส่วนต่าง ๆ ในระดับชาติที่มีในปัจจุบัน ได้แก่คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ^{๑๖} ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในการจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ การปรับปรุงนโยบาย โครงสร้าง และระบบบริหารจัดการ รวมทั้งการรณรงค์ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างให้มีความยั่งยืนระยะยาวที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ บริบทสังคมและระบบบริการสาธารณสุข

ข้อเท็จจริงปัญหาและช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

๑๖. นับถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๓ เป็นเวลาถึง ๑๕ ปีจากที่รัฐเริ่มดำเนินการจดทะเบียนคนพิการ มีคนพิการที่จดทะเบียนเพื่อรับสิทธิตามกฎหมายแล้ว จำนวน ๙๐๖,๖๙๔ คน^{๑๗} และในจำนวนนี้เป็นคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง ๖๙๕,๔๗๐ คนเท่านั้น (ณ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๓)

๑๗. คนพิการตามกฎหมายในปัจจุบัน เป็นคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ร้อยละ ๕๓ พิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย ร้อยละ ๑๕ พิการทางการมองเห็น ร้อยละ ๑๑ พิการทางสติปัญญา ร้อยละ ๑๔ และพิการทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ ๗ ซึ่งกว่าเจ็ดหมื่นคนเป็นคนที่มีความพิการมากกว่าหนึ่งประเภท ทั้งนี้ความพิการที่แตกต่างกัน เป็นเหตุให้ปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพไม่เหมือนกัน และเมื่อพิจารณาร่วมกับเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ศาสนา และถิ่นที่อยู่อาศัย ก็ยิ่งสะท้อนความจำเป็นที่หลากหลายยิ่งขึ้น

๑๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๗ ซึ่งต่อมาได้ตั้งเป็นกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ ได้รับจัดสรรประมาณ ๕ บาทต่อประชากรที่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มเป็น ๘ บาทในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ซึ่งเป็นเงินประมาณ ๓๘๐ ล้านบาท แต่จากรายงานผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๒ พบว่ามีคนพิการมารับบริการเพียง ๕๔,๘๔๐ คน^{๑๘} คิดเป็นไม่ถึงร้อยละ ๑๐ ของคนพิการที่ลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการพบมีจำนวนผู้รับบริการเพียง ๙,๔๒๑ คน ซึ่งเป็นส่วนอธิบายภาพรวมการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของคนพิการ แม้ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพแล้ว

๑๙. จากรายงานเดียวกัน ยังพบว่า มีการมารับบริการ ๓๘๒,๔๐๙ ครั้ง ในจำนวนนี้เป็นบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกายและการเคลื่อนไหว ประมาณร้อยละ ๗๐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และการเยี่ยมบ้านอย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายประมาณร้อยละ ๔ ฟื้นฟูคนพิการทางการมองเห็นร้อยละ ๐.๔ และฟื้นฟูทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ ๒๕ ในขณะที่บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ให้บริการทั้งหมดในรายงานนี้ เป็นอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหวทั้งสิ้น ได้แก่ ขาเทียม รถนั่งคนพิการ และไม่ค้ำยัน สะท้อนว่าบริการที่ไม่เพียงพอ นั้น ยังถูกจัดการอย่างไม่เป็นธรรมในการที่จะตอบสนองต่อความจำเป็น ที่แตกต่างกันตามประเภทและลักษณะความพิการด้วย

๒๐. ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หนึ่งในองค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนพิการ ปัจจุบันยังมีไม่เพียงพอและไม่พร้อมรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประชากรที่พิการ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษา “สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทย” ของ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ^{๑๕} ที่พบว่า บริการฟื้นฟูฯ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๒.๘ ของบริการผู้ป่วยนอก และเป็นร้อยละ ๕ ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมด โดยมีเตียงสำหรับบริการฟื้นฟูฯ เพียง ๒๘๗ เตียงที่อยู่ใน ๑๔ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงเรียนแพทย์เท่านั้น อีกทั้งยังพบว่ามีบุคลากรที่จำเป็น เช่น นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด เพียง ๓.๓ และ ๐.๗ คนต่อโรงพยาบาล(รวมโรงพยาบาลชุมชน) ตามลำดับ ในขณะที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและช่างกายอุปกรณ์มีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดขึ้นไป ในอัตรา ๐.๘ และ ๑.๓ คนต่อโรงพยาบาลตามลำดับ และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเกือบทั้งหมดเป็นไปเพื่อดูแลความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเท่านั้น ทั้งนี้ทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาล ที่เป็นกำลังหลักของระบบสุขภาพโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ ยังคงขาดการเพิ่มเติมความรู้และทักษะในการให้บริการคนพิการ นั่นคือ การขาดแคลนกำลังคนก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ จำเป็นต้องมีการวางแผนพัฒนาและลงทุนอย่างเป็นระบบ

๒๑. ผลการศึกษาของอรทัย เขียวเจริญ และคณะ ให้ภาพสถานการณ์การขาดแคลน ความไม่เพียงพอ และความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพ ในการที่จะตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของคนพิการประเภทต่าง ๆ ซึ่งไม่ต่างกับผลการศึกษาของสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ^{๑๖} ที่รายงานไว้เมื่อ ๑๒ ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ประเทศไทยเคยตั้งเป้าหมายว่าจะจัดตั้งหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน ๑๗ แห่ง ตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ แต่จนปัจจุบันยังไม่มีความก้าวหน้า อีกทั้งการบริหารจัดการกลไกการจ่ายค่าบริการสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน ยังเพิ่มข้อจำกัดในการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมากยิ่งขึ้น จากการใช้ระบบการจัดกลุ่มโรคร่วม (Diagnostic Related Group : DRG)^{๑๗, ๑๘} ซึ่งย้ำให้เห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขขาดการวางแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลสุขภาพคนพิการ ตลอดจนไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

๒๒. การพัฒนาระบบสุขภาพที่ล่าช้าดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่เป็นธรรมต่อประชาชน โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีสมาชิกเป็นคนพิการในแง่ที่ต้องให้การดูแลที่บ้าน ดังหลักฐานจากผลการศึกษาของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ^{๑๙} ที่พบว่าผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลเพียง ๕.๒ วัน ซึ่งร้อยละ ๗๒ มีความพิการอัมพาตครึ่งซีก แต่มีโอกาสดำเนินการกายภาพบำบัดเพียงร้อยละ ๕๕ ร้อยละ ๓๐ มีปัญหาในการกลืน แต่ได้รับการฝึกกลืนก่อนกลับบ้าน เพียงร้อยละ ๗ และร้อยละ ๕๕ มีปัญหาการพูด-สื่อสาร แต่ไม่มีโอกาสได้รับการบริการฝึกพูด เมื่อกลับบ้านแล้วมีโอกาสได้รับการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องเพียงร้อยละ ๖๔ ทั้งนี้มากกว่าครึ่งเป็นการทำโดยญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาทร ธีวไพบุลย์ และคณะ^{๒๐} ที่ชี้ว่าครอบครัวต้องแบกรับต้นทุนค่าใช้จ่ายการดูแลคนพิการที่บ้านถึง เฉลี่ยครอบครัวละประมาณ ๔,๖๐๐ บาทต่อเดือน หรือเป็นการใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย ๙๔.๖ ชั่วโมงต่อเดือน

๒๓. ด้านบริการสำหรับผู้พิการทางจิต การศึกษาของวิรัช เกษมทรัพย์และคณะ^{๒๑} พบว่า แม้ว่า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยในโดยไม่จำกัดวันนอนในโรงพยาบาล แต่กองทุนประกันสังคมยังคุ้มครองการรักษาผู้ป่วยในโดยจำกัดไม่เกิน ๑๕ วันในแต่ละครั้ง ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒๔. การพัฒนาสุขภาพของคนพิการ ไม่สามารถบรรลุผลได้โดยการพัฒนาที่ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังต้องร่วมกันพัฒนาให้มีระบบสวัสดิการและบริการทางสังคมที่เหมาะสมในชุมชน ที่คนพิการสามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้จริงด้วย ในปัจจุบันสิทธิและสวัสดิการของรัฐที่มีให้กับคนพิการ ได้แก่ เบี้ยความพิการ ๕๐๐ บาทต่อเดือนสำหรับคนพิการตามกฎหมายทุกคน สิทธิในการกู้ยืมเงินประกอบอาชีพอิสระ รายละไม่เกิน ๔๐,๐๐๐ บาท ที่มีกำหนดส่งคืนภายในระยะเวลาไม่เกิน ๕ ปีโดยไม่เสียดอกเบี้ย และสิทธิในการได้รับเงินสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสครอบครัวไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง

๒๕. สิทธิและสวัสดิการอื่น เช่น บริการผู้ช่วยเหลือกรณีคนพิการรุนแรงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บริการปรับสภาพบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของคนพิการ ตลอดจนบริการล่ามภาษามือสำหรับช่วยการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของคนหูหนวก ได้มีการจัดทำระเบียบและหลักเกณฑ์บ้างแล้ว แต่ยังไม่เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๒๖. จะเห็นได้ว่าปัญหาการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของคนพิการ จำเป็นต้องใช้กลยุทธการทำงานเชิงรุกอย่างมาก และต้องใช้ชุมชนที่อยู่อาศัยจริงของคนพิการเป็นฐาน ตลอดจนต้องมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น ครอบครัว และองค์กรด้านคนพิการ เพื่อพัฒนาระบบจึงจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปสู่ผลลัพธ์ที่คนพิการจะสามารถใช้ชีวิตที่มีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีความหมายได้จริง

โอกาสในการลดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนพิการ

๒๗. ที่ผ่านมากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายกระตุ้นการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของหน่วยบริการ และพัฒนาศักยภาพองค์กรคนพิการ ให้สามารถร่วมจัดบริการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดรูปธรรมความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพคนพิการอย่างบูรณาการที่โรงพยาบาลชุมชน มากกว่า ๒๔ แห่ง เช่น ที่โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลด่านซ้าย และ ภูกระดึง จ.เลย โรงพยาบาลเสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด โรงพยาบาลหัวไทร, ลิขล, และท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช โรงพยาบาลควนขนุน จ.พัทลุง โรงพยาบาลตากลี จ.นครสวรรค์ โรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร โรงพยาบาลขุนตาล จ.ลำปาง โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จ.แพร่ เป็นต้น ทุกพื้นที่ที่ค้นหาและจดทะเบียนคนพิการได้มากขึ้น มีการประเมินปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ บางแห่งมีการพัฒนาหน่วยผลิตกายอุปกรณ์ขาเทียม ที่ให้บริการซ่อมแซมและทำขาเทียมใหม่ ทั้งนี้บริการเป็นไปในรูปแบบเชิงรุก และเป็นเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครสาธารณสุขคนพิการ ครอบครัว ชุมชน วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒๘. มีการริเริ่มรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคนพิการ โดยองค์กรคนพิการเอง เช่น เครือข่ายศูนย์การดำรงชีวิตอิสระคนพิการจำนวน ๑๒ แห่ง และเครือข่ายองค์กรคนตาบอด ซึ่งน่าจะสามารถพัฒนาเป็นหน่วยร่วมจัดบริการที่สามารถรับการสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้

๒๙. อีกด้านหนึ่ง กองทุนสุขภาพตำบล ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพคนพิการในชุมชนที่ชัดเจน จนเกิดกิจกรรมจิตอาสาช่วยเหลือคนพิการ ฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพอื่น ๆ อีกมากมาย

๓๐. ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข จากนโยบายการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ๖๐๐ บาทต่อเดือน และนโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ที่ระบุนโยบายการดูแลสุขภาพคนพิการ มีผลการประเมินหลัง

การนำลงสู่การปฏิบัติหนึ่งปีแรก ที่พบว่าทั้งสองนโยบายส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพคนพิการมากขึ้น โดยเฉพาะคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่สามารถเข้าถึงบริการด้วยสาเหตุต่าง ๆ^{๒๒}

๓๑. อีกกลไกหนึ่งที่สำคัญ คือ คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด ภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งมีในทุกจังหวัด และได้มีการทำแผนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม (แผนสามปี) ครบทุกจังหวัดแล้ว อีกทั้งมีการจัดสรรงบประมาณเบื้องต้นจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในอัตรา ๑ บาทต่อประชากรในจังหวัด ยิ่งขาดเพียงการเชื่อมฐานข้อมูลบริการคนพิการจากหน่วยงานด้านสังคม สาธารณสุข ศึกษา แรงงาน และท้องถิ่น ที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมต่อบริการคนพิการ ขาดการลงทุนร่วมกันเพื่อพัฒนาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งขาดตัวชี้วัดและกลไกการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง^{๒๓}

๓๒. กลไกข้างต้น จะมีพลังในการพัฒนามากยิ่งขึ้น หากมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ที่บัญญัติว่า “เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้ราชการส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ เทศบัญญัติ ข้อกำหนด ระเบียบ หรือประกาศ แล้วแต่กรณีให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้” ได้รับการนำลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น แม้ว่าผลการสุ่มสำรวจจวงค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๗๐ แห่ง^{๒๔} จะพบว่าเพียง ๑๘ แห่ง มีการดำเนินการรวม ๒๖ ฉบับ โดยประเด็นที่ดำเนินการครึ่งหนึ่งเป็นเรื่องเบี้ยยังชีพและกองทุนคนพิการ หนึ่งในสามเป็นเรื่องงบประมาณประจำปี ร้อยละ ๑๑ เป็นเรื่องการจัดบริการคนพิการ เช่น การเดินทาง และร้อยละ ๕ เป็นการดำเนินการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม ทั้งนี้ ๙๐ แห่งใน ๑๗๐ แห่งมีการทำแผนงานด้านคนพิการ จึงสมควรที่จะได้มีกลไกความร่วมมือเพื่อกระตุ้นการใช้ประโยชน์จากมาตรานี้ให้มากขึ้น

๓๓. นอกจากนั้นแนวโน้มทิศทางนโยบาย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด เพื่อขยายกรอบการพัฒนาเชิงระบบที่ใหญ่ขึ้น ดังตัวอย่างความร่วมมือจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพระดั่งจังหวัด ที่จังหวัดหนองบัวลำภู อานาจเจริญ และอุบลราชธานี ทำให้เห็นโอกาสการพัฒนาเชิงระบบ ของการดูแลสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับกลไกและทิศทางการจัดระบบสวัสดิการและบริการทางสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการดังกล่าวข้างต้นอีกด้วย

๓๔. ดังนั้น ข้อเสนอเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ จึงประกอบด้วย การสร้างกลไกการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ กลไกวิชาการและการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็งในระดับชาติ และเชื่อมลงถึงระดับพื้นที่ กลไกความร่วมมือด้านงบประมาณที่เพียงพอกับการลงทุนพัฒนาเชิงระบบ พร้อมรูปธรรมที่สำคัญบางประการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะองค์กรคนพิการทุกประเภท

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๓

เอกสารอ้างอิง

- ๑ ความเป็นธรรม หมายถึง การได้รับบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมตามความจำเป็น โดยไม่มีอุปสรรคทั้งด้านการจัดบริการและงบประมาณ พื้นที่ ประเภทความพิการและระดับความรุนแรง (ความเพียงพอและความเป็นธรรม)
- ๒ บริการสุขภาพ หมายถึง “บริการสาธารณสุข” ที่ระบุในมาตรา ๓ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ทั้งนี้มีนัยยะสอดคล้องกับความหมายของ “ระบบสุขภาพ” และ “สุขภาพ” ตามพรบ.เดียวกัน
- ๓ ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๔ คนพิการ หมายถึงบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องและมีอุปสรรคด้านต่าง ๆ แบ่งประเภทความพิการออกเป็น ๖ ประเภท ได้แก่ ๑. ความพิการทางการเห็น ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก ๕. ความพิการทางสติปัญญา และ ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ นั่นคือ ความพิการมีหลายประเภทและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน
- ๔ 58th World Health Assembly Document A58/17, 17 April 2005
- ๕ Disability, Poverty and Development, Department for International Development (DFID), February 2000.; E. Helander, Prejudice and Dignity; an introduction to community based rehabilitation, UNDP, 1992.; Ann Elwan, Poverty and Disability; a background paper for the World Development Report, World Bank, October 1999.
- ๖ <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> ,
- ๗ คณะทำงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข. การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทยในปี ๒๕๔๒โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๓ เล่มที่ ๒ มีนาคม-เมษายน ๒๕๔๗.
- ๘ มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๙ ศวชต.มนร, รายงานประจำปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑ ผลการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ที่มา: http://dscc.pnu.ac.th/index.php?option=com_content&task=view&id=51&Itemid=41)
- ๑๐ ดารณี สุวพันธ์ และคณะ, รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาอุบัติการณ์ของความพิการและผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถทางบก พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
- ๑๑ UN-General Assembly Resolution on “Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities”, Document [A/RES/48/96]
- ๑๒ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๗ ตอนพิเศษ ๘๙ ง ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓

- ๑๓ ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
- ๑๔ เอกสารรายงานสถานการณ์การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการสัมมนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฯ “กองทุนฟื้นฟูยุคใหม่ ร่วมมือ ร่วมใจ ก้าวไกล สู่อิสระ” วันที่ ๒๙-๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓ ณ โรงแรมแม่น้ำรามาดา กทม.
- ๑๕ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ, สถานการณ์การดำเนินงานและการประเมินผลลัพธ์ของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๔ กรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๒ หน้า ๔๗๕-๔๘๘
- ๑๖ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๐
- ๑๗ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ การจัดกลุ่มโรคร่วมและทางเลือกในการจ่ายเงินสำหรับบริการผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลัน วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๒ มีนาคม-เมษายน ๒๕๕๐
- ๑๘ อรทัย เขียวเจริญ และคณะ การจัดกลุ่มโรคร่วมในกลุ่มอาการกึ่งเฉียบพลันและไม่เฉียบพลันเพื่อกำหนดค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทย J Med Assoc Thai Vol.93 No.7; 2010; p.849-859
- ๑๙ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ รายงานการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๓
- ๒๐ A. Riewpaiboon, et al. Economic valuation of informal care in Asia: A case study of care for disabled stroke survivors in Thailand. Social Science & Medicine 69 (2009) 648-653
- ๒๑ วิชัช เกษมทรัพย์และคณะ. รายงานเรื่องการให้บริการโรคจิตเวชภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒๕๕๓
- ๒๒ เอกสารรายงานการประเมินผล (เบื้องต้น) นโยบายการจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขเดือนละ ๖๐๐ บาท นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๓/๒๕๕๓ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๓ และเอกสารรายงานการประเมินผล (เบื้องต้น)นโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอในการประชุมคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๔/๒๕๕๓ เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๓
- ๒๓ ทิพาภรณ์ โพธิถวิล และคณะ (๒๕๕๓) รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการติดตามประเมินผลแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ (ครึ่งแผน ๒๕๕๐-๒๕๕๒)
- ๒๔ อ้างแล้วใน ๑๘

การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก^๑

รับทราบ มติการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่ให้แต่ละประเทศปรับปรุงหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นกฎหมาย

รับทราบ ถึงข้อมูลที่ยืนยันได้ว่าการทำการตลาดของอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่รุนแรงขึ้น มีความหลากหลายซับซ้อนมากขึ้น และมีข้อมูลยืนยันถึงอุบัติการณ์พฤติกรรมกรรมการทำการตลาดในลักษณะที่ฝ่าฝืนหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวอย่างแพร่หลาย

กังวล ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือน ในประเทศไทยต่ำจนน่ากังวลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ๑๐๙ ประเทศ ประเทศไทยเป็นอันดับที่ ๑๐๕

รับทราบ ว่าผลกระทบของการทำการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กเป็นอุปสรรคต่อการปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ และรัฐบาลไทย

ตระหนัก ว่ากลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการโน้มน้าวให้เกิดการใช้นมผสม รวมทั้งผลกระทบที่ตามมาต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ระบบเศรษฐกิจ และระบบบริการสาธารณสุข

กังวล ว่าหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่มีได้บังคับและไม่มีบทลงโทษหากฝ่าฝืน ยังไม่พอเพียงในการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และยังไม่ครอบคลุมการทำการตลาดในรูปแบบใหม่ ๆ

กังวล ถึงแนวโน้มความรุนแรงจากผลกระทบของการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ลดลง หากไม่มีกลไกใดมาควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กอย่างมีประสิทธิภาพ

รับทราบ ถึงผลการศึกษาว่า ประเทศที่มีระบบการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในลักษณะที่เป็นกฎหมายมีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์ของการฝ่าฝืนหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ต่ำกว่า และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าประเทศที่มีกลไกการควบคุมตามความสมัครใจ

ตระหนัก ว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหากลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กนั้นมีข้อจำกัดด้านการบังคับใช้ เนื้อหา และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถดำเนินการแบบบูรณาการได้ ขาดกลไกหรือระบบที่ชัดเจนในการพัฒนาการดำเนินงาน องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และศักยภาพของบุคลากร และขาดข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพประสิทธิผลของการดำเนินงาน

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๒

ตระหนัก ว่าการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรเป็นการจัดการแบบบูรณาการ โปร่งใส และเป็นไปเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของสาธารณะเป็นสำคัญ เช่น การพัฒนากลไกจัดการ การออกกฎระเบียบควบคุมที่มีประสิทธิภาพ การรณรงค์และสร้างความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และลดพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมผสม การจัดสถานะแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบกิจการ เป็นต้น รวมถึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายในการสร้างความมั่นคงให้กับอนาคตของสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่องการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๑ ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก

๑.๑.๑ ดำเนินการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยใช้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ เป็นเครื่องมือและสร้างการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะการให้ความรู้ การสร้างกระแส และการเฝ้าระวังการตลาดจากภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

๑.๑.๒ พัฒนาและผลักดันร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ให้สำเร็จภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยจัดให้มีกลไกดำเนินการและใช้หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑^๒ เป็นหลักเกณฑ์พื้นฐานขั้นต่ำ ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว ให้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพิจารณาทุนการดำเนินงานจากเงินภาษีการนำเข้าหรือรายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์นมผสมจากต่างประเทศในลักษณะเดียวกับกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบอย่างความสำเร็จของไทยและเป็นที่ยอมรับในต่างประเทศ

๑.๑.๓ พัฒนากลไกการปฏิบัติ ระบบการติดตามประเมินผล และระบบรายงานผล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งระดับท้องถิ่น จังหวัด ประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศ

๑.๒ ให้กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี กรมบัญชีกลาง และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการขยายสิทธิการลาคลอด และพิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการลาคลอดให้เป็น ๑๘๐ วัน รวมถึงการได้รับค่าจ้างระหว่างลา ในกรณีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้จัดทำมาตรการหรือสวัสดิการในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่สตรีที่คลอดบุตรและอยู่ระหว่างการให้นมบุตรในสถานประกอบกิจการและสถานที่ทำงาน รวมทั้งพิจารณามาตรการการลดหย่อนภาษี และการประกาศเกียรติคุณให้แก่สถานประกอบกิจการที่เป็นแบบอย่างของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๒ / ผผนวก ๑

๒. สมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติจะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. และส่งเสริมจิตสำนึกแก่สังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมขยายสิทธิการลาคลอดบุตรของพนักงานหญิงในสถานประกอบการโดยความสมัครใจ พัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังการฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เช่น สถาบันการศึกษาทุกระดับ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายโภชนาการสมวัย มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สมาคมโฆษณาธุรกิจแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้ผลิตอาหารทารกและเด็กเล็ก เป็นต้น

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมาชิกสภาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมผสมและนมแม่

๑. มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่า นมแม่คืออาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกและเด็กเล็ก โดยองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ได้แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย ๖ เดือนหลังคลอด และหลังจากนั้นควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารอื่นตามวัยเป็นระยะเวลา ๒ ปีหรือมากกว่า^๑ การได้รับนมแม่ของทารกและเด็กเล็กจะส่งผลดีต่อสุขภาพ ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราเสียชีวิต จากโรคต่าง ๆ เช่น ท้องเสีย ปอดบวม หูชั้นกลางอักเสบ ลำไส้เล็กอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ โรคมูมิแพ้ โรคมูมิแพ้ผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกคลอดก่อนกำหนด^{๒-๓} มีผลดีต่อสุขภาพแม่ในด้านป้องกันการตกเลือดหลังคลอด^๔ ลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม^๕ และการเกิดมะเร็งรังไข่^๖ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตใจของทารกและเด็กเล็ก^{๗-๑๐} นอกจากนี้ยังส่งผลถึงความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูก และความอบอุ่นของครอบครัวที่จะส่งผลถึงระบบเศรษฐกิจและสังคมต่อไป

๒. ปัจจุบันพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยลดลง และต่ำมากเมื่อเทียบกับนานาชาติจาก ๑๐๙ ประเทศ ประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ ๑๐๕ ในขณะที่ประเทศรวันดามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย ๐-๖ เดือนร้อยละ ๘๘ และต่ำกว่าประเทศในแถบเอเชีย เช่น เกาหลี ร้อยละ ๖๕ กัมพูชา ร้อยละ ๖๐ จีน ร้อยละ ๕๑ อินเดียและร้อยละ ๔๙^{๑๑} ในปี ๒๕๔๘ ยูนิเซฟ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว ๖ เดือน ร้อยละ ๕.๔ รายงานการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ โดยกรมอนามัยพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย ๖ เดือนร้อยละ ๑๔.๕ ในขณะที่การเลี้ยงลูกด้วยนมผสม* อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จากจำนวนเด็กเกิดใหม่เฉลี่ยปีละ ๘ แสนคน แสดงว่ามีการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมอย่างเดียวน้อยกว่า ๔ แสนคนต่อปี^{๑๓}

ผลกระทบจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

๓. ผลกระทบต่อสุขภาพของทารกและเด็กเล็ก : มีข้อมูลทางวิชาการยืนยันว่าทารกที่กินนมผสม จะมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่า เด็กเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น เบาหวาน type1 และ type2 มะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรค SIDS (sudden infant death syndrome) สำหรับแม่ที่ไม่มีโอกาสให้นมลูกมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ โรคเบาหวาน type2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคอ้วน (metabolic syndrome)^{๑๔}

๔. ผลกระทบต่อพัฒนาการและสมองของทารกและเด็กเล็ก การให้นมแม่ยิ่งนานจะเพิ่มเขาวรรณปัญญาด้านภาษา (verbal IQ) และเขาวรรณปัญญาด้านการปฏิบัติ (performance IQ) อย่างมีนัยสำคัญ เด็กที่กินนมแม่นาน

* นมผสมหมายถึง นมดัดแปลงสำหรับทารก อาหารทารก นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก รายละเอียดเพิ่มเติมดูในเอกสารภาคผนวก ๑

๘ เดือนหรือมากกว่าจะมีเชาวน์ปัญญาด้านภาษามากกว่า ๑๐.๒ จุด และเชาวน์ปัญญาด้านการปฏิบัติมากกว่า ๖.๒ จุด เปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่^{๑๕} การศึกษาในเด็ก ๓๐๐ คนที่คลอดก่อนกำหนด เมื่ออายุ ๗-๘ ปี พบว่าเด็กที่ได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด จะมี IQ มากกว่า ๘.๓ จุด เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับนมผสม^{๑๖}

๕. ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน จากการประมาณค่าใช้จ่ายของการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมพบว่า ครัวเรือนจะมีค่าใช้จ่ายซื้อนมผสมมากกว่า ๒๒,๐๐๐ บาทต่อปีต่อคน สูญเสียการใช้ทรัพยากรต้มน้ำ ผลิตรักษา ป้องกันโรคตาช ขวดนม จุกนม ค่าขนส่ง พลังงาน สารเคมี ที่ต้องใช้ตัดแปลงสูตรนมวัวให้ใกล้เคียงนมแม่ พบว่ากระป๋องนม ๕๕๐ ล้านกระป๋อง จะต้องใช้แผ่นตะกั่ว ๘๖,๐๐๐ ตัน กระจกปะข้างกระป๋อง ๑,๒๓๐ ตัน^{๑๗} ถ้ากินนมผสมแต่ละปีจะมีเด็กอายุ ๐-๑ ปี เจ็บป่วยด้วยโรค ๕ โรค คือ ท้องเสีย หอบหืด ผื่นแพ้ เยื่อจมูกอักเสบ และโรคแพ้โปรตีน เจ็บป่วยอย่างน้อย ๑๗๐,๐๐๐ ครั้ง/ปี และนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย ๔๘,๐๐๐ ครั้ง/ปี รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างน้อยปีละ ๘๐ ล้านบาท

๖. ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ: การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ ๙๐ ของครอบครัวที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย ๖ เดือน ประเทศจะประหยัดเงินได้ ๑๓,๐๐๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และป้องกันทารกตายเพิ่มขึ้นได้ ๙๑๑ คนต่อปี^{๑๘} สำหรับประเทศไทย ปี ๒๕๕๐ ข้อมูลการนำเข้านมผงของกรมการค้าภายในมีส่วนแบ่งการตลาด ๑๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อค่านิยม ทศนคติและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

๗. การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีชีวิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น ปี ๒๕๕๑ มีจำนวนของแม่ที่ทำงานในระบบประกันสังคม ๒๙๕,๔๕๕ ราย (กองทุนประกันสังคมกรณีคลอดบุตรให้บริการ ๒๕๕๑) เมื่อนำประมวลกับสถิติการเกิด ของกระทรวงมหาดไทย ปี ๒๕๕๑ จำนวน ๗๙๗,๓๕๖ ราย คิดเป็นแม่ในระบบภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการร้อยละ ๓๗ การศึกษาเปรียบเทียบ การลาของพนักงานเนื่องจากการป่วยของบุตร ในกลุ่มที่บุตรไม่ป่วยร้อยละ ๘๖ กินนมแม่ร้อยละ ๑๔ กินนมผสม ในกลุ่มที่มารดาลา ๑ วันเนื่องจากบุตรป่วยร้อยละ ๒๕ กินนมแม่ ร้อยละ ๗๕ กินนมผสม^{๑๙}

๘. การตลาดของอาหารทารกและเด็กเล็กมีผลต่อค่านิยมและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ทบทวนงานวิจัย ๙ เรื่อง^{๒๐} ในแม่ ๓,๗๓๐ รายในอเมริกาเหนือ พบว่า แม่ที่ได้รับแจกชุดของขวัญของบริษัท ที่ประกอบด้วยตัวอย่างนมสูตรดัดแปลงสำหรับทารก หรือเอกสารที่ส่งเสริมการใช้นมสูตรดัดแปลง สำหรับทารกแก่แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะออกจากโรงพยาบาล สัดส่วนของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ ๖ สัปดาห์ และ ๑๓ สัปดาห์หลังคลอด และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ระหว่าง ๐-๖ เดือนลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับแม่ที่ได้รับชุดตัวอย่างอื่นๆ ที่ไม่มีตัวอย่างนมผสม มีข้อมูลทางวิชาการยืนยันว่าการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กของภาคอุตสาหกรรมส่งผลต่อค่านิยม ทศนคติและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม เช่น อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เดือนที่ ๑ ของแม่ที่ได้รับของขวัญที่มีตัวอย่างนมผสมสำหรับทารกขณะออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับของขวัญ และมีแนวโน้มเริ่มให้อาหารเสริมแก่ทารกเมื่อเดือนที่ ๒ ซึ่งถือเป็นการลดทอนระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^{๒๑}

สถานการณ์ของปัญหาการทำการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก

๙. ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ (ค.ศ.๑๙๙๗) Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, Unicef United Kingdom Committee ได้สำรวจการละเมิดหลักเกณฑ์สากลฯ ใน ๔ ประเทศ คือ บังคลาเทศ โปแลนด์ ออฟริกาใต้ และประเทศไทย พบว่าทุกประเทศ แม่และหญิงมีครรภ์ได้รับแจกตัวอย่างนมผสม แต่พบมากที่สุดในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศบังคลาเทศ ๐.๓% โปแลนด์ ๙.๕% ออฟริกาใต้ ๔% และประเทศไทย ๒๙.๖% เหตุผลที่บังคลาเทศพบน้อยที่สุด เนื่องจากหลักเกณฑ์สากลฯได้บังคับใช้เป็นกฎหมาย^{๒๒} รายงานของประเทศไทยพบว่า ๘๑.๘% ของแม่ที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมผสมใช้นมยี่ห้ออื่นเพราะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลแห่งนั้นใช้อยู่^{๒๓} จากการตรวจติดตามการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ โรงพยาบาลของรัฐ ๗๔ แห่ง โดยกรมอนามัย พบว่า มีการละเมิดหลักเกณฑ์ฯ จำนวน ๒๓ แห่ง (ร้อยละ ๓๑.๑) โดยละเมิดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบแก่สาธารณชน การแจกตัวอย่างอาหารทารกและเด็กเล็ก ของขวัญแก่แม่ ในร้านขายยา โรงพยาบาล คลินิก สำนักงานประกันสังคม สถานีอนามัย และที่ว่าการอำเภอ มีพนักงานการตลาดติดต่อหญิงมีครรภ์ แม่ และครอบครัวโดยตรง มีการใช้สถานบริการสาธารณสุขเป็นที่โฆษณาประชาสัมพันธ์อาหารทารกและเด็กเล็ก มีการบริจาคอาหารทารกและเด็กเล็กแก่สถานบริการสาธารณสุข มีการให้ตัวอย่างอาหารทารกและเด็กเล็กแก่บุคลากรสาธารณสุข และมีการนำเสนอข้อมูลเรื่องอาหารทารกและเด็กเล็ก โดยไม่อธิบายประโยชน์และคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ค่าใช้จ่ายและอันตรายที่ใช้ทดแทนนมแม่ ข้อมูลหรือเอกสารวิชาการเรื่องอาหารทารกและเด็กเล็ก ไม่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์และเกินความจริง ฉลากของผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กแสดงรูปภาพของทารกหรือข้อความ ที่ชักจูงให้ใช้สินค้า^{๒๔}

๑๐. การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ นิตยสารสำหรับแม่และประชาชนที่สนใจในการเลี้ยงดูบุตร การจัดกิจกรรมส่งเสริม การขายโดยเชื่อมโยงกับกิจกรรมสำหรับเด็ก การให้ทุนสนับสนุนการจัดกิจกรรมวิชาการด้านสุขภาพ การสื่อสารและให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์ โดยตรงกับบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่ทำหน้าที่ ในการให้คำแนะนำการดูแลเด็ก การอ้างอิงข้อมูลถึงผลประโยชน์ของสารอาหารหรือสารต่าง ๆ ที่แต่งเติมในสูตรของผลิตภัณฑ์ เช่น DHA, ARA, โคลีน^{๒๕}

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดกฎหมายโดยตรงที่ควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก สำหรับนโยบายและมาตรการที่ใช้ปฏิบัติ มีดังนี้

๑๑. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๔๐ ห้ามโฆษณาคุณภาพหรือประโยชน์ของอาหารในทางที่ผิดหรือหลอกลวง, มาตรา ๔๑ การโฆษณาอาหารใด ๆ ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์ หรือวิธีใด ๆ เพื่อประโยชน์ทางด้านธุรกิจจะต้องขออนุญาตก่อนทำการโฆษณา

๑๒. องค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ ได้ดำเนินการร่วมกับสภาอุตสาหกรรมอาหารทารกและเด็กเล็ก (International Council of Infant Food Industries) ร่างหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (International Code of Marketing of Breast milk Substitutes) และได้รับการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๓๔ มติที่ WHA 34.22 เมื่อวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๒๔ โดยหลักเกณฑ์สากลฯ นี้

เป็นเพียงเกณฑ์ขั้นต่ำสุดที่แนะนำให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตามพันธะของข้อกำหนดทั้งหมด และสามารถปรับใช้ เป็นกฎหมาย กฎระเบียบหรือมาตรการอื่น ๆ ที่เหมาะสมในประเทศได้^{๒๖} ในประเทศไทยหลักเกณฑ์สากลได้นำ มาใช้ฉบับแรก พ.ศ. ๒๕๒๔ โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมอุตสาหกรรมอาหาร ทารกและเด็กเล็ก ต่อจากนั้นได้แก้ไขใหม่ในปี ๒๕๒๗ และ ๒๕๓๘ โดยฉบับปัจจุบันคือ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งถือว่ามีความสมบูรณ์ ครอบคลุมการปกป้องสุขภาพทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๒ ปี หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาด อาหารทดแทนนมแม่ เป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อ ควบคุมการตลาดและการโฆษณาของอุตสาหกรรมอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็กซึ่งควรจะให้มีความสำคัญด้านสิทธิเด็ก ที่จะได้รับการเลี้ยงดูตั้งแต่แรกเกิดด้วยนมแม่ โดยมี เนื้อหาควบคุมการทำตลาด การควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ การวางจำหน่ายในตลาดและการให้ข้อมูลการใช้ ผลิตภัณฑ์ โดยเนื้อหายังไม่ได้ครอบคลุมการขายหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ จากมติในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ มติที่ WHA 63.23 ในปี ๒๕๕๓ ให้แต่ละประเทศปรับปรุงหลักเกณฑ์ฯ ให้เป็นกฎหมายต่อไป^{๒๗}

๑๓. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ข้อ ๒๔ จ) ประกันว่าทุกส่วนของสังคม โดยเฉพาะบิดา มารดาและเด็ก จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร และเข้าถึงการศึกษาและสนับสนุนให้ใช้ความรู้พื้นฐานในเรื่องโภชนาการและสุขภาพเด็ก เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา^{๒๘} พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ในหมวด ๑ สิทธิ และหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา ๕ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และมาตรา ๖ (ย่อหน้า ๒) สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย^{๒๙}

๑๔. ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการโฆษณานมผงและอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็กอยู่ด้วยกันทั้งสิ้น ๒ ฉบับ คือ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค และกฎหมายว่าด้วยอาหาร พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา ๒๑ บัญญัติว่า ในกรณีที่ถูกกฎหมายว่าด้วยการใดได้บัญญัติ เรื่องใดไว้โดยเฉพาะแล้ว ให้บังคับตาม บทบัญญัติแห่งกฎหมายว่าด้วยการนั้น และให้นำบทบัญญัติในหมวดนี้ไปใช้ บังคับได้ เท่าที่ไม่ซ้ำหรือขัดกับบทบัญญัติดังกล่าว ผลิตภัณฑ์นมผงหรืออาหารดัดแปลงสำหรับทารกและเด็กเล็ก จัดเป็น “อาหาร” ชนิดหนึ่งภายใต้คำนิยามตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “อาหาร หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่ วัตถุดิบทุกชนิดที่คนกิน ดื่ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะด้วยวิธี ใด ๆ หรือใน ลักษณะใด ๆ ...” พ.ร.บ.อาหาร ใต้ให้อำนาจคณะกรรมการอาหารและสำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา ในการควบคุมคุณภาพ มาตรฐาน วิธีการผลิต ภาชนะบรรจุ การจำหน่าย ฉลาก (มาตรา ๖) รวมทั้ง การควบคุมการโฆษณา (มาตรา ๔๐-๔๒) ดังนั้น จึงต้องนำ พ.ร.บ.อาหาร ซึ่งเป็น กฎหมายเฉพาะมาใช้บังคับกับ ผลิตภัณฑ์นมผงหรืออาหารดัดแปลงสำหรับทารกและเด็กเล็ก แต่มีจุดอ่อนที่ไม่สามารถ ป้องปราม หรือบังคับใช้ ก่อนเกิดการสื่อสาร หรือการโฆษณาได้ จึงทำให้เกิดการโฆษณาสื่อสารหรือการตลาดที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ รวมทั้งบดบังโทษยังไม่รุนแรง

๑๕. จากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ “ระเบียบวาระการจัดการปัญหาภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน” ได้นำเสนอยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. ๒๕๕๓- ๒๕๖๒ ในรายละเอียดยุทธศาสตร์กลุ่มที่ ๑ (ด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่าง ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ) นั้นได้เสนอแนะทางยุทธศาสตร์การณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูล สร้างความรู้ และความ ตระหนัก อย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อเสนอในการส่งเสริมบทบาทของระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก บุคลากรสุขภาพ

และบุคคลต้นแบบ ในการให้ความรู้ และสร้างเสริมทัศนคติเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงดูทารกด้วยนมแม่อย่างเดียวย
อย่างน้อย ๖ เดือน และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ^{๓๐} ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบมติเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม
๒๕๕๓^{๓๑}

ข้อจำกัดของการดำเนินงาน

๑๖. ข้อจำกัดของการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก โดยเฉพาะการไม่มีกฎหมาย
บังคับทำให้หลักเกณฑ์ฯ ที่มีอยู่ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ การมีช่องว่างของเนื้อหาในการดำเนินการ ขาดการติดตาม
และประเมินผลที่เพียงพอ ที่จะนำไปสู่การรับมือกับกลยุทธ์การตลาดที่ซับซ้อนมากขึ้น

๑๗. ข้อจำกัดในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ โดยเฉพาะ
แม่ที่ทำงานในสถานประกอบกิจการ เนื่องจาก ในประเทศไทยนั้น พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑
กำหนดให้ลูกจ้างหญิงมีสิทธิลาคลอดได้ไม่เกิน ๙๐ วัน โดยมีสิทธิได้รับค่าจ้างเท่ากับค่าจ้างในวันทำงานตลอดระยะเวลา
เวลาที่ลา แต่ไม่เกิน ๔๕ วัน ซึ่งวันลาดังกล่าวจะนับรวมวันหยุดที่มีระหว่างวันลาด้วย

๑๘. ข้อจำกัดด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเพียงพอ ทั้งในด้านกายภาพ
และสังคม ได้แก่การจัดสถานที่ / พื้นที่ เพื่อการให้นมลูกที่มีเพียงพอ และมีความเป็นส่วนตัวในสถานที่ทำงาน ตาม
ศูนย์การค้า รวมถึงการสร้างค่านิยมของประชาชนไม่ใช่เฉพาะแม่

แนวทางแก้ไขปัญหา

๑๙. เนื่องจากกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมการควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารก
และเด็กเล็ก จึงต้องดำเนินการให้เกิด

(๑) การพัฒนาและผลักดันให้เกิด พระราชบัญญัติอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ....โดยให้เสร็จสิ้นใน
ปี ๒๕๕๕ เพื่อควบคุมปัญหาการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมทั้งการจัดการประเด็นอื่น ๆ
ที่เกี่ยวข้องกับอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก โดยการรับรองหลักเกณฑ์ ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารก
และเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นหลักเกณฑ์พื้นฐานในการพัฒนากฎหมายนี้ ซึ่งตั้งอยู่บน
พื้นฐานขององค์ความรู้ ข้อเท็จจริงทางวิชาการ และสามารถนำไปปฏิบัติได้

(๒) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ ผ่านสื่อสาธารณะและ
สื่อบุคคล เช่น การสร้างแบบอย่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทางบุคคลที่สังคมเชื่อถือหรือชื่นชอบ ทูตนมแม่ การ
พัฒนาเครือข่ายหรือชมรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และในสถานประกอบกิจการ การสร้าง
ความรู้ความเข้าใจให้ผู้นำทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาสังคม ที่จะร่วมกันเฝ้าระวัง กำกับ และติดตามการ
ละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมถึงการสร้างการเรียนรู้ในเรื่องคุณค่าของนม
แม่ในการเรียนการสอนของเด็กนักเรียน วัยเรียน จนถึง วัยรุ่น เพื่อสร้างค่านิยม และวัฒนธรรมการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่

(๓) การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการพัฒนาศักยภาพและสร้างแรงจูงใจผู้เชี่ยวชาญด้าน
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาในระบบของแพทย์
และพยาบาลให้มีความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้างจิตสำนึกของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
ให้ตระหนักถึงประโยชน์ของสุขภาพแม่และเด็ก

(๔) การพัฒนาหลักการเฝ้าระวัง กำกับ และติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการตลาดอาหาร สำหรับทารกและเด็กเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อการคุ้มครองสุขภาพแม่และเด็กตลอดจนการสร้างแรงจูงใจและประกาศเกียรติคุณเครือข่ายเฝ้าระวัง

(๕) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น คลินิกให้คำปรึกษานมแม่ในโรงพยาบาล มุมนมแม่ในโรงพยาบาล ในสถานประกอบกิจการ ในชุมชนและสถานที่สาธารณะ

(๖) การกำหนดเป็นกฎหมายให้สถานประกอบกิจการ และสถานที่ราชการทุกประเภท รัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระภายใต้การกำกับของหน่วยราชการ มีมาตรการหรือสวัสดิการดังกล่าวให้แก่หญิงตั้งครรภ์และแม่ทำงานที่เป็นมารดา การปรับปรุงกฎหมายด้านสิทธิการลาคลอด และลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการเพิ่มระยะเวลาเป็น ๑๘๐ วัน โดยได้รับค่าจ้างเต็มเวลา

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๒

เอกสารอ้างอิง

- ๑ WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, World Health Organization, 2003
- ๒ ดัดแปลงจาก American Family Physician, Apr 1, 2006. Vol 61, No 7 <http://www.enotalone.com/article/25401.html> access August 07 2010.
- ๓ ศศิธร วิบูลย์วัฒนกิจ., สุภาพร พิพัฒน์ปัญญากุล., จริญญา พิภนาท. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยไม่กินนมผสมหรืออาหารอื่นในทารกอายุ ๔ เดือนแรก que แม่ได้รับคำปรึกษาแบบเดิมเทียบกับที่ได้รับคำปรึกษาแบบใหม่ และผลต่อความเจ็บป่วย. สรรค์ประชากรเวชสาร ๑, ๒ (พ.ค.-ส.ค.๒๕๔๗) ๑๓๓-๑๔๕
- ๔ Chua S et al. Influence of breast feeding and nipple stimulation on post-partum uterine activity. British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1994, 101 : 804-805.
- ๕ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding : collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet, 2002, 360 : 187-195.
- ๖ Robenblatt K, Thomas D. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. International Journal of Epidemiology, 1993, 22 : 192-197.
- ๗ Quinn-PJ, et al. "The effect of breastfeeding on child development at 5 years : A cohort study." Journal of Paediatrics and Child Health (2001) 37 (5) : 465-469.
- ๘ Rao MR, et al. "Effect of breastfeeding on cognitive development of infants born small for gestational age." Acta Paediatrica. 2002 ; 91 (3) : 267-74.

- ๙ Mortensen EL, et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA. 2002 May 8 ; 287 (18) : 2365-71
- ๑๐ Anderson JW et al. Breastfeeding and cognitive development : a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999 ; 70 : 525-535
- ๑๑ ศุภกาญจน์ ศิลปรัสมิ์, อรพรรณ โพชนุกูล., ลมัย แสงเพ็ญ., จำปี วิศาล. ผลกระทบของการให้นมในวัยทารกต่อพัฒนาการของเด็กอายุ ๑-๓ ปี. วารสารกุมารเวชศาสตร์ ๓๘, ๔ (ต.ค.-ธ.ค. ๒๕๔๒) ๒๗๓-๒๘๓
- ๑๒ Thailand Multiple Indicators Cluster Surveys by MIC, December 2005-February 2006 United Nations Children Fund
- ๑๓ รายงานการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ ๙ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ๒๕๔๙
- ๑๔ Alison S. The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants Rev Obstet Gynecol. 2009 ; 2 (4) : 222-231 doi : 10. 3909 / riog0093
- ๑๕ Horwood LJ et al. Breastmilk feeding and cognitive ability at 7-8 years. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2001 ; 84 : F23-F27.
- ๑๖ Lucas A et al. Breastmilk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 1992 ; 339 : 261-264.
- ๑๗ http://www.elib-online.com/doctors49/child_breast๐๐๖.html access 20 August 2010
- ๑๘ Bartick M and Reinhold A : The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States : A Pediatric Cost Analysis Pediatrics. 2010; 0:200916161-20091616.
- ๑๙ Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. "Comparison of Maternal Absenteeism and Infant Illness Rates Among Breastfeeding and Formula-feeding Women in Two Corporations", Am J Health Promot 1995 ; 10 (2) : 148-53.
- ๒๐ Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev 2000 ; (2) CD0002075.
- ๒๑ Perez-Escamilla et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. Am J Public Health. 1994 Jan ; 84 (1) : 84-97.
- ๒๒ Taylor A. Cracking the Code : Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Interagency Group on Breastfeeding Monitoring. London, 1997
- ๒๓ Taylor A, Aongsom Wang S. Cracking the Code : Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Thailand : Country Annex. Interagency Group on Breastfeeding Monitoring. London. 1997.
- ๒๔ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจการละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง. เอกสารอัดสำเนา ๒๕๕๑
- ๒๕ สุธีรา เอื้อไพโรจน์. โฆษณากับนมผง <http://www.thaibreastfeeding.org/content/view/463/81/> access 07 August 2010

- ๒๖ World Health Assembly Resolution 34.22, Geneva, 1981
- ๒๗ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R1๒๓-en.pdf access 20 August 2010
- ๒๘ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ พิมพ์ครั้งที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๔๔ แสงเทียนการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร
- ๒๙ พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ <http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=538976177&Ntype=19> access 5nov2010
- ๓๐ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ : ร่างยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๖๒. มติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๒
- ๓๑ หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร.๐๕๐๖/๑๓๐๖๗ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๓

หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาด
อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑

หมวด ๑ ความมุ่งหมาย

เพื่อส่งเสริมให้ทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน ๖ เดือน หลังจากนั้นยังคงได้รับนมแม่ควบคู่ไป
กับอาหารเหมาะสมตามวัยจนอายุครบ ๒ ปี ได้รับอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับการ
เจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย โดย

- ๑.๑ ปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ๑.๒ สร้างหลักประกันว่า หากจำเป็นต้องได้รับอาหารทดแทนนมแม่ ต้องอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง
เหมาะสม และได้รับข้อมูลเพียงพอ รวมทั้งมีการควบคุมกำกับด้านการตลาดและการจำหน่ายที่เหมาะสม

หมวด ๒ ขอบเขต

หลักเกณฑ์นี้ใช้กับการทำการตลาดและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่
เกี่ยวข้อง ครอบคลุมถึงคุณภาพ การมีวางจำหน่ายในตลาด (availability) และการให้ข้อมูลการใช้ผลิตภัณฑ์ ต่อไปนี้

- ก. อาหารทดแทนนมแม่ ได้แก่
 - ๒.๑ นมดัดแปลงสำหรับทารก อาหารทารก
 - ๒.๒ นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก
อาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก
 - ๒.๓ อาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก
 - ๒.๔ อาหารอื่นสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- ข. ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
ภาชนะบรรจุขวดนม หัวนมยาง หัวนมหลอก และอุปกรณ์ที่ใช้กับสิ่งดังกล่าวหรือผลิตภัณฑ์อื่น ๆ
ที่สื่อถึงการเลี้ยงทารกและเด็กเล็กด้วยวิธีอื่นใดที่ไม่ใช่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ค. ผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

หมวด ๓

นิยาม

หลักเกณฑ์นี้

ทารก (Infant) หมายความว่า เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุครบ ๑๒ เดือน

เด็กเล็ก (Young child) หมายความว่า เด็กที่มีอายุเกินกว่า ๑๒ เดือน จนถึงอายุครบ ๒ ปี

อาหารทดแทนนมแม่ (Breastmilk Substitutes) หมายความว่า อาหารใด ๆ ที่ได้ทำการตลาดหรือทำให้เข้าใจว่าใช้ทดแทนนมแม่ได้ทั้งหมดหรือแต่บางส่วน ไม่ว่าจะการทดแทนนั้นจะเหมาะสมหรือไม่ก็ตาม

นมดัดแปลงสำหรับทารก (Infant formula) หมายความว่า นมดัดแปลงที่ใช้เลี้ยงทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุครบ ๑๒ เดือน

นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (Follow-up/Follow-on formula for infant and young child) หมายความว่า นมดัดแปลงที่ใช้เลี้ยงทารกหรือเด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ เดือน ถึงอายุครบ ๓ ปี (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเรื่องนมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก แต่ในหลักเกณฑ์ฉบับนี้ใช้ขอบเขต ๒ ปี)

อาหารทารก (Infant food) หมายความว่า อาหารที่ใช้เลี้ยงทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุครบ ๑๒ เดือน

อาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (Follow-up/Follow-on food for infant and young child) หมายความว่า อาหารที่ใช้เลี้ยงทารกหรือเด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ เดือน ถึงอายุครบ ๓ ปี (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเรื่องอาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก แต่ในหลักเกณฑ์ฉบับนี้ใช้ขอบเขต ๒ ปี)

อาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก (Complementary food) หมายความว่า อาหารตามวัยที่เข้าร่วมกับนมแม่หรือนมผสมให้แก่ทารกอายุตั้งแต่ ๖ เดือนขึ้นไป จนถึงเด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ ๑ ปี ถึงอายุครบ ๓ ปี เพื่อให้ทารกหรือเด็กเล็กได้รับสารอาหารพอเพียง ทั้งนี้ให้รวมถึงอาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเรื่องอาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็กด้วย

ภาชนะบรรจุ (Container) หมายความว่า วัตถุที่ใช้บรรจุผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ ไม่ว่าจะด้วยการใส่หรือห่อหรือด้วยวิธีใด ๆ แต่ในหลักเกณฑ์นี้ใช้ขอบเขต ๒ ปี

ฉลาก (Label) หมายความว่า รูป รอยประดิษฐ์ เครื่องหมายหรือข้อความใด ๆ ที่แสดงไว้ที่ผลิตภัณฑ์ ภาชนะบรรจุ หีบห่อของภาชนะที่บรรจุผลิตภัณฑ์ และใบแทรกใด ๆ (Insert, Leaflet) ที่ติดมากับภาชนะบรรจุผลิตภัณฑ์

ผู้ผลิต (Manufacturer) หมายความว่า บุคคลหรือนิติบุคคลที่ทำธุรกิจหรือผลิตหรือแบ่งบรรจุผลิตภัณฑ์ หรือเปลี่ยนภาชนะบรรจุผลิตภัณฑ์ ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ ไม่ว่าจะโดยตรงหรือผ่านตัวแทนหรือภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน

ผู้นำเข้า (Importer) หมายความว่า ผู้นำหรือส่งผลิตภัณฑ์ตามหลักเกณฑ์นี้เข้ามาในราชอาณาจักร

ผู้จำหน่าย (Distributor) หมายความว่า ผู้ขาย จ่าย แจกหรือแลกเปลี่ยน ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการค้า หรือการมีไว้เพื่อจำหน่าย ทั้งนี้ให้รวมถึงตัวแทนหรือลูกจ้างของบุคคลดังกล่าวด้วย

การตลาด (Marketing) หมายความว่า วิธีการใด ๆ ในการแนะนำหรือการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายใต้

ขอบเขตของหลักเกณฑ์นี้ และให้หมายความรวมถึงวิธีการส่งเสริม สนับสนุน การจำหน่าย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ และการให้ข้อมูลด้วย

พนักงานการตลาด (Marketing Personnel) หมายความว่า บุคคลใดก็ตามที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การตลาด

ตัวอย่าง (Sample) หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่แจกจ่ายโดยไม่คิดมูลค่า

สิ่งสนับสนุน (Supplies) หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่ให้โดยไม่คิดมูลค่าหรือคิดราคาถูก เพื่อนำไปใช้ ในระยะเวลาหนึ่งตามความจำเป็น เช่น เพื่อช่วยเหลือด้านสังคม รวมถึงผลิตภัณฑ์ให้กับครอบครัวที่มีความจำเป็น ต้องใช้

ระบบบริการสุขภาพ (Health care system) หมายความว่า หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และ องค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ มารดาและทารก และ สถานะบริหารทารกและเด็กเล็ก รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานในสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพไม่รวมร้านขายยาและร้านค้าทั่วไป

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (Health worker) หมายความว่า บุคคลทุกสายงานอาชีพที่ ทำงานในระบบบริการสุขภาพทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับค่าตอบแทน รวมถึงอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

หมวด ๔

การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้

๔.๑ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย มีหน้าที่รับผิดชอบที่จะสร้างความมั่นใจว่าวัตถุประสงค์ ในการให้ข้อมูลข่าวสารและเนื้อหาสาระของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับอาหารทดแทนนมแม่ต้องมีความถูกต้อง เทียบตรง และไม่แอบแฝงเพื่อประโยชน์ทางการค้า ซึ่งความรับผิดชอบนี้รวมถึงการวางแผน การจัดหา การออกแบบ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการควบคุม ผู้ผลิต ผู้นำเข้าหรือผู้จำหน่าย จะกระทำได้โดยได้รับความเห็นชอบ จากกรมอนามัย และมีเครื่องหมายการได้รับอนุญาตไว้ด้วย

๔.๒ สื่อและเอกสารที่เป็นข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารทดแทนนมแม่ที่ให้ แก่หญิงตั้งครรภ์ มารดาของทารกและเด็กเล็ก และประชาชนทั่วไป ทั้งข้อเขียน เสียงและภาพ ต้อง

๔.๒.๑ มีข้อมูลที่ชัดเจนทุกหัวข้อ ดังนี้

- (ก.) ประโยชน์และคุณค่าที่เหนือกว่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- (ข.) โภชนาการของแม่ การเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง
- (ค.) การให้อาหารทดแทนนมแม่เร็วเกินไปหรือการให้ร่วมกับนมแม่จะขัดขวางการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และทำให้ยากต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- (ง.) ต้องระบุวิธีใช้ที่ถูกต้อง เมื่อจำเป็นต้องใช้อาหารทดแทนนมแม่
- (จ.) ต้องระบุข้อมูลค่าใช้จ่าย ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งอันตรายต่อ สุขภาพ เมื่อจำเป็นต้องใช้นมดัดแปลงสำหรับทารกและอาหารทารก

๔.๒.๒ ระบุอันตรายต่อสุขภาพของการใช้อาหารทดแทนนมแม่ที่ไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม

๔.๒.๓ ไม่มีรูปภาพหรือข้อความที่ชี้แนะให้ยอมใช้อาหารทดแทนนมแม่

๔.๓ ผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่าย จะบริจาคอุปกรณ์สื่อ เอกสารที่เป็นข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้ ต่อเมื่อได้รับการร้องขอเท่านั้น และต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าพนักงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษร ตามแนวทางที่กรมอนามัยกำหนด อุปกรณ์หรือสื่อเหล่านี้อาจใส่ชื่อหรือเครื่องหมายของบริษัทที่บริจาค แต่ห้าม สื่อความหมายถึงผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องภายใต้หลักเกณฑ์นี้ และการแจกจ่ายจะกระทำได้โดยระบบบริการสุขภาพ เท่านั้น

หมวด ๕

แม่และประชาชน

๕.๑ ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายในทุกรูปแบบที่เกี่ยวกับอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องภายใต้หลักเกณฑ์นี้แก่ประชาชน

๕.๒ ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่าย แจกจ่ายตัวอย่างอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องภายใต้หลักเกณฑ์นี้แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่ และสมาชิกอื่นในครอบครัว ทั้งทางตรงและทางอ้อม

๕.๓ เพื่อให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายและขอบเขตของหลักเกณฑ์นี้ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายต้อง ไม่โฆษณา ณ จุดขาย ไม่แจกจ่ายตัวอย่างผลิตภัณฑ์หรือส่งเสริมการขาย เพื่อชักนำการขายให้ผู้บริโภคโดยตรงในระดับ คำปลีก เช่น การจัดแสดงผลิตภัณฑ์ การแจกคู่มือลดราคา การจำหน่ายสินค้าราคาถูกเป็นพิเศษหรือถูกกว่าที่ระบุ บนฉลาก การจำหน่ายผลิตภัณฑ์คุณภาพพิเศษ การขายควบแถมกับผลิตภัณฑ์อื่น ๆ แต่ทั้งนี้ไม่ห้ามนโยบายการขายของบริษัทที่กำหนดราคาสินค้าให้ถูกลงอย่างถาวรหรือระยะยาว

๕.๔ ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่าย แจกสิ่งของใด ๆ ที่มีลักษณะหรือสัญลักษณ์ที่สื่อถึงผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่าย หรือผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่และสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางตรง และทางอ้อม ที่อาจส่งเสริมการตลาดของการใช้อาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

๕.๕ ห้ามพนักงานการตลาดติดต่อกับหญิงตั้งครรภ์ แม่และสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อส่งเสริมการตลาดของอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

หมวด ๖

ระบบบริการสุขภาพ

๖.๑ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ควรมีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้ รวมทั้งการให้นโยบาย ข้อมูล และแนวทางการปฏิบัติแก่บุคลากร ทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนการให้ข้อมูลดังระบุในหมวด ๔ ข้อ ๔.๒

๖.๒ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระบบบริการสุขภาพต้องไม่ส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ ภายใต้หลักเกณฑ์นี้

๖.๓ สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องไม่ตั้งแสดงผลิตภัณฑ์และสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ เช่น เอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ ฯลฯ ยกเว้นสื่อที่ได้รับการอนุญาตตามหมวด ๔ ข้อ ๔.๓

๖.๔ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง ต้องไม่เป็นตัวแทนของผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้หลักเกณฑ์นี้

๖.๕ การสาธิตการใช้นมดัดแปลงสำหรับทารกและอาหารทารก

๖.๕.๑ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น

๖.๕.๒ การสาธิตให้แม่และสมาชิกครอบครัวที่จำเป็นต้องใช้ผลิตภัณฑ์

๖.๕.๓ การให้ข้อมูลต้องอธิบายอันตรายของการใช้นมดัดแปลงสำหรับทารกและอาหารทารกที่ไม่ถูกต้องอย่างชัดเจน

๖.๖ การบริจาคและการขายราคาถูกผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้สำหรับทารกที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของสถาบันที่จะใช้และหน่วยงานที่ได้รับผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ห้ามมิให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ใช้การบริจาคและการขายราคาถูกเป็นเครื่องมือการตลาด

๖.๗ ผู้บริจาคและสถาบันที่รับบริจาคต้องรับผิดชอบร่วมกันกำหนดมาตรการที่สร้างความมั่นใจ ให้ทารกได้รับนมดัดแปลงสำหรับทารกและผลิตภัณฑ์ตามหลักเกณฑ์นี้อย่างพอเพียงและต่อเนื่องตามความต้องการของทารก

๖.๘ เครื่องมือและสิ่งของอื่น ๆ ที่มีได้ระบุในหมวด ๔ ข้อ ๔.๓ ซึ่งบริจาคให้สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระบบบริการสุขภาพ อาจใส่ชื่อและเครื่องหมายบริษัทได้ แต่ห้ามสื่อความหมายถึงผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้

หมวด ๗

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

๗.๑ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการโภชนาการและอนามัยแม่และเด็กต้องเรียนรู้และรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้

๗.๒ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ต้องให้ข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์และเป็นความจริงแก่แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยไม่โน้มน้าว ชักจูง และสร้างความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมมีคุณค่าเทียบเท่าหรือดีกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งต้องครอบคลุมข้อมูลที่กำหนดในหมวด ๔ ข้อ ๔.๒ กรณีข้อมูลของผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ในวารสารทางการแพทย์ ต้องได้รับการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๗.๓ ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย สนับสนุนการเงินและสิ่งของต่าง ๆ ที่จะชักนำให้ส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและสมาชิกในครอบครัวต้องไม่รับการสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นด้วย

๗.๔ ห้ามผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย แจกจ่ายตัวอย่างผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องใช้สำหรับการเตรียมหรือใช้ผลิตภัณฑ์ ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยกเว้นเพื่อการประเมินผลทางวิชาชีพในสถาบัน

ห้ามบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่ หรือสมาชิกในครอบครัว

๗.๕ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ ต้องเปิดเผยการสนับสนุนที่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการศึกษาอบรม การดำเนินงานกองทุนการศึกษาวิจัย และการประชุมวิชาการ เป็นต้น รวมถึงสถาบันที่ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติงานและผู้ได้รับการสนับสนุนต้องเปิดเผยข้อมูลการสนับสนุนนี้ด้วย

หมวด ๘

พนักงานของผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย

๘.๑ การให้เงินสมนาคุณแก่พนักงานทางการตลาดต้องไม่นำยอดการขายผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้เป็นเกณฑ์พิจารณา และต้องไม่ตั้งเป้าหมายการขายผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ทั้งนี้不得รวมถึงยอดขายรวมของสินค้าตัวอื่น ๆ ของบริษัท

๘.๒ ห้ามพนักงานที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ให้ข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ แม่และครอบครัว ทั้งนี้不得รวมกรณีที่ระบบบริการสุขภาพเป็นผู้ขอมาให้ปฏิบัติหน้าที่อื่น โดยมีหนังสือรับรองจากเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้อง

หมวด ๙

ฉลาก

๙.๑ ฉลากต้องออกแบบให้สื่อถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างเหมาะสม โดยไม่ขัดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๙.๒ ฉลากของอาหารทดแทนนมแม่จะต้องได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วเท่านั้น ทั้งนี้ต้องมีข้อความดังต่อไปนี้

๙.๒.๑ กรณีเป็นนมดัดแปลงสำหรับทารก

(ก) ข้อความว่า “สิ่งสำคัญที่ควรทราบ”

- นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน
- นมดัดแปลงสำหรับทารกควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการ
- การเตรียมหรือใช้ส่วนผสมไม่ถูกต้องจะเป็นอันตรายต่อทารก

(ข) ข้อความแสดงวิธีใช้หรือตารางแนะนำการเลี้ยงประจำวัน

(ค) ข้อความว่า “ไม่ควรเติมน้ำตาล น้ำผึ้ง หรือวัตถุให้ความหวานใด ๆ อีก เพราะอาจทำให้ทารกและเด็กเล็กฟันผุและเป็นโรคอ้วนได้”

๙.๒.๒ กรณีเป็นอาหารทารก

(ก) ข้อความว่า “สิ่งสำคัญที่ควรทราบ”

- นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน
- อาหารทารกควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการ

- การเตรียมหรือใช้ส่วนผสมไม่ถูกต้องจะเป็นอันตรายต่อทารก

(ข) ข้อความแสดงวิธีใช้หรือตารางแนะนำการเลี้ยงประจำวัน

(ค) ข้อความว่า “ไม่ควรเติมน้ำตาล น้ำผึ้ง หรือวัตถุให้ความหวานใด ๆ อีก เพราะอาจทำให้ทารกและเด็กเล็กฟันผุและเป็นโรคอ้วนได้”

๙.๒.๓ กรณีเป็นนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก และอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก

(ก) ข้อความว่า “อย่าใช้เลี้ยงทารกอายุต่ำกว่า ๖ เดือน”

ข้อความว่า “ไม่ควรเติมน้ำตาล น้ำผึ้ง หรือวัตถุให้ความหวานใด ๆ อีก เพราะอาจทำให้ทารกและเด็กเล็กฟันผุและเป็นโรคอ้วนได้”

๙.๒.๔ กรณีเป็นอาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก หรืออาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก

(ก) ข้อความ “อย่าใช้เลี้ยงทารกอายุต่ำกว่า ๖ เดือน”

ฉลากต้องไม่มีรูปทารก ข้อความ และภาพที่สื่อความหมายของการเลี้ยงทารกในลักษณะที่ถือว่าเป็นสิ่งดีเลิศที่สุดที่พึงให้แก่ทารก ห้ามใช้คำว่า “humanized” “maternalized” หรือข้อความ “ใกล้เคียงนมแม่ที่สุด” หรือข้อความที่มีความหมายทำนองเดียวกัน

๙.๓ ฉลากของอาหารทดแทนนมแม่ต้องแสดงส่วนประกอบที่สำคัญของอาหาร ค่าพลังงาน ชนิดและปริมาณสารอาหารต่อ ๑๐๐ กรัม (หรือ ๑๐๐ มิลลิลิตร) และที่พร้อมบริโภค ๑๐๐ มิลลิลิตร

หมวด ๑๐

คุณภาพ

๑๐.๑ คุณภาพของผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้เป็นสิ่งสำคัญต่อการปกป้องสุขภาพของทารก ดังนั้นผลิตภัณฑ์จึงต้องมีคุณภาพ และมีมาตรฐานสูง เป็นที่ยอมรับ

๑๐.๒ ผลิตภัณฑ์อาหารภายใต้หลักเกณฑ์นี้จะต้องได้มาตรฐาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยเรื่องอาหาร

หมวด ๑๑

การนำสู่ปฏิบัติและกำกับติดตาม

๑๑.๑ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการดำเนินงาน การตรากฎหมาย กฎกระทรวงและมาตรการที่เหมาะสม ให้บรรลุหลักการและเป้าประสงค์ของหลักเกณฑ์นี้ อย่างสอดคล้องกับสภาพสังคมและกรอบกฎหมาย ด้วยการประสานกับองค์การอนามัยโลก กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และองค์กรอื่น ๆ ของสหประชาชาติ

นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกฎระเบียบ ที่กำหนดตามหลักการและความมุ่งหมายของหลักเกณฑ์นี้ รวมทั้งที่กำหนดต่อการผลิตและการตลาดของผลิตภัณฑ์ ควรแจ้งให้รับรู้ทั่วกัน

๑๑.๒ กระทรวงสาธารณสุขกำกับ ติดตามการนำหลักเกณฑ์นี้สู่การปฏิบัติ รวมทั้งร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก กำกับ ติดตามการปฏิบัติของระบบบริการสุขภาพ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ที่เป็นสมาชิกของสมาคมการค้าอาหารสำหรับเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง องค์กรสาธารณประโยชน์ กลุ่มวิชาชีพ และองค์กรผู้บริโภค ควรมีส่วนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ติดตาม และนำหลักเกณฑ์นี้สู่การปฏิบัติ

๑๑.๓ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย รับผิดชอบกำกับ ติดตาม และกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติทุกระดับ ต่อวิธีการทางการตลาด ให้สอดคล้องกับหลักการและความมุ่งหมายของหลักเกณฑ์นี้ และสรุปผลการดำเนินงานของสมาคมการค้าอาหารสำหรับเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในเดือนกุมภาพันธ์ของทุกปี

๑๑.๔ องค์กรสาธารณประโยชน์ กลุ่มวิชาชีพ สถาบัน และผู้เกี่ยวข้อง รับผิดชอบที่จะเฝ้าระวังและแจ้งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุขต่อกิจกรรมของผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ที่ไม่สอดคล้องกับหลักการและความมุ่งหมายของหลักเกณฑ์ เพื่อการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม

๑๑.๕ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ต้องให้คำแนะนำ ควบคุม และอบรมพนักงานการตลาดของสมาชิก ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่าย ถึงความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้อย่างเคร่งครัด รวมถึงการรายงานการฝ่าฝืน และการดำเนินการกับผู้ฝ่าฝืน และรายงานให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทุกปี

๑๑.๖ ประเทศไทยในฐานะสมาชิกต้องรายงานผลการปฏิบัติงานตามหลักการและความมุ่งหมายของหลักเกณฑ์นี้ต่อผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกทุกปี ตามมาตรา ๖๒ ของธรรมนูญองค์การอนามัยโลก

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑

ชวรัตน์ ชาญวีรกูล

(นายชวรัตน์ ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การดำเนินงานการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ^๑ (Medical Hub) ซึ่งประกอบด้วยผลผลิตหลัก ๔ ด้าน คือ บริการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงความเป็นเลิศตามมาตรฐานระดับนานาชาติ ในด้านการรักษาพยาบาลและวิชาการด้านการแพทย์ (Excellent Center) บริการส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งนี้ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ พิจารณาการลดผลกระทบด้านบริการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงความเป็นเลิศตามมาตรฐานระดับนานาชาติในด้านการรักษาพยาบาลและวิชาการด้านการแพทย์

รับทราบ ว่าประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอันดับต้น ๆ ของเอเชีย มีผู้ป่วยชาวต่างชาติมารับบริการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่าปีละ ๑ ล้านคน และเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งมีส่วนสร้างรายได้และสร้างชื่อเสียงให้ประเทศ ประเทศไทยจึงควรเตรียมการรองรับการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ตระหนัก ว่ารัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรา ๘๐ (๒) แห่งรัฐธรรมนูญของราชอาณาจักรไทย อย่างไรก็ตาม รัฐควรปฏิบัติตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๕๑ โดยไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ และควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก

ตระหนัก ว่าทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศมีอยู่อย่างจำกัด และปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล มีความขาดแคลนในภาพรวม และการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม การผลิตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเกือบทั้งหมดอยู่ในภาครัฐซึ่งใช้งบประมาณจากเงินภาษีของแผ่นดิน บุคลากรแพทย์และสาธารณสุขจึงมีพันธกิจหลักในการให้บริการสุขภาพเพื่อประชาชนคนไทยเป็นสำคัญ

ตระหนัก ว่าการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอาจมีส่วนทำให้แพทย์ไทยที่ทำงานต่างประเทศจำนวนหนึ่งกลับมาทำงานในประเทศไทย ขณะเดียวกัน นโยบายนี้และระบบที่เป็นอยู่ทำให้เกิดการดึงแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ไปสู่ภาคเอกชน ซึ่งมีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล การเรียนการสอน และภาระงานในภาครัฐ

มีความกังวล ต่อสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ โอกาสในการก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของโลกาภิวัตน์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น กล่าวคือ ในขณะที่ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๘

ซึ่งมีผลต่อการสร้างรายได้และสร้างชื่อเสียงของประเทศนั้น ด้วยข้อจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นโยบายนี้อาจกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและอาจมีผลให้มีค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเพิ่มขึ้นของประชาชนไทย

ตระหนัก ว่าความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนมีความสำคัญต่อการดำเนินงานการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติให้เกิดผลดีต่อเศรษฐกิจ และอาจช่วยลดผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนไทยอันเป็นเป้าหมายสูงสุด

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้ความเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการต่อไปนี้

๑.๑ ให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชน สนับสนุนข้อมูลแก่คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการศึกษาในประเด็น (๑) ผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (๒) ความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางการคลังเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ และแนวทางให้ภาคเอกชนที่ดำเนินการนโยบายนี้คืนกำไรให้กับสังคมโดยยึดหลักความเป็นธรรมต่อทุกภาคส่วน

๑.๒ ให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนพิจารณาดำเนินการตามธรรมณูญาด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๕๑ โดยไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

๑.๓ ให้โรงพยาบาลรัฐ รวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ตระหนักถึงพันธกิจหลักในการศึกษา การวิจัย การบริการสุขภาพเพื่อประชาชนไทย โดยให้ส่งเสริมการเข้าร่วมเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านขีดความสามารถทางวิชาการทางการแพทย์ ทั้งนี้ ให้พึงระวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขไทย และให้ทบทุนการเข้าร่วมเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติในด้านบริการทางการแพทย์ โดย

๑.๓.๑ ให้มีระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย

๑.๓.๒ ให้สร้างหลักประกันการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของประชาชนไทย

๑.๔ ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ สำนักรอนามัยกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลที่มีศักยภาพในการจัดการข้อมูลและให้ความรู้แก่ประชาชนไทยเกี่ยวกับคุณภาพการบริการรักษาพยาบาลและสาธารณสุข เพื่อป้องกันผลกระทบจากธุรกิจการแพทย์และลดผลกระทบด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๑.๕ ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติระยะที่ ๒ ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการเฉพาะกิจของนายกรัฐมนตรีเพื่อพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านการรักษาพยาบาล ดำเนินนโยบายหรือยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่ไม่กระทบต่อการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนไทย และต้องพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการ

กำหนดและพัฒนานโยบายดังกล่าว ทั้งนโยบายระดับชาติและแผนปฏิบัติการเพื่อลดผลกระทบในทางลบต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับคนไทย ทั้งนี้ ให้ใช้ผลการศึกษาจากข้อ ๑.๑

๑.๖ ให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกหลักร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาคเอกชน ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๖.๑ ร่วมกับคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ จัดทำแผนการผลิต การจัดการ และมาตรการธำรงรักษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสม เพื่อทดแทนการสูญเสียบุคลากรจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๑.๖.๒ สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการกำกับติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๑.๖.๓ พัฒนาข้อเสนอนโยบายที่ชัดเจนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในระบบบริการสุขภาพของประเทศอันเป็นผลมาจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดย

(๑) กำหนดแนวทางให้มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน

(๒) สนับสนุนให้เกิดกลไกการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ด้านการบริหารงานบุคคลและการดำเนินงานในโรงพยาบาล เพื่อให้มีการนำไปปรับระบบบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนไทย

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

๑. การค้าระหว่างประเทศและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย

ระบบเศรษฐกิจของไทยเป็นระบบเปิด และการค้าระหว่างประเทศโดยเฉพาะการส่งออกเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของระบบเศรษฐกิจไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) มีมูลค่า ๙.๐๕๐ ล้านล้านบาท (๒๖๓,๖๐๐ ล้านเหรียญสหรัฐ) โดยมีอัตราการเติบโต ณ ราคาคงที่ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๑ ร้อยละ ๔.๙, ๒.๕ และ -๒.๒ ตามลำดับ (การส่งออกสินค้าและบริการมีมูลค่า ๑๕๐.๙ ล้านเหรียญสหรัฐ) คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๓, ๖๔.๔ และ ๕๗.๒ ของ GDP ตามลำดับ^๑

๒. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นระบบผสมผสานการให้บริการระหว่างภาครัฐและเอกชน^๒ ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗๙-๘๐ ให้สิทธิเสมอกันของคนไทยในการรับบริการทางสาธารณสุข โดยรัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้ง จัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดการบริการสาธารณสุข และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๔๓ ได้กำหนดว่า ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และราคาไม่แพง ระบบบริการนี้ต้องสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลักโดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ และข้อ ๕๑ รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ด้านนโยบายของรัฐบาลปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มี ๕ ประเด็น ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ๒) การสร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค วัคซีน และดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ ๓) ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ๔) ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ ๕) ผลักดันการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในระดับนานาชาติ โดยมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม มีการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ภายใต้นโยบายของรัฐบาลดังกล่าว

๓. ทรัพยากรสาธารณสุข

๓.๑ สถานพยาบาล

ในปี ๒๕๕๐ มีโรงพยาบาลทั้งหมด ๑,๓๓๘ แห่ง (รวม ๑๔๐,๐๐๗ เตียง) โดยภาครัฐมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๑๗ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ ๑๒๑ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๘๓๓ แห่ง (ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๗๐ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๓๓ แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ๕๔ แห่ง) คิดเป็นสัดส่วนการให้บริการตามจำนวนเตียงร้อยละ ๗๘.๒ ของจำนวนเตียงทั้งหมด และภาคเอกชนมีโรงพยาบาล ๓๒๒ แห่ง

๓.๒ บุคลากรสาธารณสุข

(๑) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ ซึ่งแพทย์และพยาบาลได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ในปี ๒๕๔๘ บุคลากรแพทย์ประมาณร้อยละ ๕๑ อยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๒๓.๕ อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงอื่น ๆ และประมาณเกือบร้อยละ ๒๒ สังกัดภาคเอกชน จำนวนแพทย์ทั้งหมดในปี ๒๕๕๓ อยู่ที่ ๓๙,๔๐๖ คน

(๒) รัฐบาลมีนโยบายผลิตแพทย์เพิ่มเป็นระยะตั้งแต่ปี ๒๕๒๒ ในปี ๒๕๓๘ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัยได้มี “โครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD)” โดยมีเป้าหมายผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละ ๓๐๐ คน โดยมุ่งเน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ และในปี ๒๕๔๗ กำหนดให้มีการผลิตแพทย์เพิ่มอีกถึงปีละ ๗๐๐ คน ทำให้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของประเทศเพิ่มจาก ปีละ ๑,๕๒๘ คนในปี ๒๕๔๐ เป็น ๒,๔๐๐ คนในปี ๒๕๕๐ และในอีก ๕ ปีข้างหน้าจะมีแพทย์จบใหม่ราว ๑๐,๐๐๐ คน โดยสถาบันการผลิตแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก ๑๐ แห่ง ในปี ๒๕๔๐ เป็น ๑๗ แห่งในปัจจุบัน โดยอยู่ในภาครัฐเกือบทั้งหมด^๓ สำหรับการผลิตบุคลากรแพทย์โดยภาคเอกชนนั้น ระหว่างปี ๒๕๔๐-๒๕๔๙ มีแพทย์สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ภาคเอกชนจำนวน ๕๙๓ ราย และในขณะนี้ สถาบันการผลิตแพทย์หลายแห่งเริ่มให้ความสนใจกับการเปิดหลักสูตรแพทย์ศาสตร์นานาชาติหรือหลักสูตรภาษาอังกฤษเพื่อผลิตแพทย์ป้อนโรงพยาบาลที่รับคนใช้ต่างชาติ ซึ่งเชื่อว่าน่าจะมีผลกระทบต่อกำลังการผลิตแพทย์โดยรวม

(๓) ถึงแม้จะมีการผลิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง แต่ประเทศไทยยังประสบปัญหาการขาดแคลน และการกระจายตัวไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งปัญหาการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นมีทั้งระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ระหว่างแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง รายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ปี ๒๕๕๑ พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล หรือในเมืองใหญ่โดยเฉพาะจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์ แต่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดเขตชายแดนภาคใต้มีแพทย์อยู่อย่างเบาบาง ขณะนี้อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรไทยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ ๑:๒,๐๐๐ และอัตราส่วนแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากรอยู่ที่ ๑: ๕,๗๕๐ คน^๔ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพิ่มอัตราส่วนเฉลี่ยให้อยู่ที่ ๑:๑,๘๐๐

(๔) จากพฤติกรรมการรับบริการรักษาพยาบาลของประชาชนชาวไทยที่เปลี่ยนไป จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา และแนวโน้มโรคเรื้อรัง ประกอบกับการให้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความเจ็บป่วยและความต้องการบริการการรักษาพยาบาลของประชาชนคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในปี ๒๕๕๑ ประชาชนไทยร้อยละ ๙๙.๑๖ ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพ ๓ ระบบหลัก ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๔๖.๙๕ ล้านคน) ระบบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (๕.๐๐ ล้านคน) และระบบประกันสังคม (๙.๘๔ ล้านคน) ประสิทธิภาพ

และประสิทธิผลของหลักประกันสุขภาพดังกล่าวเป็นผลให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น โดยมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิในระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ที่ ๒.๗๕ ครั้งต่อปี ในปี ๒๕๕๑ ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ๒.๔๕ ครั้งในปี ๒๕๔๖^๕ ทำให้เกิดความต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบริการที่เพิ่มขึ้น

(๕) นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินธุรกิจ โดยมุ่งเน้นการขยายตลาดเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติมากขึ้น ได้ส่งผลต่อความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพมากขึ้น ด้วยเช่นกัน^๖ ทั้งนี้ การเคลื่อนย้ายของบุคลากรไปสู่ภาคเอกชนอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายการเป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติโดยส่วนใหญ่แล้วเป็นการเคลื่อนย้ายของผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ได้รับผู้ป่วยชาวต่างชาติพบว่า มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาประมาณ ๔๐ ราย ที่ย้ายมาจากโรงเรียนแพทย์ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา ขณะที่มีการศึกษาพบว่าในระหว่างปี ๒๕๔๕-๒๕๔๗ มีอาจารย์แพทย์จากทุกโรงเรียนแพทย์ลาออกรวมกัน ๓๕๐ ราย^๗ และระหว่างปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒ มีอาจารย์แพทย์จากโรงเรียนแพทย์ ๕ แห่ง ลาออกรวมกันถึง ๑๘๑ ราย^๘ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการผลิตแพทย์และแพทย์ เฉพาะทางที่มีปัญหาการกระจายที่ไม่เป็นธรรมอยู่แล้ว

(๖) นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ข้อตกลงทางการค้าภายใต้ ASEAN Framework Agreement on Services ความต้องการภาระงานที่ลดลงของแพทย์ในภาครัฐจากการยึดตามบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องมากขึ้น การตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อขาดแคลนบุคลากรในอนาคต ซึ่งมีการคาดการณ์จำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มเติม บนสมมติฐานว่าประเทศไทยมีจำนวนแพทย์เพียงพอ เพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยชาวไทยทั้งระบบในปี ๒๕๕๘ อยู่ที่ ๑,๘๙๑ - ๒,๑๗๕ คน^๙

(๗) จากความต้องการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ในขณะที่การผลิตบุคลากรและการฝึกฝนให้เกิด ความชำนาญจะใช้เวลานานอย่างน้อย ๔-๖ ปี ทำให้ไม่ทันกับสถานการณ์ความต้องการ ดังนั้นการตอบสนอง ต่อความต้องการดังกล่าวจึงมักเกิดจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรที่มีอยู่ในระบบแล้ว โดยเฉพาะการเคลื่อนย้าย แพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

๔. การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของประเทศไทย

๔.๑ ความเป็นมา

จากการที่ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวและมีนักท่องเที่ยวเดินทางมาประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีนักท่องเที่ยวจำนวนหนึ่งเกิดความคุ้นเคยกับประเทศไทย และเมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของไทย และความพึงพอใจในคุณภาพการรักษายาบาลได้ขยายวงกว้างไปเรื่อย ๆ จากนั้นจึงมี กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติบินตรงเข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ เห็นว่าบริการด้านสาธารณสุขซึ่งประเทศไทยมีชื่อเสียง เป็นที่รู้จักกันดีในระดับภูมิภาคอยู่แล้ว สามารถสร้างรายได้ให้ประเทศ กระตุ้นการเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงที่เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจเมื่อปี ๒๕๔๐ ได้ จึงได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงการต่างประเทศ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เสนอบริการในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่มีการนำ ผู้ป่วยจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงมารับบริการทางการแพทย์และสุขภาพในประเทศไทย และดึงดูดผู้ที่เกษียณ อายุมาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่มีการลงทุนขนาดใหญ่ในช่วง

ฟองสบู่ ก็ประสบปัญหาภาวะเตียงว่างจำนวนมาก ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หลายแห่งจึงพยายามปรับตัวโดยการหาลูกค้าจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูง (เช่น ญี่ปุ่น ยุโรป และตะวันออกกลาง) เข้ามาด้วย และประสบความสำเร็จพอสมควร^{๑๐, ๑๑, ๑๒} ปัจจุบัน ประเทศไทยถือเป็นผู้นำด้านการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยชาวต่างชาติ^{๑๓} และทำรายได้เข้าประเทศประมาณ ๒.๒ พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ๒๕๕๒^{๑๔} ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานการเป็นศูนย์กลางสุขภาพประสบความสำเร็จ คือ ศักยภาพทางการแพทย์ของไทย คุณภาพการบริการ ราคาและผลการรักษาที่ผู้ป่วยต่างชาติพึงพอใจ และความมีอัธยาศัยที่ดีในการให้บริการของชาวไทย

๔.๒ นิยาม และการพัฒนาเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

(๑) ยังไม่มีการบันทึกนิยามการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไว้อย่างชัดเจน แต่เอกสารวิชาการโดยทั่วไปจะกล่าวถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical tourism) โดยให้คำนิยามไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นการเดินทางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Travel with the aim to improve one's health^{๑๕}) ทั้งนี้ ร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๓- ๒๕๕๗) ได้ครอบคลุมความเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยมีผลผลิตหลัก ๔ ด้านคือ บริการรักษา พยาบาล ซึ่งรวมถึงความเป็นเลิศตามมาตรฐานระดับนานาชาติในด้านการรักษาพยาบาล และวิชาการด้านการแพทย์ (excellent centre) บริการส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งในเอกสารนี้ ประเด็นการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหมายถึงเฉพาะการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากเป็นบริการที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวมได้

(๒) ปัจจุบันประเทศไทยเป็นที่รู้จักของนานาชาติในฐานะที่เป็นประเทศผู้ให้บริการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดประเทศหนึ่งของเอเชีย จำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่มารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี และสูงถึง ๑.๓๖ ล้านคน ในปี ๒๕๕๑^{๑๖} โดยราวร้อยละ ๒๐ มาจากประเทศในทวีปยุโรป และอีกราวร้อยละ ๒๐ มาจากเอเชียกลางและเอเชียตะวันออก ทั้งนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยชาวต่างชาติคิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน และผู้ป่วยชาวต่างชาติสามารถแบ่งได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มชาวต่างประเทศที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยและใกล้เคียง ราวร้อยละ ๕๐ กลุ่มชาวต่างประเทศที่บินเข้ามารักษาโดยตรง ร้อยละ ๒๗.๖ และอีกร้อยละ ๒๒.๒ เป็นนักท่องเที่ยวที่เจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุระหว่างเดินทางจนต้องเข้ารับการรักษา^{๑๗} สถานพยาบาลที่ดำเนินการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินำโดย โรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก (๔๕ แห่ง) โดยโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยชาวต่างชาติใช้บริการสูงสุด ๓ อันดับแรกอยู่ในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งที่ตั้งอยู่ในจังหวัดท่องเที่ยว

๔.๓ การดำเนินนโยบายสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของหน่วยงานรัฐ

จากนโยบายของรัฐบาลเรื่องศูนย์กลางฯ อย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ผ่านมา ปัจจุบันมีการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ ๒ ระดับคือ ๑) คณะกรรมการเฉพาะกิจของนายกรัฐมนตรีซึ่งเน้นการพัฒนาเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านการรักษาพยาบาล และ ๒) กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗) โดย

^{๑๐} ข้อมูลจากการสำรวจของกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์

ขณะนี้ได้ดำเนินการร่างแผนฯแล้ว และอยู่ระหว่างการพิจารณาของกระทรวงสาธารณสุขจากร่างแผนยุทธศาสตร์ ฉบับที่ ๒ ศูนย์กลางสุขภาพระดับนานาชาติประกอบด้วย ๔ รูปแบบหลักคือ บริการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยแผนฯ ดังกล่าวมี ๓ ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล และการส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย ๕๗ กิจกรรมหลัก

๔.๔ การเป็นศูนย์กลางสุขภาพในต่างประเทศ

หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียให้ความสนใจในการดำเนินงานเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งแต่ละประเทศมีความพร้อมและข้อได้เปรียบแตกต่างกัน ดังนี้^{๑๖}

Competitive advantage	ไทย	สิงคโปร์	อินเดีย	มาเลเซีย	ฮ่องกง
Service/ hospitality	xxxxx	Xx	x	x	xx
Hi-tech hardware	xx	Xxxx	xx	x	xx
HR quality	xxxx	Xxxx	xx	xx	xxx
JCIA	๑๓ แห่ง	๑๓ แห่ง	๑๐ แห่ง	๑ แห่ง	-
Pre-emptive move	xx	Xxx	x	x	x
Synergy/Strategy partner	x	Xx	x	x	x
Accessibility/ Market channel	xx	Xxx	x	xx	x
Reasonable cost	xxxx	X	xxx x	xxx	x

หมายเหตุ จำนวน X ที่มี หมายถึง มีข้อได้เปรียบที่ดี

๕. ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหา

๕.๑ ผลกระทบ

(๑) การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของไทยในช่วงมากกว่า ๑๐ ปี ที่ผ่านมานี้ ได้ส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผลด้านบวกที่ชัดเจนคือ การสร้างรายได้เข้าประเทศ การเพิ่มรายได้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และสร้างงานในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการท่องเที่ยว การค้าและการบริการต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล^{๑๗} นอกจากนี้ยังเป็นการเผยแพร่ชื่อเสียงของประเทศด้านภูมิปัญญา เอกลักษณ์การดูแลสุขภาพไปยังชาวต่างชาติ เพิ่มศักยภาพในการลงทุนขนาดใหญ่ของประเทศ เกิดการเพิ่มโอกาสการจ้างงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ การไหลย้อนกลับของบุคลากรที่ไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ การพัฒนาทักษะทางการแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมในการให้บริการ และมีขีดความสามารถในการติดตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ได้ดีขึ้น เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยี และการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลไปสู่ระดับสากล

(๒) สำหรับผลกระทบด้านลบที่มีการคาดการณ์ไว้สามารถสรุปได้หลัก ๆ คือ การเข้าถึงบริการของประชาชนไทย อันเนื่องจากปัญหาสมองไหลจากรัฐไปเอกชนทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาผู้ให้บริการในภาครัฐไม่เพียงพอแต่ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากแบบแผนการเจ็บป่วยและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ อาจส่งผลกระทบต่อค่าบริการโดยอาจกระตุ้นให้ค่าบริการสูงขึ้นได้

(๓) นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะแพทย์ที่เก่งที่มีชื่อเสียงอย่างมากในภาคเอกชน ซึ่งแพทย์เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งต้องใช้เวลากว่า ๑๐ ปีที่จะสร้างอาจารย์แพทย์แต่ละคน และเป็นตัวจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และการบริการผู้ป่วยที่มีรักษา การไหลออกของอาจารย์แพทย์ส่งผลกระทบต่อให้อาจารย์แพทย์ที่เหลืออยู่ทำงานหนักขึ้น และผลที่ตามมาในอนาคตอันไม่ไกล อาจทำให้คุณภาพในการผลิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางด้อยลง และจะส่งผลกระทบต่อระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขไทยในอนาคต^{๑๗}

๕.๒ กลไกการติดตาม เฝ้าระวังผลกระทบ

(๑) มีข้อเสนอแนะว่า เนื่องจากการดำเนินการเรื่องการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีเป้าหมายที่ประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ ผลกระทบทั้งผลบวกและผลลบอาจเกิดขึ้นกับระบบและภาคีต่าง ๆ อย่างไม่สมดุล ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายและแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน (ด้านบุคลากร ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอย่างเป็นรูปแบบ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในมิติต่าง ๆ การกำหนดระบบต่าง ๆ ของภาครัฐ) ความตระหนักในผลกระทบด้านลบ รวมถึงการกำหนดมาตรการเยียวยาสำหรับภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบด้านลบของร่วมกันทุกภาคส่วน หน่วยงาน และองค์กร จะนำมาซึ่งการดำเนินงานที่ดีต่อไป

(๒) การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ได้มีมติเรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการจัดตั้งกลไกคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบทั้ง ด้านบวกและลบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และตรวจสอบผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่เกิดจากข้อตกลงที่มีผลบังคับใช้ไปแล้ว สำหรับนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อพัฒนา ปรับปรุงและเยียวยา ทั้งนี้ให้กลไกนี้มีอิสระจากกลไกที่ทำหน้าที่ในการเจรจาการค้า จากข้อมติดังกล่าวนายกรัฐมนตรีได้แต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ

๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๘

เอกสารอ้างอิง

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Thai economic performance in Q2 and economic outlook for 2010. Aug 23, 2010. www.nesdb.go.th
- ๒ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สุวัช เขียวศิริวัฒนา, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และ รุจิรา ทวีรัตน์. คณะบรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๔-๒๕๔๗. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
- ๓ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, นิธิศ วัฒนมะโน และ รุจิรา ทวีรัตน์. คณะบรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๑.
- ๔ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข http://www.pi.ac.th/news/newsdetailP.php?type_id=377&hot_id=2&dep_id=23
- ๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๒.
- ๖ ชินกร โนรี. วิกฤตความขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย: ทิศทางและแนวโน้ม. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; ๒๕๕๑.
- ๗ อติสร ภัทราดุลย์. แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบ นโยบายประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค (Medical Hub of Asia); ๒๕๔๘.
- ๘ ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๓.
- ๙ Pachanee C, Wibulpolprasert S (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. Health policy and Planning. 21(4): 310-318.
- ๑๐ Pachanee C, Wibulpolprasert S. Incoherent policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand. Health Policy and Planning 2008;21(4):310-8.
- ๑๑ อัญชญา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง, ศิริชัย จินดารักษ์. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย (Thailand Medical Hub) เสนอคณะกรรมการเศรษฐกิจภาคบริการ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; สิงหาคม ๒๕๕๑.
- ๑๒ Suppradit T. Thailand: Medical Hub Update ๒๐๑๐: The Private Hospitals' Association; 2553. (unpublished)
- ๑๓ Smith RD, Chanda R, Tancharoensathien V. Trade in health-related services. The Lancet 2009;373(9663):593-601.

- ๑๔ Bookman M and Bookman K (2007) Medical Tourism in Developing Countries. New York: Palgrave MacMillan.
- ๑๕ ข้อมูลจากการศึกษาของการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒
- ๑๖ ร่างบทสรุปสำหรับผู้บริหารเรื่องการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (นโยบาย Medical Hub)
- ๑๗ อติศร ภัทราดุลย์ (๒๕๕๘) ผลกระทบนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทย มติชนรายวัน วันที่ ๑๖/๐๗/๒๐๐๕

สรุปย่อ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗)

๑. หลักการและเหตุผล

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗ – ๒๕๕๑) ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) โดยมีบริการหลัก ๓ ด้าน คือ ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสมุนไพรไทย ซึ่งการดำเนินงานประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ผู้รับบริการชาวต่างชาติต่างให้ความนิยมเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก สร้างรายได้แก่ธุรกิจสุขภาพและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินงานด้าน Medical Hub มาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ ฉบับที่ ๒ โดยยังคงกำหนดผลผลิตหลักเดิม ๓ ผลผลิต และเพิ่มผลผลิตด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อสร้างรายได้สู่ประเทศไทย โดยมุ่งเน้นเฝ้าระวังไม่ให้เกิดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ ทั้งทางบวกและทางลบ รวมทั้งต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเพิ่มมูลค่าผลผลิตบริการด้วยฐานความรู้ (Value creation from knowledge application) สร้างเอกลักษณ์ของการบริการให้โดดเด่น บนแนวคิดของการสร้างสรรค์คุณค่าของบริการทางการแพทย์ โดยใช้ Knowledge Based ผสม Local content สร้าง Value Creation ลงทุนในบริการ เพื่อให้ได้ Product Differentiation ตลอดจนก้าวไปในสาขาที่ประเทศไทยมีความชำนาญ (Niche) อย่างแท้จริง

๒. วิสัยทัศน์

ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพระดับนานาชาติ (Thailand as World Class Health Care Provider) ภายใน ๕ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗) โดยยังคงกำหนดให้มีบริการที่เป็นแหล่งรายได้หลักเข้าสู่ประเทศ จำนวน ๔ ผลผลิตหลัก คือ ๑) บริการรักษาพยาบาล ๒) บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ๓) บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๔) ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย โดยแต่ละผลผลิตได้กำหนดวิสัยทัศน์ย่อยไว้ดังนี้

๒.๑ วิสัยทัศน์ของการพัฒนาบริการรักษาพยาบาล : ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับโลก (Thailand is the Excellent Medical Hub of the world)

๒.๒ วิสัยทัศน์ของการพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพ : ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพระดับโลก (Thailand is the World Class Destination)

๒.๓ วิสัยทัศน์ของการพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก : ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับโลก (Thailand is the World Class Thai

traditional and alternative medicine Destination)

๒.๔ วิสัยทัศน์ของการพัฒนาสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ : ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการผลิตและส่งออกสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล (Thailand is the world class of Herbs)

๓. จุดมุ่งหมาย

มุ่งพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมอย่างคุ้มค่า เพิ่มรายได้ให้แก่ประเทศไทยได้อย่างแท้จริง

๔. พันธกิจ

- ๔.๑ ส่งเสริมให้มีองค์กรกลางในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๔.๒ พัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยในการแข่งขันของธุรกิจบริการสุขภาพ
- ๔.๓ สร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยด้านธุรกิจสุขภาพ
- ๔.๔ ส่งเสริม พัฒนาสถานประกอบการและสถาบันการศึกษา ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในทุกภาคส่วนของงานบริการ ให้สามารถจัดให้มีบริการที่ได้มาตรฐานระดับสากล
- ๔.๕ สร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพ และสนับสนุนการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับบริการ
- ๔.๖ พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพด้วยการสร้างกระบวนการประกันคุณภาพและความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค
- ๔.๗ เผยแพร่เอกลักษณ์และภูมิปัญญาไทยให้ชาวต่างชาติได้รู้จักมากยิ่งขึ้น

๕. วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพด้วยการมุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้มีมาตรฐานระดับสากลทั้งภาครัฐและเอกชน

๖. รูปแบบศูนย์กลางสุขภาพระดับนานาชาติ

๖.๑ บริการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

- ศูนย์กลางบริการรักษาพยาบาลทันตกรรม
- ศูนย์กลางบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง (Excellent center)
- ศูนย์กลางบริการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)
- ศูนย์กลางบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบ Long term care

๖.๒ บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

- ศูนย์กลางบริการสปาเพื่อสุขภาพ
- ศูนย์กลางบริการนวดเพื่อสุขภาพ
- ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพประเภทอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่อง
- ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบพำนักระยะยาว (Long stay for health)

๖.๓ บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- ศูนย์กลางบริการแพทย์แผนไทย
- ศูนย์กลางบริการการแพทย์ทางเลือก
- ศูนย์กลางบริการเพื่อสุขภาพของการใช้ชีวิตและสุขภาพอย่างสมดุล

๖.๔ สมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

- ศูนย์กลางการปลูกสมุนไพรไทยที่ผ่านมาตรฐาน GAP
- ศูนย์กลางของโรงงานการผลิตสมุนไพรไทยที่ผ่านมาตรฐาน GMP
- ศูนย์กลางการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐาน
- ศูนย์กลาง Clinical trial รองรับสมุนไพรไทย

๗. เป้าหมายรายได้

ตารางที่ ๑ (ร่าง) ประมาณการเป้าหมายรายได้ของแต่ละผลผลิต (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗)

มูลค่า : ล้านบาท

ประเภทธุรกิจ	ปี ๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	รวม ๕ ปี
รักษาพยาบาล	๔๖,๑๘๒	๕๐,๘๐๐	๕๕,๘๘๐	๖๑,๔๖๘	๖๗,๖๑๕	๒๘๑,๙๔๕
ส่งเสริมสุขภาพ	๑๒,๘๑๓	๑๔,๐๙๔	๑๕,๕๐๔	๑๗,๐๕๔	๑๘,๗๖๐	๗๘,๒๒๕
แพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	๕๐๐	๕๒๘	๕๕๘	๕๙๗	๖๓๙	๒,๘๒๒
สมุนไพรและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๗,๗๐๐	๘,๔๗๐	๙,๓๑๗	๑๐,๒๔๘	๑๑,๑๓๖	๔๖,๘๗๑
รวม	๖๕,๙๙๕	๗๒,๕๙๕	๗๙,๒๕๙	๘๗,๓๖๗	๙๖,๑๕๗	๔๐๒,๙๐๖

หมายเหตุ : ในเบื้องต้นคาดว่าจะมีรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕.๕ - ๗ ต่อปี

๘. ยุทธศาสตร์และกิจกรรมหลัก

ยุทธศาสตร์หลักจะประกอบด้วย

๘.๑ ยุทธศาสตร์การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการจัดการบริการสุขภาพของประเทศไทยให้มีขีดความสามารถในการก้าวเข้าสู่การแข่งขันกับนานาประเทศ ตามกลไกของการค้าเสรี จนสามารถสร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยได้

เป้าหมาย

๑. มีการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารยุทธศาสตร์
๒. มีการพัฒนา ปรับปรุงกฎ ระเบียบ เพื่อให้เอื้อต่อการดำเนินธุรกิจสุขภาพ
๓. มีสารัตถะด้านบริการสุขภาพ ทั้งการจัดทำ Offer และ Request ที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ
๔. มีการเชื่อมโยงของฐานข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังนี้

๑. การจัดตั้งสำนักงานบริหารแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรกลางในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์/โครงการ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดำเนินงานในลักษณะเป็นหน่วยงานบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) เพื่อกำหนดทิศทางของประเทศไทย โดยบูรณาการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอในเชิงนโยบายให้กับรัฐบาล ตลอดจนทำหน้าที่เป็นตัวแทนของประเทศไทยด้านบริการสุขภาพ

๒. การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ/สถาบันการศึกษา ให้มีขีดความสามารถในการจัดบริการสุขภาพ และการจัดการศึกษาประเภทต่าง ๆ ในรูปแบบของ Cluster ตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถสร้างเป็นรายได้แก่ประเทศไทยได้

๓. การกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น การพัฒนาระบบ privatization ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ หรือการพัฒนาระบบ Public Private Partnership พร้อมทั้งจัดทำเป็นข้อเสนอแนะหรือข้อกำหนดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. การกำหนดมาตรการเฝ้าระวังผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และกำหนดแนวทางการเยียวยาที่เหมาะสม

๕. การศึกษาและติดตามนโยบายด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประเทศที่ประกาศนโยบาย Medical Hub เช่นเดียวกับประเทศไทย

๖. การจัดทำ Country profile ของประเทศต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงาน

๗. การจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการดำเนินงานด้าน Medical Hub ด้วยการกำหนดกำลังการผลิต การกระจายที่เหมาะสม

๘. การพัฒนาระบบการประกันคุณภาพการศึกษาในศาสตร์สุขภาพประเภทต่าง ๆ ตั้งแต่สถาบันการศึกษาหลักสูตร ผู้เรียน แบบครบวงจร

๙. การจัดทำคลังข้อมูลงานวิจัยในศาสตร์ต่าง ๆ ที่สามารถต่อยอดในเชิงพาณิชย์และมีประโยชน์ต่อภาคธุรกิจ ด้วยวิธีการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาที่มีภารกิจในการวิจัยและพัฒนา

๑๐. การพัฒนาระบบการเรียนการสอนด้านบริการสุขภาพนอกห้องเรียนในรูปแบบต่าง ๆ

๑๑. การปรับปรุงกฎหมายเพื่อสนับสนุนการพัฒนาธุรกิจสุขภาพและส่งเสริมช่องทางการตลาด อันจะเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ

๑๒. การกำหนดสาระัตถะของประเทศไทยด้านบริการสุขภาพมีความถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุด ภายใต้การเจรจาการค้าเสรีภาคบริการใน Mode ๑ / Mode ๒ / Mode ๓ / Mode ๔ ตามกรอบความตกลงต่าง ๆ ด้านบริการสุขภาพ ระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ รวมทั้งความร่วมมือในระดับรัฐบาลไทยกับรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ โดยดำเนินงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รวมทั้งเป็นการปกป้องธุรกิจสุขภาพของประเทศไทยด้วย

๑๓. การผลักดันให้มีผู้แทนหลักของประเทศไทยขึ้นเป็นเจ้าภาพในกรอบความตกลงระดับนานาชาติ

๑๔. การเตรียมความพร้อมของสถานบริการสุขภาพ/ผู้ประกอบการ และอื่น ๆ ให้มีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่การเจรจาการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพ

๑๕. การกำหนดมาตรการเยียวยาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเจรจาการค้าเสรีภาคบริการ

๑๖. การจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพแบบครบวงจร (One Stop Service Center) ของประเทศไทย ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ประกอบด้วย การให้บริการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ที่มีความต้องการใช้บริการทางการแพทย์ บริการสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนธุรกิจที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย โดยการตอบรับด้วย ผู้ปฏิบัติการที่สามารถสื่อสารได้ทุกภาษาของกลุ่มเป้าหมาย (Multi language) แบบ On line และ Off line เพียงจุดเดียว (Single window) ด้วยการ Matching ความต้องการ (Requirement) ของผู้รับบริการ (Customer) ให้เข้ากับสถานประกอบการ (Provider) ที่มีศักยภาพตรงกัน โดยให้บริการหลากหลายรูปแบบ เช่น การเลือกประเภทบริการ การนัดหมายเวลา การติดตามผล การจัดส่งบริการ/ผลิตภัณฑ์ ถึงผู้รับบริการโดยตรง ๒๔ ชั่วโมง ไม่มีวันหยุด (Around the clock) รวมทั้งการอำนวยความสะดวกด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ ด้วย เช่น การให้คำแนะนำและเสนอทางเลือกของการรับบริการ รวมทั้งการรับเรื่องร้องเรียนด้านบริการสุขภาพ

๑๗. การจัดตั้งศูนย์สารสนเทศสุขภาพระดับชาติ (Cockpit center) ประกอบด้วย ข้อมูลที่เป็น One single completed data based เพื่อก่อให้เกิดคลังข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับบริการสุขภาพ คลังความรู้ด้านการแพทย์และบริการสุขภาพ ที่มีขีดความสามารถในการสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล Monitor พยากรณ์ข้อมูล เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้ไปสู่การตัดสินใจในทางนโยบาย ตลอดจนสามารถนำเสนอการเปรียบเทียบมาตรฐาน (Benchmarking) ด้านธุรกิจบริการสุขภาพในขอบเขตที่ประเทศไทยสามารถแข่งขันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๘. การกำหนดมาตรฐานการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพแบบ HL 7 และส่งเสริมพัฒนาให้สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมีความพร้อมในการเชื่อมโยงข้อมูล และจัดทำข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยสามารถเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนฐานข้อมูลระหว่างกันได้ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

๑๙. การประชุมวิชาการธุรกิจสุขภาพนานาชาติ

๘.๒ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจสุขภาพให้มีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่การรับรองคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล ตลอดจนการได้รับรางวัลเกียรติยศจากนานาชาติ

เป้าหมาย

มีการส่งเสริมและรับรองคุณภาพมาตรฐานของธุรกิจสุขภาพ ทั้งสถานประกอบการภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังนี้

บริการรักษาพยาบาล

๑. การส่งเสริมพัฒนาสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่การรับรองคุณภาพและมาตรฐานในการจัดบริการระดับสากล

๒. การส่งเสริมพัฒนาสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีการจัดบริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ หรือจัดให้มีรูปแบบพิเศษ ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของโลก

๓. การพัฒนาต้นแบบสถานบริการสุขภาพที่มีความสามารถในการจัดให้มีการบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติได้

๔. การพัฒนาสถานบริการสุขภาพให้สามารถจัดบริการรักษาพยาบาลแบบ Long term care เพื่อรองรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลก หรือการพัฒนาบริการแบบ Geriatric care

๕. การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลในประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียหรือจากประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มโรคหรือหัตถการที่ประเทศไทยมีความเชี่ยวชาญ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

รวมทั้งการขยายระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ

๖. การพัฒนาสถานบริการสุขภาพในแถบพื้นที่ชายทะเลให้สามารถจัดบริการสุขภาพแบบ Climatotherapy

๗. การพัฒนารูปแบบ Public Private Partnership ระหว่างสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นการเสริมขีดความสามารถและศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพ

บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

๑. การส่งเสริมพัฒนาสถานประกอบการที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เข้าสู่ระบบการรับรองคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากลและระดับนานาชาติ

๒. การส่งเสริมและพัฒนาสถานประกอบการประเภทพำนักระยะยาวเพื่อสุขภาพ (Long stay for health) ที่เปิดดำเนินการในประเทศไทย ให้มีการจัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน หรือนำเสนอโปรแกรมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และสามารถเชื่อมโยงเข้ากับระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และสามารถเชื่อมโยงเข้ากับระบบบริการสุขภาพปกติของประเทศไทยได้

๓. การพัฒนาศักยภาพ (Capacity building) ของชุมชนไทยในต่างประเทศ (Thai Town) โดยใช้วัดเป็นศูนย์กลางการดำเนินงานแบบบูรณาการในลักษณะบ้าน วัด ชุมชน

๔. การดำเนินงานด้านบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่วมกับองค์กรที่เป็นตัวแทนหลักของธุรกิจ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

๕. การจัดตั้งศูนย์สาธิตการประกอบธุรกิจบริการสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและเป็นแหล่งเรียนรู้ บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. การจัดตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย หรือโรงพยาบาลการแพทย์ทางเลือก ในภาครัฐและเอกชนระดับ Excellent center ให้ครอบคลุมทุกภูมิภาค

๒. การส่งเสริมให้โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนสามารถเปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกแห่ง

๓. การพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยและโรงพยาบาลการแพทย์ทางเลือก (Hospital accreditation)

๔. การนำร่องเพื่อพัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพจากต่างประเทศ ในกรณีที่ผู้รับบริการเป็นชาวต่างชาติแล้วเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยหรือโรงพยาบาลการแพทย์ทางเลือก

๕. การพัฒนา Clinical practice guideline ของบริการแพทย์แผนไทยหรือบริการการแพทย์ทางเลือก

๖. การพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อสุขภาพด้วยการใช้ชีวิตอยู่ในธรรมชาติอย่างสมดุล

๗. การพัฒนาระบบการคุ้มครองสิทธิบัตรและภูมิปัญญาอันเกิดจากงานวิจัยหรือการสืบทอดองค์ความรู้ กันมาแต่โบราณ

สมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑. การจัดทำมาตรฐาน GAP ของสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับประเทศไทย โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของต่างประเทศเพื่อให้ได้สาระสำคัญที่สูงสุด

๒. การนำมาตรฐานไปประยุกต์ใช้ในแหล่งปลูกสมุนไพรไทยเพื่อสนับสนุนและให้ความรู้แก่เกษตรกร พร้อมทั้งได้รับการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การเตรียมพื้นดิน การคัดเลือกสายพันธุ์ การอบรมวิธีการปลูก การเก็บ การตาก โดยดำเนินการในจังหวัดที่มีความพร้อมก่อน

๓. การพัฒนาหน่วยงานให้เป็น Certified body กลางของประเทศไทย เช่น ทำหน้าที่เหมือนกับหน่วยงาน IFOM ของยุโรป

๔. การจัดตั้งศูนย์กลางการรับซื้อและขายสมุนไพรจากแหล่งปลูกที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GAP เช่น การสร้างตลาดกลางสมุนไพร เพื่อให้ผู้ซื้อและผู้ขายได้ทำธุรกรรมร่วมกัน โดยจัดตั้งตลาดกลางให้ครอบคลุม ๔ ภาค

๕. การพัฒนาโรงงานผลิตยาสมุนไพรให้ผ่านมาตรฐาน GMP PIC/S

๖. การประสานงานและสนับสนุนแหล่งเงินเพื่อใช้ในการปรับปรุงโรงงานเพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น จัดหาเงินกู้จากสถาบันการเงินต่าง ๆ ในลักษณะดอกเบี้ยต่ำหรือปลอดดอกเบี้ย

๗. การสร้างโรงงานกลางเพื่อรับจ้างผลิตยา เครื่องสำอาง อาหารเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากผู้ประกอบการที่ไม่สามารถปรับปรุงโรงงานของตนเองให้ผ่านเกณฑ์ GMP ได้ใน ๔ ภาค หรือมีการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งโรงงานกลางนี้จะต้องดำเนินงานในลักษณะการพัฒนางานวิจัยด้านกระบวนการเพื่อทำให้ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพตรงกับความต้องการของผู้บริโภคมากยิ่งขึ้น

๘. การพัฒนาตำรับยาสมุนไพรให้มีประสิทธิภาพหรือมาตรฐานสูงขึ้น เช่น การสกัดยา เพื่อความสะดวกต่อผู้บริโภคและสามารถเทียบเคียงได้กับยาสมุนไพรจากต่างประเทศ

๙. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลในการทดสอบด้วยสมุนไพร โดยผ่านวิธีการ Clinical trial เพื่อให้มีการอ้างอิงสรรพคุณยาได้ โดยเฉพาะในกลุ่มบัญชียาหลักแห่งชาติ

๑๐. กำหนดให้มีจำนวนยาสมุนไพรเพิ่มเติม โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาตำรับยาแห่งชาติ (ถ้ามี)

๘.๓ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทำการประชาสัมพันธ์ธุรกิจบริการสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก ด้วยเครื่องมือหรือวิธีการสมัยใหม่

๒. เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ชาวต่างประเทศที่จะเข้ามาใช้บริการ

เป้าหมาย

แบ่งเป็นกลุ่มตลาดหลักและตลาดรอง โดยอิงประเทศเป้าหมายตามกระทรวงพาณิชย์ และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

ประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังนี้

๑. การจัดงานมหกรรมเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในประเทศไทย (Health tourism) เพื่อนำเสนอสินค้าและบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

๒. การเข้าร่วมงานประชาสัมพันธ์ในระดับโลก (Tradeshaw)

๓. การเข้าร่วมงานแสดงสินค้านานาชาติในประเทศ (Incoming mission)

๔. การจัดคณะผู้แทนระดับสูงภาครัฐ (Outgoing mission) เดินทางไปเจรจาการค้ากับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในต่างประเทศ โดยแบ่งเป็นกลุ่มตลาดหลักและตลาดใหม่

๕. การส่งเสริมธุรกิจสุขภาพเป็นกรณีพิเศษในตลาดใหม่ ด้วยการจัดทำ Thailand Exhibition และ Business Matching

๖. การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการชาวไทยไปดำเนินธุรกิจสุขภาพในต่างประเทศ (Internationalization)

๗. การพัฒนารูปแบบและคุณภาพของสินค้าบริการเพื่อเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับธุรกิจสุขภาพของประเทศไทย

๘. การประชาสัมพันธ์ในประเทศไทย ทั้งในรูป Air war และ Ground war

๙. การส่งเสริมภาพลักษณ์และช่องทางการตลาดการบริการทางการแพทย์แบบ Electronic Marketing

๙. การประเมินผล

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเมื่อเสร็จสิ้นแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังนี้

๙.๑ เป้าหมายของยุทธศาสตร์

ประเทศไทยมีรายได้จากการให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิม (สัดส่วนใน GDP)

ร้อยละ ๒๐

๙.๒ ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์

การพัฒนาธุรกิจสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมีสัดส่วนรายได้จากผู้รับบริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเดิมร้อยละ ๒๐

๙.๓ ตัวชี้วัดระดับผลผลิต

๑. จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย

๒. จำนวนสถานบริการสุขภาพ/สถานประกอบการ/โรงงาน ที่มีมาตรฐานในระดับสากล และได้รับรางวัลเกียรติยศในระดับนานาชาติ

๑๐. ขอบเขตและวิธีการดำเนินงาน

ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ จะดำเนินการในทั่วประเทศและทั่วโลก ในหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน และจะมีโครงการเฉพาะกิจเพื่อดำเนินงานในจังหวัดท่องเที่ยวหรือกลุ่มประเทศที่มีศักยภาพ โดยมีวิธีดำเนินงานตามกิจกรรมของยุทธศาสตร์ดังกล่าวเบื้องต้น

๑๑. งบประมาณและแหล่งที่มา

ประกอบด้วยงบประมาณรายปีและภาพรวม จำแนกหมวดรายจ่าย และสังกัด/หน่วยงานที่ชัดเจน โดยเป็นโครงการที่ไม่ผูกพันงบประมาณ และมีความพร้อมสามารถดำเนินการได้ทันที รวม ๕ ปี งบประมาณรวมทั้งสิ้น ๓,๑๓๑.๗๙๕ ล้านบาท (สามพันหนึ่งร้อยสามสิบเอ็ดล้านเจ็ดแสนเก้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) จำแนกได้ดังนี้

พ.ศ. ๒๕๕๓ รวม ๒๒๑.๙๗ ล้านบาท

พ.ศ. ๒๕๕๔ รวม ๖๒๙.๙๒ ล้านบาท

พ.ศ. ๒๕๕๕ รวม ๗๔๓.๙๒ ล้านบาท

พ.ศ. ๒๕๕๖ รวม ๗๕๓.๐๐ ล้านบาท

พ.ศ. ๒๕๕๗ รวม ๗๘๓.๐๐ ล้านบาท

๑๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กระทรวงสาธารณสุขในเบื้องต้น

๑๓. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๓.๑ ผลทางด้านเศรษฐกิจ

๑. การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ ส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางด้านธุรกิจสุขภาพในระดับภูมิภาค และเป็นจุดหมายปลายทางของการใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของประชากรทั่วโลก สร้างเสริมรายได้เข้าสู่ประเทศด้วยศักยภาพที่ประเทศไทยมีอยู่จริงอย่างมั่นคง ยั่งยืนและพัฒนาต่อเนื่องได้อย่างก้าวหน้า

๒. พัฒนาความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งในระดับมหภาคจากการส่งออกสินค้าและบริการ รวมทั้งการสร้างรายได้จากการเข้ามาใช้บริการของชาวต่างชาติ และเศรษฐกิจระดับจุลภาคจากธุรกิจที่ก่อให้เกิดการสร้างงาน สร้างรายได้ควบคู่กันไป

๓. ส่งเสริมการกระจายการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ทั้งจากสินค้าทางการเกษตร ที่ถูกนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ และจากภาคบริการที่ประเทศไทยมีความสามารถเหนือคู่แข่งชั้น ได้รับการยอมรับและเป็นที่ต้องการของผู้รับบริการจากทั่วโลก

๔. สร้างภาพลักษณ์และชื่อเสียงด้านบริการสุขภาพวิถีไทยและส่งเสริมเอกลักษณ์วัฒนธรรมของการให้บริการแบบไทยที่สามารถพัฒนาเป็นสินค้าเพื่อการจำหน่ายและบริการ รวมทั้งปรากฏเป็นตราสัญลักษณ์เพื่อการประชาสัมพันธ์ได้

๑๓.๒ ผลทางด้านสังคม

๑. ส่งเสริมความมั่นคงทางสังคมจากการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนของประเทศเป็นพื้นฐานที่สำคัญ

๒. สร้างเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนจากการมีงานทำ มีสุขภาพที่ดี และมีความสามารถในการผลิตสินค้าและบริการเพื่อการสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว

๓. สร้างเสริมภาพลักษณ์และวิถีชีวิตร่วมสมัยที่ประชาชนสามารถปรับตัวและประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านบริการสุขภาพควบคู่ไปกับศาสตร์และภูมิปัญญาที่ส่งเสริมการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

๔. เสริมสร้างภาพลักษณ์สังคมไทยสุขภาพดีและมีความปลอดภัยจากภาวะโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ^๑

รับทราบ ว่าวิธีการบริหารจัดการการพัฒนาแบบรวมศูนย์ที่เชิงอำนาจและเชิงงบประมาณทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม ความไม่เป็นธรรมของสังคม ประชาชนไม่สามารถกำหนดทิศทางการพัฒนา รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ตนเอง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างรัฐกับชุมชนท้องถิ่น

รับทราบ ว่าการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นถูกกำกับควบคุมโดยนโยบาย มาตรการ ข้อบังคับ และกลไกจากการบริหารราชการส่วนกลางและการบริหารราชการส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะการจัดสรรและการบริหารงบประมาณท้องถิ่น เป็นข้อจำกัดทำให้ท้องถิ่นไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างการบริหารราชการส่วนกลาง การบริหารราชการส่วนภูมิภาค กับท้องถิ่น

รับทราบ ว่าการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กรอิสระที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย รวมถึงองค์กรสนับสนุนงบประมาณบางองค์กร ไม่เอื้อต่อการสนับสนุนให้ชุมชนจัดการตนเองในพื้นที่ สิ่งที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างองค์กรสนับสนุนงบประมาณกับชุมชนท้องถิ่น

กังวล ว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณความไม่เป็นธรรมและความรุนแรงในสังคม หากรัฐไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับพื้นที่ ไม่สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น จะทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงจนไม่อาจควบคุม และอาจนำไปสู่ความแตกแยกทางสังคมจนยากที่จะเยียวยา

ตระหนัก ว่าการปฏิรูปประเทศไทยโดยหลักการให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถจัดการตนเองในพื้นที่ที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ หากไม่ปรับเปลี่ยนสมดุลอำนาจ สมดุลในการบริหารงบประมาณระหว่างการบริหารราชการส่วนกลาง การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรนโยบาย องค์กรสนับสนุนงบประมาณกับชุมชน

ตระหนัก ว่าการจัดสมดุลเชิงอำนาจเป็นเรื่องที่ต้องเร่งดำเนินการ โดยลดอำนาจการบริหารจัดการของการบริหารราชการส่วนกลางลงให้เหลือเพียงภารกิจหลักเท่าที่จำเป็น การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และการจัดกระบวนการบริหารงานพัฒนาเชิงพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญอย่างแท้จริง สิ่งที่สำคัญคือการที่ประชาชนในชุมชนสามารถตัดสินใจ กำหนดทิศทางการพัฒนา บริหารจัดการชุมชนของตนเองร่วมกับหน่วยงานและภาคีอื่น ๆ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะเป็นนโยบายสำคัญ โดยมอบให้สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนร่วมกับสมาคมองค์กร

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๗

บริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย เป็นแกนประสานให้เกิดคณะกรรมการที่เป็นกลไกการดำเนินการ ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการชุมชนท้องถิ่น ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาชน โดยให้มีผู้แทนชุมชนในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ทั้งนี้คณะกรรมการมีหน้าที่พัฒนากลไกการจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองในทุกระดับ โดยพิจารณาแนวทางดำเนินการเบื้องต้นดังนี้

๑.๑ พัฒนากลไกร่วมในชุมชนท้องถิ่นให้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ ทั้งแผนชุมชน แผนท้องถิ่น แผนอำเภอ และแผนจังหวัด โดยให้กลไกดังกล่าวมีสัดส่วนผู้แทนภาคประชาชนกับภาคประชาสังคมรวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๑.๒ สร้างมาตรการเพื่อกำหนดให้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับมีแผนงานและโครงการที่ชุมชนในพื้นที่นั้นเป็นผู้รับผิดชอบโครงการร่วมกับท้องถิ่นและ/หรือราชการส่วนภูมิภาค โดยมีงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่นและ/หรือราชการส่วนภูมิภาค ในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของงบประมาณที่ดำเนินการด้านสุขภาวะแต่ละพื้นที่

๑.๓ สร้างกลไกเพื่อการพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองให้กับชุมชนท้องถิ่น

๑.๔ พัฒนากลไกให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในกระบวนการติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ

๑.๕ สร้างข้อตกลงร่วมกับหน่วยงานและองค์กรอิสระที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย รวมถึงองค์กรสนับสนุนงบประมาณให้มีนโยบายและจัดสรรงบประมาณหรือเงินทุนให้ชุมชนท้องถิ่นบริหารจัดการตามภารกิจที่ชุมชนท้องถิ่นเป็นผู้กำหนดและตัดสินใจเอง

๑.๖ ร่วมกับสถาบันวิชาการ ศึกษาวิจัยรูปแบบการปกครอง โครงสร้างเชิงอำนาจ ลักษณะความสัมพันธ์ที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และในพื้นที่ลักษณะพิเศษ โดยศึกษาให้แล้วเสร็จภายใน ๒ ปี เพื่อรายงานผลต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ และคณะรัฐมนตรี เพื่อผลักดันให้เกิดการทดลองปฏิบัติการในพื้นที่ต้นแบบ

๒. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณากำหนดเรื่องพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะเป็นหนึ่งในระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ทุกระดับภายในจังหวัด

๓. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นองค์กรหลักในการสนับสนุนงบประมาณ และประสานการดำเนินงานร่วมกับสภาองค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด ใช้เงื่อนไขตามรัฐธรรมนูญมาตรา ๖๖, ๗๘ (๓), ๘๗ (๑), ๘๗ (๔), ๑๖๓ ดำเนินการออกแบบและผลักดันให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการตนเองตามรูปแบบที่เหมาะสม

๔. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) นำมตินี้ไปเป็นแนวทางในการจัดทำข้อเสนอที่ชัดเจนและผลักดันไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๕. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ

ที่มา

๑. วิกฤตปัญหาสังคมไทยรุนแรงขึ้นในทุกระดับตั้งแต่ระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชนจนถึงระดับชาติ เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เกี่ยวเนื่องกันทั้งระบบและในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติ ปัญหาทางสังคม ปัญหาระบบการศึกษา ปัญหาทางการเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาวะของคนไทย สาเหตุหลักที่ทำให้ปัญหาเหล่านี้รุนแรงมากขึ้น เป็นผลมาจากทิศทางการพัฒนาของรัฐ นโยบายรัฐ และวิธีการจัดการแบบรวมศูนย์ทั้งเชิงอำนาจและเชิงงบประมาณ ทำให้ประชาชนไม่สามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง เกิดความไม่ทัดเทียม ความไม่เป็นธรรมของสังคม ไม่สามารถจัดสรรทรัพยากรเพื่อการจัดการปัญหาของพื้นที่ตนเอง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างรัฐบาลกับชุมชน และเป็นที่มาของวิกฤตความแตกแยก ทำให้ประชาชน กลุ่มชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ รวมกลุ่มประท้วง เรียกร้องสิทธิในการจัดการตนเอง อาทิเช่น การเรียกร้องของสมัชชาคนจน การประท้วงของกลุ่มเกษตรกร การร้องขอให้รัฐทบทวนนโยบายการพัฒนาของเครือข่ายภาคประชาสังคมในแต่ละภูมิภาค และความไม่ทัดเทียมนี้อาจถูกใช้เป็นข้ออ้างในการต่อต้านอำนาจรัฐจนนำไปสู่วิกฤตความขัดแย้งของคนในชาติ

๒. แม้ว่าพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดให้ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และเมืองพัทยา มีอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะในพื้นที่ของตนเอง แต่การถ่ายโอนภารกิจจากหน่วยงานของรัฐก็ยังคงปกครองส่วนท้องถิ่นจึงไม่ครอบคลุมเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของประชาชน และยังพบว่า การบริหารจัดการส่วนท้องถิ่นยังถูกกำกับ ควบคุม โดยนโยบาย มาตรการ ข้อบังคับ และกลไกจากทั้งการบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะการจัดสรรและการบริหารงบประมาณท้องถิ่น ตัวอย่างที่ชัดเจน เช่น การจัดการของท้องถิ่นในเรื่องการศึกษา การสาธารณสุข การจัดการฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่ยังมี พ.ร.บ. กฎหมาย หรือกฎกระทรวงต่าง ๆ ควบคุม กำกับ นอกจากนี้ในการจัดสรรงบประมาณ พบว่า การจัดสรรงบประมาณในปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ท้องถิ่นได้รับการจัดสรรประมาณร้อยละ ๒๕.๒๖^๑ เท่านั้น ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างการบริหารราชการส่วนกลางกับท้องถิ่น

๓. การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในหลายแห่งทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และ เทศบาล มีวิวัฒนาการที่ดีขึ้น แต่หลายแห่งยังมีปัญหาในเรื่องธรรมาภิบาล เนื่องจากระบบการเมืองท้องถิ่นในหลายพื้นที่เป็นการเมืองเพื่อผลประโยชน์ของพรรคการเมือง ของกลุ่มทุนทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่ การได้มาของผู้บริหารบางคนมาจากการซื้อเสียง และใช้อิทธิพลในหลายรูปแบบ มีลักษณะไม่แตกต่าง

^๑ มติคณะรัฐมนตรี ๗ พ.ค. ๒๕๕๒ แหล่งที่มา www.nmt.or.th/lists/2553

จากการเมืองระดับชาติ การบริหารจัดการท้องถิ่นบางแห่งจึงถูกชี้้นำโดยกลุ่มผลประโยชน์ โดยผู้บริหารท้องถิ่นเพื่อประโยชน์ทั้งของตนเองและพวกพ้อง ประชาชนในพื้นที่จึงไม่มีอำนาจในการจัดการในพื้นที่ของตนเอง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างท้องถิ่นกับชุมชนเช่นกัน

๔. ไม่เพียงแต่หน่วยงานของรัฐ และ ท้องถิ่นเท่านั้น ที่มีอำนาจในเชิงกฎหมาย และ งบประมาณ ยังมีหน่วยงานและองค์กรอิสระบางแห่งที่เกี่ยวข้องกับการสร้างนโยบาย รวมถึงที่เป็นแหล่งงบประมาณอีกหลายแหล่ง ซึ่งใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชน ทำหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเพื่อการแก้ปัญหาในพื้นที่ แม้ว่าจะมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับพื้นที่แต่ยังคงไม่มีกระบวนการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด และ ตัดสินใจอย่างชัดเจน ที่ผ่านมามีการวางนโยบาย วางแผน และการตัดสินใจ ยังยึดอยู่กับกรอบงานจากส่วนกลาง มากกว่าการให้ประชาชนในพื้นที่มีอิสระในการตัดสินใจ สิ่งที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างแหล่งทุนกับชุมชน และเป็นการตอกย้ำให้เห็นว่า หลักการให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองในพื้นที่ที่ไม่สามารถจะเกิดขึ้นได้ หากไม่ปรับเปลี่ยนสมดุลอำนาจ สมดุลในการบริหารงบประมาณระหว่างการบริหารราชการส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น องค์กรนโยบาย องค์กรที่เป็นแหล่งทุน กับชุมชน

สถานการณ์

๕. กลไกการบริหารประเทศแม้จะมีวิวัฒนาการที่ดีขึ้น แต่ยังคงเป็นการรวมศูนย์อำนาจ ยังคงเป็นระบบการสั่งการจากส่วนกลาง การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนยังไม่มีชัดเจนเท่าที่ควร หน่วยงานราชการในระดับจังหวัดไม่มีอำนาจในการจัดการปัญหาอย่างแท้จริง ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นประชาชนที่ได้รับผลกระทบต้องการให้รัฐเข้ามาดำเนินการแก้ไขปัญหา แต่กลไกการจัดการหรือโครงสร้างราชการทำให้หน่วยงานระดับจังหวัดหรือท้องถิ่นไม่มีอำนาจในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ต้องรอคำสั่งจากส่วนกลางหรือกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ หรือต้องรอให้มีมติคณะรัฐมนตรี กฎหมายออกมารองรับ ทำให้การแก้ปัญหามีความล่าช้าและเกิดการสะสมปัญหาอย่างต่อเนื่อง เช่น กรณีปัญหาโรงไฟฟ้าลิกไนต์ที่ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีหน่วยงานไม่น้อยกว่า ๗ กระทรวงที่เข้าไปเกี่ยวข้อง ทำให้การแก้ไขปัญหาล่าช้า และสิ้นเปลืองงบประมาณ หรือกรณีที่ชาวบ้านเรียกร้องให้ยุติการสร้างเขื่อนหรือخذใช้ค่าเสียหาย ชุมชนต้องเรียกร้องไปที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงการเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพลังงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมถึงสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงกลไกในระดับกรม กองที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากศูนย์รวมอำนาจยังคงอยู่ที่การบริหารราชการส่วนกลางทั้งการบริหารจัดการ นโยบาย งบประมาณ การตัดสินใจ ชุมชนท้องถิ่นหรือองค์กรในส่วนท้องถิ่นไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

๖. โครงสร้างการจัดการที่ไม่เป็นธรรมเอื้อประโยชน์ให้กับคนร่ำรวยหรือกลุ่มทุนทั้งในและนอกประเทศ โดยเฉพาะเรื่องการจัดการฐานทรัพยากรธรรมชาติ และทุนของชุมชนที่ทำให้เกิดช่องว่างของรายได้ และมาตรฐานชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคมที่มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันมาก คือ ครอบครัวที่รวยที่สุดร้อยละ ๒๐ มีทรัพย์สินถึงร้อยละ ๙๖ ของทั้งประเทศ ขณะที่กลุ่มร้อยละ ๒๐ สุดท้ายหรือจนที่สุดมีทรัพย์สินเพียงร้อยละ ๑ เท่านั้น โดยสรุปคือ ความมั่งคั่งจะกระจุกตัวอยู่ในประชากรร้อยละ ๑ ของทั้งประเทศ^๒ หรือเรื่องของการถือครอง

^๒ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ปี ๒๕๔๔

ที่ดิน กฎหมายได้เอื้อให้กลุ่มทุนสามารถใช้ประโยชน์จากที่ดินโดยไม่จำกัดทั้งในด้านของระยะเวลาหรือขนาด (จำนวนไร่) โดยที่ไม่ต้องจ่ายภาษีอัตราก้าวหน้า ทั้งที่ดินหลายผืนกลายเป็นที่รกร้างว่างเปล่ามีได้นำมาใช้ประโยชน์^๓

๗. การเคลื่อนไหวเรียกร้องเพื่อจะให้ได้มาซึ่งสิทธิประโยชน์หรือผลประโยชน์ของคนส่วนมากในสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มคนรากหญ้า กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มเกษตรกร เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้เวลาที่ยาวนาน ลิ่นเปลืองทรัพยากร ทรัพยากร ทรัพยากร รายได้ รวมไปถึงครอบครัว ความเป็นชุมชน เช่น การชุมชนของชาวบ้านปากมูลเพื่อคัดค้านการสร้างเขื่อนปากมูลและกรณีการเรียกร้องค่าชดเชยจากผลกระทบจากการสร้างเขื่อนปากมูล มาตั้งแต่ปี ๒๕๓๒, การเคลื่อนไหวของสมัชชาเกษตรกรรายย่อยภาคเหนือ ที่เรียกร้องเรื่องที่ดินทำกิน ปัญหาการประกาศพื้นที่อุทยานฯซ้อนทับที่, การคัดค้านการสร้างโรงไฟฟ้า ของชาวบ้านบ้านกรูด-บ่อนอก จ.ประจวบคีรีขันธ์ หรือการคัดค้านการก่อสร้างท่อส่งก๊าซโรงแยกก๊าซไทย-มาเลเซีย จนถึงปัจจุบันชาวบ้านที่ได้ลุกขึ้นมาเรียกร้องความธรรมหลายชุมชนได้สูญเสียที่อยู่อาศัย ที่ดินทำกิน อาชีพ รายได้ ครอบครัว ชุมชน องค์กรความรู้ และชีวิตไปไม่น้อย

๘. ที่ผ่านมา รัฐและภาคประชาชนได้มีความพยายามที่จะทำให้ชุมชนท้องถิ่น สามารถจัดการแก้ไขปัญหา และกำหนดแผนพัฒนาตนเองได้ จึงมีการจัดทำโครงการจังหวัดบูรณาการ เป็นการบูรณาการแผนการพัฒนาจังหวัดจากภาคประชาชนทุกระดับเข้ามาเป็นแผนในการพัฒนาของจังหวัด หรือการมีสภาองค์กรชุมชนระดับจังหวัด การจัดรูปสมัชชาสุขภาพจังหวัด เป็นต้น แต่กระบวนการหรือองค์กรภาคประชาชนที่จัดตั้งขึ้นมานั้นยังไม่มีวี่แวงที่เข้มแข็งพอที่จะจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ เนื่องด้วยความไม่สมบูรณ์ของอำนาจและหน้าที่ ซึ่งในความเป็นจริงกลุ่มองค์กรเหล่านี้เป็นเพียงผู้รวบรวมข้อเสนอ แผน งบประมาณ เพื่อส่งผ่านให้กับการบริหารราชการส่วนกลาง หรือราชการท้องถิ่น

๙. ปราบปรามการฉ้อราษฎร์บังหลวง ที่แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ท้องถิ่น และท้องถิ่นที่สามารถจัดการตนเองได้อย่างเข้มแข็ง เช่น ชุมชนแม่ทา อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่ ได้จัดการชุมชนของตนเองจากวิกฤติความแห้งแล้งจากทรัพยากรป่าไม้ที่ถูกทำลายลงจากการสัมปทานป่าของรัฐ รวมถึงการตัดไม้ทำลายป่าของชาวบ้านในชุมชนเอง แกนนำและชาวบ้านได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาดูงาน ประสานทรัพยากรบุคคล องค์กรความรู้ ตลอดจนจนถึงงบประมาณทั้งภายในและภายนอก เพื่อนำมาจัดการแก้ไขปัญหาป่าถูกทำลาย ดินน้ำป่า การเกษตร ชุมชนน้ำเกียน อ.ภูเพียง จ.น่าน เริ่มจากชุมชนเผชิญวิกฤติเรื่องยาเสพติด และการทะเลาะวิวาทของคนในชุมชน แกนนำและชาวบ้านบางส่วนจึงได้ค้นหาแนวท่เพื่อจัดการกับปัญหายาเสพติด และยกระดับการแก้ไขปัญหาไปยังเรื่องอื่น ๆ ในตำบลได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ชุมชนควนรู อ.รัตภูมิ จ.สงขลา ได้ลุกขึ้นมาจัดการกับปัญหาความขัดแย้งของผู้นำด้วยกระบวนการทางการเมืองแบบสมานฉันท์ และพัฒนาไปสู่การจัดการชุมชนทั้งระบบ และปัจจุบันกำลังระดมทุนเพื่อการพัฒนาชุมชนของตนเอง เนื่องจากงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาชุมชน โดยตั้งเป้าไว้ที่ ๙,๙๙๙,๙๙๙ บาท ชุมชนบ้านใหม่ อ.หนองบุญมาก จ.นครราชสีมา ที่จัดการปัญหานี้สินด้วยองค์ความรู้และทุนทางสังคมของชุมชน ก่อให้เกิดกลุ่มอาชีพที่หลากหลายและเชื่อมโยงความรู้สู่กลุ่มต่าง ๆ ทั้งชุมชนและ อำเภอถลางพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอำเภอที่ถูกตั้งขึ้นมาใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี ชาวบ้านในพื้นที่เรียกว่า “อำเภอมือจะคี” การตั้งอำเภอใหม่ ทำให้หลายหน่วยงานโดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทย ต้องการเห็นอำเภอใหม่ เป็นอำเภอในฝัน อยากเห็นการมีส่วนร่วมกับภาคประชาชน เริ่มตั้งแต่การก่อสร้างที่ว่าการอำเภอ

^๓ โครงการศึกษาการถือครองและใช้ประโยชน์ที่ดินและมาตรการทางเศรษฐศาสตร์และกฎหมายเพื่อให้การใช้ประโยชน์ที่ดินเกิดประโยชน์สูงสุด โดย มูลนิธิสถาบันที่ดิน

แบบการก่อสร้างอำเภอที่ผสมผสานรูปแบบทางการกับความเป็นท้องถิ่น ในขณะที่ความฝันของชาวบ้านในอำเภอ ก็อยากเห็น “การจัดการตนเองในระดับอำเภอ” โดยใช้ฐานต้นทุนองค์ความรู้ ภูมิปัญญาตามวิถีชุมชนท้องถิ่นเอง จึงได้รวมกลุ่มกันเป็น “สภาแอมือเจอะคี” เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนของชุมชนของคนในพื้นที่มาคิด วิเคราะห์ กำหนด ทิศทางวางแผนการขับเคลื่อนร่วมกับรัฐทุกรูปแบบตั้งแต่เริ่มต้น ทั้ง ๕ พื้นที่เป็นเพียงตัวอย่างของชุมชนที่ลุกขึ้นมา จัดการแก้ไขปัญหาของตนเอง และยังมีชุมชนอีกมากที่สามารถจัดการตนเองในหลายเรื่อง

๑๐. ประเทศไทยมีกฎหมายเป็นจำนวนมาก แต่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจเพียงแค่ ๑๑ ฉบับ ได้แก่ พรบ.เทศบาล ปี ๒๔๙๖, พรบ.สภาตำบล, พรบ.องค์การบริหารส่วนตำบล ปี ๒๕๓๗, พรบ.ระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร ปี ๒๕๓๗, พรบ.องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปี ๒๕๔๐, พรบ.ระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา ปี ๒๕๔๒, รัฐธรรมนูญ ๒๕๔๐ ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่พูดถึงเรื่องการกระจายอำนาจที่ชัดเจน มี ๑๑ มาตราในรัฐธรรมนูญที่กำหนดเรื่องการกระจายอำนาจ, มีการกำหนดเป็นแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ปี ๒๕๔๒, สร้างกลไกการใช้อำนาจของประชาชนเพิ่มเติมขึ้นมา เรื่องการถอดถอนหรือการเสนอข้อบัญญัติ ปี ๒๕๔๒, ระเบียบบริหารบุคคลส่วนท้องถิ่น ปี ๒๕๔๒ และ พรบ.เปลี่ยนแปลงสถานะจากสุขาภิบาลเป็นเทศบาล ปี ๒๕๔๒ เห็นได้ว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจในประเทศไทยมี ๑๑ ฉบับ แต่มีกฎหมายที่เป็นข้อจำกัดมากกว่า ๗๐๐ ฉบับ เพราะว่าการกฎหมายออกโดย ส่วนกลาง ประเทศไทยปกครองด้วยระบอบนิติรัฐ คือ ปกครองโดยกฎหมาย ฉะนั้น กระทรวง ทบวง กรม ส่วนกลางที่ต้องใช้อำนาจในการดำเนินการต้องออกกฎหมาย^๔ แม้ว่าจะมีกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามชุมชนท้องถิ่นยังสามารถใช้โอกาสและช่องทางจากรัฐธรรมนูญ ปี ๒๕๕๐ ที่ต้องการกระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่น ตาม มาตรา ๖๖, มาตรา ๗๘(๓), มาตรา ๘๗(๑) (๒) (๓) (๔) และมาตรา ๑๖๓ เป็นช่องทางในการผลักดันให้เกิดการศึกษา และพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับชุมชนท้องถิ่นนั้น รวมถึงผลักดันให้รัฐกระจายอำนาจให้กับชุมชนท้องถิ่นได้จัดการตนเองอย่างแท้จริง ตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ

แนวทางการแก้ไขปัญหา

๑๑. จากสภาพปัญหา ทูทางสังคม และโอกาสจากข้อกฎหมายดังกล่าว นพ.ประเวศ วะสี^๕ ประธาน คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป ได้ให้แนวทางว่า “เราเกิดวิกฤตชาติเพราะเรามีปัญหาเชิงโครงสร้างที่สะสมมาเรื่อย โครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม โครงสร้างทางสังคม โครงสร้างทางการปกครอง ในรอบร้อยปีที่ผ่านมา การปกครองเรารวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างอำนาจรวมศูนย์ กับความเป็นตัวเอง ของท้องถิ่น และนำไปสู่ปัญหา รวมทั้งปัญหาภาคใต้ ที่อื่นก็เช่นเดียวกัน ปัญหาการทำลายสภาพแวดล้อม วัฒนธรรมทั้งหลาย คือ การรวมศูนย์อำนาจ การปฏิรูปคราวนี้คือการกระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถ ปกครองตัวเอง ส่วนที่เคยทำในการใช้อำนาจลงไปข้างล่างควรจะต้องเลิก เปลี่ยนบทบาทตัวเองไปสนับสนุน ทั้งหมด จากการบังคับบัญชาไปเป็นการสนับสนุน เราต้องเชื่อในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ว่าสามารถดูแลชุมชน ดูแล

^๔ สุมิตรชัย หัตถสาร. “เอกสารประกอบเวทีวิชาการ จัดสรรอำนาจใหม่ ให้จังหวัดจัดการตนเอง” สถาบันการจัดการทางสังคม. ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓.

^๕ ประเวศ วะสี. “ปฏิบัติการของชุมชนท้องถิ่น เพื่อการปฏิรูปประเทศไทย” ศูนย์ข้อมูลข่าวสารปฏิรูปประเทศไทย, สำนักข่าว สถาบันอิศรา.

ท้องถิ่นได้ ไม่ควรจะไปรวมศูนย์อำนาจแบบเดิมอีกต่อไปแล้ว การใช้อำนาจลงไปในนั้นคือวิกฤติชาติ การปฏิรูปครั้งนี้ ต้องให้ชุมชนท้องถิ่นปกครองตนเองให้สอดคล้องกับประวัติศาสตร์ของเขา สอดคล้องกับความต้องการของเขา ส่วนอื่นเข้าไปสนับสนุน”

๑๒. ความหมายของพื้นที่จัดการตนเอง

พื้นที่ หมายถึง พื้นที่ภายในบริบทจังหวัด อันประกอบด้วย พื้นที่ตั้งแต่ระดับชุมชนหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และภูมิภาคภายในจังหวัด

พื้นที่จัดการตนเอง หมายถึง การที่ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นสามารถตัดสินใจ กำหนดทิศทางการพัฒนา บริหารจัดการชุมชนท้องถิ่นของตนเองร่วมกับหน่วยงาน และภาคีอื่น ๆ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม

ชุมชนท้องถิ่น หมายถึง การรวมกลุ่มของคนในพื้นที่ ที่มีพื้นที่อาณาเขตบริเวณทั้งพื้นที่ขนาดเล็ก จนถึงขนาดพื้นที่ขนาดใหญ่ มีความสัมพันธ์เชิงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกัน มีจุดหมาย และการจัดการร่วมกัน

๑๓. การที่ชุมชนท้องถิ่นสามารถจัดการตนเองได้ หน่วยงานรัฐ องค์กรที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพ สร้างกลไกร่วมและกลไกของชุมชนท้องถิ่น โดยมีแนวทาง แผนงาน งบประมาณ บนฐานความเชื่อ วิถีชีวิต วัฒนธรรม ฯลฯ ดังนี้

๑๓.๑ ระดับชุมชนหมู่บ้าน การบริหารราชการส่วนกลางร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถจัดการตนเองได้โดยใช้การทำแผนชุมชนที่เป็นแผนสุขภาวะ และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนในสัดส่วนที่เหมาะสม

๑๓.๒ ระดับตำบล ชุมชนท้องถิ่น ต้องร่วมกันพัฒนากลไกการจัดการตนเอง โดยการบูรณาการ แผนชุมชน แผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนขององค์กรชุมชน แผนของหน่วยงานต่าง ๆ จัดทำเป็นแผนแม่บทระดับตำบล โดยการบริหารราชการส่วนกลางร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนในสัดส่วนที่เหมาะสม

๑๓.๓ ระดับอำเภอ การบริหารราชการส่วนกลางต้องให้การสนับสนุนให้เกิดกลไกการจัดการตนเองจากระดับชุมชน และระดับตำบล สู่ระดับอำเภอ

๑๓.๔ ระดับจังหวัด การบริหารราชการส่วนกลางและองค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องให้การสนับสนุน ให้เกิดกลไกการจัดการตนเองในระดับจังหวัด ต้องยกระดับจังหวัดบูรณาการมาสู่ “จังหวัดการตนเอง (ในทุกมิติ)” ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม การศึกษา การท่องเที่ยวและระบบภาษี

๑๔. การจัดสมดุลเชิงอำนาจ ระหว่างการบริหารราชการส่วนกลางกับชุมชน, การบริหารราชการส่วนกลางกับท้องถิ่น, ท้องถิ่นกับชุมชน และชุมชนกับชุมชน โดยการลดบทบาทอำนาจการบริหารจัดการของการบริหารราชการส่วนกลางลงให้เหลือเพียงภารกิจหลักเท่าที่จำเป็น และต้องกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริงในทุกด้าน ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ไม่ว่าจะเป็น ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ด้านการเมืองการปกครอง และการบริหารจัดการท้องถิ่น เช่น เรื่องระบบการจัดเก็บและใช้ภาษีในพื้นที่ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณจากภาษีสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพและการดำเนินงานของกลไกการจัดการตนเอง โดยให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการในทุกมิติ

๑๕. สร้างการมีส่วนร่วมรวมถึงสร้างกลไกการตรวจสอบการทำงานอย่างเข้มข้นในทุกระดับ โดยต้องเคารพความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ศาสนา ความรู้ ในทุกกลุ่มและภาคส่วนของชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

๑๖. หน่วยงานและองค์กรอิสระที่เกี่ยวข้องกับการสร้างนโยบาย รวมถึงที่เป็นแหล่งงบประมาณ ต้องสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินงานของกลไกการจัดการตนเองในทุกระดับ โดยมีแผนงานที่ชัดเจน และจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่เหมาะสมที่จะให้ชุมชนท้องถิ่นตัดสินใจที่จะใช้งบประมาณและดำเนินการเอง

ประเด็นการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๗

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

มาตรา ๖๖ บุคคลซึ่งรวมตัวกันเป็นชุมชน ชุมชนท้องถิ่น หรือชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิอนุรักษ์หรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งความหลากหลายทางชีวภาพ อย่างสมดุลและยั่งยืน

มาตรา ๗๘ (๓) กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของ ท้องถิ่นได้เอง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ พัฒนาเศรษฐกิจของท้องถิ่น และระบบสาธารณสุข ปลอดภัย โครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ ในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันทั่วประเทศ รวมทั้งพัฒนาจังหวัดที่มีความพร้อมให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขนาดใหญ่ โดยคำนึงถึงเจตนารมณ์ของประชาชนในจังหวัดนั้น

มาตรา ๘๗ (๑) ให้รัฐต้องดำเนินการตามแนวทางนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยส่งเสริม ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

มาตรา ๘๗ (๔) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้มแข็งในทางการเมือง และจัดให้มีกฎหมายจัดตั้งกองทุน พัฒนาการเมืองภาคพลเมืองเพื่อช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมสาธารณะของชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการ ของกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันในลักษณะเครือข่ายทุกรูปแบบให้สามารถแสดงความคิดเห็น และเสนอความต้องการ ของชุมชนในพื้นที่

มาตรา ๑๖๓ ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ คน มีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภา เพื่อให้รัฐสภาพิจารณาร่างพระราชบัญญัติตามที่กำหนดในหมวด ๓ และหมวด ๕ แห่งรัฐธรรมนูญนี้

มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ^๑

ตระหนัก ว่าการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความพยายามแทรกแซงของผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ และการแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศ ในราคาที่ต่ำ ไม่สามารถตรวจสอบได้ ตลอดจนการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบที่ไม่ได้เพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ ส่งผลให้บุหรี่ในท้องตลาดมีราคาถูก และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบใหม่ ๆ มีส่วนสำคัญในการโน้มน้าวให้ประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว

รับทราบ ถึงสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย รวมถึงเยาวชน และผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน

เข้าใจ ว่าการควบคุมยาสูบต้องใช้มาตรการที่บูรณาการหลายด้าน โดยเฉพาะการลดอุปสงค์ด้วยราคาและภาษี การลดอุปสงค์ด้วยการควบคุมกลยุทธ์การตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการช่วยเหลือกบหรี่

ชื่นชม ในพัฒนาการของกระบวนการนโยบายด้านการควบคุมยาสูบในประเทศไทยที่มีคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) เป็นองค์กรหลักในการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานประสานงาน กำกับ และประเมินผลการควบคุมยาสูบ

ตระหนัก ถึงความจำเป็นในการสร้างความมุ่งมั่นร่วมกันของสังคมไทยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะการใช้ประโยชน์จากแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการดำเนินงาน และเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗^๒

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปนี้

๒.๑ ให้หน่วยงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก^๓ โดยเฉพาะมาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการกำหนดนโยบายหรือระเบียบภายในหน่วยงานเพื่อป้องกันการแทรกแซงดังกล่าว

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๖ / ผผนวก ๑

^๓ WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC

๒.๒ ให้กระทรวงการคลังดำเนินการ

๒.๒.๑ ปรับโครงสร้างภาษียาสูบให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันเพื่อให้ราคาขายปลีกยาสูบโดยเฉลี่ยสูงขึ้น โดยขอให้พิจารณาจัดเก็บภาษีบุหรี่ชิกาแรตทั้งตามสภาพและตามราคาขายปลีก รวมทั้งให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบปิดแอสแตมปียาสูบบนของบรรจยาลิ้นที่ทำจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองด้วย และดำเนินการทยอยปรับขึ้นภาษียาเส้นและยาสูบประเภทอื่นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

๒.๒.๒ ห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility: CSR)

๒.๓ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่ รวมถึงการเข้าถึงการรับยา สมุนไพร แพทย์แผนไทย หรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่ และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน

๒.๔ ให้กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการประชาสัมพันธ์ การให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทางสื่อคอมพิวเตอร์ทั้งจากภายในและต่างประเทศ และออกกฎหมายจัดสรรเวลาในการนำเสนอโทษของยาสูบในทุกประเภทสื่อในสัดส่วนที่เหมาะสม

๒.๕ ให้กระทรวงวัฒนธรรม กรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามมีฉากสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ ทางภาพยนตร์ โทรทัศน์ และสื่อมวลชนต่าง ๆ และมีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลสาธารณะที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักร้อง เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สาธารณชน โดยการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

๒.๖ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และกระทรวงวัฒนธรรม ควบคุมกำกับองค์กรและเครือข่ายไม่ให้รับการสนับสนุนใด ๆ จากบริษัทยาสูบทั้งภายในและต่างประเทศ ตามกฎหมาย

๒.๗ ให้กระทรวงศึกษาธิการบรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน และหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบในสถานศึกษา กำชับให้สถานศึกษาทุกแห่ง

- ตัดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด
- ห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา
- ให้บุคลากรทางการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ นักการภารโรง ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น เป็นแบบอย่างแก่นักเรียน นักศึกษา
- สนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และการวิจัยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒.๘ ให้กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการ โดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงการคลัง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

๒.๙ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิตวัตถุดิบในพื้นที่ และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง

๓. สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ดังนี้

๓.๑ สนับสนุนส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมเฝ้าระวังและติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้มาตรการทางสังคมไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบพัฒนาช่องทางใหม่ ๆ ในการโฆษณา การส่งเสริมการตลาด และการให้ทุนอุปถัมภ์ โดยมีกลไกระดับจังหวัด

๓.๒ สนับสนุนการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้กระจายอย่างทั่วถึง โดยจัดสถานที่ปลอดบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ทั้งในที่สาธารณะ ที่ทำงาน ศาสนสถาน สถานศึกษา บริษัท ห้างร้าน เอกชน โดยเฉพาะสถานที่ราชการ และส่งเสริมให้มีหมู่บ้านปลอดบุหรี่

๓.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการตามมติ และตาม “แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗” ให้เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

๔. ขอให้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน สร้างแรงจูงใจในการดำเนินการตามมติ และติดตามผลการดำเนินงานตามมติ

๕. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย

๑. ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ๑๐.๙๐ ล้านคน (ร้อยละ ๒๐.๗๐) เพศหญิงเท่ากับร้อยละ ๒.๐๑ และเพศชายเท่ากับร้อยละ ๔๐.๔๗ จากข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่าโดยทั่วไปเพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ ๑๘ ปี ส่วนเพศหญิง เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ ๒๒ ปี

๒. การสูบบุหรี่ในรอบ ๑๘ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่ในปีพ.ศ.๒๕๕๒ มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ.๒๕๕๐ เล็กน้อย ดังนี้ ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่^๑ มีจำนวนลดลงจาก ๑๒.๒๖ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๐๐) ในปี พ.ศ.๒๕๓๔ เป็น ๑๐.๘๖ ล้านคน (ร้อยละ ๒๑.๒๒) ในปี พ.ศ.๒๕๕๐ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น ๑๐.๙๐ ล้านคน (ร้อยละ ๒๐.๗๐)^๒ ทั้งนี้เพราะมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงโดยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ ร้อยละ ๑.๙๔ และ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒.๐๑จากการที่บุหรี่ปริมาณถูกขจัดใหม่ออกมาที่ตลาด และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเป้าไปที่เยาวชนและผู้หญิง

๓. ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เฉลี่ยสูงถึง ๑๐ มวนต่อวันผู้สูบบุหรี่แบ่งเป็นผู้สูบน้อยกว่า ๑๐ มวน จำนวน ๕.๐๖ ล้านคน (ร้อยละ ๔๖.๖) และผู้สูบตั้งแต่ ๑๐ มวนขึ้นไป จำนวน ๕.๗๙ ล้านคน (ร้อยละ ๕๓.๔)^๓ ซึ่งผู้สูบ ๑๐ มวนขึ้นไปจำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดโรคติดยาสูบ เนื่องจากเป็นผู้ที่ติดนิโคติน

๔. ผู้สูบบุหรี่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปประมาณกึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเอง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึง พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มวนเองอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๕๐.๘๕-๔๓.๙๙ โดยร้อยละ ๙.๑๙ สูบทั้งบุหรี่ปริมาณและบุหรี่ปริมาณเอง^๔ และ มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมา เนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ปริมาณที่มีผลมาจากการขึ้นภาษี หรือราคาที่ลดลงมาจากการลดภาษีนำเข้าหรือการขยายตลาดของบุหรี่ปริมาณภายในประเทศ โดยที่ ยาเส้นที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่ปริมาณเองมีอัตราภาษีเพียงร้อยละ ๐.๑ ในขณะที่บุหรี่ปริมาณมีการเพิ่มอัตราภาษีสูงขึ้นตามภาวะเงินเฟ้อ จนปัจจุบันมีอัตราภาษีอยู่ที่ร้อยละ ๘๕ จากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่น ๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า

เด็กและเยาวชน

๕. อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ ๑๙-๒๔ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ.๒๕๔๙ และค่อยๆเพิ่มขึ้น จนมีอัตราสูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ ๒๒.๑๙ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ โดยสูงขึ้นจากปีพ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๙๒ ส่วนช่วงอายุ ๑๕-๑๘ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๔๔ และค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนมีอัตราสูบบุหรี่เท่ากับ ๑๕.๙๑ ซึ่งในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ โดย สูงขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๓๗

๖. จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า เยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๓.๖๐ ไม่เคยถูกผู้ขายขอตัวบัตรประชาชน และโดยส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบแบ่งมวนขายหรือซื้อเป็นมวนร้อยละ ๖๘.๒๕ รองลงมาซื้อเป็นซองร้อยละ ๓๑.๔๖ และอีกเล็กน้อยซื้อเป็นห่อใหญ่ หรือคาร์ตันร้อยละ ๐.๒๙^๕

๗. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการบริโภคยาสูบซึ่งรวมทั้งยาสูบชนิดมีควันและชนิดไม่มีควันของเยาวชนไทยอายุ ๑๓-๑๕ ปีสูงถึงร้อยละ ๑๖.๔ โดยอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายร้อยละ ๒๕.๔ เพศหญิง ร้อยละ ๗.๘ ส่วนอัตราผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๗ โดยอัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายร้อยละ ๒๐.๑ เพศหญิง ร้อยละ ๓.๘ และ เป็นที่น่าตกใจว่าร้อยละ ๘ ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบันคิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า^๖ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเด็กและเยาวชนมีความอ่อนไหว และชักจูงให้อาบบอย่างได้ง่าย โดยสื่อต่าง ๆ และผู้ที่อยู่รอบข้าง

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ

๘. การบริโภคยาสูบและยาเส้น มีผลเสียต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน^๗ และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงสุดเป็นอันดับ ๓ รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรค ของกระทรวงสาธารณสุข^๘ ประเมินการว่ามีผู้เสียชีวิต ๔๑,๐๐๒ คนต่อปี จากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) และในปี พ.ศ.๒๕๔๙ ประเมินการว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือ โรคมะเร็งปอด ๕,๒๙๙ ราย โรคหัวใจ ๕๒,๖๐๕ ราย และโรคถุงลมโป่งพอง ๖๒๔,๓๐๙ ราย รวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน ๙,๘๕๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙^๙

๙. ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ครวเรือนที่จนที่สุด จ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบบุหรี่ร้อยละ ๘.๐๔ ของรายได้ครัวเรือน เฉลี่ยทุกกลุ่มประมาณร้อยละ ๔.๔๔^{๑๐} และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ อุดตัน และโรคถุงลมโป่งพอง เท่ากับ ๑๐๓,๖๐๒.๖๑, ๓๕,๙๙๖.๖๓ และ ๑๔,๙๒๓.๒๘ บาท/คน/ปี^{๑๑}

๑๐. ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่าร้อยละ ๓๙.๑ ที่สมควรได้รับความคุ้มครอง เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด เป็นสารพิษมากกว่า ๒๕๐ ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และกว่า ๕๐ ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง^{๑๒} ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง^{๑๓} โดยมีผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบเลือด ถึงแม้ว่าในประเทศไทยร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในบ้านลดลง จากร้อยละ ๘๕.๗๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๕๘.๙๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐^{๑๔} แต่ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าประชากรร้อยละ ๓๙.๑ ยังได้รับควันบุหรี่ในบ้าน^{๑๕} และสัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงานถึงร้อยละ ๒๗.๒

๑๑. ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีถึง ๔.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๗ ของประชากรที่เคยสูบ ๑๕.๖ ล้านคน^{๑๖} แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกยาสูบได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการเลิกบุหรี่ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ยัง

ไม่เป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับการบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้องใช้จ่ายช่วยเลิกยาสูบ แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการใช้จ่าย

นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

๑๒. ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศ เป็นลำดับที่ ๓๖ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จาก ๑๖๘ ประเทศ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญอันหนึ่งคือมาตรา ๕.๓ ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ โดยที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ ๓ ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาดังกล่าว ได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

๑๓. กลยุทธ์และวิธีปฏิบัติด้านการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ มีพัฒนาการตลอดเวลา ได้แก่ การโฆษณา (Advertising) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และการอุปถัมภ์ (Sponsorship) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้าง ว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) เช่น การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานภาคการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้ง สร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมไปถึงการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้บริโภคยาสูบ ต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ อันได้แก่ การขอเข้าพบเพื่อเจรจาต่อรองขอผ่อนปรนกฎระเบียบต่างๆ กับผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ

๑๔. การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์กรเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่น ๆ โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย จึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ขึ้นจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๑๕. นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบรวม ๙ ครั้ง โดยล่าสุดเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ มีการปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบเป็นร้อยละ ๘๕ ทำให้รายได้สรรพสามิตบุหรี่ยาสูบที่รัฐจัดเก็บได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑๕,๔๓๘ ล้านบาท เป็น ๔๓,๙๓๖ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒^{๑๖} แต่การขึ้นภาษีในแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้ราคาบุหรี่เพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเพื่อ อีกทั้งอัตราภาษียาเส้นไม่ได้เพิ่มไปด้วย ปัจจุบันอัตราค่าแสตมป์ยาเส้นคิดตามมูลค่าร้อยละ ๐.๑ หรือคิดตามปริมาณต่อหน่วย ๑๐ กรัม หน่วยละ ๐.๐๑ บาท ดังนั้นกลไกด้านราคาจึงยังไม่ได้ทำหน้าที่ในการลดการบริโภคยาสูบเท่าที่ควร ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีผลมาจากมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมร่วมด้วย เช่น การทำให้บุหรี่เป็นสินค้าไม่ปกติ รวมทั้งการสูบบุหรี่เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม และการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น

๑๖. ปัจจุบันยาเส้นและยาสูบ ได้แก่ ชิการ์ ยาเส้นปรุงรสน้ำ ยาเคี้ยว และบุหรี่อื่น ๆ จัดเก็บภาษีตาม พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ มีโครงสร้างภาษี เป็นการจัดเก็บภาษีจากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่น ๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า แต่ปรากฏว่าปัจจุบันบริบทได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศไม่สามารถตรวจสอบได้ จึงอาจได้รับแจ้งในราคาที่ต่ำ ประกอบกับอัตราภาษีนำเข้าจะทยอยลดลงอันเนื่องมาจากข้อตกลงการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องปรับโครงสร้างภาษียาสูบและบุหรี่ซิการ์เรต เพื่อให้ราคาบุหรี่ไม่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้มีบริโภคยาสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

๑๗. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกระบวนการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การควบคุมยาสูบของประเทศมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีพันธกิจ สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจริญป่วย พิการ และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) แล้ว เมื่อคณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบแล้ว จะมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

๑๘. แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ มีจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อการลดอัตราการบริโภคยาสูบ การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ ๘ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนายสูบรายใหม่ ๒) การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ ๓) การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ๕) การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ๖) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ๗) การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ๘) การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ รายละเอียดอยู่ในเอกสารภาคผนวก

๑๙. ถึงแม้ว่าแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จะกำหนดให้มีผลผูกพันกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องรับไปดำเนินการตาม แต่ในความเป็นจริงการดำเนินงานจะสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งหมายรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยยังขาดการระดมศักยภาพของภาคประชาชน ให้มาสนใจและเฝ้าระวังการคุกคามจากอุตสาหกรรมยาสูบ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๖

เอกสารอ้างอิง

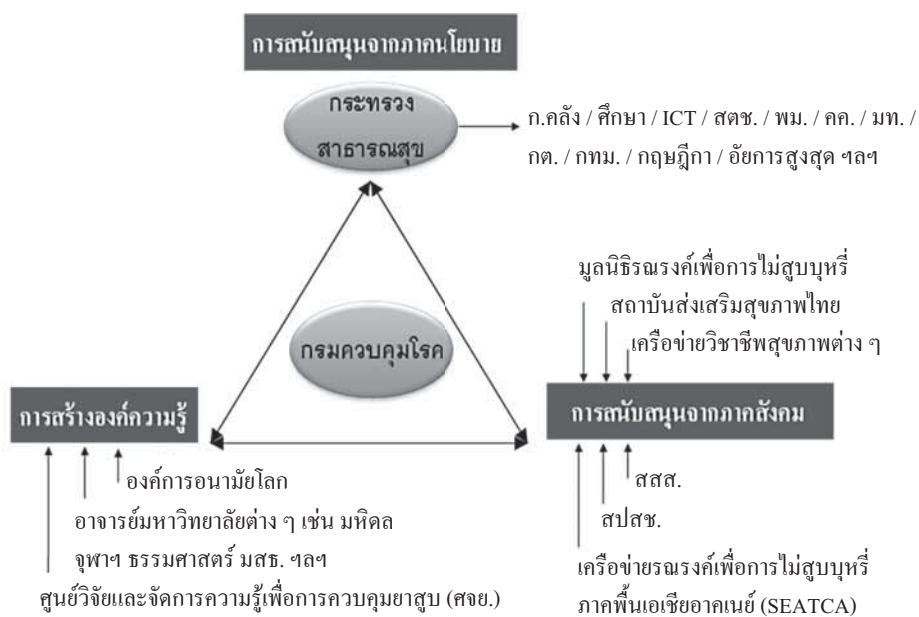
- ๑ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ/ ทุกวัน และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว
- ๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ๓ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ๔ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- ๕ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๑ - ๒๔ ปี พ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๐.
- ๖ ศุภวรรณ มโนสุนทร, นวรัตน์ เพ็ชรเจริญ, สาลินี เซ็นเสถียร, นพวรรณ อัครวัฒน์. การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย อายุ ๑๓ - ๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ๗ สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. ๒๕๕๒. โครงการคุณสมบัติและการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด ของผู้ที่สูบบุหรี่กักรองและบุหรี่พื้นบ้านแบบมวนเองในประเทศไทย.การนำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปีบุหรีกับสุขภาพ ครั้งที่ ๘, ๒๔ - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๒ ที่โรงแรมมิราเคิลแกรนด์
- ๘ การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๗. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
- ๙ Jittrakul Leartsakulpanitch and Wimol Nganthavee. The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Based Analysis. J Med Assoc Thai 2007; 90 (9): 1925-9.
- ๑๐ ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ๑๑ Pongpanich S. A comparative analysis between present and future tobacco related health care costs in Thailand. Bangkok: The College of Public Health. Chulalongkorn University; 2003.
- ๑๒ วราวุฒิ เจริญศิริ. ควันบุหรีมือสอง. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. แหล่งข้อมูล www.bangkokhealth.com. วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๓.
- ๑๓ สุทัศน์รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี.เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ๒๕๕๒.
- ๑๔ ศรีณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ๑๕ โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๒.
- ๑๖ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๕๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ๑๗ UPDATED STATUS OF THE WHO FCTC: RATIFICATION AND ACCESSION BY COUNTRY. แหล่งข้อมูล http://www.fctc.org/dmdocuments/ratification_latest_Bahamas.pdf. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒.
- ๑๘ กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗

หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนานกว่า ๓๐ ปี โดยความร่วมมือของทุกภาคทั้งจากภาครัฐ องค์กรเอกชน (NGOs) และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้มีความก้าวหน้ามาเป็นอย่างดี แต่ก็มีส่วนขาดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ประกอบกับประเทศไทยได้ร่วมลงสัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) เป็นประเทศอันดับที่ ๓๖ จาก ๑๖๙ ประเทศที่ลงนามแล้ว โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ ซึ่งเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ดังกล่าว อีกทั้งกระแสโลกาภิวัตน์และการเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมทำให้ปัญหาการบริโภคยาสูบมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนขึ้นมาก จึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์และมาตรการในการควบคุมยาสูบที่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน กรมควบคุมโรคจึงมีคำสั่งที่ ๒๑๘/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานจัดทำแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ซึ่งคณะกรรมการและคณะทำงานนี้ได้มีการประชุมจัดทำแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนมาแล้วหลาย ๆ ครั้ง ดังภาพแสดงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จึงได้แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ ฉบับนี้ขึ้น และผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) แล้ว เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๓



ภาพแสดง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ ดังนี้

- **วิสัยทัศน์ (Vision)** “การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง”

- **พันธกิจ (Mission)** “สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทยให้ได้มาตรฐาน ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิการ และตาย อันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ”

- **จุดมุ่งหมายสูงสุด (Ultimate Goals) :**

๑. การลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน
๒. การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร
๓. การทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

- **เป้าหมาย (Targets)**

๑. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยรวมและประชากรชาย ลดลงร้อยละ ๑๐ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ขณะที่อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. ๒๕๕๒
๒. ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรต่อปี ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒
๓. ควบคุมมิให้อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ (บุหรี่ไร้ควัน) เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลการสำรวจปี พ.ศ. ๒๕๕๒
๔. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลดลง ๕๐% จากปี พ.ศ. ๒๕๕๒

- **โดยมียุทธศาสตร์ (Strategies) ที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ**

๘ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่
- ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่
- ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ยุทธศาสตร์ที่ ๗ การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
- ยุทธศาสตร์ที่ ๘ การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนายาสูบรายใหม่

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๓ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. การให้ความรู้แก่เยาวชนและครู และส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ต่อต้านการบริโภคยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ การให้ความรู้เกี่ยวกับผลของยาสูบต่อสุขภาพ และกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

๑.๒ การฝึกอบรมและสร้างการมีส่วนร่วมของครู

๑.๓ การดำเนินการโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่

๑.๔ การสร้างเครือข่ายทางสังคมเพื่อรณรงค์ป้องกันการริเริ่มการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน

๑.๕ การสนับสนุนให้เยาวชนเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ (Youth advocacy group)

๒. การปกป้องเด็กและเยาวชนจากความเย้ายวน (Appeal)

เด็กและเยาวชนมักอ่อนไหวและชักจูงให้เอาแบบอย่างได้ง่ายโดยสื่อต่าง ๆ และผู้ที่อยู่รอบข้าง ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ การควบคุมการโฆษณาและการตลาดของธุรกิจยาสูบ

๒.๒ การจัดการแสดงผลิตภัณฑ์ในสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต)

๒.๓ การจัดการอุปถัมภ์ต่าง ๆ และการทำกิจกรรมเพื่อรับผิดชอบต่อสังคมของธุรกิจยาสูบ (Corporate Social Responsibility: CSR)

๒.๔ การจำกัดการเย้ายวนโดยบุคคลต้นแบบ (role models) ซึ่งรวมถึงบิดามารดา เพื่อนหรือรุ่นพี่ และดารา

๒.๕ การจัดการความเย้ายวนจากผลิตภัณฑ์รูปแบบและรสชาติใหม่ซึ่งบริษัทบุหรี่ยื่นำออกสู่ตลาด

๓. ป้องกันและจัดการเข้าถึง (Access) ยาสูบของเด็กและเยาวชน

การป้องกันการเข้าถึงยาสูบของเยาวชนเท่ากับเป็นการตัดโอกาสการบริโภคโดยตรง ยุทธวิธีนี้รวมถึงการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังใน ๖ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ การห้ามการจำหน่ายแก่บุคคลอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี

๓.๒ การห้ามจำหน่ายโดยเครื่องอัตโนมัติ

๓.๓ การห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย

๓.๔ การห้ามจำหน่ายปลีกเป็นมวนหรือเป็นซองซึ่งมีบุหรี่ย่อยกว่า ๒๐ มวน

๓.๕ การห้ามจำหน่ายทางไปรษณีย์และทางอินเทอร์เน็ต

๓.๖ การเพิ่มภาษีและราคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๕ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. ส่งเสริมการเลิกบริโภคยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ การสร้างค่านิยมไม่ยอมรับการบริโภคยาสูบ (Social Denormalization) ในสังคมไทยโดยเฉพาะกลุ่มอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป

๑.๒ การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนนวัตกรรมการลดและเลิกบริโภคยาสูบและสร้างความตระหนักแก่ผู้บริโภครวมถึงเข้าสู่การบริการเลิกยาสูบ

๑.๓ สร้างและพัฒนาระบบการบันทึกการบริโภคยาสูบทุกคนที่มารับการบริการในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

๑.๔ สร้างและพัฒนาการบันทึกการวินิจฉัยโรคภาวะติดยาสูบในผู้ป่วยที่มีประวัติการบริโภคยาสูบทุกราย

๒. การส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายให้มีความรู้ในการช่วยให้เลิกยาสูบ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ สร้างความรู้ เผยแพร่ความรู้ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพ และเพิ่มแรงจูงใจเรื่องการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบ

๒.๒ ส่งเสริมทุนเพื่อพัฒนางานบริการสู่การวิจัยทางด้านการบำบัดรักษาโรคภาวะติดยาสูบ

๒.๓ สร้างและพัฒนาระบบค่าตอบแทนองค์กรและบุคลากรที่ทำงานการบำบัดรักษาเลิกยาสูบเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการบำบัดรักษา

๒.๔ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการบรรจุการเรียนการสอนด้านการบำบัดรักษาภาวะติดยาสูบ (หลักสูตรแพทย์ พยาบาล เภสัช เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก และวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ทุกสาขา)

๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบริการเลิกยาสูบอย่างเป็นเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ สร้างระบบบริการเลิกบุหรี่อย่างบูรณาการอย่างเป็นเครือข่ายทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน

๓.๒ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการเลิกยาสูบ

๓.๓ สร้างระบบการดูแลรักษาภาวะติดยาสูบในสถานที่ทำงาน/(Smoke-free workplace)

๔. สร้างและนำมาตราฐานการดูแลรักษาโรคติดยาสูบระดับชาติไปใช้เป็นแนวทางให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๔.๑ สร้างมาตรฐานการบำบัดยาสูบระดับชาติ ในการจัดทำคู่มืออบรมบุคลากร

๔.๒ ขยายงานบริการเลิกยาสูบให้เป็นภารกิจประจำในสถานบริการสาธารณสุข และผลักดันให้เป็นเกณฑ์หนึ่งของระบบการตรวจประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

๔.๓ เพิ่มความเข้มแข็งขององค์กรและคุณภาพการบริการของ National Quitline

๕. ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนากการเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบ

ถึงแม้ผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับ การบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้อง ใช้นยา แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการ ใช้นยา เพื่อมิให้ค้ายาเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการของผู้ติดยาสูบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น คนจน ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๕.๑ ผลักดันให้ยาช่วยเลิกยาสูบเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม

๕.๒ ผลักดันให้การจำหน่ายยาช่วยเลิกยาสูบเป็นยา Over The Counter drugs (OTC)

๕.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยในการพัฒนายาสมุนไพรช่วยเลิกยาสูบเป็นนวัตกรรมโดยใช้ภูมิปัญญาไทย

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๔ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. ปรับปรุงกฎกระทรวง พ.ศ. ๒๕๔๐ ว่าด้วยการแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ยูทหรือบุหรี่ซิการ์ ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ ปรับกระบวนการรายการองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๑.๒ ปรับแก้ไขกฎกระทรวง พ.ศ. ๒๕๔๐ ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ ข้อ ๙ และข้อ ๑๐

๒. สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ พัฒนาแบบฟอร์มรายงานส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๒.๒ สร้าง Standard Operating Procedure (SOP) ในการรายงานส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๒.๓ สร้างกระบวนการในการนำข้อมูลมาใช้โดยเฉพาะข้อมูลลับ (Confidential)

๒.๔ กำหนดมาตรฐานของการวิเคราะห์ส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๓. สร้างกลไกให้ธุรกิจยาสูบปฏิบัติตามกฎกระทรวงฯ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๖ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ ตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบการตรวจสอบองค์ประกอบ

๓.๒ ร่าง Standard Operating Procedure ในการตรวจสอบองค์ประกอบ

๓.๓ พัฒนาระบบตรวจสอบ (Audit) องค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ธุรกิจยาสูบรายงาน

๓.๔ พัฒนาระบบการสำรวจผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ขายในท้องตลาด เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบที่ต้องห้ามตามกฎหมาย

๓.๕ พัฒนาระบบตรวจสอบ (Inspection) และตรวจสอบสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นระยะ ๆ

๓.๖ พัฒนาระบบการบังคับใช้

๔. การเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลสารอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๔.๑ พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๔.๒ เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๖ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. ปรับปรุงกฎหมายให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่งปลอดควันบุหรี่ ๑๐๐%

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยให้ครอบคลุมตามข้อ ๘ ในอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ และที่เห็นควรแก้ไขเพิ่มเติมตามบริบทของประเทศไทย

๑.๒ ปรับปรุงประกาศกระทรวง กฎ หรือระเบียบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องและเอื้อต่อกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่มีอยู่และที่จะมีการแก้ไขปรับปรุง โดยครอบคลุมกฎหมายด้านแรงงาน อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อม และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในทุกที่ที่กำหนดให้ปลอดควันบุหรี่

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ ปรับปรุงมาตรฐานงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเอื้อให้สถานที่สาธารณะ สถานที่ท่องเที่ยว สถานกีฬา สถานศึกษา ศาสนสถาน และสถานที่ทำงาน ปลอดภัย ได้แก่ มาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัย มาตรฐานแหล่งท่องเที่ยวและสถานกีฬา มาตรฐานสถานบันเทิงและโรงแรม มาตรฐานสถานศึกษา มาตรฐาน ศาสนสถาน HA HPH HCA เมื่อนำอยู่ และสิ่งแวดล้อม

๒.๒ สร้างกลไกและระบบการสนับสนุนการพัฒนาสถานที่ปลอดภัยวันพุธโดยการทำงานร่วมกันของเครือข่าย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยสร้างเครือข่ายเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและการสนับสนุนการปฏิบัติตามกฎหมายเสริมสร้างสมรรถนะในการควบคุมยาสูบขององค์กร (organizational capacity) และบุคลากร (individual capacity) จากภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีบทบาทร่วมในการควบคุมยาสูบ และเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธ

๒.๓ สร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่หน่วยงานและองค์กรที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

๒.๔ บูรณาการการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธในโครงการพัฒนาต่าง ๆ รวมทั้งในสถานที่สาธารณะ ได้แก่ ในสถานที่ราชการ สถานศึกษา ศาสนสถาน สถานประกอบการ สถานที่สาธารณะ/สถานกีฬา สถานที่ท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้อง (โรงแรม/ร้านอาหาร/สถานบันเทิง) สถานที่บริการด้านคมนาคมและขนส่ง โครงการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน และโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๓. ปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานเพื่อเป็นบรรทัดฐานของสังคม ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น เพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ เป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย โดยให้ความรู้ผ่านระบบการเรียนการสอนในระบบการจัดการศึกษา ให้ความรู้ในกระบวนการและกิจกรรมการพัฒนาสังคมและชุมชนต่าง ๆ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทุกประเภททั้งส่วนกลางและท้องถิ่น ผ่านระบบที่มีอยู่ของหน่วยงานที่เป็นเครือข่าย

๓.๒ การค้นหาและสร้างบุคคล/หน่วยงานต้นแบบที่มีผลงานดีเด่นด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธและเชิดชูเกียรติ

๔. ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๔.๑ ปรับปรุงประเภทและอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่

๔.๒ ปรับปรุงกระบวนการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ โดยจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย จัดทำแผนปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในทุกระดับ ตั้งศูนย์ประสานงานและสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย และรับเรื่องร้องเรียนโดยเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย เช่น โครงการเครือข่ายอาสาสมัคร เป็นต้น และให้ค่าตอบแทนส่วนแบ่งค่าปรับ หรือมอบรางวัลตอบแทนการดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย

๕. ศึกษาวิจัยและพัฒนาให้ได้องค์ความรู้และข้อมูลสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยวันพุธและการบังคับใช้กฎหมาย ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๕.๑ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ โดยให้มีการจัดทำกรอบความต้องการวิจัย (research

need) สนับสนุนทุนวิจัย เพิ่มช่องทางสนับสนุนทุนการวิจัยส่วนภูมิภาค สร้างทีมนักวิจัยด้านการควบคุมยาสูบ โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาการวิจัยด้านยาสูบ

๕.๒ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

๕.๓ เผยแพร่ข้อมูลผลการศึกษาวิจัยตลอดจนองค์ความรู้ใหม่เพื่อการใช้ประโยชน์ในการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

๖. เฝ้าระวังและควบคุมกำกับ และประเมินผลการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๖.๑ พัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังเกี่ยวกับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ (โดยให้รวมเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวังด้านยาสูบแห่งชาติ)

๖.๒ พัฒนาระบบข้อมูลการบังคับใช้กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

๖.๓ สร้างระบบติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๗ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. การพัฒนานโยบายและภาวะการณำในการควบคุมยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ การประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) ทุก ๔ เดือน หรือตามสถานการณ์จำเป็น รวมปีละไม่น้อยกว่า ๓ ครั้ง

๑.๒ การพัฒนามาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่สอดคล้องตามพันธกรณีของอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ประกอบด้วย

• ข้อ ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐ โดยอุตสาหกรรมยาสูบจะต้องมีนโยบายหรือพัฒนาเป็นกฎกระทรวงเพื่อห้ามการแทรกแซงดังกล่าว

• ข้อ ๖ มาตราการด้านภาษียาสูบ โดยในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ นี้ ต้องเร่งผลักดัน/แก้ไข และพัฒนามาตรการด้านภาษีในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ปรับเปลี่ยนระบบการคิดภาษีบุหรี่ชิกาเรตตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ให้ใช้ฐานคิดจากราคาขายปลีก

- ปรับภาษียาเส้นมวนเองให้สูงขึ้น เพื่อไม่ให้ผู้สูบบุหรี่ชิกาเรตที่ได้รับผลกระทบจากราคาบุหรี่ที่สูงขึ้นหันมาสูบบุยาเส้นมวนเอง

- ปรับปรุงระบบการคำนวณภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่น ๆ ที่มีในระบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

- ผลักดันให้มีการพิจารณาปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรตและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่น ๆ ทุก ๒ ปี

- เร่งผลักดัน/ปรับเปลี่ยนไม่ให้บุหรี่ชิกาเรตและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่น ๆ จัดเป็นสินค้าปลอดภาษี ที่จำหน่ายอยู่ในร้านค้าปลอดภาษี

- ข้อ ๘ มาตรการเพื่อปกป้องบุคคลจากการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่โดยการขยายพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ ๑๐๐% ให้เพิ่มมากขึ้น ในพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพเพื่อผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

- ข้อ ๑๑ มาตรการเกี่ยวกับการบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่ การออกกฎกระทรวงภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ เพื่อให้มีการพิมพ์หมายเลขโทรศัพท์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ ๑๖๐๐ บนซองบุหรี่ การปรับเปลี่ยนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทุก ๆ ๒ - ๓ ปี และการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังโดยเฉพาะภาพคำเตือนบนซองบุหรีรมวเอง

- ข้อ ๑๓ การห้ามโฆษณา ส่งเสริมการขายและการอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการผลักดันนโยบายหรือมีประกาศกระทรวงไม่ให้หน่วยงานราชการรับการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสังคมของอุตสาหกรรมยาสูบ (Corporate Social Responsibility) หรืออุตสาหกรรมยาสูบสามารถทำได้ แต่ห้ามประชาสัมพันธ์กิจกรรมนั้น ๆ โดยเด็ดขาด

- ข้อ ๑๔ การให้บริการเลิกบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการบริการเลิกบุหรี่ในงานสาธารณสุขมูลฐาน การใช้บริการคลินิกเลิกบุหรี่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ (UC) การผลักดันให้ยาเลิกบุหรี่ชนิด first line drug จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตลอดจนการสร้างระบบการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ระหว่างสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และการบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์

- ข้อ ๑๕ การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย โดยการจัดระบบและกลไกเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

- ข้อ ๑๖ การห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ผู้เยาว์ และโดยผู้เยาว์ ข้อนี้ ประเทศไทยมีการห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี แล้ว แต่ยังไม่มีการห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี เป็นผู้ขายบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ และห้ามการขายบุหรี่แยกมวน จึงต้องเร่งกำหนดมาตรการในส่วนขาดนี้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

๒. พัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนกลาง ได้แก่ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

๒.๒ การพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการหน่วยงานควบคุมยาสูบในส่วนภูมิภาคโดยผลักดันให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนจากภาคประชาชน และผู้เกี่ยวข้อง เป็นคณะกรรมการชุดดังกล่าว จะทำให้สามารถน่านโยบายการควบคุมยาสูบที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) มาใช้ปฏิบัติและควบคุมกำกับดำเนินการในส่วนภูมิภาคและจังหวัดต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

๓. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง การควบคุมกำกับ และประเมินผลการควบคุมยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ การจัดตั้งและพัฒนาระบบเฝ้าระวังยาสูบแห่งชาติให้ครอบคลุมการเฝ้าระวังในด้านต่าง ๆ ได้แก่

- การเฝ้าระวังด้านอุปสงค์ (Demand) ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ การเกิดโรคการป่วยและตายด้วยโรคจากการบริโภคยาสูบ

- การเฝ้าระวังด้านอุปทาน (Supply) ได้แก่ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

- การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบในด้านต่าง ๆ เช่น การแทรกแซงนโยบายรัฐโดยอุตสาหกรรม

ยาสูบ การสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) และการโฆษณา การส่งเสริมการขาย เป็นต้น ทั้งนี้ในปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๔ จะมีการพัฒนารูปแบบระบบการเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบเป็นโครงการนำร่อง และจะได้รูปแบบเพื่อขยายไปใช้ทั่วประเทศต่อไป

- การเฝ้าระวังการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕

- มีระบบการรายงานผลการเฝ้าระวังในระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ

- บูรณาการระบบเฝ้าระวังด้านการควบคุมยาสูบที่ดำเนินการโดยหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

๓.๒ การประเมินผลกระทบของนโยบายควบคุมยาสูบต่ออัตราการสูบบุหรี่ การป่วยและตายเนื่องจากการสูบบุหรี่

๔. มาตรการสนับสนุนการศึกษาวิจัยและจัดการความรู้ด้านยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๔.๑ สนับสนุนการวิจัยตามกรอบอนุสัญญาฯ โดยลำดับความสำคัญเพื่อใช้สนับสนุนการพัฒนานโยบาย และการปฏิบัติตามนโยบายและความเร่งด่วน

๔.๒ จัดการความรู้ด้านการควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก

๔.๓ เผยแพร่งานวิจัยสู่หน่วยงาน องค์กร และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

๔.๔ เผยแพร่สู่สาธารณะ

๕. การเสริมสร้างขีดความสามารถและขยายเครือข่ายในการควบคุมยาสูบของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๕.๑ การพัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัดเพื่อให้สามารถจัดทำแผนงานควบคุมยาสูบระดับจังหวัดโดยใช้ข้อมูลฐาน (Evidence Based) ได้

๕.๒ พัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านสาธารณสุข เครือข่ายวิชาชีพ และด้านการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนให้มีความรู้ด้านการควบคุมยาสูบ

๕.๓ ดำเนินการให้มีเนื้อหาการควบคุมยาสูบทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาเพื่อการเข้าถึงของบุคคลทุกวัยและทุกระดับ

๖. การเสริมสร้างขีดความสามารถและขยายเครือข่ายความร่วมมือในการควบคุมยาสูบระดับภูมิภาค

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๖.๑ พัฒนาให้มีมาตรการควบคุมยาสูบร่วมกันของประเทศในภูมิภาคอาเซียน โดยผลักดันให้การควบคุมยาสูบเป็นวาระแห่งภูมิภาคอาเซียน (ASEAN Agenda) ในการประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอาเซียน ที่ประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอาเซียนมีการกำหนดนโยบาย/มาตรการในระดับภูมิภาคอาเซียนเพื่อการควบคุมยาสูบ

๖.๒ พัฒนาสมรรถนะกำลังคนของประเทศในอาเซียนในการควบคุมยาสูบตามแนวทางของอนุสัญญาฯ

๖.๓ การพัฒนาให้เกิดศูนย์ประสานงานเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Centre for Tobacco Control)

๗. ปรับปรุงกฎหมายและสร้างความเข้มแข็งการบังคับใช้กฎหมาย
ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

- ๗.๑ ปรับปรุง พ.ร.บ.ประกาศกระทรวงฯ กฎ หรือระเบียบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ
- ๗.๒ พัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่งานควบคุมยาสูบ
- ๗.๓ ชี้แจงมาตรการทางกฎหมายแก่ผู้มีส่วนได้เสียต่อกฎหมายควบคุมยาสูบ
- ๗.๔ รมรงค์ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์กฎหมายควบคุมยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๔ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. การตั้งคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามบุหรี่ปิดกฎหมายแห่งชาติ

๑.๑ กำหนดนโยบาย มาตรการและแผนในการป้องกันและปราบปรามผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย รวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีการหลบเลี่ยงภาษี รวมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานในภาพรวม

๑.๒ จัดให้มีการกำกับติดตามและแก้ไขสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

๑.๓ จัดให้มีการประสานงานกับหน่วยงานและบุคคล ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

๑.๔ พัฒนาระบบการสำรวจผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายที่ขายในท้องตลาด เพื่อสำรวจสถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย โดยมีการสุ่มตรวจเป็นระยะ ๆ

๑.๕ จัดให้มีแนวทางการดำเนินงานในระยะยาว โดยปรับแก้กฎหมายที่เอื้อต่อการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

๒. การควบคุมแหล่งจัดหา (Supply chain control)

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๗ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ จัดให้มีระบบและระเบียบการออกใบอนุญาต

๒.๒ กำหนดให้มีการระบุหรือพิสูจน์ยืนยันการเป็นผู้ประกอบการ

๒.๓ จัดตั้งระบบการสืบค้นและติดตาม

๒.๔ กำหนดให้มีการเก็บรักษาบันทึกการทำธุรกรรมที่สมบูรณ์และถูกต้อง

๒.๕ กำหนดมาตรการด้านความปลอดภัยและการป้องกัน

๒.๖ ระวังการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือวิธีการสื่อสารโทรคมนาคมอื่น ๆ

๒.๗ ยกเลิกการยกเว้นภาษีในพื้นที่การค้าเสรี (Free zone) และร้านค้าปลอดอากร (Duty free)

๓. การดำเนินการสำหรับผู้กระทำความผิดและบทลงโทษ (Offences)

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๘ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ กำหนดให้การปฏิบัติที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายเป็นความผิดทางอาญา

๓.๒ กำหนดความรับผิดของนิติบุคคล

๓.๓ ปรับบทลงโทษตามความรุนแรงของความผิด

๓.๔ กำหนดมาตรการการเข้าตรวจค้นและการเก็บหลักฐาน

๓.๕ กำหนดมาตรการในการริบทรัพย์และการยึดทรัพย์

๓.๖ กำหนดให้มีการเก็บภาษีตามจำนวนที่เท่ากับภาษีอากรที่ได้สูญเสียไป

๓.๗ กำหนดให้มีการทำลายผลิตภัณฑ์ยาสูบและอุปกรณ์การผลิตที่ได้ยึดมา

๓.๘ กำหนดมาตรการในการใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษ

๔. ความร่วมมือระหว่างประเทศ (International cooperation)

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๔.๑ กำหนดให้มีการแบ่งปันข้อมูลระหว่างประเทศ

๔.๒ ประสานความร่วมมือและความช่วยเหลือกับองค์กรระหว่างประเทศ

๔.๓ กำหนดเขตอำนาจเหนือความผิดทางอาญา

๔.๔ สร้างความร่วมมือด้านการบังคับใช้กฎหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ ๗ การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๓ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. การปรับปรุงโครงสร้างภาษียาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๖ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ ปรับเพิ่มอัตราภาษีบุหรี่ซีกาเรตตามสภาพ

๑.๒ ปรับเพิ่มอัตราภาษียาสูบประเภทอื่น ๆ นอกจากบุหรี่ซีกาเรต ทั้งอัตราตามสภาพและอัตรา

ตามมูลค่า

๑.๓ แก้ไขกฎหมายยาสูบให้ครอบคลุมถึงยาสูบพันธุ์พื้นเมืองต้องเสียภาษีและอยู่ภายใต้กฎหมาย

ยาสูบ

๑.๔ ศึกษาปรับปรุงโครงสร้างอัตราภาษียาสูบทั้งระบบ อาทิ การเปลี่ยนแปลงอัตราแบบผสม คือ อัตราตามสภาพ รวมกับอัตราตามมูลค่าจากฐานราคาขายปลีกที่แนะนำ (แบบ EU)

๑.๕ ปรับปรุงอัตราภาษีและฐานภาษีในการคำนวณภาษียาสูบ โดยแก้ไขกฎหมายยาสูบให้มีประสิทธิภาพ ป้องกันการหลบเลี่ยงภาษีด้วยการแจ้งราคาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

๑.๖ สื่อสารสาธารณะสร้างความเข้าใจถึงผลกระทบ เช่น ผลกระทบของการขึ้นภาษีและการค้า

บุหรี่

๒. การปรับปรุงระบบการบริหารจัดเก็บภาษียาสูบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๗ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ กำหนดให้ควบคุมราคาจำหน่ายบุหรี่ขั้นต่ำ

๒.๒ เพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้สูงขึ้น

๒.๓ การไม่ให้ผู้ใดผลิตหรือนำเข้าหรือมีเครื่องจักรและเครื่องมืออุปกรณ์ใด ๆ ที่ใช้สำหรับการผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบไว้ในครอบครอง เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมสรรพสามิต

๒.๔ การเพิ่มบทลงโทษ

๒.๕ แก้ไขกฎหมายยาสูบ กำหนดจุดการจัดเก็บภาษียาสูบให้ชัดเจน (Tax Point)

๒.๖ ปรับปรุงวิธีการตรวจสอบโครงสร้างราคา และกำหนดมูลค่ายาสูบ

๒.๗ ปรับปรุงกฎหมายยาสูบให้เป็นระบบภาษีแบบประเมินตนเอง มีการทำบัญชีและสามารถตรวจสอบภาษีย้อนหลังได้

๓. การลดสิทธิประโยชน์ทางภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๔ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ ลดการผ่อนผันให้ยกเว้นผู้เดินทางนำเข้านายาเส้นหรือยาสูบไม่เกิน ๕๐๐ กรัม เข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรโดยไม่ต้องปิดแสตมป์ยาสูบ

๓.๒ ลดข้อกำหนดยกเว้นอากรของส่วนตัวที่ผู้เดินทางนำเข้ามาพร้อมกับตนนำบุหรี่ยี่ ๒๐๐ มวน หรือซิการ์หรือยาเส้นอย่างละ ๒๕๐ กรัม แต่ทั้งนี้บุหรี่ยี่ต้องไม่เกิน ๒๐๐ มวน โดยควรจำกัดปริมาณการนำเข้าต่อวัน/คน สำหรับด่านชายแดนที่ติดกับประเทศไทยด้วย

๓.๓ ลดการยกเว้นอากรสำหรับบุหรี่ยี่ปริมาณไม่เกิน ๒๐๐ มวน หรือซิการ์หรือยาเส้นปริมาณไม่เกินอย่างละ ๒๕๐ กรัม หรือหลายชนิดรวมกันปริมาณไม่เกิน ๒๕๐ กรัม แต่ทั้งนี้ปริมาณบุหรี่ยี่ต้องไม่เกิน ๒๐๐ มวน ที่ผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรซื้อจากคลังสินค้าทัณฑ์บนสำหรับแสดงและขายของที่เก็บในคลังสินค้าทัณฑ์บนที่ตั้งอยู่ในสนามบินศุลกากรตามกฎหมายว่าด้วยศุลกากร

๓.๔ กำหนดให้ยาสูบเป็นสินค้านอกรายการของข้อตกลงการค้าเสรี (FTA)

ยุทธศาสตร์ที่ ๘ การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

ประกอบด้วยยุทธวิธีที่สำคัญ ๗ ยุทธวิธี ดังต่อไปนี้

๑. การป้องกันอุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาแทรกแซงนโยบายว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑.๑ สร้างความตระหนักในองค์กร หน่วยงานภาคี ภาครัฐ เกี่ยวกับกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ใช้บุคคล กลุ่ม และองค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ให้ดำเนินการทั้งโดยเปิดเผยหรือโดยลับ

๑.๒ ออกกฎหมายหรือประกาศระดับกระทรวงและระดับชาติเรื่องป้องกันการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ

๒. การตรวจสอบอุตสาหกรรมยาสูบ บริษัทบุหรี่ยี่ข้ามชาติ โรงงานยาสูบ กลุ่มบังหน้า (Fronts) กลุ่มผลประโยชน์ร่วมกัน (Vested interests) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๒.๑ เฝ้าระวังและสำรวจบริษัทบุหรี่ยี่ข้ามชาติ และโรงงานยาสูบ (รยส.) เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรการประชาสัมพันธ์ การเข้ามาติดต่อกับราชการและหน่วยงานอื่นที่ควบคุมยาสูบ และความรับผิดชอบต่อสังคม

๒.๒ เฝ้าระวังและสำรวจกลุ่มที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น สมาคมผู้เพาะปลูกใบยาสูบ สมาคมผู้ค้าผู้ขายส่งยาสูบ ร้านค้าปลีก ร้านสะดวกซื้อ และซูเปอร์มาร์เกต

๓. เฝ้าระวังและดำเนินการกับผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไร้ควัน บุหรี่ชูรส และผลิตภัณฑ์ยาสูบแปลงร่าง (Alternative Products) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๓.๑ ดำเนินการออกกฎหมาย ประกาศ/กฎกระทรวง ห้ามการนำเข้า การผลิตและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไร้ควัน บุหรี่ชูรส และผลิตภัณฑ์ยาสูบแปลงร่าง (Alternative Products)

๓.๒ ดำเนินการชี้แนะแก่สาธารณะ

๓.๓ สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับต่าง ๆ จนถึงระดับชุมชน

๔. เฝ้าระวังและดำเนินการกับตลาดรูปแบบใหม่ต่าง ๆ

ยุทธวิธีนี้เป็นการดำเนินการทางสังคมและทางกฎหมายต่อการตลาดรูปแบบใหม่ต่าง ๆ หรือ Below the Line marketing (การตลาดที่มีลักษณะแอบแฝง กิจกรรมการตลาดที่ไม่ผ่านสื่อ เช่น การประชาสัมพันธ์ การตลาดทางตรง การจัดกิจกรรม หรือการขายโดยพนักงาน เพื่อมิให้มีผู้นิยมผลิตภัณฑ์ยาสูบเพิ่มขึ้น

๕. ใฝ่ระวังและดำเนินการด้านความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของบริษัทบุหรี่ปัและโรงงานยาสูบ (รยส.) ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๕.๑ จัดทำ Advocacy research ในเรื่อง CSR ของธุรกิจยาสูบ

๕.๒ ใช้กฎระเบียบราชการซึ่งเกิดจากข้อ ๕.๓ ของอนุสัญญาฯ กำกับธุรกิจยาสูบมิให้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การทำ CSR

๕.๓ จัดกิจกรรมรณรงค์ สร้างกระแสต่อเนื่อง เพื่อการรู้เท่าทันเกี่ยวกับกิจกรรม CSR ของธุรกิจยาสูบ

๖. การทำให้ยาสูบเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ (Tobacco demoralization)

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๖.๑ ใฝ่ระวังการสร้างแรงดึงดูด เย้ายวนใจ (Glamorization) ของการบริโภคยาสูบ

๖.๒ ให้การศึกษา (Educate) ให้ข้อมูล (Inform) และให้การชี้แนะ (Advocate) แก่สาธารณะเพื่อให้เกิดบรรทัดฐานในสังคมให้การบริโภคยาสูบเป็นสิ่งที่ไม่ปกติ

๗. การเป็นคดีความ (Litigation)

ยุทธวิธีนี้ประกอบด้วย ๒ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๗.๑ ใฝ่ระวังการละเมิดกฎหมายของบริษัทบุหรี่ปัหรือ รยส.

๗.๒ ดำเนินคดีกับธุรกิจยาสูบที่ทำผิดกฎหมาย พร้อมกับการเผยแพร่ข่าวแก่สื่อมวลชน

ข้อมูลเพิ่มเติม : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ : ๐๒-๕๘๐-๙๓๕๔ โทรสาร : ๐๒-๕๘๐-๙๒๓๗
e-mail : antitobacco.th@gmail.com
Website : www.thaiantitobacco.com

ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ^๑

ตระหนัก ว่ามีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนของสังคมไทยต้องร่วมกันสร้างอุดมการณ์ร่วมของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศที่คำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในสังคม

รับทราบ ปัญหาความไม่เป็นธรรมในสังคมไทยใน ๕ มิติ ว่ามีสาเหตุมาจากระบบทุนนิยมและการจัดการทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม โครงสร้างสังคมทางดิ่ง ระบบการเมืองและระบบราชการที่ด้อยคุณภาพ และระบบการศึกษาที่ไม่เชื่อมโยงกับปัญหาในสังคม จึงจำเป็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในทุกมิติ

ห่วงใย ว่าความไม่เป็นธรรมก่อให้เกิดความแตกแยกในสังคมไทย และการเรียกร้องความไม่เป็นธรรม จะถูกขำแค้นและถูกคุกคามจากภาครัฐ การกลุ่มผลประโยชน์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสังคมให้เกิดความเครียด และร้ายลึกมากขึ้น ขณะที่ประชาชนมีความเสื่อมถอยของจริยธรรมการอยู่ร่วมกัน

ยอมรับ ในแนวทางการปฏิรูปแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) เพื่อแปรเปลี่ยนให้ความขัดแย้งที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงเป็นพลังแก้ไขปัญหในระดับต่าง ๆ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้รัฐบาลและคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) นำแนวทางการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยที่จะลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความเป็นธรรม นำไปสู่สังคมสุขภาวะ ในประเด็นต่อไปนี้

๑.๑ การปฏิรูปด้านเศรษฐกิจ โดยปฏิรูประบบภาษีที่ดิน ภาษีทรัพย์สิน ภาษีมรดก ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีรายได้จากการซื้อขายในตลาดหลักทรัพย์ และแก้ปัญหาเรื่องการหลบเลี่ยงภาษี ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เน้นการกระจายรายได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม แก้ปัญหาหนี้สินได้อย่างยั่งยืน ผลักดันและส่งเสริมระบบเศรษฐกิจทางเลือก มีการกระจายงบประมาณที่เน้นการพัฒนาชนบทและภูมิภาค และลดความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ โดยการเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำให้ประชาชนผู้ยากจนมีรายได้เพียงพอ

๑.๒ การปฏิรูปด้านการจัดการทรัพยากร ให้มีการจำกัดสิทธิการถือครองที่ดิน เน้นการส่งเสริมการใช้ที่ดินให้เหมาะสมกับสมรรถนะของดินและภูมินิเวศ สำหรับการจัดการน้ำและปัจจัยการผลิตต่าง ๆ ให้ชุมชน องค์กร

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๑

ชุมชน มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรอย่างบูรณาการและเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งมีกระบวนการทบทวนยกเลิกกฎหมายป่าและกฎหมายที่ดินที่ไม่เป็นธรรม และผลักดันการออกกฎหมายคุ้มครองพื้นที่เกษตรกรรม และจำกัดการขยายเขตพื้นที่อุตสาหกรรม

๑.๓ การปฏิรูปด้านสังคมและสุขภาวะ เสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันศาสนา ชุมชน และครอบครัว สร้างระบบสวัสดิการและหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพโดยถ้วนหน้าและยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการ และชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการข้าราชการ และระบบประกันสังคม ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมที่สร้างสรรค์ บนความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การพึ่งตนเองและวิถีชีวิตพอเพียง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เป็นมิตรกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

๑.๔ การปฏิรูปประชาธิปไตยและการเมืองให้มีคุณธรรมและจริยธรรม เน้นการมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วน ทุกระดับ และการกำหนดนโยบายจากล่างสู่บน ส่งเสริมให้มีประชาธิปไตยทางตรง เพิ่มอำนาจต่อรองให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองได้ โดยการปฏิรูประบบราชการ ลดการรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง ปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม ให้ประชาชนเข้าถึงโดยง่ายและมีระบบกำกับโดยสังคม รวมทั้งส่งเสริมระบบยุติธรรมชุมชน

๑.๕ การปฏิรูปการศึกษาให้มีคุณภาพบนพื้นฐานของความเป็นธรรมทางสังคม โดยสนับสนุนให้ทุกสถาบันเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ ส่งเสริมวัฒนธรรมการใช้ความรู้และปัญญา ให้ทุกคนมีโอกาสศึกษาเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพ ยอมรับในศาสนาและวัฒนธรรมที่หลากหลาย เห็นคุณค่าศักดิ์ศรีของคนอย่างเสมอกัน และมีการสร้างจิตสำนึกสาธารณะ

๑.๖ การปฏิรูปสื่อทุกประเภทในทุกระดับเพื่อให้เกิดพลังปัญญา พลังสร้างสรรค์ และรับผิดชอบต่อสังคม โดยกลไกการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและภาคส่วนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง

๒. ขอให้รัฐบาลเร่งรัดการดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๘๗ (๑) ให้มีการปฏิรูปกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยต้องมีการดำเนินงานที่เร่งด่วนดังนี้

๒.๑ ให้มีภาคีเครือข่ายประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องจัดทำให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เป็นธรรม ตระหนักถึงคุณค่าของการอยู่ร่วมกัน รวมไปถึงการยอมรับขบวนการต่อสู้ของผู้เกี่ยวข้องเพื่อความเป็นธรรมอย่างสันติวิธี

๒.๒ ให้มีการกำหนดกรอบและกติการ่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการปฏิรูปข้อ ๑.๑ ถึง ๑.๖ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมทั้งจัดให้มีระบบการรับผิดชอบต่อผลและความเสี่ยงจากการดำเนินนโยบาย

๒.๓ พัฒนากลไกเพื่อการปฏิรูประบบการวิจัยแห่งชาติและระบบการสร้างปัญญาสาธารณะ เปิดกว้างให้ชุมชนหรือพื้นที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางยุทธศาสตร์ กำหนดทิศทางและแนวทางมาตรฐานทางวิชาการ ระบบประเมินการวิจัยบนพื้นฐานของการรับผิดชอบต่อสังคมและท้องถิ่น ดำเนินการวิจัย ตลอดจนเข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะ เพื่อต่อยอดองค์ความรู้และนำความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่นไปปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งผลักดันให้รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและพัฒนาสมรรถนะการวิจัยและภูมิปัญญาของท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ข้อมูลและองค์ความรู้ประจำท้องถิ่น

๒.๔ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการพัฒนาสมรรถนะของสังคมและระดับการมีส่วนร่วมในการติดตามให้ความเห็นอย่างจริงจังในกลไกพหุภาคีและเครื่องมือที่มีอยู่ ในการจัดการความขัดแย้งที่เกิดจากนโยบายของรัฐ โดยเน้นกระบวนการที่เป็นธรรม การรับฟังความทุกข์จากผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจต่อสาเหตุและปัญหาที่ถ่องแท้ และให้มีเครื่องมือในการตรวจสอบรัฐ เพื่อให้สามารถเข้าจัดการกับปัญหาได้อย่างแท้จริงและทัน่วงที ในกรณีที่ต้องใช้มาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

๒.๕ จัดให้มีกลไกการจัดการความไม่เป็นธรรมในระดับชาติ ระดับภูมิภาค หรือกลุ่มจังหวัด และระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น ที่มีองค์ประกอบพื้นที่ผู้แทนตามเขตการปกครองทั้งท้องถิ่นและท้องถิ่น พื้นที่เชิงประเด็น และพื้นที่เชิงภูมินิเวศ โดยกลไกนี้มีหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง แผนงาน วิธีการ เครื่องมือ ในการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการดังนี้

๓.๑ นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่อง “ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาพะ” เสนอคณะรัฐมนตรี และเชื่อมโยงประสานกับคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) สภาพัฒนาการเมือง และสภาองค์กรชุมชน เพื่อพิจารณาให้การสนับสนุนการปฏิรูปสังคมไทย สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ อย่างจริงจังต่อไป

๓.๒ จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะและรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการตามมติไปยังภาคีเครือข่าย

๓.๓ สนับสนุนให้สมาชิกจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และเฉพาะประเด็นเพื่อสนับสนุนมตินี้

๔. สมาชิกและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการ ส่งเสริมสนับสนุน ติดตาม และผลักดันมติข้างต้นอย่างจริงจัง รวมทั้งสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เป็นธรรม

ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ

๑. สถานการณ์และกระบวนการปฏิรูปประเทศไทย

๑.๑ ทำไมต้องปฏิรูปประเทศไทย

(๑) ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา คนไทยมีความรู้สึกวิตกกังวลต่ออนาคตของประเทศ เนื่องจากมีปัญหาเรื้อรังเรื้อรา ทั้งจากเศรษฐกิจโลก และปัญหาภายในประเทศ ไม่ว่าจะเป็นระบบเศรษฐกิจที่ไม่นำไปสู่ความสมดุลในการพัฒนา ทั้งการกระจายรายได้ การจัดการทรัพยากร ตลอดจนปัญหาทางการเมืองที่ลุกลามเป็นการแยกขั้วและความรุนแรงในสังคม การทุจริตคอร์รัปชัน และปัญหาทางสังคมด้านต่าง ๆ ที่เข้าขั้นวิกฤต เช่น ปัญหายาเสพติด อบายมุข ผู้หญิงตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ปัญหาอาชญากรรม ความขัดแย้งและความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน ฯลฯ จึงเป็นสาเหตุที่นำมาสู่ความคิดว่าจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบและโครงสร้างต่างๆ ในสังคมไทย มีการศึกษาวิจัยต่างประเทศหลายชิ้นที่นำเสนอในเรื่อง “ความเสมอภาคทางเศรษฐกิจกับประชาธิปไตย” อาทิการศึกษาของ Terry Lynn Karl ที่ชี้ว่าความไร้เสถียรภาพของประเทศประชาธิปไตยเกิดใหม่ในละตินอเมริกานั้นมีสาเหตุมาจากรากฐานความเหลื่อมล้ำทางสังคม^๑ การศึกษาของ Christian Houle ใน ๑๑๖ ประเทศ ที่ได้ข้อสรุปว่าความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาธิปไตย และประเทศประชาธิปไตยที่มีระดับความเสมอภาคค่อนข้างมากมีแนวโน้มที่จะสามารถรักษาประชาธิปไตยได้ยั่งยืนมากขึ้น^๒ หรือในงานของ Carles Boix ที่ชี้ว่าในสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสูง อาจส่งผลทำให้คนจนส่วนมากที่ถูกกีดกันออกจากโครงสร้างอำนาจรัฐตอบโต้ด้วยการใช้ความรุนแรงทางการเมือง^๓

(๒) ปัญหาเชิงโครงสร้างทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำ จากการวิเคราะห์ข้อมูล การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร โครงสร้างการทำงาน ชุมชน วัฒนธรรมและวิถีคิดของผู้คน เทคโนโลยี จิตสำนึกทางการเมืองและนักรบการเมือง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างเศรษฐกิจ สามารถจำแนกมิติของความไม่เป็นธรรมออกเป็น ๕ มิติ คือ

มิติที่ ๑ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ ทรัพย์สิน การออม หนี้สิน คนฐานล่างมีอาชีพการงานที่ไม่มั่นคง มีความเสี่ยงสูง^๔ มีความไม่เสมอภาคในการประกอบธุรกิจ^๕ ปัญหาการกระจายรายได้และความเหลื่อมล้ำในสังคมนับจากปี พ.ศ. ๒๕๓๕ มีความแตกต่างกันสูงมาก โดยรายได้คนของ คนรวยที่สุดร้อยละ ๒๐ สูงถึงร้อยละ ๕๔ ของรายได้ประเทศ ขณะที่คนจนที่สุดร้อยละ ๒๐ ของประเทศ มีรายได้รวมกันเพียงร้อยละ ๔.๘ ของรายได้ประเทศ^๖

มิติที่ ๒ ความไม่เป็นธรรม และความเหลื่อมล้ำด้านที่ดินและทรัพยากร พบว่า การครอบครองที่ดินในประเทศไทยยังมีกระจุกตัว^๗ และทรัพยากรถูกทำให้เสื่อมโทรมจากการพัฒนา ทั้งยังเชื่อมโยงกับปัญหาหนี้สินจึงทำให้ที่ดินหลุดมือจากเกษตรกรมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน มีที่ดินที่ปล่อยทิ้งร้างว่างเปล่าจำนวนมาก ในปัจจุบันมีข้อพิพาทหรือความขัดแย้งในเรื่องที่ดินและทรัพยากร ทั้งระหว่างรัฐกับชุมชน และระหว่างเอกชนกับเกษตรกร ซึ่งมาสู่ความขัดแย้งและการชุมนุมประท้วงของชาวชนบทในประเด็นทรัพยากร ดิน น้ำป่ามากขึ้นเรื่อย ๆ^๘

มิติที่ ๓ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสในด้านการศึกษา แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้ประกันสิทธิให้คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาอย่างมีคุณภาพ แต่ในปัจจุบัน ยังมีเด็กและเยาวชนในวัยเรียนจำนวนไม่น้อยที่ตกหล่นจากระบบการศึกษา ด้วยเหตุแห่งความพิการ ความยากไร้ เชื้อชาติ และปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ^๔ อีกทั้งระบบการศึกษาในปัจจุบันยังเน้นระบบโรงเรียน ทำให้คนไทยศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียนโดยเฉลี่ยเพียง ๘.๗ ปี ขาดโอกาสที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ส่วนในด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ แต่ยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำของชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ ๓ ระบบ และความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัด ระหว่างเมืองกับชนบท ทั้งยังมีปัญหาภัยคุกคามต่อระบบสุขภาพที่มีมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ยังพบว่า โอกาสในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรของผู้คนกลุ่มต่าง ๆ ยังคงมีความแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะระหว่างผู้ที่อยู่ในเมืองกับชนบท ผู้ที่มั่งมีกับผู้ที่ยากจน และผู้ที่เข้าถึงอำนาจรัฐกับประชาชนหรือชุมชนที่ไม่สามารถเข้าถึงอำนาจรัฐ

มิติที่ ๔ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิพื้นฐานของบุคคลและชุมชนอย่างกว้างขวาง แต่ในความเป็นจริงประชาชนจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้สิทธิได้อย่างเท่าเทียมกัน เนื่องจากความไม่รู้เรื่องสิทธิของตนเองและการใช้อิทธิพลเถื่อน การเพิกเฉยและการใช้อำนาจที่มีขอบของเจ้าหน้าที่รัฐ ข้อจำกัดทางกฎหมายและระเบียบ รวมถึงการตีความกฎหมายซึ่งขัดกับหลักการแห่งสิทธิตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่น ๆ เช่น กฎหมายอุทยานแห่งชาติที่ขัดกับสิทธิชุมชนในการมีส่วนร่วมจัดการทรัพยากรธรรมชาติตามรัฐธรรมนูญ เป็นต้น

มิติที่ ๕ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำด้านอำนาจต่อรอง สังคมไทยประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางความคิด วัฒนธรรม และมีลักษณะผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน นับวันความแตกต่างดังกล่าวยิ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น อำนาจต่อรองที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างคู่อริ มักเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเจรจาหาข้อตกลงระหว่างคู่อริไม่ประสบความสำเร็จ หรือไม่เป็นที่ยอมรับโดยฝ่ายผู้เดือดร้อน

๑.๒ สาเหตุวิกฤตของประเทศไทย

มีการวิเคราะห์สาเหตุวิกฤตที่ทำให้ประเทศต้องเผชิญวิกฤตอันเนื่องมาจากความไม่เป็นธรรมในสังคมไว้ ดังนี้

(๑) ระบบทุนนิยมและการจัดการทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม ระบบทุนนิยมที่เติบโตและเชื่อมโยงกับโลกาภิวัตน์อย่างเข้มข้น คำนึงถึงชีวิตและการอยู่ร่วมกันน้อย ทำลายจิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมอย่างรุนแรง ทำให้ช่องว่างและความเหลื่อมล้ำขยายมากขึ้น นอกจากนี้การที่ทุนเข้าไปสู่การเมืองทำให้เกิดธนาธิปไตย ก่อให้เกิดการเมืองที่ต่อคุณภาพ อันมีผลกระทบใหญ่หลวงต่อการพัฒนาประเทศ

(๒) ความเป็นสังคมทางตั้ง (Vertical society) ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสังคมข้างบนที่มีอำนาจกับสังคมข้างล่างที่ไม่มีอำนาจ ทำให้สังคมมีสมรรถนะในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงน้อย ผู้คนมีพฤติกรรมทางลบ เห็นแก่ตัว มีการเรียนรู้น้อย มีการคอร์รัปชันในสังคม ขาดเป้าหมายร่วม และไม่สามารถอยู่ร่วมกันอย่างปรกติสุข เกิดปัญหาจากการใช้อิทธิพลและระบบอุปถัมภ์ จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจ การเมือง และศีลธรรม

(๓) ระบบการเมืองและระบบราชการที่ด้อยคุณภาพ ระบบการเมืองที่ดำรงอยู่ทำให้ได้นักการเมืองและผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองที่มีความสุจริตน้อย มีความรู้ความสามารถน้อย ใช้อำนาจมากกว่าปัญญาและความดี ระบบการเมืองที่ด้อยคุณภาพเป็นปัจจัยหลักของวิกฤตการณ์ของบ้านเมือง ประกอบกับระบบราชการที่รวมศูนย์อำนาจการปกครอง^{๑๐} จึงไม่มีสมรรถนะในการบริหารจัดการในสภาพใหม่ที่ซับซ้อน และถูกรอบงำด้วยอำนาจและการเมือง ทำให้ชุมชนท้องถิ่นอ่อนแอ เกิดความขัดแย้งระหว่างอำนาจรัฐรวมศูนย์กับวัฒนธรรมท้องถิ่น ระบบราชการจึงไม่สามารถเป็นหลักในการแก้ไขปัญหาในภาวะวิกฤต ผนวกกับกับกระบวนการยุติธรรมที่ไม่ทั่วถึง จึงก่อให้เกิดการสะสมความแค้นในสังคม

(๔) ระบบการศึกษา การเรียนรู้/จิตสำนึก ความขาดปัญญาเป็นต้นตอของปัญหาทั้งปวง ในสภาวะที่ระบบการศึกษาในปัจจุบันใช้วิชาเป็นตัวตั้ง ไม่รวมทุกข์ร่วมสุขกับปัญหาในสังคม ทำให้ชาติอ่อนแอ ระบบการสื่อสารยังไม่เป็นพลังของชาติ

๑.๓ กระบวนการปฏิรูปประเทศไทย

หลังจากวิกฤตการณ์และความรุนแรงทางการเมืองที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓ มีความพยายามเสนอแนะให้มีการเคลื่อนกระบวนกรปฏิรูปประเทศไทย เพื่อชวนคนไทยมาร่วมคิดร่วมทำเพื่อนำสังคมไทยก้าวให้พ้นความวิกฤต โดยทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเชิงอุดมการณ์ ความคิด ระบบและโครงสร้างสำคัญ ๆ ในสังคม รวมไปถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในทุกเรื่อง ทุกระดับ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนทั้งสังคม

เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป ตั้งคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) มีนายอาณัติ ปันยารชุน เป็นประธาน และตั้งคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) มีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน มีสำนักงานปฏิรูป (สปร.) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการ ชวนคนไทยทุกภาคส่วนของสังคมร่วมขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยด้วยวิธีการและช่องทางที่หลากหลาย โดยมีการกำหนดเวลาทำงานต่อเนื่อง ๓ ปี โดยคณะกรรมการปฏิรูปและคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป ได้กำหนดเป้าหมายร่วมของการปฏิรูป คือ “สร้างความเป็นธรรมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม”

๒. การปฏิรูปกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะกับการปฏิรูปสังคม

๒.๑ นโยบายสาธารณะมีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางและความเป็นไปของสังคม ดังนั้น กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี ควรมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของสังคมทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวาง ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๘๗ ได้กำหนดไว้ว่า “รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการจัดทำบริการสาธารณะ

(๓) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ ในรูปแบบองค์กรทางวิชาชีพ หรือตามสาขาอาชีพที่หลากหลาย หรือรูปแบบอื่น

(๔) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้มแข็งในทางการเมือง และจัดให้มีกฎหมายจัดตั้งกองทุนพัฒนาการเมืองภาคพลเมือง เพื่อช่วยเหลือการดำเนินกิจกรรมสาธารณะของชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการของกลุ่มประชาชนที่รวมตัวกันในลักษณะเครือข่ายทุกรูปแบบ ให้สามารถแสดงความคิดเห็นและเสนอความต้องการของชุมชนในพื้นที่”

๒.๒ สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมที่เกิดจากกระบวนการนโยบายสาธารณะ ครึ่งศตวรรษของการพัฒนาเศรษฐกิจไทยได้ทำให้โครงสร้างเศรษฐกิจ สังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยในขณะที่นโยบายการพัฒนาทำให้เศรษฐกิจขยายตัวอย่างมาก แต่ก็เกิดการทำลายฐานทรัพยากร ความหลากหลายทางวัฒนธรรมอันเป็นที่พึ่งพาของชุมชนอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดผลกระทบทางสังคมอย่างกว้างขวางกับคนหลายกลุ่มในสังคม มีการแย่งชิงทรัพยากรจากชุมชนและชนบท ขณะที่มีการเรียกร้องให้คนหลากหลายกลุ่มเสียสละในนามของผลประโยชน์ส่วนรวม

ในยุคโลกไร้พรมแดน เปิดโอกาสให้มีตัวกระทำจากภายนอก โดยเฉพาะกลุ่มทุนขนาดใหญ่เข้าไปแทรกแซงกับชุมชน โดยไม่มีกลไกในการรองรับ ทำให้ความขัดแย้งในพื้นที่สลับซับซ้อนมากขึ้น ชุดเคลื่อนไหวแบบเดิมที่แบ่งราชการกับทุน ไม่เพียงพอที่จะใช้เข้าจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผลจากความไม่เป็นธรรมทำให้คนเหล่านี้เรียกร้องหาความเป็นธรรมจากรัฐบาลและพยายามต่อสู้เพื่อให้ได้มาเพื่อความเป็นธรรม ผลจากการต่อสู้ของกลุ่มทางสังคมได้ส่งผลทำให้ช่องทางในการมีส่วนร่วมเปิดกว้างมากขึ้น ดังจะเห็นบทบาทนิติวิธีที่เปิดช่องให้มีการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาชนในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๒๕๕๐ อย่างไรก็ตาม กรอบการมีส่วนร่วมที่กว้างขวางขึ้นในหลายส่วนก็ยังไม่เป็นจริงหรือเป็นเพียงมายาคติ การมีส่วนร่วมในเชิงเนื้อหาและกระบวนการของภาคประชาชนเพื่อความเป็นธรรมยังมีได้เป็นผลบางครั้งแม้จะเป็นมติหรือข้อตกลงได้ แต่ก็ไม่ได้นำไปสู่การนำไปปฏิบัติจริง

๒.๓ ความไม่เป็นธรรมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ จากกรณีศึกษา ๕ กรณี ที่ใช้ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พบว่า

(๑) เกษตรและอาหารในภาวะวิกฤติ พบว่า ผลจากการกระบวนการนโยบายทางเกษตรและอาหารที่ไม่เป็นธรรม ปิดกั้นการมีส่วนร่วมของเกษตรกรและผู้บริโภค เอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มทุนและภาคอุตสาหกรรม รับเอากระแสทุนนิยมโลกอย่างขาดความตระหนักรู้ รู้เท่าทัน และมีสติ และทัศนคติของภาคราชการที่มองภาคเกษตรกรรมและอาหารเป็นเพียงเครื่องมือสำหรับบรรลุเป้าประสงค์เชิงนโยบายในด้านอื่น ๆ เป็นผลให้เกิด ๑) วิกฤตที่ดินทำกิน เกษตรกรไทยสูญเสียที่ดิน และต้องกลายเป็น “แรงงานรับจ้างในที่ดินของตน” มากขึ้นเรื่อย ๆ ๒) วิกฤตการณ์หนี้สิน ๓) วิกฤตการณ์ฐานทรัพยากรอาหาร เกษตรกรถูกแย่งชิง กีดกัน และทำให้แปลกแยกจากฐานทรัพยากรในพื้นที่ ๔) วิกฤตการณ์องค์ความรู้และปัญญา เกษตรกรถูกผูกมัดไว้กับความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ และทำให้แปลกแยกกับองค์ความรู้และภูมิปัญญาดั้งเดิม ๕) วิกฤตการณ์สุขภาวะทั้งเกษตรกรและผู้บริโภคอันเป็นผลจากการใช้สารเคมีในการผลิตอาหาร และ ๖) วิกฤตการณ์ความไม่มั่นคงทางอาหาร แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นหนึ่งในสิบผู้ส่งออกอาหารของประเทศก็ตาม แต่พลเมืองกว่าร้อยละ ๒๐ ของประเทศยังขาดความมั่นคงทางอาหาร และเด็กกว่าร้อยละ ๑๐ อยู่ในสภาวะทุพโภชนา^{๑๑}

(๒) การจัดการลุ่มน้ำ ผลจากนโยบายภาคราชการที่พยายามเข้าไปจัดการลุ่มน้ำเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำให้เพียงพอต่อการสนองตอบการขยายตัวของเกษตรกรรมเชิงเดี่ยว อุตสาหกรรม และชุมชนเมือง ทำให้สิทธิในการเข้าถึงน้ำของคนหลายกลุ่มและระบบนิเวศน์กลับถูกละเมิด องค์ความรู้และระบบการจัดการน้ำแบบดั้งเดิมที่เคยสร้างสมดุลถูกละเลยและแทนที่ด้วยองค์ความรู้และระบบการจัดการน้ำแบบใหม่ ซึ่งเป็นความรู้เฉพาะของบางกลุ่มคนที่มีอำนาจ และถือเอาความรู้เพียงชุดเดียวเข้าจัดการ โดยเฉพาะในเรื่องปัญหาการจัดการจัดสรรน้ำและการจัดการน้ำท่วม

ยังเรื่องผูกขาดขององค์กรราชการ กลไกการมีส่วนร่วมของผู้ใช้น้ำในระดับพื้นที่ ไม่สามารถผลักดันให้เกิดการจัดสรรน้ำที่เป็นธรรมได้ เพราะยังตกอยู่ภายใต้ข้อจำกัดการทำงานแบบแยกส่วนของราชการ ขาดฐานข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคการผลิตที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรม นอกจากนี้ ผลกระทบจากน้ำท่วมที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓ ยังชี้ให้เห็นความไม่เป็นธรรมที่เกิดจากการวางแผนพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับตัวเมืองใหญ่ในฐานะศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ ประกอบกับความได้เปรียบในด้านทรัพยากรและการจัดการน้ำท่วมของเมืองใหญ่ที่มีมากกว่า ยิ่งซ้ำเติมและผลักดันทุนความสูญเสียจากการน้ำท่วมให้อยู่ที่ภาคชนบทมากยิ่งขึ้น

(๓) แผนพัฒนาภาคใต้ ผลจากนโยบายภาครัฐราชการจากส่วนกลางที่พยายามเข้าไปพัฒนาเศรษฐกิจภาคใต้ โดยส่งเสริมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และการสร้างโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ ได้ส่งผลทำให้ฐานทรัพยากรอันเป็นทุนเดิมถูกทำลายลงอย่างมาก คนในพื้นที่ถูกเรียกร้องให้เสียสละผลประโยชน์บางส่วนของตนเองเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวมในนิยามของการพัฒนาประเทศ สิทธิของคนหลากหลายกลุ่มในพื้นที่ถูกกลืนลง ขาดศักยภาพในการจัดการชุมชนของตนเอง ถูกผลักดันให้เป็นชายขอบของการพัฒนา

(๔) ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของสังคมไทย กรณีมาบตาพุด ผลจากนโยบายภาครัฐราชการที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่เร่งรัดและรวดเร็ว จนเกิดการพัฒนาอุตสาหกรรมหนักและเคมีภัณฑ์ในพื้นที่โดยขาดมาตรการ ป้องกันและรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งแม้ว่าจะก่อให้เกิดความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงขึ้นอย่างมากในพื้นที่ แต่ได้สร้างต้นทุนสำคัญต่อสิ่งแวดล้อม และชีวิตความเป็นอยู่ของคนในพื้นที่ โดยปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษสร้างผลกระทบต่อสุขภาพให้คนในพื้นที่ ประกอบกับปัญหาการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาในพื้นที่มาบตาพุดที่มากเกินไป ยังทำลายระบบชีวิตและวัฒนธรรมของคนพื้นถิ่น ต้นทุนทางวัฒนธรรมถูกลดทอน แทนที่ด้วยความสัมพันธ์แบบทฤติภูมิ ระหว่างกลุ่มคนที่แตกต่างหลากหลาย

(๕) การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ผลจากนโยบายของรัฐบาลที่ให้ความสำคัญกับการค้ามากกว่าความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ป่วย ได้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนจำนวนมากในประเทศไทยถูกกีดกันจากการเข้าถึงยา เพราะยาบางชนิดยังมีราคาแพงเนื่องมาจากปัญหาการผูกขาดและปัญหาเรื่องสิทธิบัตรยานอกจากนี้ในส่วนของหลักประกันสุขภาพของคนไทย พบว่ายังมีผู้ที่ตกหล่นไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ รวมถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ ในสังคม และยังพบกับความเหลื่อมล้ำในเรื่องคุณภาพในการรักษาพยาบาลสำหรับพื้นที่และกลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างกันด้วย

๒.๕ สาเหตุของปัญหาความไม่เป็นธรรมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ

(๑) ผลจากโครงสร้างอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน จึงส่งผลให้กระบวนการนโยบายไม่เปิดกว้างให้กับตัวแสดงหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายทุกกลุ่มให้เข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน

(๒) โครงสร้างที่ให้ความชอบธรรมกับชุดความรู้บางประเภท และกดทับชุดความรู้อื่น ๆ ที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่นและความรู้ตลอดจนประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับผลกระทบ รวมทั้งปัญหาการผูกขาดความรู้ข้อมูลโดยหน่วยราชการ ซึ่งทำให้ประชาชนหลายกลุ่มไม่อาจเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้

(๓) การตัดสินใจนโยบายยังไม่คำนึงถึงความเสี่ยงหรือผลกระทบในทางลบที่จะเกิดขึ้นกับคนบางกลุ่ม ขณะที่ยังเน้นเรียกร้องให้คนกลุ่มน้อยเสียสละเพื่อผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่

(๔) การเกิดขึ้นของนโยบาย ๆ ไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดความรับผิดชอบที่ชัดเจนทำให้เกิดช่องโหว่ในการแก้ไขเชิงนโยบายเมื่อเกิดปัญหา ผลกระทบจากนโยบายนั้น ๆ ขึ้น

(๕) การบริหารจัดการนโยบายที่แยกส่วน แยกหน่วยงาน ไม่มีแผนรวม แยกกันนำเสนอ ทำให้หาผู้รับผิดชอบและแก้ปัญหาไม่ได้ มีการผลักภาระกันไปมาระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

(๖) ภาคประชาชนขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลในชั้นต่าง ๆ ขาดการมีส่วนร่วม ขาดเครือข่ายที่จะช่วยนำประเด็นปัญหาให้กลายเป็นประเด็นสาธารณะ

๒.๖ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(๑) ผลักดันภาคีเครือข่ายประชาชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ร่วมกันสนับสนุนให้เกิดกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เป็นธรรม ตระหนักถึงคุณค่าของการอยู่ร่วมกัน รวมไปถึงการยอมรับขบวนการต่อสู้ของผู้เกี่ยวข้องเพื่อความเป็นธรรมอย่างสันติวิธี

(๒) ผลักดันให้มีการกำหนดกรอบและกติการ่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับสิทธิชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน เสริมพลังและให้การศึกษาเกี่ยวกับสาธารณะ โดยมีการศึกษาผลกระทบทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนอย่างรอบด้าน รวมทั้งมีระบบการรับผิดชอบต่อผลและความเสี่ยงในการดำเนินนโยบาย

(๓) สร้างเสริมยุทธศาสตร์ความรู้/การวิจัย ให้ “เปิดพื้นที่ความรู้” และ “เปิดพื้นที่ทางนโยบาย” ในการยอมรับองค์ความรู้ จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและจากองค์ความรู้จากการปฏิบัติ รวมทั้งข้อมูลของท้องถิ่นที่เคยถูกกดทับ ปิดกั้น โดยพัฒนากลไกการจัดการที่เปิดกว้างให้สามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่เป็นองค์รวม ร่วมกับการกำหนดแนวทางมาตรการทางวิชาการ

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการแสวงหาและใช้เครื่องมือในการจัดการความขัดแย้ง โดยเน้นการรับฟังความทุกข์จากผู้เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจต่อสาเหตุและปัญหาที่ถ่องแท้ เพื่อให้สามารถเข้าจัดการกับปัญหาได้อย่างแท้จริงและทันที่

(๕) จัดให้มีกลไกการจัดการความไม่เป็นธรรมใน ระดับชาติ ระดับภูมิภาค หรือกลุ่มจังหวัด และระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น ที่มีองค์ประกอบพื้นที่ผู้แทนตามเขตการปกครอง ทั้งท้องที่และท้องถิ่น พื้นที่เชิงประเด็น และพื้นที่เชิงภูมิโนเวศ โดยกลไกนี้มีหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง แผนงาน วิธีการ เครื่องมือ ในการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๑

เอกสารอ้างอิง

- ๑ Terry Lynn Karl. “Economic Inequality and Democratic Stability”. *Journal of Democracy*. 11:1 (2000): 149-156.
- ๒ Christian Houle. “Inequality and Democracy: Why Inequality Harms Consolidation but Does Not Affect Democratization”. *World Politics*. 61:4 (October 2009): 589-622.
- ๓ Carles Boix. *Democracy and Redistribution*. (Cambridge: Cambridge University Press, 2003). p. 3.
- ๔ แรงงานมีความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจมากขึ้น เมื่อจำนวนผู้มีงานทำมากกว่าร้อยละ ๕๘.๓ กลายเป็นแรงงานนอกระบบ ซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายแรงงาน อยู่นอกระบบประกันสังคม จึงมักไม่ได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ รวมถึงการได้รับค่าจ้างที่ไม่เป็นธรรม (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย ปี ๒๕๕๒)
- ๕ ที่ผ่านมามีวิสาหกิจขนาดเล็ที่ต้องการความช่วยเหลือที่แท้จริง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงมาตรการทางด้านภาษี เนื่องจากเงื่อนไขการให้สิทธิไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม และการเมืองเข้ามาแทรกแซงเบียดบังทรัพยากร (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, ศิริกาญจน์ เลิศอำไพพนธ์, การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีและแหล่งเงินทุนของธุรกิจขนาดเล็-กลาง, เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยประจำปี ๒๕๕๓ เรื่อง “การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๓)
- ๖ จากข้อมูลการกระจายตัวของ “คนจน” หรือประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนคือ ๑๔๔๓ บาท ต่อเดือน ในปี ๒๕๕๐ พบว่า ร้อยละ ๕๒.๒ อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และร้อยละ ๒๘ อยู่ภาคเหนือ ในขณะที่ “คนจน” ในกรุงเทพฯและปริมณฑล ภาคกลางและภาคตะวันออกซึ่งเป็นพื้นที่ศูนย์กลางของการพัฒนามีสัดส่วนน้อยกว่าอย่างชัดเจน (การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐) และเมื่อเปรียบเทียบรายได้ต่อหัวของประชากรระหว่างภาคเกษตรและนอกภาคเกษตร จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันเกินเท่าตัว (ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐)
- ๗ ตัวอย่างจากข้อมูลการถือครองที่ดินในพื้นที่กรุงเทพฯ ชี้ให้เห็นว่า บุคคลและนิติบุคคลเพียง ๕๐ ราย ถือครองที่ดินเป็นจำนวนถึงร้อยละ ๑๐ ของพื้นที่ทั้งหมด (ดวงมณี เลาวกุลและเอี่ยมพร พิชัยสนธิ, ๒๕๕๑)
- ๘ เฉพาะในปี ๒๕๓๗-๒๕๓๘ ประภาส ปิ่นตบแต่ง ได้รวบรวมจำนวนการชุมนุมประท้วงในกรุงเทพฯและปริมณฑลที่ตีพิมพ์ใน *การเมืองบนถนน ๙๙ วันสมัชชาคนจน*, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก, ๒๕๔๑, หน้า ๕
- ๙ จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการพบว่าสัดส่วนของนักเรียนต่อจำนวนประชากรในวัยที่ควรได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ช่วงอายุระหว่าง ๓-๑๗ ปีนั้น มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่สัดส่วนของเด็กนักเรียนที่ต้องออกจากระบบการศึกษากลางคันหรือหายไประหว่างปีการศึกษานั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วย โดยสาเหตุส่วนใหญ่จากการสำรวจนั้นยังเป็นปัญหาความยากจน มีปัญหาครอบครัว การอพยพย้ายถิ่นตามผู้ปกครองและการออกมาทำงานหาเลี้ยงตัวเองเป็นส่วนใหญ่

- ๑๐ ถึงแม้จะมีการออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒ ซึ่งกำหนดว่าภายใน ๕ ปีต้องมีการกระจาย ๒๔๕ ภารกิจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมกับให้ท้องถิ่นมีรายได้ร้อยละ ๓๕ ของรายได้รัฐบาล แต่จนถึงปี ๒๕๕๒ มีการถ่ายโอนภารกิจเพียง ๑๘๐ ภารกิจ และงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ ๒๕.๒๕ ของรายได้รัฐบาลเท่านั้น (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักนายกรัฐมนตรี อ้างถึงในความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย ปี ๒๕๕๒, หน้า ๕๘)
- ๑๑ แผนงานฐานทรัพยากรอาหาร (๒๕๕๐-๒๕๕๓) แผนงานสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร ผ่านการพัฒนาต้นแบบระดับชุมชนและการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติ (๒๕๕๓-๒๕๕๖), จากฐานทรัพยากรสู่ความมั่นคงทางอาหาร การฟื้นฟูฐานทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพเพื่อความมั่นคงทางอาหารของชุมชนและสังคมไทย

การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม*

รับทราบ ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ปัจจัยซึ่งมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ซึ่งหลายสาเหตุปัจจัยสามารถป้องกันได้ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตระหนัก ว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอย่างกว้างขวาง ทั้งต่อตัววัยรุ่น และทารกที่เกิดมาจากแม่วัยรุ่น ไปจนถึงครอบครัว ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

รับทราบ ว่าหลายหน่วยงานให้ความสนใจดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ของวัยรุ่น ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ตลอดจนองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ได้เคยมีมติประเด็นสุขภาพทางเพศที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมไปแล้ว

ชื่นชม กับการดำเนินงานของหลายภาคส่วนที่ได้มีความพยายามปฏิบัติงานอย่างจริงจัง และสานต่อ ความมุ่งมั่นเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพทางเพศและการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น รวมทั้งพยายาม ผลักดันจนเกิดเป็นประเด็นสาธารณะนำสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓

มีความกังวล ต่อการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น ที่กลไกระดับชาติของ หน่วยงานภาครัฐที่จะเริ่มขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งมีความจำเป็นต้องเร่งแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ รวมทั้งต้องเชื่อมโยงประสานงานระหว่างกลไกหลักของภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ เข้า ด้วยกัน อีกทั้งมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ในประเด็นสุขภาพทางเพศ หลายข้อยังเป็นมติที่กว้าง ไม่เฉพาะเจาะจง และมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานทำให้ไม่สามารถบรรลุผลการปฏิบัติตามมติได้อย่างเต็มที่

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ร่วมกับคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาลูกและเยาวชนแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายด้านสุขภาพทางเพศของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกันพิจารณาจัดตั้งกลไกร่วมในการดำเนินการ

๑.๑ แปลงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และยุทธศาสตร์ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม สู่แผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกระดับ รวมทั้งจัดทำ มาตรการเร่งด่วนในการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมแบบบูรณาการ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๔

๑.๒ ให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนามีการเจริญพันธุ์ วัยรุ่นและเยาวชนทุกระดับ ดำเนินการติดตามประเมินผล ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ และยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็ก และเยาวชน

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔

๑.๓ ประสานการดำเนินงาน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๒. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัด ร่วมกับองค์กรภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ดำเนินงานพัฒนาการเรียนการสอนเพศศึกษา^๒ (sexuality education) จริยธรรมและศีลธรรม และจัดให้มีระบบรองรับการแก้ปัญหา นักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ในระหว่างการศึกษา โดย

๒.๑ พัฒนาศักยภาพและสร้างทัศนคติที่ถูกต้องแก่ผู้บริหารสถานศึกษา ครูผู้สอน และบุคลากรในสถานศึกษา รวมทั้งสร้างเครือข่ายผู้สอนเรื่องเพศศึกษาให้ครอบคลุมทั้งในและนอกระบบการศึกษา

๒.๒ จัดให้มีกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน (Comprehensive sexuality education) ที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบ โดยเริ่มให้มีการเรียนการสอนเพศศึกษาและจริยธรรมทางเพศตั้งแต่ปฐมวัย โดยการเพิ่มกิจกรรมนอกหลักสูตรและสร้างเสริมทักษะทางสังคม และให้มีระบบติดตามกระบวนการเรียนการสอนและหนุนเสริมโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ ให้สถานศึกษาปรับกระบวนการเรียนการสอนสำหรับนักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ ให้มีความยืดหยุ่น สอดคล้อง ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๑๕ และมาตรา ๒๔ (๖) เพื่อให้โอกาสนักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ ได้รับการศึกษาจนจบหลักสูตรโดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์

๒.๔ ให้สถานศึกษาร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบเป็นธุระในการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบที่หลากหลายโดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์และการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ

๓. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับองค์กรภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายเด็กและเยาวชน

๓.๑ สนับสนุนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับเด็กและเยาวชน โดยบรรจุไว้ในแผน ๓ ปี และกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๒ สนับสนุนให้ชุมชนออกมาตรการทางสังคมที่สอดคล้องกับศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี และบริบทของชุมชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น

๓.๓ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ทุกแห่งพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานดังกล่าวที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๓.๔ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งดำเนินการในเรื่องสุขภาวะทางเพศวัยเจริญพันธุ์ ผ่านการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๓.๕ สนับสนุนและพัฒนาพื้นที่สื่อและกิจกรรมที่สร้างสรรค์เดิม และขยายพื้นที่สื่อและกิจกรรมที่สร้างสรรค์ใหม่สำหรับเด็กและเยาวชน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

๔. สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะให้ความร่วมมือในการดำเนินงานดังนี้

๔.๑ ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เร่งรณรงค์สร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศในสังคม รวมทั้งปลูกฝังให้เด็ก เยาวชน ครอบครัว และชุมชน มีความรับผิดชอบในเรื่องเพศ รู้จักเคารพในบทบาท

^๒ เพศศึกษา (sexuality education) หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัยเกี่ยวกับเจตคติ ความรู้ พฤติกรรมทางเพศ เพศภาวะ และวิถีชีวิตทางเพศ เพื่อก่อให้เกิดความรับผิดชอบ ความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพศ และมีทักษะในการดำเนินชีวิต

หญิงชาย ปลุกฝังจริยธรรมและศีลธรรม ตลอดจนดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมสื่อต่าง ๆ ที่นำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศอย่างจริงจัง และสนับสนุนให้เกิดสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ให้ปรากฏสู่สังคมให้มากขึ้น

๔.๒ ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนและองค์กรในชุมชน เพื่อการเสริมสร้างครอบครัวเข้มแข็งในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

๔.๓ ร่วมกับคณะกรรมการสถานศึกษา เครือข่ายผู้ปกครองในและนอกสถานศึกษา เครือข่ายครอบครัวและชุมชน เครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาความรู้ทัศนคติในเรื่องเพศเชิงบวก จริยธรรม และศีลธรรม ให้แก่เด็ก เยาวชน และพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมทั้งการจัดทำแนวทางเพื่อส่งเสริมให้สามารถสื่อสารเรื่องเพศได้อย่างเหมาะสมกับช่วงวัยและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

๔.๔ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดบริการที่หลากหลายเป็นมิตรแก่วัยรุ่นสนับสนุนการทำงานของศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ศูนย์บริการที่เป็นมิตร ศูนย์ให้คำปรึกษาที่ทำงาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง บริการสุขภาพของสถานศึกษาทุกระดับ และรวบรวมข้อมูลของหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมให้แก่เด็กนักเรียนนักศึกษาทั้งระหว่างการตั้งครรภ์และหลังการตั้งครรภ์

๔.๕ ร่วมกับคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ เข้มงวดในการจัดการพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เช่น การบังคับใช้กฎหมายห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชน การควบคุมจำนวนและความหนาแน่นของร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกพื้นที่และการควบคุม การทำการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔.๖ สนับสนุน เร่งรัด และผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ให้สามารถประกาศใช้ได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๔

๕. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย

๑. ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย นับเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นระหว่างพ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๒ พบว่าอัตราการคลอดของมารดาอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ ๑๓.๘๖ ในพ.ศ. ๒๕๔๗ เป็น ๑๖.๐๐ ในพ.ศ. ๒๕๕๒^๑ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวหากรวมการแท้งและเด็กตายคลอดที่ส่วนใหญ่ไม่มีการแจ้งเกิดจะมีจำนวนสูงกว่านี้มาก ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากใช้วิธีคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้ใช้วิธีการป้องกัน ขาดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยขัดขวางความรู้สึกทางเพศ และไม่รู้ว่าจะมีโอกาสตั้งครรภ์เมื่อใด รวมทั้งการถูกล่วงละเมิดทางเพศจากคนใกล้ชิดและจากอิทธิพลของสื่อวัยรุ่นทางเพศที่ยังขาดการควบคุมอย่างจริงจังจากหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้ วัยรุ่นยังไม่กล้าไปขอรับบริการคุมกำเนิด เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีทัศนคติไม่ดีต่อวัยรุ่น ในขณะที่การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่น ยังเป็นเรื่องที่วัยรุ่นต้องไปแสวงหาเองด้วยความรู้ที่ไม่ถูกต้อง

๒. จากการสำรวจอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น พบว่า แนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ โดยปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย ๑๕-๑๖ ปี และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยไม่ถึงร้อยละ ๕๐^๒ โดยพบแม่วัยรุ่นอายุน้อยที่สุด ๙ ปีนอกจากนี้ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ยังส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชน อายุ ๑๕-๒๔ ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ๔๒.๖ ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๗๘.๖ ต่อประชากรแสนคนในพ.ศ. ๒๕๕๒ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ด้วย

๓. อิทธิพลของสื่อซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะในเรื่องเพศของวัยรุ่นนั้น ปัจจุบันโดยเฉลี่ยเด็กและเยาวชนใช้ชีวิตอยู่กับสื่อไม่น้อยกว่าวันละ ๘ ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นอินเทอร์เน็ตวันละ ๓.๑ ชั่วโมง ดูโทรทัศน์วันละ ๕.๗ ชั่วโมงซึ่งเมื่อเทียบกับการอ่านหนังสือเฉลี่ยวันละ ๓๙ นาที พบว่าเด็กและเยาวชนใช้เวลาบนอินเทอร์เน็ตมากกว่าถึง ๖ เท่า ซึ่งเว็บไซต์เพื่อส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้มีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะ ๔๐ เว็บไซต์ที่ได้รับความนิยมจากผู้ใช้ในประเทศไทย ๕๒.๕ % มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ไม่เหมาะสมและอีกกว่าร้อยละ ๑๗.๕ มีเนื้อหาสื่อทางเพศที่เข้าข่ายลามกอนาจาร การใช้ภาษาที่หยาบคาย รวมถึงเนื้อหาที่รุนแรง ส่วนรายการโทรทัศน์สำหรับการส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้มีเวลาออกอากาศเพียงร้อยละ ๕ ของเวลาทุกสถานีรวมกัน รายการวิทยุที่มีสถานีวิทยุเพื่อเด็กและเยาวชนเพียงร้อยละ ๑ จากจำนวน ๕๔๒ ของสถานีวิทยุทั้งหมดในประเทศไทย^๓

๔. โครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาพของสังคม หรือ Media Monitor ศึกษารายการละครที่ออกอากาศในช่วงเวลาครอบครัว (Family Time) หรือช่วง ๑๖.๐๐-๒๒.๐๐ น. ที่เป็นช่วงเวลาครอบครัว ซึ่งเด็กและสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาร่วมกันหน้าจอทีวีมากที่สุด เป็นรายการละคร ถึงร้อยละ ๘๘ ซึ่งอัดแน่นไปด้วย

ความรุนแรงทั้งประเด็นความรุนแรงทางกาย จิตใจ วัตถุประสงค์ของ ประเด็นเรื่องภาพตัวแทนเช่น อคติทางเพศ การดูถูกเหยียดหยาม ภาษาเหยียดหยาม ภาษาล้อแหลม และประเด็นความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่เหมาะสม การชมละครที่มีฉากรุนแรงทั้งทางวาจาและพฤติกรรมเรื่อย ๆ จนเป็นนิสัยส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมเลียนแบบ และมีพฤติกรรมก้าวร้าว^๔

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์

๕.๑ ปัญหาด้านสุขภาพของมารดา วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ใน ๕ ปีแรกของการมีระดู จะทำให้การเจริญเติบโตของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสูงน้อยกว่าคนอื่น เพราะการหลั่งฮอร์โมน Estrogen มากทำให้มี Epiphysis ของกระดูกปิดเร็วขึ้น อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่มีอายุเกินกว่า ๒๐ ปี เช่น อุบัติการณ์ของโลหิตจางสูง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนาน และภาวะคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราตายของมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี สูงกว่ามารดาที่มีอายุ ๒๐-๒๔ ปี ถึง ๓ เท่า ปัญหาด้านสุขภาพจิต เนื่องจากพัฒนาการทางจิตใจไม่เพียงพอ ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถขบคิดและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อ แม่ ผู้ปกครองทั้งสองฝ่าย ต้องปกปิดสังคม ห่วงเรื่องเรียน ภาระเงินทอง ทำให้ปรับตัวไม่ได้ หงุดหงิด อารมณ์เสีย โกรธง่าย และมีโอกาสคิดฆ่าตัวตายสูง โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์ โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๓ ในวัยรุ่นที่มีบุตรก่อนอายุครบ ๑๘ ปีบริบูรณ์ จำนวน ๘๒๓ ราย พบแม่วัยเยาว์ที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด จำนวน ๑ - ๒ ครั้ง ร้อยละ ๑๒.๐^๕ รวมไปถึงอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ถึงร้อยละ ๘๖.๖ ส่งผลให้เกิดการทำแท้ง ในแม่วัยรุ่นซึ่งมีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีการลักลอบทำแท้งโดยหมอเถื่อน ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดา การสำรวจสตรีที่ทำแท้งและมีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพ.ศ. ๒๕๔๒ โดยกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่าร้อยละ ๒๙.๓ ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี^๖

๕.๒ ปัญหาสุขภาพของทารกที่พบบ่อย คือ ทารกน้ำหนักน้อย ไม่แข็งแรง เสียชีวิตง่ายภายใน ๑ เดือน โดยเฉพาะหากตั้งครรภ์หลังจากเริ่มมีระดูได้เพียง ๒ ปีแรก ทารกคลอดจะมีน้ำหนักน้อยเป็น ๒ เท่าของสตรีที่ตั้งครรภ์หลังเริ่มมีระดูครั้งแรกนานมากกว่า ๒ ปี ในการเปรียบเทียบการตายปริกำเนิดนั้น ใน สหราชอาณาจักรมีรายงานว่า อัตราตายของทารกปริกำเนิด ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดจะสูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี และในประเทศไทยก็มีการศึกษาพบว่าทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น มีการเสียชีวิตมากกว่าเช่นกัน^๗

๖. ผลกระทบด้านการศึกษาและเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์ พบแม่วัยเยาว์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงมากนัก ประกอบกับยังมีอายุน้อย จึงมีศักยภาพในการทำงานให้ก่อเป็นรายได้ไม่น้อยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง ๒,๕๐๑-๕,๐๐๐ บาท รองลงมาคือ ๕๐๑-๒,๕๐๐ บาท (ร้อยละ ๓๓.๓ และ ๓๑.๖) ซึ่งนับเป็นรายได้ที่ไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวและยากลำบากในการดำรงชีวิตในยุคปัจจุบัน^๘

๗. ผลกระทบด้านสังคม พบว่าเด็กทารกที่เกิดจากมารดาตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีแนวโน้มถูกทอดทิ้งมากขึ้น เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมักถูกบีบคั้นจากเจตคติของสังคมที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ มีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงทางด้านจิตใจของฝ่ายหญิง^๙

การดำเนินงานด้านนโยบาย

๘. การดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น มีนโยบายและกลไกระดับชาติที่สำคัญ ได้แก่

๘.๑ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) ภายใต้การดำเนินงานของ คณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน (รายละเอียดในเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔ / ผนวก ๑)

๘.๒ ร่างยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยกำหนดจะประกาศให้เป็นวาระแห่งชาติ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ คือ ๑) ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน ๒) ยุทธศาสตร์การช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู ๓) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างบทบาท และองค์ความรู้แก่กลุ่มผู้นำทางความคิดของเด็กและเยาวชน ๔) ยุทธศาสตร์การจัดสิ่งยั่วยุและอิทธิพลจากสื่อ ๕) ยุทธศาสตร์ด้านการผลักดันนโยบาย ๖) ยุทธศาสตร์การสำรวจข้อมูล การพัฒนาระบบงานและการติดตามผล ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ^{๑๐} ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นประธาน มีอำนาจและหน้าที่ประการหนึ่งคือ การเสนอนโยบาย แผนงาน งบประมาณ และมาตรการในการสงเคราะห์ คุ้มครองสวัสดิภาพ และส่งเสริมความประพฤติเด็กตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ สำหรับการขับเคลื่อนร่างยุทธศาสตร์ดังกล่าวสามารถดำเนินการโดยคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัดและคณะกรรมการคุ้มครองเด็กกรุงเทพมหานคร (เด็ก ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก หมายถึงบุคคลซึ่งอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส)

๘.๓ กระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. (รายละเอียดในเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / หลัก ๔ / ผนวก ๑) เพื่อให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้มีการทำประชาพิจารณ์ โดยกรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ด้วยกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๓ เพื่อใช้กระบวนการมีส่วนร่วมปรับเนื้อหาสาระของร่างพระราชบัญญัติ ฯ ผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยในหลักการที่ต้องมีกฎหมายคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่ด้วยความหลากหลายทางความคิด และวัฒนธรรมไทยในเรื่องเพศ จึงยังมีความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ ผลักดันให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหา และข้อขัดข้องที่จำเป็นต้องใช้กฎหมายในการแก้ปัญหา ในขณะที่กฎหมายหลายฉบับได้กล่าวถึงการคุ้มครองสิทธิ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ แรงงาน ฯลฯ แต่ประเด็นที่เกี่ยวกับเรื่อง สุขภาวะทางเพศ เป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงเป็นไปได้ที่จะใช้การคุ้มครองโดยกฎหมายที่มีอยู่แล้ว จำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะ ที่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ถือปฏิบัติ

๘.๔ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ร่วมกับทุกภาคส่วนจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและเยาวชน อายุ ๑๐ - ๒๔ ปี ที่เน้นให้วัยรุ่นและเยาวชนมีความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และได้นำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ โดยผลักดันให้มีคณะกรรมการและ/หรือแผนยุทธศาสตร์พัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนแบบบูรณาการระดับจังหวัด และเพื่อให้การขับเคลื่อนในระดับจังหวัดรวดเร็ว สนองตอบการแก้ปัญหา จึงจำเป็นต้องมีการจัดทำแผนชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม

๙. แม้จะมีนโยบายที่มีทิศทางชัดเจนในแต่ละหน่วยงานแล้ว เนื่องจากการแก้ปัญหาที่มีพื้นฐานในเรื่องเพศ มีความจำเป็นที่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนต้องตระหนัก และเห็นว่าเป็นปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข โดยร่วมมือกันในพื้นที่ ซึ่งภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมีทุนทางความคิด และทรัพยากร ที่จะสามารถสร้างแนวร่วม ร่วมคิดร่วมทำเพื่อให้แนวนโยบายของภาครัฐที่เกิดจากความคิดเห็นของทุกภาคส่วนขับเคลื่อนอย่างเร่งด่วน เป็นรูปธรรม มีความเข้มแข็งมากขึ้น และไม่หยุดนิ่ง โดยให้คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและประสานงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ ร่วมกันผลักดันให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์พัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนแบบบูรณาการระดับจังหวัด ซึ่งจะส่งผลต่อการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ประเด็นสุขภาพทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับโรคเอดส์ / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่คณะกรรมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้ข้อคิดเห็นจากการติดตามการดำเนินงานว่า หน่วยงานองค์กร และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการขับเคลื่อนสุขภาพทางเพศมีความหลากหลาย ขาดการเชื่อมโยงการทำงานที่เป็นระบบ ขาดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงาน นั้น เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาไม่มีการดำเนินงานดังกล่าว และในโอกาสที่รัฐบาลมีมติให้มี นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ ๑ แล้ว คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม มีอำนาจหน้าที่ ส่งเสริมสนับสนุนและประสานงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการขับเคลื่อนแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

การพัฒนาการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา

๑๐. สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และองค์การแพธ (PATH) ดำเนินงานโครงการและบรรจุหลักสูตรเพศศึกษาในสถานศึกษาสังกัด “โครงการก้าวอย่างเข้าใจ” ในช่วงปี ๒๕๔๖-๒๕๕๑ บทเรียนจากโครงการดังกล่าวนำมาพัฒนาสู่การจัดหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ เพศศึกษารอบด้าน สำหรับเยาวชนในสถานศึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้านแก่เยาวชนในวิถีเรื่องเพศของมนุษย์ รวมถึงการเจริญเติบโต และพัฒนาการตามช่วงวัย การเจริญพันธุ์ การเรียนรู้เกี่ยวกับสรีระร่างกาย การจัดการอารมณ์เพศ ชีวิตครอบครัว การตั้งครรภ์ การดูแล เลี้ยงดูเด็ก การตอบสนองทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ การคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ การใช้ความรุนแรงทางเพศ เอชไอวี-เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อย่างไรก็ตามงานเพศศึกษา ยังไม่ได้กำหนดเป็นภารกิจที่ชัดเจนของหน่วยงานการศึกษาทั้งส่วนกลางและในระดับพื้นที่ จึงขาดเจ้าภาพ แผนงานและงบประมาณต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมทั้งการสอนเพศศึกษา เป็นแบบเลือกให้ข้อมูลตามที่ครูเห็นสมควร ลดทอนเนื้อหาเวลา ตัดขั้นตอนการเรียนรู้ ละเลยเรื่องกระบวนการคิดของเด็ก และการจัดการเพศศึกษานั้นยังขึ้นอยู่กับความสนใจและการเห็นความสำคัญในระดับบุคคลของผู้บริหารนโยบายการศึกษา และผู้บริหารสถานศึกษา ยังไม่เป็นนโยบายที่ชัดเจน จึงไม่มีการกำหนดหลักสูตร และชั่วโมงสำหรับเพศศึกษาที่ควรมีอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงต่อภาคเรียนอย่างระบบต่อเนื่องทุกระดับชั้น ไม่มีการกำกับติดตามการดำเนินงานเรื่องเพศศึกษาที่ชัดเจน^{๑๑}

๑๑. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีการบรรจุหลักสูตรเพศศึกษา และจัดระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้วยกระบวนการทำความเข้าใจนักเรียนเป็นรายบุคคล คัดกรองและให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหา สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย มีการบรรจุการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา ๖ หน่วยการเรียนรู้ในทุกปีการศึกษา หรือประมาณอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง และในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้ร่วมกับ

สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีจัดทำ “หลักสูตรโลกหมุนได้ด้วยมือฉัน” เพื่อเสริมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนมัธยมต้น เพื่อให้รอดพ้นจากเอดส์ ปัญหาทางเพศ ปัญหาท้องไม่พร้อม โดยในปี ๒๕๕๒ ได้บรรจุหลักสูตรนี้ไว้ในชั่วโมงแนะแนวสำหรับนักเรียนมัธยมต้นทุกคนในโรงเรียน

๑๒. การดำเนินงานเรื่องเพศศึกษาของสถานศึกษา ในและนอกระบบการศึกษา เป็นความพยายามของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ด้วยข้อขัดข้องของทักษะการถ่ายทอด การเรียนรู้เรื่องเพศ ตลอดจนระยะเวลาในระบบการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน ทำให้การดำเนินงานส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องเพศในวัยรุ่น ตามไม่ทันกับกระแสของสังคม ประกอบกับการเรียนรู้ทักษะชีวิตเรื่องเพศในครอบครัวโดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง ยังอยู่ในสถานการณ์ของความไม่พร้อม ขาดทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินไปพร้อม ๆ กับการสอนทักษะชีวิตเรื่องเพศในสถานศึกษาทุกระดับ

การจัดการด้านสื่อสารมวลชน และการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย

๑๓. กระทรวงวัฒนธรรม โดยกลุ่มเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม ดำเนินโครงการเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม และวัฒนธรรมให้กับเด็กและเยาวชน รวมทั้งกลุ่มพ่อแม่ ผู้ปกครองโดยกำหนดยุทธศาสตร์ในเชิงกระบวนการทำงานขับเคลื่อนด้วยเด็ก คือ “เด็กนำ เราหนุน” เคลื่อนด้วยวิถีคิดคือ “พหุภาคียุทธศาสตร์” และเคลื่อนด้วยนโยบายรัฐบาลคือ “ระบบเฝ้าระวังเชิงนโยบาย” มีงานหลายโครงการที่เกี่ยวกับการสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม อาทิ โครงการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และโครงการสร้างเครือข่ายเยาวชนอาสาสมัครเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังมีกลไกรวมถึงโครงการเพื่อสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชนและสังคมด้วย อาทิ สายด่วนวัฒนธรรม ๑๗๖๕ สภาวัฒนธรรม ๗๕ จังหวัดทั่วประเทศ และโครงการวัฒนธรรมไทยสายใยชุมชน โดยกรมส่งเสริมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

๑๔. สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน เป็นองค์กรเอกชนที่ให้บริการและอบรมความรู้ด้านการวางแผนครอบครัวโดยมีศูนย์/สาขาของสมาคมจำนวน ๑๖ แห่งในภาคต่าง ๆ รวมทั้งมีสถานพยาบาลเพื่อรองรับการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมตามมาตรา ๓๐๕ แห่งประมวลกฎหมายอาญาหากมีอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๒

๑๕. สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี มีการพัฒนาหลักสูตรและการบริหารจัดการหลักสูตรกิจกรรมลูกเสือเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยคำนึงถึงมิติหญิงชาย ในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน สังกัดกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

๑๖. แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ (สสส.) ซึ่งดำเนินงานโดยมูลนิธิสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง จัดทำโครงการสร้างแกนนำสุขภาวะทางเพศในกลุ่มเยาวชนอาชีวศึกษา ๔ ภาค เพื่อทำงานกับกลุ่มเพื่อนเยาวชนในลักษณะ Peer to peer education นอกจากนี้ยังได้ร่วมมือกับ ๔๘ ภาคีที่มีความตระหนักเรื่องสุขภาพทางเพศสร้างความรู้ความเข้าใจ และเผยแพร่ความรู้ให้แก่ วัยรุ่น พ่อแม่ผู้ปกครองผ่านสื่อต่าง ๆ มีการสร้างพันธมิตรใหม่เพื่อระดมความร่วมมือในการเสริมสร้างการเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและแก้ปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งสนับสนุนชุดโครงการวิจัยเพื่อวางรากฐานองค์ความรู้สู่การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพทางเพศผ่านสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๗. บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ฯ เปิดให้บริการช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กที่เดือดร้อน โดยให้ที่พักอาศัย และดูแลด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษาฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งฝึกอาชีพให้ผู้หญิงและเด็กที่ประสบปัญหา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตั้งครรภ์ไม่พร้อม และในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ริเริ่มโครงการเพิ่มต้นทุนชีวิต

ให้แม่วัยใสและลูก เพื่อสร้างชีวิตและสายสัมพันธ์ของแม่และลูก มุ่งให้ได้มีโอกาสเรียนต่อและสามารถเลี้ยงลูกเองไปพร้อมกัน โดยให้การสนับสนุนรอบด้านอย่างเต็มที่

๑๘. ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ดำเนินโครงการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในบริบทพยาบาล ประเด็นเด็กและเยาวชนในสังคมไทย ด้านเพศสัมพันธ์ การตีมีสุรา และการใช้ความรุนแรง จำนวน ๑๘ เรื่อง^{๑๒} ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย พบว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิถีครอบครัวและการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาวิถีเพศ และสุราในวัยรุ่น ล้วนเกิดจากน้ำมือของผู้ใหญ่ ตั้งแต่ระดับชาติถึงพ่อแม่ ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ความล้าหลังทางวัฒนธรรม/วิถีชีวิต โดยได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาคำตั้งครม. ในวัยรุ่น ในระดับชุมชน ซึ่งต้องการการสนับสนุนจากทุกหน่วยงานเป็นอย่างมาก

๑๙. การดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยเฉพาะเรื่องการจัดตั้งครม. ในวัยรุ่น เป็นงานที่ภาคีเครือข่ายมีความตระหนัก มีความพร้อม สนใจและตั้งใจในการร่วมแก้ปัญหา ดังนั้น การพัฒนาเครือข่ายเฉพาะประเด็นจะเป็นการแก้ปัญหาที่ทำให้จึงเป็นเรื่องที่สามารถทำได้รวดเร็ว ทำในพื้นที่ที่มีปัญหาได้จะเป็นการแก้ปัญหาที่ตรงจุด และให้เข้มแข็ง

สรุปผลการติดตามการดำเนินงาน และการรับฟังความคิดเห็นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒๐. จากการรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น มีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยให้กลไกทางกฎหมายระดับชาติหลัก ๓ กลไกเป็นผู้ขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามันยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ๒) ร่าง ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวและเยาวชนตั้งครม.ไม่พร้อม และ ๓) ร่าง พระราชบัญญัติคุ้มครองมันยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ พ.ศ....

๒๑. นอกจากนี้ยังมีกลไกอื่นที่ควรจะช่วยสนับสนุนการทำงานคือคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ซึ่งตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งกำหนดให้มีการดำเนินงานผ่านสภาเด็กและเยาวชนระดับต่าง ๆ โดยเครือข่ายสมัชชาสุขภาพให้ความสำคัญกับการนำมาตรการ กลไกทางกฎหมายมาปฏิบัติจริง

๒๒. ประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่เด็กและเยาวชนในเรื่องเพศศึกษา โดยเฉพาะเพศศึกษารอบด้าน ตลอดจนการจัดทำหลักสูตรทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครม.ระหว่างกำลังศึกษาให้ได้รับโอกาสในการศึกษาต่อจนจบหลักสูตร รวมถึงการจัดให้มีบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ที่ผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดี และวัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่าย และการจัดการต่ออิทธิพลจากสิ่งยั่วยุทางเพศในสังคม เช่น สื่อต่าง ๆ รวมทั้งการให้ภาคีเครือข่ายอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างจริงจังไม่ว่าจะเป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ รวมทั้งองค์กรภาคเอกชนอื่น ๆ ร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการทั้งในระยะสั้น และระยะยาวเพื่อให้มีแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ๑ ข้อมูลการสำรวจแนวโน้มการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย, พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๒.
- ๒ กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์, เฉวตฉัตร นามวาท, การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ และสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ประเทศไทย ๒๕๕๒. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, พ.ศ. ๒๕๕๓
- ๓ สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์กับแนวคิดพื้นฐานในการทำงาน กลุ่มเฝ้าระวังทางสังคมและวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม, พ.ศ. ๒๕๕๓
- ๔ สุทธิวรรณ ตัญญาพงศ์ปรัชญ์. Colorbar รายงานพิเศษเรื่องการเฝ้าระวังสื่อ. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมการรายงานข่าวการเฝ้าระวังสื่อ. บริษัทมัลติซัพพลายเทรตติ้ง (๑๙๙๒), พ.ศ. ๒๕๕๒
- ๕ โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี ๒๕๓๖. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิด, พ.ศ. ๒๕๔๕.
- ๖ กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ ๒๕๔๒.
- ๗ อุดม เขาวรินทร์.การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น อ่างใน เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์.ราชวิทยาลัยสูติ นรีแพทย์แห่งประเทศไทย, พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๘ โครงการสำรวจสภาพปัญหาแม่วัยเยาว์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี ๒๕๓๖. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิด, พ.ศ. ๒๕๔๕.
- ๙ ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ๒๕๕๐. อ่างในรายงานวิจัยเรื่องบทบาทของครอบครัวกับการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๒๕๕๓
- ๑๐ ร่างยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม(ฉบับปรับปรุงจากการสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็น ๒๐ ตุลาคม ๒๕๕๓). คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน, พ.ศ. ๒๕๕๓
- ๑๑ รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดย คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, พ.ศ. ๒๕๕๓
- ๑๒ ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย. หน้า-ประถม นม-มหา'ลัย.กรุงเทพมหานคร.บริษัทโชคเจริญ มาร์เก็ตติ้ง จำกัด, พ.ศ. ๒๕๕๑

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗)

อนามัยการเจริญพันธุ์^๑ เป็นการพัฒนาประชากรซึ่งเน้นด้านคุณภาพการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมสุขภาพทางเพศทั้งด้านกาย จิต และสังคม เพศ เพศมิติ พฤติกรรมทางเพศ บทบาทชายหญิง ในสังคม ทุกวัยตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสูงอายุ ให้มีความสมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนงาน อนามัยการเจริญพันธุ์หลายด้านยังเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงศักดิ์ศรีและความสง่างามในการร่วมเป็นภาคีเครือข่ายการพัฒนา ระหว่างประเทศ และเป็นเครื่องบ่งชี้ในระดับสากลว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิของสตรีและประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ร่วมเป็นสมาชิกและให้สัตยาบันเพื่อพัฒนาประชากรและอนามัยการเจริญพันธุ์หลายครั้ง^๒ ซึ่งต่างเน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี รวมทั้งสิทธิและความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานทุกภาคส่วนของประเทศไทย ต้องร่วมมือกันดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามพันธสัญญาที่ได้ลงนามไว้

๑. สถานการณ์ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

เมื่อ ๕๐ ปีก่อน ประเทศไทยมีปัญหาประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็วมาก อันเนื่องมาจากอัตราการตายได้ลดต่ำลง ในขณะที่อัตราเกิดยังคงสูงอยู่ ช่องว่างระหว่างอัตราเกิดและอัตราตายช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ คือ ตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. ๒๔๘๘ เป็นต้นมา กว้างขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. ๒๕๐๐ ประชากรไทยมีอัตราเพิ่มสูงกว่าร้อยละ ๓ ต่อปี อัตราเพิ่มที่สูงระดับนี้ในทางทฤษฎีสามารถทำให้ประชากรเพิ่มเป็น ๒ เท่าตัว ภายในเวลาเพียง ๒๓ ปี เท่านั้น

ในขณะเดียวกัน ช่วงเวลาหลังจากปี พ.ศ. ๒๕๐๐ เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายเร่งรัดพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ การเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วได้กลายเป็นปัญหาของประเทศ ประชากรเพิ่มเร็วจนยากที่จะพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านต่าง ๆ ได้ทัน ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา การสาธารณสุข การสร้างตำแหน่งงานในอาชีพต่าง ๆ บุคคลหลายกลุ่มโดยเฉพาะนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ได้ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มประชากรด้วยอัตราที่สูงมากเป็นอุปสรรคสำคัญในการเร่งพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติด้วย

^๑ อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการและการทำหน้าที่ของระบบการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต
^๒ พันธสัญญาและแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศที่ประเทศไทยได้ร่วมลงนาม ได้แก่ (๑) แผนปฏิบัติการในการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development - ICPD) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ณ กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ (๒) การประชุมสตรีโลกครั้งที่ ๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศจีน (๓) การร่วมรับรองเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ซึ่ง MDGs มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์และลดการตายของมารดา ๓ ใน ๔ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (๔) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women - CEDAW)

ดังนั้น เมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๑๓ รัฐบาลไทยจึงได้ประกาศนโยบายชะลออัตราเพิ่มประชากร ความว่า “รัฐบาลไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบใจสมัครเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับอัตราเพิ่มประชากรสูงมาก ที่จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ”

นับตั้งแต่ประเทศไทยมีนโยบายประชากรเรื่อยมา “โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ” ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง คู่สมรสชาวไทยได้ใช้วิธีคุมกำเนิดกันอย่างกว้างขวาง วิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่นิยมใช้กันมาก คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และชนิดถาวร ได้แก่ การทำหมันหญิง ก่อนมีนโยบายประชากรใน พ.ศ. ๒๕๑๒ คู่สมรสใช้วิธีคุมกำเนิดเพียงร้อยละ ๑๕ อัตราคุมกำเนิดของคู่สมรสชาวไทยได้สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ ๖๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ และสูงถึงประมาณร้อยละ ๗๔ - ๗๕ ในปัจจุบัน

ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็วในทุกด้าน สตรีมีสถานภาพสูงขึ้น และมีสัดส่วนที่อยู่เป็นโสดมากขึ้น คนรุ่นใหม่ทั้งชายและหญิงมีค่านิยมที่จะแต่งงานน้อยลง คนที่แต่งงานแล้วก็ต้องการมีลูกจำนวนน้อยลง วิธีคุมกำเนิดแพร่หลายในสังคมไทยมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว และการวางแผนครอบครัวที่แพร่หลายในหมู่คู่สมรสชาวไทย ส่งผลให้อัตราเพิ่มประชากรชะลอตัวอย่างรวดเร็ว อัตราเพิ่มประชากรที่เคยสูงกว่าร้อยละ ๓ ต่อปี เมื่อ ๔๐ ปีก่อน ได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๐.๕ ต่อปี ในปัจจุบัน แนวโน้มการเพิ่มประชากรที่ผ่านมาทำให้คาดประมาณได้ว่า ประชากรของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลงไปอีกในอนาคต และจะไปคงตัวอยู่ที่จำนวนประมาณ ๖๕ - ๖๖ ล้านคน ในอีก ๒๐ - ๓๐ ปี ข้างหน้า

อัตราเพิ่มประชากรที่ลดต่ำลงนี้เป็นผลมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว เมื่อ ๔๐ ปีก่อน ผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีลูกโดยเฉลี่ยมากกว่า ๖ คน ปัจจุบันผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีลูกเฉลี่ยเพียง ๑.๕ คนเท่านั้น เมื่อ ๔๐ - ๕๐ ปีก่อน อัตราเกิดสูงมากถึงประมาณร้อยละ ๔ ต่อปี ช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๖ - ๒๕๒๖ มีการเกิดในประเทศแต่ละปีเกินกว่า ๑ ล้านคน ปัจจุบันอัตราเกิดได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๑.๓ และจำนวนเกิดในแต่ละปีเหลือเพียง ๘ แสนคน มีแนวโน้มว่าจำนวนเด็กเกิดในประเทศไทยแต่ละปีจะลดต่ำลงไปอีก เพราะคนหนุ่มสาวรุ่นใหม่มีค่านิยมที่จะแต่งงานและมีลูกกันน้อยลง ในอีกไม่เกิน ๑๐ ปีข้างหน้า จะมีเด็กเกิดในประเทศไทยเพียงปีละประมาณ ๗ แสนคนเท่านั้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในนโยบายชะลออัตราเพิ่มประชากร ส่งผลให้จำนวนเด็กเกิดในแต่ละปีมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ ประกอบกับสภาพแวดล้อมในครอบครัวและสังคมเสื่อมสภาพครอบครัวแตกแยก สตรีและเด็กถูกเอาเปรียบ ถูกกระทำรุนแรงทางกายและจิต ทำให้สังคมไทยต้องเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อย แต่ด้อยคุณภาพ”

การพัฒนาคุณภาพประชากรจึงต้องเริ่มตั้งแต่การเกิด โดยมีการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ก่อนตั้งครรภ์ ดูแลครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดทั้งแม่และทารก การเกิดที่มีคุณภาพจะต้องเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ที่สตรีมีความพร้อมและตั้งใจ แต่ปัจจุบันในประเทศไทยมีสตรีตั้งครรภ์โดยที่ยังไม่พร้อมและไม่ตั้งใจอยู่อีกเป็นจำนวนมาก

ในแต่ละปี ประมาณว่ามีสตรีตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่า ๑ ล้านท้อง แต่กลับคลอดออกมาเป็นทารกมีชีวิตเพียง ๘ แสนรายเท่านั้น แสดงว่าน่าจะมีการปฏิสนธิจนตั้งครรภ์อีกหลายแสนรายต้องยุติไปด้วยการทำแท้งหรือการแท้งเอง ยิ่งไปกว่านั้น รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นเงินจำนวนหลายร้อยล้านบาท ทั้งนี้ ยังไม่นับรวมค่าบริการทำแท้ง การสูญเสียอวัยวะสำคัญในรายที่ต้องถูกตัดมดลูก การสูญเสียรายได้ อันเกิดจากการพักงานของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ รวมทั้งความสูญเสียด้านจิตใจของครอบครัวผู้ที่เสียชีวิต

แต่ละปีมีการเกิดจากเด็กหญิงอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี ซึ่งน่าจะถือได้ว่าอยู่ในวัยที่ยังไม่พร้อมจะเป็นแม่ ประมาณ ๒,๕๐๐ ราย และมีการเกิดจากสตรีที่ยังไม่ถือว่าเป็นผู้ใหญ่ตามกฎหมายหรืออายุน้อยกว่า ๑๘ ปี อยู่ อีกประมาณ ๘๔,๐๐๐ ราย (ร้อยละ ๑๐.๔๓ ของการเกิดทั้งหมด) แม่ที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีถึงร้อยละ ๑๕.๕ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๑)

ครรภ์ทุกรายและการคลอดทุกครั้งควรที่จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ จนกระทั่งทุกวันนี้ยังมีการคลอดอีกมากถึงร้อยละ ๕ ที่ชาวบ้านทำคลอดกันเอง ครรภ์และการคลอดที่ไม่ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเหล่านี้ย่อมเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารก ปัจจุบันมี ทารกคลอดออกมาแล้วมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ ๒,๕๐๐ กรัม อยู่มากถึงร้อยละ ๙ หรือคิด เป็นจำนวนมากกว่า ๗ หมื่นรายต่อปี

นอกจากทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยแล้ว แต่ละปียังมีทารกที่คลอดออกมาแล้วติดเชื้อจากมารดา พิกการ หรือมีลักษณะผิดปกติอีกเป็นจำนวนมาก ในแต่ละปีมีเด็กที่คลอดออกมาแล้วติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ปีละ ๒๔๐ ราย

ภาวะหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีนคือ มีระดับสารไอโอดีนในปีสภาวะต่ำกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๑ พบร้อยละ ๗๑.๘ ๖๑.๒ และ ๕๘.๕ ตามลำดับ ซึ่งเกณฑ์ระดับปกติจะต้องไม่เกิน ร้อยละ ๕๐ ภาวะเช่นนี้จะทำให้เกิดทารกตายตั้งแต่อยู่ในครรภ์แท้ง พิกการแต่กำเนิด หรือเด็กที่เกิดมาจะมี ปัญญาอ่อน (โโรคเอ๋)

ความรุนแรงในครอบครัว ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์ โดยไม่เต็มใจเป็นจำนวนมาก ซึ่งนำไปสู่การทำแท้งหรือการเกิดที่ไม่เป็นที่ต้องการ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและ จิตของมารดาและเด็ก รวมทั้งยังนำไปสู่ปัญหาชีวิตครอบครัวในระยะยาว

ในประเทศไทยมีแม่ที่ตั้งครรภ์โดยยังไม่พร้อมจะเลี้ยงดูลูกที่คลอดออกมาอีกเป็นจำนวนมาก ดังปรากฏว่า มีทารกถูกแม่ทอดทิ้งไว้ทั้งที่โรงพยาบาล ผู้รับจ้างเลี้ยง หรือในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ ประมาณปีละ ๘๐๐ ราย ทำให้สถานสงเคราะห์เด็กในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ต้องอุปการะเด็กอ่อนมาก ถึงประมาณ ๖,๐๐๐ คน ในปัจจุบัน

แม้ว่าการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยจะพัฒนาก้าวหน้าไปมาก แต่ยังมีแม่ที่ต้องเสียชีวิตอัน เนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด อีกปีละประมาณ ๔๐๐ ราย หรือเท่ากับมีแม่ตายจากการ ตั้งครรภ์และการคลอดเฉลี่ยวันละคน ซึ่งการตายนี้รวมการตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยด้วย

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อทารกคลอดออกมาแล้วจะตายไปก่อนที่จะมีอายุครบปี อีกไม่ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ ราย ในแต่ละปี หรือเฉลี่ยมีเด็กทารกอายุต่ำกว่า ๑ ขวบ ตายวันละ ๒๘ คน

นอกจากนั้น การดูแลครรภ์ การคลอดบุตร และสุขภาพอนามัยของทารกและมารดาที่ยังเป็นปัญหาอยู่นี้ ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในระหว่างพื้นที่และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ของประเทศ คนไทยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ตามพื้นที่ชายแดนของประเทศและคนที่มีฐานะยากจนยังเข้าถึงการดูแลครรภ์ การทำคลอด และการดูแลสุขภาพ ของมารดาและทารกได้น้อยกว่าคนไทยกลุ่มอื่น ๆ

เมื่อสถานการณ์การเกิดด้อยคุณภาพเช่นนี้ หากไม่มีนโยบายหรือมาตรการใด ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพของการ เกิดเป็นพิเศษแล้ว ก็แน่ใจได้ว่าคนไทยที่จะเกิดมาใหม่ในรุ่นต่อ ๆ ไป นอกจากจะมีจำนวนน้อยลงแล้ว ยังจะมี คุณภาพด้อยลงด้วย ซึ่งนับว่าเป็นอันตรายต่อการสืบทอดพันธุ์ของคนไทยเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่รัฐบาลจะต้องมีนโยบายเร่งพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเริ่มตั้งแต่ การเกิดของประชากรทุกรายตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

๒. นโยบายส่งเสริมคุณภาพของการเกิดทุกรายในประเทศไทยด้วยการทำให้ประชากรทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี

“รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากรสร้างประเทศให้รุ่งเรืองมั่นคงและมั่นคงสืบไป”^{๓, ๔}

๓. เป้าประสงค์

๓.๑ เพื่อให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้บนหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

๓.๒ เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง อบอุ่น และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ

๔. แนวคิดและหลักการพัฒนาประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

๔.๑ บูรณาการนโยบายเพื่อให้เครือข่าย พันธมิตร ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้บริหารจัดการการพัฒนาประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศอย่างเชื่อมโยง ทั้งในระดับยุทธศาสตร์ แผนงาน ไปสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมทุกเพศและทุกกลุ่มวัย ยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

๔.๒ ให้ความสำคัญในการลงทุนด้านทรัพยากรบุคคลและบริการ เพื่อการสร้างความเข้มแข็งในการบริการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

๔.๓ พัฒนากฎ ระเบียบ กฎหมาย และระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ตลอดจนการสร้างนโยบายสาธารณะ

๔.๔ สร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่น องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของคนในชุมชน

๔.๕ คำนึงถึงสิทธิประชาชน โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

๕. ยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์

เพื่อให้บรรลุตามนโยบายและแนวคิดหลักการข้างต้น จึงกำหนดยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้

(๑) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

(๒) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

(๓) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(๔) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

(๕) ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย กฎและระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

(๖) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

^๓ กรอบทิศทางนโยบายประชากรกับการพัฒนาประเทศ จากรายงานวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศ ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๑

^๔ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๔ ข้อ ๓๑

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

เป้าหมาย ครอบครัวเข้มแข็ง มีบุตรเมื่อพร้อมและตั้งใจ

- ๑) ทารกและเด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ
- ๒) วัยรุ่นมีความรู้เจตคติที่เหมาะสมเรื่องการสร้างครอบครัว และเข้าถึงบริการคุมกำเนิด
- ๓) หญิงและชายได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อการตั้งครรรค์ที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ ๑) เพื่อส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็ง และมีการสร้างครอบครัวใหม่ที่มีคุณภาพโดย การมีส่วนร่วมของสังคม

๒) เพื่อให้การตั้งครรรค์ของสตรีและการคลอดทุกรายเป็นการตั้งครรรค์ที่พร้อม ทารกและเด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงด้านกาย จิต สังคม และสติปัญญา

มาตรการ ๑) ส่งเสริมสนับสนุนนโยบายและกลไกภาครัฐทุกระดับ และภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการที่เอื้อและเสริมต่อการสร้างครอบครัวใหม่ที่เข้มแข็งและมีคุณภาพ ส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อสถาบันครอบครัว และการมีบุตร รวมทั้งการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีความเท่าเทียมระหว่างเพศ

๒) จัดให้มีบริการเตรียมความพร้อม บริการให้ความรู้และปรึกษา ตรวจสอบสุขภาพชายหญิงก่อนสมรส และตั้งครรรค์ บริการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลาย และการรักษาผู้มีบุตรยาก ที่ประชาชนทุกคนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงได้

๓) ส่งเสริมให้พ่อแม่มีโอกาสและเวลาในการเลี้ยงดูลูกให้มากขึ้น เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและพัฒนาการรอบด้านแก่ทารกและเด็กอย่างทั่วถึง

๔) จัดบริการปรึกษาและให้ความรู้ ความเข้าใจที่รอบด้านทุกมิติ เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมก่อนการตัดสินใจยุติการตั้งครรรค์ที่เป็นไปตามข้อบังคับของแพทยสภา และการปรึกษาหลังยุติการตั้งครรรค์เพื่อป้องกันการตั้งครรรค์ไม่พร้อมซ้ำซ้อน

๕) จัดให้มีศูนย์ดูแลเด็ก (๓ เดือน - ๓ ปี) และเด็กก่อนวัยเรียน (๓ - ๕ ปี) ที่มีคุณภาพ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน ชุมชน ให้มีการจัดสวัสดิการช่วยเหลือครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกและเด็กปฐมวัย^๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมและปลอดภัย

เป้าหมาย ๑) มีระบบการเรียนรู้ การสอนทั้งในและนอกระบบการศึกษา แบบมีส่วนร่วม เรื่องเพศศึกษา และทักษะชีวิตที่รอบด้าน ต่อเนื่อง และคำนึงถึงบริบทสถานะเพศต่าง ๆ

๒) คนทุกกลุ่มวัยมีเจตคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับผิดชอบต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้เรียนรู้ มีเจตคติพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมและรับผิดชอบ

มาตรการ ๑) สนับสนุนให้มีการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตอย่างรอบด้านที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่ความรับผิดชอบต่อเพศและความสัมพันธ์ที่เสมอภาคระหว่างคนสถานะเพศต่าง ๆ

^๕ เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กที่มีอายุแรกเกิดถึง ๖ ปี บริบูรณ์

(gender equality) โดยกำหนดให้เป็นการศึกษาตลอดชีวิตทั้งในระบบและนอกระบบ

๒) ส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยง ภัยคุกคามจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตัดสินใจในการรักษา และการใช้ยา

๓) กำหนดมาตรการส่งเสริมการผลิตสื่อและเผยแพร่สื่อที่สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม สถานการณ์ทางสังคม และความต้องการจำเป็นพิเศษของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันทางเพศภาวะ วัย ความพิการ ความด้อยโอกาส เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีต่อกัน รวมทั้งการป้องกันความรุนแรงทางเพศในสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

- ๑) โรงพยาบาลทุกระดับมีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ
- ๒) มีโรงเรียนต้นแบบการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ
- ๓) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง^๖ มีการจัดบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาล โรงเรียน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีขีดความสามารถในการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างมีคุณภาพ
- ๒) เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

มาตรการ

- ๑) สนับสนุนและมีการลงทุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครบถ้วนอย่างเป็นมิตร มีคุณภาพและเหมาะสม
- ๒) สนับสนุนให้สถาบันการศึกษามีการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมกับวัย และจัดให้มีบริการในลักษณะที่เป็นมิตร
- ๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข การศึกษา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ให้มีความรู้ เจตคติและความสามารถในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศตามมาตรฐานการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น
- ๔) เสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน
- ๕) เสริมสร้างสมรรถนะองค์กรด้านเด็กและเยาวชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์
- ๖) สนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เชิงรุก

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

เป้าหมาย

- ๑) ทุกจังหวัดจัดตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัด
- ๒) ทุกจังหวัดมีแผนแม่บทการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการบูรณาการ และเกิดการผสมผสานการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

^๖ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สถานสงเคราะห์ บ้านพักฉุกเฉิน สถานที่ทำงาน โรงงาน เป็นต้น

- มาตรการ**
- ๑) ตั้งคณะอนุกรรมการการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัดที่ประกอบด้วยทุกภาคส่วนจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด
 - ๒) ภาคีเครือข่ายร่วมกันสำรวจสถานการณ์ปัญหาภายในจังหวัดเพื่อเป็นฐานข้อมูล
 - ๓) ภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดทำแผนแม่บท การจัดการเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นแบบบูรณาการในระดับจังหวัด
 - ๔) ให้มีการจัดประชุมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
 - ๕) สร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนากฎหมาย กฎและระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

- เป้าหมาย** ประกาศใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล
- วัตถุประสงค์** พัฒนากฎหมาย กฎและระเบียบ เพื่อคุ้มครองสิทธิการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
- มาตรการ**
- ๑) เสนอให้ออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยการปรับปรุงร่างเดิมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
 - ๒) ประสานและร่วมมือกับส่วนราชการ ภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว เพื่อปรับปรุงและพัฒนา กฎระเบียบให้สอดคล้องกับการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม
 - ๓) ประสานและร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการแก้ไขระเบียบให้เพิ่มเติมงบประมาณด้านการป้องกัน คุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
 - ๔) หนุนสร้างความรู้ ความตระหนักแก่บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทุกเพศทุกวัย ให้สามารถใช้สิทธิของตนเองตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

- เป้าหมาย**
- ๑) มีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
 - ๒) มีนวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
- วัตถุประสงค์**
- ๑) มีระบบเฝ้าระวังสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศระดับชุมชน
 - ๒) มีการจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศระดับจังหวัดและส่วนกลาง
 - ๓) มีการพัฒนานวัตกรรมและการจัดการองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
- มาตรการ**
- ๑) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศโดยการสร้างเครือข่ายให้ชุมชนมีส่วนร่วม
 - ๒) สนับสนุนการวิจัยหรือโครงการพัฒนาอื่น ๆ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีการบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เป็นปัจจุบันสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มวัยและทุกกลุ่มสังคม
 - ๓) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดนวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์ด้านการอนามัยการเจริญพันธุ์

นโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการ เพื่อพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์นี้ เป็นกรอบแนวทางที่องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนทุกภาคส่วน ร่วมกันจัดทำเพื่อให้เกิดการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มุ่งสู่เป้าหมาย “การเกิดทุกรายในประเทศไทยมีคุณภาพ และประชาชนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” ต่อไป

บันทึกหลักการและเหตุผล
ประกอบ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์
พ.ศ.

หลักการ

ให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

เหตุผล

สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายระหว่างประเทศ โดยเฉพาะปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ ได้ให้การรับรองและคุ้มครองไว้ แต่อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงซึ่งสิทธิการรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศไม่ว่าจากภาครัฐหรือเอกชนยังมีข้อจำกัดนานัปการ ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีโอกาสได้รับการคุ้มครองและเข้าถึงซึ่งบริการดังกล่าวไม่ว่าจากภาครัฐหรือเอกชนอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เสมอภาคและทั่วถึง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

“การปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์” หมายความว่า การปรึกษาการให้บริการ และการให้ข้อมูลข่าวสาร แบบผสมผสานในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงเรื่องอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว สุขภาพทางเพศ เพศศึกษา การแปลงเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การมีบุตรยาก มะเร็งของระบบสืบพันธุ์ วัยรุ่น วัยทอง สูงอายุ และเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูล

“เพศภาวะ” หมายความว่า ภาวะความเป็นหญิง ความเป็นชาย ที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

“วิถีชีวิตทางเพศ” หมายความว่า ความประพฤติ การปฏิบัติ หรือการมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องเพศในช่วงชีวิตของบุคคล

“เพศศึกษา” หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้ในแต่ละช่วงวัยเกี่ยวกับเจตคติ ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ เพศภาวะและวิถีชีวิตทางเพศ เพื่อก่อให้เกิดความรับผิดชอบและความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพศ

“วัยทอง” หมายความว่า วัยที่ระดับฮอร์โมนเริ่มลดลง ยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ

“สถานบริการสาธารณสุข” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน สภากาชาดไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม

“สถานศึกษา” หมายความว่า สถานศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือสถานที่อื่นตามที่คณะกรรมการกำหนด

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่กับออกกฎกระทรวง ระเบียบ หรือประกาศเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

มาตรา ๕ บุคคลย่อมมีสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สิทธิทางเพศ มีสิทธิเข้าถึงและได้รับข้อมูลข่าวสาร รับการปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จากสถานบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม มีคุณภาพ และได้มาตรฐานตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๖ ให้สถานบริการสาธารณสุขจัดให้มีการปรึกษาหรือบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

มาตรา ๗ ให้สถานศึกษาจัดให้มีการสอนเพศศึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับวุฒิภาวะและวัยของผู้เรียน

มาตรา ๘ การให้การปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ให้การปรึกษาและบริการต้องพึงปฏิบัติดังต่อไปนี้

(๑) ให้ข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเพียงพอแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีทางเลือกและตัดสินใจอย่างอิสระ

(๒) ไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสารหรือประวัติการบำบัดรักษาด้านสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการ

(๓) ให้การปรึกษาและบริการที่เหมาะสมตามเพศภาวะ วิถีชีวิตทางเพศ วัย และความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ โดยไม่ก่อให้เกิดความอับอายหรือเสื่อมเสียแก่ผู้รับบริการ

มาตรา ๙ ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานของรัฐหรือนายจ้างภาคเอกชนที่มีหญิงมีครรภ์ปฏิบัติงาน ต้องไม่กระทำการใดอันเป็นการขัดขวางการลาคลอดตามระยะเวลาตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งต้องส่งเสริมให้หญิงซึ่งเป็นมารดาได้เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่อง ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา ๑๐ ผู้บังคับบัญชาหน่วยงานของรัฐ หรือนายจ้างภาคเอกชน มีหน้าที่ต้องป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำใด ๆ อันเป็นการล่วงเกิน คุกคาม หรือก่อความเดือดร้อนทางเพศต่อผู้ใต้บังคับบัญชาหรือลูกจ้าง

มาตรา ๑๑ ในกรณีที่สถานที่ทำงานมีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้ ให้สถานที่ทำงานดังกล่าวต้องจัดระบบช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของมารดาและบุตรอย่างเหมาะสม

มาตรา ๑๒ ในกรณีที่สถานศึกษามีหญิงมีครรภ์อยู่ระหว่างศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษานั้นต้องอนุญาตให้หญิงมีครรภ์ศึกษาต่อในระหว่างตั้งครรภ์ หรือลาพักและกลับไปศึกษาต่อภายหลังคลอดบุตรแล้วได้

มาตรา ๑๓ ให้สถานศึกษาพัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษาให้สามารถสอน และให้การปรึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะชีวิต รักและเห็นคุณค่าในตนเอง

มาตรา ๑๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ” เรียกโดยย่อว่า “กอช.” ประกอบด้วย

(๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ

(๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการคนที่หนึ่ง

(๓) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการเป็นรองประธานกรรมการคนที่สอง

(๔) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัด กระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัด

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปลัดกรุงเทพมหานคร ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และนายกสภาการพยาบาล เป็นกรรมการ

(๕) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ สองคน ด้านพัฒนาสตรีและครอบครัวสองคน ด้านกฎหมาย ด้านสังคมศาสตร์ ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านการศึกษา ด้านละหนึ่งคน ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่มีประสบการณ์ ซึ่งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ สองคน ผู้แทนผู้สูงอายุหนึ่งคน ผู้แทนนายจ้างหนึ่งคน ผู้แทนเยาวชนหนึ่งคน ผู้แทนแรงงาน สตรีหนึ่งคน และผู้แทนผู้พิการหนึ่งคน

ให้อธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้อธิบดีกรมอนามัยแต่งตั้งข้าราชการในกรมอนามัย ไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๑๕ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี

ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างอยู่ในตำแหน่ง เท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว การแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแทนตำแหน่งที่ว่างลงตาม วรคสอง หากวาระที่เหลืออยู่นั้นไม่ถึงเก้าสิบวัน รัฐมนตรีจะไม่แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นแทนก็ได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวาระหนึ่ง หากยังมีได้แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นใหม่ ให้กรรมการผู้ทรง คุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินงานต่อไปจนกว่ากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้รับ แต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

มาตรา ๑๖ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) เป็นบุคคลล้มละลาย

(๔) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๕) พ้นจากการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพ

(๖) ถูกให้ออก ปลดออก หรือไล่ออกจากราชการ ในกรณีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเจ้าพนักงานของรัฐ

(๗) ขาดการประชุมติดต่อกันสามครั้งโดยไม่มีเหตุอันสมควร

(๘) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

มาตรา ๑๗ คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการส่งเสริม การคุ้มครอง สิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๒) จัดทำแผนงานหลักและมาตรการการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๓) ให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม พัฒนา ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

(๔) กำหนดแนวทางและกำกับดูแลการดำเนินการตามพันธกรณีระหว่างประเทศ ตลอดจนการให้ความร่วมมือและประสานงานกับต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศเกี่ยวกับการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และการพัฒนาประชากรของประเทศ

(๕) กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีการ หรือวางระเบียบเกี่ยวกับการให้การศึกษาและการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งการลาคลอดและการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชน

(๖) เสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ เพื่อให้การปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(๗) ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลให้มีการศึกษาวิจัยและจัดทำข้อมูลแบบบูรณาการเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๘) ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๘ การประชุม คณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุมคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการคนหนึ่งไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนที่สองเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการทั้งสองคนไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด คณะกรรมการต้องมีการประชุมอย่างน้อยปีละสองครั้ง

มาตรา ๑๙ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติการตามที่คณะกรรมการมอบหมาย การประชุมของคณะอนุกรรมการให้นำมาตรา ๑๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๒๐ ให้กรมอนามัยทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ปฏิบัติงานธุรการและการบริหารงานทั่วไปของคณะกรรมการ

(๒) เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและร่วมมือกับส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๓) จัดให้มีการรวบรวม ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งจัดให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม การคุ้มครองสิทธิ และการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ตามพระราชบัญญัตินี้

(๔) จัดให้มีข้อมูลสารสนเทศและการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลการให้การปรึกษา และการให้บริการด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์ในหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข และภาคเอกชน

(๕) ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงานหลัก เพื่อรายงานต่อคณะกรรมการ

(๖) ปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

มาตรา ๒๑ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ให้การส่งเสริมและคำแนะนำแก่หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และภาค เอกชนที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิและการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

(๒) เข้าไปในหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา หรือสถานที่ทำงานในระหว่างเวลา ทำการ เพื่อสอบถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

(๓) มีหนังสือขอให้บุคคลที่เกี่ยวข้องให้ถ้อยคำหรือทำคำชี้แจงข้อเท็จจริง ส่งเอกสาร หรือพยานหลักฐาน เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ถ้าพบว่าหน่วยงาน ของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ผู้ให้การปรึกษา หรือผู้ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน ระเบียบ หรือประกาศของคณะกรรมการที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ออกคำแนะนำเป็นหนังสือเพื่อให้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามมาตรฐาน ระเบียบ หรือประกาศ แล้วแต่กรณี ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ต้องไม่เกินสามสิบวัน หากไม่ปฏิบัติตามให้รายงานคณะกรรมการเพื่อดำเนินการ ตามมาตรา ๒๔

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้บุคคลซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ตามสมควร

มาตรา ๒๒ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวล กฎหมายอาญา

มาตรา ๒๓ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวต่อบุคคลที่ เกี่ยวข้อง บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๒๔ ในกรณีที่คณะกรรมการได้รับคำร้องจากผู้ได้รับผลกระทบด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ หรือได้รับรายงานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ว่าหน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ผู้ให้การปรึกษาหรือผู้ให้บริการใด ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน ระเบียบหรือประกาศที่คณะกรรมการกำหนดตามบทบัญญัติ แห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้คณะกรรมการดำเนินการดังนี้

(๑) แจ้งเป็นหนังสือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ต้องไม่เกินกว่าสามสิบวัน

(๒) กรณีที่หน่วยงานของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงาน ผู้ให้การปรึกษาหรือ ผู้ให้บริการ ไม่ปฏิบัติตาม (๑) ให้คณะกรรมการแจ้งเป็นหนังสือต่อรัฐมนตรีผู้กำกับดูแลหรือผู้บังคับบัญชา หน่วยงาน ของรัฐ สถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา สถานที่ทำงานดังกล่าวเพื่อพิจารณาสั่งการตามอำนาจหน้าที่ แล้วแต่ กรณีต่อไป

มาตรา ๒๕ ผู้ให้การปรึกษาและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลข่าวสารหรือประวัติการรักษาของผู้รับบริการตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๘ (๒) หรือให้การปรึกษาและบริการที่ก่อให้เกิดความอับอายหรือเสื่อมเสียแก่ผู้รับบริการ อันเป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติมาตรา ๘ (๓) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท

มาตรา ๒๖ ผู้ใดที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติมาตรา ๙ หรือ ๑๐ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหกหมื่นบาท

มาตรา ๒๗ ผู้ใดขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๒๑ วรรคหนึ่ง (๒) โดยไม่มีเหตุอันสมควร หรือไม่ให้อัยการหรือคำชี้แจงตามที่พนักงานเจ้าหน้าที่ร้องขอเป็นหนังสือตามมาตรา ๒๑ วรรคหนึ่ง (๓) โดยไม่มีเหตุอันสมควร ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๒๘ ในวาระเริ่มแรก ให้คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ จนกว่าจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ตามพระราชบัญญัตินี้

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

.....
นายกรัฐมนตรี

การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สาม

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

รับทราบและตระหนัก ถึงเจตนารมณ์ บทบัญญัติ และมาตรการป้องกันผลกระทบจากการค้าเสรีระหว่างประเทศในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ รัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ที่ ๑.๒ (การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย) ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และมติที่ ๑.๔ (การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี) และครั้งที่ ๒ มติที่ ๒.๕ (ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ) และแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ – ๒๕๕๗

ห่วงใยและกังวล ต่อผลกระทบด้านลบจากการค้าเสรีในสินค้าที่มีผลต่อสุขภาพและสังคม^๑ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ และการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในสินค้าคุณธรรม ได้แก่ ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมถึงสถานการณ์ที่รายการสินค้าดังกล่าวถูกรวมเข้ากับรายการสินค้าธรรมดาอื่นในความตกลงการค้าเสรี และกังวลต่อช่องว่างของระบบในการกำหนดกรอบการเจรจาการค้าเสรีทุกระดับ ทั้งที่มีผลบังคับใช้แล้ว หรือกำลังอยู่ระหว่างการเจรจา และที่จะมีการเจรจาในอนาคต

ตระหนัก ถึงข้อจำกัดของกลไกและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเจรจาการค้าระหว่างประเทศด้านสินค้าที่มีผลต่อสุขภาพและสังคมและด้านบริการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดำเนินการอย่างบูรณาการ การมีส่วนร่วม การนำมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และการใช้ความรู้ทางวิชาการ รวมทั้งข้อจำกัดจากกระบวนการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการค้าเสรี

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้รัฐบาลและทุกภาคส่วนของสังคมไทยให้สัตยาบันว่าจะให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมไม่น้อยไปกว่าผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกลไกการค้าระหว่างประเทศ และแสดงจุดยืนในการป้องกันผลกระทบดังกล่าวต่อคู่เจรจาต่างประเทศ

๒. ขอให้คณะรัฐมนตรีมอบหมายและสนับสนุนกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศดำเนินการทันทีเพื่อจัดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) จากการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศด้านสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญาและอื่น ๆ รวมถึงภาระผูกพันในปัจจุบันและอนาคตจากการเข้าร่วมเป็นภาคีหรืออยู่ในสาระของการเจรจาเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม อย่างเป็นระบบและครอบคลุมให้แล้วเสร็จ เพื่อเป็นแนวทางใน ๑) การกำหนดกรอบการเจรจาการค้า

^๑ หมายรวมถึง ความมั่นคงทางด้านอาหาร ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม งบประมาณรัฐบาล รายจ่ายครัวเรือน รวมถึงศีลธรรมและวัฒนธรรม

ระหว่างประเทศ และ ๒) การพิจารณาให้ความเห็นชอบของรัฐสภาหรือหน่วยงานที่มีอำนาจลงนามความผูกพันตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย โดยให้การประเมินนี้เป็นไปตาม “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕ (๕) โดยให้มีผู้แทนจากคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ได้รับการเสนอชื่อให้เป็นกรรมการในคณะกรรมการกำกับทิศทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพด้วย

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการ

๓.๑ นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบและสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

๓.๒ ประสานและสนับสนุนกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศให้ดำเนินงานตามมติข้อ ๒ และส่งเสริมการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอื่นที่เกี่ยวข้อง

๓.๓ ประสานหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานวิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ร่วมกันกำหนดรายการสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญา และอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม ให้เป็นรายการยกเว้นจากการเจรจาอย่างถาวร (Permanent exclusion list) และรายการพึงเจรจาอย่างระมัดระวัง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และทบทวนความตกลงการค้าที่มีผลบังคับใช้แล้ว โดยอาศัยผลการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพตามมติข้อ ๒ หรือข้อมูลทางวิชาการอื่นที่เป็นที่ยอมรับและผ่านการปรึกษาหารือโดยสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

๓.๔ ให้เผยแพร่ผลจากเวทีทบทวนร่างรายงานการศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ และรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพฉบับสมบูรณ์ตามมติข้อ ๒ ตามกระบวนการและขั้นตอนที่กำหนดในข้อ ๑๕ ของหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ

๓.๕ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กร และสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ภาคเอกชน รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการดำเนินการตามมตินี้

๓.๖ ร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จัดให้มีการศึกษาแนวทางการปฏิรูปกองทุนเยียวยาต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยเฉพาะที่มาของกองทุนจากผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการเจรจาการค้าเสรีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม และการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

๔. ขอให้กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ

๔.๑ จัดทำกรอบการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ไม่ขัดแย้งกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติที่เกี่ยวข้อง

๔.๒ ประสานกับหน่วยงานของรัฐและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคมเพื่อรวบรวมรายการสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญา และอื่น ๆ ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อการประเมินตามมติข้อ ๒

๔.๓ ใช้หลักการระมัดระวังไว้ก่อน (Precautionary principle) ในการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ เมื่อข้อมูลวิชาการโดยเฉพาะผลกระทบในด้านลบต่อสุขภาพและสังคมยังมีจำกัด และไม่สร้างข้อผูกพัน (Commitment) กับประเทศคู่เจรจาจนกว่าจะมีข้อมูลวิชาการจากการศึกษาตามข้อ ๒ ยืนยันว่าการเจรจาในประเด็นนั้น ๆ ไม่ก่อผลกระทบ

๕. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๕.๑ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทันที เพื่อพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการของการใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment, HIA) ประกอบการพิจารณาเพื่อกำหนดประเภทสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญาและอื่น ๆ ในกระบวนการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ

๕.๒ ติดตามผลการดำเนินการตามมตินี้ และรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ และต่อไปทุก ๒ ปี

การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

๑. การค้าเสรีระหว่างประเทศของไทย และผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

นับตั้งแต่ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกเมื่อ พ.ศ.๒๕๓๘ ประเทศไทยได้ลงนามให้สัตยาบันในสนธิสัญญาและความตกลงทางการค้าเสรีระหว่างประเทศต่าง ๆ ทั้งระดับพหุภาคี ภูมิภาค และทวิภาคีมาเป็นระยะ ๆ โดยที่การค้าเสรีระหว่างประเทศนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มศักยภาพด้านการแข่งขันทางการค้ารวมถึงเศรษฐกิจและการลดอุปสรรคต่อการค้าสินค้า บริการ การลงทุน และอื่น ๆ

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้แบกรับผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพและสังคมจากความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ มีการวิพากษ์วิจารณ์และอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในสังคมถึงแนวทางที่ไม่ชัดเจนในการกำหนดกรอบการเจรจา การทบทวน และการเจรจาในอนาคต ในประเด็น ๑) สินค้าที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ยาสูบและแอลกอฮอล์ได้กลายเป็นสินค้าธรรมดาในรายการของการเจรจาเพื่อลดภาษี และ ๒) การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งส่งผลกระทบต่อราคาและการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งเป็นสินค้าคุณธรรม

นอกจากนี้จากความกังวลถึงผลกระทบจากการทำความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่อาจมีผลต่อสุขภาพและสังคม^๑ ของประชาชนในทุกมิติ หลายภาคส่วนได้มีการติดตามและผลักดันในประเด็นดังกล่าวเพื่อให้กระบวนการการทำสนธิสัญญาหรือความตกลงระหว่างประเทศใด ๆ ได้มีการพิจารณาถึงผลกระทบทางสุขภาพและสังคมอย่างรอบคอบและรอบด้าน

๒. บทบัญญัติ และมาตรการป้องกันผลกระทบจากการค้าเสรีระหว่างประเทศในปัจจุบัน

๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๙๐

กำหนดในวรรค ๒ ว่า “... หนังสือสัญญาใดมีบทเปลี่ยนแปลงอาณาเขตไทย หรือเขตพื้นที่นอกอาณาเขตซึ่งประเทศไทยมีสิทธิอธิปไตยหรือมีเขตอำนาจตามหนังสือสัญญาหรือตามกฎหมายระหว่างประเทศ หรือจะต้องออกพระราชบัญญัติเพื่อให้การเป็นไปตามหนังสือสัญญา หรือมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง หรือมีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภา ในการนี้ รัฐสภาจะต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับความเรื่องดังกล่าว ...”

นอกจากนี้มาตรา ๑๙๐ ยังให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน รวมถึงการดำเนินการแก้ไขหรือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติตามหนังสือสัญญาระหว่างประเทศด้วย อย่างไรก็ตามหลักการดังกล่าวต้องมีการออกกฎหมายรองรับเพื่อการบังคับใช้ด้วย ซึ่งในปัจจุบันมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ ๓ ฉบับ จากกระทรวงการต่างประเทศ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจากพรรคประชาธิปัตย์ และ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (FTA WATCH)

^๑ หมายรวมถึง ความมั่นคงทางด้านอาหาร ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม งบประมาณรัฐบาล รายจ่ายครัวเรือนรวมถึงศีลธรรมและวัฒนธรรม

๒.๒ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๘ มาตรการข้อ ๗๕

กำหนดให้การจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยนั้น ๑) หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพิจารณาผลกระทบต่อผู้บริโภคด้านสุขภาพและสุขภาวะอย่างรอบคอบและถี่ถ้วนตามกระบวนการที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ต้องดำเนินการขอความเห็นจากองค์กรผู้บริโภคและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง ๒) สร้างหลักประกันเพื่อปกป้องผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นจากการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาและปรับปรุงกลไกรองรับผลกระทบที่เอื้ออำนวยและไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพและการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ และ ๓) เปิดโอกาสให้มีการพิจารณาผลกระทบต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศภายหลังที่มีการบังคับใช้ เพื่อหาแนวทางและกลไกในการชดเชยความเสียหายจากข้อตกลง ตลอดจนพิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกข้อตกลงในกรณีที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง

๒.๓ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๑)

จากมติที่ ๑.๒ เรื่อง “การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย” สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ให้การรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ตามมติที่ ๑.๒ เรื่อง การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ ๓ ข้อ ๓.๒ ระบุไว้ว่า ให้ใช้ข้อยึดหยุ่นของข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าที่มีอยู่ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงยาอย่างมีประสิทธิภาพและสมเหตุสมผล และยุทธศาสตร์ที่ ๕ ข้อ ๕.๑ ระบุไว้ว่า ข้อตกลงเขตการค้าเสรี ต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่าความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า ค.ศ. ๑๙๙๔ (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement, TRIPs Agreement) ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบกับข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยและมอบหมายคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยแบบมีส่วนร่วม ซึ่งในที่สุด เมื่อวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๓ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติได้ให้ความเห็นชอบต่อ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยแล้ว

และมติที่ ๑.๔ เรื่อง “การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี” คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ ๑) จัดตั้งกลไกคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ที่มีผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและลบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้จัดตั้ง คณะกรรมการชุดดังกล่าวและเริ่มการดำเนินงานแล้ว ผ่านความร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการต่าง ๆ เช่น สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ๒) ส่งเสริมและสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเสนอร่างกฎหมายว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๙๐ วรรค ๕ โดยให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและนำข้อเสนอของภาคประชาสังคมไปพิจารณา

๒.๔ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๒)

มติที่ ๒.๕ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ” โดยยุทธศาสตร์ข้อ ๕.๕.๔ มาตรการปกป้องความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์จากผลกระทบของข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ กำหนดสาระสำคัญเกี่ยวกับการถอนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบริการที่เกี่ยวข้องออกจากการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศในทุกระดับ สนับสนุนการป้องกันนโยบายแอลกอฮอล์จากผลกระทบจากข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ พัฒนาระบบการเจรจาต่อรองข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศโดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้มีความโปร่งใสและมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยลดอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมทุกภาคส่วนถึงผลกระทบของข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีต่อสินค้าที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์นี้ได้รับการอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีแล้วเมื่อวันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๓

๒.๕ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

ในยุทธศาสตร์ที่ ๗ ข้อ ๓.๔ ของ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) แล้วเมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๓ ว่าด้วย การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ในประเด็นการลดสิทธิประโยชน์ทางภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดย “กำหนดให้ยาสูบเป็นสินค้านอกรายการของข้อตกลงการค้าเสรี (FTA)”

๓. สถานการณ์การเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศของประเทศไทยในปัจจุบัน

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันที่มีผลผูกพันกับความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศไปแล้วหลายฉบับ และปัจจุบันประเทศไทยกำลังมีการเจรจากับหลายประเทศอย่างต่อเนื่องรวมถึงการพิจารณาความเป็นไปได้ในการเจรจาระดับ ทวิภาคีกับสหภาพยุโรป นับตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๓ กระทรวงพาณิชย์ โดย กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ได้เตรียมการกำหนดกรอบการเจรจา และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั่วประเทศ โดยได้จัดตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการอีก ๔ ชุด ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคเกษตร และภาคประชาสังคม เพื่อรับฟังความคิดเห็นของทุกภาคส่วนในเรื่องการจัดทำความตกลงการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรป ครอบคลุมทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๕๓ เป็นต้นมา

๓.๑ กรณีศึกษา “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเจรจาการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรป”

ในระยะเวลาที่ผ่านมา หลักฐานวิชาการยืนยันให้เห็นว่าประชากรไทยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปริมาณการนำเข้าเครื่องดื่มจากกลุ่มประเทศอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังจากข้อตกลงเขตการค้าอาเซียนมีผลบังคับใช้ ด้วยเหตุเหล่านี้ จึงมีข้อกังวลจากภาคประชาสังคมและภาคสุขภาพว่า ควรหรือไม่ที่สินค้าที่ทำลายสุขภาพและสังคมของประชาชน อย่างเช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นหนึ่งในสินค้าธรรมดาในกลไกการค้าเสรีที่จะมีผลทั้งการส่งเสริมการแข่งขัน การลดอัตราภาษี และค่าธรรมเนียมต่าง ๆ การเคลื่อนไหวอย่างเสรีของสินค้า การลงทุน และบริการที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อความเข้มแข็งของนโยบายแอลกอฮอล์ รวมถึงการกดดันให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ยกเลิกกฎระเบียบที่อุตสาหกรรมสุราเห็นว่าเป็นข้อจำกัดในการขยายตัวของธุรกิจ ดังนั้น จึงมีแรงผลักดันให้ยกเว้นสินค้าไม่ธรรมดาอย่าง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบริการที่เกี่ยวข้องออกจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

จากเวทีรับฟังความคิดเห็นที่จัดขึ้นโดยคณะอนุกรรมการฯ ภาคประชาสังคมเสนอแนะให้ถอนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกจากกรอบเจรจาการค้าเสรีระหว่างไทยและสหภาพยุโรป ซึ่งมีความสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๒) มติที่ ๒.๕ ดังกล่าวข้างต้น แต่ข้อเสนอแนะนี้ขัดแย้งกับความต้องการของบางภาคส่วนทั้งในและต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์จึงได้จัดให้มีเวทีรับฟังความคิดเห็นเฉพาะประเด็นสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกครั้ง และปัจจุบันระบุว่ายังอยู่ในระหว่างการรวบรวมความคิดเห็นและยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับท่าทีต่อเรื่องนี้ที่ชัดเจน

นอกจากนี้ ประเด็นสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นประเด็นหลักที่ได้รับการหยิบยกขึ้นมาอภิปรายอย่างเข้มข้นในการประชุมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีก เช่น การประชุมคณะอนุกรรมการกำกับดูแลการเจรจาความตกลงการค้าเสรีที่แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี การประชุมคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ และการประชุมศึกษาการเปิดเสรีสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จัดโดยกระทรวงการคลัง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม คสช. เมื่อการประชุมเมื่อวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๓ วาระ “การจัดทำความตกลงการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรป โดยเฉพาะกรณีสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่” มีมติเห็นชอบตามมติของคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ซึ่งให้ละเว้นการบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเข้าเป็นรายชื่อสินค้าภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีกับสหภาพยุโรป และให้เสนอมติดังกล่าวต่อคณะกรรมการนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ และคณะอนุกรรมการกำกับดูแลการเจรจาความตกลงการค้าเสรีเพื่อทราบมติและความห่วงกังวลของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติซึ่งพิจารณาให้ละเว้นการบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเข้าเป็นรายชื่อสินค้าภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ

๓.๒ กรณีศึกษาผลกระทบจากการค้าเสรีระหว่างประเทศต่อสินค้ายาสูบ

การศึกษาผลกระทบของความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่า การแข่งขันระหว่างอุตสาหกรรมยาสูบมากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้กลยุทธ์การตลาดที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การโฆษณาข้ามประเทศ การให้ทุนอุปถัมภ์ โดยผลที่ตามมาทำให้เกิดการบริโภคยาสูบที่เพิ่มมากขึ้น และเกิดผลเสียต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศตามมา

และจากกรณีศึกษาการค้าเสรีการนำเข้าบุหรี่ปรูรสเข้ามาในประเทศไทย เมื่อกลางปี พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยมีความกังวลว่า เมื่อนำเข้าบุหรี่ปรูรส หรือบุหรี่ที่ปรุงแต่งกลิ่น เช่น รสช็อกโกแลต วานิลลา มินท์ จะทำให้กลุ่มเด็กและเยาวชนมีการสูบบุหรี่มากขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกระทรวงการคลังให้ประกาศมาตรการห้ามผลิตจำหน่าย และนำเข้าบุหรี่ปรูรส แต่กรมสรรพสามิตยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการโดยให้เหตุผลว่าองค์การการค้าโลก ซึ่งว่าการกระทำดังกล่าวอาจเข้าข่ายการกีดกันทางการค้า เนื่องจากในไทยยังมีการผลิตบุหรี่จำหน่ายเช่นกัน จึงปฏิเสธการไม่ให้นำเข้าบุหรี่นอกไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ในที่สุดหลายภาคส่วนได้ร่วมกันผลักดันจนเกิดมาตรการห้ามผลิตจำหน่าย และนำเข้าบุหรี่ชูรสเนื่องจากความกังวลถึงผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน

๓.๓ กรณีศึกษาผลกระทบในการเข้าถึงยาที่อาจเกิดขึ้นจากการเจรจาการค้าเสรีที่เกินเลยไปจากความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPS)

การศึกษาคาดการณ์ผลกระทบต่อเข้าถึงยา^๖ โดยพิจารณาจากราคายา ค่าใช้จ่ายด้านยาและส่วนแบ่งการตลาดของอุตสาหกรรมยา ที่อาจเกิดขึ้นในข้อตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา ใน ๒๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ.

^๖ Nusaraporn Kessomboon et al. (2010). Impact on Access to Medicines from TRIPS-Plus: a case study of Thai-US FTA. Southeast Asian J Trop Med Public Health. Vol.41 (3) May 2010.

๒๕๗๐) พบว่า การขยายระยะเวลาสิทธิบัตรให้ยาวนานขึ้น การให้ยาชื่อสามัญเข้าสู่ตลาดล่าช้าจากปกติ และการผูกขาดตลาดยาเนื่องจากการผูกขาดข้อมูลยา (Data exclusivity หรือ Test data exclusivity) ล้วนมีผลสำคัญต่อการเข้าถึงยาของประชาชนไทยโดยหากประเทศไทยยอมรับข้อเรียกร้องทั้ง ๓ ประเด็นใน “อัตราสูงสุด” (ยินยอมขยายระยะเวลาสิทธิบัตรจาก ๒๐ ปีเพิ่มขึ้นอีก ๑๐ ปี ยินยอมให้ยาชื่อสามัญเข้าสู่ตลาดล่าช้าจากปกติ ๕ ปี เนื่องจากการเชื่อมโยงการขึ้นทะเบียนยากับสถานะสิทธิบัตรของยาและยินยอมให้มีการผูกขาดตลาดตลาดเนื่องจากการผูกขาดข้อมูลยา เป็นเวลา ๑๐ ปี) จะทำให้ราคายาเพิ่มสูงถึง ร้อยละ ๖๗ และค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้น ๗๙๙,๘๘๗.๕๖ ล้านบาทจากสถานการณ์ปกติ และเกิดผลกระทบทางลบทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงเข้าถึงยาได้น้อยลง ในขณะที่มีการผูกขาดตลาดยาของบริษัทยาข้ามชาติเพิ่มขึ้น

๔. บทเรียนจากช่องว่างที่หายไปในกระบวนการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ

แม้ว่า กระบวนการทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั้งหมดทั้งจาก กระบวนการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ และกระบวนการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเตรียมการเจรจาการค้าเสรีระหว่างไทยกับสหภาพยุโรปที่ผ่านมา ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมมากขึ้นดังกล่าวแล้วในข้อ ๒

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์กระบวนการดังกล่าว ยังพบว่ามีช่องว่างที่เป็นอุปสรรคและข้อจำกัดในการบรรลุเป้าหมายตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในหลายประเด็น ดังต่อไปนี้

๔.๑ การอภิปรายผลกระทบจากการเปิดการค้าเสรีระหว่างประเทศด้านสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญาและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคมที่ผ่านมาเป็นการอภิปรายแยกส่วนรายสินค้าหรือรายประเด็นตามแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือที่ละความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ ทำให้เกิดความล่าช้าและอาจขาดความโปร่งใส และขาดการบูรณาการของภาพรวมทั้งหมด

๔.๒ การถกแถลงและอภิปรายความเห็นส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานความรู้ แต่กลับใช้การคาดเดาผลกระทบโดยมิได้พิจารณาองค์ความรู้ทางวิชาการในมิติอื่น ๆ อย่างรอบด้าน เช่น มิติทางสังคม และสุขภาพ ทำให้การอภิปรายอยู่ในมิติความหมายที่แคบ วกวน และหาข้อสรุปได้ยาก

๔.๓ ยังขาดแนวทางการหาข้อสรุปในการระดมความคิดเห็น กรณีที่เกิดความขัดแย้งอย่างรุนแรง เช่น กรณีที่ผู้เสียผลประโยชน์อย่างภาคธุรกิจ พยายามและยื่นหยัดคัดค้านเพื่อปกป้องผลประโยชน์ทางการค้าซึ่งขัดแย้งกับความคิดเห็นของภาคประชาชน

๔.๔ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๑) มติที่ ๑.๔ มีข้อจำกัดดังนี้

๔.๔.๑ เน้นการพัฒนาทั่วโลกในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาและตรวจสอบผลกระทบจากการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศ แต่ยังขาดการส่งเสริมการใช้ความรู้และข้อมูลทางวิชาการในกระบวนการมีส่วนร่วมและการนำไปใช้อย่างทันที่

๔.๔.๒ แม้ว่าจะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ แต่ยังไม่ครอบคลุมหรือบูรณาการในประเด็นการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศของสินค้า การบริการ การลงทุน ทรัพย์สินทางปัญญาและอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม อีกหลายรายการ ซึ่ง

อาจลดความเข้มแข็งของนโยบายที่ควบคุมและจัดการกับปัญหาในระยะยาว

๔.๕ ในกรณีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๓ มติที่ ๒.๕ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติจะได้รับการรับรองโดยคณะรัฐมนตรีแล้ว แต่ยังไม่มีการปฏิบัติตามไปปฏิบัติ ในขณะที่การเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศอย่างไม่เป็นทางการได้เริ่มขึ้นแล้ว

๕. แนวทางแก้ไขปัญหา

แนวทางการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ ควรจะเป็นไปใน ๖ หลักการสำคัญ ได้แก่

๑. การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง มีความโปร่งใส และปราศจากปกป้องผลประโยชน์ทางธุรกิจบนผลกระทบต่อสาธารณะ

๒. มีการใช้ประโยชน์จากความรู้ทางวิชาการ อย่างกว้างขวาง โดยมีกลไกการสนับสนุนการพัฒนา เผยแพร่ และ ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ทางวิชาการ

๓. มีความบูรณาการในภาพรวม เป็นกลไกที่มีความยั่งยืน ในระยะยาว มีควรเป็นกลไกที่มีผลแบบแยกส่วนที่ละสินค้า หรือ มีผลต่อการเจรจาเป็นครั้ง ๆ

๔. ใช้หลักการระมัดระวังไว้ก่อน (Precautionary principle) ในการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศเมื่อข้อมูลวิชาการโดยเฉพาะผลกระทบในด้านลบต่อสุขภาพและสังคมยังมีข้อจำกัด

๕. ใช้ประโยชน์สูงสุดจากจากกลไก เครื่องมือ และ นวัตกรรมที่มี เช่น กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ ๑.๑๑ เรื่องระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทยที่ส่งเสริมให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA)

๖. มีการศึกษาแนวทางการปฏิรูปกองทุนเยียวยาต่าง ๆ ที่มีอยู่โดยเฉพาะที่มาของกองทุนจากผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม และการบริหารกองทุนให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๓ / ร่างมติ ๙

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔

- มติ ๑ ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๒
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๒ / แผนก ๑
- มติ ๒ การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๖
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๖ / แผนก ๑
- มติ ๓ การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๔
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๔ / แผนก ๑
- มติ ๔ การบริหารจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน
โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๕
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๕ / แผนก ๑
- มติ ๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๑
- มติ ๖ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน
ในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ
สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๓

ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สี่

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ^๑

ตระหนัก ว่าน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมคุณภาพเป็นภัยต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ความนิยมบริโภคอาหารทอดเพิ่มขึ้นทำให้ในแต่ละปีมีการใช้น้ำมันทอดอาหารมากถึง ๘ แสนตัน และในการทอดอาหารมีการใช้น้ำมันทอดซ้ำทำให้น้ำมันเสื่อมสภาพไม่ปลอดภัยที่จะนำมาประกอบอาหาร

รับทราบ ว่านโยบาย กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม และผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ยังไม่มีการบูรณาการร่วมกันในการป้องกันแก้ไขปัญหาให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

สำนึก ว่าหากไม่มีการบริหารจัดการที่ดีของน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคและผู้ประกอบการอาหารทอด ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

กังวล ต่อการนำน้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพมาใช้บริโภค ซึ่งรวมถึงการนำไปฟอกสีให้ใสแล้วนำกลับมาจำหน่าย การนำไปทาเส้นก๋วยเตี๋ยว ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยในสุขภาพของผู้บริโภคอย่างยิ่ง

ชื่นชม การทำงานของเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ร่วมผลักดันการจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพให้เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และเสนอแนะทางออกการจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพสู่การผลิตไบโอดีเซลพลังงานทดแทนตามแนวทางพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง สร้างความสมานฉันท์ระหว่างผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และภาคีที่เกี่ยวข้อง สมประโยชน์ทุกฝ่าย ให้เกิดขึ้นในสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เห็นว่า ประเทศไทยโดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับน้ำมันทอดซ้ำมีหน้าที่สำคัญในการผลักดันดำเนินการจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ ต้องดำเนินงานสอดประสานอย่างมีเป้าหมายร่วมกันที่จะจัดการปัญหาอย่างยั่งยืน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพลังงาน กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงมหาดไทย

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๒

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กองบังคับการปราบปราม การกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมเพื่อ

๒.๑ ร่วมกันกำหนดนโยบาย กฎหมาย และให้การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ทั้งความรู้วิชาการ เทคโนโลยี และเครื่องมือในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

๒.๒ ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการที่ผลิตและใช้น้ำมันเกี่ยวกับการทอดอาหารร่วมมือกันประกาศมาตรการ และกำหนดแนวทางการประกันความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคมิให้ได้รับการบริโภคน้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจไม่ให้น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพ

๒.๓ สนับสนุนให้ภาคประชาสังคมตระหนักรู้ ตรวจสอบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผ่านการรณรงค์ ให้การศึกษาและสื่อสารประชาสัมพันธ์จากองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เครื่องมือและรูปแบบที่ทันสมัยในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางที่เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมายทั้งในและนอกระบบการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๒.๔ จัดทำยุทธศาสตร์การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพภายในระยะเวลา ๑ ปี เพื่อนำเสนอต่อ คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนโดยใช้ร่างยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ ตามภาคผนวก^๒ ท้ายเอกสารหลักเป็นพื้นฐาน

๒.๕ กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังและการจัดการน้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพมิให้กลับสู่วงจร อาหาร รวมถึงพิจารณาความเหมาะสมในการกำหนดให้การซื้อขาย นำเข้า ส่งออกน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ เป็น กิจการที่ต้องการการควบคุม

๓. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในพื้นที่ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ส่งเสริมผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องทั้งการผลิตและใช้น้ำมันเกี่ยวกับการทอดอาหาร ร่วมมือกันประกาศมาตรการ และดำเนินการจัดการอย่างครบวงจรเพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภค

๔. ขอให้กระทรวงพลังงานกำหนดทิศทางการจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพเป็นพลังงานทดแทน ตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง และร่วมกับกระทรวงพาณิชย์สนับสนุนส่งเสริมการนำน้ำมันทอดซ้ำเป็นวัตถุดิบในการ ผลิตไบโอดีเซลอย่างจริงจัง และต่อยอดการจำหน่ายเพื่อการพาณิชย์ให้ถูกต้องตามกฎหมาย

^๒ สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๒ / ผผนวก ๑

ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต การได้รับอาหารที่ดีส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของแต่ละคน จากการศึกษาพบว่าโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยเรา เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง ไขมันในเลือด ฯลฯ มีสาเหตุมาจากลักษณะการดำรงชีวิตซึ่งอาหารก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็ง พบว่าอาหารเป็นสาเหตุที่มีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ ๓๕ เมื่อเทียบกับปัจจัยอื่น ๆ^๑

๒. ในปัจจุบันมีความนิยมรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด ปาท่องโก๋ กลัวยทอด ฯลฯ เป็นประจำและมีแนวโน้มมากขึ้นโดยในแต่ละปีคนไทยบริโภคน้ำมันพืชกว่า ๘๐๐,๐๐๐ ตัน^๒ ยังไม่นับรวมน้ำมันจากสัตว์เช่น น้ำมันหมูหรือน้ำมันไก่ และพบว่าเป็นการซื้ออาหารทอดจากร้านค้าที่ประกอบอาหารในหลายลักษณะตั้งแต่ร้านค้าตามข้างทาง ร้านของทอดในตลาดจนถึงตามศูนย์การค้าต่าง ๆ ซึ่งข้อเท็จจริงการใช้น้ำมันทอดอาหารของผู้ประกอบการทุกระดับเป็นน้ำมันที่นำกลับมาทอดซ้ำไปเรื่อย ๆ จะเปลี่ยนหรือเติมน้ำมันใหม่เพื่อรักษาคุณลักษณะอาหารเท่านั้นซึ่งก็จะอาศัยหลักการสังเกตอย่างง่าย ๆ เช่น น้ำมันที่ใช้ทอดอาหารมีสีดำคล้ำ ควันดำ หนืด เหนียวไหม้ และเป็นฟอง เป็นเกณฑ์ประกอบในการเปลี่ยนน้ำมัน

๓. จากการศึกษาพบว่าในการทอดอาหารนั้น นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นกับน้ำมันแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีเกิดขึ้นด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและเคมีประกอบด้วย ชนิดของน้ำมัน ประเภทอาหาร ภาชนะทอดอาหาร ระดับความร้อน ระยะเวลาที่ทอดอาหาร และ จะมีสารพิษเกิดขึ้นในน้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพ^๓ ได้แก่ สารโพลาร์ (Polar compounds) เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และสารโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbons; PAHs) ซึ่งเป็นสารก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ผลการศึกษาโดยคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น^๔ แสดงให้เห็นว่าปริมาณสารโพลาร์ที่เกิดขึ้นในน้ำมันขณะทอดอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดสาร PAHs ด้วย กล่าวคือเมื่อทดลองหาปริมาณสารทั้งสองกลุ่มในน้ำมัน พบว่าในขณะที่มีสารโพลาร์ต่ำ ๆ จะไม่พบสาร PAHs แต่เมื่อสารโพลาร์เพิ่มสูงขึ้นก็จะเริ่มพบสาร PAHs ปริมาณสูงด้วย สรุปได้ว่าสารพิษเหล่านี้เกิดขึ้นในน้ำมันขณะทอดอาหารและเมื่อทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์ (Hep G2 cell line) จะพบว่าน้ำมันเสื่อมสภาพที่มีค่าสารโพลาร์สูงและพบสาร PAHs มีผลทำให้อัตราการรอดชีวิตของเซลล์ลดลงและแสดงผลต่อความผิดปกติของเซลล์ อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นอาหารที่ทอดจากน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพที่มีสารพิษเหล่านี้ ผู้บริโภคอาหารมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคร้ายสูงขึ้นด้วย ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่า การเติมน้ำมันใหม่ลงในน้ำมันทอดอาหารที่ใกล้เสื่อมสภาพ จะเร่งให้น้ำมันเสื่อมสภาพเร็วขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคจึงต้องเปลี่ยนน้ำมันใหม่ทุกครั้งที่พบว่าน้ำมันทอดซ้ำใกล้เสื่อมสภาพ โดยห้ามมิให้เติมน้ำมันใหม่ลงไปอีก

๔. จากอัตราป่วยของผู้ป่วยตามกลุ่มสาเหตุที่สำคัญทั้งประเทศ^๕ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จนถึง ๒๕๕๒ โรคมะเร็ง มีอัตราป่วยเป็น ๑๐๗.๐๕, ๑๑๔.๓, ๑๒๔.๓๘, ๑๓๐.๗๗, ๑๓๔.๒๑, และ ๑๓๓.๑ คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ แม้ว่าโรคมะเร็งจะมีอุบัติการณ์น้อย แต่ก็ยังเป็นสาเหตุการตายของคนไทยลำดับหนึ่ง (ปี ๒๕๕๑ มีอัตราตายเป็น ๗๒.๙ คนต่อพันประชากร) และพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบได้บ่อยเป็นลำดับที่สี่ ของอุบัติการณ์เกิดมะเร็งในทั้งเพศชายและเพศหญิง (๑๑.๓๐ และ ๗.๙ ตามลำดับ) นอกจากนี้ สาร PAHs ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งนั้นพบทั้งในน้ำมันที่เสื่อมสภาพและในไอที่ระเหยขณะทอดอาหาร โดยจะเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคและผู้ประกอบการอาหาร สอดคล้องกับรายงานทางระบาดวิทยาที่ศึกษาพบว่า แม่บ้านหญิงชาวจีนและไต้หวันที่ไม่สูบบุหรี่ ประกอบอาหารที่ใช้ไขมันและเกิดควันคลั่งกระจายเป็นประจำและต้องสูดดมเป็นเวลานาน มีอุบัติการณ์เป็นโรคมะเร็งปอดสูงอย่างมีนัยสำคัญ^๖

๕. สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๓) พ.ศ. ๒๕๔๗ เรื่อง กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย ให้มีปริมาณสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก และที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีการนำเสนอทางวิชาการในเรื่องอันตรายจากน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ แต่ภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์และมาตรการในระดับประเทศที่ครอบคลุมการแก้ปัญหาบูรณาการผู้รับผิดชอบทุกภาคส่วนอย่างเป็นรูปธรรม กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงที่จะร่วมกันตรวจหาสารโพลาร์ในน้ำมัน มีวิธีมาตรฐานในการตรวจวิเคราะห์ที่ใช้เทคนิคแก๊สโครมาโตกราฟี แต่ในทางปฏิบัติก็เป็นไปได้ยากและไม่คุ้มค่าหากทุกตัวอย่างน้ำมันทอดอาหารในประเทศไทยต้องตรวจโดยวิธีมาตรฐาน จึงมีการนำเครื่องมือที่ใช้คัดกรองคุณภาพของน้ำมันทอดจากต่างประเทศ คือเทคนิค TLC และเครื่องวัดประจุ Electrode แต่มีราคาแพงและมีข้อจำกัดการใช้งานคือ ความไม่สะดวกในการใช้งาน และภาระค่าใช้จ่ายการสอบเทียบเครื่องมือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบการตรวจวิเคราะห์โดยตรงได้พัฒนาชุดทดสอบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำอย่างง่ายขึ้นเพื่อให้ประชาชนและผู้ประกอบการร้านอาหารได้ตรวจสอบว่า ควรจะต้องเปลี่ยนน้ำมันใหม่เมื่อไร โดยชุดทดสอบนี้มีความแม่นยำถึงร้อยละ ๙๙.๒ และรู้ผลภายในเวลา ๓ นาที นักเรียนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ก็สามารถทำได้ ที่สำคัญคือราคาประหยัด เพียง ๒๐ บาท ต่อการทดสอบ ๑ ครั้ง องค์การที่เริ่มมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม คือ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ(คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)

๖. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ (อุบลราชธานี) ได้จัดให้มีโครงการปฏิวัติน้ำมันทอดซ้ำ เพื่อสร้างความตื่นตัวในทุกภาคส่วนและขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุ้มครองสุขภาพประชาชนในสังคมไทย โดยวางกรอบการดำเนินงานเอาไว้ ๕ ด้านเพื่อขับเคลื่อนโครงการดังนี้ (๑) ภาควิชาการ (๒) ภาควิชาปฏิบัติการ (๓) ภาควิชากำหนดนโยบาย (๔) ภาควิชาสนับสนุนการปฏิบัติการ และ (๕) ภาควิชาสื่อสารสังคม ได้ดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งซึ่งเป็นภาคีหลักที่สำคัญของสังคมไทยมีบทบาทโดยตรงที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ตระหนักถึงสถานการณ์และความสำคัญของปัญหากำหนดงานปฏิบัติการป้องกัน แก้ไข จัดการอย่างครบวงจรในพื้นที่ มีการตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพความปลอดภัยของน้ำมันทอดอาหารของผู้ประกอบการ การจัดการให้น้ำมันเสื่อมสภาพไปสู่การผลิตไบโอดีเซลเพื่อตัดวงจรน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ให้เข้ามาในวงจรอาหาร โดยการไปกรองและฟอกสีกลับมาขายและยังเป็นพลังงานทดแทน หากน้ำมันเสื่อมสภาพทั้งหมดของประเทศถูกจัดการด้วยแนวทางนี้จะมีแหล่งพลังงานทดแทน ใช้เป็นเชื้อเพลิงในเครื่องยนตร์การเกษตรที่มีรอบต่ำได้ดี

ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ ลิตรต่อปี จากการศึกษาของคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เปรียบเทียบ ประสิทธิภาพและการสึกหรอของเครื่องยนต์ดีเซลรอบต่ำสูบเดี่ยว ระหว่างการใช้น้ำมันดีเซลและการใช้ไบโอดีเซลที่ผลิตจากน้ำมันที่ผ่านการทอดอาหารแล้ว พบว่า เครื่องที่ใช้ไบโอดีเซลทำให้แรงบิดลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การสึกหรอที่ไม่แตกต่างกับเครื่องยนต์ที่ใช้ใช้น้ำมันดีเซล และก่อมลพิษน้อยกว่าทั้งแก๊สคาร์บอนมอนไดออกไซด์และแก๊สคาร์บอนมอนออกไซด์ การสนับสนุนการผลิตและใช้ไบโอดีเซลในระดับชุมชน จะสามารถลดการใช้เชื้อเพลิงการเกษตรของประเทศได้ระดับหนึ่งและยังใช้เครื่องยนต์ที่มีรอบความเร็วสูง เช่น รถขนขยะได้ด้วย การผลิตไบโอดีเซลในระดับชุมชนก็มียุทธศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญของประเทศที่จะสามารถให้คำแนะนำสนับสนุนผู้ที่มีความสนใจ เริ่มตั้งแต่เครื่องทำไบโอดีเซลสำหรับการผลิตครั้งละ ๕-๑๐ ลิตรไปจนถึงขนาด ๑๐๐ ลิตร หรือการผลิตไบโอดีเซลในระดับอุตสาหกรรม (ไบโอดีเซลชนิดเมธิลเอสเธอร์ของกรดไขมัน) ที่สามารถใช้เป็นเชื้อเพลิงดีเซลหมุนเร็วสำหรับรถยนต์ดีเซลก็ได้

๗. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การสนับสนุนของแผนงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คคส.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมการใช้ น้ำมันทอดซ้ำในประเทศไทย โดยมีกลุ่มเป้าหมายสองกลุ่มคือ กลุ่มผู้บริโภค และผู้ประกอบการ ดำเนินการ ทั้งสี่ภาคทั่วประเทศ จำนวน ๘ จังหวัด (ลำปาง พิษณุโลก พระนครศรีอยุธยา ชลบุรี นครราชสีมา อุตรธานี สงขลา ภูเก็ต) และ ๕๐ เขต ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม ๒๕๕๓ มีการเก็บข้อมูลกระจายในพื้นที่ ๓ ระดับ คือเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล รวมทั้งสิ้น ๕,๒๙๙ ตัวอย่างทั่วประเทศ ได้ข้อสรุปสำคัญ ดังนี้

๗.๑ ผู้ประกอบการอาหาร และผู้บริโภคมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอันตรายของน้ำมันเสื่อมสภาพน้อยมาก

๗.๒ ในสถานการณ์น้ำมันทอดอาหารราคาปกติและไม่ขาดแคลนพบว่า น้ำมันทอดอาหารเสื่อมสภาพ ร้อยละ ๓๔ และช่วงเวลาที่น้ำมันแฉงและหาซื้อได้ยาก ในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ผลการศึกษาอย่างเร่งด่วนพบ น้ำมันที่เสื่อมสภาพมากกว่า ร้อยละ ๖๐

๗.๓ จากการสำรวจพฤติกรรมของประชาชนที่ประกอบอาหารทอด มีการทิ้งน้ำมันที่ไม่ใช้แล้วลงในท่อระบายน้ำซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ท่ออุดตันส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ส่วนผู้ประกอบการมีการนำน้ำมันเสื่อมสภาพไปขายให้กับผู้รับซื้อน้ำมันเก่าโดยไม่ทราบแน่ชัดว่านำไปจัดการต่ออย่างไร

๘. จากการสำรวจของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคที่ปฏิบัติการในพื้นที่ พบว่าน้ำมันที่เสื่อมสภาพแล้วมีการนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้องดังนี้

- นำไปพอกสีให้ใสและใส่ถุงพลาสติกไม่มีฉลาก ซึ่งรู้จักกันในชื่อ “น้ำมันลูกหมู” แล้วนำกลับมาจำหน่ายให้กับผู้บริโภคตามตลาดนัด และตลาดสด

- น้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพ ที่มีสีดำ และความหนืดมากมีการนำไปทาเส้นก๋วยเตี๋ยว

๙. ปัจจุบันมีการโฆษณาเครื่องกรองน้ำมันทอดอาหารและสารกรอง แมกนีเซียมซิลิเกต เพื่อปรับปรุงน้ำมันเสื่อมสภาพให้มีความใสและนำมาใช้ทอดอาหารต่อไป ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ อุบลราชธานี และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ศึกษาประสิทธิภาพของแมกนีเซียมซิลิเกตต่อคุณภาพของน้ำมันทอดซ้ำพบว่าสารดังกล่าวสามารถลดสารโพลาร์ได้เล็กน้อยแต่ไม่สามารถกำจัดสาร PAHs ได้ ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยังมีได้อนุญาตให้ใช้สารดังกล่าว

๑๐. ดังนั้น การดำเนินการเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากพิษภัยของน้ำมันทอดซ้ำที่ดีที่สุดคือ ผู้ประกอบการต้องเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหารก่อนเสื่อมสภาพ ซึ่งจะทราบได้โดยรู้รอบระยะเวลาเปลี่ยนน้ำมันใหม่ที่ใช้ทอดและการจัดการกับน้ำมันทอดเสื่อมสภาพแล้วอย่างเหมาะสมมิให้กลับเข้าสู่วงจรอาหารอีก

๑๑. การจะดำเนินการดังกล่าวให้เกิดประสิทธิผลต้องอาศัยการตระหนักรู้ มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการจัดการอย่างเป็นระบบ โดยประชาชนรู้ต่อความเสี่ยงอย่างเท่าทัน ผู้ประกอบการทุกระดับมีส่วนร่วมรับผิดชอบไม่ใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ การมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาของภาคีองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ในสังคม เป็นเรื่องจำเป็นและเร่งด่วนของประเทศอย่างยิ่ง

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑๒. กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๓) พ.ศ. ๒๕๔๗ เรื่อง กำหนดปริมาณสารโพลาร์ในน้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย ให้มีปริมาณสารโพลาร์ได้ไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของน้ำหนัก ผู้ประกอบอาหารที่ใช้ น้ำมันทอดอาหารที่มีค่าปริมาณสารโพลาร์เกินมาตรฐานที่กำหนดและจำหน่ายแก่ผู้บริโภค ถือเป็นการจำหน่ายอาหารผิดมาตรฐาน ฝ่าฝืนมาตรา ๒๕ (๓) ของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ระวังโทษปรับไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท

ข้อจำกัดการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา

๑๓. จากข้อมูลสถานการณ์ผลกระทบทั้งต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และสังคม ตลอดจนการดำเนินงานในเรื่องนี้พบว่า มีการดำเนินการในพื้นที่ต่าง ๆ หลากรูปแบบ หน่วยงานภาครัฐก็มีปัญหาในเรื่องมาตรการการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

๑๓.๑ ข้อจำกัดด้านกฎหมาย

จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๓) พ.ศ. ๒๕๔๗ หากจะดำเนินคดีกับผู้ประกอบการอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ จะต้องตรวจวิเคราะห์น้ำมันทอดอาหาร โดยวิธีมาตรฐานเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและไม่สามารถแก้ไขปัญหาความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคได้อย่างยั่งยืน ผู้ประกอบการมีทั้งรายเล็กจำนวนมากจนถึงผู้ประกอบการระดับอุตสาหกรรม ขณะนี้ยังไม่มีข้อกำหนดให้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพเป็นวัตถุต้องควบคุม ทำให้ยากต่อการจัดการไม่ให้เกิดซ้ำ

๑๓.๒ ข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการ

- ๑) ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ควรได้รับการสื่อสารความรู้ข้อเท็จจริงอย่างต่อเนื่อง
- ๒) องค์กร/หน่วยงาน ที่มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลยังขาดการบริหารจัดการ ประสานงานที่ดี
- ๓) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพอย่างไม่มีประสิทธิภาพ
- ๔) การดำเนินงานร่วมกันของภาคีในสังคม ยังขาดเจ้าภาพผู้ประสานงาน

การกำหนดให้องค์กรปกครองท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นองค์กรที่คล่องตัวในการบริหารจัดการในพื้นที่มากที่สุด สามารถออกข้อบัญญัติเพื่อดำเนินการในชุมชนได้ด้วยตัวเอง มีทรัพยากรจึงเป็นกำลังสำคัญของสังคมในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่รับผิดชอบ โดยได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการในเรื่องความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม

๑๓.๓ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ

การประกอบกิจการทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องเริ่มตั้งแต่ ผู้ผลิตน้ำมันทอดอาหาร ผู้ประกอบอาหาร รายใหญ่ ผู้ดูแลศูนย์อาหารขนาดใหญ่ ตลาด ภัตตาคาร ผู้ประกอบการหารทอดในที่ต่าง ๆ ล้วนมีน้ำมัน เป็นต้นทุน ซึ่งปัจจุบันน้ำมันที่ใช้ทอดอาหารมีราคาแพงขึ้น จึงมีการใช้น้ำมันทอดซ้ำหลายครั้ง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔ / ร่างมติ ๒

เอกสารอ้างอิง

- ๑ สุพัตรา ปรศุพัฒนา. อันตรายและความเป็นพิษจากการใช้น้ำมันทอดซ้ำ. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : ๒๕๕๑.
- ๒ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). ภาวการณ์้ำมันทอดซ้ำ โดยชุดทดสอบ ผู้บริโภคปลอดภัย พ่อค้าแม่ค้าไทยช่วยได้. พิมพ์ครั้งที่ ๒ : กรุงเทพมหานคร ; ๒๕๕๒.
- ๓ ทิพยเนตร อริยปิณฑ์. การเปลี่ยนแปลงของน้ำมันขณะทอดอาหาร. ศูนย์วิจัยวิทยาไลปิดและไขมัน คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; ๖ มกราคม ๒๕๔๙.
- ๔ Supatra Porasuphatana, Jetana Weerakul, Pramote Mahakunakorn, Wongwiwat Tassaneeyakul. Assessment of Polycyclic Aromatic Hydrocarbons and Cytotoxicity of of Repeatedly Used Cooking Oils. Program Toxicology, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen, THAILAND.
- ๕ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; ๒๕๕๔.
- ๖ Ying-Chin Ko, Li Shu-Chuan Cheng, Chien-Hung Lee, Jhi-Jhu Huang, Ming-Shyan Huang, Eing-Long Koa, Hwei-Zu Wang, and Hsiang-Ju Lin. Chinese Food Cooking and Lung Cancer in Women Nonsmoker. Am J Epidemiol. Vol. 151, No.2 :2000
- ๗ แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). สถานการณ์ การใช้น้ำมันทอดซ้ำในประเทศไทย ความจริงที่คุณต้องรู้. พิมพ์ครั้งที่ ๑ : กรุงเทพมหานคร ; ๒๕๕๔.
- ๘ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๓) พ.ศ. ๒๕๔๗
- ๙ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒

ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ

ยุทธศาสตร์หลัก

ความสำเร็จในการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานป้องกันอันตรายจากการบริโภคอาหารทอด ลดความเสี่ยงของประชาชน ต้องการองค์ความรู้ในประเด็นต่าง ๆ ให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการในการนำมาพิจารณากำหนดเป็นกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อที่จะใช้เป็นเครื่องมือและแนวทางช่วยให้การขับเคลื่อนสู่การบรรลุเป้าหมาย

ต้องสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจในปัญหาน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพกับสุขภาพ ต่อภาคีสร้างเสริมสุขภาพ และประสานให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายด้านวิชาการเพื่อการศึกษาวิจัย ภาคีภาคประชาชน ภาคีที่ปฏิบัติงาน พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการอาหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานและส่วนราชการต่าง ๆ ที่มีภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ประกอบการที่ผลิตน้ำมันพืช ผู้ผลิตน้ำมันไปไอติเซล สื่อสารมวลชน และองค์กรเภสัชกรรม เป็นต้น

ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้ไขมันทอดอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม และเสริมสร้างความรู้และตระหนักโดยใช้การสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตามองค์ความรู้จริงด้านวิชาการ

ยุทธศาสตร์

การทำให้ผู้บริโภคปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ท้องถิ่นปลอดภัยจากน้ำมันทอดซ้ำ
๒. ยุทธศาสตร์ผู้ประกอบการรับผิดชอบต่อสังคม
๓. ยุทธศาสตร์พัฒนามาตรการกำกับดูแลและดำเนินการทางกฎหมาย
๔. ยุทธศาสตร์พัฒนาองค์ความรู้เพื่อการจัดการ
๕. ยุทธศาสตร์การสร้างความตระหนักรู้ต่อสังคม

๑. ยุทธศาสตร์ท้องถิ่นปลอดภัยจากน้ำมันทอดซ้ำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการดังนี้

๑.๑) กำหนดเป็นแผนพัฒนาจังหวัด แผนพัฒนาท้องถิ่น ๓ ปี แผนพัฒนาท้องถิ่น ๑ ปี กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดขององค์กร เพื่อผลักดันให้มีการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดทำข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานของพื้นที่ สนับสนุนและเชิดชูผู้ที่มีผลงานดีเด่นเพื่อสร้างแรงจูงใจควบคู่กับการใช้มาตรการบังคับใช้กฎหมาย

๑.๒) เป็นแกนหลักดำเนินการให้ผู้ประกอบการอาหารในเขตรับผิดชอบเปลี่ยนน้ำมันทอดอาหารใหม่ ก่อนที่น้ำมันทอดอาหารจะเสื่อมสภาพจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยมีแผนปฏิบัติการและงบประมาณที่ชัดเจน เนื่องจากน้ำมันทอดอาหารที่เสื่อมสภาพไม่เหมาะสมที่จะนำมาสู่วงจรอาหารอีกจึงจำเป็นต้องจัดการไม่ว่าจะ โดยแยกเป็นวัตถุดิบในการผลิตเป็นเชื้อเพลิงหรือรูปแบบอื่นที่เหมาะสม พร้อมทั้งดำเนินการเป็น cluster และ ร่วมกับภาคประชาสังคม ให้สอดคล้องกับนโยบายอาหารปลอดภัย

๑.๓) บริหารจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพแล้วให้ถูกแปรรูปเป็นน้ำมันไบโอดีเซลเพื่อใช้ประโยชน์ เป็นพลังงานทดแทน ทั้งโดยการผลิตเองหรือสนับสนุนให้หน่วยอื่นนำไปผลิตตามความเหมาะสม และให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งหน่วยงานส่วนราชการอื่น ๆ นำน้ำมันไบโอดีเซลมาใช้ในกิจการของหน่วยงาน เพื่อลด ค่าใช้จ่าย เช่น ใช้กับรถเก็บขยะ รถตัดหญ้า พร้อมทั้งแปรรูปน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพเป็นผลิตภัณฑ์อื่นที่เป็น ประโยชน์ เช่น การทำสบู่ เทียน เป็นต้น

๑.๔) ริเริ่มให้มีการรวบรวมน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพจากสถานที่ต่าง ๆ ในเขตรับผิดชอบ มีให้มีการทิ้งไป โดยสูญเปล่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งทิ้งลงสู่ทางระบายน้ำสาธารณะซึ่งจะก่อให้เกิดการอุดตันของท่อระบายน้ำและ กระทบต่อสิ่งแวดล้อม

๑.๕) ควรส่งเสริมการสร้างวงจรความช่วยเหลือของผู้ประกอบการ เช่น ผู้ประกอบการรายใหญ่ช่วยเหลือ ผู้ประกอบการรายย่อย ในเรื่องการให้องค์ความรู้ การเป็นต้นแบบ การสนับสนุนการทำงาน เป็นต้น

๒. ยุทธศาสตร์ผู้ประกอบการรับผิดชอบต่อสังคม ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องทั้งการผลิตและใช้น้ำมันเกี่ยวกับการ ทอดอาหารร่วมมือกันประกาศมาตรการประกันความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคมิให้ได้รับการบริโภคน้ำมันที่ เสื่อมสภาพ และมีมาตรการทำให้น้ำมันที่เสื่อมสภาพแล้วไม่ไหลกลับมาในวงจรอาหาร และร่วมรณรงค์ให้เกิดประโยชน์ ต่อเครือข่าย ดังนี้

๒.๑) ร่วมรณรงค์และเผยแพร่ความรู้แก่ผู้ประกอบการและผู้บริโภค โดยสนับสนุนทุนดำเนินการ เผยแพร่ความรู้แก่ผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย พ่อค้าแม่ค้า และผู้บริโภค ผ่านช่องทางต่าง ๆ จัดพื้นที่สำหรับเผยแพร่ความรู้ ในจุดจำหน่ายอาหารทอดและจัดสถานที่ตรวจสอบน้ำมัน เผยแพร่ความรู้แก่ผู้บริโภคผ่านฉลากและสื่อโฆษณา และ จำหน่ายน้ำมันใหม่ในราคาสวัสดิการแก่หน่วยงาน/องค์กรที่ร่วมรณรงค์

๒.๒) ร่วมเป็นเครือข่ายตรวจสอบ กำกับ และดูแลคุณภาพน้ำมันทอดอาหารในสถานประกอบการ โดยใช้เทคโนโลยีในการผลิตน้ำมันทอดอาหารที่มีคุณภาพ ตรวจสอบคุณภาพน้ำมันที่ใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตน้ำมัน ทอดอาหาร ตรวจสอบคุณภาพน้ำมันที่ผลิตและที่ไหลระหว่างการทอดอาหาร จัดทำมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบ และเครื่องมือการใช้น้ำมันทอดอาหาร จัดหาอุปกรณ์และวิธีการป้องกันอันตรายไอระเหยงจากน้ำมันขณะทอด และ จัดทำรายงานผลการสุ่มตรวจน้ำมันทอดอาหาร

๒.๓) กำจัดน้ำมันเสื่อมสภาพโดย (๑) ผู้ขายและผู้รับซื้อน้ำมันมีข้อตกลงไม่ไหลกลับมาสู่วงจรอาหาร และตรวจสอบติดตาม (๒) ขายให้แก่ผู้รับซื้อที่มีใบอนุญาตกำจัดของเสีย (๓) นำไปผลิตไบโอดีเซลหรือแปรรูป ใช้ประโยชน์อื่น และ (๔) มอบหรือขายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือบริษัทน้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อผลิตน้ำมัน ไบโอดีเซล

กำจัดน้ำมันเสื่อมสภาพไม่ไหลกลับมาสู่วงจรบริโภค โดยการทำสัญญาระหว่างผู้ขายและผู้รับซื้อน้ำมันเสื่อม สภาพไม่ไหลกลับมาสู่วงจรอาหารของมนุษย์ ขายน้ำมันทอดอาหารเสื่อมสภาพจากโรงงานอุตสาหกรรมให้แก่ผู้รับซื้อ ที่มีใบอนุญาตกำจัดของเสียจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม ตรวจสอบติดตามมิให้ผู้รับซื้อนำ

น้ำมันเสื่อมสภาพกลับสู่วงจรอาหารของมนุษย์ นำน้ำมันเสื่อมสภาพไปผลิตไบโอดีเซลหรือแปรรูปใช้ประโยชน์อื่น หรือมอบ/ขายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือบริษัทน้ำมันเชื้อเพลิงเพื่อผลิตน้ำมันไบโอดีเซล

๒.๔) กิจกรรมสนับสนุนอื่น ๆ เช่น พัฒนาเครือข่ายสื่อสารข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ น้ำมันทอดอาหารอย่างปลอดภัย ประกาศบุคคล/นิติบุคคลและสถานที่ตัวอย่าง กำหนดให้การไม่ใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ เป็นมาตรฐานของตลาดน่าซื้อ และเผยแพร่ในสื่อมวลชนต่าง ๆ

๓. ยุทธศาสตร์พัฒนามาตรการกำกับดูแลและดำเนินการทางกฎหมาย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ร่วมกันดำเนินการดังนี้

๓.๑) ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติการสาธารณสุขและพระราชบัญญัติอาหาร รวมถึงออกข้อบัญญัติท้องถิ่นที่เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์ และสามารถบังคับใช้ได้จริง เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค

๓.๒) ตรวจสอบมิให้มีการจำหน่ายน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพอย่างเข้มงวด เมื่อพบว่ามีกรณีดำเนินธุรกิจซื้อน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพมาฟอกสีหรือกระทำการอื่นที่ทำให้อาหารไม่ปลอดภัย หรือนำกลับมาจำหน่ายให้ประชาชนบริโภค ให้เร่งดำเนินการสืบสวนสอบสวนหาตัวกลุ่มบุคคลที่กระทำผิดและรวบรวมพยานหลักฐานดำเนินคดีกับผู้เจตนากระทำผิดมิให้เป็นเยี่ยงอย่างต่อไป

เร่งรัดการปฏิบัติงานอย่างเข้มงวด ตรวจสอบมิให้มีการจำหน่ายน้ำมันทอดอาหารที่เสื่อมสภาพ เมื่อพบว่ามีกรณีกระทำผิดให้ดำเนินการสืบสวนสอบสวน หาตัวกลุ่มบุคคลที่ดำเนินธุรกิจซื้อน้ำมันทอดอาหารที่เสื่อมสภาพมาฟอกสีหรือกระทำการอื่นที่ทำให้อาหารไม่ปลอดภัยเพื่อนำกลับมาจำหน่ายให้ประชาชนบริโภค และรวบรวมพยานหลักฐานดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดต่อไป

๔. ยุทธศาสตร์พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการจัดการ

๔.๑) กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทางด้านวิชาการ ได้แก่ การฝึกอบรมวิธีการตรวจสอบน้ำมันทอดซ้ำที่เสื่อมสภาพโดยชุดทดสอบ ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพของน้ำมันทอดอาหารที่เสื่อมสภาพ ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

๔.๒) องค์กรเภสัชกรรมทำหน้าที่ผลิตชุดทดสอบน้ำมันทอดซ้ำในราคาประหยัดและกระจายให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อใช้ในการตรวจสอบความปลอดภัยของน้ำมันทอดอาหาร ทั้งนี้ให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตชุดทดสอบน้ำมันทอดซ้ำให้แก่องค์กรเภสัชกรรมโดยเร่งด่วน และจัดให้มีหน่วยงานกำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานของชุดทดสอบ

๔.๓) กระทรวงพลังงานเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือชุมชนที่มีความพร้อมทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร เพื่อดำเนินการนำน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพมาแปรรูปเป็นพลังงานทดแทนไบโอดีเซลอย่างครบวงจร ตั้งแต่การตรวจสอบวัตถุดิบ อุปกรณ์เครื่องมือ กระบวนการผลิต การตรวจสอบคุณภาพน้ำมันไบโอดีเซลจากชุมชน ความปลอดภัยและการรักษาสิ่งแวดล้อมในขบวนการผลิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฝึกอบรมฝ่ายช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนชุมชน ในการประกอบเครื่องผลิตไบโอดีเซล และทักษะการผลิตน้ำมันไบโอดีเซลอย่างมีคุณภาพในชุมชน

กระทรวงพลังงานเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับภาครัฐ (อาทิเช่น สถานศึกษา) ภาคเอกชน เพื่อดำเนินการอย่างครบวงจรในการผลิตไบโอดีเซล (การตรวจสอบวัตถุดิบ อุปกรณ์เครื่องมือ กระบวนการผลิต ตรวจสอบคุณภาพ น้ำมันไบโอดีเซลจากชุมชน ความปลอดภัยและการรักษาสิ่งแวดล้อมในกระบวนการผลิต) สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือชุมชนที่มีความพร้อมในการผลิตน้ำมันไบโอดีเซล ทั้งด้านวิชาการและทรัพยากร เช่น การฝึกอบรมฝ่ายช่างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการประกอบเครื่องทำไบโอดีเซล และการผลิตน้ำมันไบโอดีเซลในชุมชน

๕. ยุทธศาสตร์การสร้างความตระหนักรู้ต่อสังคม

๕.๑) กำหนดให้ทุกส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรของรัฐ เป็นแบบอย่างที่ดีในการกำกับดูแลร้านค้าที่จำหน่ายอาหารทอด รวมทั้งโรงครัวในสถานที่ราชการและหน่วยงานของรัฐ มิให้มีการใช้น้ำมันทอดอาหารที่เสื่อมสภาพ และรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนทั่วไปและผู้ประกอบการ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุชุมชน โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เอกสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน ด้วยข้อความที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย

๕.๒) ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กำหนดให้หน่วยงานทุกระดับมีแผนป้องกันและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ประชาชน และคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการกำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการเพื่อผลักดันให้มีการขับเคลื่อน และสร้างแรงจูงใจโดยให้รางวัลสำหรับผู้ที่มีผลงานเด่น

๕.๓) กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินการ

๑) รณรงค์ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับน้ำมันทอดซ้ำแก่เด็กและเยาวชนโดยบรรจุในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ และให้เด็กและเยาวชนนำความรู้ไปเผยแพร่ในครอบครัวเพื่อให้เกิดความตระหนัก

๒) ให้สถานศึกษากำกับดูแลร้านค้าที่จำหน่ายอาหารทอดในสถานศึกษา มิให้มีการใช้น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ และสนับสนุนให้มีธนาคารน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพในโรงเรียนที่มีความพร้อม เพื่อรวบรวมน้ำมันไปจัดการอย่างปลอดภัยร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่น

๕.๔) หน่วยงานภาครัฐและแหล่งทุน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการดำเนินงานภาคประชาชนที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ ทรัพยากร การอำนวยความสะดวก

การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สี่

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)^๑

กังวล ต่อสถานการณ์การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเฉลี่ย ๑๐ คนต่อวัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และชุมชนอย่างรุนแรง

ห่วงใย ว่าการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความไม่แน่นอนของชีวิต ตลอดจนภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตระหนัก ว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลปลายทางที่ไม่พึงประสงค์ของปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลาย แต่เป็นเรื่องที่ป้องกันได้ อีกทั้งประเทศไทยมีตัวอย่างความสำเร็จที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะกลไกภายในชุมชนและระบบบริการ ซึ่งจะเป็แนวทางในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาในพื้นที่อื่น ๆ

เห็นว่า การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายควรมุ่งเน้นทั้งด้านการป้องกัน คือ การสร้างความสุขและความเข้มแข็งทางใจให้กับประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การจัดการปัจจัยเสี่ยง เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทางจิตเวชและการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ได้รับผลกระทบ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณากำหนดนโยบาย มาตรการ และกลไกในด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑.๑ การดำเนินการเพื่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตเวช เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

๑.๒ การลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอุปสรรคทางสังคมที่เกิดจากอคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยการสนับสนุนการสร้างเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องความเจ็บป่วยทางจิตเวช

๑.๓ การพัฒนาระบบบริการปรึกษาและระบบส่งต่อในชุมชนสำหรับผู้มีปัญหาชีวิตและสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ มีการติดตามและเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการบูรณาการความร่วมมือของครอบครัว สถานศึกษา สถาบันและองค์กรทางศาสนา ชุมชน หน่วยงาน องค์กรภาครัฐและเอกชน

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๖

๑.๔ การผลักดันให้อัตราการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดด้านการพัฒนาสังคมระดับชาติ

๑.๕ การให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ชุมชนและสังคม ที่มีสมาชิกฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันปัญหาที่ตามมา

๑.๖ พัฒนาและสนับสนุนระบบและกลไกการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ขอให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประสานขอความร่วมมือให้องค์กรสื่อมวลชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ พัฒนามาตรการควบคุมลักษณะการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายระหว่างสื่อมวลชนกันเอง โดยอาศัยมาตรการทางจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยสนับสนุนการนำเสนอข่าวสารด้านการศึกษา สุขใจ และสนับสนุนการเผยแพร่ความรู้ทางสุขภาพจิต การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว รวมทั้งชี้ช่องทางในการเข้าถึงแหล่งให้บริการปรึกษาภายหลังที่มีการนำเสนอข่าว

๒.๒ งดเว้นการนำเสนอภาพหรือเนื้อหาที่สื่อถึงความรุนแรงและวิธีในการฆ่าตัวตายในสื่อโทรทัศน์ โดยเฉพาะละคร สื่อภาพยนตร์ สื่อออนไลน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ

๒.๓ ส่งเสริมกระบวนการชื่นชมและเชิดชูเกียรติการทำงานของสื่อมวลชนที่ดีในการส่งเสริมการสร้างความสุขใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

๓. ขอให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สถาบันการศึกษา ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันทางศาสนา และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการช่วยเหลือเกื้อกูลภายในครอบครัวและชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย

๓.๑ สร้างกลไกการสร้างความสุขใจและการเกื้อกูลกันภายในครอบครัวและชุมชน สร้างระบบบริการทางสังคมที่มีคุณภาพ เตรียมความพร้อมทางจิตใจต่อภัยพิบัติและวิกฤตชีวิต โดยครอบคลุมถึงการเผยแพร่หลักคำสอนทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณี พัฒนาทักษะชีวิต สำหรับเด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลจิตใจและสร้างความสุข ตลอดจนกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย

๓.๒ จัดให้มีระบบฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิต เพื่อการค้นหา วางแผน เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ประสบปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก เยาวชน ครอบครัว ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่จำเป็นต้องเข้าถึงและให้ความช่วยเหลืออย่างทันการณ์

๓.๓ สนับสนุนให้เกิดองค์กรสาธารณประโยชน์/เครือข่ายของผู้รอดชีวิตหรือผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย เพื่อดำเนินการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ได้รับผลกระทบ เช่น กลุ่มให้การปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)

สถานการณ์

๑. การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางการสาธารณสุขและสังคมของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จมากกว่า ๑ ล้านคนคิดเฉลี่ยมีผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ ๑ คนในทุก ๔๐ วินาที หรือเป็นอัตราเฉลี่ย ๑๖ คนต่อประชากรแสนคนต่อปี ส่งผลกระทบต่อจิตใจของครอบครัวและผู้คนรอบข้างของผู้ตายอีกประมาณ ๕-๑๐ ล้านคน ส่งผลเสียหายทางเศรษฐกิจมูลค่ามหาศาล นอกจากนี้ ยังประเมินว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตาย แต่ไม่เสียชีวิต อีกเป็นจำนวน ๒๐ เท่าของตัวเลขการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ^๑

๒. สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด มีจำนวน ๕,๒๙๐ คน คิดเป็นอัตรา ๘.๕๙ ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยวันละ ๑๔.๕ คน ส่งผลให้ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นปีแรกที่กรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายและได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายลดลงในระดับหนึ่ง โดยอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงปี ๒๕๔๒ - ๒๕๕๓ ได้ปรับลดจาก ๘.๕๙ ต่อประชากรแสนคน ในปี ๒๕๔๒ มาอยู่ที่ ๘.๔๐, ๗.๗๔, ๗.๘๔, ๗.๑๓, ๖.๘๗, ๖.๓๔, ๕.๗๗, ๕.๙๗, ๕.๙๘, ๕.๙๗ และ ๕.๙๐ ตามลำดับ^๒ ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จเกิดขึ้น ๓,๗๖๑ คน คิดเป็นการฆ่าตัวตายวันละประมาณ ๑๐ คน อย่างไรก็ตาม อัตราการฆ่าตัวตายในบางพื้นที่ยังคงอยู่ในอัตราที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยของโลก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของประเทศ ทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม มีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนรุนแรงมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดวิกฤตในชีวิตของคนไทยเพิ่มมากขึ้น

๓. อัตราการฆ่าตัวตายเป็นในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมาก ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ จังหวัดลำพูนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดที่ ๒๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน ขณะที่จังหวัดปัตตานี มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นต่ำสุดที่ ๐.๗๗ ต่อประชากรแสนคน^๓ พบว่าพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายเป็นสูง มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและชายฝั่งทะเลตะวันออก ทั้งนี้ มีข้อมูลแสดง ๑๐ อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสูงสุด ปี ๒๕๔๒ - ๒๕๕๓ ในภาคผนวกท้ายเอกสารหลัก (สมัชชาสุขภาพ ๔/ หลัก ๖/ ผนวก ๑)

๔. ผู้ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ เป็นชายมากกว่าหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓ เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จอยู่ระหว่าง ๙.๒๔ - ๙.๔๘ ต่อประชากรแสนคน ขณะที่เพศหญิงมีอัตรา ๒.๓๘ - ๒.๗๒ ในช่วงเวลาเดียวกัน หรือประมาณสัดส่วนชายต่อหญิง ๓.๕ ต่อ ๑ กลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายเป็นสูงสุด คือ ๓๑ - ๔๐ ปี รองลงมา คือ ๒๑ - ๓๐ ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน^๔ และเป็นรูปแบบที่แตกต่างจากข้อมูลต่างประเทศ ซึ่งพบการฆ่าตัวตายเป็นเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่วัยรุ่นมีการฆ่าตัวตายเป็นเพิ่มมากขึ้น

สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

๕. การฆ่าตัวตายเป็นผลปลายทางของปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ครอบครัวและชุมชน องค์การอนามัยโลกประเมินว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้าและปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในภูมิภาคยุโรปและอเมริกาเหนือ สำหรับประเทศแถบเอเชีย เชื่อว่าการกระทำอย่างรุนแรงที่รุนแรงและปัจจัยทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ

๖. การศึกษาระบาดวิทยาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึง ๒๕๕๓^๕ มีข้อสรุปถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การมีอาการซึมเศร้า มีโรคเรื้อรัง ปัญหาโรคจิต ดื่มสุรา มีปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ทะเลาะเบาะแว้งกัน ถูกคนใกล้ชิดขูข่มขู่บั่นทอนใจให้เสียหาย ถูกทำร้ายร่างกาย พักอาศัยร่วมกับบุคคลที่ติดสุราและติดยาเสพติด ได้รับข่าวการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายของคนอื่นในชุมชน แสดงท่าทีว่าจะทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ ยังพบว่า การว่างงานเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดในวัยทำงาน

ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย

๗. ด้านเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย^๖ ประเมินความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจจากปัญหาการฆ่าตัวตายว่า มีมูลค่าอยู่ที่ประมาณ ๑๖,๐๐๐ ล้านบาท ขณะที่ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ (๒๕๔๖)^๗ ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน ๑๒ แห่ง พบมูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมูลค่า ๓๗,๗๙๓ บาทต่อผู้ป่วย ๑ ราย

๘. ด้านครอบครัว การฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบต่อสภาพจิตใจของครอบครัว จากการศึกษาสมาชิกในครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตายเป็นเหตุขึ้น พบว่ามีความรู้สึกผิด เสียใจ ซึมเศร้า วิตกกังวล อับอาย หลายรายหันกลับไปดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ทั้งที่หยุดไปแล้วหลายปี ไม่สามารถทำงานหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลเสียต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะหากก่อนการฆ่าตัวตายมีปัญหาความสัมพันธ์กันอยู่เดิม กรณีที่พ่อหรือแม่ฆ่าตัวตาย เด็กจะรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการให้เด็กช้าลง หรือรุนแรงถึงขั้นหยุดชะงักลง หากลูกอยู่ในช่วงวัยรุ่น อาจพบปัญหาของการแสดงออกทางอารมณ์ มีแนวโน้มของการเกิดความคิดด้านลบมากขึ้น มีการให้ความหมายของเหตุการณ์ใหม่ที่เข้ามาในแง่ลบมากกว่าวัยรุ่นทั่ว ๆ ไป บาดแผลทางใจที่เกิดขึ้นสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่มีชีวิตอยู่อย่างมาก

๙. ด้านสังคมและชุมชน การฆ่าตัวตายในชุมชนนอกจากจะสร้างความสะเทือนใจแก่สมาชิกแล้ว ยังเป็นการสร้างแบบอย่างการแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย ส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เหลืออยู่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ นำไปสู่ปัญหาของชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีปัญหาคล้ายคลึงกัน เมื่อเกิดการฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกในชุมชน จึงสร้างความกังวลใจว่าจะเกิดพฤติกรรมเลียนแบบขึ้น

ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย

๑๐. มาโนช หล่อตระภูณัฐ สรุปรายการศึกษาด้านปัจจัยปกป้องจากรายงานต่างประเทศ ประกอบด้วย

มีลูกหลานในบ้าน	เชื่อมั่นในการจัดการชีวิตตนเอง (self efficacy)
มีความรู้สึกต้องรับผิดชอบครอบครัว	มีความเข้มแข็งทางใจ (resiliency)
มีศรัทธาในศาสนา	ทักษะการปรับตัวดี
ตั้งครรรภ์	ทักษะในการแก้ไขปัญหาดี
พึงพอใจในชีวิต	มีการสนับสนุนจากสังคม
การรับรู้ความจริง ยังไม่ปิดเป็นไป	สัมพันธ์ภาพในการรักษาดี

การฆ่าตัวตายกับความทุกข์และคุณภาพชีวิตของประชาชน ^๔

๑๑. ผลการสำรวจความสุขคนไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ พบปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการมีความสุขน้อย ได้แก่ การศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย งานไม่มั่นคง ครอบครัวไม่มีเวลาให้แก่นักเรียนและไม่มีกิจกรรมร่วมกัน สถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีหนี้สินนอกระบบ เกษตรกรไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ไม่ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี พักอาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีรายได้สูง

๑๒. ปัจจัยเสี่ยงของการมีความสุขน้อยและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีลักษณะร่วมที่แสดงถึงสภาพชีวิตที่ประสบปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาความมั่นคงในการดำรงชีวิตและการอยู่ร่วมกันในชุมชน การขาดแหล่งช่วยเหลือ และปัญหาสุขภาพ การฆ่าตัวตายจึงบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ประสบปัญหาชีวิตด้านต่าง ๆ ซึ่งหากพิจารณาในระดับสังคมและชุมชน การฆ่าตัวตายนับเป็น สิ่งสะท้อนถึงการขาดกลไกการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชน และเมื่อพิจารณาในด้านระบบบริการของรัฐ ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงแสดงถึงความจำเป็นที่รัฐ ชุมชนและองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันจัดและให้บริการทางสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้น

กฎหมายสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ

๑๓. ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการและดูแลผู้ป่วยทางจิต ประกาศใช้เมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ คือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ซึ่งมีเจตนารมณ์ในการคุ้มครอง ปรับปรุงคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของประชาชน คุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม และระบบอื่นๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

๑๔. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประกอบด้วย (๑) นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ (๒) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ (๓) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเป็นกรรมการ (๔) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลบุคคลที่มีความ

ผิดปกติทางจิต ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน เป็นกรรมการ (๕) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหกคน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในสาขาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กิจกรรมบำบัด และกฎหมายสาขาละหนึ่งคน เป็นกรรมการอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นกรรมการและเลขานุการ^{๑๐}

๑๕. คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ มีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดนโยบาย และมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคม

(๒) วางหลักเกณฑ์และวิธีการในการให้คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม

(๓) ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

(๔) กำหนดแบบหนังสือให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาตามมาตรา ๒๑

(๕) กำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการตามมาตรา ๔๐ (๒)

(๖) วางระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

(๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรี

มอบหมาย

๑๖. คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ นับเป็นกลไกระดับชาติที่สำคัญซึ่งที่ผ่านมาได้ช่วยสนับสนุนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตจำนวน ๒๐๐ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๒ และสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ขยายขอบเขตความคุ้มครองผู้ประกันตน จากเดิมจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคจิตฉุกเฉิน ที่ต้องรับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน ระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ วัน เป็นการให้รักษาในทุกกรณี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๑๗. กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ประเมินว่ามีผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ* ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ ๑๐ ล้านคนทั่วประเทศ แต่มีผู้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตประมาณ ๘ แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ ๘ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด^{๑๑}

๑๘. เมื่อพิจารณาจากข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต นับว่าระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน ยังมีประเด็นที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอีกเป็นจำนวนมาก เพื่อให้การเจ็บป่วยทางจิตได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม เช่น ปัจจุบัน สำนักงานประกันสังคม ยังไม่ให้ความสำคัญคุ้มครองการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง ทั้งที่ในทางวิชาการ การทำร้ายตัวเองถือเป็นสัญญาณร้องขอความช่วยเหลือรูปแบบหนึ่ง ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มองไม่เห็นทางออกของชีวิต และในด้านปัจจัยทางสังคม พบว่า สังคมโดยรวม ยังมีอคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต ก่อให้เกิดอุปสรรคในการไปใช้บริการและการอยู่ร่วมกันในสังคม

* นิยามผู้ที่มีปัญหาทางจิตในงานวิจัย ได้แก่ ๘ โรค/ภาวะ ตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป็นขอบเขตของการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก และการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย

มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายและประสบการณ์ดำเนินงานที่ผ่านมาในประเทศไทย

๑๙. องค์การอนามัยโลก ได้เสนอมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายที่สำคัญ สำหรับประเทศสมาชิก ประกอบด้วย การพัฒนาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสังคม การป้องกันและรักษาโรคซึมเศร้าและปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติด การควบคุมการเข้าถึงวิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย เช่น อาวุธปืน สารพิษทางการเกษตร การให้การดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างมีคุณภาพ การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมและรับผิดชอบต่อสื่อมวลชน และการเพิ่มทักษะความสามารถในการดำเนินชีวิตให้กับเยาวชนในการจัดการอารมณ์และปัญหาต่าง ๆ โดยเสนอว่า มาตรการเหล่านี้จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้ แต่จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

๒๐. ประสบการณ์ดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายของประเทศไทย มีตัวอย่างความสำเร็จในการดำเนินงานในระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด ตามมาตรการต่าง ๆ ข้างต้น ดังนี้

๒๑. การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตจัดโครงการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชนร่วมคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พร้อมกำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ดังตัวอย่างที่อำเภอบ้านโฮ้ง ลำพูน ได้ดำเนินการบูรณาการโดยการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตระดับอำเภอ วิเคราะห์ข้อมูล ประเมินสถานการณ์ นำเสนอข้อมูล สร้างความตระหนัก และพัฒนาศักยภาพองค์กรต่าง ๆ ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการคัดกรองและค้นหาผู้มีอาการซึมเศร้า และผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ช่วยให้อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลงจาก ๖๗.๕๔ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๐ เป็น ๔๘.๖๙ ในปี ๒๕๕๓ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก ๒๘.๑๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๐ เป็น ๑๘.๕๕ ในปี ๒๕๕๓

๒๒. การควบคุมการดื่มสุรา

อำเภอป่าซาง ลำพูน^{๑๒} พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัญหาติดสุราร้อยละ ๒๐ หลังจากการเผยแพร่ความรู้และจัดทำมติร่วมกันในชุมชน ได้จัดทำโครงการลดการเข้าถึงสุราลดปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการรณรงค์งานศพปลอดเหล้า รณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา ดูแลผู้ติดสุราในชุมชน ทำข้อตกลงร่วมกับร้านจำหน่ายสุราในหมู่บ้าน พื้นที่ดำเนินการคือหมู่บ้านน้ำดิบและสบทา ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

๒๓. การควบคุมสารพิษทางการเกษตร

อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน^{๑๓} เป็นพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงของประเทศในอดีต วิธีการส่วนใหญ่เป็นการกินหรือดื่มสารพิษ โรงพยาบาลชุมชนร่วมมือกับหน่วยงานในอำเภอ ได้แก่ เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชนอำเภอ ร้านค้าและชุมชนในพื้นที่ ร่วมกันควบคุมการจำหน่ายสารพิษทางการเกษตร โดยคิดคำนวณพื้นที่ทางการเกษตรในการจำหน่าย จัดจำหน่ายเฉพาะในฤดูกาลที่ต้องใช้ ไม่มีการเก็บสต็อก รณรงค์การงดใช้สารเคมี รณรงค์เรื่องอาหารปลอดภัย และบูรณาการกับแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง พบการฆ่าตัวตายลดลง

๒๔. การพัฒนาทักษะชีวิตของเยาวชนในระดับโรงเรียน

โรงเรียนจากเขตพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศ จำนวน ๕๕๕ โรงเรียน นำสื่อการเรียนรู้ “เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ” พัฒนาโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนให้ครูจัดกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่านักเรียนเข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น รู้จักคิดจัดการปัญหา รับฟังความคิดเห็น ผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง มีปัญหาพฤติกรรม (เช่น ทะเลาะวิวาท มาโรงเรียนสาย) น้อยลง ครูสามารถประสานสัมพันธ์ระหว่าง

โรงเรียนกับผู้ปกครองได้มากยิ่งขึ้น มีแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทักษะชีวิตในโรงเรียน เขตพื้นที่การศึกษา มากกว่า ๕๐ แห่งนำไปขยายผลต่อในเครือข่ายโรงเรียนในพื้นที่ของตน

๒๕. บริการแบบองค์รวมและการเกื้อกูลกันในชุมชน

อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่^{๑๔} มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๖.๖๔ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๑ จากการสัมภาษณ์ชุมชนพบว่าปัจจัยสำคัญของการฆ่าตัวตาย คือ การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง การติดสุรา และปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงจัดประชุมร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำองค์กรท้องถิ่น พระสงฆ์ เพื่อช่วยเผยแพร่ความรู้ ดูแลกันในชุมชน อบรมพนักงานวด ผักสวนครัว ภูมิปัญญา และฝึกทักษะการปรึกษา กิจกรรมธรรมะสัญจร เยี่ยมบ้านผู้ป่วย สัจจรตามโรงเรียน ดูแลสุขภาพกายใจ พบอัตราการฆ่าตัวตายในปีต่อมาลดลง จากเดิมจำนวน ๒๐ ราย เหลือ ๑๑ ราย และ ๕ ราย ตามลำดับ

๒๖. การส่งเสริมศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม

ประชาคมในหมู่บ้านตำบลบ้านปวง อ.ทุ่งหัวช้าง ลำพูน^{๑๕} นำหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยจัดตั้งองค์ผ้าป่าคลายทุกข์ขึ้นในวันพระ ใครมีความทุกข์ ความเครียด ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาใครไม่ได้ ให้เขียนบรรยายความทุกข์แล้วนำไปเสียบที่ต้นผ้าป่า คณะกรรมการจะเปิดอ่านและประชุมกัน เพื่อหาแนวทางในการปลดทุกข์ให้กับประชาชนที่ถวายเป็นทุกข์ต่อไป ส่งผลให้ไม่พบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและการพยายามทำร้ายตัวเองในหมู่บ้านหลังดำเนินกิจกรรมทั้งในปี ๒๕๕๓ – ๒๕๕๔

๒๗. การบูรณาการระดับจังหวัด

เชียงรายเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ก่อให้เกิดความตื่นตัวในเวทีสมัชชาสุขภาพ ขณะเดียวกัน จากเหตุการณ์นักเรียนรายหนึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จจากการผิดหวังการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ก่อให้เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้รอดชีวิต ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิต ภายใต้ชื่อ “ชมรมแสงเทียนส่องใจ” นำประสบการณ์การฝ่าวิกฤตชีวิตมาให้การช่วยเหลือเพื่อนบ้านและสื่อสารในชุมชน เกิดกระแสเชิงบวก ลดตราบาปต่อปัญหาทางจิตเวช ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหาและร่วมเป็นแกนนำเป็นจุดสำคัญต่อการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเครือข่าย จนนำไปสู่กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ และนำประเด็นการจัดการปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๕๔^{๑๖}

สื่อมวลชนกับการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย

๒๘. องค์การอนามัยโลกเสนอแนวทางการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายสำหรับสื่อมวลชน ประกอบด้วย

- หลีกเลี่ยงการนำเสนอข่าวให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นเรื่องน่าสนใจ
- เลี่ยงการบรรยายวิธีการฆ่าตัวตายโดยละเอียด ไม่ลงข้อความในบันทึกลาตาย (หากมี)
- ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและคำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นและแหล่งช่วยเหลือ
- คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิด
- ตระหนักถึงโอกาสในการเลียนแบบ หากผู้ฆ่าตัวตายเป็นดารา หรือผู้มีชื่อเสียง

แนวทางการนำเสนอข่าวข้างต้น แตกต่างจากหลักการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน เพื่อให้ข่าว “ขาย” ได้ ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างข่าวที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และข่าวที่เป็นประโยชน์ต่อธุรกิจ กรมสุขภาพจิตเคยจัดประชุมร่วมกับบรรณาธิการข่าว ในช่วงที่มีข่าวการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาก พบว่า ช่วยให้การนำเสนอข่าวเป็นไปตามหลักการนำเสนอข่าวที่ดีมากขึ้น แต่ให้ผลเพียงระยะสั้น เนื่องจากยังขาดกลไกการควบคุมการนำเสนอข่าวจากสื่อมวลชนด้วยกันเองและจากสังคมที่ยั่งยืน

๒๙. ในวิกฤติน้ำท่วมครั้งใหญ่ของประเทศไทยปลายปี ๒๕๕๔ สื่อมวลชนได้แสดงบทบาทสร้างสรรค์ต่อสังคม ทั้งในด้านการนำเสนอข่าวในแง่มุมที่ช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา เช่น เสนอตัวอย่างความร่วมมือแรงร่วมใจของชุมชนในการแก้ปัญหาร่วมกัน รับแจ้งปัญหาและช่วยเผยแพร่ข้อมูลเพื่อระดมความช่วยเหลือประสานและระดมความช่วยเหลือให้แก่ชุมชน เปิดเวทีประชาชนสะท้อนมุมมองต่าง ๆ ต่อปัญหา ซึ่งเป็นบทบาทที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลจิตใจประชาชนและช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

๓๐. โดยสรุป การฆ่าตัวตายเป็นผลปลายทางที่ไม่พึงประสงค์ของปัจจัยที่หลากหลาย เป็นความสูญเสียที่ป้องกันได้ และเป็นภาพสะท้อนของระบบประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และกลไกการอยู่ร่วมกันในชุมชนด้วยความเกื้อกูล องค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายไว้เป็นแนวทางสำหรับประเทศสมาชิกไว้อย่างชัดเจน ซึ่งในกรณีของประเทศไทย มีประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับการคุ้มครองในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การควบคุมการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อมวลชน ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วยทางจิต และการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อพัฒนากลไกการดูแลช่วยเหลือกันภายในชุมชน โดยเฉพาะการดูแลผู้มีปัจจัยเสี่ยงและผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่าง ๆ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔ / ร่างมติ ๖

เอกสารอ้างอิง

- ๑ World Health Organization Publication. (๒๐๑๐). Suicide Prevention. Retrieved August 1, 2010, from : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent
- ๒ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๓. กรุงเทพฯ : นนทบุรี.
- ๓ กรมสุขภาพจิต. (๒๕๕๔). สถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. ค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๔,จาก <http://www.dmh.go.th /report/suicide>.
- ๔ อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, อรพิน ยอดกลาง, และคณะ. (๒๕๕๓). รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ ๒๕๕๓. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๕ อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, ไพลิน ปรัชคุปต์, และคณะ. (๒๕๕๓). การศึกษาระบาดวิทยาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองทั้งที่เสียชีวิต และไม่เสียชีวิตในประเทศไทย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๖ ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย. (๒๕๔๙). ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ ๑๖,๐๐๐ ล้านบาท. มองเศรษฐกิจ ฉบับที่ ๑๘๕๗.
- ๗ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ. (๒๕๔๗). ระบาดวิทยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ๑๒ แห่ง. การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗. :โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ๘ มาโนช หล่อตระกูล. (๒๕๕๓). การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ๙ ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และเอกอนงค์ สีตลาภินันท์. (๒๕๕๔). คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด. นนทบุรี แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต.
- ๑๐ สถาบันกัลยาฯราชนครินทร์. (๒๕๕๔). รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑. ค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๔, จาก <http://www.thaimentalhealthlaw.com/home.html>
- ๑๑ กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (๒๕๕๔). ข้อเสนอโครงการพัฒนาระบบบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต, นนทบุรี. ๒๓ หน้า.
- ๑๒ โรงพยาบาลป่าซาง. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๑๓ โรงพยาบาลแม่ทา (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๑๔ โรงพยาบาลสารภี. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.

- ๑๕ โรงพยาบาลทุ่งหัวช้าง. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.
- ๑๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (๒๕๕๔). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบูรณาการงานสุขภาพจิตแห่งประเทศไทยครั้งที่ ๒. [ขอนแก่น] : โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์.

ตารางแสดงข้อมูล ๑๐ อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๓ (อัตราการต่อแสนประชากร)

ลำดับ	ปี ๒๕๕๒	ปี ๒๕๕๓	ปี ๒๕๕๔	ปี ๒๕๕๕	ปี ๒๕๕๖	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓
๑	เชียงใหม่ (๓๑.๒๓)	เชียงใหม่ (๒๕.๕๕)	เชียงใหม่ (๒๓.๐๖)	ลำพูน (๒๒.๗๗)	ลำพูน (๒๔.๕๕)	ลำพูน (๒๐.๖๔)	ลำพูน (๑๗.๐๕)	ลำพูน (๑๗.๗๗)	ลำพูน (๑๖.๐๒)	ลำพูน (๑๖.๐๕)	เชียงราย (๑๖.๑๐)	ลำพูน (๒๐.๐๒)
๒	พะเยา (๒๓.๐๕)	ลำพูน (๒๓.๓๖)	ลำพูน (๒๑.๑๗)	เชียงใหม่ (๒๑.๕๐)	เชียงใหม่ (๒๑.๓๒)	เชียงใหม่ (๑๕.๕๗)	เชียงใหม่ (๑๕.๕๗)	เชียงใหม่ (๑๕.๓๖)	เชียงใหม่ (๑๔.๕๕)	แม่ฮ่องสอน (๑๕.๓๓)	ระยอง (๑๖.๐๒)	เชียงราย (๑๕.๖๓)
๓	ลำพูน (๒๒.๗๗)	เชียงราย (๑๗.๕๕)	ระยอง (๑๕.๕๕)	พะเยา (๑๕.๗๗)	เชียงราย (๑๖.๖๓)	เชียงราย (๑๖.๖๓)	ระยอง (๑๕.๗๗)	เชียงราย (๑๕.๓๓)	เชียงใหม่ (๑๔.๕๕)	เชียงใหม่ (๑๔.๕๕)	น่าน (๑๔.๗๗)	แม่ฮ่องสอน (๑๔.๕๕)
๔	เชียงราย (๑๖.๒๑)	พะเยา (๑๖.๓๖)	พะเยา (๑๖.๖๖)	อุดรดิตถ์ (๑๕.๗๖)	แพร่ (๑๕.๕๕)	แพร่ (๑๕.๕๕)	เชียงราย (๑๕.๐๐)	พะเยา (๑๓.๑๕)	พะเยา (๑๒.๗๕)	แพร่ (๑๔.๗๕)	เชียงใหม่ (๑๔.๒๕)	น่าน (๑๓.๐๓)
๕	ชลบุรี (๑๖.๓๗)	นครปฐม (๑๔.๖๖)	อ่างทอง (๑๓.๗๒)	ระยอง (๑๓.๓๐)	เชียงราย (๑๓.๖๖)	จันทบุรี (๑๔.๕๒)	พะเยา (๑๒.๕๒)	แม่ฮ่องสอน (๑๒.๑๕)	แม่ฮ่องสอน (๑๒.๕๕)	ระยอง (๑๒.๓๕)	ลำพูน (๑๒.๕๕)	เชียงใหม่ (๑๒.๕๗)
๖	นครปฐม (๑๕.๕๗)	ชลบุรี (๑๔.๕๐)	แพร่ (๑๓.๑๑)	ภูเก็ต (๑๓.๑๖)	อุดรดิตถ์ (๑๓.๐๕)	พะเยา (๑๒.๗๓)	แพร่ (๑๒.๒๕)	ระยอง (๑๐.๕๕)	จันทบุรี (๑๐.๕๒)	เชียงราย (๑๐.๑๗)	พะเยา (๑๐.๕๕)	จันทบุรี (๑๐.๕๐)
๗	จันทบุรี (๑๔.๗๗)	สมุทรสงคราม (๑๔.๑๒)	จันทบุรี (๑๓.๐๕)	เชียงราย (๑๒.๗๕)	จันทบุรี (๑๒.๕๕)	ระยอง (๑๒.๕๕)	ชบบุรี (๑๑.๗๕)	น่าน (๑๐.๗๗)	น่าน (๑๐.๗๗)	อุดรดิตถ์ (๑๐.๕๗)	พะเยา (๑๐.๒๕)	แพร่ (๑๐.๐๕)
๘	น่าน (๑๔.๗๓)	ระยอง (๑๔.๐๗)	ลำปาง (๑๒.๕๕)	ชลบุรี (๑๒.๗๐)	แม่ฮ่องสอน (๑๑.๗๑)	ชบบุรี (๑๑.๗๑)	แม่ฮ่องสอน (๑๑.๒๖)	ตาก (๑๐.๒๕)	ระยอง (๑๐.๗๕)	น่าน (๑๐.๕๕)	จันทบุรี (๑๐.๑๗)	อุดรดิตถ์ (๙.๕๕)
๙	อ่างทอง (๑๓.๗๕)	ลำปาง (๑๓.๕๕)	น่าน (๑๒.๓๓)	แพร่ (๑๒.๗๖)	อุทัยธานี (๑๑.๕๕)	อ่างทอง (๑๐.๑๑)	ระนอง (๑๐.๑๖)	กำแพงเพชร (๙.๕๗)	แพร่ (๑๐.๗๐)	พะเยา (๙.๖๕)	อุทัยธานี (๑๐.๖๗)	ระยอง (๙.๗๕)
๑๐	ลำปาง (๑๓.๕๕)	ชัยนาท (๑๒.๕๕)	นครปฐม (๑๒.๕๒)	อ่างทอง (๑๑.๕๕)	อ่างทอง (๑๑.๕๕)	แม่ฮ่องสอน (๙.๕๖)	ลำปาง (๑๐.๐๓)	อุดรดิตถ์ (๙.๑๗)	ตาก (๑๐.๕๗)	สุโขทัย (๙.๕๕)	ลำปาง (๑๐.๑๗)	ลำปาง (๙.๗๐)

การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สี่

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง^๑

รับทราบ ว่าสถานการณ์ภัยพิบัติธรรมชาติมีแนวโน้มเกิดบ่อยขึ้นในประเทศไทย ทั้งชนิดที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันโดยก่อความเสียหายรุนแรงกับชนิดที่คาดการณ์ได้แต่ก่อความเสียหายอย่างกว้างขวาง รวม ๗ ประเภท ได้แก่ อุทกภัย-ดินโคลนถล่ม พายุหมุนเขตร้อน แผ่นดินไหว สึนามิ มหาอุทกภัย ภัยแล้ง และ ไฟป่า-หมอกควัน ซึ่งจะสร้างความสูญเสียทั้งต่อชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม คิดเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปี

ตระหนัก ว่าการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติเป็นงานที่เกินความสามารถที่หน่วยงานรัฐจะบริหารจัดการเพียงลำพังหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ประกอบกับการดำเนินงานด้านแผนเตรียมความพร้อมแห่งชาติยังมีข้อจำกัด ขาดมาตรการรองรับที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระบบแจ้งเตือนภัย การวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาภัยพิบัติอย่างเป็นระบบ การฝึกซ้อมของหน่วยงาน การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การกำหนดการบัญชาการเหตุการณ์ที่มีเอกภาพ และความเข้าใจของบุคลากรในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ในภาวะปกติจนถึงขั้นสถานการณ์วิกฤต ทำให้การบริหารจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉินไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

หวังใฝ่ ว่าสังคมและชุมชนท้องถิ่นยังขาดความรู้ ความเข้าใจ หรือองค์ความรู้เดิมที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอต่อความซับซ้อนของปัญหาและความหลากหลายของภัยพิบัติธรรมชาติ จนไม่อาจนำมาสู่การกำหนดมาตรการป้องกันและรับมือภัยพิบัติอันเป็นสาธารณภัยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กังวล ว่ารัฐบาลยังไม่มีมติชัดเจนในแนวทางการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง และยังขาดนโยบายเฉพาะสำหรับรองรับภัยพิบัติแต่ละประเภท ตลอดจนระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสาธารณภัย รวมทั้งการกำกับการใช้ประโยชน์ที่ดิน การถมดิน และการควบคุมอาคาร ที่ยังไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างได้ผล และยังให้ความสำคัญในเรื่องการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนน้อยเกินไป ขาดการถอดบทเรียนการทำงานในขณะการเกิดภัยพิบัติแต่ละครั้งอย่างเพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้นกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (กปภ.ช.) โดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในฐานะหน่วยงานเลขานุการเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการ สภาความมั่นคงแห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีอวกาศและสารสนเทศ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงคมนาคม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สมาคมสันนิบาต

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๔

เทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

๑.๑ จัดให้มีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญกับการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติ โดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง และให้คำนึงถึงกลุ่มเปราะบางด้วย ทั้งนี้ให้นำข้อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง ตามภาคผนวก^๒ ท้ายเอกสารหลัก ไปพิจารณาพร้อมด้วย

๑.๒ จัดตั้งกลไกและระบบสนับสนุนงบประมาณ และ/หรือ เงินกองทุนในทุกระดับที่มีรูปแบบการจัดการที่คล่องตัว เพื่อดำเนินงานตามแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในทุกระดับโดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภทในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยง โดยการสนับสนุนของกระทรวงมหาดไทย จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นเพื่อรับมือภัยพิบัติธรรมชาติและที่เกิดจากโครงสร้างการพัฒนาในท้องถิ่น โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น ทั้งนี้ให้คำนึงถึงบทบาทหญิง-ชายในการบริหารจัดการภัยพิบัติ และความเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่ รวมถึงความครอบคลุมพื้นที่อำเภอเป้าหมายทั้งอำเภอ และจัดสรรงบประมาณของท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนอื่น ๆ เพื่ออุดหนุนการทำงานของเครือข่าย โดยมีเค้าโครงของสาระสำคัญดังนี้

๒.๑ การพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อม รวมถึงการพัฒนาระบบสารสนเทศ การจัดการผังเมือง และการซ่อมแผน

๒.๒ การป้องกันและลดผลกระทบ รวมถึงการจัดการลุ่มน้ำ

๒.๓ การจัดการในภาวะฉุกเฉินและการแพทย์สาธารณสุข

๒.๔ การฟื้นฟู รวมถึงการดูแลปัจจัยสี่ ได้แก่ การจัดสร้างที่พักชั่วคราว น้ำดื่มและอาหาร การดูแลด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม ให้ได้ตามมาตรฐานสากล

๒.๕ การสนับสนุนเครือข่ายจัดการภัยพิบัติของชุมชนท้องถิ่นและสังคม โดยการสร้างจิตสำนึกแห่งความปลอดภัย และการบริหารจัดการความขัดแย้งในการแก้ไขปัญหาภัยพิบัติ และให้คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มเปราะบาง

๓. ขอให้รัฐบาลจัดตั้งกองทุนระดับชาติ และคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มาจากหลายภาคส่วน เพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกการบริหารจัดการภัยพิบัติ การบริหารระบบโลจิสติกส์ การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย การส่งเสริมการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมระดับชุมชน และส่งเสริมการบริหารจัดการภัยพิบัติด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะระดับชุมชนท้องถิ่น ด้วยการออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้งนี้ มอบหมายให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบการดำเนินงาน

๔. ขอให้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนากองทุน และกลไกการประสานความร่วมมือจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ตำบล/ภูมินิเวศ โดยอาจจัดตั้งขึ้นมาใหม่หรือเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนที่มีอยู่แล้ว ในชุมชนท้องถิ่น เพื่อจัดการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและฟื้นฟูภายหลังประสบภัยพิบัติ รวมทั้งจัดสรรงบประมาณสมทบกองทุนภัยพิบัติที่ชุมชนท้องถิ่นริเริ่มดำเนินการ

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๔ / ผผนวก ๑

๕. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สนับสนุนให้มหาวิทยาลัย หน่วยงานวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายองค์กรชุมชน และชุมชนท้องถิ่น หรือทุกภาคส่วนร่วมกัน ดำเนินการวิจัยและสร้างองค์ความรู้เรื่องภัยพิบัติ รวมทั้งรวบรวมองค์ความรู้และความคิดเห็นที่เกิดขึ้นจากบทเรียนและประสบการณ์ของภาคประชาชนที่หลากหลาย รวมถึงการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพ และสาเหตุแห่งภัยพิบัติอันเนื่องมาจากนโยบายของรัฐ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการบริหารจัดการในทุกๆระดับ

๖. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) จัดสรรคลื่นความถี่อย่างพอเพียงเพื่อใช้สำหรับโทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียงและวิทยุสื่อสาร ในการรับมือภัยพิบัติธรรมชาติเป็นการเฉพาะ โดยมีหน่วยงานรัฐหรือองค์กรสาธารณณะที่เกี่ยวข้องและมีศักยภาพเหมาะสมเป็นผู้ดำเนินการ อีกทั้งสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารให้กับองค์กรชุมชนที่ทำงานจัดการภัยพิบัติ

๗. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครภาคพลเมืองที่หลากหลายเพื่อรับมือภัยพิบัติในระดับชุมชนท้องถิ่นและระดับชาติ รวมทั้งการจัดการองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติอย่างเป็นระบบ และมีการเผยแพร่องค์ความรู้ที่จำเป็นกับประชาชนในภาวะภัยพิบัติทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

๘. ขอให้สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสมาชิกสมัชชาสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงทุกจังหวัด สนับสนุนให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ร่วมกับหน่วยงานวิชาการและชุมชนท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนงานการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติในพื้นที่ให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรม เช่น จัดตั้งศูนย์ฝึกปฏิบัติการภัยพิบัติประจำจังหวัด

๙. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการและสถาบันการศึกษาทุกระดับทั้งในและนอกระบบจัดทำหลักสูตรการเรียนรู้เรื่องภัยพิบัติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และจัดให้มีการเรียนการสอนในทุกๆระดับ

๑๐. ขอให้รัฐบาลทบทวนโครงสร้างการจัดการภัยพิบัติ โดยให้มีศูนย์อำนวยการที่มีลักษณะเป็นหน่วยงานรัฐที่เป็นอิสระ ทำงานเป็นเอกภาพ ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานที่ประสานความร่วมมือระหว่างกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมอุตุนิยมวิทยา ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ เครือข่ายอาสาสมัครด้านภัยพิบัติภาควิชาการ กรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศูนย์อำนวยการระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล

๑๑. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ และครั้งที่ ๖

การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

ขอบเขตของภัยพิบัติธรรมชาติ

ภัยพิบัติธรรมชาติในที่นี้ มีขอบเขตครอบคลุมภัยพิบัติธรรมชาติแบบฉับพลัน ที่มีผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สินรุนแรง ๔ ประเภท ได้แก่ อุทกภัย-ดินโคลนถล่ม พายุหมุนเขตร้อน แผ่นดินไหว และคลื่นยักษ์สึนามิ และภัยพิบัติธรรมชาติที่คาดการณ์ได้ ซึ่งอุบัติบ่อยขึ้นและมีผลกระทบต่อประชาชนเป็นวงกว้าง ๓ ประเภท ได้แก่ อุทกภัย ภัยแล้ง และวิกฤตไฟฟ้าและหมอกควัน

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. จากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลกในช่วง ๓๐ ปีที่ผ่านมา อุณหภูมิโลกสูงขึ้นโดยเฉลี่ย ๐.๒ องศาเซลเซียสในทุกสิบปี ส่งผลให้สภาพภูมิอากาศแปรปรวน เกิดภัยพิบัติธรรมชาติบ่อยครั้งขึ้นในประเทศไทย ทั้งอุทกภัย ดินโคลนถล่ม วาตภัย แผ่นดินไหว สึนามิ ภัยแล้ง ไฟป่าและหมอกควัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และบ่อยครั้งรุนแรงจนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม คิดเป็นมูลค่ามหาศาล เกินกำลังความสามารถของหน่วยงานรัฐ รัฐบาลหรือชุมชน ที่จะจัดการปัญหาเพียงลำพัง สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ภัยพิบัติธรรมชาติเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุถึงเป้าหมายการพัฒนาที่จะทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมมนุษย์ดีขึ้น การให้ความสำคัญกับการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติในชุมชนและสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะแต่ละชุมชนต่างประสบปัญหาภัยพิบัติธรรมชาติในลักษณะที่แตกต่างกัน ชุมชนจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติด้วยตัวเอง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและนำไปสู่การสร้างความปลอดภัยให้กับชุมชน

๒. เหตุการณ์อุทกภัยและดินโคลนถล่มใน ๕ จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง เมื่อวันที่ ๒๒-๒๓ พฤษภาคม ๒๕๔๙ ส่งผลให้ อุดรดิตถ์ สุโขทัย แพร่ ลำปาง และน่าน ได้รับความเสียหาย มีผู้เสียชีวิต ๘๗ คน (อุดรดิตถ์ ๗๕ คน) สูญหาย ๒๙ คน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน ๓๕๒,๐๑๖ คน เหตุการณ์การน้ำท่วมใหญ่เมื่อเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างหนัก พื้นที่ประสบภัยทั้งสิ้น ๓๙ จังหวัด ๔๒๕ อำเภอ ๓,๐๙๘ ตำบล ๒๖,๒๒๖ หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน ๒,๐๐๒,๙๖๑ ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิต ๑๘๐ คน เฉพาะภาคใต้มี ๑๒ จังหวัด ๑๓๓ อำเภอ ๘๗๔ ตำบล ๖,๑๙๗ หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน ๖๐๙,๕๑๑ ครัวเรือน จำนวน ๑,๙๓๒,๔๐๕ คน มีผู้เสียชีวิต ๘๐ คน เหตุการณ์ครั้งนี้ส่งผลให้ พื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา เกิดน้ำท่วมสูงในบริเวณตัวเมืองชั้นใน มีความเสียหายเป็นมูลค่ามากกว่า ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท มีผู้เสียชีวิตถึง ๒๓๓ คน ไม่รวมชาวต่างประเทศ และในระหว่างวันที่ ๑๓-๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๓ ยังเกิดอุทกภัยซ้ำอีกครั้งใน ๑๖ อำเภอ ของจังหวัดสงขลา มีผู้ประสบความเดือดร้อนเป็นจำนวนมาก ล่าสุดเหตุการณ์มหาอุทกภัยที่กำลัง ดำเนินอยู่ เกิดขึ้นมาตั้งแต่วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๔ จากอิทธิพลของพายุโซนร้อนนกกเตน ร่องมรสุมกำลังปาน กลางถึงค่อนข้างแรงพัดผ่านประเทศไทย และน้ำล้นตลิ่ง มีพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบและประกาศเป็นพื้นที่ประสบ

ภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน (อุทกภัย) รวมทั้งสิ้น ๖๕ จังหวัด ๖๘๔ อำเภอ ๔,๙๑๗ ตำบล ๔๓,๖๐๐ หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน ๔,๐๖๘,๓๖๑ครัวเรือน ๑๓,๕๗๐,๘๗๓ คน บ้านเรือนเสียหายทั้งสิ้น ๒,๓๒๙ หลัง บ้านเรือนเสียหายบางส่วน ๙๖,๘๓๓ หลัง พื้นที่การเกษตรคาดว่าจะได้รับความเสียหาย ๑๑.๒๐ ล้านไร่ ถนน ๑๓,๙๖๑ สาย ท่อระบายน้ำ ๗๗๗ แห่ง ฝาย ๙๘๒ แห่ง ทำนบ ๑๔๒ แห่ง สะพาน/คอสะพาน ๗๒๔ แห่ง บ่อปลา/บ่อกุ้ง/หอย ๒๓๑,๙๑๙ ไร่ ปศุสัตว์ ๑๓.๔๑ ล้านตัว มีผู้เสียชีวิต ๖๘๐ ราย สูญหาย ๓ คน รวมทั้งความเสียหายของนิคมอุตสาหกรรม โรงงาน ร้านค้า สนามบินดอนเมือง และภาคธุรกิจต่าง ๆ คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจมหาศาล จากการประเมินของศูนย์วิจัยกสิกรไทย ที่คาดว่าอุทกภัยครั้งใหญ่ซึ่งนับเป็นภัยพิบัติที่สร้างความเสียหายในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจแก่ประเทศไทยสูงสุดเท่าที่เคยประสบมานั้น ได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เป็นมูลค่าสุทธิประมาณ ๒๔๒,๒๐๐ ล้านบาท

๓. การเกิดวาตภัยครั้งสำคัญ ๆ ในประเทศไทย ได้แก่ วาตภัยจากพายุไต้ฝุ่นเกย์ ที่พัดเข้าสู่จังหวัดชุมพร เมื่อวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๓๒ ความเร็วของลมวัดได้ ๑๘๙ กม./ชั่วโมง ประชาชนเสียชีวิต ๖๐๒ คน บาดเจ็บ ๕,๔๙๕ คน สูญหาย ๑๓๔ คน บ้านเรือนเสียหาย ๖๑,๒๕๘ หลัง ทรัพย์สินสูญเสีราว ๑๑,๗๓๙ ล้านบาท เป็นพายุในประวัติศาสตร์ลูกเดียวที่เป็นระดับไต้ฝุ่น วาตภัยพายุไต้ฝุ่นกินาซันฝั่งที่เวียดนามและเคลื่อนสู่ประเทศไทยในเวลาต่อมาโดยลดระดับเป็นพายุโซนร้อน ด้วยความเร็วลม ๑๖๕ กม.ต่อชั่วโมง ส่งผลให้จังหวัดอำนาจเจริญ อุบลราชธานี ได้รับความเสียหายเกือบทั้งพื้นที่ วาตภัยจากพายุไต้ฝุ่นลินดา ตั้งแต่วันที่ ๒-๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๐ ทำให้เกิดความเสียหายทั้งจากวาตภัย อุทกภัย และคลื่นซัดฝั่งในพื้นที่ ๑๑ จังหวัดของภาคใต้และภาคตะวันออก อันตรายที่เกิดจากวาตภัย มักส่งผลให้เกิดความเสียหายเป็นวงกว้าง มีผู้คนจำนวนมากที่บาดเจ็บต้องรับช่วยเหลือ และนำส่งโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่ใกล้ที่สุด มีปัญหาโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคติดต่อ ถ้าระบบการควบคุมไม่ดีพอส่งผลให้เกิดโรคระบาด โรคซึมเศร้า มีปัญหาการขาดแคลนน้ำในการอุปโภคบริโภค

๔. เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิในพื้นที่ภาคใต้ที่เริ่มจากเช้าวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๔๗ เกิดแผ่นดินไหวในทะเลเหนือเกาะสุมาตรา มีความรุนแรงมากถึง ๘.๙ ริกเตอร์ ตามมาด้วยคลื่นยักษ์สึนามิกระหน่ำ เกิดความเสียหายแบบฉับพลันต่อชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมากหลาย ในเขต ๖ จังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามัน คือ จังหวัดพังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง และสตูล มีผู้เสียชีวิตทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ รวม ๕,๔๐๑ คน สูญหาย ๒,๙๒๑ คน และทำให้มีเด็กกำพร้ามากกว่า ๑,๒๑๕ คน มูลค่าความเสียหายเบื้องต้นประมาณ ๑๔,๔๙๑ ล้านบาท ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากกว่า ๓๐,๐๐๐ ล้านบาท

๕. เหตุการณ์แผ่นดินไหว ในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมาเกิดในเขตรอยต่อประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ชายแดนประเทศพม่า ลาว และเกาะสุมาตรา ส่งผลต่อประเทศไทยดังนี้ ปี พ.ศ.๒๕๕๐ เกิดขึ้นที่ประเทศพม่า และลาว โดยรู้สึกสั่นสะเทือนได้ที่ จ.เชียงใหม่ จ.เชียงราย และอาคารสูงในกรุงเทพฯ กับแผ่นดินไหวบริเวณเกาะสุมาตราเกิดการสั่นสะเทือนและรู้สึกได้บนอาคารสูงในกรุงเทพฯ ภูเก็ต และพังงา ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๕๑ เกิดขึ้นอีก ๖ ครั้ง รู้สึกสั่นไหวบนอาคารสูงในกรุงเทพฯ ๓ ครั้ง และรู้สึกสั่นสะเทือนที่ จ.เชียงใหม่ ๒ ครั้ง จ.ภูเก็ต ๑ ครั้ง และ จ.สุราษฎร์ธานี ๑ ครั้ง ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ เกิดขึ้นจำนวน ๑ ครั้งบริเวณตอนกลางเกาะสุมาตรา ขนาด ๗.๙ ริกเตอร์ รู้สึกได้บริเวณตึกสูงในกรุงเทพฯ ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ เกิดขึ้น ๔ ครั้ง รู้สึกสั่นสะเทือนได้ที่ จ.เชียงใหม่ ๓ ครั้ง และรู้สึกสั่นไหวบนอาคารสูงบางแห่งใน จ.ภูเก็ต จ.พังงา จ.สุราษฎร์ธานี จ.สงขลา และกรุงเทพฯ ๑ ครั้ง และล่าสุดในปี พ.ศ.๒๕๕๔ เกิดขึ้น ๑ ครั้งในประเทศลาว รู้สึกสั่นไหวได้หลายจังหวัด เช่น เลย น่าน แพร่ อุตรดิตถ์ นองคาย และหนองบัวลำภู ๓

๖. เหตุการณ์ไฟป่าและหมอกควัน ข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๓ มีการดับไฟป่ารวมทั้งสิ้น ๖,๗๖๓ ครั้ง มีพื้นที่ป่าที่ถูกไฟไหม้ ๘๑,๕๐๘.๖ ไร่ ดังนี้ ภาคเหนือ มีการดับไฟป่า ๔,๑๙๘ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๓๒,๓๗๔ ไร่ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ (๓๒๖ ครั้ง และ ๕,๔๕๙ ไร่) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการดับไฟป่า ๑,๕๖๐ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๒๐,๔๓๒ ไร่(ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ ๒๙๓ ครั้ง และ ๔๒ ไร่) ภาคกลางและภาคตะวันออก มีการดับไฟป่า ๕๗๕ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๗,๐๔๑ ไร่ (ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ ๑๒๑ ครั้ง และ ๑,๒๒๒ ไร่) ภาคใต้ มีการดับไฟป่า ๔๓๐ ครั้ง จำนวนพื้นที่ที่ถูกไฟไหม้ ๒๑,๖๖๑ ไร่ (ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๒ ๒๖๒ ครั้ง และ ๑๖,๖๐๗ ไร่) ส่วนสถานการณ์หมอกควันในประเทศไทย ปี ๒๕๕๓ เป็นปีที่เกิดวิกฤติหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนครั้งรุนแรง โดยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ ตรวจพบปริมาณฝุ่นขนาดเล็ก (PM10) อยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานในหลายพื้นที่ และเข้าสู่ระดับวิกฤติในช่วงวันที่ ๑๗-๑๙ มีนาคม ๒๕๕๓ โดยเฉพาะที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมงเมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๓ เท่ากับ ๕๑๘.๕ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เกินเกณฑ์มาตรฐานมากกว่า ๔ เท่า และเป็นค่าสูงสุดในรอบ ๒๐ ปี นับแต่เริ่มมีการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในประเทศไทย (มาตรฐานค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมงของฝุ่นขนาดเล็ก (PM 10) ไม่เกิน ๑๒๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ๔

๗. สถานการณ์ภัยแล้ง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๓ มีพื้นที่ประสบภัยจำนวน ๗๑ จังหวัด ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมหาศาล เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ มีประชาชนได้รับความเดือดร้อนจำนวน ๑๑,๑๔๗,๖๒๗ คน พื้นที่การเกษตรเสียหาย ๑๓,๗๓๖,๖๖๐ ไร่ คิดเป็นมูลค่าความเสียหาย ๗,๕๖๕ ล้านบาท ๕

๘. สาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความสูญเสียจำนวนมากต่อชีวิตและทรัพย์สิน คือชุมชนไม่มีแผนในการรับมือกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ไม่มีระบบเตือนภัยที่ดี ขาดระบบการสื่อสารที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองให้รอดพ้นจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันมีตัวอย่างของชุมชนที่มีการจัดการภัยพิบัติที่ดี เป็นรูปธรรม ตัวอย่างเช่น การจัดการปัญหาอุทกภัยเรื้อรังของชุมชนบ้านภูมินทร์-ท่าลี่ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นชุมชนที่ตั้งริมฝั่งแม่น้ำน่านและประสบปัญหาน้ำท่วมมาตลอด ชุมชนได้ใช้กระบวนการการเรียนรู้ของชุมชนในการจัดการปัญหาภาวะวิกฤติน้ำท่วมด้วยความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชน เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน โดยมีการจัดทำแผน ๓ ระยะ (ก่อนน้ำท่วม-ระยะน้ำท่วม-หลังน้ำท่วม) เพื่อรองรับสถานการณ์น้ำท่วมและซักซ้อมก่อนฤดูน้ำหลาก มีการระดมทุนจัดตั้งกองทุนรวมน้ำใจผู้ประสบภัย และคัดเลือกกรรมการกองทุน เป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการประยุกต์ใช้ความรู้ให้เหมาะสมกับบริบทปัญหาที่น่าสนใจ ทั้งแผนป้องกันน้ำท่วมของชุมชน การจัดตั้งกองทุน การประยุกต์ใช้แผนที่เดินดินมาเป็นเครื่องมือเตรียมความพร้อมรับมือกับน้ำท่วม หรือที่หมู่บ้านศรีวัง อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีการจัดการเตรียมพร้อมของชุมชนในการรับพิบัติอย่างเป็นระบบ

๙. มีความพยายามในการสนับสนุนชุมชนในการจัดการภัยพิบัติของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนอยู่หลายแห่ง อาทิ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้ดำเนินโครงการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Disaster Risk Management: CBDRM) เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างเครือข่าย สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมของประชาชนด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มุ่งให้เกิดความเข้มแข็งในชุมชนให้สามารถบริหารจัดการภัยพิบัติหรือสาธารณภัยในเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง โดยจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยระดับชุมชน/หมู่บ้าน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ให้มีหน้าที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมของแต่ละชุมชน โดยมีสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ทำหน้าที่

ในการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยซึ่งผ่านความเห็นชอบของผู้ว่าราชการจังหวัดและแจ้งให้ ส่วนกลางทราบ จากนั้นส่วนกลางจะทำหน้าที่กำหนดแนวทางการดำเนินงาน จัดสรรเงินงบประมาณแก่จังหวัด ทำเอกสารเผยแพร่ จัดหลักสูตรการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนในเรื่องต่าง ๆ เช่น แนวทางการจัดการภัย พิบัติโดยมีชุมชนเป็นฐาน การทำข้อมูลชุมชน การวิเคราะห์ปัญหา แผนป้องกัน การจำลองฝึกซ้อมแผน ฯลฯ โดย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จนถึงปัจจุบัน ได้ดำเนินการจำนวน ๖,๐๖๕ แห่ง จากจำนวนหมู่บ้านเสี่ยงภัยทั่วประเทศ ๒๖,๗๐๗ แห่ง ในพื้นที่ ๗๖ จังหวัดศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติได้ดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดชุมชนบริหารจัดการภัย พิบัติในพื้นที่ภาคใต้ ๖ จังหวัดที่ประสบภัยสึนามิ เพื่อให้ชุมชนเตรียมพร้อมรับและเกิดความตระหนัก รวมถึงการ จัดการภัยพิบัติของชุมชน ซึ่งมีการให้ความรู้ จัดทำแผน มีระบบเตือนภัย พื้นที่อพยพและการซ้อมแผน นอกจากนี้ ยังมีสภาอากาศไทยดำเนินโครงการซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐานเช่นกัน โดยมีการจัดเวที ให้ความรู้ อบรมแกนนำ จัดตั้งคณะกรรมการของชุมชน ทำแผนและซ้อมแผนในการเผชิญเหตุกับ ภัยพิบัติ และได้ดำเนินโครงการนำร่องในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานีและเพชรบูรณ์

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑๐. สมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๔ มีมติขอให้ประเทศสมาชิก (๑) สร้างความเข้มแข็งภาวะฉุกเฉินด้าน สุขภาพและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากภัยพิบัติ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติ และระดับรองลงมา โดยให้มีกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ เพื่อยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (๒) บูรณาการจัดการ ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากภัยพิบัติในแผนสุขภาพระดับชาติและระดับ รองลงมา รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ความเสี่ยง การเตรียมความพร้อม ก่อนเกิดเหตุ การตอบโต้เหตุ และการฟื้นฟู

๑๑. มีข้อตกลงความร่วมมือในเวทินานาชาติที่ประเทศไทยได้เข้าร่วม ในเรื่องภัยพิบัติที่มีความเกี่ยวข้องกับ ชุมชน คือ Hyogo Framework for Action (HFA) เป็นความตกลงของที่ประชุมโลกว่าด้วยการลดภัยพิบัติ ซึ่งเน้นถึงความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการในการประสานงานในภูมิภาค แผนงาน และระบบติดต่อสื่อสาร เพื่อ เตรียมพร้อม และเพื่อให้สามารถตอบโต้ภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ในสถานการณ์ที่เกิน ชีตความสามารถของชาติ ที่จะสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและประเทศต่าง ๆ ต่อการเกิดภัยพิบัติ ด้วยการ ใช้เครื่องมือลดความเสี่ยงหรือผลกระทบของภัยพิบัติ มีเป้าหมายในการลดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน ของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมลงปี พ.ศ.๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๐๑๕) หน่วยงานที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนคือ United Nation International Strategy for Disaster Reduction (UN/ISDR) ประเทศไทยได้ร่วมลงนามใน ข้อตกลงและได้ดำเนินการตามแผนของ HFA ในบางหน่วยงาน เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สภาอากาศไทย เป็นต้น

๑๒. ประเทศไทยจัดให้มีนโยบายการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยเชื่อมโยงกับแผนอื่น ๆ ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ ซึ่งภายใต้แผนและนโยบายต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ไปถึงแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนที่เกี่ยวข้องโดยตรง รับผิดชอบโดย คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ซึ่งเป็นกลไกการทำงานภายใต้พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีนายรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการ โดยคณะกรรมการจะต้องจัดทำแผนป้องกันฯ เสนอต่อรัฐบาล แผนฉบับปัจจุบันใช้ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ และพระราชบัญญัติฯ มาตราที่ ๑๕ กำหนด

ให้ทุกจังหวัดต้องจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดให้สอดคล้องกับแผนแห่งชาตินี้ และมาตราที่ ๑๖ ให้แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด จะต้องประกอบด้วยแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ จัดหาวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รวมทั้งแผนในการจัดให้มีเครื่องหมายหรือ สัญญาณในการแจ้งเตือนแก่ประชาชนโดยแผนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเหล่านี้ จะต้องมีการเชื่อมโยงแผนแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต้องมีการทบทวนแผนตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า กลไกและกระบวนการดังกล่าวยังเป็นของภาครัฐ ในส่วนใหญ่กำหนด ขึ้นเองจากส่วนกลาง ยังขาดความชัดเจนและความจริงจิงในการส่งเสริม สนับสนุนการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน ท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อทบทวนและปรับปรุงแผนโดยเพิ่มสำคัญ กับการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง ดังเสนอในข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงแผน ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง ตามภาคผนวกท้ายเอกสารหลัก (สมัชชาสุขภาพ ๔/ หลัก๔ /ผนวก๑)

๑๓. ในนโยบายการบูรณาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบตามแนวทาง 2P2R ของรัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ได้มอบไว้เมื่อวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๕๔ กำหนดให้ใช้แนวทาง ๗ ประการ โดยคำนึง ถึงผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนเป็นหลัก และมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและเตรียมการระยะยาวไปพร้อมกัน

๑๔. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๕๔ ว่าด้วย การบริหารจัดการแก้ปัญหาอุทกภัยดินโคลนถล่มและภัยแล้ง พ.ศ. ๒๕๕๔ ระบุว่าเพื่อให้มีการบูรณาการ การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ดินโคลนถล่มและภัยแล้ง ให้เป็นไปอย่างมีเอกภาพ และเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภัย สมควรให้มีคณะกรรมการบริหารจัดการแก้ปัญหาอุทกภัยดินโคลน ถล่มและภัยแล้ง เป็นกลไกในการดำเนินการและให้มีสำนักงานคณะกรรมการบริหารจัดการแก้ปัญหาอุทกภัยดินโคลน ถล่มและภัยแล้ง ทำหน้าที่ธุรการ

ปัญหา ข้อจำกัด และทางออกของการจัดการปัญหา

๑๕. ชุมชนในพื้นที่เสี่ยงโดยทั่วไป ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติอย่างเป็น ระบบ ทั้งการป้องกันภัยพิบัติและการดำเนินงานระหว่างเกิดและหลังเกิดภัย อีกทั้งประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและการปฏิบัติตัวระหว่างเกิดภัยพิบัติ จึงควรมีการเสริมสร้างความรู้ให้แก่ชุมชนและ ประชาชนอย่างเป็นระบบ

๑๖. ส่วนบทบาทของอาสาสมัครและชุมชนที่เข้มแข็งนั้น พบว่ายังมีอาสาสมัครภาคพลเมืองและผู้นำชุมชน จำนวนมากที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ประสบภัย โดยขาดความพร้อมทั้งในเรื่องความรู้ ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการช่วย เหลือกู้ชีพ การกู้ภัย หรือด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ขาดอุปกรณ์สนับสนุน อีกทั้งไม่มีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ รองรับ ขาดระบบประสานงาน และการสื่อสารข้อมูล ทำให้อาสาสมัครและเครือข่ายองค์กรชุมชนเกิดปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานในพื้นที่

๑๗. ปัญหาด้านบทบาท ภารกิจและขีดความสามารถของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดำเนินการ ของหน่วยงานรับผิดชอบในปัจจุบันยังขาดเอกภาพในการปฏิบัติและการบริหารจัดการ ทั้งในระดับประเทศ ระดับ จังหวัด และระดับท้องถิ่น ส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และไม่มีการทำงานในลักษณะองค์รวมเพื่อ ประสานการทำงานในทิศทางเดียวกัน และขาดแผนแก้ไขปัญหาระยะยาว อีกทั้งขาดความพร้อมในเรื่องงบประมาณ บุคลากร เครื่องจักร เครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสมและจำเป็นในเบื้องต้น รวมทั้งเครื่องมือพิเศษที่จำเป็นต้องใช้ใน

กรณีต่าง ๆ และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ให้มีมิติชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางบรรจุเพิ่มเข้าไป และจัดให้มีแผนแม่บทการส่งเสริมเครือข่ายจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ ขึ้นเพื่อรองรับเป็นการเฉพาะ

๑๘. ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการจัดการภัยพิบัติเป็นเรื่องสำคัญ เช่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้รับงบประมาณวงเงิน ๒,๕๔๑,๑๖๓,๓๐๐ บาท คิดเป็นการลงทุน ๓๗.๕๐ บาทต่อหัวประชากร ซึ่งถ้าเทียบกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะต่างกันมาก เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมที่หาดใหญ่แห่งเดียวในปี ๒๕๕๓ ก็มีมูลค่าความเสียหายมากกว่าหมื่นล้านบาทแล้ว และนอกจากนั้นหลังเกิดเหตุ งบประมาณจำนวนมหาศาลของรัฐต้องทุ่มไปกับการช่วยเหลือและฟื้นฟู นอกจากนี้ยังมีประเด็นการใช้งบประมาณเพื่อการฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัยเป็นไปอย่างล่าช้า ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพของประชาชน เนื่องจากกระเปาะการใช้งบประมาณที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินการ

๑๙. นอกจากนั้นในระยะยาวการเตรียมการด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิศวกรรม การผังเมือง หน่วยงานภาคราชการที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องทบทวนและติดตามการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลภัยธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ และมีมาตรการเชิงโครงสร้างให้สอดคล้องกับสภาพของแต่ละพื้นที่ ไม่ให้เกิดขวางทางไหลของน้ำหรือลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติต่าง ๆ ต้องดูแลการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการใช้ที่ดิน และการดูแลต้นน้ำ

๒๐. สำหรับอุทกภัยที่สร้างผลกระทบต่อชุมชนเมืองขนาดใหญ่และมหานคร ซึ่งเกิดจากปัญหาการตั้งถิ่นฐานที่อยู่อาศัย โรงงานอุตสาหกรรมและโครงสร้างพื้นฐานไปขวางทางน้ำตามธรรมชาตินั้น ในระยะยาวควรมีการทบทวนและแก้ไขปัญหาระบบผังเมืองอย่างจริงจัง ให้มีที่ทางสำหรับเป็นเส้นทางน้ำ พื้นที่รับ พื้นที่แก้มลิง และคูคลองระบายน้ำ ส่วนปัญหาอุทกภัยดินโคลนถล่มที่ก่อผลกระทบต่อชุมชนชนบทที่ตั้งอยู่ในที่ลาดชันและมีการบุกรุกทำลายป่ากันมากจนเสียสมดุลนั้น ควรต้องมีการแก้ไขปัญหาเชิงกายภาพเพื่อการอยู่ร่วมกับธรรมชาติอย่างยั่งยืนด้วยเช่นกัน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔/ ร่างมติ ๔

เอกสารอ้างอิง

๑. โครงการพัฒนาการจัดการภัยพิบัติภาคประชาชน มูลนิธิกระจกเงา
๒. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ : ๔
๓. สถิติแผ่นดินไหวที่มีผลกระทบต่อไทย สำนักเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา
๔. ยุทธศาสตร์/มาตรการแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควันปี ๒๕๕๔ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๕. สถิติสถานการณ์ภัยแล้ง พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๓ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
๖. โครงการชุมชนบ้านภูมินทร์-ท่าลี่ รวมน้ำใจสู้ภัยน้ำท่วม
๗. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๘ : ๑๐๕

ข้อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุง แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

เป้าหมาย

- ภัยพิบัติธรรมชาติแบบฉับพลันที่มีผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สินรุนแรง ๔ ประเภท ได้แก่ อุทกภัย-ดินโคลนถล่ม พายุหมุนเขตร้อน แผ่นดินไหว และคลื่นยักษ์สึนามิ
- ภัยพิบัติธรรมชาติที่คาดการณ์ได้ ซึ่งอุบัติบ่อยขึ้นและมีผลกระทบต่อประชาชนเป็นวงกว้าง ๓ ประเภท ได้แก่ มหาอุทกภัย ภัยแล้ง และวิกฤตไฟฟ้าและหมอกควัน

เป้าประสงค์

เครือข่ายชุมชนท้องถิ่นและอาสาสมัครภาคพลเมืองในทุกอำเภอ จังหวัด ที่มีพื้นที่เสี่ยงต่อภัยพิบัติธรรมชาติ มีศักยภาพ ความพร้อมรับมือและสามารถจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ได้ด้วยตนเอง และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

วัตถุประสงค์

- เพื่อกำหนดพื้นที่ระดับอำเภอที่มีความเสี่ยงต่อภัยพิบัติธรรมชาติประเภทใดประเภทหนึ่งหรือหลายประเภท และแจ้งเตือนให้ชุมชนท้องถิ่นรู้ล่วงหน้าโดยทั่วกัน
- เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีเครือข่ายจัดการภัยพิบัติธรรมชาติระดับอำเภอ และกลไกการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครภาคพลเมืองระดับจังหวัด ในทุกพื้นที่เป้าหมาย
- เพื่อพัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยและการสื่อสารติดต่อที่จำเป็นในทุกระดับ ทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังภัยพิบัติธรรมชาติ
- เพื่อพัฒนาระบบโลจิสติกส์เพื่อการบรรเทาทุกข์และการฟื้นฟู ทั้งในระดับชาติและในพื้นที่จังหวัด-อำเภอ เป้าหมาย ให้มีประสิทธิภาพ
- เพื่อส่งเสริมการฉันทก้ำล้งระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน สื่อมวลชน กองทัพ และภาคประชาสังคม ในการรับมือและจัดการภัยพิบัติธรรมชาติ โดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

กลวิธีการดำเนินงานและกรอบกิจกรรม

- กำหนดพื้นที่เสี่ยงระดับอำเภออย่างแม่นยำและครอบคลุม
 - ๑.๑ ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation)
 - ๑.๑.๑ พัฒนาระบบฐานข้อมูลภัยพิบัติธรรมชาติระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น ให้มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจุบัน และเป็นระบบดิจิทัล

๑.๑.๒ ใช้ข้อมูลย้อนหลังการเกิดภัยพิบัติธรรมชาติในประเทศไทยทั้ง ๗ ประเภท เพื่อนำมา กำหนดและระบุพื้นที่เสี่ยงในระดับอำเภอเป็นรายภัยพิบัติ

๑.๑.๓ ประกาศแจ้งเตือนให้จังหวัดและอำเภอเป้าหมายรู้ตัวล่วงหน้าอย่างเป็นกิจจะลักษณะ

๑.๑.๔ ประชาสัมพันธ์และสื่อสารสาธารณะให้ประชาชนและชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่เป้าหมาย รับทราบและเกิดความตื่นตัวอย่างทั่วถึง

๑.๒ ด้านการเตรียมความพร้อม (Preparedness)

๑.๒.๑ จัดกระบวนการฝึกอบรมเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นทั้งอำเภอในพื้นที่เป้าหมายเพื่อรับมือภัยพิบัติ ธรรมชาติแบบเฉพาะเจาะจงตามประเภทของภัยพิบัติ

๑.๒.๒ สนับสนุนกระบวนการพัฒนาแผนรับมือภัยพิบัติภัยธรรมชาติเฉพาะประเภทแบบเบ็ดเสร็จ (Total Warfare Strategy) ของเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นในทุกอำเภอเป้าหมาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสร้าง จิตสำนึกทางสังคมอย่างเข้มข้น

๑.๒.๓ จัดเตรียมโครงการและงบประมาณจากภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และภาคประชา สังคม เพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผน

๑.๓ ด้านการตอบสนองและบรรเทาทุกข์ (Response and Relief)

๑.๓.๑ พัฒนาติดตั้งระบบ GIS MIS และการติดต่อสื่อสาร เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน โดยเชื่อมโยง กันทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาคและส่วนกลาง

๑.๔ ด้านการฟื้นฟูบูรณะ (Rehabilitation and Reconstruction)

๑.๔.๑ จัดให้มีกลไกรองรับกระบวนการสังเคราะห์บทเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการจัดการความรู้ เพื่อการพัฒนาศักยภาพ

๒. เสริมสร้างเครือข่ายจัดการภัยพิบัติธรรมชาติระดับอำเภอ และกลไกสนับสนุนในระดับจังหวัด

๒.๑ ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation)

๒.๑.๑ เสริมสร้างบทบาทและกายภาพของศูนย์ประสานงานเครือข่ายของชุมชนท้องถิ่นและ ภาคประชาสังคมในอำเภอและจังหวัดเป้าหมายให้เป็นกิจจะลักษณะ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มีระบบฐานข้อมูลและ ทะเบียนอาสาสมัครและเครือข่ายองค์กรชุมชนท้องถิ่นที่เป็นปัจจุบัน มีคณะทำงานหรือทีมประสานงานเครือข่าย และระบบการติดต่อสื่อสารภายในที่มีประสิทธิภาพ

๒.๑.๒ ตรวจสอบความพร้อมของแผนงาน/โครงการ และงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ที่ต่อเนื่อง

๒.๑.๓ จัดทำแผนที่พื้นที่เสี่ยงภัย พื้นที่ปลอดภัย ศูนย์พักพิง และมีแผนอพยพชุมชน

๒.๑.๔ จัดทำและเผยแพร่คู่มือสำหรับประชาชนในการรับมือและจัดการตนเองเมื่อเกิดภัยพิบัติ ธรรมชาติ

๒.๑.๕ จัดให้มีหลักสูตรท้องถิ่นหรือการให้ความรู้ด้านภัยพิบัติในระบบการศึกษา

๒.๒ ด้านการเตรียมความพร้อม (Preparedness)

๒.๒.๑ ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการแจ้งเตือนภัยและการอพยพเคลื่อนย้ายประชาชน และการซ้อมแผน

๒.๒.๒ กำหนดแนวทางและบทบาทของศูนย์เตือนภัยระดับพื้นที่ โดยกระจายอำนาจและให้บทบาท ผู้แจ้งเตือนภัยระดับชุมชนอย่างเหมาะสม

๒.๒.๓ ตรวจสอบความพร้อมของระบบการสื่อสารติดต่อและการกระจายเสียงแพร่ภาพในท้องถิ่น

๒.๒.๔ เตรียมทีมกู้ชีพกู้ภัยและผู้ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ เครื่องมือ แผนที่ พิกัด และสิ่งของจำเป็นต่าง ๆ

๒.๓ ด้านการตอบสนองและบรรเทาทุกข์ (Response and Relief)

๒.๓.๑ สนับสนุนเครือข่ายปฏิบัติการอาสาสมัครกู้ชีพ-กู้ภัยระดับอำเภอ-ตำบล และประสานเครือข่ายกู้ชีพ-กู้ภัยจากองค์กรมีอาชีพในระดับจังหวัด ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

๒.๓.๒ บริหารจัดการระบบโกดัง (ชั่วคราวหรือกึ่งถาวร) ในพื้นที่ สำหรับสิ่งของบรรเทาทุกข์และดูแลระบบขนส่งลำเลียง

๒.๓.๓ พัฒนาระบบการติดต่อประสานงานกับเครือข่ายอำเภอ-จังหวัดข้างเคียงและพื้นที่ภายนอก

๒.๔ ด้านการฟื้นฟูบูรณะ (Rehabilitation and Reconstruction)

๒.๔.๑ ขยายบทบาทของเครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชนในพื้นที่และเครือข่ายข้ามจังหวัด อาทิกองทุนหมู่บ้านและกองทุนออมทรัพย์ชุมชน

๒.๔.๒ พัฒนาระบบประกันภัยชุมชน

๒.๔.๓ พัฒนาระบบการประสานและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนระดับชาติ/นานาชาติ

๓. พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยและการสื่อสารสาธารณะ

๓.๑ ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ

๓.๑.๑ ตรวจสอบหรือทบทวนการแต่งตั้งและกำหนดบทบาท/อำนาจหน้าที่ของศูนย์แจ้งเตือนภัยและคณะผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบในระดับชาติให้เป็นปัจจุบัน

๓.๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทขององค์กรและเครือข่ายสถาบันทางวิชาการ และศูนย์ข้อมูลภัยพิบัติระดับชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้พัฒนาขีดความสามารถและเชื่อมโยงข้อมูลกับกลไกแจ้งเตือนภัยทั้งระดับส่วนกลาง ภูมิภาคและท้องถิ่น

๓.๑.๓ จัดให้มีคลื่นความถี่เป็นการเฉพาะ สำหรับโทรทัศน์ระดับชาติ ๑ คลื่น วิทยุ AM และ FM ระดับชาติ อย่างละ ๑ คลื่น และคลื่นความถี่สำหรับวิทยุสื่อสาร ๑ คลื่น

๓.๑.๔ แผนพัฒนาระบบและโครงข่ายการแจ้งเตือนภัยเชื่อมโยงระดับชาติ-ภูมิภาค-ท้องถิ่นทั่วประเทศ

๓.๑.๕ พัฒนาขีดความสามารถแห่งชาติในการแจ้งเตือนภัยพิบัติธรรมชาติแบบล่วงหน้า โดยมีเป้าหมายเชิงระยะเวลาดังนี้

(๑) สำหรับพิบัติภัยธรรมชาติแบบฉับพลัน

- คลื่นยักษ์สึนามิ ภายใน ๒ ชั่วโมง

- อุทกภัย-ดินโคลนถล่ม ภายใน ๓ วัน

- พายุหมุนเขตร้อน ภายใน ๕ วัน

- แผ่นดินไหว เตือนก่อนการเกิด Aftershock ๑๒ ชั่วโมง

(๒) สำหรับพิบัติภัยธรรมชาติที่คาดการณ์ได้

- มหาอุทกภัย ภายใน ๒ สัปดาห์
- ภัยแล้ง ภายใน ๒ เดือน
- หมอกควัน ภายใน ๑ เดือน

๓.๑.๖ มีแผนปฏิบัติการแจ้งเตือนภัยระดับชาติ

๓.๑.๗ มอบหมายบทบาทหน้าที่และกระจายอำนาจในการแจ้งเตือนภัยในระดับพื้นที่ให้กับ

ท้องถิ่น/ท้องที่

๓.๒ ด้านการตอบสนองและบรรเทาทุกข์

๓.๒.๑ แปรสภาพเครือข่ายสื่อสารแจ้งเตือนภัยในทุกระดับให้เป็นการสื่อสารเพื่อบรรเทาทุกข์

๓.๓ ด้านการฟื้นฟูบูรณะ

๓.๓.๑ เป็นสื่อกลางในการรับบริจาคสิ่งของและการช่วยเหลือฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่นหลังเหตุการณ์

๓.๓.๒ มีระบบจัดการความรู้เพื่อการพัฒนาในระยะยาว

๔. พัฒนาระบบโลจิสติกส์เพื่อการบรรเทาทุกข์

๔.๑ ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ

๔.๑.๑ มีแผนงานบรรเทาสาธารณภัยระดับชาติ

๔.๑.๒ มีกองทุนระดับชาติเพื่อส่งเสริม-สนับสนุนกิจกรรม/โครงการภัยพิบัติของชุมชนและพัฒนาระบบงานเพื่อสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยมีชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางในทุกมิติ

๔.๑.๓ มีศูนย์โลจิสติกส์บรรเทาทุกข์ระดับชาติแบบถาวร และศูนย์ฯ ในระดับจังหวัด-อำเภอ สำหรับพื้นที่เป้าหมาย ในรูปแบบชั่วคราวหรือกึ่งถาวร ตามความจำเป็น

๔.๑.๔ มีศูนย์รับมือภัยพิบัติธรรมชาติ ระบบฐานข้อมูล และทะเบียนอาสาสมัคร/องค์กรสาธารณประโยชน์ ที่เป็นปัจจุบัน

๔.๒ ด้านการเตรียมความพร้อม

๔.๒.๑ ประสานเชื่อมโยงศูนย์แจ้งเตือนภัยระดับชาติ กรมอุตุนิยมวิทยา คณะผู้เชี่ยวชาญสถาบันวิชาการ และสถานีวิทย์-โทรทัศน์ช่องหลัก ที่สามารถให้ข้อมูลและแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าอย่างทันสมัย

๔.๒.๒ ประสานเชื่อมโยงสถานีวิทย์-โทรทัศน์ และดูแลระบบวิทยุสื่อสารเพื่อพร้อมปฏิบัติการในภาวะวิกฤต

๔.๒.๓ ประสานศูนย์บริการโทรศัพท์ ภาครัฐและเอกชน เพื่อการโรมมิ่งสัญญาณโทรศัพท์ข้ามเครือข่ายบริการภายในประเทศ ในกรณีภาวะฉุกเฉิน

๔.๒.๔ จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ แผนที่ พิกัด และสิ่งของจำเป็นต่าง ๆ

๔.๓ ด้านการตอบสนองและบรรเทาทุกข์

๔.๓.๑ จัดหาและวางระบบเครือข่ายยานพาหนะ (บก-เรือ-อากาศ) เพื่อการขนส่งลำเลียง

๔.๓.๒ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของเครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์และกู้ชีพ-กู้ภัยระดับชาติ/นานาชาติ เชื่อมโยงกับระดับพื้นที่

๔.๓.๓ พัฒนาระบบติดต่อประสาน/สนับสนุน ระหว่างจังหวัด-ภูมิภาค-ส่วนกลาง

๔.๓.๔ ส่งเสริมและขยายบทบาทของสภาภาษาชาวไทย มูลนิธิราชประชาสมาสัย และองค์กร
บรรเทาทุกข์ระดับชาติอื่น ๆ อย่างเหมาะสมและถ่วงน้ำหนัก

๔.๓.๕ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) และระบบกู้ภัย (ปภ.)

๔.๔ ด้านการฟื้นฟูบูรณะ

๔.๔.๑ ขยายบทบาทเครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชนระดับชาติ สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและ
ชุมชนเมืองแห่งชาติ

๔.๔.๒ ประสานการช่วยเหลือจากภาครัฐและองค์กรระหว่างประเทศ

๕. ส่งเสริมการฝึกกำลังทางสังคม

๕.๑ ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ

๕.๑.๑ เชื่อมโยงเครือข่าย/ศูนย์บรรเทาสาธารณภัยในระดับชาติและระดับพื้นที่ ให้ทำงานร่วมกัน
ในลักษณะ “ทั้งพื้นที่” โดยวางระบบการประสานสนับสนุนระหว่างกัน

๕.๑.๒ มีกลไกสนับสนุนการดำเนินงานในรูปกองทุนระดับชาติที่เป็นอิสระ โปร่งใส และมี
ประสิทธิภาพ

๕.๒ ด้านการเตรียมความพร้อม

๕.๒.๑ ประสานแผนและเตรียมความพร้อมการปฏิบัติการระหว่างภาคีและเครือข่าย

๕.๒.๒ เตรียมทรัพยากร กำลังคน งบประมาณ เครื่องจักรกล อุปกรณ์ ยานพาหนะ ฯลฯ

๕.๓ ด้านการตอบสนองและบรรเทาทุกข์

๕.๓.๑ มีศูนย์ปฏิบัติการร่วมที่มีประสิทธิภาพ

๕.๓.๒ มีการประสานข้อมูลความรู้และเครือข่ายปฏิบัติการภาคสนามระหว่างภาคี-เครือข่าย

๕.๓.๓ ให้การสนับสนุนทรัพยากร กำลังคน งบประมาณ เครื่องจักรกล อุปกรณ์ ยานพาหนะ ฯลฯ

๕.๔ ด้านการฟื้นฟูบูรณะ

๕.๔.๑ มีแผนงานฟื้นฟูร่วมกัน

๕.๔.๒ มีการแบ่งพื้นที่และขอบเขตภารกิจที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ทั้งส่วนที่แยกกันและส่วนที่ร่วมกัน

๕.๔.๓ มีระบบจัดการความรู้

การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สี่

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน^๑

ตระหนัก ว่าการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน ที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการน้ำร่วมกับหน่วยงานองค์กร ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ลุ่มน้ำได้

รับทราบ ว่าการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืนในปัจจุบันมีการดำเนินงานโดยหน่วยงานภาครัฐ แต่เป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน ถึงแม้จะมีการสนับสนุนและเข้าไปมีส่วนร่วมจากองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาชนบางส่วน แต่ยังคงปรากฏปัญหาที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อาทิเช่น อุทกภัย ภัยแล้ง ไฟป่า และหมอกควัน ทั้งนี้เนื่องจากขาดกลไกสนับสนุนการกำหนดนโยบายการจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืนแบบมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

กังวล ว่าปัญหาการขาดแคลนน้ำและอุทกภัยที่เป็นปัญหาที่ปลายเหตุ ตลอดจนการบริหารจัดการน้ำไม่ว่าจะจะเป็นน้ำไม่เพียงพอต่อการบริโภค อุปโภค และใช้เพื่อการเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และการท่องเที่ยว การแก้ไขปัญหาไม่ว่าจะเป็นเรื่องปริมาณน้ำและคุณภาพของน้ำ รวมถึงความหลากหลายทางชีวภาพ จำเป็นต้องมีการจัดการทั้งวัฏจักรของน้ำ (น้ำฝน พื้นที่กักเก็บน้ำ ป่าไม้และคุณสมบัติของดิน) และการให้น้ำ (แม่น้ำและทิศทางการไหล) หากมีการบริหารจัดการที่ยังไม่เป็นระบบและครอบคลุม โดยเฉพาะขาดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ตระหนัก ถึงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่เห็นถึงความสำคัญของการบริหารจัดการทรัพยากรและพื้นที่ลุ่มน้ำ รวมถึงการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข่าวสารอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยมีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในฐานะกลไกหนึ่งในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาและ/หรืออนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลและเป็นธรรม

ชื่นชม เครือข่ายภาคประชาชนในหลายพื้นที่ที่สามารถบริหารจัดการน้ำในพื้นที่นิเวศลุ่มน้ำขนาดเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะยังมีปัญหาสำคัญจากการขาดการยอมรับ ทั้งในระดับกลไกจัดการและระดับนโยบาย กฎหมาย

ตระหนัก ถึงความจำเป็นของการมีนโยบายสาธารณะในการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน เพื่อเป็นทิศทางหลักของการพัฒนาแบบบูรณาการที่สมดุลและเป็นธรรม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๕

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นชอบในหลักการว่า ทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็กเป็นสมบัติร่วมของสังคมที่มีค่า และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มหรือองค์กร ชุมชน และเครือข่ายผู้ใช้น้ำ มีส่วนเป็นเจ้าของ มีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การกำหนดแผนแม่บทและยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็ก และได้รับการสนองตอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. ขอให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำดำเนินการ

๒.๑ ให้มีกระบวนการร่วมมือกันในรูปแบบพหุภาคีที่ประกอบด้วยภาคประชาชน ผู้ใช้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ และภาคประชาสังคม ควบคู่กับการสร้างกลไกกระจายอำนาจในการจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็กให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับระบบภูมิเวศของแต่ละลุ่มน้ำ

๒.๒ สร้าง “ข้อตกลงร่วม” ในการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็ก โดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ลุ่มน้ำขนาดเล็ก นำไปสู่การจัดทำธรรมนูญลุ่มน้ำเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็กที่ยั่งยืน

๒.๓ ศึกษาทบทวนและพัฒนานโยบาย กฎหมาย พระราชบัญญัติ กฎระเบียบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรน้ำ เช่น ร่างพระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน พ.ศ. ๒๕๔๘ รวมถึงการทบทวนและพัฒนาโครงสร้างของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็ก ให้สามารถดำเนินการร่วมกันในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งกองทุนกลุ่มน้ำขนาดเล็กแบบมีส่วนร่วมทั้งองค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเขตปกครองพิเศษ และภาคประชาชน เพื่อใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำ รวมถึงการฟื้นฟู อนุรักษ์ คุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

๓. ขอให้เครือข่ายอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ เครือข่ายทางวิชาการ เครือข่ายการวิจัยในพื้นที่ (เช่น เครือข่ายที่ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย) และสถาบันการศึกษาในจังหวัด ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเขตปกครองพิเศษ องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ สนับสนุนการจัดการความรู้โดยเคารพต่อภูมิปัญญาชาวบ้านแต่ละท้องถิ่น อาทิ การถอดบทเรียน การศึกษาวิจัย (เช่น การสำรวจระบบนิเวศลุ่มน้ำขนาดเล็ก การจัดทำแผนผังทางเดินน้ำ) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ในการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาองค์ความรู้ โดยครอบคลุมถึงความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ให้เป็นหลักสูตรท้องถิ่นที่สอดคล้องกับระบบภูมิเวศของแต่ละลุ่มน้ำ

๓.๒ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางสื่อสิ่งพิมพ์และวิทยุชุมชนท้องถิ่น ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้รับทราบอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน

๑. การบริหารจัดการน้ำของไทยมีแนวทางการกำกับและสั่งการจากบนสู่ล่าง ที่ผ่านมามีการจัดการน้ำเน้นที่ “การจัดหาน้ำ” ด้วยการลงทุนทางด้านโครงสร้างที่เป็นโครงการขนาดใหญ่โดยใช้ความรู้ด้านวิศวกรรมเป็นด้านหลัก ส่วนหน้าที่ในการ “จัดสรรน้ำ” ที่เป็นธรรมและเท่าเทียมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจของภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมยังไม่เกิดสัมฤทธิ์ผล นอกจากนี้การบริหารจัดการน้ำของภาครัฐที่ผ่านมานั้นประกอบ ด้วยหน่วยงานรับผิดชอบหลายหน่วยงาน แต่เนื่องจากหน่วยงานเหล่านี้มีภารกิจและอำนาจหน้าที่ทับซ้อนกันส่งผลให้ การจัดการน้ำ ขาดเอกภาพ และการบูรณาการร่วมกัน ทำให้การสนับสนุนกลุ่มผู้ใช้ให้มีสำนึกและบทบาทใน การบริหาร จัดการน้ำจึงยังคงมีอยู่น้อย ไม่เต็มประสิทธิภาพ รวมทั้งการบังคับใช้กฎระเบียบไม่สอดคล้องกับ สถานการณ์และปัญหาของการใช้น้ำที่เกิดขึ้นจริงในระดับพื้นที่ลุ่มน้ำ โครงสร้างการบริหารจัดการน้ำภาครัฐ ตามภาคผนวกท้ายเอกสารหลัก (สมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๕ / ผผนวก ๑)

นิยาม

๒. นิยาม “ลุ่มน้ำ” หมายถึง พื้นที่หน่วยหนึ่งซึ่งครอบคลุมลุ่มน้ำธรรมชาติเพื่อทำหน้าที่รวบรวมน้ำให้ไหลลงสู่แม่น้ำหนึ่ง พื้นที่ลุ่มน้ำแต่ละแห่งจะมีขนาดไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับสภาพทางภูมิศาสตร์ และวัตถุประสงค์ในการ จัดแบ่งพื้นที่เพื่อการบริหารจัดการ^๑

๓. นิยาม “ลุ่มน้ำขนาดเล็ก” หมายถึง ลุ่มน้ำที่มีองค์ประกอบการจัดการ ดังนี้

(๑) มีขนาด-หน่วยพื้นที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและศักยภาพของชุมชนในพื้นที่ที่สามารถ จัดการตนเองได้ด้วยกระบวนการทำงานแบบเครือข่าย มีขนาดเป็นหน่วยพื้นที่ขนาดเล็กที่ลำดับอยู่ภายใต้ลุ่มน้ำหลัก (๒๕ ลุ่มน้ำ) ที่ได้รับการจำแนกไว้ โดยอาจมีขนาดพื้นที่อยู่ระหว่าง ๑๐-๕๐ ตารางกิโลเมตร เช่น ลุ่มน้ำกุดดงขี้เหล็ก ที่เป็นหน่วยย่อยของลุ่มน้ำมูลตอนกลาง ๑๐ ตร.กม. ลุ่มน้ำคลองรัตนภูมิ เป็นหน่วยย่อยของลุ่มน้ำภูมิ ๑๐๖.๘๘ ตารางกิโลเมตรลุ่มน้ำแม่กอม-แม่ปาน เป็นหน่วยย่อยของลุ่มน้ำแม่วัง

(๒) มีการจัดการน้ำด้วยความรู้ท้องถิ่น-ภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น การเลี้ยงฝิขุนน้ำ การสืบชะตาแม่น้ำ การทำฝายชะลอน้ำ (ฝายในหลวงหรือฝายแม่) การพัฒนาดูแลพื้นที่ชุ่มน้ำ/ซับน้ำ แก้มลิง เพื่อกักเก็บรักษาน้ำ ดันทุน เป็นต้น

(๓) การมีส่วนร่วมของชุมชน-เครือข่าย ในการจัดการทรัพยากรน้ำ รวมถึงการใช้ประโยชน์จากน้ำ เช่น ภาคเกษตรกรรม การใช้น้ำในครัวเรือน และน้ำเพื่อรักษาสมดุลนิเวศให้เป็นแหล่งความมั่นคงทางอาหารของ ชุมชนด้วย โดยคำนึงถึงคุณค่าของน้ำ การใช้น้ำอย่างพอเพียง และให้ความเคารพต่อธรรมชาติ(ดิน น้ำ ป่าไม้ อากาศ)และระบบนิเวศ ให้มีความสมดุล โดยชุมชนเอง

สถานการณ์การจัดการน้ำของประเทศไทย

(๑) ด้านอุทกภัย และภัยแล้งซ้ำซาก

๔. ประเทศไทยมีความเสี่ยงด้านภัยพิบัติของทรัพยากรน้ำในระดับความรุนแรงสูง กล่าวคือ ภัยพิบัติด้านอุทกภัยและสภาวะแล้ง เนื่องจากการจัดการน้ำที่ไม่เหมาะสมและขาดความยืดหยุ่น ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีพื้นที่ภัยพิบัติด้านอุทกภัยสูงถึง ๘๗๙,๓๑๐ ไร่ ซึ่งพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในเขตภาคกลาง และภาคอีสาน^๒ นอกจากนี้ ยังมีภาวะน้ำท่วมที่เกิดจากการผันน้ำเข้าในพื้นที่ลุ่ม และพื้นที่ทุ่งรับน้ำเพื่อบรรเทาปัญหาน้ำท่วมในเขตเมืองชั้นในของกรุงเทพฯ ซึ่งพื้นที่รับน้ำส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่การเกษตร เช่น จังหวัดชัยนาท สิงห์บุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี และปทุมธานี และพื้นที่บริเวณภาคเหนือตอนล่าง เขตแม่น้ำยม และน่าน ส่งผลให้น้ำท่วมเอ่อล้นชายตลิ่งแม่น้ำล้นเข้าท่วมบ้านเรือนที่ตั้งอยู่ริมแม่น้ำ น้ำมีระดับน้ำสูงท่วมขังในพื้นที่ ที่กล่าวข้างต้น ส่วนสภาวะแล้งซ้ำซาก อุบัติในพื้นที่ ๕๙,๙๒๖,๔๑๑ ไร่ ส่วนใหญ่อยู่ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาอยู่ในภาคเหนือ และภาคกลางตามลำดับ^๓ ซึ่งมีสาเหตุจากการวางแผนการจัดการน้ำที่ไม่เหมาะสม

ปี	จำนวนครั้ง	พื้นที่ประสบภัย				ความเสียหาย				
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	เสียชีวิต (คน)	เดือดร้อน (ครัวเรือน)	จำนวนคน	พท.การเกษตร (ไร่)	มูลค่าความเสียหาย (บาท)
๒๕๔๙	๖	๕๘	๕๒๐	๓,๔๓๒	๒๒,๗๗๑	๔๔๖	๖,๐๕๐,๖๗๔	๑,๖๗๓,๘๒๒	๖,๕๖๐,๕๔๑	๙,๖๒๗,๔๑๘,๖๒๐
๒๕๕๑	๖	๖๕	๗๑๙	๔,๘๑๓	๓๘,๔๔๘	๑๑๓	๗,๙๒๑,๑๒๗	๒,๐๓๑,๙๔๓	๖,๖๙๐,๖๕๕	๗,๖๐๑,๗๙๖,๓๐๒
๒๕๕๓*	ยังไม่ระบุ	๔๑	๕๘๕	๓,๙๗๒	๓๒,๔๒๓	๒๕๕	๒,๐๓๕,๔๑๗	๗,๑๔๒,๒๔๙	๗,๖๘๔,๓๖๘	ยังไม่มีการประเมิน
*ระหว่างวันที่ ๑๐ ต.ค.-๒๙ พ.ย.										

(๒) ด้านคุณภาพน้ำเพื่อการบริโภค

๕. ปัญหาด้านคุณภาพน้ำในประเทศไทยเกิดจากการรุกรานน้ำลำคลอง น้ำเสีย ขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูลจากอาคารบ้านเรือนถูกปล่อยลงสู่แม่น้ำลำคลอง การขยายตัวด้านเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมอย่างเข้มข้นที่ขาดการควบคุม มีการนำปุ๋ยและสารเคมีมาใช้เป็นจำนวนมากและขาดประสิทธิภาพในการกำจัดสารเคมี การนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างไม่เหมาะสมในการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้โรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมากขาดระบบการกำจัดของเสียที่ได้คุณภาพและมาตรฐานก่อนจะปล่อยสู่แหล่งน้ำธรรมชาติ ดังตัวอย่างเช่น แม่น้ำท่าจีน ที่มีความยาวประมาณ ๓๒๐ กิโลเมตร พบว่า มีอุตสาหกรรมหนาแน่น และปริมาณของเสียจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งชุมชนริมน้ำ ร้อยละ ๓๐ อุตสาหกรรมร้อยละ ๓๓ และภาคเกษตรกรรม (ฟาร์มสุกร บ่อเพาะเลี้ยง) ร้อยละ ๔๗ ซึ่งน้ำเสียที่ขาดการบำบัด คู่นี้ ไหลลงสู่แหล่งน้ำลงไปสู่ปากแม่น้ำ บริเวณ อ.เมือง สมุทรสาคร ลำคลองสาขาหลายคลองกลายเป็นแหล่งรองรับน้ำทิ้ง ส่วน แม่น้ำบางปะกง (แม่น้ำปราจีนบุรี และแม่น้ำนครนายก) ยาวประมาณ ๑๒๒ กิโลเมตร มีการใช้ประโยชน์ด้านการอุปโภค บริโภค การเกษตร และการอุตสาหกรรม แม่น้ำบางปะกงมีปัญหาด้านการรุกรานของน้ำเค็ม บางครั้งเกิดขึ้นตลอดลำน้ำ หรือรุกรานเข้าไปในแม่น้ำปราจีนบุรี ของเสียในแม่น้ำบางปะกงส่วนใหญ่เกิดจากของเสียประเภทอินทรีย์สารจากชุมชน อุตสาหกรรม ฟาร์มสุกร การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ

(๓) ด้านการจัดสรรน้ำ : แนวคิดและสภาพปัญหาในการปฏิบัติ

แนวทางการจัดสรรน้ำของคณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ

๖. จากข้อมูลการรับฟังความคิดเห็นภาคส่วนต่าง ๆ ในช่วงปี ๒๕๕๒ คณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ เสนอให้ทบทวนนโยบายการจัดการจัดสรรน้ำ โดยกำหนดสัดส่วนภาพรวมการจัดสรรน้ำ ดังนี้ ภาคเกษตรร้อยละ ๗๐ อุตสาหกรรมร้อยละ ๘ ภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ ๖ และ น้ำเพื่อรักษาระบบนิเวศ-การขนส่งทางน้ำ ร้อยละ ๑๖ โดยให้ คณะกรรมการลุ่มน้ำพิจารณาสัดส่วนการจัดสรร แล้วเสนอต่อคณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ รวมทั้ง กำหนดมาตรการสนับสนุน เพื่อให้เกิดประสิทธิผล เช่น การกำหนดโซนนิ่ง, ป้องกันการขยายตัวของเกษตรเชิงเดี่ยว, การเร่งรัด Eco City เป็นต้น

๗. จากแนวทางข้างต้น ทำให้ประเด็นการจัดสรรน้ำในภาคปฏิบัติในปัจจุบันยังขาดความชัดเจน ก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้ง ดังตัวอย่างเช่น ลุ่มน้ำป่าสักตอนล่าง โครงการโรงไฟฟ้าหนองแขงมีความต้องการใช้น้ำ ๕๓,๒๐๐ ลูกบาศก์เมตร/วัน ในการผลิตไฟฟ้า หากเปรียบเทียบกับสมดุลการใช้น้ำในลุ่มน้ำป่าสัก ที่มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อจัดสรรน้ำให้กับพื้นที่เกษตรกรรม ประมาณปีละ ๔,๓๓๔.๘๗ ล้าน ลูกบาศก์เมตร/ปี ซึ่งยังคงขาดแคลนน้ำใช้ในลุ่มน้ำถึง ปีละ ๗๐๑.๙๗ ล้าน ลูกบาศก์เมตร/ปี กรณีขัดแย้งนี้นำไปสู่การดำเนินการของตัวแทนท้องถิ่นที่ นำเรื่องขึ้นฟ้องร้องต่อศาลปกครอง ลุ่มน้ำปราจีนบุรี-บางประกง โรงงานผลิตน้ำประปาบริษัท น้ำใส ๓๐๔ จำกัด ใช้น้ำดิบจากแม่น้ำปราจีนบุรี ซึ่งส่งหนังสือขออนุญาตจากคณะกรรมการลุ่มน้ำปราจีนบุรี เพื่อสูบน้ำระหว่างเดือน มิถุนายน-กันยายน เป็นระยะเวลา ๔ เดือน ในช่วงดังกล่าวมีปริมาณน้ำท่าเฉลี่ย ๔,๗๗๐.๒ ล้าน ลูกบาศก์เมตรไหลลงสู่แม่น้ำปราจีนบุรี ซึ่งบริษัทจะสามารถสูบน้ำได้ ๗.๒ ล้าน ลูกบาศก์เมตร กระบวนการอนุญาตยังไม่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ส่วน ลุ่มน้ำแม่กลอง ปี ๒๕๓๕ การประปานครหลวง (กปน.) มีแผนจัดหาและผลิตน้ำ ๘ ล้าน ลูกบาศก์เมตร /วัน จนถึงปี ๒๕๖๐ เพื่อตอบสนองความต้องการของคนกรุงเทพฯ นนทบุรีและสมุทรปราการ (ประมาณ ๑๕.๕ ล้านคน) โดยใช้น้ำจากแหล่งน้ำดิบจากแม่น้ำเจ้าพระยา ๕ ล้าน ลูกบาศก์เมตร และ แม่น้ำแม่กลองอีก ๓ ล้าน ลูกบาศก์เมตร รวมเป็น ๘ ล้าน ลูกบาศก์เมตร /วัน^๔ ทั้ง ๓ กรณีแสดงให้เห็นถึงปัญหา ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากความสับสน ไม่ชัดเจนของแนวทางการจัดสรรน้ำ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการบริหารจัดการจัดการน้ำในยุคปัจจุบัน

ปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ

(๑) ปัญหาด้านนโยบายและแผนการจัดการทรัพยากรน้ำ ยังไม่มีความเป็นเอกภาพ ยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่มีผลในเชิงรูปธรรม มีเพียงการกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบายน้ำแห่งชาติ การจัดทำยุทธศาสตร์ แผนการบริหารจัดการในระดับประเทศและระดับลุ่มน้ำ มีผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ^๕

(๒) ปัญหาด้านโครงสร้างองค์กรบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ องค์กรที่ทำหน้าที่บริหาร จัดการน้ำมีความเหลื่อมซ้อนและซ้ำซ้อนกัน การทำงานยังขาดความร่วมมือที่เป็นเอกภาพ ไม่มีประสิทธิภาพ งานส่วนราชการต่าง ๆ รับผิดชอบแก้ไขปัญหาระบบน้ำที่มีอยู่หลากหลาย การบริหารจัดการของหลายกระทรวง บางกระทรวงมีหน้าที่แบบไม่ใช่งานหลัก บางหน่วยงานกำหนดภาระการทำงานไว้หลายประเภท หลายวัตถุประสงค์^๖

(๓) ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรน้ำ

๘. ร่าง พระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำเป็นเอกสารที่แสดงถึงนโยบายที่ชัดเจนที่สุดของรัฐ เป็นร่างกฎหมายที่จัดทำโดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) ได้รับความเห็นชอบในหลักการจากคณะรัฐมนตรี

และได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาในปี ๒๕๕๐ แต่ยังไม่ได้ผ่านความเห็นชอบของรัฐสภา
อย่างไรก็ดี กรมทรัพยากรน้ำกำลังประมวล และปรับปรุงแก้ไขร่างกฎหมายน้ำเพื่อนำเสนอ คณะรัฐมนตรีต่อไป

๙. ร่างกฎหมายทรัพยากรน้ำ เน้นในเรื่องของการสร้างองค์กร ได้แก่ คณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ
(กนช.) ซึ่งปัจจุบันมีเพียงระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ รองรับ

๑๐. (ตัวอย่าง) หมวดที่สำคัญคือ หมวด ๒ ว่าด้วยสิทธิในน้ำ

มาตรา ๘ ในร่าง พระราชบัญญัติ นี้กำหนดให้น้ำเป็นส่วนรวม บุคคลมีสิทธินำน้ำมาใช้ได้ตามที่จำเป็น
และสมควร แต่ไม่ระบุว่าสมควรหมายความว่าอย่างไร แต่ในมาตรา ๔๕ ซึ่งว่าด้วยเรื่องการจัดสรรน้ำ ได้ระบุไว้
ว่าการใช้น้ำในแหล่งน้ำสาธารณะแบ่งเป็น ๓ ประเภทด้วยกัน คือ

๑) การใช้น้ำประเภทที่หนึ่ง ได้แก่ การใช้น้ำในแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อการดำรงชีพ การอุปโภค
บริโภคในครัวเรือน การเกษตรหรือการเลี้ยงสัตว์เพื่อยังชีพ การอุตสาหกรรมในครัวเรือนและการใช้น้ำในปริมาณ
เล็กน้อยตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๒) การใช้น้ำประเภทที่สอง ได้แก่ การใช้น้ำในแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อการเกษตรหรือการเลี้ยงสัตว์
เพื่อการพาณิชย์ การอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว การผลิตพลังงานไฟฟ้า การประปา และกิจการอื่นตามที่กำหนด
ในกฎกระทรวง

๓) การใช้น้ำประเภทที่สาม ได้แก่ การใช้น้ำในแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อกิจการขนาดใหญ่ที่ใช้น้ำ
ปริมาณมากหรืออาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อข้ามลุ่มน้ำหรือครอบคลุมพื้นที่อย่างกว้างขวางตามที่กำหนดในกฎกระทรวง
(ข้อมูล: คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปเฉพาะประเด็น)

(๔) หน่วยงานรัฐขาดข้อมูลในการจัดการระดับนิเวศลุ่มน้ำขนาดเล็ก (ชนิด/ประเภทของข้อมูล)

๑) ข้อมูลที่มีอยู่กระจายจัดกระจายในหลายหน่วยงาน และหลายครั้งมีการขัดแย้งของข้อมูล

๒) ข้อมูลมีความหลากหลาย ยังไม่มีการจัดกลุ่มข้อมูลอย่างเป็นระบบและอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน

ทำให้ยากต่อการนำไปใช้

๓) การขาดความเชื่อมโยง เชื่อมต่อ ของข้อมูลที่สมบูรณ์และทันสมัย

๔) การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ

๕) การขาดศูนย์ระบบข้อมูลและองค์ความรู้ด้านทรัพยากรน้ำของประเทศ

๖) ปัญหาการบูรณาการ การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งภาคราชการและ
เอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนผู้เกี่ยวข้อง^๗

ข้อมูลสำคัญที่หน่วยงานมี-ใช้	ข้อมูลที่ชุมชน-เครือข่ายมี-ใช้
๑. ข้อมูลด้านอุทกวิทยา	๑. ข้อมูลเกี่ยวกับนิเวศวิทยาท้องถิ่น
๒. ข้อมูลเพื่อการพยากรณ์สภาพอากาศ	๒. ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการใช้น้ำ
๓. ฯลฯ	๓. ฯลฯ

(๕) ขาดกติกา กฎระเบียบ ข้อตกลงร่วมในการทำงาน

๑๑. จากผลการศึกษา ร่างพระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ เห็นได้ว่า มุ่งสร้างกติกากิจการน้ำในกรณีที่เกิดวิกฤต แต่การกำหนดสิทธิการใช้น้ำโดยไม่ระบุว่าใครมีสิทธิก่อนหลังทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ดังเช่นที่เกิดขึ้นที่จังหวัดระยองได้ ร่าง พระราชบัญญัติ นี้ยังละเลยการให้ความสำคัญกับน้ำในระบบนิเวศ กล่าวคือ ไม่มีหลักประกันให้แก่การใช้น้ำเพื่อรักษาระบบนิเวศ เช่น การผลักดันน้ำเค็ม การจัดการน้ำเพื่อชีวิตพืชและสัตว์ และการบำรุงรักษาพื้นที่ชุ่มน้ำ ตลอดจนชีวิตพืชพันธุ์สัตว์ป่า

แนวปฏิบัติการจัดการน้ำในพื้นที่นิเวศลุ่มน้ำขนาดเล็กที่มีประสิทธิภาพ (ที่ยังขาดการยอมรับทั้งในระดับกลไกจัดการและระดับนโยบาย-กฎหมาย)

๑๒. แนวทางการบริหารจัดการน้ำของกลไก เครือข่ายภาคประชาชนนั้น มีรากฐานจากประสบการณ์ของการบริหารจัดการน้ำแบบจารีตในอดีต ที่อาศัยโครงสร้างความสัมพันธ์ของชุมชน มาเป็นหลักในการบริหารจัดการ โดยเน้นการบริหารจัดการพื้นที่นิเวศลุ่มน้ำขนาดเล็กแบบบูรณาการนั้นเป็นผลของกระบวนการต่อรองของกลไกจัดการของท้องถิ่น ที่มีฐานของกลุ่มและองค์กรอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดสรรและสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากรน้ำของกลุ่มผู้ใช้ผ่านกระบวนการต่อรองที่อาศัยความสัมพันธ์ทางสังคมอันนำไปสู่การยอมรับสิทธิของกลุ่มผู้ใช้เหล่านั้นในลักษณะรวมหมู่มากกว่าที่จะเน้นในลักษณะของปัจเจกบุคคล

ตัวอย่างการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ประเด็นลุ่มน้ำ มีดังนี้

(๑) ภาคเหนือ -ธรรมนูญลุ่มน้ำวัง จังหวัดลำปาง (ภูมิปัญญา/นวัตกรรม)

๑๓. ลุ่มน้ำวัง มีพื้นที่ประมาณ ๑๐,๗๙๑ ตารางกิโลเมตร เป็นลุ่มน้ำขนาดเล็กและสั้นที่สุดของแม่น้ำเจ้าพระยา มีความยาวตามลำน้ำประมาณ ๔๖๐ กิโลเมตร เกิดจากเทือกเขาผีปันน้ำ บริเวณดอยหลวง บ้านป่าหุง อำเภอบางแก้ว จังหวัดเชียงราย

๑๔. การจัดทำธรรมนูญลุ่มน้ำวัง ฉบับที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๔ เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในจังหวัดลำปาง ทั้ง ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาครัฐ ภาคการเมือง ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัย และโรงเรียนต่าง ๆ ในพื้นที่ลุ่มน้ำวัง เขตพื้นที่จังหวัดลำปาง และสมาชิกลุ่มน้ำล้านนา เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางกรอบระเบียบ กติกาของชุมชนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคีที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้เป็นมาตรการในการอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ลุ่มน้ำวัง จังหวัดลำปาง ต้นน้ำ อำเภอบางแก้ว จังหวัดเชียงราย กลางน้ำ จังหวัดลำปาง และปลายน้ำ จังหวัดตาก ซึ่งมีธรรมนูญ ๗ หมวด หมวดที่ ๑ ปรัชญาแนวคิดของธรรมนูญลุ่มน้ำวัง หมวดที่ ๒ ฐานการอนุรักษ์ พื้นฟู และสร้างความอุดมสมบูรณ์ของพื้นที่ป่าต้นน้ำ หมวดที่ ๓ การศึกษาและพัฒนาคนในลุ่มน้ำ หมวดที่ ๔ สิทธิชุมชนและการอยู่ร่วมกันของคนในลุ่มน้ำ หมวดที่ ๕ ลักษณะทางสังคมและวิถีชีวิตของคนในลุ่มน้ำ หมวดที่ ๖ การบริหารจัดการธรรมนูญบนฐานการมีส่วนร่วม และ หมวดที่ ๗ สำนักธรรมนูญลุ่มน้ำวัง

(๒) ภาคอีสาน-ลุ่มน้ำมูล

๑๕. ลุ่มน้ำมูล มีพื้นที่ลุ่มน้ำประมาณ ๖๙,๗๐๑ ตารางกิโลเมตร ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มีลักษณะบ้านที่อยู่บนโคก มีลูกคลื่น มีที่สูงสลับที่ลุ่ม นาเป็นแปลงเล็ก ๆ มีคันทากันเป็นระยะ สภาพพื้นที่มีปริมาณน้ำที่เพียงพอแต่ไม่มีองค์ความรู้การจัดการน้ำที่เหมาะสม ชาวบ้านจึงรวมตัวกันร่วมแก้ไขปัญหาการจัดการน้ำเพื่อการเกษตร

วิธีการจัดการน้ำ มีการกักน้ำบนพื้นที่ลุ่มในนาของทุกแปลง และใช้วิธีสูบน้ำเข้าแปลงนา แทนจะทุกหลังคาเรือน ปัญหาคือต้นทุนสูงขึ้น แก้ไข ด้วยการวางระบบใหม่ ขยายพื้นที่เป็นที่สูง ตั้งฝายขึ้นมาให้มีพื้นที่รับน้ำมากขึ้นในด้านบนของที่นา และเจาะท่อปล่อยน้ำเข้าแปลงนา อันนี้จะช่วยลดต้นทุนการสูบน้ำเข้าแปลงนา เรียกว่า “แก้มลิงรั้ว” มีการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจากเดิมที่ต้องสูบน้ำจากข้างล่างขึ้นมา กับ แบบนี้ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แล้วก็ต้นทุนที่ใช้วางท่อนี้มีมูลค่าที่เปรียบเทียบแล้วถูกว่าการสูบน้ำ และมีการจัดระบบการปลูกพืชใหม่ พืชที่ต้องการน้ำน้อย พืชที่ต้องการน้ำมาก เพื่อให้เหมาะสมกับปริมาณน้ำที่มีอยู่และเหมาะสมกับลักษณะของพื้นที่การเกษตร

(๓) ภาคใต้-ธรรมาณูญกลุ่มน้ำภูมิ จ.สงขลา

๑๖. กลุ่มน้ำภูมิ จ.สงขลา มีพื้นที่ ๔๒๐ ตารางกิโลเมตร ได้มีการจัดทำธรรมาณูญกลุ่มน้ำภูมิ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๓ เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในจังหวัดสงขลา ทั้ง ภาคประชาชน ภาคประชาสังคม ภาครัฐ ภาคการเมือง ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มหาวิทยาลัย และโรงเรียนต่าง ๆ ในพื้นที่กลุ่มน้ำภูมิ เพื่อเป็นเครื่องมือในการวางกรอบระเบียบ กติกาของชุมชนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคีที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้เป็นมาตรการในการอนุรักษ์ และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ลุ่ม ซึ่งมีธรรมาณูญ ๗ หมวด หมวดที่ ๑ ปรัชญาแนวคิดของธรรมาณูญกลุ่มน้ำภูมิ หมวดที่ ๒ ฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม หมวดที่ ๓ การศึกษาและพัฒนาคนในกลุ่มน้ำ หมวดที่ ๔ สิทธิชุมชนและการอยู่ร่วมกันของคนในกลุ่มน้ำ หมวดที่ ๕ ลักษณะทางสังคมและวิถีชีวิตของคนในกลุ่มน้ำ และหมวดที่ ๖ การบริหารจัดการธรรมาณูญบนฐานการมีส่วนร่วม

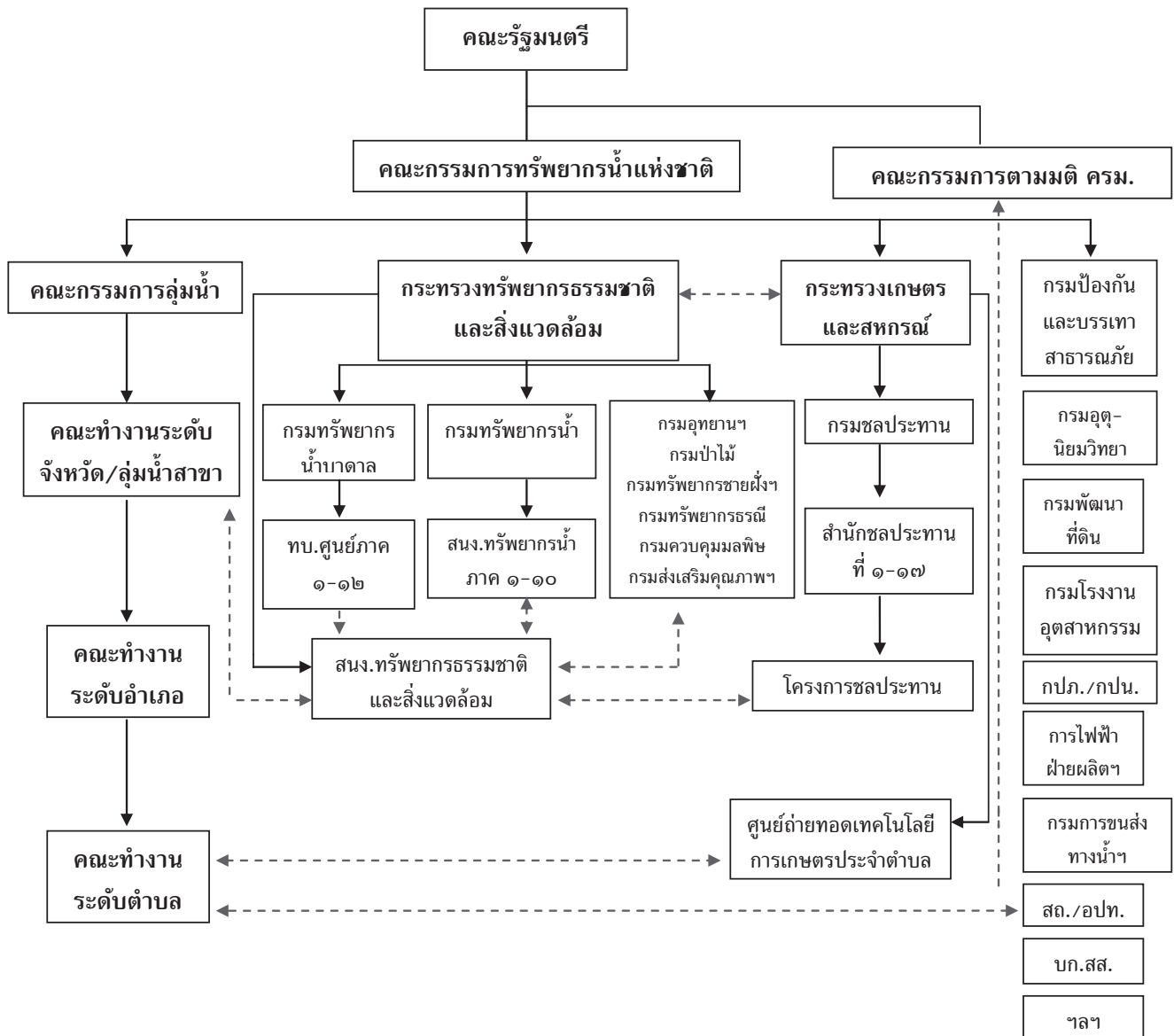
ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔ / ร่างมติ ๕

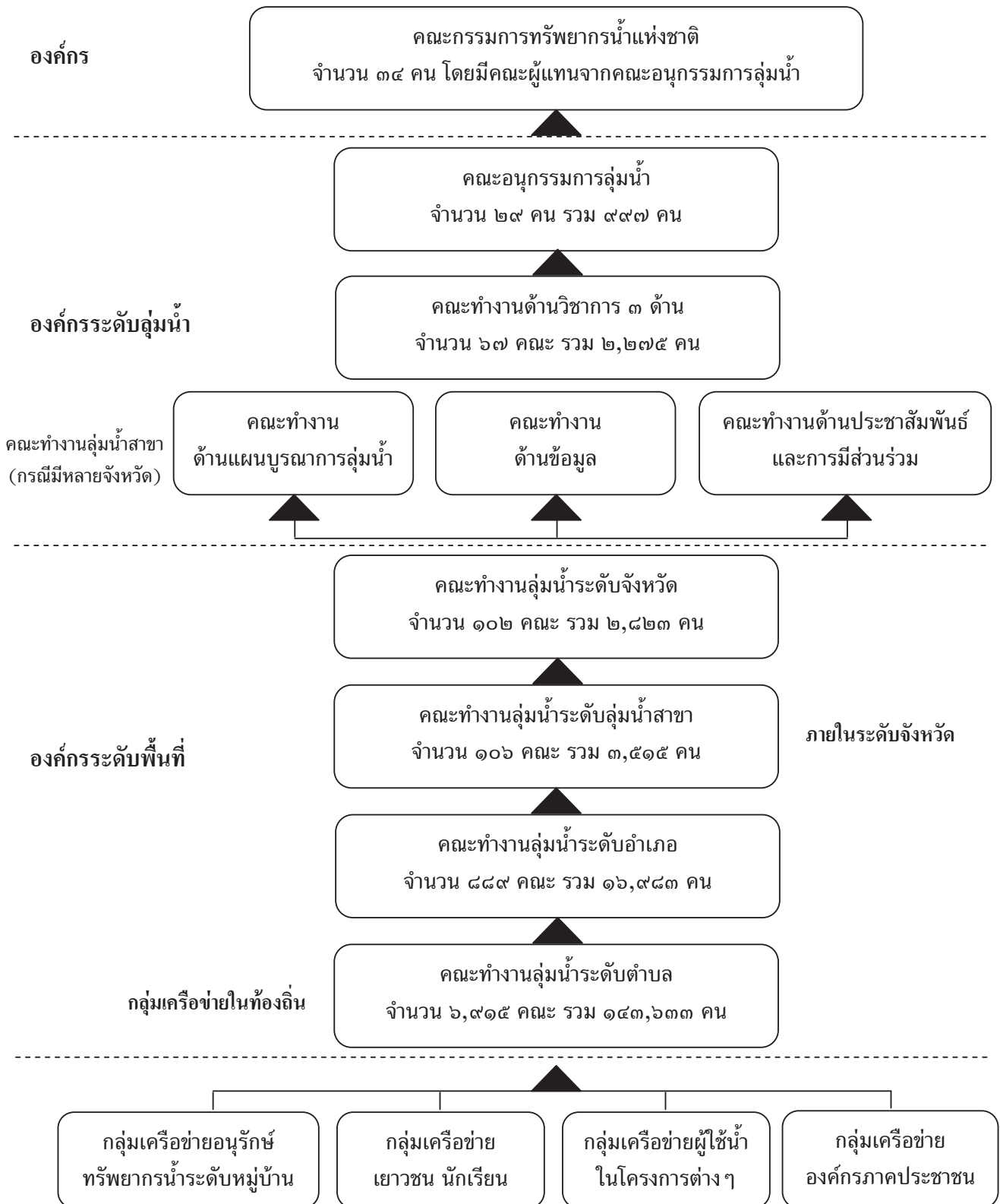
เอกสารอ้างอิง

๑. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารจัดการน้ำแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๖
๒. สถาบันวิจัยพัฒนาเพื่อป้องกันการเป็นทะเลทรายและการเตือนภัย กรมพัฒนาที่ดิน, ๒๕๕๙
๓. สำนักบริหารและพัฒนากาใช้ที่ดิน กรมพัฒนาที่ดิน, ๒๕๕๙
๔. นิตยสารผู้จัดการ, ๒๕๓๕
๕. กรมทรัพยากรน้ำ
๖. กรมทรัพยากรน้ำ
๗. กรมทรัพยากรน้ำ
๘. คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปเฉพาะประเด็น

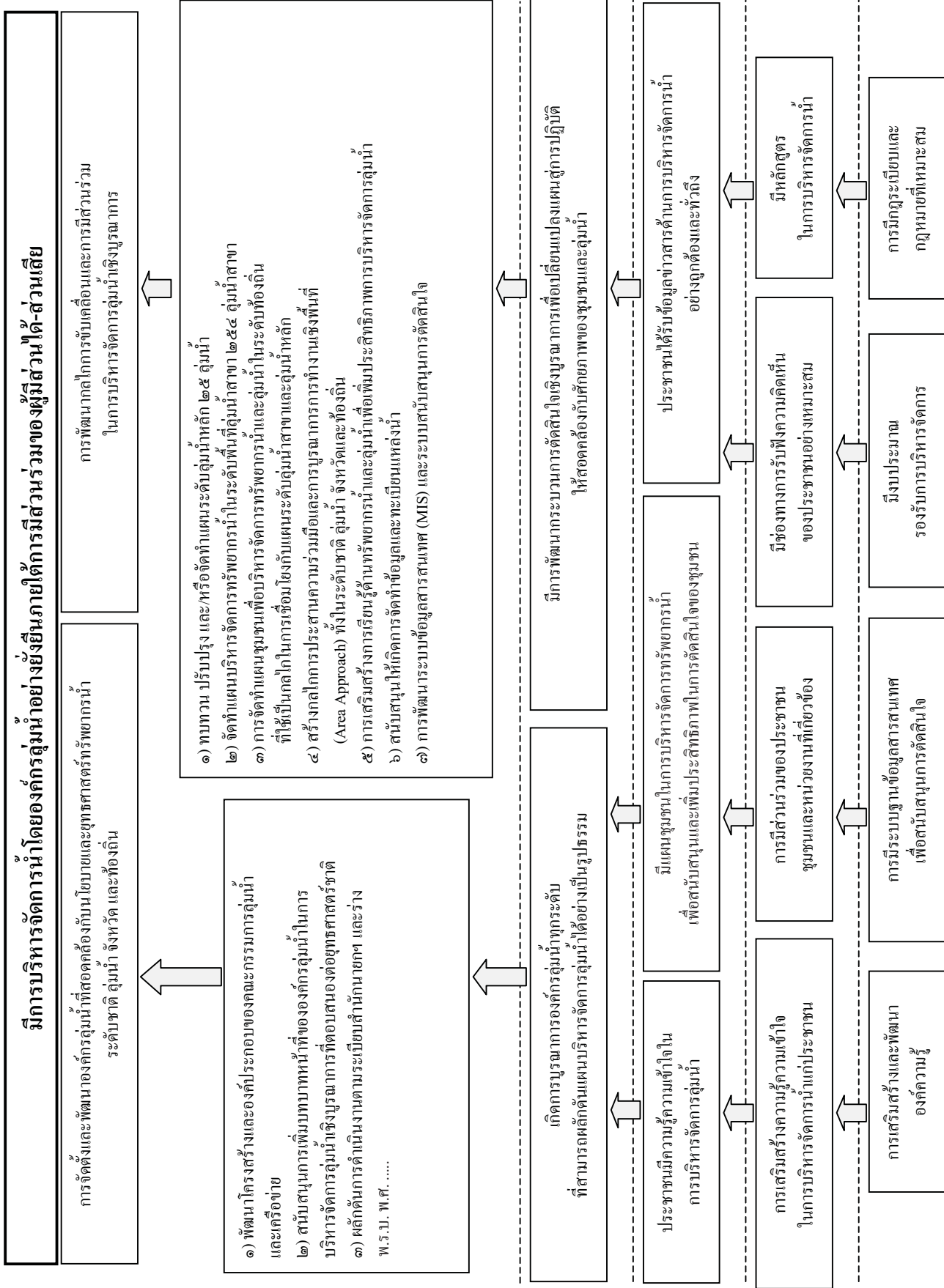
โครงสร้างองค์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำของชาติและหน่วยงานที่มีพันธกิจเกี่ยวกับน้ำ



โครงสร้างคณะกรรมการลุ่มน้ำ



แผนที่ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการผู้นำโดยกระบวนการมีส่วนร่วม



การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สี่

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการปัญหาโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม และอินเทอร์เน็ต*

สำนึก ต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายของการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในปัจจุบันที่อวดอ้างสรรพคุณทางสุขภาพเกินจริง ผ่านทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เนื่องจากการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย มีอิทธิพลต่อผู้บริโภค และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

ห่วงใย ว่าระบบและกลไกทางกฎหมายที่มีอยู่ไม่ทันสมัย ขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้และการกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย

ตระหนัก ถึงโทษภัยต่อสุขภาพของผู้บริโภค รวมถึงความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากอิทธิพลของการโฆษณาที่กล่าว รวมทั้งความสำคัญของระบบและกลไกการควบคุมและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

ชื่นชม ต่อความพยายามของทุกภาคส่วนที่ต้องการพัฒนาระบบและกลไกการควบคุมและเฝ้าระวังการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ปราศจากการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง เป็นเท็จและหลอกลวงผู้บริโภค

เห็นว่า การแก้ปัญหาคือการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้ผล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการบังคับใช้และปรับปรุงกฎหมาย รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของผู้บริโภคและสังคมให้รู้เท่าทันการโฆษณา และมุ่งจัดการปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานอัยการสูงสุด และกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นหน่วยงานหลักดำเนินการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๑.๑ สนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูล พัฒนารูปแบบการสื่อสาร และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโฆษณาที่ทันต่อสถานการณ์ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายและผู้บริโภคสามารถเข้าถึง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรายงาน อันประกอบด้วยข้อมูลการอนุญาตการโฆษณา ข้อมูลโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ข้อมูลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสื่อโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ข้อมูลโฆษณาและกลยุทธ์หรือรูปแบบการโฆษณาที่ต้องเฝ้าระวัง และข้อเท็จจริงเชิงวิชาการของผลิตภัณฑ์ และข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๑

๑.๒ ปรับปรุงและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มบทลงโทษ สนับสนุนมาตรการลงโทษทางสังคม การกำกับดูแลให้ปฏิบัติตามกฎหมายทุกขั้นตอน ตลอดจนการพิจารณาการออกคำสั่งทางปกครองในการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต

๑.๓ ให้มีการจัดทำกลไกหรือช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นทางการ และประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่

๑.๔ เฝ้าระวัง จัดการ ดำเนินคดีกับโฆษณาที่ผิดกฎหมายอย่างเคร่งครัดและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดเป็นเป้าหมายของหน่วยงาน มีแนวทางมาตรฐานที่ใช้ปฏิบัติร่วมกัน รายงานผลการดำเนินคดีและวิธีการจัดการปัญหาสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้บริโภคและสังคมไทยรู้เท่าทัน

๑.๕ พัฒนาระบบให้คำปรึกษาการดำเนินคดีแก่พนักงานเจ้าหน้าที่อย่างรวดเร็วและทันต่อการแก้ปัญหา

๒. ขอให้คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ดำเนินการ

๒.๑ ประกาศและบังคับใช้หลักเกณฑ์การประกอบกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งกำหนดกลไกการกำกับดูแลและบทลงโทษแก่ผู้ประกอบการอย่างชัดเจนและรวดเร็ว ทั้งนี้ให้มีการนำข้อมูลการกระทำผิดเกี่ยวกับการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ มาประกอบการพิจารณาเพิกถอนใบอนุญาตให้ดำเนินกิจการการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และโทรคมนาคม

๒.๒ กำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการฯ จัดสรรเวลาอย่างชัดเจนและเพียงพอในช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่หน่วยงานหรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ได้นำเสนอข้อมูลให้เท่าทันการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒.๓ ให้มีการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอและต่อเนื่องจากกองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม เพื่อวัตถุประสงค์ในการสนับสนุน ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม (ตามพระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ มาตรา ๕๒ (๔)) ให้หมายรวมถึง

๒.๓.๑ การสนับสนุนชุมชนที่มีความพร้อมหรือผู้ประกอบการกระจายเสียงหรือกิจการโทรทัศน์ ประเภทบริการชุมชนที่มีคุณภาพและปฏิบัติตามจริยธรรม จรรยาบรรณของการสื่อสาร

๒.๓.๒ การสนับสนุนให้ภาคประชาชนทำหน้าที่เฝ้าระวังการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมาย รวมทั้งการจัดการปัญหาในพื้นที่

๒.๓.๓ การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน ภาคประชาชน องค์กรวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย (เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น) ในการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบกลไกในการเฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประเมินผลกระทบจากการโฆษณา รวมทั้งการศึกษวิจัยเพื่อทดลองระบบและกลไกที่ได้พัฒนาขึ้น

๒.๔ พัฒนามาตรการและกลไกในการเฝ้าระวังและกำกับดูแลด้านจริยธรรมของผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการฯ

๓. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม

๓.๑ จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่ออื่น ๆ อย่างรอบด้าน ด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกระดับ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี และนำเสนอเพื่อรับรองในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

๓.๒ เร่งดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการโฆษณา และตระหนักในเรื่องการใช้สิทธิผู้บริโภค รวมทั้งพัฒนาระบบความรู้เท่าทันเพื่อสร้างมาตรการป้องกันปัญหาอิทธิพลโฆษณาและการจัดการความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมและรูปแบบพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดี รวมทั้งให้รู้เท่าทันการโฆษณา โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและหน่วยงานอื่น ๆ

๔. ขอให้กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารบูรณาการการเฝ้าระวังโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเอกภาพ และพิจารณาปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับการกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ให้สามารถจัดการกับช่องทางการสื่อสารที่อยู่ในบังคับของกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

๕. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับจัดตั้งกลไกการควบคุมและเฝ้าระวังการโฆษณาแบบมีส่วนร่วม สนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงานขององค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๖. ขอให้องค์กรวิชาชีพสื่อสารมวลชน โฆษณาและการตลาด เป็นหน่วยงานหลัก ดำเนินการร่วมกับผู้ประกอบการธุรกิจ องค์กรทางสังคม และวิชาชีพอื่น ๆ เช่น วิชาชีพด้านสุขภาพ ครู ทนายความ กำหนดมาตรการและแนวทางการกำกับดูแลจริยธรรม จรรยาบรรณในการสื่อสารเรื่องยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ สู่ผู้บริโภค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคเป็นสำคัญ

๗. ให้มีองค์การอิสระเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และขอให้รัฐสนับสนุนการทำหน้าที่เฝ้าระวังและตรวจสอบการดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๘. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ร่วมในกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ และเป็นเครือข่ายควบคุม ศึกษา ตรวจสอบ เฝ้าระวังวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่ออื่น ๆ ทุกประเภทในพื้นที่

๙. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

นิยาม

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ทางยาและสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมและกำกับตามกฎหมาย และรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่อาจอ้างสรรพคุณเป็นยาหรือส่งผลต่อสุขภาพ

วิทยุท้องถิ่น* คือ วิทยุขนาดเล็ก เพื่อประกอบกิจการเชิงพาณิชย์หรือแสวงกำไรผ่านรายได้จากการโฆษณา
เคเบิลทีวี คือ ระบบโทรทัศน์ที่ส่งสัญญาณผ่านสายเคเบิล

โทรทัศน์ดาวเทียม คือ ระบบโทรทัศน์ที่สัญญาณจะถูกส่งไปยังดาวเทียมโคจรแล้วขยายสัญญาณส่งกลับไปยังโลก

อินเทอร์เน็ต คือ เครือข่ายของคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ที่เชื่อมโยงคอมพิวเตอร์เข้าด้วยกัน โดยอาศัยเครือข่ายโทรคมนาคมเป็นตัวเชื่อมโยง หมายถึง เว็บไซต์ เครือข่ายสังคมออนไลน์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ

สถานการณ์ปัญหา

๑. มูลค่าของการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว การโฆษณาเข้าสู่ผู้บริโภคในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๒ มีมูลค่าสูงกว่า ๒.๕ พันล้านบาทต่อปี ส่วนการโฆษณาอาหารมีมูลค่าการโฆษณาสูงถึง ๑.๗ หมื่นล้านบาท และมีมูลค่าการโฆษณาสูงกว่าปีพ.ศ. ๒๕๓๙ ถึง ๑๒ เท่า^๑ โดยเฉพาะมูลค่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ข้อมูลจากบริษัทผลิตสื่อโฆษณาบริษัทเดียว ในปี พ.ศ.๒๕๔๕ พบว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีมูลค่าสูงถึง ๘๒๑ ล้านบาท^๒ และขยายตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เข้าถึงผู้บริโภคมากขึ้น ผ่านสื่อหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม และ อินเทอร์เน็ต ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ วิทยุท้องถิ่นทั่วประเทศมีมากกว่า ๗,๗๐๐ แห่ง และ คาดการณ์ว่ามีจำนวนครัวเรือนมากกว่า ๑๒ ล้านครัวเรือนหรือประมาณเป็น ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนครัวเรือนในประเทศไทยที่เข้าถึงสื่อเคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม ทั้งนี้ประมาณการว่ามีเม็ดเงินโฆษณาผ่านเคเบิลทีวีและดาวเทียมราว ๒,๐๐๐-๓,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี^๓

๒. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นกลุ่มสินค้าที่มีการโฆษณาในวิทยุท้องถิ่นมากที่สุด^๔ โดยมีกลยุทธ์ สร้างแรงจูงใจและตอกย้ำบ่อย ๆ จากข้อมูลของศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค สมาคมผู้บริโภคจังหวัดขอนแก่น พบการโฆษณาผ่านวิทยุท้องถิ่นและเคเบิลทีวีที่ฉายวนไปวนมาทั้งวันอย่างน้อย ๔ ครั้ง และสูงสุดถึง ๑๑ ครั้งต่อวัน^๕ และในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีคลื่นวิทยุท้องถิ่นหลายแห่งที่มีผู้ประกอบการรายเดียวโฆษณาทั้งวัน^๖ ซึ่งสอดคล้อง

* วิทยุท้องถิ่น ตามนิยามข้างต้น ไม่รวมถึง สื่อวิทยุกระจายเสียงที่มีใบอนุญาตประกอบกิจการบริการชุมชน ตามพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งจะหารายได้จากการโฆษณาไม่ได้

กับผลของการดำเนินคดีผลิตภัณฑ์อาหารยี่ห้อเจนิฟู้ด ซึ่งพบการโฆษณาผ่านเคเบิลทีวีและสื่อโทรทัศน์ดาวเทียม โดยแนะนำผลิตภัณฑ์เป็นช่วง ๆ ตลอดทั้งวันและมีการโฆษณาในลักษณะเดียวกันมากถึง ๑๑ ช่อง” นอกจากนี้ ยังมีกลยุทธ์ที่ทำให้ผู้บริโภคตกเป็นเหยื่อ ผ่านรูปแบบการโฆษณาหลายรูปแบบ เช่น การพูดสดและรับประกันคุณภาพโดยนักจัดรายการที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ การโฆษณาโดยภาษาถิ่น การสนทนาระหว่างนักจัดรายการกับผู้ที่ยังอ้างว่ามีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ การอ่านจดหมายจากผู้ฟังทางบ้านที่เขียนมาเล่าสรรพคุณของผลิตภัณฑ์ และการแฝงโฆษณาโดยให้บุคคลากรด้านสุขภาพเป็นวิทยากรให้ความรู้ ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการให้ข้อมูลเพื่อการโฆษณาชวนเชื่อให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและซื้อผลิตภัณฑ์นั้นมาใช้ในที่สุด^{๖๔} ผู้บริโภคส่วนใหญ่เชื่อว่าผลิตภัณฑ์ที่นำมาโฆษณาผ่านสื่อดังกล่าว เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยและผ่านการรับรองจากภาครัฐแล้ว^๖

๓. จากการศึกษาการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านวิทยุท้องถิ่นในจังหวัด ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ชัยภูมิ เชียงใหม่ และสงขลา ๖,๙-๑๐ พบว่ามีการโฆษณาที่ผิดกฎหมายเข้าข่ายฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ สูงถึงร้อยละ ๖๔.๐ และฝ่าฝืนตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ สูงถึงร้อยละ ๙๕.๒ และเมื่อพิจารณาเนื้อหาของโฆษณาที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้บริโภค พบว่า โฆษณายามีสูงถึงร้อยละ ๕๕.๙ ในขณะที่โฆษณาอาหารมีสูงถึงร้อยละ ๗๔.๕

๔. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นกลุ่มสินค้าที่มีการโฆษณาในอินเทอร์เน็ตมากที่สุดอีกสื่อหนึ่ง โดยรูปแบบของการโฆษณาส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๒.๕ เป็นการกล่าวอ้างรับรองประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)^{๖๖} และจากสถิติการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางอินเทอร์เน็ต โดยศูนย์เฝ้าระวังและรับรองเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย. ตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๕๓ ถึง กันยายน ๒๕๕๔ พบว่ามีการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการโฆษณาผิดกฎหมายหรือไม่ถูกต้อง จำนวน ๑,๔๖๑ เรื่อง จำแนกเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร ๕๕๖ เรื่อง ยา ๓๓๕ เรื่อง เครื่องสำอาง ๓๑๙ เรื่อง เครื่องมือแพทย์ ๒๐๘ เรื่อง และวัตถุอันตราย ๗๓ เรื่อง นอกจากนี้ มีการตรวจจับคดีโฆษณาสรรพคุณผลิตภัณฑ์เสริมทางอินเทอร์เน็ตเกินจริงจากเดิม ๑๖๐ คดีในปี ๒๕๕๑ เพิ่มเป็น ๒๓๗ คดีในปี ๒๕๕๔ และ ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๕๒ ถึง กรกฎาคม ๒๕๕๓ อย. ปิดเว็บไซต์ที่มีโฆษณาเกินจริง ๖๒ เว็บไซต์ รวม ๗๑๙ URL และปิดเว็บบอร์ด ๑๕๕ เว็บไซต์ รวม ๓๔๙ URL^{๖๕}

ผลกระทบ

๕. แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์ จากปัญหาการโฆษณาดังกล่าว แต่ในรายงานสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๕๔ ระบุว่าธุรกิจประเภทนี้มีมูลค่าไม่ต่ำกว่าหมื่นล้านบาท ๔ แสดงว่าคนไทยต้องเสียเงินเป็นจำนวนมากสำหรับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไม่เหมาะสมหรือเกินจำเป็น

๖. เพิ่มความเสี่ยงหรืออันตรายให้แก่ผู้บริโภค เช่น การใช้น้ำหมักชีวภาพที่โฆษณาทางเคเบิลทีวีหยุดตาแล้วทำให้ผู้บริโภคตาบอด^{๖๖} การรับประทาน “เอนไซม์บำบัด” จนได้รับอันตรายอย่างรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือ กรณีการรับประทานไวน์สมุนไพรยี่ห้อหนึ่งแล้วทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง มีการติดต่อขอส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล^{๖๗} รวมถึง การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของนักเรียน นักศึกษาที่สั่งซื้อยาลดความอ้วนจากเว็บไซต์มารับประทาน^{๖๘}

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๗. การควบคุมโฆษณาตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ใน

ปัจจุบัน กำหนดให้ต้องขออนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อนจึงโฆษณาได้ โดยต้องไม่โอ้อวดสรรพคุณเกินจริง ไม่เป็นเท็จ และปฏิบัติตามเงื่อนไขอื่นที่กำหนด โดยเฉพาะในกรณีการโฆษณาอาหารต้องไม่แสดงสรรพคุณในการป้องกัน รักษาโรค

๘. การกำกับดูแลสื่อตามพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ต้องมาขอใบอนุญาตประกอบกิจการฯ จากคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์แห่งชาติ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสัดส่วนเนื้อหารายการ ลักษณะและระยะเวลาในการโฆษณา รวมทั้งห้ามมิให้ออกอากาศรายการที่มีเนื้อหาสาระที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างร้ายแรง และที่สำคัญคณะกรรมการฯ มีอำนาจสั่งระงับการออกอากาศ พักใช้หรือเพิกถอน ใบอนุญาตฯได้

๙. การกำกับดูแลเว็บไซต์ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีบทลงโทษ ผู้ที่นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน และสามารถระงับการแพร่หลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกระทบกระเทือนต่อความมั่นคงแห่งราชอาณาจักร หรือที่มีลักษณะขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีได้

๑๐. ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่อ้างสรรพคุณเกินจริง หลอกหลวง สามารถฟ้องเรียกร้องค่าเสียหาย ได้ตามพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. ๒๕๕๑

๑๑. การสร้างพลังอำนาจผู้บริโภค โดยการปรับเปลี่ยนค่านิยม ทศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภค สร้างจิตสำนึกให้ผู้บริโภครู้จักปกป้องและรักษาสิทธิของตนเอง เพื่อให้ผู้บริโภครู้เท่าทันสื่อ ช่วยเฝ้าระวังปัญหาและจัดการปัญหาโฆษณาในระดับพื้นที่นั้น เป็นมาตรการที่หลายหน่วยงานร่วมดำเนินการ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์กรพัฒนาเอกชนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น และ คาดหวังให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมดำเนินมาตรการนี้ด้วย

๑๒. ได้มีการริเริ่มพัฒนาข้อกำหนดทางจรรยาบรรณของผู้ประกอบธุรกิจสื่อสารมวลชน ผู้จัดการรายการ ผู้ผลิตสื่อโฆษณา โดยองค์กรวิชาชีพสื่อมวลชน

ปัญหาการดำเนินการในปัจจุบัน

๑๓. แม้ว่ากฎหมายว่าด้วยยาและอาหาร จะกำหนดให้ต้องขออนุญาตโฆษณาจาก อย.ก่อนจึงโฆษณาได้ แต่กลับพบการลักลอบฝ่าฝืนกฎหมายอย่างกว้างขวาง เนื่องจากการดำเนินคดีทางกฎหมายมีหลายขั้นตอน ไม่คล่องตัว แนวปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ไม่เท่าทันเล่ห์เหลี่ยมของผู้ขาย ขาดการเข้าถึงฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ รวมทั้งมีสื่อจำนวนมาก และกระจายได้รวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ทันเหตุการณ์ ประกอบกับบทลงโทษไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับรายได้จากธุรกิจ นอกจากนี้กฎหมายว่าด้วยยายังไม่เท่าทันการโฆษณาผ่านทางสื่ออินเทอร์เน็ต

๑๔. แม้ว่าจะมีบทลงโทษ ผู้ที่นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ตามมาตรา ๑๔ (๑) พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่การตามหาเจ้าของเว็บไซต์ยาก (บางครั้งอยู่ต่างประเทศ) ในขณะที่การเปิดเว็บไซต์นั้นง่ายมาก เนื่องจากไม่มีกลไกการให้เจ้าของเว็บไซต์ มาขออนุญาตก่อนเปิด ส่วนกระบวนการระงับการ

แพร่หลายข้อมูลที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมายในเว็บไซต์ ตามมาตรา ๒๐ ต้องใช้เวลานานมาก ในการรวบรวมหลักฐาน เพื่อพิสูจน์ต่อศาลว่าเว็บไซต์ดังกล่าวกระทบกระเทือนต่อความมั่นคงแห่งราชอาณาจักรหรือที่มีลักษณะขัดต่อ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดี

๑๕. ระบบเฝ้าระวังการโฆษณายังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ไม่เท่าทันเทคโนโลยี ตลอดจนขาดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและชุมชนในการเข้ามาแก้ไขปัญหา และ ขาดเอกภาพในการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑๖. ปัจจุบันแม้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบกำกับดูแลสื่อ คือ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการ โทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) แต่อยู่ระหว่างการดำเนินการในระยะแรก และยังอยู่ในขั้นตอนการจัดทำประกาศระเบียบหรือหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ในการกำกับดูแล ตลอดจนออกใบอนุญาตเพื่อกำกับดูแลการ ประกอบกิจการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการ โทรคมนาคม จึงทำให้ขาดเครื่องมือในการกำกับดูแลกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และ กิจการ โทรคมนาคม

๑๗. ขาดกลไกในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภค ให้ผู้บริโภคเท่าทันสื่อ มีค่านิยมที่เหมาะสมในการ บริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถเลือกบริโภคได้อย่างมีเหตุผลและมีสติ ตระหนักถึงการใช้สิทธิผู้บริโภค รวมถึงสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำเป็นต่อการตัดสินใจได้

๑๘. ขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการกำกับ ดูแลจรรยาบรรณของกลุ่มผู้ประกอบการด้านสื่อสารมวลชน รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู หนายความ ฯลฯ ที่แสดงตนเป็นผู้รับรองสรรพคุณยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย

๑๙. ขาดแผนยุทธศาสตร์ ที่จะจัดการปัญหาได้รอบด้าน มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง ยั่งยืนและเท่าทัน ช่องทางการสื่อสารใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

แนวทางแก้ไขปัญหา

๒๐. ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ให้ทันสมัย เท่าทันสถานการณ์ปัญหา และเพิ่มบทกำหนดโทษให้เหมาะสม รวมทั้ง กำหนดหลักเกณฑ์ในการประกอบกิจการ กระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และโทรคมนาคมที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒๑. พัฒนากลไกการเฝ้าระวังการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยให้ อยู่ในรูปคณะกรรมการ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและการดำเนินงานขององค์กรชุมชน เครือข่ายภาคประชาชน องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ สื่อสารมวลชน สถาบันการศึกษา และภาคธุรกิจ

๒๒. พัฒนาระบบการดำเนินคดี เพื่อให้บังคับใช้กฎหมายได้อย่างรวดเร็วและเข้มงวด โดยกำหนดเป็น แนวทางมาตรฐานและใช้ปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งจัดให้มีการเผยแพร่ฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายอย่างทั่วถึง เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่และผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้และทันต่อสถานการณ์

๒๓. ให้องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ เช่น ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หนายความ ฯลฯ ควบคุมสมาชิกในองค์กร มิให้โฆษณาหรือรับรองสรรพคุณยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย และให้องค์กรวิชาชีพด้านสื่อ ดูแลจรรยา บรรณของกลุ่มผู้ประกอบการด้านสื่อสารมวลชน

๒๔. สนับสนุนให้ประชาชนรู้เท่าทันสื่อ มีค่านิยมที่เหมาะสมในการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สามารถเลือกบริโภคได้อย่างมีเหตุผลและมีสติ ตระหนักถึงการใช้สิทธิผู้บริโภค รวมถึงสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำเป็นต่อการตัดสินใจได้ โดยให้สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ให้ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ถูกต้อง รอบด้าน ครบถ้วนและทันการณ์ และประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

๒๕. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม อินเทอร์เน็ต และให้ครอบคลุมช่องทางการสื่อสารใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๒๖. ให้มีการประเมินผลกระทบจากการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔ / ร่างมติ ๑

เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๑). รายงานการสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
๒. สร้างสุขภาพไม่พึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔]. จาก <http://www.consumerthai.org>.
๓. สุเทพ วิไลเลิศ. (๒๕๕๓). รายงานสถานการณ์สิทธิเสรีภาพของวิทยุขนาดเล็กในประเทศไทยปี ๒๕๕๓: แบ่งแยกเพื่อควบคุมเสียงและสิทธิเสรีภาพของวิทยุขนาดเล็กภายใต้รัฐไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการรณรงค์เพื่อการปฏิรูปสื่อ.
๔. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และ คณะ. (๒๕๕๔). โฆษณาสุขภาพเกินจริงไร้การควบคุม ใน สุขภาพคนไทย ๒๕๕๔: เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อชีวิตและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
๕. ASTV ผู้จัดการออนไลน์. องค์กรผู้บริโภคภาคอีสานเผยโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ได้รับอนุญาตเพียบ วอน อย.จัดการ. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔]. จาก <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=954000064549>.
๖. มัลลิกา จันทรวงศ์ หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล และ พัทธวิภา สุวรรณพรหม. (๒๕๕๔). สถานการณ์และผลกระทบของโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาตามกฎหมายทางสื่อวิทยุกระจายเสียงชุมชน ต่อผู้บริโภคในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
๗. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (๒๕๕๔). อย. สั่งฟันโฆษณาผลิตภัณฑ์เอนไซม์ เจริญฟัน อวดอ้างรักษาสารพัดโรค. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๔.
๘. จักรพงษ์ ชันธุระและไพบุลย์ สุขนาแสง. (๒๕๕๔). การเปิดรับสารโฆษณาจากสื่อวิทยุชุมชนของประชาชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. ปรินูญานิพนธ์ คณะวิทยาการจัดการโปรแกรมวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
๙. กรแก้ว จันทภาษา (๒๕๕๔) รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การโฆษณาผลิตภัณฑ์บาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุในจังหวัดขอนแก่น.

๑๐. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และ อรุษา สุวรรณมณี. (๒๕๕๔). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เข้าข่ายเป็นยาโดยผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น.
๑๑. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวประชาสัมพันธ์. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๔]. จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=30803.
๑๒. สุภาวดี เปล่งชัย. (๒๕๕๔). การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาระบบยา ประจำปี ๒๕๕๔ การขับเคลื่อนระบบยา: ภารกิจร่วม กพย.และเครือข่าย. วันที่ ๒๒-๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๔. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา.
๑๓. เนตรนภา รัตนพงษ์จินดา. (๒๕๕๔). การสำรวจข้อมูลโฆษณาผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักและผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เข้าใจว่าช่วยลดน้ำหนักซึ่งเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต. เอกสารการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ภูมิ. สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร. (ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.ภิญญา เปลี่ยนบางช้าง).

การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน ในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สี่

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ^๑

ตระหนัก ว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมและการบริการโดยไม่คำนึงถึงผลเสียต่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน ส่งผลให้คนทำงานต้องบาดเจ็บ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ พิการ หรือเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก

ตระหนัก ว่าการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและเป็นบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และกฎหมายอื่นอีกหลายฉบับ รวมทั้งตามอนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ

รับทราบ ว่ารัฐบาลได้กำหนดนโยบาย “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐

ตระหนัก ว่าการแก้ปัญหาจะต้องคำนึงถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (ทั้งภาครัฐ องค์กรนายจ้าง ผู้ประกอบการ องค์กรลูกจ้าง สหภาพแรงงาน คนทำงาน และผู้ประสบอันตรายจากการทำงาน) และการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กรต่าง ๆ

รับทราบ ว่าคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการต้องได้รับการคุ้มครองด้านอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน แต่ส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาการเข้าถึงการบริการ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการด้านการประเมินการสัมผัสสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน และอาชีวเวชศาสตร์ที่ยังไม่ได้มาตรฐานและไม่เพียงพอ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการดังต่อไปนี้

๑.๑ เร่งรัดให้มีการดำเนินการตามมาตรา ๓ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่ให้ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และกิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง จัดให้มีมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้าน

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๔ / หลัก ๓

ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในหน่วยงานของตนไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน
ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานตามพระราชบัญญัตินี้

๑.๒ ร่วมกับเครือข่ายแรงงาน องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันการศึกษาที่ผลิต/อบรมบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ สมาคมส่งเสริมความปลอดภัย และอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) และสมาคมวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนารูปแบบการทำงาน ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อนำไปสู่ “วัฒนธรรมความปลอดภัย” ในการทำงาน

๑.๓ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำและพัฒนาแนวทาง และมาตรฐานด้านอาชีวอนามัยในเรื่องต่อไปนี้

๑.๓.๑ การควบคุมคุณภาพการบริการอาชีวอนามัย ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ

๑.๓.๒ การตรวจและการประเมินการสัมผัสสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

๑.๓.๓ การตรวจสุขภาพคนทำงานตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน

๑.๓.๔ ระบบสารสนเทศด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

๑.๔ จัดสรรเงินกองทุนจากดอกผลของกองทุนเงินทดแทนในการสนับสนุนการจัดบริการด้านอาชีวอนามัย ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ครอบคลุมอย่างทั่วถึงเพื่อให้สถานประกอบกิจการขนาดเล็กและขนาดกลางมีความสามารถ เข้าถึงบริการอาชีวอนามัยให้กับคนทำงานได้ ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา ๒๘ วรรค ๒ แห่งพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗

๑.๕ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและ ศึกษาข้อมูลเตรียมความพร้อม เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาขององค์การแรงงาน ระหว่างประเทศที่จำเป็นต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ดังนี้

- ฉบับที่ ๑๕๕ ว่าด้วยความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัย ค.ศ. ๑๙๘๑ (พ.ศ. ๒๕๒๔)

- ฉบับที่ ๑๖๑ ว่าด้วยการบริการอาชีวอนามัย ค.ศ. ๑๙๘๕ (พ.ศ. ๒๕๒๘)

- ฉบับที่ ๑๘๗ ว่าด้วยกรอบงานส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัย ค.ศ. ๒๐๐๖ (พ.ศ. ๒๕๔๙)

๑.๖ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวน ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพในสถานประกอบการให้มีคุณภาพและมีความสอดคล้องกัน เช่น ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๔๒) เรื่องหลักเกณฑ์การยกเว้นสถานพยาบาลซึ่งไม่ต้องอยู่ในบังคับ ของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑

๒. ขอให้สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในฐานะองค์กร มหาชนที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งแก่องค์กรแรงงานและภาคประชาสังคม เพื่อเป็นกลไกส่งเสริม การเข้าถึงสิทธิเรื่องการบริการอาชีวอนามัยมากยิ่งขึ้น

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานหลักดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

๓.๑ ให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยและอาชีวเวชศาสตร์ ให้มีคุณภาพครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ

๓.๒ จัดทำและพัฒนาแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจากการทำงาน

๓.๓ สนับสนุนและร่วมมือกับมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา และองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการผลิตเพิ่มและพัฒนานักอาชีวอนามัย นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และพยาบาลอาชีวอนามัย เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานตามกฎหมาย และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความสามารถในการทำหน้าที่บริการด้านอาชีวอนามัย

๔. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบประมาณในการดูแลสุขภาพให้กับพนักงานเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจากกองทุนอื่น ๆ

๕. ขอให้กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม บังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่อย่างจริงจัง พร้อมทั้งให้ภาคีเครือข่ายผู้หญิงและเครือข่ายแรงงานที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของพนักงานติดตามผลการดำเนินงาน และรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงาน ในภาคอุตสาหกรรมและบริการ

ขอบเขตของพนักงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ในที่นี้ หมายถึงพนักงานภาคอุตสาหกรรมและบริการ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ และผู้รับงานจากผู้จ้างงานภาคอุตสาหกรรมไปทำที่บ้าน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ.๒๕๕๓

สถานการณ์ความปลอดภัยในการทำงาน

๑. นโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๓ ถึงปัจจุบัน ทำให้เกิดการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและบริการ และมีข้อมูลสถานประกอบการทั้งขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ๓๙๕,๙๒๔ แห่ง^๑ มีลูกจ้างในระบบประกันสังคมจำนวน ๘,๙๕๕,๗๔๔ ล้านคน^๒ ระหว่างปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๓ มีลูกจ้างที่เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ทุพพลภาพ และเสียชีวิตหรือสูญหายจากการทำงานสะสมจำนวน ๑,๗๐๖,๗๗๙ ราย คิดเป็นอัตราการประสบอันตรายเฉลี่ยปีละ ๒๕ ต่อพันราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต เฉลี่ยปีละ ๗๙๑ คน

๒. ในปี ๒๕๕๐ มีผู้รับงานไปทำงานที่บ้าน จำนวน ๔๔๐,๒๕๑ คน จาก ๒๙๔,๒๙๐ ครัวเรือน^๓ สำหรับแรงงานในกลุ่มผู้รับงานไปทำงานที่บ้านร้อยละ ๒๘.๕ ประสบปัญหา ความไม่ปลอดภัยเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานทั้งปัญหาด้านสายตา ฟันละออง ท่าทางในการทำงาน การใช้เครื่องจักรเครื่องมือ และการสัมผัสสารเคมี^๔

๓. ความสูญเสียที่เกิดขึ้น เป็นความสูญเสียทางตรง ได้แก่ รายได้ ผลผลิตในการผลิต และทางอ้อม ได้แก่ ผลกระทบทางจิตใจและการดำรงชีวิตของลูกจ้าง ซึ่งองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ประมาณค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากปัญหาความปลอดภัยและอาชีวอนามัยว่า จะมีค่าเสียหายประมาณร้อยละ ๔ ของรายได้ประชาชาติ ในขณะที่ผลของความสูญเสียในเชิงคุณภาพชีวิตไม่อาจประเมินหรือทดแทนได้

ปัญหาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย

๔. การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยแบ่งเป็น ๓ ด้านคือ การป้องกัน การส่งเสริมความปลอดภัยและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการวินิจฉัยโรค

(๑) การป้องกัน

๕. พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงของพนักงานทุกปี ตลอดจนกำหนดมาตรการการตรวจวัด การประเมินความเสี่ยงในสถานที่ทำงาน แต่ในทางปฏิบัตินั้น ยังขาดการบังคับใช้กฎหมายและการรณรงค์เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมทั้งไม่มีการยกระดับและปรับปรุงมาตรฐานในการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย

ตามปัจจัยเสี่ยงให้ทันต่อความก้าวหน้าในการผลิตทางภาคอุตสาหกรรม สำหรับผู้รับงานไปทำที่บ้านนั้น การดูแล เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับงานไปทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งกำหนดหมวด ๔ ว่าด้วยความปลอดภัยใน การทำงานไว้เป็นการเฉพาะ

(๑.๑) การตรวจวัดและการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน

๖. ประเทศไทยยังขาดระบบการจัดเก็บข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับอุตสาหกรรมและคนงานที่จำแนกตาม ปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงานประมาณการว่ามีแรงงาน กลุ่มเสี่ยงในภาคอุตสาหกรรมกว่า ๑๐ ล้านคน และ ถ้าคาดการณ์ว่า ลูกจ้างร้อยละ ๕๐ สัมผัสสารเคมี เสี่ยงดัง ความร้อน แสงสว่าง และรังสี ก็เท่ากับว่า จะมีลูกจ้างที่อยู่ในข่ายที่ต้องเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในการทำงานถึง ๕ ล้านคน

๗. จากข้อมูลของสำนักความปลอดภัยแรงงาน รายงานว่า ในปี ๒๕๕๓ มีสถานประกอบการเพียง ๑๗,๘๘๓ แห่ง (ร้อยละ ๔.๗๖) จากจำนวนรวมทั้งประเทศ ๓๗๕,๙๑๔ แห่ง ที่ได้รับการตรวจความปลอดภัยและ สภาพแวดล้อม เป็นการตรวจด้วยสายตาไม่ใช้การตรวจด้วยเครื่องมือตรวจวัดทางวิทยาศาสตร์ และสรุปได้ว่าโดย เฉลี่ยในแต่ละปีทางกระทรวงแรงงานสามารถส่งเจ้าพนักงานตรวจแรงงานเข้าตรวจด้านความปลอดภัยได้ประมาณ ร้อยละ ๕ ของจำนวนสถานประกอบการทั้งหมด ทั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมถึงสถานที่ทำงานของผู้รับงานไปทำที่บ้าน

๘. สาเหตุที่การตรวจวัดและการประเมินความเสี่ยงในการทำงานยังมีการดำเนินการไม่มาก อาจเนื่องจาก นักอาชีวอนามัยที่จะทำหน้าที่ตรวจและประเมินการสัมผัสสารอันตรายและสิ่งแวดล้อมในการทำงานนั้นมีจำนวน น้อยมาก ส่วนบุคลากรของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อ ตรวจวัดและประเมินความเสี่ยง ส่วนใหญ่ มีวุฒิการศึกษาทางสายสังคมศาสตร์ เพียงแต่ได้รับการฝึกอบรมทักษะ ด้านอาชีวอนามัยเพิ่มเติมเท่านั้น รวมถึงยังมีเครื่องมือตรวจวัดไม่เพียงพอ ในขณะเดียวกัน มีบริษัทที่ปรึกษาที่ให้ บริการด้านการตรวจวัดฯ เพียงไม่กี่แห่ง และส่วนใหญ่อยู่ที่กรุงเทพมหานคร

(๑.๒) การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง

๙. ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์อยู่ประมาณ ๕๐๐ คน ส่วนใหญ่อยู่ใน กรุงเทพมหานคร มีพยาบาลอาชีวอนามัยประมาณ ๒,๐๐๐ คน ไม่เพียงพอที่ให้บริการแก่ผู้ทำงานที่มีเป็น จำนวนมาก นอกจากนี้ มีบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ บางแห่งเท่านั้นและไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุมและครบวงจรได้เนื่องจากมีเครื่องมืออุปกรณ์เพียงบางอย่าง เท่านั้น

๑๐. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมรายงานว่ ช่วง ๖ เดือนของปี ๒๕๕๔ มีคลินิกโรค จากการทำงาน ๖๐ แห่งทั่วประเทศ จัดให้มีการบริการเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพลูกจ้าง ณ สถานประกอบการ ๗,๕๕๗ ราย จากสถานประกอบการ ๗๕๗ แห่ง มีการตรวจสุขภาพลูกจ้าง ณ คลินิกโรคจากการทำงาน ๕๖,๖๙๐ ราย จากสถานประกอบการ ๖๘๖ แห่ง ซึ่งพอประเมินได้ว่า มีคนทำงานเพียงส่วนน้อยที่เข้าถึงบริการอาชีวอนามัย

(๒) การส่งเสริมความปลอดภัย

๑๑. กระทรวงแรงงานได้จัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยหลายกิจกรรม กิจกรรมที่สำคัญคือการ จัดสัปดาห์ความปลอดภัยในการทำงานแห่งชาติทุกปี การประกวดสถานประกอบการดีเด่นด้านความปลอดภัยใน การทำงาน และการรณรงค์โปรแกรมลดอุบัติเหตุเป็นศูนย์ นอกจากนี้ยังมีกฎหมายกำหนดให้สถานประกอบการ ต้องจัดอบรมให้ความรู้กับหัวหน้าหน่วยงานเพื่อแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับบริหาร อบรมผู้บังคับบัญชาคนงานเพื่อแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับหัวหน้างาน อบรมผู้ที่เป็น กรรมการในคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งกำหนดให้มี

เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับเทคนิค ระดับเทคนิคขั้นสูง หรือระดับวิชาชีพตามประเภทสถานประกอบการ และจำนวนลูกจ้างที่มี ที่สำคัญคือกฎหมายบางฉบับกำหนดให้มีการให้ความรู้แก่ลูกจ้างที่เกี่ยวข้องในเรื่องอัคคีภัย เรื่องการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เป็นต้น

๑๒. อย่างไรก็ตามกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยต่าง ๆ ข้างต้นนั้น ไม่มีกิจกรรมใดที่ให้ความรู้ความเข้าใจกับลูกจ้างและนายจ้างเกี่ยวกับหลักการและข้อกำหนดของกฎหมาย ในเรื่องการให้บริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จึงส่งผลให้เกิดปัญหาการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวของลูกจ้างที่ประสบอันตรายจากการทำงาน

๑๓. รัฐบาลตระหนักถึงปัญหาพื้นฐานนี้และได้วางพื้นฐานการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยการกำหนดให้เรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเป็นวาระแห่งชาติในปี ๒๕๕๐ ซึ่งจะมีเรื่องการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ลูกจ้างในเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน และกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประกอบด้วยมาตรการและแนวทางหลากหลายที่จะทำให้งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้กำหนดให้มีการจัดตั้ง “สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน” ภายในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๕ เพื่อทำหน้าที่หลักในเรื่องการส่งเสริมกิจกรรมความปลอดภัยต่าง ๆ

๑๔. สิ่งที่ควรคำนึงคือต้องมีความพยายามที่จะให้ลูกจ้างมีส่วนร่วมในกิจกรรมความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น คือการมีส่วนร่วมและเข้าร่วมกิจกรรมความปลอดภัยของลูกจ้าง

๑๕. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความปลอดภัย ขึ้นอยู่กับการเชื่อมโยงข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการบริหารจัดการ จึงต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ และควรผลักดันให้มีการปรับปรุงระบบสารสนเทศของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๓) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และปัญหาการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

(๓.๑) คลินิกโรคจากการทำงาน

๑๖. จัดตั้งโดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานประกันสังคม และกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันคลินิกโรคจากการทำงานมีจำนวน ๖๘ แห่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม โดย ๖๐ แห่งอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป อีก ๘ แห่งอยู่ในมหาวิทยาลัย คลินิกแต่ละแห่งมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือการตรวจสุขภาพ และคุณภาพ มาตรฐานในการให้บริการ คลินิกอาชีวเวชศาสตร์เพียงแห่งเดียวที่มีความพร้อม และสามารถให้บริการในระดับตติยภูมิได้คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ ในภาพรวมข้อจำกัดทั้งด้านปริมาณและการกระจายตัวของบุคลากรและสถานบริการ ส่งผลให้คนทำงานเข้าถึงสิทธิในการรับบริการทางการแพทย์ได้ยาก

๑๗. การศึกษาของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ พบว่ามีการตรวจสุขภาพลูกจ้างในปี ๒๕๕๓ ณ คลินิกโรคจากการทำงาน ๕๖,๖๙๐ ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคจากการทำงาน ๓,๑๘๒ ราย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการทำงาน ๓,๑๕๓ ราย ข้อมูลข้างต้นสนับสนุนฐานได้ว่าผู้ที่มารับบริการ เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการทำงานโดยตรง

๑๘. ส่วนของผู้รับงานไปทำที่บ้าน หากจะเข้าใช้บริการการตรวจสุขภาพ ณ คลินิกโรคจากการทำงาน สามารถทำได้ แต่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะต้องเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหากผลการตรวจวินิจฉัยโรคจากการทำงานถูกวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายจากการทำงาน ผู้รับงานไปทำที่บ้านก็

ไม่สามารถได้รับค่าทดแทนกรณีเจ็บป่วย ประสบอันตราย เสียชีวิตหรือสูญหายจากการทำงานตามกฎหมายพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ ได้ เพราะกฎหมายยังไม่ครอบคลุม

(๓.๒) ปัญหาการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

๑๙. ด้วยข้อจำกัดทั้งด้านจำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และคลินิกโรคฯ ทำให้คนทำงานส่วนใหญ่ต้องใช้บริการจากสถานพยาบาลทั่วไป ซึ่งไม่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในด้านอาชีวอนามัย การที่ไม่สามารถวินิจฉัยภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานอย่างถูกต้องหรือล่าช้า อาจส่งผลให้คนทำงานไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องหลายกรณีพัฒนาไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเสียชีวิต อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคจากการทำงานไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาจากกองทุนเงินทดแทนตามกฎหมาย นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาการวินิจฉัยที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันชั้น ๑ แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และคณะแพทย์ของกองทุนเงินทดแทน ผลกระทบจึงเกิดขึ้นกับคนทำงานในการพิสูจน์สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน และการเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

(๓.๓) ปัญหาการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์

๒๐. แม้ว่าจะมีกลไก และหน่วยงานในระดับต่างๆ ที่ตอบสนองต่อการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยจากการทำงานในภาคอุตสาหกรรม แต่ปัญหาพื้นฐานที่สำคัญของคนทำงานคือ การไม่รู้ว่าตนป่วยเป็นโรคจากการทำงาน ในบางกรณี แม้ว่าจะรู้ตัวว่าป่วยจากการทำงาน แต่นายจ้างก็มักให้คนทำงานใช้บริการจากสำนักงานประกันสังคม แทนกองทุนเงินทดแทน ในหลายกรณี คนทำงานไม่กล้าใช้สิทธิต่าง ๆ เพราะกลัวถูกไล่ออกจากงาน (กลัวนายจ้างรู้ว่าป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ) ขณะที่คนทำงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก ผู้รับงานไปทำที่บ้าน รวมทั้งคนทำงานที่อยู่ในสถานประกอบการที่ไม่มีการรวมกลุ่มที่เข้มแข็ง ไม่รู้แม้กระทั่งว่า ตนมีสิทธิที่ได้รับความคุ้มครองในเรื่องอะไรบ้าง

สรุปประเด็นสำคัญอันมีผลต่อการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่สำคัญ ได้แก่

(๑.) ประเด็นเชิงโครงสร้าง

๒๑. นโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม ซึ่งเร่งรัดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจโดยส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรม ที่เน้นต้นทุนต่ำ และปัจจุบันยังเร่งขยายการลงทุนอุตสาหกรรมต้นน้ำอันตรายบางกลุ่มมากขึ้น เช่น อุตสาหกรรมปิโตรเคมีและอุตสาหกรรมเหล็กที่ก่อมลพิษสูง จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุงการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและสุขภาพของคนทำงาน

๒๒. ด้านกฎหมายและการบังคับใช้ แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายหลายฉบับที่กำหนดมาตรฐานของการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเทียบเท่ากับมาตรฐานสากล ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับงานไปทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๓ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ และ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ ซึ่งกฎหมายหลายฉบับได้เอื้ออำนวยให้เกิดความสะดวกในการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานมาก เช่น มาตรา ๕๒ พระราชบัญญัติความปลอดภัยฯ พ.ศ. ๒๕๕๔ ให้มีสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภายในหนึ่งปีหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้” และมาตรา ๒๘ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ “กำหนดให้กระทรวงแรงงานมีอำนาจจัดสรรเงินกองทุนไม่เกินร้อยละยี่สิบสองของดอกผลของกองทุนต่อปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาและส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของ

ลูกจ้างตามที่กระทรวงแรงงานประกาศกำหนด และเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมหรือป้องกันเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน และไม่เกินร้อยละสามของดอกผลของกองทุนต่อปีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนและค่าใช้จ่ายตามมาตรา ๔๓” แต่สิ่งที่พบในปัจจุบันอยู่มาก คือ ปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย จากข้อมูลของสำนักความปลอดภัยแรงงาน พ.ศ. ๒๕๕๓ รายงานว่ามีสถานประกอบการเพียง ๑๗,๘๘๓ แห่ง (ร้อยละ ๔.๗๖) จากจำนวนรวมทั้งประเทศ ๓๗๕,๙๑๔ แห่ง ที่ได้รับการตรวจความปลอดภัยและสภาพแวดล้อม

๒๓. ขณะเดียวกันเนื่องจากรัฐบาลไทย ยังไม่ได้ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้แก่ อนุสัญญาฯ ฉบับที่ ๑๕๕ ว่าด้วย ความปลอดภัยในการทำงาน และอาชีวอนามัย ค.ศ.๑๙๘๑ (พ.ศ.๒๕๒๔) ฉบับที่ ๑๖๑ ว่าด้วยการบริการอาชีวอนามัย ค.ศ.๑๙๘๕ (พ.ศ.๒๕๒๘) และ ฉบับที่ ๑๘๗ ว่าด้วยกรอบงานส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานและอาชีวอนามัย ค.ศ.๒๐๐๖ (พ.ศ.๒๕๔๙) จึงมีผลให้การตรากฎหมายทั้งกฎหมายหลักและกฎหมายรองที่เกี่ยวข้อง ยังไม่ครอบคลุมและสอดคล้องกับข้อตกลงของนานาชาติประเทศ และส่งผลให้ขาดแรงจูงใจที่จะทำให้รัฐบาลมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินงานเรื่องการบริการอาชีวอนามัยอย่างเต็มที่

๒๔. ความเข้มแข็งขององค์กรแรงงาน ประสบการณ์ในต่างประเทศบ่งชี้ว่าความเข้มแข็งขององค์กรแรงงานช่วยให้คนทำงาน เข้าถึงสิทธิเรื่องบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยและสิทธิต่าง ๆ ขณะที่ประเทศไทย มีจำนวนสหภาพแรงงานในกิจการเอกชน ๑,๓๐๗ แห่ง มีสมาชิกสหภาพรวม ๓๕๘,๔๑๓ คน ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนลูกจ้างทั่วประเทศ ส่วนของคนรับงานไปทำที่บ้านซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศทำให้ยากต่อการรวมกลุ่ม ขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรของผู้ป่วยโรคจากการทำงาน รวมทั้งนักวิชาการ ยังมีบทบาทจำกัดในเรื่องนี้

๒๕. การปลูกฝัง “วัฒนธรรมความปลอดภัย” สังคมไทยยังขาดการสร้างและการปลูกฝังความรู้และวัฒนธรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยและการคุ้มครองสิทธิของคนทำงาน รวมทั้งการขาดความตระหนักถึงความรับผิดชอบในการอยู่ร่วมกัน

(๒) ประเด็นในส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการทำงาน

๒๖. ด้านนายจ้าง พบว่าสถานประกอบการบางแห่งไม่มีนโยบายในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพความปลอดภัยให้แก่คนทำงาน แม้กฎหมายจะกำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้มีการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทั้งการตรวจสุขภาพประจำปีตามปัจจัยเสี่ยงและการตรวจวัดประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ด้านหนึ่งนายจ้างก็มีปัญหาการเข้าถึงผู้ให้บริการตรวจวัดฯ ที่มีน้อยราย อีกด้านหนึ่งการดำเนินการดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งสถานประกอบการขนาดใหญ่สามารถรับภาระได้ แต่สถานประกอบการขนาดเล็กไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ได้ นายจ้างบางรายจึงหลีกเลี่ยงเรื่องการเฝ้าระวังฯ เพื่อหลีกเลี่ยงภาระความรับผิดชอบจากผลการตรวจวัดต่าง ๆ ขณะที่นายจ้างบางรายไม่แจ้งขึ้นทะเบียนฯ ลูกจ้างตามกฎหมาย โดยให้คนทำงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานใช้สิทธิในระบบประกันสังคมแทน เพื่อหลีกเลี่ยงการแจ้งข้อมูลการประสบอันตรายของลูกจ้างแก่เจ้าหน้าที่ และลดภาระการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

๒๗. ด้านคนทำงาน คนทำงานส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจและยังไม่ตระหนักถึงปัญหาในเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน ไม่ทราบถึงสิทธิที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย เช่น สิทธิที่จะได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายกองทุนเงินทดแทน สิทธิที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

คุ้มครองคนรับงานไปทำที่บ้าน สิทธิที่จะได้รับการตรวจและวินิจฉัยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวเวชศาสตร์ อีกทั้งคนทำงานไม่มีศักยภาพในการปกป้องตนเองจากความปลอดภัยต่างๆในการทำงาน และไม่สามารถให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการประสบอันตราย แก่เจ้าหน้าที่สำนักงานกองทุนเงินทดแทน หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนเพียงพอต่อการวินิจฉัย ทำให้เสียโอกาสที่จะเข้าถึงสิทธิการรับค่าชดเชยและการช่วยเหลือทางการแพทย์

๒๘. ด้านภาครัฐ หน่วยงานและบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้ความรู้และคุ้มครองสิทธิของคนทำงานมีจำนวนน้อยและกระจายไม่ทั่วถึง รวมทั้งยังไม่มี ความชำนาญเพียงพอต่อการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากการทำงาน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๔ / ร่างมติ ๓

เอกสารอ้างอิง

- ๑ สถิติงานประกันสังคม, ๒๕๕๓
- ๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๓
- ๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๐
- ๔ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๕๐) การสำรวจสถานการณ์ของแรงงานในกลุ่มผู้รับงานไปทำงานที่บ้าน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕

- มติ ๑ การจั้ดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑ / ผนวก ๑
- มติ ๒ การป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๖
- มติ ๓ การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ
ในบริบทสังคมไทย
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๔
- มติ ๔ การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗ / ผนวก ๑
- มติ ๕ ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๘
- มติ ๖ การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)
สมัชชาสุขภาพ ๕ / มติ ๖ / ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕ / ผนวก ๑
- มติ ๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๓
- มติ ๘ การพัฒนาโลกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบต่อสุขภาพ
จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙ / ผนวก ๑
- มติ ๙ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๒
- มติ ๑๐ เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- มติ ๑๑ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ
สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑๐

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน^๑

ตระหนัก ว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีส่วนทำให้คนมีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเลือกเดินทางในระยะสั้นด้วยยานยนต์แทนการเดินทางและใช้จักรยานทำให้มีการใช้เชื้อเพลิงเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้ไทยเสียดุลการค้าและปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้น ประชาชนทุกกลุ่มประสบอุปสรรคในการใช้ทางเดินเท้า

กังวล ต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ เนื่องจากการเจ็บป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มลพิษและอุบัติเหตุ การขาดดุลการค้า การเสียเวลาเดินทาง และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และความสูญเสียทางสังคมจากการลดลงของคุณภาพชีวิต ความเป็นชุมชน

ชื่นชม ความพยายามส่งเสริมการเดินทางและใช้จักรยานสำหรับการเดินทางระยะสั้นแทนการใช้ยานยนต์ที่ผ่านมาของหน่วยงานและองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่ง แม้จะยังมีประสิทธิผลที่จำกัด

รับทราบ ว่านโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ทันสมัย และขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้ รวมทั้งไม่มีบทบัญญัติที่ส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

เห็นว่า การทำให้สังคมไทยเอื้อต่อการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันจัดการแบบบูรณาการ สร้างและให้ความรู้ หนุนเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้มีระบบและโครงสร้างที่ส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน รวมทั้งการพัฒนาและการนำกฎหมายไปใช้อย่างจริงจัง เพื่อมุ่งสู่การมีระบบขนส่งและจราจรที่ยั่งยืน และการพัฒนาให้เมืองน่าอยู่

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณาเร่งรัดดำเนินการดังนี้

๑.๑ สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดเป็นนโยบายหลักให้การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีการเดินทางระยะสั้นที่สำคัญ และทำหน้าที่ประสานงานหน่วยงานภาครัฐในการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ

๑.๒ กระทรวงคมนาคมส่งเสริมการเชื่อมต่อการเดินทางกับระบบขนส่งสาธารณะด้วยการเดินเท้าและการใช้จักรยาน ให้ความรู้ที่เน้นให้ความสำคัญต่อผู้เดินเท้าและผู้ใช้จักรยานทุกกลุ่มคนในการสอบเพื่อขอใบอนุญาตขับขี่ยานยนต์ทุกชนิด

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑

๑.๓ กระทรวงมหาดไทยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแก้ไขปรับปรุงกฎกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร และข้อบัญญัติท้องถิ่น ให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะ รวมทั้งสถานขนส่งสาธารณะ ต้องจัดให้มีที่จอดจักรยานที่สะดวก ปลอดภัย และเพียงพอ รวมถึงกำหนดให้จังหวัดมีหน้าที่สนับสนุนการเดินเท้าและใช้จักรยานให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

๑.๔ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดให้การเดินและการใช้จักรยาน เป็นระเบียบวาระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำโครงสร้างพื้นฐานให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อการเดินเท้า การใช้ทางเท้า และการสัญจรของคนพิการ และการใช้จักรยาน กำหนดพื้นที่จำกัดความเร็วของยานยนต์ และช่องทางการเดิน การใช้จักรยาน มีสัญลักษณ์และป้ายบอกชัดเจนในเขตชุมชน และประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้ และรณรงค์อย่างต่อเนื่อง สร้างความตื่นตัวและสนับสนุนกิจกรรมด้านการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน แก่สาธารณชน

๑.๕ กระทรวงศึกษาธิการกำหนดให้สถานศึกษามีหลักสูตรให้ความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเดิน และการใช้จักรยาน อาทิเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการใช้สัญญาณมือและไฟจักรยานกับผู้ใช้ขี่ให้ถูกต้อง ปลอดภัย และสนับสนุนให้ใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่องแก่นักเรียนนักศึกษา รวมทั้งส่งเสริม และสนับสนุนให้เดินหรือใช้จักรยานในการเดินทางมาเรียน ด้วยการมีส่วนร่วมของนักเรียนนักศึกษา ผู้ปกครอง และชุมชน และจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินและการใช้จักรยานภายในสถานศึกษา

๑.๖ กระทรวงอุตสาหกรรมส่งเสริมผู้ประกอบการธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตสินค้าและให้บริการที่ เกี่ยวกับการเดินและการใช้จักรยาน และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในการเดินทางที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และราคาที่เป็นธรรม

๑.๗ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปเดินและใช้จักรยาน ในชีวิตประจำวัน และสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานอย่างต่อเนื่อง

๑.๘ กระทรวงพลังงานมีนโยบายและมาตรการส่งเสริมการเดินทางที่ไม่ใช้เครื่องยนต์ ได้แก่ การเดิน และการใช้จักรยาน และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในการเดินทาง

๑.๙ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา โดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สนับสนุนการท่องเที่ยวด้วย จักรยานและกระตุ้นให้ผู้ประกอบการที่พักมีจักรยานให้บริการนักท่องเที่ยว

๑.๑๐ กระทรวงการคลังมีมาตรการทางภาษีเพื่อสนับสนุน ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนใช้ จักรยานในชีวิตประจำวัน

๑.๑๑ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพรณรงค์และสร้างองค์ความรู้เพื่อผลักดันนโยบาย และเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพด้วยการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในข้อ ๑.๑ - ๑.๑๑ ปฏิบัติงานไปแล้วเสร็จภายในปี ๒๕๕๘

๒. ขอให้สำนักนายกรัฐมนตรีสนับสนุนการมีส่วนร่วมเพื่อการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ดังนี้

๒.๑ สนับสนุนกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ “การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน” ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคประชาสังคม หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ตามภาคผนวก^๒ ท้ายเอกสารหลัก เป็นเอกสารตั้งต้น

๒.๒ สนับสนุนให้มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์ดังกล่าว และเสนอต่อสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อรับรองร่างยุทธศาสตร์ให้เสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๕๗

๓. ขอให้ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยเป็นแกนนำ ประสานกับภาคีที่เกี่ยวข้องด้านการเดินและการใช้จักรยาน และภาคีสมัชชาสุขภาพ สร้างเครือข่ายความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ร่วมในกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ฯ ตามข้อ ๒.๑ รวมทั้งการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การสนับสนุนทางวิชาการ การศึกษาดูงาน เรียนรู้จากพื้นที่ที่ดำเนินงาน

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕. หลัก ๑ / ผนวก ๑

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

นิยาม ในเอกสารนี้

“การเดินทางและการใช้จักรยาน” หมายถึงการเดินทางด้วยการเดินหรือการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ไม่ใช่การกระทำเพียงเพื่อความเพลิดเพลินหรือการออกกำลังกาย

“การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน” หมายถึงการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน และการใช้ล้อเลื่อนของผู้พิการ บนทางเท้าและทางจักรยานที่ชนวนใช้ ทุกคนซึ่งรวมถึงคนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วย เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน

ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีการเดินทางหลักของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย นับแต่มีการนำจักรยานเข้ามาเมื่อ ๑๐๐ กว่าปีก่อน สถานะนี้เปลี่ยนแปลงไปเมื่อประมาณสี่สิบปีที่ผ่านมาด้วยการแพร่หลายของยานยนต์ในราคาที่ประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางขึ้นไปสามารถซื้อหาได้ ประกอบกับการที่รัฐบาลรับเอาแนวคิดการพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญกับรถยนต์ส่วนบุคคล มาเป็นหลักในการออกแบบเมืองและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการเดินทางขนส่ง การลงทุนและการพัฒนาระบบที่รองรับการเดินทางที่ไม่ใช้เครื่องยนต์(Non-Motorized Transport) คือการเดินทางและการใช้จักรยาน และระบบขนส่งสาธารณะโดยเฉพาะระบบราง ถูกปล่อยให้พลละเลย เป็นเหตุให้คนจำนวนมากเลือกการเดินทางแม้ในระยะสั้น ๆ ด้วยยานยนต์ จนเป็นความเคยชิน พฤติกรรม และนิสัย

๒. ในด้านสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายพอเพียงต่อสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรงอย่างน้อย ๙ ประการคือ ลดการเกิดโรคหัวใจลงร้อยละ ๓๐-๕๐, ลดการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ลงร้อยละ ๓๐, ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน, ลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้, ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม, ปรับปรุงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก, ลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า และลดปัจจัยเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุ^๑ การปั่นจักรยานเป็นหนึ่งในการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามชนิดที่ไม่มีแรงกระแทกต่อกระดูกและข้อ จึงเหมาะที่สุดกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นกิจกรรมประจำวันของประชาชนจึงเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมสูงวัย เนื่องจากในเวลาไม่ถึง ๑๐ ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ราว ๑๑ ล้านคนเท่า ๆ กับเด็ก และหลังจากนั้นก็จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กตลอดไป^๒ การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นถึงระดับที่เหมาะสมจะทำให้ประเทศไม่ต้องสูญเสียผลิตผลในการทำงานซึ่งขณะนี้ตกเฉลี่ย ๑.๘ วันต่อคนต่อปี^๓ และประหยัดงบประมาณในการให้บริการทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น งบประมาณที่รัฐบาลต้องใช้ในการรักษาพยาบาลคนที่มีน้ำหนักเกินหรือ

เป็นโรคอ้วนมากกว่าปีละ ๑ แสนล้านบาท และที่คาดว่าจะต้องจ่ายเพิ่มกับเด็กที่เป็นโรคอ้วนในอนาคตอีกประมาณปีละเกือบ ๒ แสนล้านบาท^๔

๓. ในด้านเศรษฐกิจ การส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานโดยเฉพาะสำหรับการเดินทางระยะสั้น (๑-๕ กิโลเมตร) และส่งเสริมการเชื่อมโยงกับการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ จะช่วยลดการใช้ยานยนต์ที่ไม่จำเป็นและลดการนำเข้าน้ำมันและก๊าซธรรมชาติจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นจนในปี ๒๕๕๔ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ ของมูลค่าการนำเข้าน้ำมัน^๕ หรือกว่า ๑ ล้านล้านบาท (๑) ค่าใช้จ่ายครัวเรือนในการเดินทางและยานพาหนะ ในปี ๒๕๕๔ มากเป็นอันดับ ๓ ของรายจ่ายครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ ๑๙ โดยเป็นค่าใช้จ่ายด้านพลังงานภาคขนส่ง (น้ำมันและก๊าซที่ใช้กับยานยนต์) ถึงร้อยละ ๑๐ และได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^๖ การเดินทางและการใช้จักรยานในการเดินทางระยะสั้นในชีวิตประจำวันจะช่วยลดค่าใช้จ่ายนี้ได้ หากเดินหรือใช้จักรยานแทนการใช้รถยนต์สัปดาห์ละ ๑ วัน ประชาชนจะประหยัดค่าน้ำมันได้เฉลี่ย ๕,๒๐๐ บาท/คัน/ปี (คิดจากฐานการจ่ายค่าน้ำมัน ๑๐๐ บาท/วัน/คัน) (๒) การเดินทางและการใช้จักรยาน ซึ่งเป็นวิธีเดินทางที่ใช้ความเร็วต่ำ ยังจะช่วยลดอุบัติเหตุที่เกิดจากมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ ซึ่งเป็นยานยนต์ที่สามารถใช้ความเร็วสูง ซึ่งเป็นเหตุให้ประชาชนเสียชีวิตวันละ ๒๕-๓๐ คน และมีผู้พิการรายใหม่ปีละกว่า ๕,๐๐๐ คน^๗ คิดเป็นความสูญเสียปีละ ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท (๓) การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาการจราจรติดขัดและการสูญเสียเวลาในการเดินทางเนื่องจากการมียานยนต์บนถนนเกินกว่าที่จำเป็น ปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการเดินทางของคนทั้งประเทศและในกรุงเทพฯ เป็น ๑.๓ และ ๑.๗ ชั่วโมงต่อวันตามลำดับ^๘ ทำให้สูญเสียเวลาเป็นมูลค่าปีละ ๘๐,๐๐๐ ล้านบาท เฉพาะในกรุงเทพฯ และปริมณฑล หากสามารถทำให้การจราจรที่ติดขัดถึงขั้นวิกฤตนี้ดีขึ้นถึงระดับที่ใช้ได้ ก็จะลดมูลค่าความเสียหายจากการเสียเวลาลงได้วันละ ๘๘.๓ ล้านบาท และลดมูลค่าความเสียหายจากการใช้ยานพาหนะได้วันละ ๑๑๘.๙ ล้านบาทด้วย หรือมูลค่าความเสียหายรวมลดลงถึง ๖๒,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี^๙

๔. ทางด้านสิ่งแวดล้อม การเดินทางระยะสั้นด้วยการเดินทางและการใช้จักรยาน จะช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้น้ำมันและก๊าซธรรมชาติในภาคขนส่ง ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราสูงมากจนเป็นอันดับที่ ๒๑ ของโลกในปี ๒๕๕๔ จากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ทั้งประเทศ ๒๒๑.๖๕ ล้านตัน มาจากภาคขนส่งมากถึง ๕๙.๘๐ ล้านตัน หรือร้อยละ ๒๗ โดยเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๓ ถึงร้อยละ ๒๐^{๑๐} และก๊าซ CO₂ ในกรุงเทพฯ ประมาณครึ่งหนึ่งมาจากรถยนต์ เมื่อพิจารณาถึงปริมาณการปล่อยก๊าซ CO₂ ที่เกิดจากการเดินทาง เป็นกิโลกรัม/กิโลเมตร/คน (Carbon Footprint ของการเดินทาง) การใช้รถยนต์ส่วนบุคคลมีค่า ๐.๐๙ ซึ่งสูงที่สุดในการใช้ยานพาหนะทางบก ทุก ๑๐ กิโลเมตรที่คนในประเทศไทยเดินหรือใช้จักรยานแทนการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล จะลดการปล่อยก๊าซ CO₂ ไปเกือบหนึ่งกิโลกรัม^{๑๑} ถ้ารถยนต์ ๑ ล้านคัน วิ่งน้อยลงวันละ ๑.๓ กิโลเมตร จะลดการปล่อยก๊าซ CO₂ ได้ ๑๐๐,๐๐๐ ตัน และลดค่าใช้จ่ายด้านสิ่งแวดล้อมหรือความเสียหายจากการปล่อยมลพิษของรถยนต์ที่ขณะนี้ประเมินว่าสูงถึงปีละ ๒๐,๐๐๐ ล้านบาท ลงได้ โดยลดได้เฉลี่ย ๕ บาทเมื่อเดินหรือใช้จักรยานแทนรถยนต์หนึ่งคันเป็นระยะทางหนึ่งกิโลเมตร (ราคาคงที่ปี ๒๕๔๖)^{๑๒}

๕. ในด้านสังคมวัฒนธรรม การที่ประชาชนกลับมาเดินและใช้จักรยานในการเดินทางระยะสั้นจะช่วยคืนความเป็นชุมชนกลับมา การศึกษาในหลายประเทศทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา พบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างปริมาณการเดินทางและการใช้จักรยานของประชาชน กับความเท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ-สังคม ความเป็นประชาธิปไตย และความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง ด้วยการจัดผังเมือง ออกแบบ และพัฒนาเมืองให้มีพื้นที่

สาธารณะที่ประชากรสามารถเดิน ใช้จักรยาน และทำกิจกรรมทางสังคมได้อย่างสะดวกปลอดภัย ลดการใช้ยานยนต์ส่วนบุคคลลง การพัฒนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนสูงสุดของสังคมจนมีการกล่าวว่า “เมืองจักรยานคือเมืองเจริญ” (A cycle-lized city is a civilized city)^{๑๓} และ “เมืองน่าปั่น เมืองน่าเดิน คือเมืองน่าอยู่”

๖. ทางเดินเท้าจำนวนมากมีพื้นผิวขรุขระ มีสิ่งกีดขวาง มีความกว้างไม่เพียงพอ ไม่มีทางลาดเป็นทางขึ้นลงที่เหมาะสม และไม่ร่มรื่นชวนใช้ เป็นอุปสรรค ทำให้กลุ่มคนที่ใช้ทางเท้า รวมถึงผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วย ไม่อาจเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และเสมอภาคเท่าเทียม

นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๗. การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน เป็นการดำเนินการที่สอดคล้องและเป็นรูปธรรม ในการนำนโยบายและแผนหลายฉบับไปเป็นการปฏิบัติที่เป็นจริง ทั้งในระดับสากลที่ประเทศไทยเข้าร่วมและในระดับประเทศดังต่อไปนี้

๗.๑ การมีนโยบายสาธารณะเรื่องการเดินและการใช้จักรยาน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ (รวมทั้งการนั่งในรถยนต์) ตามกฎบัตรโตรอนโตเพื่อกิจกรรมทางกาย (Toronto Charter for Physical Activity) ที่ประเทศไทยให้การรับรองไปเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๓ เช่นเดียวกับในแผนปฏิบัติการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๑ (Non-Communicable Disease Action Plan 2008) และยุทธศาสตร์ระดับโลกเรื่องอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๗ (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2004) ขององค์การอนามัยโลก

๗.๒ การส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานทางเท้าและทางจักรยาน เพื่อการส่งเสริมการเดินทางโดยไม่ใช้เครื่องยนต์ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการขนส่งที่ไม่แพงและยั่งยืน เป็นข้อเสนอของการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (The United Nations Conference on Environment and Development) หรือ Rio +20 ที่สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล เมื่อวันที่ ๒๐-๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นการประชุมสุดยอดผู้นำประเทศที่มีจุดมุ่งหมายในการกำหนดยุทธศาสตร์ว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาในทุกสาขาสำหรับประชาคมโลกเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไปในอนาคต

๗.๓ การสนับสนุนการเปลี่ยนจากระบบขนส่งที่ใช้เครื่องยนต์ มาเป็นระบบขนส่งที่ไม่ใช้เครื่องยนต์ ได้แก่ การเดินเท้าและการปั่นจักรยาน หรือเปลี่ยนมาใช้ระบบขนส่งสาธารณะและการขนส่งแบบคาร์บอนต่ำ รวมทั้งการบริหารจัดการความต้องการในการเดินทางและการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน เป็นข้อสรุปข้อหนึ่งของการประชุมการขนส่งที่ยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมแห่งภูมิภาคเอเชีย ครั้งที่ ๕ (The 5th Regional Environmentally Sustainable Transport Forum) เมื่อปี ๒๕๕๓ ที่ประเทศที่เข้าร่วมประชุม รวมทั้งไทย ได้ประกาศเป็นปฏิญญากรุงเทพสำหรับปี ๒๐๒๐ – เป้าหมายการคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน ๒๐๑๐-๒๐๒๐ (Bangkok Declaration 2020 – Sustainable Transport Goals for 2010-2020)

๗.๔ การเดินและการใช้จักรยานแทนการใช้รถยนต์ เป็นกิจกรรมที่ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานจะทำให้ประเทศไทยปฏิบัติตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nations Framework Convention on Climate Change - UNFCCC) ซึ่งไทยเป็นหนึ่งใน ๑๕๔ ประเทศที่ร่วมลงนามเมื่อ พ.ศ.๒๕๓๕ และปฏิบัติตามพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) ที่ไทยให้สัตยาบันเมื่อ พ.ศ.๒๕๔๕

๗.๕ ในระดับประเทศ การส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันเป็นการปฏิบัติตาม (๑) แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๘ ที่กำหนดให้ส่งเสริมการประหยัดพลังงานและลดต้นทุนการขนส่ง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตไว้ในนโยบายที่ ๓ คือนโยบายเศรษฐกิจ, (๒) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ที่ยึดแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญานำทางและมียุทธศาสตร์ให้ปรับ กระบวนทัศน์การพัฒนาและขับเคลื่อนประเทศเพื่อเตรียมพร้อมการไปสู่การเป็นเศรษฐกิจและสังคมคาร์บอนต่ำที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม, (๓) แผนหลักการพัฒนาการขนส่งและจราจร พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ ที่มุ่งสู่การขนส่งที่ยั่งยืน โดยมีเป้าประสงค์ที่ ๔ เพื่อส่งเสริมการขนส่งที่ประหยัดพลังงานและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม, และ (๔) แผนแม่บท ในการพัฒนาระบบการขนส่งที่ยั่งยืนและลดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๖๓ ซึ่งอยู่ใน ช่วงการจัดทำขั้นสุดท้าย

๘. ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติจัดระเบียบการจอดยานยนต์ในเขต เทศบาลและเขตสุขาภิบาล พ.ศ.๒๕๐๓, พระราชบัญญัติคณะกรรมการจัดระบบการจราจรทางบก พ.ศ. ๒๕๒๑, พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ.๒๕๒๒, พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒, พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒, พระราชบัญญัติทางหลวง พ.ศ. ๒๕๓๕, พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยรวมกฎหมายเหล่านี้ยังไม่ได้เอื้อต่อหรือส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

บทบาทขององค์กร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๙. กรุงเทพมหานคร (กทม.) และองค์กรปกครองท้องถิ่นจำนวนหนึ่ง มีแนวคิดส่งเสริมการใช้จักรยานเพื่อ แก้ปัญหาการจราจรแออัดมาแล้วหลายปี และได้รับเริ่มดำเนินงานไปบ้าง เช่น มีการสร้างทางจักรยานในกรุงเทพฯ และเมืองต่างๆ เช่น เชียงใหม่ ตาก เพชรบุรี ยะลา สงขลา แกลง ฯลฯ กทม.มีการออกข้อบังคับเจ้าพนักงาน จราจรในเขตกทม.ว่าด้วยการกำหนดช่องทางเดินรถสำหรับรถจักรยาน พ.ศ.๒๕๕๓ มีโครงการเราร์ักกรุงเทพฯ เรารักจักรยาน (เริ่มมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๔) มาดำเนินการด้านกายภาพ รมณรงค์การส่งเสริมการใช้จักรยาน และร่วมมือ กับภาคเอกชน และกำลังจะมีจักรยานสาธารณะให้บริการ นอกจากนี้ยังมีการสอนการใช้จักรยานให้นักเรียนชั้น ประถมปีที่ ๕ ในทุกโรงเรียนที่สังกัด กทม.

๑๐. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ได้ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมทางกายในรูปแบบ ของการเดินทางและการใช้จักรยาน ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ ผ่านโครงการย่อยต่าง ๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายมาโดยตลอดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้สนับสนุนโครงการเชิงรุกภายใต้ แผนงานการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภาพ ในสำนักกรณีศึกษาสื่อสารสังคม โดยให้ทุนวิจัย “โครงการผลักดันการเดินทาง และการใช้จักรยานไปสู่นโยบายสาธารณะของประเทศไทย” ของชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลและองค์ความรู้ด้านการเดิน และ/หรือ การใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของชุมชน ทั้งใน เขตเมืองและชนบท เพื่อใช้ในการผลักดันนโยบายสาธารณะ มุ่งส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ร่วมกับภาคีต่างๆทั่วประเทศ

๑๑. การเดินและวิ่งเพื่อออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่แพร่หลายในประเทศไทยมาไม่น้อยกว่าสามสิบปี จนเกิดชมรมนักเดินและวิ่งขึ้นทั่วประเทศ และมีการรวมตัวเป็นสหพันธ์เดินและวิ่งแห่งประเทศไทย แต่การส่งเสริม การเดินในลักษณะของกิจกรรมทางกายที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันเป็นเรื่องใหม่ที่ยังดำเนินงานโดย หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

๑๒. ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔ และได้ดำเนินงานส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ชักชวนให้ประชาชนหันมาขี่จักรยานด้วยกิจกรรมต่าง ๆ มาโดยตลอด และมีส่วนสำคัญทำให้เกิดชมรมของคนที่ขี่จักรยานเพื่อการออกกำลังกาย ท่องเที่ยวสันทนาการ และการแข่งขัน ขึ้นทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยได้เริ่มกระบวนการปรึกษาหารือกับชมรมและกลุ่มผู้ใช้จักรยานต่าง ๆ องค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนที่สนับสนุนการใช้จักรยานเพื่อก่อตั้งสมาพันธ์ผู้ใช้จักรยานแห่งประเทศไทย

๑๓. ชมรมจักรยานวันอาทิตย์เชียงใหม่ได้ริเริ่มการทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้รัฐบาลส่งเสริมการใช้จักรยานมาประมาณสิบปี และในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้ร่วมกับชมรมจักรยาน ๑๗ จังหวัดในภาคเหนือ จัดเสวนาปรับปรุงร่างนโยบายนี้จนครอบคลุมเกือบทุกด้านเป็นครั้งแรก และมีการปรับปรุงเพิ่มเติมเรื่อยมาจากเวทีเสวนาอื่น ๆ หลังจากนั้น แต่ยังไม่ได้มีการผลักดันร่างนโยบายนี้อย่างต่อเนื่องจริงจังเป็นระบบ

๑๔. ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยเริ่มทำงานผลักดันเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ให้ดำเนิน “โครงการผลักดันการเดินและการใช้จักรยานไปสู่นโยบายสาธารณะของประเทศไทย” ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาข้อมูลและองค์ความรู้ด้านการเดิน และ/หรือ การใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของชุมชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อใช้ในการผลักดันนโยบายสาธารณะ มุ่งส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันร่วมกับภาคีต่าง ๆ ทั่วประเทศ และเริ่มทำงานกับองค์กรปกครองท้องถิ่นอย่างน้อย ๕ พื้นที่ให้มีนโยบาย มาตรการ และงบประมาณส่งเสริมการใช้จักรยาน

๑๕. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มูลนิธิโลกสีเขียวได้เริ่มดำเนินโครงการจักรยานกลางเมือง ด้วยการสนับสนุนของ สสส. โดยมีจุดมุ่งหมายระยะยาวในการปรับเปลี่ยนกรุงเทพฯ จากเมืองรถยนต์เป็นเมืองจักรยานหรือเมืองนำอยู่ โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๕ มีการสำรวจและจัดทำแผนที่เส้นทางจักรยานกลางเมืองเป็นเครื่องมือสนับสนุนผู้สนใจใช้จักรยาน และการรณรงค์การใช้ถนนร่วมกันระหว่างรถยนต์กับจักรยาน

ข้อจำกัดในการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา

๑๖. ไม่มีนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน รวมทั้งกฎหมาย หน่วยงาน และงบประมาณในการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานเป็นการเฉพาะ

๑๗. การส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการ และไม่ครอบคลุมระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ในด้านต่าง ๆ ได้แก่

๑๗.๑ การพัฒนาระบบและโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเชื่อมต่อการเดินทางและใช้จักรยานกับระบบขนส่งสาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการ ยังมีข้อจำกัดการพัฒนาในโครงสร้างที่สำคัญ เช่น พื้นที่จอดและจร(Park and Ride) สำหรับจักรยาน ทางเท้าและทางจักรยานที่สะดวก ปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นต้น

๑๗.๒ ขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบในเรื่องทางจักรยานที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

๑๗.๓ ระบบถนนที่มีอยู่ไม่มีทางจักรยานที่ปลอดภัย รวมถึงการขาดที่จอดจักรยานที่ปลอดภัยและมีจำนวนเพียงพอในสถานที่ต่าง ๆ เป็นอุปสรรคสำคัญของการส่งเสริมการใช้จักรยาน

๑๗.๔ การจำกัดความเร็วของยานยนต์ในเขตเมือง/เขตชุมชนให้ปลอดภัยกับคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน

๑๗.๕ ขาดการประชาสัมพันธ์แบบองค์รวมและสื่อกลางแบบสองทางเพื่อให้ข้อมูลและรับทราบความต้องการของผู้ใช้บริการ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ใช้และขาดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คนมาใช้

๑๗.๖ ขาดมาตรการจูงใจ เป้าหมาย ตัวชี้วัด และการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง

๑๗.๗ ขาดการส่งเสริมให้ความรู้ที่เน้นการให้ความสำคัญต่อผู้เดินเท้าและผู้ใช้จักรยานในการสอบเพื่อขอใบอนุญาตขับขี่รถยนต์

๑๗.๘ ขาดการส่งเสริมหลักสูตรและกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินและการใช้จักรยาน และพัฒนาทักษะการใช้จักรยานให้ถูกต้องและปลอดภัย รวมทั้งจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินและการใช้จักรยานในสถานศึกษา

๑๗.๙ ขาดการรณรงค์และจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนให้ข้าราชการและประชาชนทั่วไปเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๑๗.๑๐ ขาดการส่งเสริมผู้ประกอบการและอุตสาหกรรมผลิตสินค้าและให้บริการที่เกี่ยวกับการเดินและการใช้จักรยานเป็นการเฉพาะ

๑๘. กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเดินและการใช้จักรยานยังไม่ได้เอื้อต่อหรือส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันเท่าที่ควร เช่น พระราชบัญญัติควบคุมอาคารยังไม่ได้กำหนดให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะต้องจัดให้มีที่จอดจักรยานที่สะดวกและปลอดภัย

๑๙. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการสร้างชุมชนจักรยาน ส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ รวมทั้งช่องทางการดำเนินการดังกล่าว ขาดผู้กระตุ้นและผู้สนับสนุนอย่างจริงจัง ถูกจำกัดด้วยระเบียบข้อบังคับและโครงสร้างอำนาจหน้าที่ตามระบอบราชการ ขาดการกำหนดให้การเดินและการใช้จักรยานเป็นระเบียบวาระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานและประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างคามตื่นตัวด้านการเดินและการใช้จักรยานแก่ประชาชน

๒๐. การส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานที่ได้ผลจริงจัง โดยลดการใช้รถยนต์ส่วนบุคคลโดยเฉพาะในการเดินทางระยะสั้น และคืนพื้นที่ที่จัดให้รถยนต์มาเป็นพื้นที่สาธารณะให้ประชาชนทั่วไปเดิน ใช้จักรยาน และทำกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ เป็นการปรับพฤติกรรมความเคยชินเดิมของคนส่วนหนึ่งและทำได้ไม่ยั่งยืน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๑

เอกสารอ้างอิง

- ๑ Mark WHO. WHO Global Physical Activity Recommendations, 2010.
- ๒ ปัทมา ว่าพัฒนวรงค์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๔๙. จาก<http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article02.htm>
- ๓ อ้างแล้ว (๑)
- ๔ อ้างแล้ว (๒)
- ๕ สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน. ๒๕๕๕. ผลวิเคราะห์พลังงานกับเศรษฐกิจ GDP, Energy, Import and Export of Goods
- ๖ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๕. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การใช้พลังงานของครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๕๔
- ๗ คำกล่าวของ นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย ประธานคณะทำงานโครงการสนับสนุนดำเนินงานป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดน่าน (สอจร) ในพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ “ถนนแห่งรอยยิ้ม” โครงการปรับปรุงถนนให้ปลอดภัยใน ๕ ภูมิภาคของประเทศไทย. ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ ใน <http://www.tunespeed.com/โครงการถนนแห่งรอยยิ้ม.html>
- ๘ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๔. การใช้เวลาของประชากร พ.ศ.๒๕๕๒
- ๙ สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. ๒๕๕๕. รายงานความก้าวหน้าฉบับ ๑ โครงการศึกษาเพื่อจัดทำแผนแม่บทในการพัฒนาระบบการขนส่งที่ยั่งยืนและลดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- ๑๐ Energy Policy and Planning Office. 2011. CO2 Emission from Energy Consumption by Sector.
- ๑๑ สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น. คู่มือคลายร้อนให้โลก (ที่) รัก
- ๑๒ อ้างแล้ว (๑๕)
- ๑๓ สรณรัชฎ์ กาญจนวณิชย์, ดร. ๒๕๕๕. สังคมจักรยาน สังคมประชาธิปไตย. ในเว็บไซต์มูลนิธิโลกสีเขียว. <http://www.greenworld.or.th/columnist/ecological/1737> อ้างถึง Wilkinson & Pickett, The Spirit Level, 2009

ร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

เป้าหมาย

รัฐต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าได้ดำเนินการกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนเลือกการเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีหลักในการเดินทางระยะสั้น (๑ - ๕ กิโลเมตร) ในชีวิตประจำวัน เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนในด้านสุขภาพและการลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และต่อรัฐในด้านการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน การจัดสาธารณูปโภค การดูแลสิ่งแวดล้อม การนำเข้าเชื้อเพลิงและการใช้พลังงาน ไปสู่การมีเมืองน่าอยู่ และการพัฒนาที่ยั่งยืน พร้อมทั้งมีทางเท้าและทางจักรยานที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกันด้วยการออกแบบที่เป็นธรรม (Universal Design)

ยุทธศาสตร์

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๔ ด้าน รายละเอียดดังนี้

- ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและจัดการเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างและพัฒนาระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน
- ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานด้วยมาตรการทางกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการเงิน

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างองค์ความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักตื่นตัวและทักษะ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้ เกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน

๑. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและจัดการเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๑.๑ ให้รัฐบาลกำหนดให้การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นนโยบายสาธารณะและระเบียบวาระแห่งชาติ

๑.๒ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นหน่วยงานประสานงานการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน กำหนดและจัดทำแผนแม่บทในภาพรวมของการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๑.๓ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเดินทางและการใช้จักรยาน โดยให้นำเงินจากกองทุนอนุรักษ์พลังงานมาใช้

๑.๔ ให้กระทรวงคมนาคมจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลด้านการเดินทางและการใช้จักรยานโดยเฉพาะ และให้สำนักงานนโยบายและแผนการจราจรและขนส่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน

๒. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างและพัฒนาระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

ให้สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ร่วมกับภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างและพัฒนาระบบและโครงสร้างเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเดินทางและการใช้จักรยาน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเดินทางจากรถยนต์ส่วนบุคคลมาเป็นการเดินทางและการใช้จักรยาน เพื่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยดำเนินงาน ดังนี้

๒.๑ ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาสิทธิให้ส่วนราชการของทุกจังหวัดที่มีจอดรถสำหรับคนพิการและรถจักรยานที่ใกล้อาคารและสะดวกกว่าผู้ใช้รถยนต์ รวมทั้งปลอดภัยจากการโจรกรรม แก่ข้าราชการและประชาชนที่ใช้จักรยาน มาติดต่อราชการ

๒.๒ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดนโยบายหลักให้ใช้การออกแบบที่เป็นธรรมหรือเป็นสากลในการก่อสร้างและปรับซ่อมทางเดินเท้าทั้งในและนอกเขตเมืองเพื่อให้ทุกคนรวมถึงคนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์โดยการเดินทางและการใช้จักรยานได้เท่าเทียมกัน โดยสะดวกและปลอดภัย

๒.๓ ให้กระทรวงมหาดไทยกำหนดให้

๒.๓.๑ ผู้ว่าราชการทุกจังหวัดเป็นประธานในระดับจังหวัด กำกับดูแล ติดตาม และรายงานผลการขับเคลื่อนการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๒.๓.๒ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา

(๑) วางแผนและจัดทำทางเท้าและทางจักรยานในที่สาธารณะ โดยมีระบบจราจรดูแลให้มีความปลอดภัย และมีที่จอดจักรยานให้เพียงพอ โดยให้ชุมชนและองค์กรผู้ใช้จักรยานมีส่วนร่วมพิจารณาในการจัดทำและใช้ประโยชน์ของทางจักรยานทุกขั้นตอน รวมทั้งปรับปรุงและดูแลรักษาป้ายสัญลักษณ์และทางเท้าทางจักรยานที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งที่จะมีขึ้น ให้ใช้การได้ตามวัตถุประสงค์ตลอดเวลา

(๒) ส่งเสริมให้เกิดองค์กรและเครือข่ายของคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยานให้มากที่สุด ให้กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และเทศบาลนครทุกแห่ง พิจารณาจัดหาจักรยานสาธารณะจัดเตรียมไว้คอยให้บริการตามสถานที่ต่าง ๆ ในเมือง เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้ใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

(๓) ส่งเสริมการใช้การออกแบบที่เป็นธรรมในการก่อสร้างและปรับซ่อมทางเดินเท้าทั้งในและนอกเขตเมืองให้ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน

๒.๓.๓ กรมโยธาธิการและผังเมืองวางแผน ออกแบบ หรือปรับปรุงผังเมืองและโครงสร้างพื้นฐานในที่สาธารณะ และทางทุกเส้นที่สร้างใหม่ ให้เป็นมิตรต่อคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน หรือปรับปรุงทางที่ได้สร้างไว้แล้ว เพื่อจูงใจให้ประชาชนเลือกเดินและใช้จักรยานในการเดินทางในชีวิตประจำวัน โดยให้คำแนะนำและร่วมมือกับองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกแบบทำทางเท้าและทางจักรยานควบคู่กับการวางผังเมืองด้านการจราจรและขนส่ง โดยชุมชน คนเดินเท้า ผู้ใช้จักรยาน และผู้ใช้รถอื่น ๆ มีส่วนร่วม

๒.๓.๔ แก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติควบคุมอาคารหรือกฎหมายระดับรองลงมาให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะ รวมทั้งสถานียขนส่งสาธารณะ ต้องก่อสร้างและจัดทางเดินเท้าให้ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกันด้วยการออกแบบที่เป็นธรรม

๒.๔ ให้กระทรวงคมนาคมกำหนดให้

๒.๔.๑ ใช้การออกแบบที่เป็นธรรม (Universal Design) ในการออกแบบใด ๆ ที่เกี่ยวกับการก่อสร้างและปรับซ่อมทางเดินเท้า เพื่อการเดินและใช้จักรยานทั้งในและนอกเขตเมือง

๒.๔.๒ กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท และสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบจราจรที่ทำให้ผู้ใช้รถประเภทอื่น ๆ ดูแลคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน กำหนดมาตรฐานป้ายเครื่องหมายจราจรที่เอื้อต่อความสะดวกและความปลอดภัยต่อคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยานสำหรับทางหลวงทุกประเภทให้ครอบคลุม มีมาตรฐานสากล เพิ่มเติมจากป้ายเครื่องหมายจราจรที่มีอยู่เดิม

๒.๔.๓ การรถไฟแห่งประเทศไทยและบริษัทขนส่งจำกัดจัดให้ขบวนรถไฟโดยสารทุกขบวนและรถโดยสารประจำทางทุกคันในเส้นทางที่ไกลกว่า ๕๐ กิโลเมตร สามารถรับขนส่งจักรยานได้ และคิดค่าบริการขนส่งจักรยานให้เหมาะสมกับชนิดของจักรยานและระยะทาง รวมทั้งมีที่จอดจักรยานที่สะดวกปลอดภัยที่สถานีรถไฟและสถานีขนส่งทุกแห่ง

๒.๕ ให้กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการให้มีหลักสูตรและกิจกรรมในทุกระดับการศึกษาเพื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับ “การออกแบบที่เป็นธรรม” ในการก่อสร้างอาคารสถานที่ โดยเฉพาะการสร้างทางเดินเท้าให้ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน รวมถึงจัดให้นักเรียน/นักศึกษาพิการได้ฝึกเดิน/ใช้เก้าอี้เข็นเพื่อการออกกำลังกายในวิชาพลศึกษา และร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานกับนักเรียน/นักศึกษาทั่วไป

๒.๖ ให้กระทรวงอุตสาหกรรมส่งเสริมผู้ประกอบการธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในการเดิน และใช้จักรยานเพื่อการเคลื่อนที่หรือการเดินทาง เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน ขาเทียม และเก้าอี้เข็น เป็นต้น

๒.๗ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬากับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยส่งเสริมการใช้จักรยานในการท่องเที่ยว ด้วยการยกย่องและส่งเสริมที่พักและสถานประกอบการที่มีจักรยานและ/หรือที่จอดจักรยานบริการให้นักท่องเที่ยว และร่วมกับสถานที่ท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ธรรมชาติ และอื่น ๆ จัดระเบียบให้ผู้ใช้จักรยานเดินทางเข้าในสถานที่ได้ตามความเหมาะสม รวมทั้งการทำทางจักรยาน ที่จอดจักรยาน และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ

๓. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานด้วยมาตรการทางกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการเงิน

ให้กระทรวงคมนาคมจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเดินและการใช้จักรยาน โดยประสานร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพลังงาน กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น เพื่อให้เกิดความสะดวกและปลอดภัยของผู้ใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน สร้างแรงจูงใจให้คนเดินเท้าและใช้จักรยานลดแรงจูงใจในการใช้ยานยนต์ และสร้างระเบียบวินัยที่ดีแก่ผู้ขับขี่ยานยนต์เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ที่ใช้จักรยาน

๓.๑ ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติให้หน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจมีมาตรการสิ่งจูงใจแก่ผู้ที่ใช้จักรยานเดินทางไปทำงานหรือเดินทางไปเชื่อมต่อกับระบบขนส่งสาธารณะอย่างสมัครใจ

๓.๒ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงคมนาคมแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒ และพระราชบัญญัติทางหลวง พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ศ. ๒๕๔๙ ให้ส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน และเปิดโอกาสให้

ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย โดยให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข

๓.๓ ให้กระทรวงมหาดไทยแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติควบคุมอาคารหรือกฎหมายระดับรองลงมาให้
ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะ รวมทั้งสถานี่ขนส่งสาธารณะ ต้องจัดที่จอดรถจักรยานและทาง
ลาดสำหรับคนพิการทางกายที่สะดวกและปลอดภัยได้มาตรฐาน

๓.๔ ให้กระทรวงพลังงานมีงบประมาณสนับสนุนการศึกษาวิจัยและกิจกรรมการเดินทางและการใช้จักรยาน
เพื่อการอนุรักษ์พลังงานแก่ชุมชนและองค์กรผู้ใช้จักรยานในเมืองต่าง ๆ และสนับสนุนการประชาสัมพันธ์และ
รณรงค์การเดินทางและการใช้จักรยานแทนที่การใช้ยานยนต์ในการเดินทางระยะสั้นอย่างต่อเนื่อง

๓.๕ ให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีงบประมาณสนับสนุนชุมชนและองค์กรผู้ใช้จักรยาน
ในเมืองต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมการเดินทางและการใช้จักรยานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการรณรงค์การเดินทาง
และการใช้จักรยานเพื่อปรับปรุงคุณภาพอากาศในเขตเมืองให้เป็นเมืองน่าอยู่

๓.๖ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมจักรยานแบบเน้นหนทางการแก้ังค์กร
ประชาชนเพื่อส่งเสริมการใช้จักรยานท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและวัฒนธรรมต่าง ๆ นอกเหนือ
จากการกีฬาเพื่อการแข่งขันตามปกติ

๓.๗ ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินการของทุกภาคส่วนในการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
บนทางเดินเท้าและทางจักรยานในชีวิตประจำวันของคนทั่วไปและคนพิการ

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างองค์ความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักตื่นตัวและทักษะ รวมทั้ง พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้ เกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน

ให้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคประชาสังคม
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานดังนี้

๔.๑ ให้กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการ
อาชีวศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา ดำเนินการให้มีหลักสูตร
และกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน และพัฒนาทักษะการใช้จักรยานให้ถูกต้องและปลอดภัย
แก่นักเรียนนักศึกษาทุกระดับให้เหมาะสมกับวัย ด้วยการมีส่วนร่วมของนักเรียนนักศึกษา ผู้ปกครอง และชุมชน
ยกย่องโรงเรียนและสถาบันการศึกษาที่มีผลงานดีเด่นในการส่งเสริมให้ครูอาจารย์และนักเรียนนักศึกษาเดินทางและใช้
จักรยานในกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งการเดินทางระหว่างที่พักกับโรงเรียนหรือสถานศึกษาและภายในสถานศึกษา
รวมทั้งการให้ความรู้และจัดอบรมการใช้จักรยานอย่างปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย และมีครูอาจารย์และนักเรียน
นักศึกษาหันมาเดินทางและใช้จักรยานเป็นจำนวนมาก

๔.๒ ให้กระทรวงคมนาคมดำเนินการ

๔.๒.๑ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการเดินทางที่ไม่ใช้เครื่องยนต์เพื่อเป็นศูนย์กลางเรื่องการเดินทางและ
การใช้จักรยาน เอื้ออำนวยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
และเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี รวมทั้งประสานกับสถาบันการศึกษา
และการวิจัยให้มีการส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย และพัฒนางานทางด้านวิชาการในสาขาต่าง ๆ ที่เอื้อให้เกิด
มาตรฐานในเรื่องการเดินทางและการใช้จักรยาน และกระตุ้นให้ประชาชนหันมาเดินทางและใช้จักรยานเป็นวิถีหลักในการ
เดินทางในระยะสั้น

๔.๒.๒ ให้มีการอบรมและให้ความรู้กับผู้ขับขี่ยานยนต์ทุกชนิดให้มีทัศนคติที่ดีและให้ความสำคัญต่อผู้ที่เดินและใช้จักรยาน มีมารยาทและวินัยจราจรในการดูแลความปลอดภัยต่อคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยานที่ร่วมสัญจรใช้ถนนอย่างจริงจัง และจัดให้ความรู้เรื่องการเดิน การใช้จักรยาน และการปฏิบัติต่อผู้เดินและผู้ใช้จักรยานเป็นส่วนหนึ่งของการสอบเพื่อขอใบอนุญาตขับขี่ยานยนต์ทุกชนิด

๔.๒.๓ จัดทำแผนเฝ้าระวังปัญหาการจราจรและติดตามการดำเนินส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมทุกจังหวัด เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานและประเมินผล โดยนำเสนอผลสู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง

๔.๒.๔ ร่วมกับสื่อมวลชนและภาคประชาสังคม ให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้บริโภคถึงประโยชน์ของการเดินและการใช้จักรยานต่อตนเองและประเทศชาติ ตลอดจนผลเสียจากการใช้ยานยนต์ในกรณีที่ไม่จำเป็นผ่านทางสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อสาธารณะ และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล โดยผ่านผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน รวมถึงหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่

๔.๓ ให้กระทรวงมหาดไทยกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเผยแพร่ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนเดินและใช้จักรยานเป็นประจำสำหรับการเดินทางระยะสั้น รวมทั้งจัดเวทีสาธารณะให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง จากทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้เสีย

๔.๔ ให้กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนเดินและใช้จักรยานเป็นประจำสำหรับการเดินทางระยะสั้น เป็นทางเลือกในการทำกิจกรรมทางกาย และรณรงค์ให้บุคลากรส่งเสริมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านเพื่อให้สามารถเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๔.๕ ให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันผ่านภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพและทางโครงการย่อยต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล^๑

กังวลและห่วงใย ว่าถึงแม้นโยบายสนับสนุนการใช้พลังงานชีวมวลจะเป็นทางเลือกที่ดี แต่ในทางปฏิบัติ การส่งเสริมการสร้างโรงไฟฟ้าชีวมวลที่ยังขาดหลักเกณฑ์และมาตรการในการป้องกันและควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก จะทำให้การพัฒนาโรงไฟฟ้าชีวมวลไม่มีความยั่งยืน ประกอบกับ ปัจจุบันผู้ประกอบการจำนวนมากอาศัยช่องว่างของกฎหมายในการจัดตั้งโรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์ เพื่อหลีกเลี่ยงการจัดทำรายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ตระหนัก ถึงสิทธิชุมชนในการมีส่วนร่วมศึกษาผลกระทบและตัดสินใจในทุกระดับ มีกลไกการติดตามตรวจสอบ รวมถึงการฟื้นฟูเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวลอย่างเหมาะสม

ชื่นชม แผนพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือกที่เห็นความสำคัญของการนำเศษวัสดุทางการเกษตรมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมถึงรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้สิทธิของประชาชน และริเริ่มกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณาเร่งรัดดำเนินการดังนี้

๑.๑ ขอให้กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาศักยภาพในการรองรับการพัฒนาโรงไฟฟ้าชีวมวลในภาพรวมของจังหวัด จัดทำแผนพัฒนาพลังงานและแผนแม่บทพลังงานชีวมวลของแต่ละจังหวัด โดยมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อเป็นกรอบการพัฒนาและอนุญาตโครงการโรงไฟฟ้าในแต่ละพื้นที่

๑.๒ ขอให้กรมโยธาธิการและผังเมืองเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงมาตรฐานและหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์ที่ดินในผังเมืองเพื่อเป็นแนวทางการจัดทำข้อกำหนดการใช้ประโยชน์ที่ดินสำหรับโรงไฟฟ้าชีวมวล

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๖

๑.๓ ขอให้กรมโรงงานอุตสาหกรรมเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน กรมโยธาธิการและผังเมือง สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการปรับปรุงบัญชีประเภทอุตสาหกรรมประเภทกิจการโรงไฟฟ้า โดยให้แบ่งเป็นประเภทย่อยเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการกำหนดมาตรการควบคุมและการป้องกันผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

๑.๔ ขอให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงานเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการทบทวนปรับปรุงประกาศหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการออกใบอนุญาต และการเพิกถอนใบอนุญาต ให้ครอบคลุมถึงเรื่องดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดที่ตั้งและระยะห่างที่ชัดเจนและเหมาะสม ระหว่างโรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดกำลังผลิตต่าง ๆ กับชุมชน สาธารณสถาน แหล่งน้ำสาธารณะ แหล่งอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและโรงไฟฟ้าชีวมวล โครงการอื่น โดยให้มั่นใจได้ว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

(๒) ปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินงานของโรงไฟฟ้าชีวมวล ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งและอากาศเสียที่ปล่อยออกจากโรงไฟฟ้า คุณภาพเชื้อเพลิง ประสิทธิภาพของเตาเผา ตะแกรงดักฝุ่นละออง รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันและลดผลกระทบ

(๓) จัดทำแผนสนับสนุนให้มีการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล และมีมลพิษต่ำ

(๔) เพิ่มเติมหลักเกณฑ์ในเรื่องการจัดเก็บเชื้อเพลิงและขี้เถ้าในระบบปิด และมาตรการในการขนส่งเชื้อเพลิงและขี้เถ้าให้สามารถป้องกันฝุ่นปลิวได้

(๕) ให้มีมาตรการลงโทษทางแพ่งและอาญา รวมถึงการเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบการที่ขาดคุณสมบัติหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบและกฎหมาย เพื่อเปิดเผยให้สาธารณะได้รับทราบ

(๖) ให้มีการจัดตั้งกองทุนชดเชยผู้ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวลเพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือเยียวยา รวมถึงการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

(๗) ให้เปิดเผยข้อมูลผลการปฏิบัติตามแผนและมาตรการป้องกันและลดผลกระทบของโรงไฟฟ้าชีวมวลเป็นประจำทุกปีเพื่อให้สาธารณะได้รับทราบ

(๘) ห้ามใช้ถ่านหินเป็นเชื้อเพลิงในโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวล

(๙) ให้มีการรับฟังความเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างมีคุณภาพในทุกขั้นตอน โดยปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ ๖๖ และ ๖๗

๑.๕ ขอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาคู่มือและแนวทางการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล เผยแพร่และสร้างความเข้าใจในการศึกษาข้อมูล และการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA) ทั้งก่อนการอนุญาต การติดตามตรวจสอบ และการเฝ้าระวัง

๑.๖ ขอให้กรมอนามัย ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

(๑) ศึกษาและจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวล

(๒) เสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ หมวดกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ให้การประกอบกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวลเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสร้างและประกอบกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวลในทุกขนาด จำเป็นต้องมีแผนป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพ

(๓) สนับสนุนให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวล ติดตามและประเมินผลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน

๑.๗ ขอให้สำนักงานปลัดกระทรวง (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ ๑ - ๑๖) และกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังและสนับสนุนอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รอบโรงไฟฟ้าชีวมวล รวมถึงสนับสนุนการจัดทำแผนเฝ้าระวังและตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. พลังงานหมุนเวียน เป็นทางเลือกพลังงานที่สำคัญ ซึ่งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มุ่งให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีประโยชน์ทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ นวัตกรรมเทคโนโลยี การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (International Energy Agency, 2011, World Energy Outlook 2010 และ Intergovernmental Panel on Climate Change, 2012, Special Report on Renewable Energy Sources and Climate Change Mitigation) โดยประเทศต่าง ๆ พยายามสร้างความสมดุลในการพัฒนาพลังงานหมุนเวียนประเภทต่าง ๆ ได้แก่ ชีวมวล ก๊าซชีวภาพ แสงอาทิตย์ ลม พลังน้ำขนาดเล็ก และน้ำมันชีวภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม

๒. พืชชีวมวลเป็นแหล่งพลังงานทางเลือกที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม มีเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรหรือกากจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมการเกษตรเป็นจำนวนมาก สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (๒๕๕๒) รายงานว่าประเทศไทยมีชีวมวลจากเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรทั้งหมด ๕๙,๕๓๙,๙๐๕.๒๐ ตัน ตามแผนพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือก (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) กำหนดเป้าหมายให้เพิ่มการใช้พลังงานทดแทนเป็นร้อยละ ๒๕ ของพลังงานที่ใช้ภายในประเทศภายในปี ๒๕๖๔ โดยกำหนดเป้าหมายพลังงานชีวมวลในการผลิตไฟฟ้าให้ได้ ๓,๖๓๐ เมกะวัตต์ (กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, ๒๕๕๕)

๓. ถึงแม้จะมีเป้าหมายและความพยายามที่จะส่งเสริมการผลิตไฟฟ้าจากชีวมวล แต่จากข้อมูลของ สำนักนโยบายและแผนพลังงาน กระทรวงพลังงาน มีนาคม ๒๕๕๕ พบว่ามีโรงไฟฟ้าชีวมวลสามารถผลิตและขายไฟฟ้าให้การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย และการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ได้เพียง ๘๘ แห่ง มีกำลังการผลิตติดตั้งรวม ๑,๔๖๕.๖๘ เมกะวัตต์ ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ ๔.๓ ของกำลังการผลิตติดตั้งทั้งหมดเท่านั้น โดยในจำนวนนี้ ๒๒ แห่ง (๖๑๔ เมกะวัตต์) อยู่ในกลุ่มโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก และ ๖๖ แห่งอยู่ในกลุ่มโรงไฟฟ้าขนาดเล็กมาก (๘๕๑.๖๘ เมกะวัตต์) และจากข้อมูลของกระทรวงพลังงานในปัจจุบันมีโรงไฟฟ้าขนาดเล็กและเล็กมากอีก ๒๘๔ โครงการ (กำลังการผลิต ๒,๖๗๐.๗ เมกะวัตต์) ที่อยู่ในระหว่างยื่นขออนุมัติโครงการ ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก แต่กรอบนโยบาย และหลักเกณฑ์การส่งเสริมไม่ชัดเจน หากไม่มีการจัดการที่ดีปล่อยให้มีการดำเนินการเหมือนเช่นในปัจจุบัน ก็จะสร้างผลกระทบและความเดือดร้อนต่อประชาชน

๔. การประกอบกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวลที่ขาดการจัดการและควบคุมที่ดี ได้ทำให้เกิดปัญหาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งมลพิษจากสารและฝุ่นละอองที่ก่อให้เกิดโรคและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฝุ่นจากกองขี้เถ้าที่เกิดจากการเผาชีวมวลและฝุ่นจากกองเชื้อเพลิงยังทำให้บ้านเรือน เสื้อผ้า และสิ่งของเครื่องใช้ของประชาชนที่อยู่รอบโรงไฟฟ้าสกปรก มีปัญหาน้ำเสียและแย่งการใช้น้ำของชุมชนเนื่องจากการประกอบกิจการโรงไฟฟ้าต้องใช้น้ำเป็นจำนวนมาก การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวลในจังหวัดสุรินทร์โดยประชาชน

และกลุ่มเครือข่าย^๑ พบปัญหาชาวบ้านขาดแคลนน้ำใช้หลังจากมีโรงไฟฟ้าชีวมวลในพื้นที่ มีปัญหาการจราจรหนาแน่นและมีรถบรรทุกวิ่งมากขึ้น และทำให้เกิดปัญหามลพิษทางอากาศ และยังมีปัญหาความเดือดร้อนรำคาญจากปัญหากลิ่นเหม็น และเสียงดัง

๕. จากข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนที่อยู่ใกล้โรงไฟฟ้าจำนวนสองแห่ง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๙๒ คน พบว่าโรคประจำตัวที่ประชาชนเป็นมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ รองลงมาคือโรคหอบหืด และโรคหัวใจ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ มีความสัมพันธ์กับการอยู่ใกล้ และยังพบว่าผู้ที่อยู่ใกล้โรงไฟฟ้ามีอาการไอ เจ็บคอ ระคายเคืองจมูก และลำคอ หายใจขัด/หายใจไม่สะดวก แสบตา/ตาอักเสบ/ตาแดง และมีผื่นคัน ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา มากกว่าประชาชนที่อยู่ห่างออกไป^๒

ปัญหาหลักและทางออกของการจัดการปัญหา

(ก) ขาดการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพ และไม่มีการควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวลขนาดต่ำกว่า ๑๕๐ เมกะวัตต์

๖. ชีวมวลเป็นเชื้อเพลิงที่เผาได้ยากเนื่องจากเชื้อเพลิงอยู่ในสถานะของแข็ง การเผาไหม้จะมีสารที่ถูกเผาไม่หมดอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๐ ถึง ๓๘ และสารเหล่านี้คือส่วนที่เป็นมลพิษซึ่งอาจอยู่ในรูปของฝุ่นละออง (Particulate) มีการประมาณการณ์ว่าการเผาชีวมวลจะทำให้เกิดฝุ่นละอองประมาณ ๓๐ - ๘๐ มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ไฟฟ้าที่ผลิตได้ ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กกว่า ๑๐ ไมครอน (PM10) ออกไซด์ของไนโตรเจน (NOx) ประมาณ ๒๙๐ - ๘๒๐ มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ยังพบว่าในควันจากการเผาชีวมวลยังประกอบไปด้วยสารไฮโดรคาร์บอนกว่า ๖๐ ชนิด และสารอัลดีไฮด์และคีโตน ๑๗ ชนิด สารในกลุ่มนี้โดยเฉพาะสารกลุ่มพีเอเอช (PAH, Polycyclic aromatic hydrocarbons) เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง ได้แก่ เบนซิน ฟอร์มาดีไฮด์ ๑,๓ บิวตะไดอิน และสไตรีน^๓ มีรายงานการศึกษาพบว่า การรับสัมผัสควันไฟที่เกิดจากการเผาชีวมวลเพื่อการทำอาหารและการให้ความอบอุ่นจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหลายชนิด ได้แก่ การระคายเคืองต่อตาและระบบทางเดินหายใจ ลดการทำงานของปอด ทำให้เกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหอบหืด วัณโรค และทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด^๔

๗. ฝุ่นละอองขนาดเล็กสามารถผ่านเข้าไปถึงปอดและถุงลมปอดได้ ผลการศึกษาทั่วโลกยืนยันว่าการรับสัมผัสสัมผัสผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบหายใจ โรคหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคปอดและหัวใจ^๕ ออกไซด์ของไนโตรเจนเป็นก๊าซที่สามารถรวมตัวกับไอน้ำแล้วทำให้เกิดกรดไนตริก ซึ่งมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ การรับสัมผัสจะระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ อาจทำให้มีอาการหายใจลำบาก ไอ แน่นหน้าอก และหลอดลมตีบ ทำให้ผู้ที่เป็โรคหอบหืดอยู่แล้วจับหืดบ่อยขึ้น ทำให้เกิดโรคหลอดลม และโรคปอดบวม^๕ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และการเกิดอาการหัวใจวาย การรับสัมผัสในระดับความเข้มข้นสูงจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว^๖ จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลักไถ่ และตำบลราม ซึ่งเป็นพื้นที่รอบโรงไฟฟ้ามุงเจริญ พบว่า ผู้มารับการรักษาจำนวน ๗,๐๔๐ คน เป็นผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุดคือ ๒,๒๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔๖ ของผู้มารับการรักษา สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราม พบว่าผู้มารับการรักษา ๙,๘๔๐ คน เป็นผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด คือ ๓,๓๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓๗

๘. นอกจากนี้โรงไฟฟ้าชีวมวลยังมีส่วนทำให้เกิดก๊าซโอโซน (O₃) ซึ่งเกิดการทำปฏิกิริยาของก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจนที่เกิดขึ้นจากการเผาเชื้อเพลิงชีวมวลกับสารประกอบไฮโดรคาร์บอนในอากาศ อันตรายของ

ก๊าซไอโซนที่สำคัญคือ ทำให้เกิดความผิดปกติของโลหิต ระบายเคื่องต่อระบบทางเดินหายใจ เพิ่มอัตราป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ และลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด มีส่วนทำให้เกิดโรคหอบหืด และโรคมะเร็งปอด รวมถึงเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สัมผัส^๖

(ข) ปัญหาการหลีกเลี่ยงการทำไอไอเอของโรงไฟฟ้าขนาดต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์และการสร้างหลายโครงการในบริเวณเดียวกันเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมาย

๙. ประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกำหนด พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้ โรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดตั้งแต่ ๑๕๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปต้องทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ (EHIA-Environmental Health Impact Assessment) ส่วนโรงไฟฟ้าพลังความร้อนที่มีกำลังผลิตไฟฟ้าตั้งแต่ ๑๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปทำเฉพาะรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีผู้ประกอบการจำนวนมากอาศัยช่องว่างของกฎหมายดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนพลังงานพบว่าในปี ๒๕๕๓ มีโครงการชีวมวลเสนอขายไฟฟ้า เป็นโครงการที่มีขนาด ๙.๐ - ๙.๙ เมกะวัตต์ ถึง ๒๐๕ โรง จากทั้งหมด ๒๘๑ โรง และมีผู้ประกอบการจำนวน ๔๑ รายจากทั้งหมด ๑๑๐ ราย ที่เคยยื่นขอประกอบกิจการในกลุ่มโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก (SPP) ขอเปลี่ยนเป็นกลุ่มขนาดเล็กมาก (VSPP) (สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน กระทรวงพลังงาน ๒๕๕๔)

(ค) ขาดการสนับสนุนเทคโนโลยีที่ทันสมัย

๑๐. ในประเทศไทยโรงไฟฟ้าเกือบทั้งหมดใช้เทคโนโลยีชนิดที่เรียกว่า แบบเผาตรง (directed burning) ซึ่งจะใช้ความร้อนที่ได้จากการเผาเชื้อเพลิงชีวมวลไปผลิตไอน้ำเพื่อหมุนเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ข้อจำกัดของระบบนี้คือ มีประสิทธิภาพในการผลิตไฟฟ้าต่ำ และทำให้เกิดมลพิษเนื่องจากเผาเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีระบบการควบคุมมลพิษที่ดี ซึ่งอาจทำได้หลายอย่าง ตั้งแต่การควบคุมคุณภาพของเชื้อเพลิง การเลือกใช้เตาเผา การบำรุงรักษาระบบ และที่สำคัญคือต้องใช้อุปกรณ์สำหรับดักมลพิษที่ปล่อยออกจากปล่องระบายควันที่ดี ซึ่งในทางปฏิบัติอาจมีต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและการบำรุงรักษาระบบที่สูงจึงอาจไม่เหมาะกับการนำมาใช้กับโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก (ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร และยุวรงค์ จันทรวิจิตร ๒๕๕๕)

๑๑. ในขณะที่เทคโนโลยีแก๊สซิฟิเคชันซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่สะอาดกว่า โดยนำเชื้อเพลิงชีวมวลไปเปลี่ยนรูปจากเชื้อเพลิงที่เป็นของแข็งให้เป็นก๊าซโดยกระบวนการที่เรียกว่าแก๊สซิฟิเคชันก่อน จากนั้นจึงนำก๊าซที่ได้มาปรับปรุงคุณภาพจนสะอาดก่อนนำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องยนต์เพื่อผลิตไฟฟ้า ระบบนี้นอกจากจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าแล้วยังทำให้เกิดมลพิษน้อยมาก เทียบเท่ากับมลพิษที่ปล่อยจากเครื่องยนต์ขนาดใหญ่เท่านั้น แต่ในปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยมีโรงไฟฟ้าประเภทนี้เพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่สามารถผลิตและจ่ายไฟเข้าระบบได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากขาดการศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี และไม่มีกระบวนการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ทำให้มีข้อจำกัดทั้งการลงทุนและกำลังการผลิต^๗

(ง) ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมกับรัฐในการตัดสินใจเลือก และติดตาม ตรวจสอบ รวมถึง ไม่มีกลไกการชดเชย ฟื้นฟู และเยียวยา ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

๑๒. ในปัจจุบันการออกใบอนุญาตประกอบกิจการพลังงาน มีกระบวนการขั้นตอนตั้งแต่ การขออนุญาต

ก่อสร้างอาคารในพื้นที่ ซึ่งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการให้ความเห็นประกอบ ส่วนการออกใบอนุญาตประกอบกิจการพลังงาน เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน ซึ่งกระบวนการขออนุญาตดังกล่าวส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน บางโครงการจะประชาสัมพันธ์ว่าสร้างงานให้กับชุมชน สร้างความมั่นคงด้านพลังงานให้กับท้องถิ่น แต่ไม่มีการนำเสนอข้อมูลผลกระทบต่อประชาชน มีการจูงใจองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นด้านภาษีโรงเรือนที่ท้องถิ่นจะได้รับ ทำให้ละเลยข้อมูลที่เป็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน ถึงแม้จะเป็นโรงไฟฟ้าที่มีขนาด ๑๐ เมกะวัตต์ขึ้นไป ที่ต้องจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) แต่กระบวนการกำหนดขอบเขตการศึกษาข้อมูล ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูล แล้วบริษัทก็ทำมาตรการป้องกันแก้ไข จากนั้นก็ได้รับการพิจารณาอนุญาต กระบวนการที่ท้องถิ่นจะตัดสินใจว่ากิจการนี้เหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่ มีผลกระทบอย่างไรกับชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยมาก หรือหากประชาชนมีส่วนร่วมจริง เช่นตัดสินใจว่าชุมชนไม่ต้องการให้สร้างโรงไฟฟ้า มีการทำประชาคม มีประชาชนคัดค้านไม่ให้ออกก่อสร้าง แต่สุดท้ายคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน ก็อนุญาต เพราะพิจารณาว่าผู้ประกอบการได้ดำเนินการครบถ้วนถูกต้องตามขั้นตอนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้ว ความสำคัญที่ควรพิจารณาคือ การใช้ข้อมูลเพื่อพิจารณาตัดสินใจต้องเป็นไปอย่างเป็นธรรม มิฉะนั้นเสียงประชาชนจะไม่มีคามหมายอย่างไรเลย ถึงแม้จะบอกว่าให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก็ตาม เมื่อเกิดเหตุซ้ำซาก กลไกและกระบวนการปัจจุบันไม่สามารถนำไปสู่การสั่งให้ยุติดำเนินการโรงไฟฟ้าได้

๑๓. สำหรับกองทุนพัฒนาไฟฟ้าของชุมชนในพื้นที่โรงไฟฟ้า มีวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูท้องถิ่นที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้า ส่งเสริมพลังงานหมุนเวียน และส่งเสริมความรู้และการมีส่วนร่วมทางด้านไฟฟ้า (พระราชบัญญัติการประกอบกิจการพลังงาน พ.ศ. ๒๕๕๐) แต่ไม่มีกลไกในการติดตามตรวจสอบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรงไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง รวมถึง กลไก และมาตรการที่ชัดเจนในการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ

๑๔. ในระดับจังหวัด ยังไม่มีแผนพัฒนาพลังงานชีวมวล เพื่อประมวลศักยภาพ และเป็นกรอบการพิจารณาโครงการว่าแต่ละจังหวัดควรรองรับให้มีการสร้างโรงไฟฟ้าได้มากน้อยเพียงใด ประชาชนยังไม่มีโอกาสในการเรียนรู้ และทำความเข้าใจทางเลือกต่าง ๆ ในการผลิตไฟฟ้า ทางเลือกในด้านเทคโนโลยีหรือพื้นที่สำหรับก่อสร้างโรงไฟฟ้า และไม่มีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบผลกระทบ

(จ) ขาดการกระจายประโยชน์จากการพัฒนาโรงไฟฟ้าชีวมวลไปสู่ชุมชนและเกษตรกร

๑๕. ปัจจุบันยังไม่มีโรงไฟฟ้าของชุมชน การพัฒนาชีวมวลในการผลิตไฟฟ้า เป็นการเพิ่มมูลค่าให้กับทรัพยากร ตัวอย่างเช่น ราคาแกลบจากเดิมประมาณ ๒๐๐ - ๓๐๐ บาทต่อตัน เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อตันในปัจจุบัน แต่ผลประโยชน์จากแกลบดังกล่าว ซึ่งโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวลส่วนใหญ่ในปัจจุบันเลือกใช้เป็นเชื้อเพลิงหลักจะตกอยู่กับโรงสีข้าวไม่ได้กระจายไปสู่เกษตรกร ในขณะที่ชีวมวลอื่น ๆ เช่น ชังข้าวโพด ฟางข้าว หรือชีวมวลอื่น ๆ กำลังเริ่มพัฒนา ยังไม่มีระบบหรือกลไกที่ชัดเจนในการแบ่งปันประโยชน์จากทรัพยากรชีวมวลไปสู่เกษตรกร ในส่วนของโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวลเอง ก็เป็นบริษัทเอกชน โดยยังไม่มีเปิดให้ชุมชนเข้าไปร่วมเป็นเจ้าของหรือถือหุ้นแต่อย่างใด

๑๖. ดังนั้นผลประโยชน์จากการพัฒนาชีวมวลเป็นพลังงานไฟฟ้า ยังไม่มีระบบหรือกลไกในการกระจายประโยชน์ไปสู่ชุมชนและเกษตรกร

(ฉ) ขาดการกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐาน ด้านการกำหนดพื้นที่

๑๗. การวางผังเมืองและจัดทำข้อกำหนดควบคุมการใช้ประโยชน์ที่ดินในผังเมืองรวมยังไม่มีมาตรฐานในการกำหนดการใช้ประโยชน์พื้นที่สำหรับกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวล

๑๘. การจัดประเภทอุตสาหกรรม ที่จะพิจารณากำหนดว่าให้ หรือห้าม ในบริเวณใดนั้น โรงไฟฟ้าชีวมวล ถูกจัดไว้ตามการแบ่งประเภทโรงงานอุตสาหกรรม ประเภทโรงงานผลิต ส่ง หรือจำหน่ายพลังงานไฟฟ้า ซึ่งรวมกิจการโรงไฟฟ้าทุกประเภทไว้ในหมวดเดียวกัน แต่ในลักษณะการผลิตและผลกระทบ ตลอดจนการใช้พื้นที่ การใช้ทรัพยากรและวัสดุของโรงไฟฟ้าแต่ละประเภทมีความต่างกัน การถูกจัดไว้ในกลุ่มเดียวกันตามการพิจารณาอนุญาตโรงงานจึงอาจจะกว้าง และไม่ชัดเจนเพียงพอต่อการพิจารณากำหนดการใช้ประโยชน์พื้นที่ที่จะไม่ก่อผลกระทบ นโยบาย กฎหมาย และมาตรการ ที่เกี่ยวข้อง

๑๙. แผนพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือกของกระทรวงพลังงาน กำหนดเป้าประสงค์ให้เพิ่มการใช้พลังงานทดแทนเป็นร้อยละ ๒๕ ของพลังงานที่ใช้ภายในประเทศภายในปี ๒๕๖๕ โดยกำหนดเป้าหมายพลังงานชีวมวลในการผลิตไฟฟ้าให้ได้ ๓,๖๓๐ เมกะวัตต์ (กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, ๒๕๕๕)

๒๐. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๖ มาตรา ๖๗ เรื่องสิทธิชุมชนในการบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ความหลากหลายทางชีวภาพ รวมถึงสิทธิในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีวิอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน และตามมาตรา ๒๘๗ ที่กำหนดให้ในกรณีที่การกระทำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในท้องถิ่นในสาระสำคัญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องแจ้งข้อมูลรายละเอียดให้ประชาชนทราบก่อนกระทำการเป็นเวลาพอสมควร

๒๑. พระราชบัญญัติสภาพัฒนาการและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๖ ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ในการคุ้มครองดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จัดให้มีการสาธารณสุข การควบคุมอาคาร การผังเมือง รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น ในกรณีองค์การบริหารส่วนตำบลมีความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินกิจการดังกล่าว ให้กระทรวง ทบวง กรม หรือองค์การหรือหน่วยงานของรัฐ นำความเห็นขององค์การบริหารส่วนตำบลไปประกอบการพิจารณาดำเนินกิจการนั้นด้วย

๒๒. กฎกระทรวง ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๓๕) ออกตามความในพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. ๒๕๓๕ มีหมวดที่ว่าด้วย ที่ตั้ง สภาพแวดล้อม ลักษณะอาคารและลักษณะภายในของโรงงาน และการห้ามตั้งโรงงานจำพวกที่ ๓ แต่ในกฎกระทรวงนี้ไม่ได้มีการกำหนดระยะห่างระหว่างโครงการกับชุมชน มีเพียงบ้านจัดสรร อาคารชุด และบ้านแถว

๒๓. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง การทำรายงานเกี่ยวกับการศึกษามาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย พ.ศ. ๒๕๕๒ โรงไฟฟ้าชีวมวลถูกกำหนดไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศฯ ประเภทหรือชนิดของโรงงานตามบัญชีท้ายกฎกระทรวง (พ.ศ. ๒๕๓๕) สำหรับโรงงาน ผลิต ส่ง หรือจำหน่ายพลังงานไฟฟ้า (ลำดับที่ ๘๘) เพื่อใช้ประกอบการยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน หรือคำขอรับใบอนุญาตขยายโรงงาน

๒๔. สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตประกอบกิจการพลังงาน ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการประกาศบังคับใช้ ระเบียบ กกพ. และประกาศ กกพ. เรื่อง มาตรการป้องกัน แก๊ส และติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจัดทำรายงาน EIA ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม สำหรับการผลิตไฟฟ้าจากเชื้อเพลิงชีวมวล (ประเภทเชื้อเพลิงแข็ง) ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนเตรียมประกาศลงราชกิจจานุเบกษา ซึ่งใช้กำหนดมาตรการป้องกัน ติดตามตรวจสอบและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒๕. ประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้โรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดตั้งแต่ ๑๕๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปต้องทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ (EHIA-Environmental Health Impact Assessment) และให้โรงไฟฟ้าตั้งแต่ ๑๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปทำเฉพาะรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีผู้ประกอบการจำนวนมากอาศัยช่องว่างของกฎหมายดังกล่าว โดยการจัดทำโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาด ๙.๐ - ๙.๙ เมกะวัตต์

๒๖. โดยสรุป ชีวมวลเป็นแหล่งพลังงานทางเลือกที่สำคัญของประเทศไทย แต่ยังมีปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีมาตรการและแนวทางป้องกันและควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพที่ดี แนวทางและพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการกำหนดพื้นที่ การจัดการผลกระทบโดยเฉพาะจากโรงไฟฟ้าขนาดกำลังการผลิตต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์ การส่งเสริมเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและมีมลพิษต่ำ การกระจายอำนาจในการควบคุมโรงไฟฟ้า มาตรการและกลไกที่ให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และควบคุมการดำเนินงานของโรงไฟฟ้า ตลอดจนการมีคู่มือและแนวทางศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๖

เอกสารอ้างอิง

- ๑ ทีมนักวิจัยชุมชน คณะทำงานพลังงานยั่งยืนจังหวัดสุรินทร์ มูลนิธิพัฒนาอีสาน. ๒๕๕๕. (ร่าง) รายงานการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา โรงไฟฟ้าชีวมวลจังหวัดสุรินทร์ บริษัท มุ่งเจริญกรีนเพาเวอร์ จำกัด และบริษัทไฟฟ้าสุรินทร์ จำกัด.
- ๒ ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร. (๒๕๕๔). โครงการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวลขนาดกำลังการผลิตต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์. รายงานนำเสนอต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ๓ Zhang JJ. And Smith KR. (๒๐๐๗). Household air pollution from coal and biomass fuels in China: measurements, health impacts, and interventions. Environ Health Perspect ๑๑๕:๘๔๘-๘๕๕.
- ๔ Torres-Duque C, Maldonado D, Perez-Padilla R, Ezzati M and Viegli G. Biomass fuels and respiratory diseases. (๒๐๐๘). Proc Am Thorac Soc, ๕: ๕๗๗-๕๘๐.
- ๕ WHO. (๒๐๐๖). Air quality guidelines global update ๒๐๐๕. Denmark: WHO regional office for Europe.
- ๖ WHO. (๒๐๐๓). Health aspects of air pollution with particulate matter, ozone and nitrogen dioxide. Report on a WHO working group. Bonn, Germany; ๑๓-๑๕ January ๒๐๐๓.
- ๗ ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (๒๕๕๕). โรงไฟฟ้าชีวมวลต้นแบบที่ดี: กรณีศึกษาและทางเลือกทางเทคโนโลยี. รายงานเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช).
- ๘ แผนที่โรงไฟฟ้าชีวมวลในประเทศไทย เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายพลังงาน ชีวมวล วันที่ ๒-๓ เมษายน ๒๕๕๕ ณ โรงแรมรามาคาร์เด้นท์ กรุงเทพฯ

การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ในบริบทสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ
ในบริบทของสังคมไทย^๑

ตระหนัก ว่าระบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพของไทยในปัจจุบันยังขาดความเชื่อมโยงและ
สอดคล้องกับพลวัตของระบบสุขภาพและสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อการผลิตบุคลากรที่มีความพร้อมทั้งความรู้
เจตคติ ทักษะที่จำเป็น และความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพเป็นอย่างดี มีคุณธรรม และเคารพในศักดิ์ศรี
ความเป็นมนุษย์ มีทักษะ เจตคติที่ดีในการทำงานเป็นทีม รวมทั้งทักษะในการเรียนรู้จากการทำงานตลอดชีวิต และ
สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงท่ามกลางพลวัตของระบบสุขภาพและสังคมได้ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในสังคม
โลกาภิวัตน์ในศตวรรษที่ ๒๑

ตระหนัก ว่าการพัฒนาหลักสูตรหรือปรับระบบการเรียนการสอนของบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาใด
สาขาหนึ่งเป็นการเฉพาะ ซึ่งขาดความร่วมมือกับสาขาอื่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้อง ไม่เพียงพอที่จะ
ทำให้การปรับปรุงและพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพประสบความสำเร็จและก่อประโยชน์สูงสุดกับประชาชนได้
ดังนั้น การพัฒนาหลักสูตรหรือปรับระบบการเรียนการสอนของบุคลากรด้านสุขภาพสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นการเฉพาะ
ต้องเชื่อมโยงกับพลวัตของระบบสุขภาพ สังคม และความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

ห่วงใย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ จากการดำเนินการผลิตบุคลากร
สุขภาพในภาคเอกชนและภาครัฐ การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของ
ภูมิภาค

ห่วงใย ความไม่เสมอภาคในการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพ โดยนักเรียนที่มาจากครอบครัวที่ยากจน
และชนบทมีโอกาสน้อย ทั้ง ๆ ที่ค่าใช้จ่ายส่วนมากมาจากภาษีอากร

ชื่นชม การพัฒนากลไกในระดับชุมชนท้องถิ่นในการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพสามารถทำงานในชุมชนได้
อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การคัดเลือกนักศึกษา ระหว่างช่วงเวลาศึกษา จนถึงเมื่อ
สำเร็จการศึกษาและเข้าทำงานในระบบสุขภาพ

ชื่นชม ความพยายามอย่างต่อเนื่องของสถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ได้มีส่วนร่วมในการ
พัฒนา ปรับปรุง และรับรองมาตรฐานการศึกษาของบุคลากรสุขภาพมาอย่างยาวนาน การสร้างนวัตกรรมการจัด
รูปแบบการศึกษา รวมทั้งกระบวนการศึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนเรื่องการปฏิรูประบบการศึกษาด้าน
สุขภาพ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๔

ชื่นชม สถาบันการศึกษาในหลายพื้นที่ ที่พยายามพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการศึกษาใหม่ ๆ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์การจัดการศึกษา รวมถึงจากงานวิจัยการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ และด้วยความมุ่งหมายให้สามารถผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ดังนี้

๑.๑ คณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน ได้แก่ สถาบันการศึกษา วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ใช้บุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนนักศึกษา ผู้แทนสภาหรือองค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิในสัดส่วนและจำนวนที่เหมาะสม

๑.๒ คณะกรรมการมีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกระบวนการสรรหา การผลิต การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิรูปการศึกษาให้สอดคล้องกับนโยบายด้านคุณภาพของการบริการในทุกระดับ ด้วยกระบวนการระดมสรรพปัญญา ประสบการณ์ และนวัตกรรม การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี และเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์เพื่อขอการรับรองในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามความเหมาะสม แผนยุทธศาสตร์นั้นยึดหลักการสำคัญ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตบุคลากรและผู้ใช้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทของประชาคมอาเซียน การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนตัวอย่างรวมถึงประสบการณ์ที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพในสาขาต่าง ๆ การเพิ่มองค์ความรู้ด้านการบริหารงาน การบริหารความขัดแย้งและกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมนวัตกรรมในการจัดการศึกษา การสร้างจิตสำนึกสาธารณะ การเคารพในศักดิ์ศรี และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคและความเป็นธรรมในการจัดการศึกษาและการกระจายบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนให้มีการวิจัยและนำผลมาใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน เป็นต้น

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้กระทรวงมหาดไทยสนับสนุนการคัดเลือกและให้ทุนบุคคลในพื้นที่เข้าศึกษาหลักสูตรด้านสุขภาพ ร่วมกับสถาบันการศึกษา ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และกำหนดกรอบอัตรากำลังและกลไกรองรับให้กลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเอง

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ในบริบทสังคมไทย

นิยาม

๑. บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ได้ผ่านการเรียนการสอนในหลักสูตรปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ในระดับปริญญาและที่ไม่ใช่ปริญญา

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๒. เมื่อประมาณ ๑๐๐ ปีก่อน มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาบุคลากรสุขภาพ ที่สำคัญสามฉบับ ได้แก่การศึกษาของ Flexnor, Welch-Rose และ Goldmark ซึ่งนำไปสู่การผลักดัน ให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญของการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเปลี่ยนแปลงจากการเรียนการสอน ที่อยู่บนฐานของประสบการณ์ สู่การเรียนการสอนบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ การทดลองวิจัย อันเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการก่อตั้ง สถาบันการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพแผนปัจจุบันที่กระจายไปทั่วโลก^๑ รวมถึงประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ได้ก่อคุณูปการต่อระบบการศึกษา ระบบการวิจัย ระบบสุขภาพ และสังคมโดยรวมอย่างมาก ทั้งด้านการเพิ่มคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ดังปรากฏจากอัตราการเสียชีวิตของมนุษย์จากโรคติดต่อลดลง อายุคาดเฉลี่ยของมนุษย์ยืนยาวขึ้น การควบคุมและกำจัดโรคภัยของมนุษย์และสัตว์ทำได้ดีขึ้นเป็นอย่างมาก

๓. อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าของวงการวิทยาศาสตร์สุขภาพมีส่วนทำให้เกิดความ เปลี่ยนแปลงหลายอย่างในสังคม ซึ่งเป็นข้อท้าทายและต้องการความรู้เท่าทันในการจัดการ เช่น การใช้เทคโนโลยีราคาแพงที่ต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล^{๒,๓} การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องไม่ละเลยการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่กระทบต่อสุขภาพ^๔ การสร้างความสมดุลระหว่างธุรกิจและบริการ สุขภาพเชิงพาณิชย์ กับความเป็นธรรมและคำนึงถึงประโยชน์ของประชากรส่วนใหญ่^๕

๔. ในศตวรรษที่ ๒๑ ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และระบาคติวิทยา เช่น การเกิดขึ้นของโรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำซึ่งส่วนมากเกี่ยวข้องกับการ ระบาดของโรคในสัตว์^๖ ความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ^๗ เช่น เบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ และภัยพิบัติทางธรรมชาติ สัตว์สวนและจำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคม^๘ เช่น การเกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการสุขภาพ การเกิดขึ้นของยาและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีราคาสูงมาก การก่อตั้งประชาคมอาเซียนภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ รวมทั้งนโยบายการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาค ทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องความเพียงพอ การกระจาย และความเป็นธรรม รวมทั้ง

ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ของการใช้ทรัพยากรสุขภาพ ดังจะเห็นได้ว่าการขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาล ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในช่วงห้าปีที่ผ่านมา มีการใช้ยาและเทคโนโลยีราคาแพงอย่างไม่เหมาะสม จนเกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพอย่างมาก เกิดช่องว่างระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนที่นำไปสู่ ความขัดแย้งและการฟ้องร้องต่าง ๆ ซึ่งการเรียนการสอนวิชาชีพสุขภาพในปัจจุบันต้องการ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เท่าทันกับพลวัตดังกล่าว^๙ เพื่อที่จะสามารถผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ที่เหมาะสม มีปริมาณเพียงพอ มีการกระจาย อย่างทั่วถึง มีจิตสาธารณะและหัวใจของความเป็นมนุษย์ และมีคุณภาพที่พึงประสงค์ สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นสุขภาพของประเทศได้ นอกจากนี้ยังต้องรวมถึงการมีความสามารถในการทำงานเป็นทีม ในระบบสุขภาพ เข้าใจระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และธรรมชาติ เข้าใจทุกขสัจของสังคม และมีศักยภาพในการเรียนรู้ต่อเนื่องได้ตลอดชีวิต^{๑๐,๑๑}

๕. การจัดการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ จึงต้องการการปรับตัว ปรับเปลี่ยนทั้งรูปแบบ วิธีการและ เนื้อหาสาระในการศึกษา รวมถึงสร้างกลไกทบทวนตรวจสอบให้สอดคล้องกับความจำเป็นสุขภาพ ที่แท้จริงของประชาชน ให้มีการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับชีวิตและประสบการณ์จริง ของระบบบริการสุขภาพ โดยที่ไม่ทำให้ความรู้ทางเทคนิควิชาการบกพร่อง นอกจากนี้ การทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากร ด้านสุขภาพ (Inter-professional collaboration) ที่มีประสิทธิภาพ^{๑๒} จะช่วยลดความผิดพลาดทางการแพทย์ และส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๖. ในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทย เช่น สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามพัฒนาทั่วโลก และมาตรการ ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ปรับระบบการเรียนการสอนให้มีความหลากหลายมากขึ้น มีการพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการศึกษาสม่ำเสมอ ดังเช่น การกำหนดให้มีการประชุมแพทยศาสตร์ ศึกษาแห่งชาติทุก ๗ ปี การประชุมพยาบาลศาสตร์ศึกษาทุก ๔ ปี มีการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐาน การศึกษาโดยองค์กรต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ในการจัดหลักสูตร การศึกษาในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทยศาสตร์ศึกษา พยาบาลศาสตร์ศึกษา เภสัชศาสตร์ศึกษา ได้ระบุไว้ในหลักสูตรว่านักศึกษาต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอ มีทักษะในการทำงานเป็นทีมสุขภาพ และต้องเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^{๑๓,๑๔,๑๕}

๗. เริ่มมีตัวอย่างการริเริ่มจัดระบบการศึกษาแบบใหม่ ที่ให้นักศึกษาได้รู้จักเรียนรู้และทำงาน ร่วมกับชุมชน เข้าใจธรรมชาติ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยไม่ได้เบียดบังหรือทำให้การเรียน การสอนวิชาการ ทางเทคนิคต้องบกพร่องไป เช่น การจัดการศึกษาชุมชนสำหรับนักศึกษา แพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, การจัดระบบการคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลที่อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยคัดเลือกนักเรียนที่มีความประพฤติดี มีความรู้ความสามารถ ที่ประชาชน สถานพยาบาล และภาคการศึกษามีส่วนร่วมในการคัดเลือก การพัฒนาหลักสูตรที่เชื่อมโยง กับการใช้บุคลากร, การจัดวิธีการศึกษาให้นักศึกษาได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาร่วมกับการดูแลชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ซึ่งทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้ครบทั้งระบบ ผ่านประสบการณ์จริง ทั้งความรู้ทางเทคนิคควบคู่ไปกับเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน

๘. ในระดับประเทศ กำลังมีกระบวนการศึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนเรื่องการศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพ ในระดับภูมิภาคก็ได้มีการริเริ่มวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพของ ไทยร่วมกันอีก ๔ ประเทศ ได้แก่ จีน บังคลาเทศ เวียดนาม และอินเดีย รวมถึงในระดับโลกก็มีการจัดทำรายงาน

The Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century^{๑๖} เพื่อศึกษาเรื่องการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ของประชาชน ซึ่งทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดระบบการศึกษามหาวิทยาลัยด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และในระดับโลก ซึ่งประเทศไทยสามารถเรียนรู้จากกระบวนการเคลื่อนไหวดังกล่าวได้ ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น

ข้อจำกัดการปฏิรูประบบการศึกษามหาวิทยาลัยด้านสุขภาพและการแก้ไข้ปัญหา

๙. การพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร และการรับรองคุณภาพ มาตรฐานการศึกษาโดยมากยังเน้นเรื่อง การพัฒนาความรู้ ทักษะทางวิชาการ โดยความเชื่อมโยงกับพลวัตระบบสุขภาพและสถานการณ์ ของประเทศยังไม่ชัดเจน การศึกษาจึงไม่ควรมุ่งเน้นเรื่องเทคนิควิชาการเท่านั้น แต่ต้องทำให้บุคลากรมี ความเข้าใจระบบสุขภาพและสถานการณ์ของประเทศมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ในระบบสุขภาพและภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมอย่างเข้มข้น^{๑๗} นอกจากนี้ การพัฒนาคุณภาพบุคลากรสุขภาพท่ามกลางการหลั่งไหลของข้อมูลข่าวสารในยุคโลกาภิวัตน์ ไม่ได้หมายถึง การมีความจำเป็นต้องสอนให้ บุคลากรมีความรู้วิชาการในทุกเรื่อง แต่ต้องหมายถึง การมีความรู้ ทักษะวิชาการที่จำเป็น และสามารถพัฒนา ต่อยอดความรู้ ทักษะ ความสามารถ ผ่านการเรียนรู้ ด้วยตนเองต่อไปในอนาคตได้^{๑๘}

๑๐. ปัญหาเรื่องการปฏิรูปการศึกษามหาวิทยาลัยด้านสุขภาพ เป็นปัญหาที่หลายฝ่ายให้ความสำคัญ แต่มุมมอง และวิธีแก้ปัญหายังอยู่ในกรอบของสาขาหรือวิชาชีพของตน แม้มีความพยายามขยายขอบเขต ของการแก้ปัญหาออกไป แต่ด้วยเงื่อนไขที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ นอกเหนือระบบการศึกษา เช่น ระบบการบริการสุขภาพ ทำให้การปฏิรูปที่ทำในวงจำกัด นำไปสู่การตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ ของชุมชนและสังคมได้ยาก การดำเนินการปฏิรูปจึงต้องการกลไกที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาและศึกษาหาทางออกร่วมกัน ซึ่งต้องไม่จำกัดในวิชาชีพหรือสาขาใดสาขาหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกสาขา รับฟังความคิดเห็น ของทุกภาคส่วน รวมถึงมีกลไกที่ไม่ให้ภาระ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีกลไกและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วน ซึ่ง เชื่อมโยงภาคการศึกษาและภาค การบริการ ที่เชื่อมโยงภาครัฐและเอกชน เชื่อมโยงผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ว่าจะต้องปฏิรูปการศึกษามหาวิทยาลัย อย่างไร เพื่อใคร ด้วยเนื้อหาการจัดการหลักสูตรแบบใด เพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและสังคม

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๔

เอกสารอ้างอิง

- ๑ Duffy TP. The Flexner Report--100 years later. *Yale J Biol Med.* 2011 Sep;84(3):269-76.
- ๒ Hanvoravongchai P. Health system and equity perspectives in health technology assessment. *J Med Assoc Thai.* 2008 Jun;91 Suppl 2:S74-87.
- ๓ Rutten FF, Bonsel GJ. High cost technology in health care: a benefit or a burden? *Soc Sci Med.* 1992 Aug;35(4):567-77.
- ๔ Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA: the journal of the American Medical Association.* 1999;281(11):1030-3.
- ๕ Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients: Nation Books; 2005.*
- ๖ Heymann DL, Rodier GnlR. Hot spots in a wired world: WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases. *The Lancet Infectious Diseases.* 2001;1(5):345-53.
- ๗ Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *The Lancet.* 2003; 362(9387):903-8.
- ๘ Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy.* 1994;27(1):19-34.
- ๙ Wasi P. Research in health manpower development. *Human Resources Development Journal.* 1997;1(1).
- ๑๐ Bellanca JA, Brandt RS, Barell J, Darling-Hammond L, Dede C, DuFour R, et al. *21st century skills: Rethinking how students learn: Solution Tree Press; 2010.*
- ๑๑ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. แพทยศาสตร์ศึกษากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; [สืบค้นเมื่อ ๑๕ สิงหาคม ๒๐๑๒]; สืบค้นจาก: http://www.med.cmu.ac.th/HOME/file/extra/uhosnet/no-29/500719/Humanized%20Health%20Medicine%20Care/Medical%20Education%20and%20Humanized%20Health%20Care_komat.pdf.
- ๑๒ O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.*
- ๑๓ แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕. [สืบค้นเมื่อ ๑๑ สิงหาคม ๒๐๑๒]; สืบค้นจาก: <http://www.pcm.ac.th/druweb/sites/default/files/uploads/1/mcacnl2012.pdf>.
- ๑๔ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาแพทยศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๒): มหาวิทยาลัยขอนแก่น๒๕๕๒.
- ๑๕ สภาเภสัชกรรม. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ด้านการบริหารทางเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ สิงหาคม ๒๐๑๒]; สืบค้นจาก: <http://competencyrx.com/images/pdf/RxStdPharmcare.pdf>
- ๑๖ Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission. *The Lancet.* 2010;375(9721):1137-8.

การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ^๑

ตระหนัก ว่าภาวะหมอกควันเป็นปัญหารุนแรงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกับประชาชนเป็นบริเวณกว้าง มีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งทั้งการเผาในพื้นที่ป่า พื้นที่เกษตรกรรม ภาคเมือง การขนส่ง และอุตสาหกรรม การบริหารจัดการแก้ไขปัญหามีความสลับซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและหมู่บ้าน จึงจะสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ชัดเจนและบรรลุเป้าประสงค์

กังวล ต่อปริมาณฝุ่นควันขนาดเล็กที่มีปริมาณเกินค่ามาตรฐานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการท่องเที่ยวแล้ว ยังพบปัญหาหมอกควันมีแนวโน้มที่กลายเป็นความขัดแย้งทางสังคมระหว่างกลุ่มคนในเมืองกับคนชนบทหรือเกษตรกรรมมากขึ้น

รับทราบ ว่าการป้องกันแก้ไขปัญหามอกควันมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย การแก้ไขที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องแก้ไขในทุกระดับ ตั้งแต่สำนักบุคคล ชุมชน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และต้องมีการปรับปรุงกลไกการทำงาน การปรับปรุงโครงสร้างอำนาจ สิทธิการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถดำเนินการได้โดยง่ายในระยะเวลาอันสั้น

ห่วงใย ว่าการขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและทุกระดับทำให้การแก้ไขปัญหามอกควันไม่ได้รับความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ชื่นชม การทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชนที่ร่วมผลักดันให้มาตรการป้องกันปัญหามอกควันเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนและการกระจายอำนาจในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติจะเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ แม้จะมีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่ง แต่ควรมุ่งเน้นแก้ไขปัญหามาจากแหล่งกำเนิดหลัก คือ การเผาในพื้นที่ป่าและพื้นที่เกษตรเป็นหลัก

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการดังนี้

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗

๑.๑ สำนักงานกองทุนสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และภาคเอกชน เป็นภาคีร่วมดำเนินงาน สนับสนุนภาคประชาชน และองค์กรชุมชนในการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน โดยจัดตั้งคณะทำงานความร่วมมือภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน เพื่อทำหน้าที่

๑.๑.๑ สนับสนุนให้องค์กรชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดทำแผนการบริหารจัดการ การสร้างสำนึก สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สร้างศูนย์การเรียนรู้เพื่อขยายผล

๑.๑.๒ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นด้านการจัดการ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ว่าด้วยการจัดการปัญหาไฟป่าและหมอกควัน

๑.๑.๓ สนับสนุนให้มีงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนเรื่องลุ่มน้ำ สภาพป่า และประเภทป่า รวมทั้งนำข้อมูลและผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงให้มีการพัฒนาระบบการบูรณาการ ข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

๑.๑.๔ สนับสนุนงบประมาณให้องค์กรชุมชนในการดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ให้คณะทำงานความร่วมมือภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควันดำเนินงานร่วมกับหน่วยงาน ราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรพัฒนาเอกชน สภาเกษตรกรแห่งชาติ สภาองค์กรชุมชน และสถาบันทางการศึกษา

๑.๑.๕ สนับสนุนการลดการเผาในพื้นที่เกษตร โดยสนับสนุนให้ทำปุ๋ยหมักชีวภาพจากเศษวัสดุพืช โดยกรมพัฒนาที่ดิน

๑.๑.๖ ส่งเสริมให้ความรู้และทักษะแก่ประชาชนและเยาวชนในโรงเรียนในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควันในพื้นที่อย่างเหมาะสม

๑.๒ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานหลัก

๑.๒.๑ ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจของคณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติ ในประเด็นต่อไปนี้

(๑) ให้นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน โดยมี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานเลขานุการ

(๒) เพิ่มคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของประชาชนและภาคเอกชน เข้าร่วมเป็น คณะกรรมการในสัดส่วนที่เหมาะสมและให้มีตัวแทนครบทุกภาคของประเทศ

(๓) ให้มีอำนาจในการพิจารณาและให้ความเห็นต่อแผนงาน แผนงบประมาณที่องค์กร ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำขึ้น เพื่อประกอบการนำเสนอให้คณะ รัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติ

(๔) แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชุมชนจัดการไฟป่าและหมอกควันระดับ หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด และระดับภาค

ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑.๒.๑ ดำเนินการจัดการปัญหาไฟป่าและหมอกควันในลักษณะ เป็นการถาวรและประจำจนกว่าปัญหาจะคลี่คลาย

(๕) แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามผลและตรวจสอบปัญหาไฟป่าและหมอกควัน รวมทั้ง ผลกระทบต่อระบบนิเวศ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกระดับตั้งแต่ระดับ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และภูมิภาค

๑.๒.๒ ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สนับสนุนให้คณะทำงานตาม ๑.๒.๑ (๔) เป็นองค์กรหลักประสานจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาหมอกควันไฟป่าในทุกระดับโดยมีคณะทำงานตาม ๑.๑ ให้การช่วยเหลือและสนับสนุน และให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่รวบรวมแผนและงบประมาณเพื่อเสนอขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติ

๑.๒.๓ การทำข้อตกลงร่วมกับประเทศเพื่อนบ้านในการแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควันร่วมกัน

๑.๓ คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายเป็นกลไกหลักร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และคณะทำงานตาม ๑.๑ ศึกษา ยกร่าง และปรับปรุงแก้ไขระเบียบกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน และพัฒนาให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติตามกฎหมายอย่างจริงจัง รวมทั้งสาระการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาหมอกควันไฟป่า การจัดการทรัพยากรป่าไม้ การแก้ไขปัญหาการใช้ประโยชน์จากที่ดินและการเกษตร รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ค่าชดเชยต่อระบบนิเวศ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบภายใน ๒ ปี

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหา

๑. ในปัจจุบัน ปัญหาหมอกควันเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอทั้งในพื้นที่ภาคเหนือและภาคใต้ แม้ทั้งสองพื้นที่มีแหล่งกำเนิดปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ในพื้นที่ภาคเหนือปัญหาหลักมักเกิดจากการเผาป่า และพื้นที่เกษตร ขณะที่ในพื้นที่ภาคใต้ ต้นตอปัญหามักเกิดหมอกควันจากแหล่งธรรมชาติในประเทศเพื่อนบ้าน จึงอาจมีวิธีป้องกันแก้ไขที่แตกต่างกันไป และแม้เอกสารนี้จะทบทวนและนำเสนอรูปธรรมในภาคเหนือตอนบนเป็นหลัก แต่จะนำเสนอมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมให้ได้มากที่สุด

๒. ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายนของทุกปี พื้นที่ ๘ จังหวัดในภาคเหนือตอนบนของประเทศมักเกิดปัญหาหมอกควันโดยมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กมีจำนวนมากเกินค่ามาตรฐานที่กำหนด (ค่ามาตรฐาน PM ๑๐ ๑๒๐ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) และดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index : AQI) อยู่ในเกณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จากข้อมูลการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของกรมควบคุมมลพิษพบว่าระหว่างปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๕ แต่ละจังหวัดมีจำนวนวันที่และค่าปริมาณฝุ่นควันที่สูงเกินระดับมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และมีค่า PM_{๑๐} สูงสุดดังนี้

๓. ตารางแสดงการตรวจวัดคุณภาพอากาศปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด (มกราคม-เมษายน ปี ๒๕๕๐- ๒๕๕๕) :

จังหวัด	จำนวนสถานี (สถานี)	จำนวนวันที่เกินมาตรฐาน (วัน)						ค่าสูงสุด (มคก./ลบ.ม.) ในรอบ ๕ ปี
		๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	
เชียงใหม่	๓	๓๕	๘	๒๑	๒๒	๐	๑๗	๓๘๒.๗
เชียงราย	๑	๑๖	๔	๒๗	๔๓	๒	๓๐	๔๗๐.๘
ลำพูน	๑	-	-	๑๘	๔๐	๐	๒๒	๓๕๐.๓
แม่ฮ่องสอน	๑	๒๘	๔	๓๓	๓๗	๒	๒๒	๕๑๘.๕
ลำปาง	๔	๓๗	๒๕	๓๖	๓๐	๓	๒๖	๒๗๙.๐
พะเยา	๑	-	-	๑๘	๓๓	๕	๒๒	๒๘๓.๔
น่าน	๑	-	-	๑๖	๒๔	๐	๑๖	๒๑๖.๔
แพร่	๑	-	-	๕	๐	๑	๒๐	๒๓๓.๒

๔. ฝุ่น-ควัน ที่มีจำนวนมากจนมองเห็นว่ามีสภาพคล้ายกับหมอก จนเรียกว่า ภาวะหมอกควัน นั้นมีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งกำเนิดสำคัญ ๔ แหล่งดังนี้

(๑) ไฟป่า เกิดไฟไหม้ป่าที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเกิดในเขตป่าเต็งรังและเบญจพรรณที่แห้งแล้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากปีใดต้องเผชิญกับภาวะเอลนีโญ ซึ่งทำให้เกิดภาวะความแห้งแล้งมากขึ้น ไฟป่าที่ไหม้ในเขตป่าเต็งรัง และเบญจพรรณ จะมีปริมาณพื้นที่การเกิดไฟที่มากและมีการไหม้ลามเข้าป่าดงดิบเป็นพื้นที่กว้างมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการจุดของมนุษย์ทั้งที่ตั้งใจและพลั้งเผลอ จากการเก็บหาของป่า ล่าสัตว์ เกษตรกรใช้วิธีการชิงเผาป่าเพื่อป้องกันไฟป่าไหม้ลามเข้าสวนของเกษตรกร ขณะที่กำลังเจ้าหน้าที่รัฐมีจำนวนจำกัดไม่สามารถควบคุมดูแลได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนความรู้และวิธีการบริหารจัดการในปัจจุบันนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากนโยบายการห้ามเผาในที่โล่งแจ้ง (Zero Burning) ซึ่งกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รับนโยบายจากที่ประชุมระดับรัฐมนตรีอาเซียนด้านหมอกควัน มากำหนดแผนงานและมาตรการ โดยพยายามให้หน่วยงานต่าง ๆ จัดทำแผนงาน มาตรการ และระเบียบข้อบังคับ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ในเรื่องการห้ามเผาในภาคการเกษตร และการเผาขยะมูลฝอยจากชุมชนเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน ลดและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดจากการเผาในที่โล่งให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ทำให้มาตรการการป้องกัน และดับไฟป่าไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มจะขยายความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต

(๒) การใช้ไฟในพื้นที่เกษตร ภายใต้เงื่อนไขความจำเป็นในการปรับตัวทางด้านเศรษฐกิจของเกษตรกร เกิดการขยายตัวของการบุกรุกพื้นที่ป่ามาเป็นพื้นที่การเกษตรเพาะปลูกมีพืชเศรษฐกิจได้เกิดขึ้นจำนวนมาก เกิดการขยายพื้นที่เพื่อเพาะปลูก หอมแดง กระเทียม อ้อย ข้าวโพด ถั่วเหลือง กะหล่ำปลี มะเขือเทศ และข้าว มีจำนวนมากขึ้น เกิดการใช้ไฟเพื่อเผาเศษวัสดุทางการเกษตร และลักลอบเผาพื้นที่ป่ามาเป็นพื้นที่เกษตรมากขึ้น เนื่องจากยังไม่มีการแก้ไขปัญหาคาร์บอนที่ดินของรัฐและที่ดินทางการเกษตรของประชาชนทำให้มีการบุกรุกพื้นที่เพิ่มอย่างขาดการควบคุม เมื่อผนวกกับการใช้ไฟเพื่อการเผาไร่ของเกษตรกรดั้งเดิมที่ทำข้าวไร่หมุนเวียนของประชาชนบนพื้นที่สูงที่ยังมีอยู่จำนวนมาก ทำให้การเผาในพื้นที่เกษตรเพิ่มขึ้นจำนวนมาก

(๓) ฝุ่นละอองจากพื้นที่เมืองและอุตสาหกรรม เช่น จากการจราจร การก่อสร้าง การเผาขยะมูลฝอยชุมชน เผาที่รกร้างว่างเปล่า พื้นที่รอการพัฒนา การเผาไหม้โดยไม่มีการบำบัดคุณภาพอากาศในอุตสาหกรรมครัวเรือนที่ใช้เชื้อเพลิงในกระบวนการผลิต การเผาไหม้เพื่อผลิตไฟฟ้าชีวมวล แหล่งกำเนิดดังกล่าวเป็นต้นเหตุของฝุ่น ๑ ใน ๔ ของปริมาณทั้งหมดในปัจจุบัน ขณะที่แนวโน้มการเจริญเติบโตของเมืองและอุตสาหกรรมมีแนวโน้มการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ย่อมมีผลต่อการกลายเป็นแหล่งกำเนิดฝุ่นควันที่มากขึ้น และส่งผลต่อการไหลเวียนของอากาศในพื้นที่เมืองที่แย่งมีการสะสมของฝุ่นละอองมากขึ้นจากกิจกรรมต่างๆ

(๔) หมอกควันข้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้าน แนวโน้มของปัญหาหมอกควันในภูมิภาคเอเชีย โดยเฉพาะในประเทศที่มีเขตแดนติดกับประเทศไทย จะเห็นได้จากค่า PM๑๐ ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน และอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่มีพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านมีค่าสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่สถานีตรวจวัดอื่น ๆ ซึ่งมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของภูมิภาคอาเซียน ประกอบกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก ทำให้การเกิดไฟป่า ไฟในภาคการเกษตรของประเทศพม่า ลาว และทางใต้ของประเทศจีน ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

๕. ทั้ง ๔ แหล่งกำเนิดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณฝุ่น ควัน ที่มากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลกระทบระยะยาวที่สังคมยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก ผลกระทบจะมีมากขึ้น

หากขาดยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานที่ความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหา แม้จะมีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งแต่ควรมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาจากแหล่งกำเนิดหลักคือ การเผาในพื้นที่ป่าและพื้นที่เกษตรเป็นกลยุทธ์หลัก

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

๖. ผลกระทบทางสุขภาพอนามัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ (เชียงใหม่) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพอนามัยจากสถานการณ์ไฟป่าและหมอกควัน โดยรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด ในปี ๒๕๕๓ พบว่า อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น พร้อมกับสถานการณ์หมอกควันในช่วงการเพิ่มขึ้นสูงสุดสัปดาห์ที่ ๕-๗ อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นจาก ๔๓๕ เป็น ๕๘๐ คนต่อแสนประชากร หรือคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า ๘,๐๐๐ คน (คิดจากประชากร ๘ จังหวัดภาคเหนือเมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ ประมาณ ๕.๗ ล้านคน) และจากงานวิจัยของนักวิชาการด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนหลายสถาบันชี้ให้เห็นว่าปัญหาหมอกควันมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจ โรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนในภาคเหนือที่มีค่าสูงกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศ และประชาชนในพื้นที่ชนบทมีความเสี่ยงสูงกว่าประชาชนทั่วไปจากพฤติกรรมการเผาไหม้ในกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

๗. ผลกระทบต่อสังคม กรณีสาเหตุของปัญหาไฟป่าและหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนต่างเห็นไม่ตรงกัน และโยนความรับผิดชอบกันไปมา เช่น ประชาชนในเขตเมือง มองว่าสาเหตุเกิดจากคนบนพื้นที่สูงที่อาศัยทำกินในพื้นที่ป่าเป็นผู้บุกรุกและเผาป่า เพื่อขยายที่ทำกินหรือกำจัดเศษวัสดุเหลือใช้จากการเกษตรหรือการเตรียมดินเพื่อปลูกพืชไร่ โดยเฉพาะพืชเกษตรเชิงเดี่ยว ส่วนคนบนพื้นที่สูง มองว่าเกิดจากการเผาวัสดุเหลือใช้จากครัวเรือน ขยะมูลฝอย การเผาข้างทาง การจราจรในเขตเมือง โรงงานอุตสาหกรรม และนายทุนที่เข้ามาตัดไม้ทำลายป่า ส่วนภาครัฐ อาจมองว่าประชาชนทำการเผาเพื่อบุกรุกพื้นที่ทำกิน ส่วนภาคประชาชน มองว่าสาเหตุเกิดจากการที่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบทำการชิงเผา เพื่อลดปริมาณเชื้อเพลิงและของบประมาณจำนวนมากเพื่อมาบริหารจัดการในพื้นที่ ความเข้าใจที่แตกต่างเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในสังคม ซึ่งอาจจะยังไม่เห็นความรุนแรง แต่ก็ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถสร้างความร่วมมือ สร้างความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้

๘. ผลกระทบต่อระบบนิเวศ นิเวศมีความหลากหลายทั้งที่เป็นระบบนิเวศที่ไม่ต้องการไฟ นิเวศที่ต้องการไฟ แต่ระบบการจัดการที่ขาดความเข้าใจระบบนิเวศใช้นโยบายและมาตรการเดียวกันในทุกพื้นที่ เกิดความไม่เหมาะสมกับระบบนิเวศทำให้ พื้นที่นิเวศป่าที่ไม่ต้องการไฟแต่กลับถูกบุกรุกทำลายเกิดไฟป่ามากขึ้น และมีปัจจัยเสี่ยงเกิดไฟป่าถูกสะสมมากขึ้น ขณะที่พื้นที่ป่าที่ต้องการไฟเป็นองค์ประกอบ ในกรณีพื้นที่ป่าเต็งรัง-เบญจพรรณถูกจัดการโดยมาตรการการห้ามเผา ทำให้ไฟที่เคยเป็นตัวช่วยป้องกันพื้นที่ป่าดิบ เป็นพื้นที่สร้างระบบการคืนแร่ธาตุให้กับดิน ทำให้ไม้บางชนิดเจริญเติบโตได้ดี ช่วยกำจัดเชื้อโรค ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างป่าและระบบนิเวศ ซึ่งจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อเพลิงและเกิดไฟป่าที่รุนแรงในอนาคต อีกทั้งยังบิดเบือนวงจรของธรรมชาติและห่วงโซ่อาหารเปลี่ยนไป ป่าเต็งรังเบญจพรรณที่เคยทำหน้าที่เป็นแหล่งอาหารสำคัญของสัตว์ป่าต้องลดน้อยหายไปซึ่งจะส่งผลต่อความอุดมสมบูรณ์และความสมดุลของธรรมชาติในอนาคต

นโยบาย มาตรการและโครงสร้างกลไกการแก้ไขปัญหา

๙. กลไกระดับชาติ ในปี ๒๕๕๐ รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการแก้ไขปัญหาหมอกควันภาคเหนือขึ้น หลังจากเกิดวิกฤติหมอกควันอย่างรุนแรงขึ้นเป็นปีแรก โดยมีรองนายกรัฐมนตรีที่ปฏิบัติราชการแทน

นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการฟื้นฟูระบบนิเวศวิทยาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามอกควันโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนท้องถิ่นที่จังหวัดเชียงใหม่ และคณะกรรมการประสานการจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ปัญหามอกควันและไฟป่าเพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหามอกควันในพื้นที่ ๘ จังหวัด ที่ประกอบด้วยองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาสังคมหลายภาคส่วน ปัจจุบันคณะกรรมการฯและคณะกรรมการทั้ง ๒ คณะได้หมดภารกิจไปตามวาระของรัฐบาล

๑๐. ต่อมา มีการจัดตั้ง คณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติขึ้นตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ ๑๒๖/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ลงนามโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี เพื่อให้การจัดการปัญหาไฟป่า และหมอกควัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทันทต่อเหตุการณ์ มีการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วน อีกทั้งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือปัญหาไฟป่าและหมอกควันในปีต่อไป โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นประธานกรรมการ และมีปลัดกระทรวง ๑๑ กระทรวง และอธิบดีกรมต่างๆที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ จึงมีเพียงหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ไม่มีภาคส่วนอื่นๆ เป็นคณะกรรมการและที่ผ่านมา มีการประชุมบ่อยครั้ง หรือมีเฉพาะช่วงที่เกิดสถานการณ์หมอกควัน รวมทั้งการผลักดันงบประมาณสนับสนุนแผนงานแก้ไขปัญหามอกควันและไฟป่าและหมอกควันทั้งระยะสั้นและระยะยาวยังไม่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหามอกควัน ทำให้การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแก้ปัญหามอกควัน ๘ จังหวัดภาคเหนือ เป็นไปในลักษณะแก้ไขปัญหามอกควันเฉพาะหน้าทำกิจกรรมเฉพาะช่วงที่เกิดสถานการณ์ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหามอกควันในระยะยาว

๑๑. เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๒ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเรื่อง การจัดการปัญหาไฟป่าและหมอกควันตามที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเสนอ ให้กระทรวงสาธารณสุขแจ้งเตือนและทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพจากสถานการณ์หมอกควัน พร้อมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์และบุคลากรตามความจำเป็น

๑๒. คณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๓ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด เพื่อกำหนดนโยบาย มาตรการและแผนการปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหามอกควันและไฟป่าแบบบูรณาการ ตลอดจนรณรงค์ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน รวมทั้งจัดให้มีศูนย์ประสานงานระดับกลุ่มจังหวัด กำหนดกรอบแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์ การประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารร่วมกันระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและจังหวัด รวมทั้งกำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย มาตรการ และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขป้องกันปัญหาไฟป่าและหมอกควัน แต่ยังคงขาดการทำงานที่ต่อเนื่องให้ความสนใจเฉพาะช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์หมอกควัน ในขณะที่กระบวนการวางแผนไม่สอดคล้องกับระยะเวลา มีการทำแผนระยะยาว (๕ ปี) แต่ขาดการผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณตามแผน ในขณะที่การประเมินผลไม่สอดคล้องกับแผนและสภาพแวดล้อม

๑๓. ทั้งนี้ หน่วยงานในระดับนโยบาย แม้จะสนับสนุนให้ความร่วมมือและสนใจในปัญหาไฟป่าและหมอกควัน ทำการรณรงค์ เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหามอกควันเฉพาะหน้า แต่ก็ยังไม่สามารถกำหนดให้หน่วยงานที่มีภารกิจรับผิดชอบโดยตรงปฏิบัติตามข้อเสนอแนะหรือแนวทางปฏิบัติที่นั้น ๆ ได้

๑๔. กลไกระดับจังหวัด ในภาคราชการในพื้นที่ ๘ จังหวัด จะมีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจป้องกันและแก้ไขปัญหามอกควันและไฟป่า เป็นประจำทุกปี โดยเป็นศูนย์กลางในการติดต่อ รับแจ้งข่าวอัคคีภัย และไฟป่า

ในช่วงฤดูแล้งของอำเภอ/กิ่งอำเภอและส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด กำชับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพิ่มมาตรการในการป้องกันอัคคีภัยและไฟฟ้า ควบคุมการเผาในที่โล่งทุกชนิดทั้งในพื้นที่ชุมชน พื้นที่การเกษตร พื้นที่ป่าอนุรักษ์และป่าสงวนแห่งชาติ ในช่วงอากาศแห้งเพื่อลดสาเหตุการเกิดหมอกควันและมลพิษทางอากาศ จัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์หมอกควันและไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นหลักเช่นกัน ทั้งนี้หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดกระทรวงต่าง ๆ ที่ทำงานในจังหวัด จะทำหน้าที่ แปรนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติ แต่เนื่องจากปัญหาหมอกควันมีความเกี่ยวข้องทับซ้อนกันหลายมิติ แต่หน่วยงานภาครัฐแต่ละหน่วยงานต่างปฏิบัติงานภายใต้นโยบายของแต่ละกระทรวง และไม่สามารถบูรณาการได้ในขณะที่กลไกการบริหารจังหวัดแบบบูรณาการก็ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างการบริหารงานของแต่ละหน่วยงาน การดำเนินงานจึงเป็นลักษณะต่างหน่วยงานต่างทำขาดการกำหนดเป้าหมายร่วมกันบนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน ส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับการแก้ไขปัญหาระยะสั้น หรือการปฏิบัติงานเฉพาะหน้า ไม่ให้ความสำคัญและปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง ยังมีข้อจำกัดด้านภาระงานประจำ อัตรากำลัง งบประมาณ และขาดการวางแผนหรือวิธีปฏิบัติงานโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย

๑๕. ในภาคประชาชน มีการริเริ่ม จัดตั้งกลไกการทำงานแก้ไขปัญหาไฟฟ้า หมอกควัน และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ระดับตำบลและระดับกลุ่มน้ำ เช่นในจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย ลำพูน ลำปาง เป็นต้น โดยทำหน้าที่สนับสนุน และประสานงานร่วมกับภาคีในส่วนต่างๆในการวางแผนการแก้ไขปัญหา แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่อง สิทธิและอำนาจ การเข้าถึงงบประมาณ การยกระดับความรู้ การเชื่อมประสานและผลักดันข้อเสนอ โดยเฉพาะสถานภาพของภาคประชาชนในปัจจุบัน ยังไม่เกิดการยอมรับจากภาครัฐให้เป็นองค์กรหลักในการร่วมแก้ไขปัญหา อีกทั้ง องค์กรชาวบ้านและเครือข่าย ไม่มีสิทธิโดยชอบตามกฎหมายในการจัดการไฟฟ้า การจัดการป่า ไม่ได้เป็นเจ้าของหลัก มีสถานะเป็นเพียงผู้ให้ความร่วมมือกับรัฐ ไม่ได้มีสถานะเป็นเจ้าของหลัก ที่มีสิทธิและอำนาจโดยชอบด้วยกฎหมาย ขาดความรู้ที่เหมาะสม เท้าทันต่อสถานการณ์

๑๖. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ได้รับการถ่ายโอนบุคลากรและไม่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินงานหรือกิจกรรมในด้านนี้จากกรมป่าไม้ ทำให้ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมการเผาเท่าที่ควร เนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอและยังมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพและถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากรในท้องถิ่น สนับสนุนข้อมูล ผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพอนามัย รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้ทันต่อห้วงระยะเวลาการเกิดไฟฟ้าและหมอกควัน

๑๗. องค์กรสนับสนุน ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สภาเกษตรกรแห่งชาติ องค์กรพัฒนาเอกชน มีประสบการณ์ทำงานใกล้ชิดกับชุมชนและสถานการณ์ปัญหา มีความยืดหยุ่นในการกำหนดแนวทางการทำงานและกำหนดวิธีบริหารงบประมาณที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้มากกว่าระบบราชการ แต่ก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนสนับสนุนแผนการจัดการไฟฟ้า หมอกควันของประชาชนอย่างเป็นทางการเป็นระบบร่วมกับรัฐ

๑๘. สถาบันการศึกษาให้ความสนใจศึกษาเชิงวิชาการความรู้เฉพาะสาขา ยังขาดการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ และยังมีทางเลือกที่เหมาะสมเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ข้อจำกัดการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา

๑๙. การดำเนินการหน่วยงานราชการกลายเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการเพียงฝ่ายเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างจริงจังในทุกๆระดับ ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นปรับปรุงให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่าง

จริงจังในทุกระดับ ทั้งในระดับคณะกรรมการหมอกควันแห่งชาติ คณะกรรมการหมอกควันระดับภาค จังหวัด อำเภอ และ ตำบล

๒๐. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณล่าช้าไม่สอดคล้องกับฤดูกาลของการเกิดปัญหา และไม่เพียงพอ ไม่ถึงกลุ่มประชาชนผู้ทำหน้าที่ในการดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาในระดับหมู่บ้าน ตำบล และยังขาดมาตรการทางนโยบาย และระเบียบที่ชัดเจนในการกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิกฤติสามารถจัดทำของบประมาณเพื่อจัดการปัญหาหมอกควันเป็นการเฉพาะ ได้โดยตรง เช่น แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด ใช้เกณฑ์การสนับสนุนท้องถิ่นเดียวกันทั่วประเทศ และด้านมลพิษหมอกควันมักไม่ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์เฉพาะพื้นที่

๒๑. การไม่มีกฎหมายที่เอื้อประโยชน์ให้กับชุมชนได้มีสิทธิและหน้าได้ทำหน้าที่ดูแลรักษาป่าอย่างเป็นระบบ เมื่อไม่มีสถานะทางกฎหมายรับรองอย่างชัดเจน ทำให้ประชาชนขาดสิทธิในการกำหนดจัดทำแผนการจัดการป่า จัดการไฟป่าร่วมกับรัฐอย่างเหมาะสม ประชาชนมีเพียงหน้าที่พลเมืองดีแต่ขาดสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถจัดตั้งกลุ่มมีระเบียบกติกากลุ่มที่ชอบด้วยกฎหมายมีผลต่อสภาพบังคับใช้ ตลอดจนยังเป็นการจำกัดสิทธิในการเข้าถึงงบประมาณของรัฐ เพื่อทำแผนการจัดการไฟป่าได้ด้วยองค์กรชุมชน

๒๒. ไม่มีนโยบายที่เอื้อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามสภาพความเหมาะสมของพื้นที่โดยเฉพาะอย่างการแก้ไขปัญหาเรื่องการ ซ้อนทับระหว่างที่ทำกินของประชาชน ที่ซ้อนทับการประกาศเป็นที่ป่าของรัฐ จำนวนมากที่ยังไม่มีการสำรวจ ตรวจสอบดำเนินการพิสูจน์สิทธิ รองรับสิทธิ จำกัดสิทธิ ให้เหมาะสม (มีมติ ครม. ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๒) ซึ่งเป็นเหตุพื้นฐานทำให้รัฐไม่สามารถดำเนินการควบคุมป้องกันการบุกรุกป่าเพิ่มเติมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการบุกรุกเพื่อขยายพื้นที่การปลูกพืชเข้าไปในพื้นที่ป่าจำนวนมาก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดไฟจำนวนมาก

๒๓. ข้อจำกัดในสิทธิที่ดิน เนื่องจากการครอบครองใช้ประโยชน์ยังไม่มีเอกสารสิทธิถูกต้องตามนโยบาย และกฎหมาย ทำให้เกษตรกรไม่สามารถเข้าถึง โอกาสในการปรับเปลี่ยนระบบการปลูกพืชจากพืชเชิงเดี่ยวไปสู่ระบบ การปลูกสร้างสวนป่าแบบผสมผสานได้ ขาดโอกาสในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการปลูกสร้างสวนป่า หรือนโยบายส่งเสริมอาชีพอื่น ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบการเกษตรสำคัญที่สามารถลดการเผาไปได้จำนวนมาก

๒๔. แม้มมีพื้นที่ต้นแบบชุมชน หรือนวัตกรรมองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก็ค่อนข้างมาก แต่ยังกระจุกกระจาย ยังไม่สามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ที่ต้องการใช้ความรู้ได้ในวงกว้าง ขาดการขยายผลสู่พื้นที่ข้างเคียง การสนับสนุนไม่ต่อเนื่อง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๗

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมมลพิษ. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการควบคุมการเผาในที่โล่ง กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ สืบค้นวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๕ จาก <http://www.pcd.go.th>
๒. กรมควบคุมมลพิษ. แผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาหมอกควันและไฟป่า ปี 2555-2559 กรุงเทพฯ : กรมควบคุมมลพิษ สืบค้นวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๕ จาก <http://www.pcd.go.th>
๓. คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. โครงการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาวิกฤติหมอกควัน: กิจกรรมศึกษาวิจัยทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหมอกควันและการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวัง. เชียงใหม่: คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๓.
๔. คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. โครงการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาวิกฤติหมอกควัน: กิจกรรมการพัฒนาชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้การแก้ไขปัญหาหมอกควันในชุมชน. เชียงใหม่: คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๓.
๕. เจียมใจ เครือสุวรรณ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการวิเคราะห์สภาพอากาศและการเฝ้าระวังการเกิดมลภาวะอากาศ. ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). เชียงใหม่; ๒๕๕๑.
๖. เดโช ไชยทัต. การปฏิรูประบบการบริหารจัดการไฟป่า : การปฏิรูประบบการจัดการทรัพยากรทั้งระบบ. โครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ (เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๕๕.
๗. เดโช ไชยทัต. ข้อเสนอแนวทางการจัดการไฟป่าลดปัญหาหมอกควัน , โครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ภาคเหนือ)(เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๕๕.
๘. พัทธา อินทนิล (บก.). “เปิดพรมแดนความรู้แก้ไขปัญหาหมอกควัน” โครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน เชียงใหม่ : มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ; ๒๕๕๒.
๙. พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาระดับรายวันของฝุ่นในอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด ภายในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน. ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); ๒๕๕๐.
๑๐. พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ. สรุบบทเรียนการจัดการปัญหาหมอกควันในภาคเหนือ เชียงใหม่ : ศูนย์ประสานข้อมูลปัญหาหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. มปป.
๑๑. เพลินพร ผิวงาม. ปัญหาหมอกควัน ทางออกอยู่ที่ไหน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ภาคเหนือ กรุงเทพมหานคร : สำนักอาสาสมัครและเครือข่ายกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม; ๒๕๕๓.
๑๒. มงคล รายนาค และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการวิเคราะห์เพื่อหามลพิษทางอากาศในอนุภาคฝุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน. ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); ๒๕๕๐.
๑๓. วัชรพงษ์ ธิชัยพงษ์. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง “ผลของไฟผิวดินความรุนแรงต่ำที่มีต่อการเจริญเติบโตของพืชในระบบนิเวศของป่าเต็งรัง” ภายใต้การสนับสนุนของโครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ. เชียงใหม่ : มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ; ๒๕๕๕.

๑๔. วัชรพงษ์ ธัชยพงษ์. รายงานการศึกษาความเป็นไปได้ในการฟื้นฟูพฤติกรรมการเกิดไฟที่ผิดธรรมชาติของป่าเต็งรังภายใต้การสนับสนุนของโครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ. เชียงใหม่ : มุลินธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ; ๒๕๕๕.
๑๕. วัชรพงษ์ ธัชยพงษ์ . การวางแผนทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการเชื้อเพลิง ป่าเต็งรังโดยใช้แบบจำลองไฟป่า สืบค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕ จาก <http://www.tunkwan.com>.
๑๖. ศุทธิณี ดนตรี; สัญญา ทุมตะขบ; พิภพ ชำนิวิทย์พงศ์ และศุภลักษณ์ หน้อยสุยะ. การจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่เผาจากข้อมูลเชิงพื้นที่หลายแหล่งเพื่อการ เผ่าระวังและการป้องกันการเผาในที่โล่งในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๔.
๑๗. ศุทธิณี ดนตรี. แผนปฏิบัติการเพื่อจัดการไฟป่า-หมอกควัน พ.ศ.๒๕๕๕ ในตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๔.
๑๘. ศิริ อัคระอัคร, ไกรสร วิริยะ, ธนวัฒน์ ทองตัน, และ ประยูรยงค์ หนูไชยา. ลักษณะเชื้อเพลิงในป่าเต็งรัง เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าห้วยขาแข้ง. กรุงเทพฯ : ส่วนวิชาการด้านไฟป่า สำนักป้องกันปราบปรามและควบคุมไฟป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า; ๒๕๔๗.
๑๙. ศิริ อัคระอัคร, และ ส. กิตติสัทธ. ลักษณะเชื้อเพลิงในป่าเต็งรัง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัยสำนักงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยธรรมชาติ. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้ ; ๒๕๓๕.
๒๐. ศูนย์วิจัยและจัดการคุณภาพอากาศ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานการทบทวนวรรณกรรมไฟป่าและการเผาในพื้นที่การเกษตร และการจัดการ. เชียงใหม่: ศูนย์วิจัยและจัดการคุณภาพอากาศ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๔.
๒๑. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. ข้อมูลพื้นฐานเศรษฐกิจการเกษตร ปี ๒๕๕๔ เอกสารการเกษตรเลขที่ ๔๐๑ . กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๕.
๒๒. สมศักดิ์ สุขวงศ์. การเจริญเติบโตของพรรณไม้ในป่าเต็งรัง. กรุงเทพฯ : คณะวนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; ๒๕๑๕.
๒๓. สุรเด่น สัญญาอาจ. ผลกระทบของไฟต่อพืชพรรณและดินในป่าเต็งรังสะแกราช นครราชสีมา. นครราชสีมา; ๒๕๓๒.

ตารางแสดงผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
ในการจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

หน่วยงานนโยบาย	หน่วยงานปฏิบัติ/ผู้ปฏิบัติ	หน่วยงานสนับสนุน
คณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควัน แห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย - กรมการปกครอง - กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม - กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช - กรมป่าไม้ - กรมควบคุมมลพิษ - กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ - กรมส่งเสริมการเกษตร - กรมวิชาการเกษตร - กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงสาธารณสุข - กรมอนามัย - กรมควบคุมโรค กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ ภาคส่วนอื่น ๆ	จังหวัด อำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ สำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ สำนักงานเกษตรจังหวัด เกษตรอำเภอ เกษตรตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ตำบล สำนักทางหลวง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา องค์กรชุมชน หมู่บ้าน	กองทัพบก กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค สถาบันการศึกษา/ มหาวิทยาลัย/ นักวิจัย/นักเรียน นักศึกษา สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ สภาเกษตรกรแห่งชาติ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน

ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สมัชชาสุขภาพครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*

ตระหนัก ว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยผิดวิธี การไม่บังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่เข้มงวด การส่งเสริมการขายโดยไม่รับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกรและผู้บริโภค แนวโน้มนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้คือคาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น

รับทราบ ว่าพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้กำหนดให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดต้องขึ้นทะเบียนใหม่ให้แล้วเสร็จภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๔ และมติคณะรัฐมนตรี ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ ที่ได้ระบุให้คณะกรรมการวัตถุอันตรายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้เสียให้ข้อคิดเห็นและข้อมูลที่รอบด้าน พร้อมแสดงข้อมูลและหลักฐานประกอบเพื่อความโปร่งใส และจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะเรื่องเพื่อควบคุมการโฆษณาและขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร

รับทราบ ว่าการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (GAP) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการผลิตอาหารที่ปลอดภัยต่อเกษตรกรและผู้บริโภค

ห่วงใย ว่าการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นตัวแทนองค์กรสาธารณประโยชน์อาจไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์กฎหมาย และการอนุญาตให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้ามาก่อนวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ สามารถขายต่อเนื่องไปอีก ๒ ปี ไม่ได้เป็นตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการคุ้มครองสุขภาพคนไทย

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ดำเนินการ

๑.๑ มอบหมายกรมวิชาการเกษตรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๑.๑ ทบทวนการอนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในกระบวนการผลิตภาคการเกษตร โดยเฉพาะคาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น เพื่อผลักดันเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔

๑.๑.๒ ปรับปรุงวิธีการขึ้นทะเบียน และเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการวิชาการให้ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ผู้แทนองค์การสาธารณประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนสภาเกษตรกรแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลพิษวิทยา ปัญหาสุขภาพ ปัญหาจากประเทศที่เป็นฐานการผลิต และประกาศเปิดเผยข้อมูลการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุข

๑.๑.๓ กำหนดหลักเกณฑ์ในการยกเลิกการใช้วัตถุอันตราย หรือการยกระดับประเภทวัตถุอันตราย โดยเร่งรัดการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการวัตถุอันตรายให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มี

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๘

ผลกระทบรุนแรงและหลายประเทศห้ามใช้แล้วเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ และเพิ่มรายการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษร้ายแรงในบัญชีเฝ้าระวัง

๑.๑.๔ เสนอต่อคณะกรรมการวัตถุอันตราย ให้ดำเนินการควบคุมการโฆษณาและการขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตรอย่างเข้มงวด ตามนโยบายการจัดการสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ และดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้มีบทบัญญัติว่าด้วยการควบคุมการโฆษณาและการขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร รวมถึงการให้ภาคประชาสังคมโดยเฉพาะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัตถุอันตราย

๑.๑.๕ ให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้บริโภค เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๑.๒ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดค่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Limit: MRL) ตามมาตรฐานสากล และส่งเสริมความรู้แก่สังคมเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชน

๑.๓ จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนมาตรฐาน แนวทาง และการดำเนินการเพื่อให้เกิดการผลิตอาหารที่ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลัก โดยมีกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม โดยสถาบันอาหาร และสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย รวมทั้งภาคประชาชนเป็นฝ่ายสนับสนุน เพื่อดำเนินการผลักดัน GAP ให้เป็นภาคบังคับทางกฎหมาย เน้นระบบตลาดภายในประเทศ ตลาดในห้างสรรพสินค้า และตลาดส่งออก โดยมีกลไกการบริหารจัดการในแต่ละระดับเพื่อเอื้ออำนวยให้เกษตรกรได้รับความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

๒. ขอให้กระทรวงอุตสาหกรรมในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการวัตถุอันตราย ดำเนินการปรับปรุงประกาศกฎเกณฑ์การคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย โดยให้องค์กรสาธารณสุขประโยชน์เป็นผู้คัดเลือกตัวแทนของตนแต่ละสาขาเพื่อให้ได้ตัวแทนที่แท้จริงตามเจตนารมณ์

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางในการจัดการข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลด้านความปลอดภัยทางอาหารตลอดห่วงโซ่อาหาร และจัดทำระบบการแจ้งเตือนผลการตรวจสอบการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการศึกษาวิจัยผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๔. ขอให้กระทรวงการคลังจัดตั้งกองทุนเพื่อนำมาใช้ในการเยียวยา ชดเชยผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้บริโภคที่ได้รับผลกระทบจากอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้สนับสนุนการผลิตที่ปลอดภัยตาม GAP และระบบเกษตรกรรมยั่งยืน โดยการจัดเก็บภาษีจากผู้ประกอบการที่นำเข้า ผลิต และจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๕. ขอให้กระทรวงพาณิชย์เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนในการศึกษาวิจัยและขับเคลื่อนแผนปฏิบัติงานเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางอาหารปลอดภัยตามมาตรฐาน GAP, ThaiGAP และมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ และเป็นศูนย์กลางการผลิตและการตลาดเกษตรอินทรีย์ของภูมิภาค เพื่อเสนอต่อรัฐบาลภายใน ๑ ปี

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

นิยาม:

(๑) การปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (Good Agricultural Practice::GAP) หมายถึงมาตรฐานการปฏิบัติทางการเกษตรที่อันเป็นมาตรฐานกลางที่มีเนื้อหาสาระครอบคลุมการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีในทุกขั้นตอนการผลิตที่ดำเนินการในระดับฟาร์มรวมถึงการผลิตในระดับเกษตรกรรายย่อย

(๒) สารเคมีทางการเกษตร ในที่นี้หมายถึงความเฉพาะสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช หรือสารอารักขาพืช

สถานการณ์:

๑. ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม เพราะประชากรกว่าร้อยละ ๓๘ ของประชากรทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรรม^{๑๔} การเกษตรเป็นภาคการผลิตที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของประชาชนส่วนใหญ่ ดังนั้นการกำหนดนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูประบบสารเคมี โดยการควบคุมกำกับการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส มีความเข้มงวด และต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงการส่งเสริมการจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืชขั้นต้นเพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุดิบที่ปลอดภัยในการนำไปประกอบเป็นอาหารจึงต้องกระทำโดยเร่งด่วน เนื่องด้วยประเทศไทยเป็นแหล่งผลิตอาหารสำคัญของโลกที่สามารถผลิตอาหารได้หลากหลาย เพราะนอกจากผลิตได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการบริโภคภายในประเทศแล้ว ยังส่งเป็นสินค้าออกไปขายยังต่างประเทศด้วย โดยประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกสินค้าเกษตรที่สำคัญของโลก มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๙ ต่อปี และมีสัดส่วนการส่งออกสินค้าเกษตรกรรมต่อการส่งออกทั้งหมดประมาณร้อยละ ๒๓ ของมูลค่าการส่งออกทั้งหมด

๒. แม้สารเคมีทางการเกษตรจะมีประโยชน์ต่อการควบคุมการระบาดของโรคและแมลงศัตรูพืชได้ระดับหนึ่ง แต่ก็มีความเป็นพิษโดยตัวสารเคมีเอง ประกอบกับการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องของตัวเกษตรกรผู้ใช้ และการใช้โดยปราศจากนโยบายและมาตรการกฎหมายที่ควบคุมเข้มงวด การส่งเสริมการขายโดยปราศจากความรับผิดชอบจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกร ผู้บริโภค สิ่งแวดล้อม และสังคม ตลอดจนสร้างความสูญเสียมหาศาลทางเศรษฐกิจทั้งในระยะสั้นและยาว มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นปัจจัยการผลิตที่เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้ ในปี ๒๕๕๔ ประเทศไทยนำเข้าสารเคมีทางการเกษตร โดยเฉพาะสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชคิดเป็นปริมาณสารออกฤทธิ์ ๘๗,๖๑๙ ตัน มูลค่า ๒๒,๐๔๔ ล้านบาท จำแนกประเภทได้เป็นสารกำจัดแมลง ๑๐,๖๗๑ ตันของสารออกฤทธิ์ สารป้องกันกำจัดโรคพืช ๖,๔๘๐ ตันของสารออกฤทธิ์ สารกำจัดวัชพืช ๖๗,๖๐๘ ตันของสารออกฤทธิ์ และสารกำจัดศัตรูพืชอื่น ๆ ๒,๓๖๐ ตันของสารออกฤทธิ์^{๑๕} โดยถ้าเปรียบเทียบกับสัดส่วนการทำการ

^{๑๔} สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, ๒๕๔๘

^{๑๕} สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร, ๒๕๕๕ (เข้าถึงได้ที่ http://www.doa.go.th/ard/images/stories/stat/stat_411.pdf)

เกษตรที่ใช้สารเคมีต่อการเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมีหรือเกษตรอินทรีย์พบว่าเกษตรกรในประเทศใช้สารเคมีในการผลิตเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ ๙๙ โดยทำเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมีหรือเกษตรอินทรีย์ไม่ถึงร้อยละ ๑

๓. ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) ซึ่งในปี ๒๕๓๗ มีการบังคับใช้ความตกลงด้านสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measure: SPS) ที่กำหนดกติกาให้ประเทศต่างๆ ใช้มาตรการด้านมาตรฐานและความปลอดภัยอาหาร ควบคุมการนำเข้าสินค้าเกษตรและอาหารเพื่อป้องกันการนำเข้าสินค้าที่มีการปนเปื้อน นอกจากนี้แล้วปัญหาด้านความปลอดภัยของอาหารและการแพร่กระจาย เช่น โรควัวบ้า และการปนเปื้อนเมลามีนในนม เป็นต้น ก็ทำให้ผู้ค้าต้องการสร้างความเชื่อมั่นในระบบความปลอดภัยของอาหารคือการใช้ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระดับฟาร์มผลิต การเก็บเกี่ยวรวบรวมผลผลิต การบรรจุและหีบห่อ การแปรรูป ต่อเนื่องไปจนถึงโต๊ะอาหาร (From Farm to Table) ทั้งนี้ในด้านของการผลิตที่ดี ณ แหล่งผลิตที่ฟาร์มนั้นได้มีหลักการและแนวทางโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization : FAO) และมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex) เพื่อให้บุคคลทั่วไปใช้เป็นแนวทางจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค (GAP) รวมถึงมีข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น อนุสัญญาโรคเตตราดิมว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้าสำหรับสารเคมีอันตรายและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ และอนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

ความสำคัญของปัญหา:

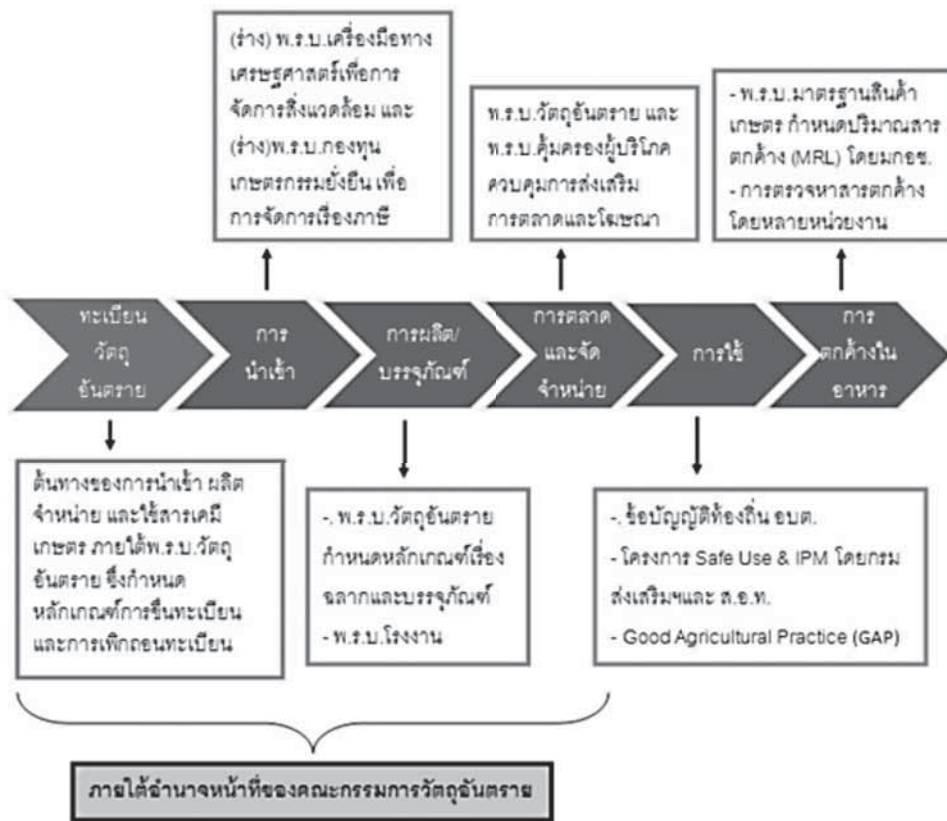
๔. แนวโน้มการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทยสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยในจำนวนนี้เป็นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ประเทศพัฒนาแล้วทั้งทางตะวันตก ตะวันออก และเพื่อนบ้านอาเซียนประกาศห้ามผลิต ห้ามใช้ และไม่ให้ขึ้นทะเบียนแล้ว คือ ๑) คาร์โบฟูราน - ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา จีน จาไมกา นิวซีแลนด์ และญี่ปุ่น ๒) เมโทมิล - สหราชอาณาจักร เยอรมนี ฟินแลนด์ กัมพูชา สิงคโปร์ มาเลเซีย ลาว และอินเดีย (บางสูตร) ๓) ไดโครโทฟอส - สหภาพยุโรป ไต้หวัน อินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และลาว และ ๔) อีพีเอ็น - สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ไต้หวัน กัมพูชา พม่า อินโดนีเซีย อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ แคนาดา เวียดนาม มาเลเซีย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ บังคลาเทศ และลาว โดยสารเคมีทั้ง ๔ ชนิดนี้มีข้อพิสูจน์ยืนยันชัดเจนทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ว่าเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ^{๑๖}

๕. กระบวนการขึ้นทะเบียนสารเคมีทางการเกษตรขาดประสิทธิภาพ เพราะตามหลักการแล้วก่อนมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อนำมาจำหน่ายในตลาดได้นั้นจะต้องมีการขอขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายทางการเกษตร (แผนภาพที่ ๑) ซึ่งตามประกาศกรมวิชาการเกษตรเรื่องกำหนดรายละเอียด หลักเกณฑ์ และวิธีการขึ้นทะเบียนการออกใบสำคัญและการต่ออายุใบสำคัญการขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายที่กรมวิชาการเกษตรเป็นผู้รับผิดชอบ พ.ศ. ๒๕๕๒ ข้อ ๔ การขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายให้มี ๓ ขั้นตอน คือ การทดลองเบื้องต้น เพื่อทราบประสิทธิภาพ ข้อมูลพิษเฉียบพลันและพิษตกค้าง การทดลองใช้ชั่วคราวเพื่อสาธิตการใช้และทราบข้อมูลพิษระยะปานกลางและพิษเรื้อรัง และการประเมินผลขั้นสุดท้ายเพื่อรับขึ้นทะเบียนวัตถุอันตราย เพื่อทราบประสิทธิภาพ ความปลอดภัยต่อมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และพิษเรื้อรังระยะยาว ๒ ปี ต่อสัตว์ทดลอง ซึ่งสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๔ ชนิดข้างต้นมีข้อพิสูจน์ชัดว่า

^{๑๖} ข้อมูลโดยละเอียดว่าด้วยผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๔ ชนิด ใน <http://thaipan.org/>

เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ซึ่งตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๓๘ ได้ห้ามมิให้พนักงานเจ้าหน้าที่รับขึ้นทะเบียนวัตถุอันตราย ที่เมื่อนำมาใช้แล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีวิธีตามปกติตามควรที่จะป้องกันได้ ในขณะที่ยังคงมีการอนุญาตให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้ามาก่อนหน้าวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ ซึ่งรวมถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๔ ชนิดข้างต้นสามารถขายได้ไปพลางก่อนอีก ๒ ปีที่นอกจากจะไม่เป็นตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังอาจทำให้ไทยสูญเสียตลาดสินค้าเกษตรระหว่างประเทศด้วยการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้ในสินค้าเกษตรที่ส่งไปขายต่างประเทศเนื่องจากถูกตีกลับ

แผนภาพที่ ๑ เส้นทางและกฎหมายที่ใช้ควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่การขอขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายทางการเกษตร การนำเข้าหลังจากได้รับการขึ้นทะเบียน การผลิตและบรรจุภัณฑ์ การตลาดและจัดจำหน่าย การใช้ในแปลงเกษตรกร และการตกค้างในอาหาร



๖. นอกจากนี้ การบังคับใช้พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๑ ในมาตรา ๔ ที่กำหนดให้มีตัวแทนองค์กรสาธารณประโยชน์และมีประสบการณ์การดำเนินงานด้านการคุ้มครองสุขภาพอนามัย ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการเกษตรกรรมยั่งยืน ด้านการจัดการปัญหาวัตถุอันตรายในท้องถิ่น หรือด้านสิ่งแวดล้อม เข้าไปเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการวัตถุอันตรายนั้น อาจดำเนินไปในทางขัดเจตนารมณ์ของกฎหมายที่เปิดกว้างกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าไปเป็นคณะกรรมการวัตถุอันตรายในฐานะตัวแทนขององค์กรสาธารณประโยชน์จนอาจทำให้การพิจารณาต่าง ๆ ขาดธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และไม่คำนึงถึงการปกป้องคุ้มครองสุขภาพประชาชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) ที่นำไปสู่ความสูญเสียทางสุขภาพของประชาชนได้

๗. ผลจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรในพืชผักผลไม้อาจตกค้างในผลผลิตและก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคด้านสุขภาพและสะสมในสิ่งแวดล้อม โดยประเทศที่เจริญแล้วเช่นประเทศญี่ปุ่นหรือสหภาพยุโรปได้จัดทำและผลักดันกฎหมายเพื่อปกป้องผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนผู้บริโภคภายในประเทศของตนเพื่อให้ครอบคลุมและเพิ่มมาตรการบังคับใช้ให้เป็นรูปธรรม สำหรับประเทศไทยได้มีมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารเรื่องสารพิษตกค้าง คือ ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Limit: MRL) เป็นค่าหรือปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่ยอมให้มีปะปนได้ในสินค้าเกษตรซึ่งมีผักและผลไม้ การกำหนดค่าดังกล่าวมีคณะกรรมการมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติเป็นผู้กำหนด มาตรฐานดังกล่าวยังคงเป็นมาตรฐานไม่บังคับและยังคงสับสนในระดับของผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากมีแนวคิดที่แตกต่างกันสองขั้วว่าไม่จำเป็นต้องใส่ใจหรือกังวลมากในกรณีเกษตรกรใช้สารเคมีเกษตรที่ไม่ถูกต้องหรือเมื่อเจอสารปนเปื้อนเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากเป็นเพียงแค่ค่ากำหนดทางการค้าเท่านั้น เนื่องจากการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถใช้สารเคมีทางการเกษตรได้และมีปัญหากับผักผลไม้ แต่ก็ยังคงพบปัญหาการปนเปื้อนในผลผลิตเนื่อง ๆ ความสับสนในข้อมูลและความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องสื่อสารให้แก่ผู้ปฏิบัติ ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้บริโภคอย่างถูกต้องและทั่วถึง

๘. ความไม่ปลอดภัยทางอาหารของประเทศไทยแม้เกิดขึ้นมาอย่างยาวนาน แต่ก็ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์กลางการแจ้งเตือนภัยด้านอาหารของประเทศไทยที่สามารถสื่อสารสาธารณะได้ทันสถานการณ์ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดตั้งระบบแจ้งเตือนภัยด้านอาหาร (Food Alert System of Thailand: FAST) ขึ้นในปี ๒๕๕๐ ซึ่งพัฒนามาจากระบบการแจ้งเตือนสินค้าและอาหารของสหภาพยุโรป (Rapid Alert System for Food and Feed: RASFF) แต่ในการดำเนินงานก็เป็นการแจ้งเตือนไปยังหน่วยงานเครือข่ายให้ทราบเป็นข้อมูลหรือขอความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภคที่กำกับดูแลเท่านั้น ยังคงขาดการสื่อสารสู่สาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักและทางเลือกในการบริโภคเพื่อจะสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ถูกแจ้งเตือนว่าอันตรายที่วางจำหน่ายอยู่ในตลาดได้ทันทั่วถึง ที่สำคัญ FAST ยังขาดการบูรณาการจากภาคส่วนสังคมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้บริโภค

๙. แม้ว่ารัฐบาลจะดำเนินการประกาศใช้นโยบายและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมี แต่ก็ยังเป็นกฎหมายที่ออกโดยภาพรวมที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวงโดยเฉพาะกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงกลาโหม เช่น พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นต้น อีกทั้งสารเคมีทางการเกษตรชนิดหนึ่ง ๆ อาจนำไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เพียงการเกษตรอย่างเดียวได้ ส่งผลให้การควบคุมการนำมาใช้เพื่อการเกษตรหรือการห้ามใช้ไม่สามารถปฏิบัติได้โดยทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เช่น สารแลนเทนที่มีฤทธิ์ในการกำจัดปลวกสำหรับนำมาใช้ในบ้าน แต่เกษตรกรกลับนำสารเคมีเหล่านี้ไปใช้กำจัดแมลงในแปลง หรือไกลโซเฟสซึ่งเป็นสารเคมีกำจัดวัชพืชที่มีชื่อทางการค้าประมาณ ๑,๐๐๐ ชื่อ จนสร้างความสับสนแก่เกษตรกรกระทั่งนำไปสู่ความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องปลอดภัย

ผลกระทบ

๑๐. ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีความรุนแรงมาก เพราะแม้หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบด้านมาตรฐานสินค้าเกษตร โดยเฉพาะสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ ได้ออกมาตรฐานการจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (GAP) ในสินค้ารายชนิดโดยเป็นมาตรฐานสมัครใจ แต่เมื่อมีกรณีสินค้าเกษตรที่ส่งออกไม่ปลอดภัยเพราะพบการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร กรมวิชาการเกษตรก็ได้ออกประกาศบังคับให้ผู้ส่งออกสินค้าดังกล่าวต้องแสดงใบรับรองว่าได้สินค้ามาจากแปลงปลูกที่ได้รับการรับรอง

แล้วเท่านั้น ขณะที่ผู้บริโภคไทยกลับยังคงเสี่ยงสูงมากที่จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคผักผลไม้ที่มีสารเคมีทางการเกษตรตกค้างต่อไป ดังผลการสำรวจผักยอดนิยมในหมู่ผู้บริโภค ๗ ชนิด คือ กะหล่ำปลี คะน้า ถั่วฝักยาว ผักกาดขาว ผักบุ้งจีน ผักชี และพริกจินดา ที่ขายในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ ตลาดสด และรถเร่ของเขตกรุงเทพมหานครที่พบปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างเกินมาตรฐานของสหภาพยุโรปถึงร้อยละ ๔๐ โดยในจำนวนนี้คือคาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส และอีพีเอ็น^{๑๗} ขณะที่ผลสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก็พบว่าผักสดในกรุงเทพฯและปริมณฑล ๓๕๙ ตัวอย่างมีอัตราการพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้ายแรงตกค้างในผักที่มีเครื่องหมายปลอดสารพิษและผักที่ไม่มีเครื่องหมายร้อยละ ๕๑.๘ และ ๖๓.๗ ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการตรวจเลือดในเกษตรกรก็พบว่าร้อยละ ๔๐ มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย เช่นเดียวกันกับผลตรวจในปี ๒๕๔๐ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่พบว่ามีเกษตรกรมีผลตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดพิษอันเนื่องมาจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงถึงร้อยละ ๑๖.๓๕ หรือ ๘๘,๙๒๖ คนจากจำนวน ๕๖๓,๓๕๓ คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี ๒๕๕๔ ผลการสุ่มตรวจพบมีเกษตรกรถึงร้อยละ ๓๘ ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวด้วย^{๑๘}

๑๑. ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร อยู่ในระดับอันตรายร้ายแรง เนื่องจากมีการผลิตและการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เป็นอันตรายและมีความเป็นพิษสูงซึ่งตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน ดังที่กรมควบคุมมลพิษได้ดำเนินการติดตามตรวจสอบการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตรในสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ลุ่มน้ำฝางในปี ๒๕๔๕-๒๕๔๗ พบว่ามีการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร ถึงแม้ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ด้านกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขก็รายงานการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรในแหล่งน้ำผิวดินในปี ๒๕๔๗ โดยพบว่ามีสารเอ็นโดซัลแฟนตกค้างในตัวอย่างแม่น้ำเจ้าพระยาและน้ำประปาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และในปี ๒๕๔๘ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมได้รายงานการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในตัวอย่างดิน อากาศ และแหล่งน้ำผิวดินบริเวณลุ่มน้ำฝาง ถึงแม้ความเข้มข้นของสารเคมีที่ตรวจพบทั้งหมดไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

มาตรการทางกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง:

๑๒. แม้ว่าภาครัฐจะมีการประกาศใช้นโยบายและแผน กฎหมายและกฎระเบียบด้านการจัดการสารเคมีมาอย่างต่อเนื่อง อาทิ ๑) นโยบายและแผนแม่บทของการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืช พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๔๙ ที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ ๓ ด้าน คือ การควบคุมและจัดการวัตถุอันตรายทางการเกษตรครบวงจร การวิจัยพัฒนาเพื่อวิเคราะห์ผลกระทบ และการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสารป้องกันการกำจัดศัตรูพืช ๒) ยุทธศาสตร์มาตรฐานความปลอดภัยสินค้าเกษตรและอาหาร พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๖ ซึ่งมุ่งสนับสนุนผู้ผลิตเข้าสู่ระบบมาตรฐานด้านความปลอดภัย ๔) แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ ซึ่งมุ่งพัฒนาระบบบริหารการจัดการสารเคมี การลดความเสี่ยงอันตรายจากสารเคมีด้านเกษตรกรรมและด้านอุตสาหกรรม และการส่งเสริมความปลอดภัยและบทบาทประชาชนในการจัดการสารเคมี และแผนจัดการมลพิษ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ ที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการมลพิษของประเทศ รวมทั้งมีกฎหมายเพื่อการควบคุมและกำกับดูแลด้านการจัดการสารเคมี ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕

^{๑๗} ข้อมูลเพิ่มเติมในรายงานผลการตรวจผักในกรุงเทพมหานคร ได้ที่ <http://www.thaipan.org/node/362>

^{๑๘} สถิติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมประจำปี ๒๕๕๔, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุข

พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ แต่ทว่าการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายเหล่านี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะสร้างความปลอดภัยในอาหารได้

๑๓. ถึงแม้ว่าเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ คณะรัฐมนตรีจะมีมติเห็นชอบข้อเสนอนโยบายการจัดการสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ทว่าหลักการสำคัญที่ให้คณะกรรมการวัตถุอันตรายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดกว้างให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัตถุอันตราย และให้มีการควบคุมการโฆษณาและขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร ก็ยังไม่มี การบังคับใช้ ในขณะที่แนวโน้มการนำเข้าและใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลับเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี ทั้ง ๆ ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น ต่างขานรับนโยบายนี้แล้ว

๑๔. การบริหารจัดการวิกฤตความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรโดยไม่ผลักภาระด้านมลพิษให้สังคมไทยแบกรับนั้น กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้เสนอแผนการจัดการมลพิษ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้วเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕ โดยให้มีการจัดเก็บภาษีสิ่งแวดล้อมจากสารเคมีทางการเกษตรตามระดับความรุนแรงของสารพิษของผลิตภัณฑ์เพื่อลดการใช้สารเคมี และให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้าสารเคมีทางการเกษตรเพื่อการจำหน่ายต้องวางหลักประกันทางการเงินเพื่อใช้เป็นกองทุนในการกำจัดทำลายสารเคมีทางการเกษตรคงค้าง/เสื่อมสภาพ การฟื้นฟูในกรณีเกิดอุบัติเหตุจากสารเคมี และการชดเชยค่าเสียหายในกรณีเกิดผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

๑๕. การรณรงค์ให้เกษตรกรปฏิบัติตาม GAP และการให้ความรู้ด้านการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ถูกต้องนั้น ภาคเอกชนได้ปรับตัวมาก่อนหน้านี้แล้วเพื่อให้ทันต่อความต้องการของผู้บริโภคที่ให้ความสำคัญด้านสุขภาพความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม โดยได้ออกมาตรฐานเอกชน ThaiGAP ที่มีความปลอดภัยเทียบเท่ากับมาตรฐานสากล (GLOBALGAP) เพื่อนำไปส่งเสริมให้ผลผลิตปลอดภัย ได้เริ่มใช้มาตรฐาน ThaiGAP กับพืชผักผลไม้สดซึ่งถือเป็นอาหารพื้นฐานที่สำคัญ โดยมาตรฐานดังกล่าวครอบคลุมระบบการบริหารและจัดการความเสี่ยงในการผลิตอย่างครบวงจร ตั้งแต่การคัดเลือกเมล็ดพันธุ์ การวิเคราะห์และเตรียมดิน การชลประทาน การให้ปุ๋ย การจัดการศัตรูพืช การเก็บเกี่ยวกระทั่งผลผลิตออกจากฟาร์มมีการจดบันทึกระหว่างปฏิบัติงาน พร้อมวิธีที่มีประสิทธิภาพในการตรวจสอบย้อนกลับและเรียกคืนสินค้า โดยได้มีการนำมาตรฐาน ThaiGAP ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมเมื่อปี ๒๕๕๕ โดยสมาคมผู้ค้าปลีกเป็นผู้ผลักดัน เพื่อให้เป็นกลไกหนึ่งในการเริ่มต้นสร้างความปลอดภัยในผักและผลไม้สดด้วยระบบการบริหารจัดการที่มีความชัดเจน โปร่งใส และสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ถึงแม้ว่าระบบและกลไกการขับเคลื่อน ThaiGAP จะเป็นมาตรการสมัครใจ แต่ก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการแข่งขันทางการค้าอย่างยั่งยืนได้ด้วยเพราะเป็นการนำกระบวนการและกลไกที่มีอยู่แล้วของภาคเอกชนมาปฏิบัติได้ทันที ยิ่งขยายผลให้ทั่วถึงและเป็นรูปธรรมยิ่งส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ของประเทศไทยในการเป็นครัวโลก (Kitchen of the World) ด้วย เพราะเป็นการสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในสินค้าเกษตรของไทยกับตลาดคู่ค้าและผู้บริโภค เนื่องจากปริมาณรวมของผักผลไม้สดที่หมุนเวียนในระบบกลุ่มค้าปลีก โดยเฉพาะซูเปอร์มาร์เก็ตในห้างสรรพสินค้าต่างๆ มีสัดส่วนมูลค่าถึงร้อยละ ๗๕ ของปริมาณทั้งหมดในประเทศ

๑๖. การสร้างมาตรการความปลอดภัยทางอาหารจากการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีประสิทธิภาพ นอกเหนือไปจากการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด การเพิ่มเติมกลไกด้านภาษีและการคลังเพื่อให้ผู้ก่อมลพิษต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (Polluter Pays Principle: PPP) การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายสารเคมีกำจัด

ศัตรูพืชที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการกำกับกำกับการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เข้มงวดและเปิดกว้างให้ประชาชน โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว ยังต้องดำเนินการส่งเสริมให้การจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (GAP) เป็นภาคบังคับทางกฎหมายเพื่อขจัดปัญหาอาหารไม่ปลอดภัย และใช้มาตรฐานคุณภาพของคนไทย (ThaiGAP) ซึ่งเป็นมาตรฐานภาคสมัครใจ โดยทั้งหมดนี้เพื่อให้กระบวนการผลิตอาหารตลอดห่วงโซ่การผลิตปลอดภัย เกษตรกรและผู้บริโภคตลอดจนผลผลิตในตลาดค้าปลีกในประเทศมีความปลอดภัยเช่นเดียวกับตลาดส่งออก การสร้างระบบความรับผิดชอบต่อด้านความปลอดภัยในการผลิตและจำหน่ายผักผลไม้สดตลอดห่วงโซ่อาหารโดยใช้มาตรฐาน GAP เป็นกลไกขั้นพื้นฐานเพื่อขยายผลทั่วประเทศ โดยเริ่มต้นจากระบบค้าปลีกในประเทศ การนำเข้าและผลิตในประเทศก่อน ใช้กลไกการขับเคลื่อนที่มีอยู่แล้วของภาคเอกชน โดยสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย ร่วมกับเครือข่ายสมาคมค้าปลีกแห่งประเทศไทย โดยมีภาครัฐและมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ส่งเสริมความรู้และการพัฒนาบุคลากรตลอดห่วงโซ่การผลิตและจำหน่าย จะทำให้เกษตรกรผู้ผลิตสามารถใช้สารเคมีทางการเกษตร โดยเฉพาะสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนผลผลิตที่ได้ก็เป็นที่ต้องการของตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศเพราะมีความปลอดภัยไร้สารพิษ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ:

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๘

การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)^๑

ตระหนัก ว่าระบบและโครงสร้างของระบบวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีปัญหาหลายด้าน และมีข้อจำกัดหลายประการต่อการใช้เป็นเครื่องมือและกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการจัดการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และลดความขัดแย้งระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ได้ตามเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของระบบวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ห่วงใย ว่าหากยังคงไม่มีการแก้ไขปรับปรุงการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน จนขยายสู่ความขัดแย้งระหว่างภาคเอกชนหรือหน่วยงานภาครัฐที่เป็นเจ้าของโครงการกับภาคประชาชน/ชุมชน และการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากขึ้นเรื่อย ๆ

รับทราบ ว่าได้มีความพยายามแก้ไขกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ผ่านการตรวจแก้ไขจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว และอยู่ในระหว่างขั้นตอนการรอเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา แต่ยังคงพบว่ามีประเด็นเรื่องมาตรการควบคุม กฎหมาย/กฎระเบียบสำหรับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ไม่ครอบคลุมรอบด้านต่อสถานการณ์ปัญหาที่พบในปัจจุบัน

เห็นว่า ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและเอกชน (ในฐานะเจ้าของโครงการ) บริษัทที่ปรึกษา/มหาวิทยาลัย (ในฐานะผู้จัดทำรายงาน) และภาคประชาชน (ในฐานะผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการ) ควรมีส่วนร่วมแก้ไขและผลักดันแนวทางปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรอง (ร่าง) แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเอกสารภาคผนวก^๒ ท้ายมตินี้ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามมติข้อ ๒ และข้อ ๓

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อประธานรัฐสภา คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย คณะกรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาใช้แนวทางในข้อ ๑ เพื่อผลักดันการปฏิรูป

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖. ผนวก ๑

โครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

๓. ขอให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติพิจารณาจัดตั้ง “คณะอนุกรรมการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น สมัชชาองค์กรเอกชนด้านการคุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน เช่น องค์กรธุรกิจเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน สมาคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และภาคประชาชน ร่วมอยู่ในคณะอนุกรรมการฯ เพื่อนำแนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในข้อ ๑ ไปดำเนินการแปลงสู่การปฏิบัติ

๔. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำแนวทางการปฏิรูปฯ ตามข้อ ๑ ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปสู่การปฏิบัติ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคม

๕. ขอให้เครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้อง หรือประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามแนวทางในข้อ ๑ โดยอาจผ่านช่องทางการดำเนินงานของแต่ละเครือข่าย/องค์กร และขอให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

๖. ขอให้รัฐบาลเร่งรัดผลักดันให้มีการตรากฎหมายองค์กรอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (ตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๕๐) อย่างเร่งด่วน เพื่อปกป้องคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

(ร่าง) แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบ การวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)

เป้าหมาย

การผลักดันให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพได้อย่างครบถ้วนรอบด้าน และในท้ายที่สุดนำไปสู่การปรับแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

มีรายละเอียดดังนี้

๑. ด้านหลักการและระบบ EIA/EHIA

๑.๑ กำหนดให้มีการจัดทำรายงานการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment: SEA) โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อนให้ความเห็นชอบนโยบายและแผนด้านการพัฒนา และมีการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเพิ่มเติมเรื่องการจัดทำรายงาน SEA และความเชื่อมโยงระหว่างการทำ SEA กับ EIA/EHIA^๑

๑.๒ มีการศึกษาขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) ของพื้นที่ ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในรายงานต้องมีการประเมินว่า หากมีโครงการหรือกิจกรรมเพิ่มเข้าไปในพื้นที่จะส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการรองรับของพื้นที่อย่างไร^๒

๑.๓ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้ชำนาญการ ควรมีกระบวนการพิจารณาโครงการที่เป็นประเภทเดียวกันหรืออยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกันในลักษณะการพิจารณาเชิงระบบ/พื้นที่ (ไม่แยกเป็นแต่ละโครงการ) โดยคำนึงถึงศักยภาพในการรองรับเชิงพื้นที่

๑.๔ ปรับปรุงการศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ (Feasibility Study: FS) ใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การพิจารณา FS ที่เชื่อมโยงกับ EIA/EHIA และ ๒) เพิ่มการศึกษาอัตราผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของโครงการ จะต้องประเมินรวมต้นทุนทางด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจของชุมชน และสังคมด้วย

๑.๕ หากผลการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมหรือด้านสุขภาพบ่งชี้ว่ามีความรุนแรงสูง และไม่อาจมีมาตรการลดผลกระทบได้อย่างเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง ให้สามารถใช้รายงาน EIA/EHIA เป็นเหตุผลในการตัดสินใจระงับโครงการได้ ทั้งกรณีโครงการภาครัฐและโครงการภาคเอกชน^๓

^๑ เป็นกรณีที่ต้องมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

^๒ กรณีกรมโรงงาน มีการประกาศกำหนดเป็นรายประเภทกิจการแล้ว

๑.๖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรใช้รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นข้อมูลหลักสำคัญในกระบวนการพิจารณาอนุมัติหรืออนุญาตการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA

๑.๗ แนวทางการปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

๑.๗.๑ ด้านกฎหมาย กฎระเบียบ

- ในกรณีที่เป็นโครงการประเภทเดียวกันและอยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียง ควรกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยวิธีการจัดร่วมกันหลายโครงการ โดยมีกลไกการพิจารณากลับกรองและอนุญาตให้ดำเนินการโดยให้ชุมชนในพื้นที่เป็นผู้ตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อลดภาระของภาคประชาชนที่ต้องเข้าร่วมเวทีการมีส่วนร่วม

- ควรปรับปรุงกฎกติกาที่เกี่ยวข้องกับการรับฟังความเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคีรัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Output) ของการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพ โดยไม่เป็นกฎเกณฑ์ที่แข็งตัวเกินไป โดยยึดถือการปฏิบัติตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ มาตรา ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ และมาตรา ๖๖ และ ๖๗

- ควรกำหนดแยกสัญญาว่าจ้างการกำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (Public Scoping) กับสัญญาว่าจ้างการดำเนินการประเมินผลกระทบ (Assessment) ออกจากกัน เพื่อนำผลจากการทำ Public Scoping มากำหนดเป็นสัญญาว่าจ้างการประเมินผลกระทบที่เหมาะสมและมีงบประมาณดำเนินการเพียงพอ โดยจะต้องให้มีกลไกพิจารณาเห็นชอบขอบเขตการศึกษาและแนวทางประเมินผลกระทบโดยสาธารณะก่อนที่จะมีการดำเนินการประเมินผลกระทบต่อไป

๑.๗.๒ ด้านผู้มีสิทธิจัดทำรายงาน EIA/EHIA

- ผู้มีสิทธิจัดทำรายงาน EIA/EHIA ต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะด้านการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นแบบมีส่วนร่วม รวมถึงมีความรู้ด้านสิทธิชุมชน โดยควรกำหนดให้มีการออกใบรับรอง (Certificate) ผู้เชี่ยวชาญด้านการมีส่วนร่วม

๑.๗.๓ ด้านชุมชน

- กำหนดให้มีระบบการแต่งตั้งที่ปรึกษาทางวิชาการของชุมชนซึ่งชุมชนเป็นผู้ให้ความเห็นชอบเพื่อทำหน้าที่ในการช่วยเหลือทางด้านวิชาการแก่ชุมชน ช่วยอ่านวิเคราะห์เอกสารรายงาน และเข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็นในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการศึกษา โดยมีการสนับสนุนด้านงบประมาณดำเนินการที่เพียงพอ ทั้งนี้อาจใช้งบประมาณจาก “กองทุนการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” (ข้อ ๒.๑) และให้ชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการช่วยวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และช่วยเหลือด้านวิชาการ

๑.๘ ควรเสริมสร้างขีดความสามารถชุมชน (Capacity Building) ต่อสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งในกระบวนการการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงข้อมูลของโครงการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดทำรายงานจนถึงขั้นพิจารณาเห็นชอบรายงาน

๑.๙ ควรมีการเปิดเผยข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้อง และรายงานการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งในช่วงระหว่างการจัดทำรายงาน ช่วงระหว่างพิจารณา ช่วงการปรับปรุง และหลังการพิจารณาให้ความเห็นชอบรายงาน ผู้สาธารณะและองค์กรต่าง ๆ (เช่น คณะกรรมการองค์กรอิสระสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ) รวมทั้งรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และผลการปฏิบัติตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมเพื่อการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างง่ายและทั่วถึง

๒. ด้านการจัดทำรายงาน

๒.๑ ควรจัดตั้ง “กองทุนการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” โดยให้เจ้าของโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA เป็นผู้ส่งเงินเข้ากองทุนตามระเบียบ หลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น และให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีการบริหารงานโดยอิสระเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน ทำหน้าที่คัดเลือกและจัดจ้างผู้จัดทำรายงาน EIA/EHIA ที่เหมาะสมกับแต่ละโครงการ สนับสนุนกระบวนการทำงานของคณะกรรมการผู้ชำนาญการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสนับสนุนกระบวนการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบตามที่ระบุอยู่ในรายงาน EIA/EHIA^๖ โดยระบุให้เจ้าของโครงการส่งเงินให้กองทุนฯ โดยให้รวมค่าใช้จ่ายในการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบด้วย หลังจากมีการดำเนินโครงการ

๒.๒ ควรกำหนดให้มีระยะเวลาที่สามารถนำรายงาน EIA/EHIA ที่ผ่านความเห็นชอบไปใช้ประโยชน์ในการขออนุมัติอนุญาต โดยควรมีระยะเวลา ๒-๓ ปี ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมของแต่ละประเภทโครงการ^๗ ในกรณีที่เจ้าของโครงการต้องการยกเลิกโครงการ ให้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และให้มีผลเป็นการยกเลิกรายงาน EIA/EHIA ของโครงการนั้นด้วย

๒.๓ แนวทางการแก้ไขปัญหาการหลีกเลี่ยงไม่จัดทำรายงาน EIA/EHIA ตามระบบบัญชีรายการโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน

(๑) มีระบบการร้องเรียนทั้งกรณีเจ้าของโครงการต้องการหลบเลี่ยง หรือมีโครงการประเภทใหม่ที่อาจมีผลกระทบสูง แต่ไม่อยู่ในบัญชีรายการที่ประกาศไว้ หากเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติสามารถสั่งให้ทำรายงาน EIA/EHIA เพิ่มเติมได้^๘

(๒) มีข้อกำหนดเรื่องระยะเวลาการปรับปรุงบัญชีรายการโครงการที่แน่นอน เช่น การปรับปรุงทุก ๔ ปี และเปิดช่องทางให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชนส่งข้อเสนอในการปรับปรุงด้วย^๙

(๓) ปรับปรุงเงื่อนไข (ขนาด พื้นที่ กำลังการผลิต ฯลฯ) ที่กำหนดไว้สำหรับประเภทโครงการต่าง ๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยป้องกันการหลบเลี่ยง และเพื่อให้เหมาะสมหรือสอดคล้องกับความรุนแรงของผลกระทบ

(๔) ให้หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาต เพิ่มเติมข้อกำหนดในการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางลดผลกระทบสำหรับโครงการหรือกิจการที่อยู่ในบัญชีรายการที่ต้องทำ EIA/EHIA แต่มีคุณลักษณะไม่ตรงตามที่ประกาศกำหนดไว้ เช่น การจัดการประเมินผลทางด้านความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Safety Assessment)^{๑๐} การจัดการประเมินผลกระทบด้านกฎหมาย (Regulatory Impact Assessment) การจัดการประเมินผลกระทบด้านความขัดแย้ง (Conflict Impact Assessment) ฯลฯ

๓. ด้านการพิจารณารายงาน

๓.๑ ควรปรับปรุงกระบวนการทำงานของคณะกรรมการผู้ชำนาญการ (คชก.) ให้เปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะและมีความโปร่งใสมากขึ้น เช่น การตรวจสอบข้อมูลที่เป็นเท็จ การเข้าไปศึกษาสภาพพื้นที่โครงการ ทั้งที่มีความขัดแย้งและไม่มีความขัดแย้ง การจัดทำระบบขึ้นทะเบียนผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเป็นกรรมการ คชก. ฯลฯ และในขณะเดียวกันควรเปิดให้สาธารณะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานของ คชก. มากยิ่งขึ้น เช่น การมีตัวแทนที่ได้รับความเห็นชอบจากชุมชนในพื้นที่โครงการ (ทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย) เข้าร่วมเป็น คชก. การเข้าร่วมรับฟังการประชุม คชก. การนำข้อมูลที่จัดทำโดยชุมชนเข้าสู่กระบวนการพิจารณา EIA/EHIA และแจ้งกำหนดการประชุมและผลการประชุมให้ชุมชนทราบทุกครั้ง

๓.๒ ให้ปรับปรุงโครงสร้างของ คชก. โดยครอบคลุมภาคส่วนวิชาการ รัฐ เอกชน และชุมชน ที่ได้รับผลกระทบ โดยคำนึงถึงสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้ ให้พิจารณาเลือกสรรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถด้านสุขภาพ เพื่อเข้าไปเป็นองค์คณะในการอ่านและพิจารณารายงานการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพร่วมด้วย

๓.๓ ขอให้นำผังเมืองที่ประกาศใช้ และร่างผังเมืองที่ผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นตามกฎหมาย และคณะกรรมการผังเมืองได้ให้ความเห็นชอบ แต่อยู่ระหว่างดำเนินการออกประกาศบังคับ มาพิจารณาประกอบการให้ความเห็นต่อรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในทุกชั้นตอน

๓.๔ ควรมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการปรับปรุงจัดทำรายงานฉบับแก้ไขสำหรับรายงานที่คณะกรรมการผู้ชำนาญการได้มีความเห็นให้ปรับแก้ไข^๒

๔. ด้านการตรวจสอบติดตามและประเมินผล

๔.๑ ปรับปรุงวิธีการระบุเงื่อนไขท้ายใบอนุญาต/อนุญาติ รวมทั้งระบบการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม โดยแนวทางต่าง ๆ ดังนี้

- ปรับปรุงกฎหมายให้หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาต มีอำนาจในการนำมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมตามรายงาน EIA/EHIA ที่ผ่านความเห็นชอบไปกำหนดเป็นเงื่อนไขเพิ่มเติมของคำสั่งอนุมัติ/อนุญาตโครงการได้ และหากไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และได้มีการตัดเงื่อนไข/ภาคทัณฑ์แล้ว ให้หน่วยงานอนุญาตใช้เป็นเหตุผลพิจารณาระงับการต่อใบอนุญาตหรือยกเลิกการอนุญาตได้

- ให้เจ้าของโครงการขนาดใหญ่ (เช่น โรงงานอุตสาหกรรม สนามบิน เขื่อน เขื่อนแม่จันทน์ ฯลฯ) จัดเวทีนำเสนอผลการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมทุก ๖ เดือน เชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาคประชาชน หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาต หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาทั่วไปและจากสถาบันในพื้นที่ ฯลฯ มาร่วมรับทราบข้อมูลผลการปฏิบัติ และร่วมเสนอข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงาน รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

- ในกรณีที่เป็นโครงการขนาดใหญ่และมีความขัดแย้งสูงควรมีการตั้งคณะกรรมการ
- พหุภาคีเพื่อติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนและมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม

- การสร้างเครือข่ายความร่วมมือให้ภาคประชาชนและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบและติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนและมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระยะเวลา ระหว่างและหลังดำเนินโครงการ

๔.๒ การกระจายอำนาจและหน้าที่ในการติดตามตรวจสอบไปยังสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยควรดำเนินการไปพร้อมกับการกระจายอำนาจด้านการเก็บภาษีจากโครงการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA ไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณดำเนินการที่เพียงพอและเป็นมาตรการจูงใจต่อการดำเนินงาน (เป็นการมอบหน้าที่พร้อมกับมอบทรัพยากรในการปฏิบัติงาน)^๒

การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA) สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. ระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ของประเทศไทยได้พัฒนาและดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือและกลไกที่สำคัญในการพิจารณาเห็นชอบของหน่วยงานภาครัฐต่อการอนุมัติโครงการพัฒนาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและต่อจนถึงสุขภาพของประชาชน ซึ่งโครงการจะต้องมีการจัดทำรายงาน EIA ที่ประกอบด้วยการคาดการณ์และประเมินผลกระทบ รวมถึงการหามาตรการป้องกัน/จัดการ/ลดและตรวจสอบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ผ่านมา ระบบและโครงสร้างของการจัดทำรายงาน EIA มีปัญหาในหลายด้านจนส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในสังคมตามมามากมาย เนื่องจากไม่ได้มีการปรับปรุงพัฒนาระบบและโครงสร้างให้มีความสอดคล้องและเท่าทันกับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อมทางการเมือง ดังหลาย ๆ กรณีที่รายงาน EIA ที่ผ่านความเห็นชอบจากภาครัฐไม่ได้รับความเชื่อถือและยอมรับจากภาคประชาชน (โดยเฉพาะชุมชนที่อยู่ในพื้นที่โครงการ) ในขณะที่เจ้าของโครงการบางส่วนมีทัศนคติต่อรายงานในแง่อุปสรรคต่อการขออนุมัติโครงการ จึงไม่เกิดการนำมาตรการและข้อเสนอแนะต่อการลดผลกระทบจากโครงการที่อยู่ในรายงานมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ประกอบการและชุมชนอย่างแท้จริง อีกทั้งรายงานในระยะแรก ๆ ให้ความสำคัญต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชนที่น้อยอยู่มาก โดยมีตัวอย่างกรณีความขัดแย้งในอดีต เช่น โรงไฟฟ้าแม่เมาะ นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ฯลฯ จึงได้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบ EIA เรื่อยมา

๒. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้บัญญัติและให้ความสำคัญต่อการศึกษาและการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนต่อการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านสภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ทำให้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จึงได้มีการผนวกการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) เข้ามารวมในรายงาน EIA เดิม ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ จนเกิดเป็นรายงาน EIA (กรณีโครงการพัฒนาระดับปกติ) และ EHIA (Environmental & Health Impact Assessment : EHIA) (กรณีโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน)^๑ ปัจจุบันมีโครงการหรือกิจการที่ต้องทำรายงาน EIA รวม ๓๕ ประเภท^๒ ในขณะที่โครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนที่ต้องจัดทำ EHIA รวม ๑๑ ประเภท^๓ อย่างไรก็ตาม แม้ระบบ EIA/EHIA จะได้รับการปรับปรุงแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาความขัดแย้งทางสังคมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ สะท้อนให้เห็นถึงรากของปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริงจนทำให้เกิดข้อจำกัดต่อการทำหน้าที่เป็นเครื่องมือและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และปัญหาดังกล่าวได้อีกต่อไป

๓. ปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบของการดำเนินงาน EIA/EHIA^๔ แบ่งออกเป็นปัญหาเชิงหลักการและระบบ ปัญหาการจัดทำรายงาน ปัญหาการพิจารณารายงานและปัญหาการติดตามตรวจสอบและประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ ปัญหาเชิงหลักการและระบบ ได้แก่

๓.๑.๑ EIA/EHIA เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบเฉพาะระดับโครงการเท่านั้น อีกทั้งยังขาดการศึกษาในประเด็นขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) ของพื้นที่ทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและสุขภาพ) จึงเป็นข้อจำกัดทำให้ EIA/EHIA เป็นเพียงมาตรการเชิงรับและไม่มีประสิทธิภาพสำหรับการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเท่าที่ควร ส่งผลให้เกิดผลกระทบและความขัดแย้งต่อชุมชนบริเวณรอบโครงการ/กิจการนั้น ๆ เช่น กรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด^๕ จากปัญหาปล่อยมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและพื้นที่ใกล้เคียง จนเกิดกระแสการเรียกร้องของภาคประชาชนต่อการหาแนวทางแก้ไขและเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นแนวทางแก้ไขจึงควรมีการยกระดับรายงาน EIA ให้ครอบคลุมการพัฒนาในระดับนโยบายหรือระดับพื้นที่ เพื่อเอื้อต่อการวางแผนนโยบายและพัฒนาพื้นที่ระดับต่าง ๆ อย่างยั่งยืน อนึ่ง แม้ว่าในปัจจุบันได้มีมติจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (เมื่อ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒) กำหนดให้มีการทำการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment :SEA)^๖ แต่ยังคงขาดความเชื่อมโยงระหว่างการทำ SEA กับ EIA/ EHIA

๓.๑.๒ การศึกษาความเหมาะสมและคุ้มประโยชน์ (Feasibility Study) ของโครงการ/กิจการ พบปัญหาใน ๒ ลักษณะ คือ

(๑) การแยกส่วนการศึกษาจากรายงาน EIA/EHIA ทำให้ EIA/EHIA ไม่สามารถมีบทบาทในการพิจารณาตัดสินใจเปลี่ยนแปลงหรือยับยั้งโครงการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการจัดทำและคัดเลือกพื้นที่โครงการ รวมถึงปิดกั้นการแสวงหาทางเลือกอื่นที่มีความคุ้มค่ากว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการพัฒนาขนาดใหญ่

(๒) การไม่รวมต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง อย่างต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมและต้นทุนทางสังคม ทำให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นบิดเบือนและสร้างปัญหาอย่างต่อเนื่อง

๓.๑.๓ แม้กระบวนการจัดทำ EIA/EHIA จะมีกระบวนการมีส่วนร่วมและรับฟังความคิดเห็นภาคประชาชน (Public Hearing) มากขึ้น แต่ในการดำเนินงานจริงยังขาดการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย กลายเป็นรูปแบบพิธีกรรมที่จัดเพื่อให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ ยังมีปัญหาด้านความโปร่งใสของการดำเนินการ ความไว้วางใจและเชื่อถือจากภาคประชาชน ตัวอย่างกรณีปัญหาในอดีต เช่น กรณีโครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โรงไฟฟ้าหินกรูด-บ่อนอก)^๗ ที่มีการเคลื่อนไหวคัดค้านของชุมชนในพื้นที่อย่างเข้มข้น จนเกิดการปะทะระหว่างกลุ่มชุมชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างรุนแรง โดยมีสาเหตุเริ่มต้นจากการที่หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนผู้ดำเนินโครงการ ขาดการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงทางวิชาการ (ที่ถูกต้อง) ของโครงการ และไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนทุกระดับในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และแสดงความคิดเห็นในระดับที่เพียงพอและมีความหมาย

๓.๑.๔ ประเด็นทางด้านกฎหมาย พิจารณาได้เป็นเรื่อง

(๑) ความสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องของระบบ EIA/EHIA กับกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ เช่น กฎหมายผังเมือง กฎหมายด้านอุตสาหกรรม พระราชบัญญัติการนิคม กฎหมายด้านการก่อสร้างอาคาร กฎหมายที่รองรับมาตรการลดผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นต้น พบว่าบางกรณีในขณะที่รายงาน

EIA/EHIA ยังไม่ผ่านความเห็นชอบตามขั้นตอนของกฎหมาย แต่มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมตามขั้นตอนของกฎหมายอื่น ๆ ไปล่วงหน้า และกลายเป็นแรงกดดันต่อการพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อรายงาน EIA/ EHIA

(๒) ความล่าช้าของเนื้อหา บทบัญญัติ การจับปรับและบทลงโทษของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๓) ยังไม่มีกฎหมายที่ให้อำนาจในการพิจารณายับยั้งหรือระงับโครงการแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบพิจารณาโครงการ เช่น คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม (กก.วล.) และคณะกรรมการผู้ชำนาญการ (คชก.)

๓.๒ ปัญหาเชิงการจัดทำรายงาน ได้แก่

๓.๒.๑ ปัญหาแห่งความสัมพันธ์ของเจ้าของโครงการกับผู้จัดทำรายงาน /บริษัทที่ปรึกษาซึ่งอยู่ในความสัมพันธ์แบบผู้ว่าจ้างกับผู้รับจ้าง ซึ่งอาจเกิดปัญหาในลักษณะที่ผู้รับจ้าง (ผู้จัดทำรายงาน/บริษัทที่ปรึกษาที่ได้รับอนุญาตจาก สผ.) จะทำรายงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ว่าจ้าง (เจ้าของโครงการ) มุ่งเน้นทำให้รายงาน EIA/EHIA ผ่านความเห็นชอบ ซึ่งทำให้ขาดความเป็นอิสระในการทำงานและคุณภาพของเนื้อหาโน้มเอียงไปและอาจไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

๓.๒.๒ อายุของรายงาน EIA/EHIA เนื่องจากในปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดอายุของรายงานที่ได้ทำการศึกษาไว้แล้ว ทำให้โครงการที่ผ่านความเห็นชอบรายงานหากไม่เริ่มดำเนินการภายในช่วงระยะเวลาอันใกล้ อาจส่งผลให้สภาวะการณ์รอบข้างหรือผลกระทบต่าง ๆ ไม่ตรงกับผลการศึกษาที่ได้ ซึ่งอาจสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม สังคมและสุขภาพมากขึ้น จึงควรมีแนวทางในการกำหนดอายุการใช้งาน EIA/EHIA ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คชก.แล้ว

๓.๒.๓ ปัญหาเรื่องการกำหนดประเภทโครงการโดยใช้ระบบบัญชีรายการ แม้ในปัจจุบันการกำหนดประเภท ขนาดและพื้นที่โครงการที่ต้องมีการทำ EIA และ EHIA ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๕ และ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๓ ตามลำดับแล้วก็ตาม พบว่าอาจไม่ครอบคลุมทุกประเภทโครงการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง และมีช่องโหว่ให้เจ้าของโครงการสามารถหลีกเลี่ยงการทำรายงาน EIA/EHIA ได้โดยการลดกำลังผลิต ลดขนาดพื้นที่หรือโครงการให้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องจัดทำรายงาน การเปลี่ยนแปลงประเภทโครงการให้เข้าข่ายไม่ต้องขออนุญาตตัวอย่างเช่น การลดจำนวนห้องของโครงการที่พักอาศัย การลดขนาดกำลังผลิตของโรงไฟฟ้า เป็นต้น

๓.๒.๔ ปัญหาเรื่องความไม่สะท้อนการคาดการณ์ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพตามความเป็นจริงของรายงาน EIA/EHIA ต่อกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงขาดการวิเคราะห์เชื่อมโยงระหว่างผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมกับผลกระทบด้านสุขภาพ ความไม่ชัดเจนของมาตรการลดผลกระทบทางสุขภาพและขาดผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบสำหรับวิเคราะห์และติดตามประเด็นสุขภาพ

๓.๓ ปัญหาเชิงการพิจารณารายงาน ได้แก่

๓.๓.๑ ปัญหาในด้านการเข้าถึงเอกสารรายงาน EIA/EHIA ของภาคประชาชน ส่งผลต่อความเชื่อถือความไว้วางใจต่อกระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐและผู้มีสิทธิจัดทำรายงาน และในบางกรณีอาจทำให้รายงานขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากภาคประชาชนขาดโอกาสในการเพิ่มเติมข้อมูลสำคัญในพื้นที่และการเสนอความคิดเห็น

๓.๓.๒ การสื่อสารผลการศึกษาและรายงานต่อเวทีการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ด้วยรูปแบบรายงานเองทำให้ตัวรายงานมีเนื้อหาที่ค่อนข้างมาก และเป็นการศึกษาแบบแยกส่วนในแต่ละประเด็น ทำให้มองความ

เชื่อมโยงในแต่ละเรื่องได้ยาก การใช้ศัพท์เทคนิคค่อนข้างมาก เป็นต้น ซึ่งหากนำผลการศึกษาสื่อสารสู่วงรับฟังความคิดเห็นของภาคประชาชนจะยิ่งเกิดความยุ่งยาก ซ้ำซ้อนต่อความเข้าใจของภาคประชาสังคมได้

๓.๓.๓ ไม่มีเงื่อนไขข้อกำหนดเกี่ยวกับระยะเวลาในการปรับปรุงแก้ไขรายงาน EIA/EHIA ภายหลังจากที่ผ่านกระบวนการพิจารณาจาก คชก. (ในช่วงระยะเวลา ๔๕ วัน) แล้ว ทำให้หากใช้เวลาในการแก้ไขยาวนาน สถานการณ์หรือข้อมูลบางส่วนในพื้นที่โครงการอาจเปลี่ยนแปลงไปมากและไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์ผลกระทบในรายงานอีกต่อไป

๓.๓.๔ โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (กก.วล.) ต่อการเสนอความเห็นต่อรายงาน EIA/EHIA สำหรับโครงการของรัฐที่ต้องผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีองค์ประกอบตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ (มาตรา ๑๓ - ๒๑) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมเป็นกรรมการที่คัดเลือกโดยรัฐมนตรี ทำให้อาจขาดความเป็นอิสระในการตัดสินใจ รวมทั้งปัญหาเรื่องความขัดแย้งเชิงอำนาจหน้าที่ต่อการพิจารณารายงาน EIA/EHIA เนื่องจากในหลายกรณีหน่วยงานภาครัฐเองก็มีสถานะเป็นเจ้าของโครงการ

๓.๓.๕ ปัญหา/อุปสรรคของคณะกรรมการชำนาญการ (คชก.) ต่อกระบวนการพิจารณาเห็นชอบโครงการ แบ่งเป็น

(๑) ด้านองค์ประกอบของคณะทำงาน โดยในปี ๒๕๕๔ มีคชก.ได้รับการแต่งตั้งจากประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติจำนวน ๑๐ คณะ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งประกอบด้วยประธาน เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA ผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน ๙ ท่าน แต่พบว่ายังขาดองค์ประกอบจากภาคส่วนประชาสังคม/ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ

(๒) ด้านกระบวนการทำงาน เช่น การขาดผู้แทน/การสนับสนุนด้านข้อมูลในระดับจากพื้นที่เพื่อประกอบการพิจารณาโครงการ การไม่สามารถเข้าไปพิจารณาสภาพพื้นที่โครงการเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลา เป็นต้น

๓.๓.๖ ปัญหาโครงสร้างของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ต่อการดำเนินงานพิจารณารายงาน EIA/EHIA พบว่า สผ.เป็นหน่วยโครงสร้างหลักทำหน้าที่ขับเคลื่อนระบบ EIA/EHIA ตั้งแต่กระบวนการพิจารณารายงาน กลั่นกรอง/ตรวจสอบ/เสนอความเห็นต่อ คชก.ในแต่ละคณะ จนถึงพัฒนาเทคนิค/กระบวนการของระบบ EIA/EHIA โดยภาระงานที่ล้นมือ ทำให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น การขาดแคลนนักวิชาการที่มีความชำนาญที่เพียงพอต่อจำนวนโครงการที่พิจารณาในแต่ละปี การทำงานแบบรายโครงการ(Project-based) ทำให้ขาดการมองภาพรวม หรือผลจากการอนุมัติโครงการในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสามารถในการประเมินสถานการณ์ระดับพื้นที่

๓.๔ ปัญหาเชิงการติดตามตรวจสอบและประเมินผล ได้แก่

๓.๔.๑ หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาตสามารถติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่กำหนดไว้ในรายงาน EIA/EHIA และที่ระบุไว้เป็นเงื่อนไขท้ายใบอนุญาต เฉพาะที่อยู่ในอำนาจตามกฎหมายของหน่วยงานอนุมัติ/อนุญาตหรืออยู่ในขอบเขตพื้นที่โครงการเท่านั้น ทำให้ขาดการประสานติดตามตรวจสอบร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

๓.๔.๒ ปัญหาการขาดการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในรายงาน EIA/EHIA ทำให้โครงการจำนวนมากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่วางไว้อย่างเคร่งครัด แม้ว่าทางสผ.จะมีการจัดตั้งทีมติดตามภายใน แต่ก็ประสบปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรต่อจำนวนโครงการ การไม่มีอำนาจและบทลงโทษสำหรับเจ้าของโครงการที่กระทำความผิด แม้กระทั่งขาดการติดตามประสานงานในเชิงพื้นที่ว่าได้มีการฝ่าฝืนดำเนินโครงการแม้ EIA/EHIA มีปัญหาหรือไม่

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๔. กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดทำรายงานวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (สำหรับโครงการ/กิจการที่กำหนดไว้ตามประกาศกระทรวง) ในปัจจุบันอ้างอิงตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๓๕ และได้มีการเพิ่มเติมการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพเข้ามาในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ อ้างอิงมาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ยังคงพบปัญหาระบบและโครงสร้างในการจัดทำรายงาน EIA/EHIA ดังสถานการณ์ปัญหาข้างต้น แม้ว่ากระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้จัดทำร่างแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งมีเนื้อหาในร่างกฎหมายเกี่ยวกับการแก้ไขปรับปรุงระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แต่ไม่ได้เป็นการแก้ไขปรับปรุงเพื่อการปฏิรูปเชิงโครงสร้างและระบบ EIA/EHIA ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจแก้ไขร่างกฎหมายเสร็จแล้ว และอยู่ในระหว่างขั้นตอนรอการเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

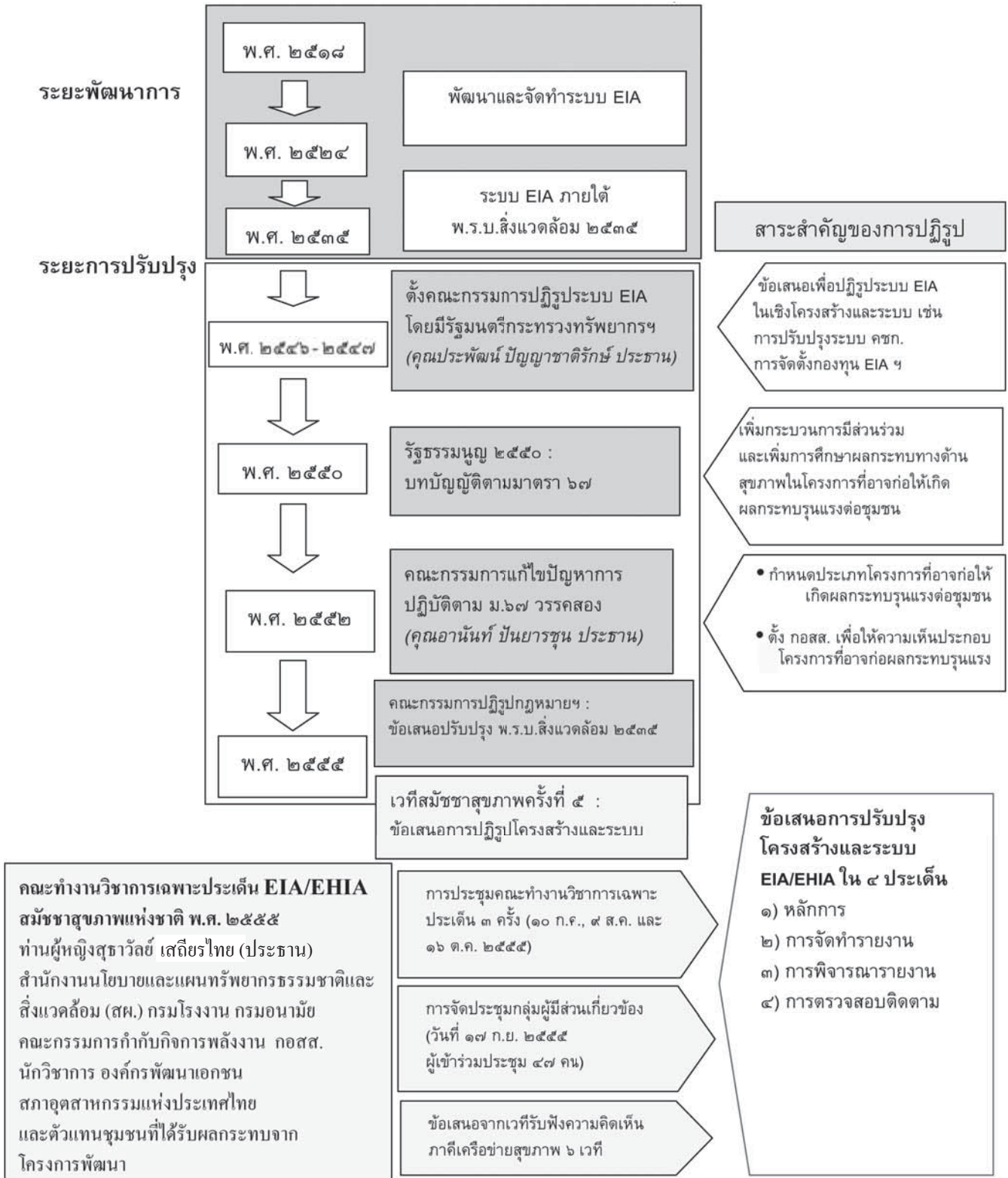
ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ ร่างมติ ๕

เอกสารอ้างอิง

- ๑ ในรายงาน EIA และ EHIA นั้นจะมีระดับและความเข้มข้นของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ยังแตกต่างกัน โดยรายงาน EHIA สำหรับกรณีโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อชุมชนนั้นจะมีระดับความเข้มข้นของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพมากกว่ารายงาน EIA สำหรับโครงการพัฒนาในระดับปกติ
- ๒ จากประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดประเภทและขนาดของโครงการหรือกิจการซึ่งต้องจัดทำรายงาน, ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๕
- ๓ จากประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนด ประเภท ขนาดและวิธีปฏิบัติสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงฯ, ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๓
- ๔ อ้างอิงจาก EIA สำหรับสถานภาพ ปัญหาและทางออก,สร้างสรรค์ปัญญา : ชุมนโยบายสาธารณะ ลำดับที่ ๒, ธันวาคม ๒๕๔๕
- ๕ ดูรายละเอียดแนวทางการเยียวยาและแก้ไขผู้ได้รับผลกระทบจากกรณีมาบตาพุด ได้ที่ ประมวลผลการดำเนินงานของคณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, มิถุนายน ๒๕๕๔
- ๖ ย่อมาจาก Strategic Environmental Assessment เป็นเครื่องมือในการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่และรายสาขาตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและยั่งยืน และป้องกันการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจหรือให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด
- ๗ โครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในแนวทางการบริหารจัดการโครงการขนาดใหญ่ด้านโครงสร้างพื้นฐานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, มิถุนายน ๒๕๔๖
- ๘ ดูรายละเอียดองค์ประกอบคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้ทางเว็บไซต์ http://www.onep.go.th/neb/1.About_neb/webpage/neb_complement.html

การดำเนินงานพัฒนาและปรับปรุง

โครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)



พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ^๑

ตระหนัก ว่าคนไทยร้อยละ ๙๕ นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณีและวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชนในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน

กังวล ว่าพระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่

รับทราบ ว่าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหายู้อยู่แล้ว แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และแม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาหารยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

ห่วงใย ว่าหากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านสุขภาพจะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทย ก็จะอ่อนแอลง

ชื่นชม ว่าได้มีการดำเนินงานแล้วหลายโครงการ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช โครงการแก้ปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผล ของเจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลหนองสมบุญ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี โครงการวัด ๕ ส. โดยคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี และโครงการวัดร่มรื่นพระสุขภาพดีด้วยวิถีชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี

เห็นว่า จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๓

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

๑.๑ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ

๑.๒ ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน

๑.๓ ดำเนินการและพัฒนาการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้คำนึงถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์

๑.๔ ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีมิชชันเป็นแกนนำ ในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาจิต เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดินจงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนมิชชันได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

๑.๕ ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ให้ครอบคลุมและทั่วถึง

๑.๖ ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ไว้ในหลักสูตรต่าง ๆ ของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการและประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/ภาคี/เครือข่าย ที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ดำเนินการ

๒.๑ พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทุพพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

๒.๒ รณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทานด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยุคใหม่ที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง

๓. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทุกแห่งและสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์

๕. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับเปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน

๖. ขอให้คณะสงฆ์และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา

๖.๑ พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ

๖.๒ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน

๗. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ขยับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป

๘. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ

๑. คำนิยาม

๑.๑ พระภิกษุสงฆ์ หมายถึง ประชาชนชายที่มีอายุครบ ๒๐ ปีบริบูรณ์ เข้ามาบวชในศาสนาพุทธ และปฏิบัติธรรมวินัยตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า

๑.๒ สุขภาวะหรือสุขภาพ ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อเพื่อแผ่^๑

๒. พระพุทธศาสนาอยู่กับสังคมไทยมานาน วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา ชาวไทยร้อยละ ๙๕ นับถือศาสนาพุทธ^๒ ซึ่งได้นำหลักการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนามาเป็นแนวทางแห่งการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางวัฒนธรรม และเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย คำสอนในพระพุทธศาสนาได้ซึมซาบอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นแบบอย่างแห่งการดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา^{๓,๔} โดยมีพระภิกษุสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบ เพื่อให้จิตใจปลอดโปร่งเบิกบาน ผ่องใส มีความเจริญงอกงามด้วยศรัทธา ศีล สุตะ จาคะ และปัญญา

๓. พระภิกษุสงฆ์คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนคุณธรรม (ธรรมะ) ขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ให้เป็นรูปธรรมในสังคมไทย พร้อมทั้งยังอบรมสั่งสอนประชาชนคนไทยอีกหกลีบกว่าล้านคนให้ตั้งตนอยู่ในศีลธรรมอันดีงามของพระพุทธศาสนา และยังมีบทบาทในการช่วยส่งเสริม ผลักดัน คุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยให้หลุดพ้นจากความยากลำบากนานัปการ จากบทบาทอันสำคัญเหล่านี้ทำให้พระภิกษุสงฆ์กับประชาชนคนไทยเป็นเหมือนหนึ่งเดียวที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันมานับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

๔. บทบาทของพระภิกษุสงฆ์ต่อสังคม นอกจากการสั่งสอนเผยแผ่หลักพุทธศาสนาแก่ประชาชน แล้วยังมีบทบาทอื่น ๆ ที่มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาสังคม สรุปได้ดังนี้

๔.๑ บทบาทด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ เช่น ส่งเสริมการปลูกพืช หรือเกษตรกรรมชาติแบบครบวงจร การปลูกหม่อนเลี้ยงไหม การปลูกแตงโม การเลี้ยงปลา การเลี้ยงหมู การจัดตั้งกลุ่ม เช่น กลุ่มเจียรไนพลอย กลุ่มธนาคารข้าว กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าว มีทั้งประสบความสำเร็จและประสบปัญหา

๔.๒ บทบาทด้านการพัฒนาสังคม จะอยู่ในลักษณะการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติตน การเป็นผู้นำในการพัฒนาชุมชน เช่น การตัดถนนในหมู่บ้าน การจัดระเบียบรั้วบ้าน การลอกคลอง ทำประปา ถึงเก็บน้ำฝน เป็นการร่วมมือกันระหว่างวัด ชาวบ้านและทางราชการ ในส่วนข้อขัดแย้งทางการเมือง พระภิกษุสงฆ์มีบทบาททางด้านการสร้างขวัญและกำลังใจกับประชาชน อยู่เคียงข้างประชาชนในทุกสถานการณ์ สร้างความศรัทธาและความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

๔.๓ บทบาทด้านการพัฒนาการศึกษา มีบทบาทในหลายลักษณะ เช่น การให้การศึกษแก่พระภิกษุสงฆ์ด้วยกัน โดยการตั้งโรงเรียนปริยัติธรรมให้การอบรมพระลูกวัดที่บวชใหม่ ในส่วนของเยาวชนได้มีการจัดการอบรมในวันเสาร์ อาทิตย์ ให้การศึกษาผ่านดาวเทียมแก่ประชาชน จัดอุทยานการศึกษา จัดห้องสมุดในบริเวณวัด และจัดอบรมในการพัฒนาอาชีพต่าง ๆ

๔.๔ บทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย พระภิกษุสงฆ์จะช่วยเหลือประชาชนโดยใช้ยาแผนโบราณในการรักษาโรคทั่วไป โรคกระดูกและข้อ รักษาผู้ติดยาเสพติด และที่สำคัญได้แก่การส่งเสริมสุขภาพจิตและภาวะจิตปัญญาตลอดจนการป้องกันและการชี้แนะ เพื่อแก้ปัญหา สุขภาพจิต การติดสุรา รวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังและผู้ป่วยสารเสพติด

๔.๕ บทบาทด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อม พระภิกษุสงฆ์จะทำในลักษณะจัดสถานที่ในบริเวณวัดให้ร่มรื่นเป็นที่ร่มเย็น สำหรับให้ประชาชนที่มีความทุกข์ร้อนมาพึ่งพิง เป็นผู้นำในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดอบรมเยาวชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมฯ

๕. ตัวอย่างของการดำเนินงานที่ชี้ให้เห็นบทบาทของพระภิกษุสงฆ์ในการพัฒนาชุมชน อาทิที่จังหวัดนครราชสีมา เครือข่ายพระสังฆพัฒนาโคราช ร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดทำโครงการจัดระบบสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ระดับตำบล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระภิกษุสงฆ์อาพาธอย่างยั่งยืน ที่จังหวัดสระบุรี คณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี โดยวัดพระพุทธบาทราชวรมหาวิหาร ได้จัดทำโครงการวัด ๕ ส.ขึ้น โดยมีจุดมุ่งหวังเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์และวัดมีกิจกรรมดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของพระภิกษุสงฆ์และการจัดการสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในวัด เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน^๕ ที่จังหวัดลพบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีดำเนินการโครงการวัดร่มรื่น พระสุขภาพดี ด้วยวิถีชุมชนให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณรและสภาพแวดล้อมในวัดต่าง ๆ^๖ เจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลขอนแก่น อําเภอหนองม่วง ได้เป็นแกนนำร่วมกับหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่จัดทำโครงการแก้ปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผล^๗

๖. นอกจากนั้น ยังพบบทบาทพระภิกษุสงฆ์ต่อการพัฒนาศักยภาพของพระภิกษุสงฆ์ด้วยตนเอง เช่น ที่จังหวัดนครราชสีมา พระครูอมรชัยคุณ (หลวงตาแซร์ พนจรพัฒนา) ได้จัดตั้งสถาบันพระสังฆพัฒนา เพื่อทำหน้าที่ (๑) ส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของพระสังฆพัฒนาในท้องถิ่น ให้มีความเป็นผู้นำชุมชนที่มีคุณธรรม และสร้างพระวิทยากรให้มากขึ้น (๒) ให้การสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์เครือข่ายให้เข้มแข็ง มีองค์ความรู้ที่เด่นชัด สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานได้ ขยายผลสู่ชุมชนใกล้เคียงได้ (๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ขยายผลสู่ เยาวชน-คนรุ่นใหม่ ให้รู้จักคุณค่าของทางศาสนา-ศิลปวัฒนธรรม และการเกษตรตามแนวพระราชดำริ “ทฤษฎีใหม่”

๗. จากสภาพโครงสร้างของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน การพัฒนาต่าง ๆ เจริญก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด ประชาชนมุ่งสู่สังคมวัตถุนิยมมากขึ้น พระภิกษุสงฆ์ถูกปล่อยให้เผชิญกับปัญหาตามลำพัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ นโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมายังไม่สามารถตอบสนองกับการส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ได้ รวมทั้งผลงานวิจัยต่างได้สะท้อนและตอกย้ำปัญหาได้อย่างชัดเจนในเรื่องการจัดการสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์อย่างรอบด้าน และเพียงพอ^๘

๘. พระภิกษุสงฆ์ เป็นผู้ที่เข้ามาบวชในพุทธศาสนา ไม่สามารถที่จะประกอบกิจได้ดังฆราวาส เพราะเป็นการขัดต่อพุทธบัญญัติ จึงต้องอาศัยปัจจัยสี่ อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคที่เป็นเครื่องดำรงชีวิตจากประชาชน การที่พระภิกษุสงฆ์บางส่วนจะต้องแยกตัวออกเด็ดขาดจากชุมชนและปลีกตัวอยู่โดยลำพัง

เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพระภิกษุสงฆ์กับสังคมโดยรอบ การอยู่แบบโดดเดี่ยวของพระภิกษุสงฆ์ย่อมเกิดความเสียหายหลายประการ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันท่วงทีเหตุการณื บนพื้นฐานแห่งดุลยภาพ ทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๙. จากการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน ๙๐,๒๕๐ รูป โดยกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ ๓๐.๕๗ โดยป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๔.๕ สูบบุหรี่ร้อยละ ๔๑.๓ ออกกำลังกายเฉลี่ยร้อยละ ๔๓.๑๘ สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ จำนวน ๙๔,๙๒๘ รูป จาก ๗๗ จังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง (ตรวจเลือด ๔,๗๔๘ ราย พบผิดปกติ ๘๓๖ ราย หรือ ร้อยละ ๑๗.๖) มีประวัติเป็นเบาหวานร้อยละ ๕.๒๓ ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๔.๐๑ สูบบุหรี่ ร้อยละ ๔๐.๙ (ข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น ๒๕๐,๔๓๗ รูป)

๑๐. จากการตรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์-สามเณร เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๑,๑๒๒ รูป จาก ๒๘ วัด ในกรุงเทพมหานครโดยกรมการแพทย์ ผลการตรวจสุขภาพพบว่า มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ ๑๓.๘ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคต้อร้อยละ ๑๑.๔ โรคภูมิแพ้ร้อยละ ๑๑ โรคกระดูกและข้อ และโรค หู คอ จมูก ร้อยละ ๖.๔ เท่ากัน โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๕.๘ โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๔.๓ โรคเบาหวานร้อยละ ๔.๒ เมื่อเจ็บป่วยใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ ๗๙.๒ โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๓๖.๓ ปัญหาที่พบในการมารับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ปัญหาด้านการเดินทางร้อยละ ๒๗.๕ และติดขัดเรื่องข้อปฏิบัติของสงฆ์ ร้อยละ ๒๕.๖ และร้อยละ ๔๔.๔ มีการออกกำลังกายนานๆ ครั้ง แต่ร้อยละ ๑๗.๕ ไม่เคยออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ ๘.๗ ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ๓ ครั้งต่อสัปดาห์^{๑๐}

๑๑. จากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์จำนวน ๒๔๖ รูป ใน ๑๑ จังหวัด พบว่าพระภิกษุสงฆ์สนใจตรวจสุขภาพร้อยละ ๕๒ จำแนกเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ ๒๑ และตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราวร้อยละ ๓๑ พระภิกษุสงฆ์ประมาณครึ่งหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการ เช่น โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง^{๑๑} และจากการศึกษาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ในเขตจังหวัดนครราชสีมาพบว่า พระภิกษุสงฆ์สูบบุหรี่ร้อยละ ๔๐.๒ เฉลี่ยสูบบุหรี่ ๘ มวนต่อวัน โดยประชาชนถวายบุหรี่ให้พระภิกษุสงฆ์ร้อยละ ๑๒.๖ ซี่เองร้อยละ ๘๙.๖๑^{๑๒}

๑๒. จากการศึกษาการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่างๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มน้ำกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า ๒ ขวดต่อวันและดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ ๖ แก้ว^{๑๓,๑๔,๑๕} ฉันทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ^{๑๓} นอกจากนี้ยังพบว่ามี ความเครียดถึงร้อยละ ๕๔๑๕,๑๖,๑๗ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น ค่ารักษาพยาบาลของพระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นจำนวน ๕๖,๔๙๙,๑๙๘ บาท๑๘ ซึ่งถ้าพระภิกษุสงฆ์ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลสุขภาพพระหว่างเจ็บป่วยที่ดีจะลดปัญหาเหล่านี้ลงได้มาก

๑๓. ในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางด้าน การเคลื่อนไหวของร่างกายยังไม่ได้รับการเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้พระภิกษุสงฆ์ดำเนินชีวิตไปตามลำพัง เป็นสาเหตุให้พระภิกษุสงฆ์ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการทำกายภาพบำบัด ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แม้กระทั่งพระภิกษุสงฆ์ที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้วัดก็ขาดการดูแลเช่นกัน สำหรับการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ด้วยตนเองพบว่าไม่น้อยมาก ส่วนใหญ่มีเพียงถามทุกข์สุขเท่านั้น และมีค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ ไปโรงพยาบาลหรือไปรักษาที่คลินิก๑๖

๑๔. ด้านการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ยังมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีข้อเสนอแนะกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม กิจกรรมการออกกำลังกายที่พระภิกษุสงฆ์ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ คือ การเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การเก็บกวาดลานวัด โบสถ์ วิหาร และการตัดหญ้า เก็บกวาดใบไม้ซึ่งเป็นกิจของพระภิกษุสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน การเดิน บิณฑบาตของพระภิกษุสงฆ์จะใช้เวลาเพียงวันละ ๔๕ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง ในระยะทางประมาณ ๑-๒ กิโลเมตร ยกเว้น พระภิกษุสงฆ์ในเขตเมืองที่ใช้เวลาประมาณ ๒๐-๔๕ นาที ในระยะทางประมาณ ๑ กิโลเมตร เพราะเป็นการเดินบิณฑบาตในตลาดซึ่งอยู่ใกล้วัด^{๑๖,๑๗}

๑๕. ด้านการป้องกันโรคติดต่อในวัด พระภิกษุสงฆ์ยังไม่มีกิจกรรมการป้องกันโรคที่ชัดเจน กิจกรรมบางอย่างติดขัดในพระธรรมวินัย เช่น การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ หรือการใส่ทรายที่มีฟอส (ทรายอะเบต) ในภาชนะเก็บกักน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สุนัขและแมว ถึงแม้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เข้ามาดำเนินการให้แต่ก็ยังไม่ทั่วถึง ไม่มีการควบคุมสัตว์ปีก สำหรับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พระภิกษุสงฆ์ยังไม่ได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบันคือทำตามทีี่สื่อต่าง ๆ นำเสนอ^{๑๖,๑๗}

๑๖. จากข้อมูลผลการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับบริษัทซีเอ็มไอเอส ปี ๒๕๕๒ จำนวนตัวอย่าง ๖๙๐ รูป มีพระภิกษุและสามเณร มีอาการเจ็บป่วยร้อยละ ๗๗ และนิยมไปรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐร้อยละ ๕๔ รองลงมาคือซื้อ/หายากิน ร้อยละ ๒๗ และไปสถานพยาบาลของเอกชน ร้อยละ ๑๗ ในขณะที่ร้อยละ ๒.๔ ไม่ได้รักษา ทั้งนี้ร้อยละ ๒๙ เสียค่ารักษาพยาบาลเอง และร้อยละ ๓๑ ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สาเหตุ เนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ ๒๖ ใช้เวลานานในการรอ หรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละ ๒๑ และไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ซึ่งมีร้อยละ ๑๖^{๑๘}

๑๗. จากการศึกษากระบวนการวัดส่งเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จากวัดจำนวน ๕ แห่งในจังหวัดราชบุรี เชียงใหม่ ตรัง ชัยนาท และนครราชสีมา โดยนำเอาเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเข้าไปพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในครอบคลุมทั้ง ๕ ด้าน อันได้แก่ สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต และชาวประชาร่วมพัฒนา พบว่า ภายใต้งานศรัทธาและความร่วมมือที่ชุมชนและบุคลากรขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีต่อเจ้าอาวาสวัดที่เป็นแบบอย่างที่ดี มีวินัย เสียสละ เป็นผู้มีอัธยาศัยดี เป็นกันเองกับชาวบ้าน สามารถดึงภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวัดและกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การอบรมปฏิบัติธรรมของเยาวชน การพัฒนาโรงครัววัดให้ได้มาตรฐานเป็นต้น ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการวัดและชุมชน^{๑๙}

๑๘. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ดำเนินโครงการเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยให้ความรู้พระภิกษุสงฆ์แกนนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน ๔,๑๑๒ รูป โดยได้รับความร่วมมือ ร่วมใจ จากพระผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด ผู้สูงอายุ และประชาชนรอบวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้วัดเอื้อโอกาสต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ พระภิกษุสงฆ์แกนนำ นำความรู้ไปดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ ๙๐.๖ พระภิกษุสงฆ์ได้ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ร้อยละ ๗๐.๐ และวัดส่งเสริมสุขภาพมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๘๗.๕

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑๙. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๑ มาตรา ๕ กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพฯ และตามมาตรา ๖ กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน^{๑๑} ซึ่งในคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายรวมถึงพระภิกษุสงฆ์ด้วย หากไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม หรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

๒๐. สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีบริการการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษายาบาลที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษายาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ คำนี้ถึงสังคมและวัฒนธรรมที่บ้านและชุมชนโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนจะร่วมเยี่ยม ติดตามและดูแลผู้ป่วยด้วย แต่พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรังนอนป่วยในกุฏิโดยไม่ได้รับการดูแลผ่านระบบนี้ และไม่มีญาติ/อาสาสมัครมาช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพ

๒๑. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามความร่วมมือกับสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยมีมติมหาเถรสมาคม มติที่๑๐๓/๒๕๔๗ สนับสนุนให้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกวัดพัฒนาตัวอย่าง และกรมอนามัยได้ดำเนินการสนับสนุนให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพขึ้นในทุกภูมิภาค ในมติที่ ๒๘๓/๒๕๕๒ เรื่องการรายงานผลโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้มีการสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพโดยสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยนำเสนอในการประชุมเจ้าคณะภาค เจ้าคณะจังหวัดเพื่อให้วัดที่มีความพร้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกตำบล ซึ่งมุ่งเน้นให้วัดมีการปรับปรุงด้านสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของพระภิกษุสงฆ์ และฆราวาส วัดเป็นที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพกายและใจของคนในชุมชน ปลอดภัยติดต่อ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯ โดยดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในชุมชนนั้น ๆ ในปัจจุบันมีวัดทั่วประเทศจำนวน ๓๗,๓๓๑ แห่ง เป็นวัดพัฒนาตัวอย่างจำนวน ๑,๘๒๑ แห่ง และวัดส่งเสริมสุขภาพเพียง ๒,๙๑๔ แห่ง (ข้อมูลพ.ศ.๒๕๕๔)

ปัญหา ข้อจำกัด และทางออกของการจัดการปัญหา

๒๒. ปัญหาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ประกอบกับพระธรรมวินัยที่เคร่งครัด ขาดการดูแลทั้งในด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงญาติ เป็นผลทำให้เป็นภาระที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนในปัจจุบัน

๒๓. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่เอื้อเพื่อต่อพระธรรมวินัยของพระภิกษุสงฆ์ และเหมาะสมกับสถานการณ์ การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพยังเป็นการแยกส่วนกันดำเนินการส่งผลให้

๒๓.๑ ขาดการพัฒนาศักยภาพพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้มีพระภิกษุสงฆ์เป็นพระแกนนำในการพัฒนาวัด เป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ในวัด พระภิกษุสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และเทศน์สอนประชาชนในชุมชนได้

๒๓.๒ การรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนถวายอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ที่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด เป็นต้น ยังเป็นเรื่องยากลำบากที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ

๒๓.๓ ขาดการส่งเสริมสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาทุกระดับ จัดหลักสูตรการเรียนการสอน การศึกษาวิจัย และการสร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

๒๓.๔ ขาดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งขาดการบูรณาการการดำเนินงาน ทั้งภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของพระภิกษุสงฆ์ในพื้นที่ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

๒๔. ดังนั้นเพื่อให้เกิดสุขภาพะอย่างเป็นองค์รวมทั้งสังคมประกอบกับพระภิกษุสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในสังคม การลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายจะทำให้เป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพตามแนวทางการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ โดยมีการดำเนินการในทุกระดับอย่างบูรณาการ และครบวงจร (บ้าน-วัด-โรงเรียน-สถานบริการสาธารณสุข-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: บวร สอ.)^{๒๑}

โดยพัฒนา ระบบการเฝ้าระวังสุขภาพพระภิกษุสงฆ์โดยชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เสริมสร้างความเข้มแข็งของพระภิกษุสงฆ์ ชุมชน ให้มีศักยภาพในการสร้างสุขภาพที่ดี มีการพัฒนาวัด และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคที่อาจแพร่ระบาดได้ อีกทั้งต้องมีกลไกและระบบเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวก มีแนวทางนโยบายมารองรับ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๓

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม๑๒๔/ตอนที่๑๖ก/หน้า๑/๑๙มีนาคม๒๕๕๐.
๒. ครูพระคอตเนต. ความสำคัญของพระพุทธศาสนาต่อสังคมไทย. มิถุนายน ๒๕๕๑. สืบค้นเมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๒. จาก < <http://www.kroophra.net/index.php>>
๓. ทินพันธ์ นาคะตะ. พระพุทธศาสนากับสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์; ๒๕๔๓; ๔-๖.
๔. วินัส จันมา. การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องประเด็นสุขภาพของ พระสงฆ์ ๒๕๕๔.
๕. วัดพระพุทธบาทราชวรมหาวิหาร. โครงการวัด ๕ ส.. (เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๕๕.
๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.โครงการวัดร่มรื่น พระสุขภาพดี ด้วยวิถีชุมชน.(เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๕๕.
๗. วิสุทธิ บุญญโสภิต,นิรชา อัครวีระกุล. นโยบายสาธารณะ: เครื่องมือขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๕. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน.
๘. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. ข้อมูลพื้นฐาน. สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙. จาก <http://www.onab.go.th>.
๙. มูลนิธิ ๕๐ พรรษามหาชราลภกรณ์. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการวิเคราะห์ข้อมูล การคัดกรองสุขภาพพระภิกษุ สามเณรในภาพรวม ๗๗ จังหวัด ทั่วประเทศ. โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระบรมราชูปถัมภ์ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔.
๑๐. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการอาหารของพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจรักษา พ.ศ.๒๕๔๙. โรงพยาบาลสงฆ์. งานเวชระเบียนและสถิติ.
๑๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา เอกสารงานวิจัย. มิถุนายน ๒๕๕๕
๑๒. นุสรณ์ คุณระวีนิชพงษ์ และคณะ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของภิกษุ สามเณร แม่ชี และศิษย์วัดในจังหวัด นครราชสีมา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงค์เขวลิตกุล
๑๓. สุรพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสารโสภณ. การสร้างความสงบสุขในสังคม. ; ๒๕๕๒: ๗๕-๘๙.
๑๔. เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ. การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; ๒๕๔๖: ๑-๕.
๑๕. อัญชลี ประคำทอง และอรพรรณ สุนทวง. การประเมินผลโครงการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ ๗ วันที่ ๕-๗ กันยายน ๒๕๔๔: ๕๘-๖๕.

๑๖. เดชา บัวเทศ จีรวรรณ ชงจ้งหรีด และธันวา หอมจันทร์. สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม โดยความร่วมมือของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. ๒๕๕๔.
๑๗. อุทัย สุดสุข. สาธารณสุขในพระไตรปิฎก:บูรณาการสู่สุขภาพดี ซีวีมีสุข. ๒๕๔๔: ๓๐๙-๓๑๒.
๑๘. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์. ผลการดำเนินการโครงการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์-สามเณรให้ยั่งยืนแบบองค์รวมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสงานฉลองสิริราชสมบัติ ครบ ๖๐ ปี (ระยะที่ ๑ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ -มิถุนายน ๒๕๕๙)
๑๙. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การสนับสนุนให้พระภิกษุสงฆ์สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข.เอกสารวิชาการ. มีนาคม ๒๕๕๔.
๒๐. ผกามาศ กมลพรวิจิตร และ มนุ วาทีสุนทร. กระบวนการวัดส่งเสริมสุขภาพ. เอกสารการวิจัย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; ๒๕๕๙.
๒๑. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔; ๒๕๕๔.

การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร^๑

รับทราบ ว่าประชาคมอาเซียนจะช่วยขยายโอกาสด้านการค้า การสร้างงานและรายได้ให้กับประชาชน เพิ่มการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้การค้าสินค้าซึ่งรวมถึงอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารมีความหลากหลาย และมีการกระจายสินค้าระหว่างประเทศมากขึ้น

กังวล ว่าเมื่อการกำหนดมาตรฐานและคุณภาพอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารร่วมกันของสมาชิกอาเซียนกระทำได้ดีซ้ำกว่าการเคลื่อนย้ายสินค้าเหล่านั้น ความแตกต่างด้านมาตรฐานและคุณภาพของสินค้าของแต่ละประเทศจึงยังคงอยู่ และเมื่อปริมาณสินค้า ที่ค้าขายมีมากขึ้น ความเสี่ยงที่จะได้รับอาหารที่ไม่ปลอดภัยย่อมมีมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการลักลอบนำเข้าสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐานอีกด้วย

กังวล ว่าระบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเรียกคืนสินค้า และจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและชีวิตของผู้บริโภค ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

ตระหนัก ว่ามาตรฐานและคุณภาพความปลอดภัยด้านอาหารเป็นเรื่องสำคัญและเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยและของหน่วยงานที่รับผิดชอบต่าง ๆ ที่จำเป็นและเร่งด่วนเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ตระหนัก ว่าการดูแลปกป้องคุ้มครองตนเองและครอบครัวด้วยพลังชุมชนในพื้นที่ซึ่งเข้าใจ รู้เท่าทันปัญหา เป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหายั่งยืน และการสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยให้ชุมชนร่วมกำหนดนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหานั้น จะทำให้ระบบการจัดการและเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ หน่วยงานที่กำกับดูแล และหน่วยงานที่ส่งเสริมสนับสนุนด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร กำหนดให้มีนโยบายและแผนดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ดังนี้

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๘

๑.๑ เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการในการตรวจสอบกำกับดูแล โดยการพัฒนากระบวนการตรวจสอบกำกับดูแล เพิ่มจุดตรวจสอบอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารที่ผลิตและนำเข้า และเพิ่มความถี่และความครอบคลุมในการตรวจสอบให้สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงตลอดห่วงโซ่อาหารในสินค้านั้น

๑.๒ เพิ่มการลงทุนและสนับสนุนขีดความสามารถของบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการพัฒนาทักษะทางภาษา เพิ่มสมรรถนะห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพทันสมัยอย่างเพียงพอ และกระจายทั่วถึง

๑.๓ ในการตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่าง ๆ ทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอาหาร ให้คำนึงถึงการจัดให้มีผู้แทนภาคประชาสังคมที่เป็นองค์กรผู้บริโภค ผู้แทนชุมชน นักวิชาการ และผู้แทนจากภาคเอกชน ร่วมเป็นองค์ประกอบในสัดส่วนที่เท่ากัน ทั้งนี้การคัดเลือกทุกภาคส่วนต้องเป็นไปอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม

๑.๔ พัฒนาระบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอาหาร คุณภาพและมาตรฐานของประเทศ ไทยให้ทัดเทียมกับสากล

๒. ขอให้หน่วยงานที่ตรวจสอบ กำกับดูแลการผลิต นำเข้าอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร รวมถึงผู้ผลิตอาหารและสินค้าฯ ดังกล่าว ให้ความสำคัญกับระบบการประกันคุณภาพตามมาตรฐานที่เหมาะสม ได้แก่ หลักการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี หลักการปฏิบัติทางการผลิตที่ดี ระบบการวิเคราะห์อันตรายและจุดวิกฤตที่ต้องควบคุม เพื่อรับประกันความปลอดภัยของผู้บริโภค ทั้งนี้ให้รวมถึงระบบการตรวจสอบสินค้าหรือใบรับรองจากแหล่งผลิตต้นทางในประเทศที่ผลิต และกระบวนการผลิตอาหารฮาลาล

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พัฒนากลไกเพื่อบูรณาการข้อมูลความปลอดภัยด้านอาหารให้เป็นเอกภาพ ทันต่อสถานการณ์ เข้าถึงได้ง่าย และต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลความปลอดภัยของอาหารในกลุ่มประเทศอาเซียนเพื่อการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน รวมทั้งการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่อสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้บริโภค เช่น ความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และบริโภคได้อย่างปลอดภัย

๔. ขอให้กระทรวงมหาดไทยมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ หรือทบทวน หรือจัดให้มีระบบกลไกการพัฒนากระบวนการ รวมทั้งจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร โดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ศาสนา ในพื้นที่ เช่น อาหารฮาลาล จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยให้มีส่วนร่วมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การคัดเลือกต้องเป็นไปอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม รวมทั้งมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องทำงานระหว่างจังหวัด ขอให้มีกลไกการทำงานในรูปแบบกลุ่มจังหวัดตามความเหมาะสม

๕. ขอให้สถาบันการศึกษา หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนในท้องถิ่น ให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารทั้งทางด้านสุขภาพ วิทยาศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

๖. ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขีดความสามารถและพัฒนาให้เกษตรกรผู้ผลิตอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารสามารถตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

การพัฒนาโลกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

ความสำคัญและผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการค้าอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารต่อประเทศไทย

๑. การผลิตสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มคิดเป็นสัดส่วนที่สูงในระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จาก บัญชีประชาชาติปี ๒๕๕๓ ซึ่งรายงานว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ของประเทศไทย ณ ราคาประจำปีมีมูลค่า ๑๐.๘ ล้านล้านบาท ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อคน (per capita GNP) ๑๕๓,๙๕๒ บาท และมีรายได้ประชาชาติ (National Income: NI) ประมาณ ๗.๗ ล้านล้านบาท จากโครงสร้างการผลิตของประเทศไทย ในระหว่างปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓

๒. อาหารที่ผลิตจากภาคเกษตรมีสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ ๑๐ ในขณะที่การผลิตอุตสาหกรรมคิดเป็นร้อยละ ๓๐ ของ GDP และในภาคการผลิตอุตสาหกรรมดังกล่าว หมวดอาหารและเครื่องดื่มมีสัดส่วนประมาณหนึ่งในห้าของการผลิตภาคนี้ทั้งหมด^๑

๓. ปี ๒๕๕๔ การค้าของประเทศไทยมีมูลค่าประมาณ ๑๕ ล้านล้านบาท (๔.๕๗ แสนล้านเหรียญสหรัฐ) โดยมูลค่าการค้ากับกลุ่มอาเซียนซึ่งเป็นกลุ่มประเทศคู่ค้าที่สำคัญของไทยอันดับหนึ่ง ซึ่งคิดเป็นหนึ่งในห้าของการค้าของไทยทั้งหมด โดยไทยได้ดุลการค้าจากกลุ่มอาเซียน (มูลค่าส่งออกมากกว่านำเข้า) ไทยส่งออกไปประเทศสิงคโปร์ และนำเข้าจากประเทศมาเลเซียสูงสุด ทั้งนี้สินค้าส่งออกอันดับหนึ่งได้แก่ น้ำมันสำเร็จรูป โดยในกลุ่มสินค้าเกษตรส่งออกคือ น้ำตาลทราย (อันดับ ๑๐) และมูลค่าการค้าระหว่างกันมีแนวโน้มสูงขึ้น

การค้าในอาเซียนและความตกลงที่เกี่ยวข้องกับอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

(ก) สิทธิประโยชน์ด้านภาษีศุลกากร

๑. อาเซียนซึ่งจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน หรือ อาฟตา ในปี ๒๕๓๕ (ASEAN Free Trade Area: AFTA 1992) และได้จัดทำความตกลงว่าด้วยการใช้อัตราภาษีพิเศษที่เท่ากันสำหรับเขตการค้าเสรีอาเซียน (Agreement on the Common Effective Preferential Tariff Scheme for the ASEAN Free Trade Area: CEPT-AFTA) เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคการค้าด้านภาษีนำเข้า (ศุลกากร) ของสินค้าที่อยู่ในรายการเจรจา และผลิตในอาเซียนที่เป็นไปตามกฎว่าด้วยแหล่งกำเนิดตามที่อาเซียนกำหนด กล่าวคือ ให้ภาษีนั้นเหลือต่ำที่สุด (ร้อยละ ๐ - ๕) ขจัดปัญหาและอุปสรรคทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี และกำหนดเป้าหมายให้สินค้าทุกตัวที่อยู่ในรายการ (inclusion list) ไม่มีภาษีนำเข้า และสินค้าในบัญชีอ่อนไหว (sensitive list) มีอัตราภาษีสุดท้ายที่ร้อยละ ๕ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นไป ต่อมาปี ๒๕๕๒ อาเซียนปรับปรุงความตกลง CEPT-AFTA เป็นความตกลงการค้าสินค้าของอาเซียน (ASEAN Trade in Goods Agreement: ATIGA 2009) ให้มีความทันสมัยทัดเทียมกับกฎเกณฑ์ทางการค้าในระดับสากล มีความครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการค้าสินค้ามากขึ้น^{๒,๓}

๒. ATIGA ประกอบด้วย ๘ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) การลดภาษีตามพันธกรณี CEPT-AFTA ๒) กฎว่าด้วยถิ่นกำเนิดสินค้า ๓) มาตรการที่มีใช้ภาษีศุลกากร ๔) การอำนวยความสะดวกทางการค้า ๕) การศุลกากร ๖) มาตรฐาน กฎระเบียบทางเทคนิค และกระบวนการตรวจสอบรับรอง ๗) มาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช และ ๘) มาตรการเยียวยาทางการค้า

๓. นอกจากนี้ จากข้อกำหนดของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนซึ่งมีแนวทางการนำร่องการรวมกลุ่มเศรษฐกิจ โดยทดลองเร่งรัดใน ๑๒ สาขาสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้ายสินค้าและบริการในสาขาเหล่านั้นอย่างเสรี และสร้างการรวมกลุ่มในด้านการผลิต จัดซื้อวัตถุดิบเพื่อส่งเสริมการเป็นฐานการผลิตร่วมของอาเซียนและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ภาษีของสินค้าที่อยู่ในรายการเจรจาจะมีภาษีลดลงเร็วขึ้นจากกรอบอาฟตาอีก ๓ ปีคือ ปี ๒๕๕๐ สำหรับสมาชิกอาเซียนเดิม ๖ ประเทศ และ ปี ๒๕๕๕ สำหรับสมาชิกอาเซียนใหม่ ๔ ประเทศ โดย ๒ ใน ๑๒ สาขาดังกล่าวได้แก่ ผลิตภัณฑ์เกษตร และผลิตภัณฑ์ประมง

(ข) มาตรฐาน กฎระเบียบทางเทคนิค และ มาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช

๔. อาเซียนยังมีข้อตกลงด้านการกำหนดมาตรฐานของสินค้า โดยความตกลง ATIGA กำหนดให้มีการควบคุมกำกับด้านเทคนิค และกระบวนการตรวจสอบร่วมด้วยกลไกการกำหนดข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangement: MRA) ผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาของอาเซียนสำหรับมาตรฐานและคุณภาพ การประสานกฎระเบียบในการควบคุมกำกับคุณภาพสินค้า และการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังสินค้าภายหลังการวางตลาด และระบบการแจ้งเตือน นอกจากนี้ อาเซียนยังกำหนดให้ใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีด้านมาตรฐานภายใต้ความตกลงอุปสรรคทางการค้าด้านเทคนิค และกรอบและแนวทางด้านมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืชตามความตกลงขององค์การการค้าโลกว่าด้วยมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช ซึ่งเป็นมาตรฐานด้านความปลอดภัยที่ปกป้องชีวิตมนุษย์ สัตว์ หรือพืช หรือสุขภาพของแต่ละประเทศสมาชิก ในด้านการปฏิบัติให้อ้างอิงมาตรฐานสากลระหว่างประเทศ แนวทาง และข้อเสนอซึ่งพัฒนาโดยองค์กรระหว่างประเทศต่าง ๆ ได้แก่ the Codex Alimentarius Commission (Codex), the World Organisation for Animal Health (OIE), the International Plant Protection Convention (IPPC) และ อาเซียน^๔

๕. กล่าวโดยสรุป อาหาร (ซึ่งจัดเป็นสินค้าอุตสาหกรรม) และสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสินค้าที่สำคัญของอาเซียนที่มีการค้าขายระหว่างกันมานานแล้วและมีการให้สิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีศุลกากรตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ คือ ไม่มีภาษีหรือมีภาษีน้อยมาก และเป็นผลให้การค้าขายสินค้าเหล่านั้นสะดวกมากขึ้น และมีปริมาณเพิ่มขึ้น นับจากปี ๒๕๕๐ เป็นต้นไป อาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร บางส่วนซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์เกษตร และ ผลิตภัณฑ์ประมงจะไม่มีภาษีศุลกากร และนอกเหนือจากเรื่องสิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีและ การศุลกากรแล้ว อาเซียนได้เล็งเห็นถึงความเป็นสากลและการประสานกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อให้เข้ากับระบบการค้าโลก ดังนั้น อาเซียนด้วยความตกลง ATIGA ปี ๒๕๕๒ จึงกำหนดให้จัดทำหลักเกณฑ์ที่จะยอมรับร่วมกันทั้งที่เกี่ยวกับมาตรฐานสินค้า และมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืชรวมถึงการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยต่าง ๆ ซึ่งการจัดทำหลักเกณฑ์และระบบเหล่านี้เริ่มดำเนินการภายหลังจากการริเริ่มด้านสิทธิประโยชน์ทางภาษีของกรอบอาฟตา ๒๐ ปี และขณะนี้ สมาชิกอาเซียนอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมของมาตรฐานของสินค้าต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงกลุ่มอาหารและกลุ่มสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

(ค) ความตกลงอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการค้าอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

๖. นอกเหนือจาก ATIGA ซึ่งเป็นความตกลงที่ว่าด้วยการค้าสินค้าโดยตรงแล้ว ยังอาจมีความตกลงด้านการลงทุน และด้านการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการค้าสินค้านี้ แต่เนื่องจากโดยรวมการค้าบริการตามมาตรฐานขององค์การการค้าโลกจะระบุกลุ่มบริการสาขามาตรฐานซึ่งเป็นแรงงานฝีมือ (skilled labour) ในขณะที่การผลิตสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร และกลุ่มอุตสาหกรรมอาหารจะต้องการกลุ่มแรงงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะฝีมือ (non-skilled labour) เป็นส่วนใหญ่ อาจมีความต้องการบ้างในส่วนของงานบริการ และผู้เชี่ยวชาญด้านการเกษตร และอุตสาหกรรม เป็นต้น

(ง) ความไม่ปลอดภัยและการตรวจสอบอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

๑๐. จากนิยามความปลอดภัยด้านอาหาร ตามข้อ ๑.๔ ภาคผนวกท้ายเอกสารหลัก(สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙. ผนวก ๑) นั้น อาหารที่เข้าลักษณะดังกล่าวจึงจัดได้ว่าเป็นอาหารไม่ปลอดภัย นอกจากนี้อาหารไม่ปลอดภัยอาจรวมถึงอาหารที่ได้จากเทคโนโลยีชีวภาพสมัยใหม่ที่ไม่ผ่านการประเมินความปลอดภัยสำหรับการเป็นอาหารมนุษย์

๑๑. การตรวจสอบอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารว่ามีความปลอดภัยหรือไม่ จึงมุ่งเน้นการตรวจสอบตามนิยามดังกล่าวซึ่งกำหนดด้วยมาตรฐานภายใต้กฎระเบียบของประเทศไทย และกฎเกณฑ์ภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกที่ประเทศไทยเป็นสมาชิก และความตกลงต่าง ๆ ที่ไทยเข้าร่วม รวมถึงอาเซียน ดังรายละเอียดในข้อ (ข) และข้อกำหนดของประเทศผู้นำเข้าอาหารเหล่านั้น นอกจากนี้ ด้วยระบบการเฝ้าระวังเมื่อประเทศผู้นำเข้าตรวจสอบสินค้าเหล่านั้นและพบว่าไม่ปลอดภัย จะแจ้งเตือนข้อมูลให้ประเทศผู้ส่งออกสินค้ามายังตนเองด้วย

๑๒. ระบบการแจ้งเตือนความปลอดภัยที่มีอยู่ในประเทศไทยมี ๔ ระบบ ได้แก่ ๑) เครือข่ายหน่วยงานด้านอาหารปลอดภัยระหว่างประเทศ (International Food Safety Authorities Network: INFOSAN) เป็นความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ซึ่งสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดำเนินการ ๒) ระบบแจ้งเตือนความปลอดภัยอาหารและอาหารสัตว์ของอาเซียน (ASEAN Rapid Alert System for Food and Feed: ARASFF) ๓) ระบบแจ้งเตือนความปลอดภัยอาหารและอาหารสัตว์สำหรับประเทศไทย (Thailand Rapid Alert System on Food and Feed: TH-RASFF) โดยสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานดำเนินการทั้งสองระบบ และ ๔) ระบบแจ้งเตือนภัยด้านอาหารของประเทศไทย (Food Alert System of Thailand: FAST) ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดำเนินการ^๖ ทั้งนี้แต่ละระบบให้ความสำคัญกับข้อมูลตลอดห่วงโซ่อาหารและผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความสูญเสีย และผลกระทบต่อสุขภาพจากอาหารไม่ปลอดภัย

๑๓. อาหารที่ไม่ปลอดภัยสามารถทำให้ผู้บริโภคอาหารนั้นป่วย โดยเกิดพิษต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง (food-borne diseases) และอาจถึงแก่ชีวิต ดังตัวอย่าง ๒ กรณีต่อไปนี้

๑๔. เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๕ สหรัฐอเมริการายงานยอดผู้ป่วยจำนวน ๒๐๐ คน จากการติดเชื้อซาลโมเนลลา (Salmonella) ที่เกี่ยวข้องกับ ๒ ซีโรไทป์ ได้แก่ Salmonella bareilly และ Salmonella nchanga

โดยรายงานสถิติระหว่างวันที่ ๒๘ มกราคม – ๑๒ เมษายน ๒๕๕๕ ผู้ป่วยกระจายตัวในสหรัฐอเมริกา ๒๑ รัฐ และเขตการปกครอง Columbia จากการสอบสวนทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ป่วยรับประทานปลาทูน่าแช่แข็งนำเข้า/ผลิตโดยบริษัท Moon Fishery Pvt. Ltd. ในประเทศอินเดีย และยังมีการส่งออกไปยังประเทศฝรั่งเศสด้วย ขณะนี้อยู่ในกระบวนการเรียกคืนสินค้าจากสหรัฐอเมริกาซึ่ง INFOSAN Emergency Contact Point ในประเทศอินเดีย ยังคงเฝ้าระวังต่อไป

๑๕. เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔ IHR National Focal Point ของประเทศเยอรมนี ยืนยันผู้ป่วย ๒๑๔ คนและผู้เสียชีวิต ๒ คน จากอาการไตวาย (อาการแทรกซ้อนจากแบคทีเรียกลุ่ม enterohaemorrhagic Escherichia coli (EHEC) ซึ่งสร้างพิษ Shiga toxins หรือ vero toxins ทำลายเซลล์เม็ดเลือดและไต) ต่อองค์การอนามัยโลก โดยสถาบัน Robert Koch Institute และ Hamburg Health Authorities ตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานมะเขือเทศ แดงกว่า และผักกาดหอม

การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยในประเทศไทย

๑๖. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติเป็นองค์กรที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านอาหารของประเทศไทย ทั้งระบบซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ และคณะกรรมการฯ ได้จัดทำกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารอย่างบูรณาการแล้วเสร็จเมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ โดยกรอบยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์หลักคือ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงอาหาร ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ด้านอาหารศึกษา และด้านการบริหารจัดการ^๔

๑๗. นอกจากนี้ ประเทศไทยมีหน่วยงานที่กำกับดูแลด้านความปลอดภัยของอาหารจากหลายกระทรวง ทบวง กรม ภายใต้พระราชบัญญัติที่อยู่ในความรับผิดชอบ จากการวิเคราะห์ระบบการจัดการและระบบกำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย ๑๐, ๑๑, ๑๒ พบว่า หน่วยงานที่กำกับดูแลและส่งเสริมสนับสนุนด้านความปลอดภัยของอาหารเหล่านั้น คือ ๑) กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และหน่วยงานส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสุขภาพชุมชน) โดยล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย เพื่อบูรณาการด้านอาหารปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๒) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (ได้แก่ สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กรมวิชาการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร กรมประมง กรมปศุสัตว์ และกรมการข้าว) ๓) กระทรวงอุตสาหกรรม (ได้แก่ กรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม และสถาบันอาหาร) ๔) กระทรวงพาณิชย์ (กรมการค้าต่างประเทศ) ๕) กระทรวงการคลัง (กรมศุลกากร) ๖) กระทรวงคมนาคม (กรมการขนส่งทางบก) และ ๗) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

๑๘. สำหรับหน่วยงานหลักที่กำกับดูแลด้านความปลอดภัยของอาหารที่นำเข้าจากต่างประเทศ คือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานเหล่านี้มีพระราชบัญญัติที่กำกับดูแลด้านมาตรฐานและความปลอดภัยตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของตนเอง ทำให้เกิดการทับซ้อนของภารกิจ และกฎหมายมีช่องว่างซึ่งไม่ครอบคลุมอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารบางกลุ่ม นอกจากนี้การกำกับดูแลมีกลไกหลากหลายขึ้นกับความเสี่ยงของกลุ่ม/ประเภทอาหารเหล่านั้นเป็นผลให้อาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารบางส่วนไม่ต้องถูกควบคุมกำกับก่อนออกสู่ตลาดแต่จะถูกกำกับดูแลด้วยระบบภายหลังออกสู่ตลาดแล้ว

๑๙. ประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้เป็นที่ตระหนักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและได้มีการหารือและความพยายามบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน รวมถึงการวางรูปแบบการดำเนินงานกำกับดูแลและเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารด้วย

นโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร

๒๐. จากยุทธศาสตร์หลักทั้ง ๔ ด้านของกรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารของประเทศไทยโดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาตินั้น ยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร และอาหารศึกษาสัมพันธ์กับประเด็นความปลอดภัยของอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารภายใต้ประชาคมอาเซียน ภายหลังจากการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ฯ แล้วเสร็จ ขณะนี้คณะกรรมการฯ เริ่มการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้วยการทำงานของคณะอนุกรรมการชุดต่าง ๆ ซึ่งในหนึ่งยุทธศาสตร์หลักจะมียุทธศาสตร์ย่อยที่มีผู้ดำเนินการจากหลายหน่วยงาน นอกจากนี้ แต่ละหน่วยงานจะมียุทธศาสตร์การดำเนินงานของตนเอง เช่น สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานจะสอดคล้องกับภาพรวมของกรอบยุทธศาสตร์ชาติ และตามบทบาทหน้าที่แห่งพระราชบัญญัติที่หน่วยงานรับผิดชอบ

กลไกและกระบวนการในระดับพื้นที่

๒๑. การบริหารจัดการอาหารปลอดภัยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชน ซึ่งการทำงานแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันตามลักษณะทางกายภาพ วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้คนในท้องถิ่น ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนจึงเป็นกลไกเริ่มต้นในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ หลักการให้ชุมชนมีส่วนร่วม และกระบวนการที่ทำให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ชุมชน เป็นสิ่งสำคัญ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร (ปัจจุบันคือ สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องอาหารปลอดภัยและมีข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการดังนี้ ๑) สร้างระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยระดับชุมชน โดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาทักษะการเฝ้าระวัง สำหรับภาครัฐควรสนับสนุนเครื่องมือกับอุปกรณ์ที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ในระบบปฏิบัติงานเฝ้าระวัง และพัฒนาให้เกิดกลไกการรายงานผลสู่สาธารณสุขอย่างเปิดเผย ๒) เสริมสร้างจิตสำนึกและความตระหนักในอาหารปลอดภัย โดยจัดทำศูนย์การเรียนรู้ระดับชุมชนด้วยการบูรณาการจากศูนย์ต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน ๓) จัดตั้งคณะกรรมการอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ด้วยการระดมบุคคลในชุมชนจากหลากหลายอาชีพมาร่วมเป็นคณะกรรมการฯ รวมทั้งผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนให้เกิดการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย^{๑๓}

ข้อสรุป

๒๒. จากประเด็นภายใต้การค้ำระหว่างประเทศ และผลกระทบต่อสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนซึ่งมีเป้าหมายความเป็นหนึ่งเดียว มีการเคลื่อนย้ายของสินค้าที่สะดวกขึ้น จึงทำให้มีการนำเข้าและส่งออกอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารมากขึ้น มีโอกาสที่อาหารที่ไม่ปลอดภัยปะปนเข้ามาเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน การที่จะทำให้เกิดอาหารที่ปลอดภัยนั้น ต้องประกอบไปด้วย การศึกษาความเสี่ยงที่จะเกิดอาหารไม่ปลอดภัย การสร้าง/พัฒนาระบบที่จะช่วยการตรวจสอบเพื่อประเมินความเสี่ยง ป้องกันความไม่ปลอดภัย ผู้ผลิตและผู้บริโภคทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงและปัญหาความไม่ปลอดภัยเหล่านั้น และตระหนักถึงการผลิตอาหารคุณภาพและ

มีความปลอดภัย ผู้บริโภคมีโอกาสเรียนรู้และมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัยร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ส่งเสริมให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจ มีวิจารณญาณและความสามารถที่จะเลือกอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการลงมือปฏิบัติ และการมีข้อมูลที่สามารถช่วยให้ติดตามปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ถูกต้อง และใช้ประโยชน์ได้อย่างทันท่วงที

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๙

เอกสารอ้างอิง

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายได้ประชาชาติของประเทศไทย แบบปริมาณลูกโซ่ ฉบับ พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๕๓. 2555, Office of the National Economic and Social Development Board: กรุงเทพมหานคร.
- ๒ ASEAN Free Trade Area. 1992, ASEAN Secretariat,: ASEAN members.
- ๓ ASEAN Trade in Goods Agreement. 2009, ASEAN secretariat,: ASEAN members,.
- ๔ อ้างแล้วใน ๓
- ๕ ASEAN Framework Agreement on Services. 1995, ASEAN Secretariat: ASEAN members,.
- ๖ กองควบคุมอาหาร. 2552. ใน เอกชัย ศุภประวัติ. ระบบแจ้งเตือนภัยด้านอาหารกับการคุ้มครองผู้บริโภค (The Food Alert System and Consumer Protection). วารสารอุตสาหกรรมเกษตรพระจอมเกล้า 3(1): หน้า 10-21.
- ๗ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, พบ Salmonella ปนเปื้อนปลาทูน่าแช่แข็งระบาดในสหรัฐอเมริกา. ๒๕๕๕.
- ๘ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, อาการไตวายจากเชื้อจุลินทรีย์ E. coli O104 ระบาดในประเทศเยอรมัน. ๒๕๕๔.
- ๙ คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย. ๒๕๕๓, สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร
- ๑๐ อ้างแล้วใน ๘
- ๑๑ คณะกรรมาธิการการเกษตรและสหกรณ์วุฒิสภา, รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ความครอบคลุมของพระราชบัญญัติที่ใช้กำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทยในห่วงโซ่อาหาร. ๒๕๕๔, วุฒิสภา: กรุงเทพฯ.
- ๑๒ ชรินทร์ เจริญพงศ์ และ ร. พงศ์รุจิกร., ระบบความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย. ๒๕๔๘, กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา: นนทบุรี.
- ๑๓ สุชาติพิทย์ จันทรักษ์ และ พรณี ลิ้มสวัสดิ์, เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กับ “อาหารปลอดภัย”. ๒๕๔๙, ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

๑. นิยามที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติมาตรฐานสินค้าเกษตร พ.ศ. ๒๕๕๑^๑ ให้นิยามดังนี้

๑.๑ สินค้าเกษตร หมายความว่า ผลผลิตหรือผลิตภัณฑ์อันเกิดจากการกลั่นกรอง การประมง การปศุสัตว์ หรือการป่าไม้ และผลพลอยได้ของผลผลิตหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒^๒ ให้นิยามดังนี้

๑.๒ อาหาร หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่

(๑) วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ดื่ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ หรือในรูปลักษณะใด ๆ แต่ไม่รวมถึงยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นแล้วแต่กรณี

(๒) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารรวมถึงวัตถุเจือปนอาหารสี และเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

๑.๓ สินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร ยังไม่พบนิยามตามกฎหมาย แต่จากคำจำกัดความในข้อ ๑.๑ และ ๑.๒ จะเห็นได้ว่า สินค้าเกษตรครอบคลุมตั้งแต่พืชพลังงาน พืชประดับ (เช่น กล้วยไม้) พืชพันธุ์ และพืชที่เป็นอาหาร นอกจากนี้ยังมีสัตว์ที่เป็นพ่อแม่พันธุ์ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทางอุตสาหกรรม (เช่น หนังสัตว์) และสัตว์ที่เป็นอาหาร ดังนั้น สินค้าเกษตรที่เป็นอาหารในที่นี้จึงหมายถึง กลุ่มสินค้าเกษตรที่ได้จากการทำการเกษตรก่อนแปรรูปเพื่อการบริโภค โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นอาหารเท่านั้น

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑^๓ ให้นิยามของคำและวลีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

๑.๔ ความปลอดภัยด้านอาหาร หมายความว่า การจัดการให้อาหารและสินค้าเกษตรที่นำมาเป็นอาหาร บริโภคสำหรับมนุษย์มีความปลอดภัย โดยไม่มีลักษณะเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร และตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาหารที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ด้วย

(๑) อาหารที่มีจุลินทรีย์ก่อโรคหรือสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเจือปนอยู่

(๒) อาหารที่มีสารหรือวัตถุเคมีเจือปนอยู่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในปริมาณที่อาจเป็นเหตุให้เกิดอันตราย หรือสามารถสะสมในร่างกายที่ก่อให้เกิดโรคหรือผลกระทบต่อสุขภาพ

(๓) อาหารที่ได้ผลิต ปรุง ประกอบ บรรจุ ขนส่ง หรือมีการเก็บรักษาไว้โดยไม่ถูกสุขลักษณะ

(๔) อาหารที่ผลิตจากสัตว์หรือผลผลิตจากสัตว์ที่เป็นโรคอันอาจติดต่อถึงคนได้

(๕) อาหารที่ผลิต ปรุง ประกอบจากสัตว์และพืช หรือผลผลิตจากสัตว์และพืชที่มีสารเคมีอันตราย เกษีเคมีภัณฑ์ หรือยาปฏิชีวนะตกค้างในปริมาณที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

(๖) อาหารที่มีภาชนะบรรจุประกอบด้วยวัตถุที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๑.๕ ห่วงโซ่อาหาร หมายความว่า วงจรการผลิตอาหารตั้งแต่วัตถุดิบ ปัจจัยการผลิต การเพาะปลูก การเพาะเลี้ยง การตัดแต่ง การแปรรูป การขนส่ง การปรุง การประกอบ การบรรจุ การเก็บรักษา การจัดจำหน่าย การกระจาย จนถึงผู้บริโภค รวมทั้งการนำเข้า การนำผ่าน และการส่งออก

๑.๖ คุณภาพอาหาร หมายความว่า อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่พึงจะมี รวมถึงมีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม

๑.๗ อาหารศึกษา หมายความว่า กระบวนการส่งเสริม พัฒนา และวิจัยเพื่อให้ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่ถูกต้องในห่วงโซ่อาหารและในการบริโภคด้านอาหาร

๑.๘ การวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis) คณะกรรมการมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ ให้นิยามไว้ว่า^๔ กระบวนการที่ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน คือ การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) การจัดการความเสี่ยง (risk management) และการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication)

๒. ประชาคมอาเซียน : หลักการและองค์ประกอบ

อาเซียน (ASEAN) หรือสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (the Association of Southeast Asian Nations) ก่อตั้งเมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๑๐ (๑๙๖๗) ด้วยปฏิญญากรุงเทพฯ (Bangkok Declaration) ซึ่งขณะนี้อาเซียนมีอายุประมาณ ๔๕ ปีแล้ว โดยเริ่มต้นจากสมาชิก ๕ ประเทศ กระทั่งปัจจุบันมี ๑๐ ประเทศ* จากข้อมูลล่าสุดปี ๒๕๕๓ ขนาดประชากรของอาเซียนประมาณ ๖๐๐ ล้านคน หรือร้อยละ ๙ ของประชากรโลก มีขนาดเศรษฐกิจโดย GDP รวมประมาณ ๓,๒๐๐ พันล้านดอลลาร์สากล (คิดเป็นร้อยละ ๔.๑ ของ GDP โลก)

ปี ๒๕๔๐ การประชุมสุดยอดอาเซียนกำหนดวิสัยทัศน์ (ASEAN Vision ๒๐๒๐) ซึ่งมีเป้าหมายให้ดำเนินการเพื่อการเป็นประชาคมอาเซียนให้แล้วเสร็จในปี ๒๕๖๓ และด้วยปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (the Declaration on ASEAN Concord II or Bali Concord II) ในปี ๒๕๔๖ (๒๐๐๓) ให้ประชาคมอาเซียนนี้ประกอบด้วย ๓ เสาหลัก (three pillars) คือ ประชาคมความมั่นคง (ASEAN Security Community: ASC หรือ ASEAN Political-Security Community: APSC) ประชาคมเศรษฐกิจ (ASEAN Economic Community: AEC) และประชาคมสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Socio-Cultural Community) และต่อมาด้วยปฏิญญาเซบู (Cebu Declaration) ในปี ๒๕๕๐ (๒๐๐๗) ได้ร่นกำหนดเวลาของประชาคมอาเซียนให้เร็วขึ้น ๕ ปี กล่าวคือให้จัดตั้งประชาคมอาเซียนให้แล้วเสร็จภายในปี ๒๕๕๘ (๒๐๑๕) โดยมีคำขวัญว่า “One Vision, One Identity, One Caring and Sharing Community”^๕

ประชาคมอาเซียนประกอบด้วย ๓ เสาหลักซึ่งมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน โดยมีพิมพ์เขียว (blue print) ของแต่ละเสาหลักเป็นตัวกำหนดเส้นทาง (roadmap) และกรอบเวลาดำเนินการ (time frame) ของกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเกษตรและอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารปลอดภัยจะอยู่ในประชาคมเศรษฐกิจ และประชาคมสังคมและวัฒนธรรม เป็นสำคัญ

* สมาชิกก่อตั้งปี ๒๕๑๐ ได้แก่ สาธารณรัฐอินโดนีเซีย ประเทศมาเลเซีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐสิงคโปร์ และราชอาณาจักรไทย สมาชิกลำดับต่อมา คือ ประเทศบรูไน ดารุสซาลาม (ปี ๒๕๒๓) สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม (ปี ๒๕๔๐) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และสหภาพพม่า (ปี ๒๕๔๐) และราชอาณาจักรกัมพูชา (ปี ๒๕๔๒) ตามลำดับ

๓. สถิติมูลค่าการค้าสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารและอาหารระหว่างไทยและสมาชิกอาเซียน

ตารางที่ ๑ มูลค่าการนำเข้า-ส่งออกกลุ่มอาหารและกลุ่มสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารใน ๒๐ อันดับแรกของการค้าระหว่างไทยและรายประเทศสมาชิก (ล้านบาท)

ปี	ส่งออก			นำเข้า		
	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔
สิงคโปร์	๖,๖๒๒.๐	๖,๕๐๔.๑	๘,๒๖๒.๔	๗,๘๗๔.๘	๙,๒๙๓.๔	๑๑,๐๒๙.๔
กัมพูชา	๑๐,๕๔๖.๒	๑๑,๗๒๒.๖	๑๔,๗๓๙.๗	๑,๖๕๔.๘	๑,๔๙๘.๑	๑,๒๘๑.๔
บรูไน	๑,๔๑๓.๗	๑,๒๕๗.๘	๑,๓๖๕.๑	๑.๔	๑.๖	๕.๖
ลาว	๓,๒๐๖.๖	๒,๙๕๕.๘	๖,๑๘๘.๗	๑,๓๓๗.๑	๑,๒๘๘.๘	๑,๙๐๐.๒
อินโดนีเซีย	๑๕,๖๙๓.๐	๒๕,๕๓๖.๕	๓๘,๗๘๒.๔	๘,๘๗๑.๘	๑๐,๑๗๕.๖	๑๓,๒๕๒.๔
ฟิลิปปินส์	๓,๕๕๒.๘	๕,๑๖๙.๐	๕,๓๘๒.๕	๒,๐๐๔.๘	๑,๙๙๑.๗	๓,๐๘๖.๑
เวียดนาม	๓,๓๒๗.๑	๖,๗๔๖.๓	๙,๐๘๔.๕	๓,๑๖๘.๓	๔,๑๒๒.๑	๗,๑๓๔.๑
มาเลเซีย	๑,๘๗๘.๔	๔,๕๖๓.๘	๑๒,๑๖๐.๑	๓,๕๒๗.๐	๕,๖๐๖.๖	๙,๒๕๖.๕
พม่า	๗,๑๕๕.๔	๙,๓๓๓.๖	๑๒,๕๗๐.๖	๓,๘๑๕.๐	๓,๒๔๗.๕	๒,๕๗๕.๒
รวม	๕๓,๓๙๕.๑	๗๓,๗๘๙.๕	๑๐๘,๕๓๖.๐	๓๒,๒๕๕.๐	๓๗,๒๒๕.๕	๔๙,๕๒๑.๐

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์โดยความร่วมมือจากกรมศุลกากร

เอกสารอ้างอิง

- ^๑ พระราชบัญญัติมาตรฐานสินค้าเกษตร พ.ศ. ๒๕๕๑
- ^๒ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
- ^๓ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑
- ^๔ ประกาศคณะกรรมการมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ เรื่อง กำหนดมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ : หลักการทำงานในการวิเคราะห์ความเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๔๘
- ^๕ ASEAN Secretariat. ASEAN Vision 2020. 1997 [cited 2012 29 January 2012].
- ^๖ ASEAN Secretariat. Declaration of ASEAN Concord II (Bali Concord II). 2003 [cited 2012 29 January 2012].
- ^๗ ASEAN Secretariat. Cebu Declaration on the Acceleration of the Establishment of an ASEAN Community by 2015. 2007 [cited 2012 29 January 2012].

การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที^๑

ตระหนัก ว่าเด็กจำนวนมากใช้เวลาเกินควรกับไอที จนก่ออันตรายต่อสุขภาพ และมีผลกระทบด้านลบ ต่อพัฒนาการ รวมทั้งได้รับผลร้ายจากการรับเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมผ่านทางซอฟต์แวร์ เกม เว็บไซต์ ปัญหาการ ติดเกม/อินเทอร์เน็ตของเด็กไทยอยู่ในขั้นวิกฤต และมีแนวโน้มที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น โดยเด็กสามารถเข้าถึงร้าน เกม/อินเทอร์เน็ตได้ง่าย ในขณะที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่และสังคมยังไม่เข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของไอทีต่อเด็ก ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กติดเกมคือการขาดพื้นที่และกิจกรรมที่เหมาะสม

กังวลและห่วงใย ว่าการเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจสื่อไอที ระบบเครือข่าย และเกมออนไลน์ ผนวก กับนโยบายการแจกคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตให้นักเรียน ในขณะที่ยังไม่มีกำรป้องกันอันตรายอย่างเหมาะสม จะทำให้อันตรายจากไอทีต่อเด็กและเยาวชนทวีความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและความรุนแรง เช่น การเสพติด เกม/อินเทอร์เน็ต การถูกชักนำเข้าสู่การพนัน การถูกมอมเมาจากเว็บไซต์ที่ไม่พึงประสงค์ และการถูกล่อลวงทางสังคมออนไลน์

รับทราบ ว่ามีองค์ความรู้ งานวิจัย กระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญห และเครือข่ายที่ดำเนินการใน ประเด็นนี้อยู่บ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลและการประสานงานเพื่อให้เกิดกระบวนการป้องกันและ กระบวนการแก้ไขปัญหอย่างมีประสิทธิภาพ

เห็นว่า การแก้ปัญหาจะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนแบบบูรณาการ จริงจัง และต่อเนื่อง โดยมีสังคมและ ชุมชนเป็นแกนหลัก พร้อมการสนับสนุนจากภาควิชาการ ภาครัฐ ภาคเอกชน และสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑.๑ ส่งเสริม สนับสนุน ร่วมดำเนินการ และติดตามการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ” เพื่อเร่งรัดการดำเนินการตามจุดมุ่งหมายของคณะกรรมการฯ คือ “ขจัดสื่อร้าย ขยายสื่อดี สร้างภูมิคุ้มกัน และพัฒนาปรับปรุงกฎหมายด้านสื่อให้มีความทันสมัย”

๑.๒ ร่วมกันดูแล ติดตาม และประเมินผลนโยบายการแจกคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตแก่นักเรียน เพื่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า และมีการดูแลป้องกันผลเสียต่อเด็กและเยาวชน

๒. ขอให้กระทรวงวัฒนธรรม ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ

๒.๑ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแกนประสานการดำเนินการ แบบสหสาขาระดับชาติ เพื่อรวบรวมข้อมูลวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ ระเบียบปฏิบัติ กฎหมาย และการ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๒

ดำเนินการของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ “เด็กไทยกับไอที” อันจะนำไปสู่ทิศทางการดำเนินการและการติดตามผลอย่างบูรณาการ การเผยแพร่ความรู้และทำความเข้าใจร่วมกัน ให้เสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๕๖

๒.๒ ร่วมกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) และผู้ประกอบการด้านไอที พัฒนากระบวนการทางเทคโนโลยี และดำเนินการใช้ในการควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตและการเล่นเกมของเด็ก โดยขอให้ กสทช. สนับสนุนงบประมาณจากกองทุน กสทช.

๒.๓ มอบหมายสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด ดำเนินการร่วมกับคณะอนุกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ประกอบการด้านไอที สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และโรงเรียน พัฒนาและควบคุมการดำเนินการร้านเกม/อินเทอร์เน็ต ให้เป็นสถานที่ปลอดภัย สร้างสรรค์ และเป็นมิตรกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างครอบคลุมทั่วถึง

๒.๔ ร่วมกับหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้ประกอบการด้านไอที สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีเวทีรับฟังความคิดเห็นประจำปี เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามากำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน

๒.๕ ร่วมกับสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการจัดตั้งสภาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กสทช. ประสานงานกับ อปท. สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบการด้านไอที และภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ จัดทำ เผยแพร่ และสนับสนุนแนวทางและคำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง ครู และชุมชน เกี่ยวกับการใช้สื่อไอที เล่นเกม และอินเทอร์เน็ต ที่เหมาะสมกับเด็กและเยาวชน รวมถึงข้อเสียและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการป้องกันและการวินิจัยเด็กที่อาจมีปัญหาจากการใช้ไอทีและเด็กติดเกม

๓.๒ พัฒนารูปแบบวิธีการและกระบวนการบำบัดเด็กติดเกม/อินเทอร์เน็ต ตามบริบทของสังคมไทย โดยคำนึงถึงมิติด้านสมาธิและจิตใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในรูปแบบสหวิชาชีพ

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการประสานงานกับ กสทช. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย (โดย อปท.) สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายผู้ปกครองในสถานศึกษา ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน เครือข่ายครอบครัวในชุมชน เครือข่ายเด็กและเยาวชน สภาเด็กและเยาวชน เครือข่ายองค์กรด้านคนพิการ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ประกอบการด้านไอที ร่วมกำหนดมาตรการและดำเนินการพัฒนาศักยภาพโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน ในการเฝ้าระวัง ดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสนับสนุน และแก้ปัญหา โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้การใช้ไอทีอย่างสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน

๕. ขอให้กระทรวงมหาดไทย (โดย อปท.) ร่วมกับกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสส. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด โรงเรียน วัดและศาสนสถานอื่น และชุมชน จัดหาพื้นที่และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชนทั้งภายในอาคารและกลางแจ้ง เพื่อให้เด็กและเยาวชนใช้เวลาว่างอย่างเป็นประโยชน์ ได้ทำความดีและมีความภูมิใจในตนเอง มีการพัฒนาการใช้ไอทีในทางที่เหมาะสม สร้างสรรค์ และใช้คอมพิวเตอร์ทำงานนอกเวลาอย่างปลอดภัย

๖. ขอให้คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติและคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด ดำเนินการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการปกป้องคุ้มครองเด็กจากภัยอันตรายจากไอที โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัวในพื้นที่

๗. ขอให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นกลไกหลักในการกำหนดมาตรการ และดำเนินการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย ในการควบคุมกำกับดูแลธุรกิจเกมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต รวมทั้งติดตามและประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แก่เด็กและเยาวชน

๘. ขอให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันการศึกษา ฯลฯ สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กและเยาวชนจากนโยบายสาธารณะด้านไอที โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๙. ขอให้ กสทช. มีบทบาทสนับสนุนและประสานหน่วยงานต่าง ๆ ให้เกิดการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน ในด้านของสื่อกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์ สื่อไอที และสื่อประเภทอื่น ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน

๑๐. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๐.๑ ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุน กสทช. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานที่ทำให้เด็ก เยาวชน และผู้ปกครอง ได้รับประโยชน์และปลอดภัยจากการใช้ไอที รวมทั้งกิจกรรมสร้างสรรค์ทดแทนอย่างต่อเนื่องทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมดำเนินการในระดับพื้นที่แบบบูรณาการ

๑๐.๒ ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการใช้สื่อไอทีอย่างปลอดภัยและสร้างสรรค์ในเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้ครอบคลุมทุกระดับ

๑๑. ขอให้สำนักนายกรัฐมนตรีและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลประจำปี และประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเรื่องเด็กไทยกับไอที ให้ประชาชนรับทราบอย่างกว้างขวางในทุกระดับ

๑๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที

นิยาม

“เทคโนโลยีสารสนเทศ” หรือ ไอที (information technology, IT) หมายถึง เทคโนโลยีในการนำคอมพิวเตอร์มาใช้จัดการกับข้อมูล ข่าวสาร หรือที่เรียกว่าสารสนเทศ ไอที ในเอกสารนี้ ครอบคลุมถึงคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต โทรศัพท์มือถือ สมาร์ทโฟน เครื่องเล่นเกมอิเล็กทรอนิกส์ อาจรวมถึงอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่จะมีขึ้นในอนาคต

ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. ไอทีมีความสำคัญมากในสังคมปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่สำคัญมากยิ่งขึ้น สามารถเข้าถึงได้ง่ายตลอด ๒๔ ชั่วโมง อีกทั้งได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของเด็ก ผ่านการเรียนการสอนในโรงเรียน การเป็นเครื่องมือสื่อสารกับผู้คน และกิจกรรมการเล่นเพื่อความเพลิดเพลิน เช่น เกมคอมพิวเตอร์ เกมออนไลน์ การสื่อสารออนไลน์ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต* โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล หรือแบบพกพา (ทั้งโน้ตบุ๊กและ แท็บเล็ต) หรือ แม้กระทั่งโทรศัพท์มือถือ. เด็กจำนวนมากใช้เวลากับสื่อไอทีหลายชั่วโมงต่อวัน ซึ่งนานกว่ากิจกรรมการเล่นอื่น ๆ การเรียนหนังสือ หรือแม้แต่การนอน ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก และยังมีผลเสียอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเป็นการเสพติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต หากได้รับหรือใช้สื่อไอทีที่เป็นอันตรายต่อเด็ก

๒. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า จากประชากรไทยที่มีอายุ ๖ ปี ขึ้นไป จำนวน ๖๒.๔ ล้านคน กลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี ใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด (ร้อยละ ๗๑.๙) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี (ร้อยละ ๕๘.๘) การใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๑๕ -๒๔ ปี (ร้อยละ ๕๑.๙) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี (ร้อยละ ๓๘.๓)

๓. เด็กไทยใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์ (เกม) มาก ๑) ศิริโชค หงษ์สงวนศรี และคณะ ได้ศึกษาการเล่นเกมนักเรียนมัธยมศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๖ พบว่าร้อยละ ๘๕ เคยเล่นเกม ร้อยละ ๒๔ เล่นเกมมากกว่า ๔ วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ ๑๑ เล่นเกมทุกวัน. ส่วนใหญ่ใช้เวลาเล่นเกมประมาณ ๓ ชั่วโมงต่อครั้ง ๒) ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์๓ ทำการสำรวจการใช้เวลาเล่นเกมออนไลน์ต่อสัปดาห์ของเยาวชนที่มีอายุ ๑๐ ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ พบว่าร้อยละ ๓๘ ใช้เวลา ๓-๔ วัน ร้อยละ ๒๖ ใช้เวลา ๕-๖ วัน ร้อยละ ๑๘ เล่นเกมทุกวัน เด็กที่เล่นเกมร้อยละ ๕๔ ใช้เวลาเล่นเกมต่อครั้งนานที่สุด ๑ - ๓ ชั่วโมง, ร้อยละ ๓๑ นาน ๔-๖ ชั่วโมง, ร้อยละ ๖ นาน ๗-๑๐ ชั่วโมง, และร้อยละ ๓ มากกว่า ๑๐ ชั่วโมง

๔. ดังนั้น ธุรกิจด้านเกมออนไลน์ในประเทศไทยที่มีกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเป็นเป้าหมายหลัก จึงเติบโตอย่างรวดเร็วมาก ในปัจจุบันเด็กสามารถเล่นเกมชนิดเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายได้ทั้งจากคอมพิวเตอร์โทรศัพท์มือถือ และเครื่องเล่นเกมอิเล็กทรอนิกส์ มูลค่าตลาดเกมออนไลน์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี ๒๕๔๗-๒๕๕๑

เฉลี่ยร้อยละ ๑๙ ต่อปี และมีมูลค่าตลาดประมาณ ๓,๗๐๐ ล้านบาทในพ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีมูลค่าเพิ่มถึง ๒,๑๖๐ ล้านบาทใน ๕ ปี รายงานบริษัททีโอที พ.ศ. ๒๕๕๓^๕ แสดงว่าทะเบียนผู้เล่นเกมออนไลน์เพิ่มจาก ๑,๖๕๑,๒๑๑ เลขหมาย เป็น ๔,๕๐๒,๕๑๖ เลขหมาย ปัจจัยส่งเสริม คือ ๑) ระบบสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เร็วขึ้น และครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น และระบบไร้สาย เช่น Wi-Fi/3G ทำให้เด็กสามารถใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา ๒) ลักษณะเกมที่เข้าถึงตามกลุ่มอายุ เพศ และทำให้ผู้เล่นอยากเล่นต่อเนื่อง ๓) การออกแบบเพื่อให้ผู้เล่นมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนเล่นร่วมกันผ่านระบบเครือข่ายได้เป็นจำนวนมาก และ ๔) การบริการสะดวก ได้แก่ ร้านเกมที่คล้ายอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ กระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในเมืองใหญ่ และในหมู่บ้านในชนบท การหาซื้อการ์ดเติมเงินได้ง่าย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย

๕. ภาวะเสพติดเกม และเสพติดอินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชนไทย เป็นปัญหาที่อยู่ในขั้นวิกฤติ ทวีความรุนแรงมาโดยตลอด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีก. ปัจจุบันประมาณว่า ร้อยละ ๑๐-๑๕ ของเด็กนักเรียนเสพติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต^๖ มีแนวโน้มว่าในปี ๒๕๕๖ นี้ สมาคมจิตแพทย์อเมริกันจะกำหนดภาวะติดเกมและอินเทอร์เน็ตให้เป็นความเจ็บป่วยด้วย “โรคเสพติดเกม” และ “โรคเสพติดอินเทอร์เน็ต”^๗ กำหนดการวินิจฉัยผู้เสพติดไว้ ๔ ลักษณะ คือ ๑) ผู้ที่ใช้เวลาหลายชั่วโมงต่อครั้ง ในการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต จนทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ๒) ผู้ที่ต้องเพิ่มการใช้ขึ้นเรื่อย ๆ เช่น เพิ่มเวลา เพิ่มความซับซ้อนของเกม เพิ่มความสามารถของเครื่อง ๓) ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเล่นได้ หากเล่นไม่ได้หรือถูกห้ามจะรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายหรือมีอาการทางกายจากความเครียด หรือโกรธ มีพฤติกรรมทำร้ายผู้ขัดขวางการเล่น และ ๔) ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อตนเองหลายด้านจากการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต เช่น ผลเสียต่อสุขภาพ การแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม หรือ การมีปัญหาวงจรกรรม เช่น โกหก ขโมย ก้าวร้าว หนีเรียน หนีออกจากบ้าน เป็นต้น

๖. ผลเสียจากการเสพติดเกมและเสพติดอินเทอร์เน็ตมีมากมาย ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อต่อ เส้นเอ็น ส่งผลให้เกิดอาการปวดข้อ ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ โรคนิ้วติด และอาจทำให้สายตาพร่ามัวและปวดศีรษะได้ การขาดการออกกำลังกาย ขาดโอกาสการเรียนรู้กิจกรรมอื่น เปื่อหน่ายการเรียนมีบุคลิกภาพแยกตัว และอาจนำไปสู่การล่อลวงทำให้ถูกทำร้ายทางร่างกาย หรือทางเพศ รวมถึงมีรายงานการตายจากการเล่นเกมติดต่อกันหลายชั่วโมง^๘

๗. ในพ.ศ. ๒๕๕๕ นี้ รัฐบาลได้มีนโยบายการจัดการเครื่องคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตให้แก่โรงเรียน โดยนำร่องแจกแท็บเล็ตแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ คน การเพิ่มเครื่องมือให้เด็กใช้งานระบบไอทีตั้งแต่อายุน้อย อาจจะมีผลดีต่อการเรียนรู้บางด้าน แต่ก็มีความเสี่ยงอย่างมากต่อผลลบดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ให้ความสำคัญในการจัดการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กเหล่านี้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ จากการสำรวจพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่ยินดีให้เด็กไปอยู่ที่ร้านเกม มักเป็นผู้มีภารกิจที่ต้องทำงานไม่สามารถหาเวลาดูแลเด็กที่มีอายุมากกว่า ๔-๕ ปีได้ จึงมักนำไปไว้ในร้านเกม เพราะคิดว่าปลอดภัยกว่าปล่อยให้เด็กไปวิ่งเล่นข้างนอก

๘. เนื่องจากคนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงภัยที่ซ่อนเร้นอยู่ในการเล่นและการใช้อินเทอร์เน็ตดังนั้น การป้องกันและการรักษาเด็กติดเกม จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการจัดการและเผยแพร่ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้แก่ผู้ปกครอง และประชาชนที่มีหน้าที่ดูแลเด็ก เช่น ครู พี่เลี้ยงในสถานดูแลเด็กปฐมวัย

สถานการณ์และแนวโน้มในต่างประเทศ

๙. ประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมกุมารแพทย์อเมริกัน^๙ ได้รวบรวมข้อมูลของอเมริกันอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยจำนวนมาก และออกนโยบายการปฏิบัติ

๙.๑ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เด็กอเมริกันใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ยถึง ๗ ชั่วโมง ต่อวัน มากกว่า กิจกรรมอื่น ๆ ที่เด็กทำ ซึ่งการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์นานสัมพันธ์ของกับปัญหาการเรียน สมาธิสั้น การกินอาหาร และการนอนไม่พอ และโรคอ้วน เนื้อหาในสื่อที่บ่งบอกความรุนแรง การร่วมเพศ และการใช้ยาเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ก่อปัญหาทางพฤติกรรม การวิจัยกว่า ๒,๐๐๐ เรื่องพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กมีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อที่มีเนื้อหาความรุนแรง^{๑๐,๑๑} และเนื้อหาที่ส่งเสริมการแสดงออกทางเพศที่ไม่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย^{๑๒,๑๓}

๙.๒ แนะนำผู้ปกครองว่า ๑) เด็กอายุน้อยกว่า ๒ ปีไม่ควรเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์เลย ๒) เด็กอายุมากกว่า ๒ ปีควรใช้เวลากับสื่อผ่านหน้าจอทุกชนิด ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง/วัน ๓) ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีเขตปลอดหน้าจอ โดยเฉพาะบริเวณห้องนอน และบริเวณโต๊ะอาหาร ๔) ผู้ปกครองควรคัดกรองเลือกสื่อที่มีเนื้อหาเหมาะสม และควรส่งเสริมกิจกรรมอื่น เช่น การเล่นกลางแจ้ง การใช้สื่อกระดาษ เช่น หนังสือนิทาน นิยาย การเล่นรูปแบบอื่น ๆ ที่สร้างจินตนาการให้กับเด็ก

๑๐. สาธารณรัฐประชาชนจีนเป็นฐานผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่ใหญ่ที่สุดในโลก ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมีกว่า ๔๕๗ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เครือข่ายของรัฐและเครือข่ายสื่อต่าง ๆ ได้เสนอวิธีการลดการติดเกม คือ การทำให้เกมหยุดหรือผู้เล่นไม่สามารถทำคะแนนต่อได้เมื่อใช้งานมาถึง ๓ ชั่วโมง แต่ถูกค่านจากผู้พัฒนาเกม ผู้จำหน่าย และผู้ใช้ รัฐต้องให้ความสนใจกับประชาชน จนถึงปี ๒๕๕๐ จึงได้ใช้ โดยบังคับเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี

๑๑. เกาหลีใต้ มีผู้เล่นเกมประมาณ ๒๐ ล้านคน ร้อยละ ๓๐ มีอายุต่ำกว่า ๑๙ ปี ในพ.ศ. ๒๕๔๙ ร้อยละ ๒ ของกลุ่มอายุ ๖-๑๙ ปี หรือประมาณ ๒๑๐,๐๐๐ คน ต้องรับการรักษาภาวะเสพติดเกม^{๑๔} ในจำนวนนี้ร้อยละ ๘๐ ต้องรับยาทางจิตเวช และร้อยละ ๒๐-๒๔ ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้มีการฝึกผู้ให้คำแนะนำในการรักษาจำนวน ๑,๐๔๓ คน เข้าทำงานในโรงพยาบาลกว่า ๑๙๐ แห่ง^{๑๕} และกำหนดมาตรการป้องกันขึ้นในโรงเรียน^{๑๖} เช่น การเพิ่มทักษะการควบคุมตนเอง การเพิ่มทักษะและเวลาการสื่อสารระหว่างผู้ปกครอง/ครูกับเด็ก ส่งเสริมกิจกรรมทดแทน เช่น กีฬา และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กเข้าถึงเกมได้ยาก

๑๒. บราซิล และ เยอรมัน ห้ามเด็กอายุน้อยกว่า ๑๘ ปีเล่นเกมที่บ่งบอกความรุนแรง แสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศ โดยห้ามจัดจำหน่าย ห้ามมีไว้บริการออนไลน์

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

๑๓. ได้มีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) และกฎ ระเบียบต่างๆ มากมาย ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น “เด็กไทยกับไอที” ซึ่งออกและกำกับโดยหน่วยงานที่กระจายอยู่หลากหลายกระทรวง ดังนี้ ๑) พ.ร.บ.ภาพยนตร์และวีดิทัศน์* พ.ศ. ๒๕๕๑ (เช่น กฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๒) ๒) พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ (เช่น กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและมาตรการในการควบคุมสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕) ๓) พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ ๔) พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ๕) พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ พ.ศ. ๒๕๓๗ ๖) พ.ร.บ. การพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ ๗) พ.ร.บ. การส่งออกไปนอกและการนำเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. ๒๕๒๒ ๘) พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. ๒๔๖๙

บทบาทของผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ และการดำเนินการในประเทศไทย

๑๔. ในประเทศไทย การแก้ไขปัญหา ได้เกิดขึ้นในหลายภาคส่วน ประมาณ ๘ ปี นี้ ได้แก่

๑๔.๑ คณะรัฐมนตรี ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์” เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรมเป็นรองประธาน และ กระทรวงวัฒนธรรม เป็นฝ่ายเลขานุการ เพื่อบริหารการความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเพื่อ “ขจัดสื่อร้าย ขยายสื่อดี การพัฒนาปรับปรุงกฎหมายด้านสื่อให้มีความทันสมัย ตลอดจนการจัดตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์ขึ้น” ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ๑) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ใน ๑๓ จังหวัด นำร่อง ๒) การจัดทำแผนสืบสวนปราบปรามสื่อไม่เหมาะสม ๓) การตั้งศูนย์ปฏิบัติการสื่อปลอดภัยและ สร้างสรรค์แห่งชาติ โดยจัดให้มีเว็บไซต์ ระบบบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนของสายด่วนวัฒนธรรม ๔) การ ผลักดันร่างพระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ... . ๕) การผลักดันให้มีการแก้ไข ปรับปรุงกฎหมายสื่อ ๒ ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ.จัดแจ้งการพิมพ์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ พ.ร.บ.ภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ หลักเกณฑ์ข้อหนึ่งที่ถูกนำเสนอคณะกรรมการชุดนี้เพื่อพิจารณา คือ การจัดระดับความเหมาะสม ของสื่อสิ่งพิมพ์ โดยกำหนดให้สื่อระดับ ๒ (๑๖+) หมายถึงสื่อที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ ๑๖ ปีขึ้นไป ซึ่งต้อง ไม่ปรากฏลักษณะภาพที่ดูสมจริงและเกินจริง และต้องไม่มีการแสดงออกทางความรุนแรงในด้านการใช้กำลัง และการแสดงออกทางเพศ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ ได้ปรับให้มีคณะอนุกรรมการ ๓ ชุดคือ คณะอนุกรรมการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ คณะอนุกรรมการจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์ คณะอนุกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์จังหวัด๑๖

๑๔.๒ กระทรวงวัฒนธรรม ซึ่งทำหน้าที่จัดทำมาตรฐานการตรวจพิจารณาสถานประกอบกิจการ วิดิทัศน์ และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตรวจสถานประกอบกิจการดังกล่าว ได้จัดส่งเสริม “โครงการร้านเกมสีขาว” มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ประกอบกิจการร้านเกมได้มีส่วนร่วมในการรับ ผิดชอบต่อสังคม โดยการพัฒนาร้านเกมให้เป็นแหล่งเรียนรู้ตามอัธยาศัย ปลอดภัย สร้างสรรค์สำหรับเด็ก และ เยาวชน

๑๔.๓ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้ง “ศูนย์ป้องกันและแก้ปัญหาเด็กติดเกม” ที่ สถาบัน สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เมื่อพฤศจิกายน ๒๕๔๗ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ๑) การให้การบำบัด และการป้องกันปัญหาเด็กติดเกมแก่เด็กและครอบครัว และ ๒)การพัฒนาวิชาการ เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะและ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ได้จัดทำ “คู่มือโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนและครอบครัวยุคไซเบอร์” และ การจัดหลักสูตรการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการดำเนินการ

๑๔.๔ กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันการศึกษา มีส่วนเกี่ยวข้องดังนี้

(๑) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมมือระหว่างกระทรวง วัฒนธรรม จัดทำเว็บไซต์ www.HealthyGamer.net เชื่อมโยงกับเว็บไซต์ของกระทรวงวัฒนธรรม เพื่อเป็น กลไกเพื่อองค์ความรู้และการสร้างภูมิคุ้มกันแก่เครือข่ายเพื่อแก้ปัญหาเด็กติดเกม

(๒) กระทรวงศึกษาธิการ ได้แจกคอมพิวเตอร์ในรูปของแท็บเล็ตให้นักเรียนชั้น ประถม ปีที่ ๑ (ป.๑) ทั่วประเทศในปี นี้ ตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งเป็นที่หวังใจจากหลากหลายสังคม ทั้งนักวิชาการ พ่อแม่/ผู้ปกครอง ครู และนักวิชาการด้านการศึกษา และกุมารแพทย์ ถึงผลกระทบด้านลบต่อเด็กที่ยังไม่ได้ ป้องกัน รวมทั้งผลต่อพัฒนาการที่เหมาะสมของเด็กในวัยนี้.

(๓) คณะผู้วิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ (มศว.)^{๑๗} ได้ศึกษาโครงการนำร่อง “การประยุกต์และบูรณาการคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตเพื่อการเรียนการสอนในระดับประถม ศึกษาตามแนวนโยบายของรัฐบาล ระยะที่ ๑” โดยใช้งบประมาณ จากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กชั้น ป.๑ และ ป.๔ ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๔ (ม.ค.-มี.ค.๒๕๕๕) ในโรงเรียน ๕ แห่งใน กทม. ลำปาง พังงา ขอนแก่น และที่โรงเรียนสาธิต มศว. ประสานมิตร โดยใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัยในชั้นเรียน ๖-๗ สัปดาห์ พบว่าน่าจะไม่มีคัมพูน อาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จริยธรรมและความรับผิดชอบ รวมทั้งเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่อำนวย ผู้สอนไม่พร้อมและไม่เพียงพอ เสนอให้รัฐบาลทบทวนนโยบาย ควรเริ่มที่ ป.๔ และไม่จำเป็นต้องแจกทุกคน คณะผู้ทำงานได้ให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายแก่รัฐบาล ๕ ข้อ คือ ๑) ควรมีการจัดทำแผนแม่บทในการแจกแท็บเล็ต โดยให้มีผลถึงผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ๒) ต้องมีการพัฒนาเนื้อหาให้เกิดผลดีกว่าการเรียนในหนังสือ ๓) จัดหาบุคลากรช่วยครูทางเทคนิค ๔) ควรแจกแท็บเล็ตแก่เด็ก ป.๔ ก่อน ป.๑ และ ๕) ไม่จำเป็นต้องแจกแท็บเล็ตให้นักเรียนทุกคน

๑๔.๕ ชุมชนจัดการตนเองในการดูแลแก้ไขปัญหาเด็กติดเกม ได้เกิดขึ้นในหลายท้องที่

๑๔.๖ การบริการรักษาเด็กติดเกมและการรับปรึกษาปัญหาจากผู้ปกครอง กระจายอยู่ในหลาย ๆ ส่วน ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวัฒนธรรม ฯลฯ

๑๔.๗ เครือข่ายภาคประชาสังคมและธุรกิจ ดำเนินการในประเด็นนี้อยู่มากมาย เช่น ศูนย์เฝ้าระวังภัยเทคโนโลยี (มูลนิธิกระจกเงา) สมาคมเด็กติดเกมในเฟซบุ๊ก ศูนย์ประสานงานเครือข่ายครอบครัว (มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว) เครือข่ายผู้ปกครองนักเรียนของโรงเรียนต่าง ๆ สมาคมเด็ก ศูนย์ประสานงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กและเยาวชนภาค.. สมาคมผู้ประกอบการร้านอินเทอร์เน็ตไทย ชมรมผู้ประกอบการร้านเกมและอินเทอร์เน็ตของจังหวัดต่าง ๆ ฯลฯ

๑๔.๘ ภาครัฐและเอกชนจัดทำและให้บริการซอฟต์แวร์คัดกรองเว็บไซต์หรือเกมที่ไม่เหมาะสม ควบคุมเวลาการใช้คอมพิวเตอร์ออนไลน์ และ บันทึกข้อมูลให้สามารถตรวจสอบการใช้งานได้ เช่น โปรแกรมใสใจ โปรแกรม ICT Housekeeper

๑๔.๙ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยภาคีเครือข่ายแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเยาวชน ดำเนินงานด้านสื่อสร้างสรรค์เพื่อเด็กและเยาวชน โดยมียุทธศาสตร์หลักคือการพัฒนาคุณภาพและช่องทางสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก การสนับสนุนและผลักดันกลไกนโยบายด้านสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก การจัดตั้งเครือข่ายสื่อเพื่อเด็กและกลไกในภูมิภาค และการพัฒนาทักษะชีวิตและการเท่าทันสื่อของเด็กเยาวชนและครอบครัว ซึ่งรวมถึงสื่อสำหรับเด็กกับไอที เช่น ๑) โครงการเด็กไทยรู้เท่าทันสื่อ ICT โดยมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ๒) โครงการ IDEA – IDOL เท่าทันสื่อ ซึ่งขับเคลื่อนความคิดหลัก “จับตาดู รู้เท่าทัน สื่อ โดยผ่านกิจกรรมดังนี้ ๓) โครงการพัฒนากลไกสื่อสารสาธารณะเพื่อการรู้เท่าทันสื่อสำหรับเด็กและเยาวชนภาคอีสาน ๔) โครงการ YOUTH IDEA ACTION FOR CHANGE “เท่าทันสื่อ” และ ๕) โครงการภูมิคุ้มกัน...สร้างสรรค์สื่อ

ปัญหาและทางออกของการจัดการปัญหา

๑๕ ปัญหาในประเด็น “เด็กไทยกับไอที” ที่ได้กล่าวถึง ยังรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

๑๕.๑ สาเหตุจากปัจจัยร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งเด็ก ครอบครัว โรงเรียน สังคม สิ่งแวดล้อม การดำเนินการของรัฐ และการขาดฐานข้อมูล/องค์ความรู้ที่เพียงพอและเหมาะสมกับประเทศไทย จำเป็นต้องดำเนินการแบบสหสาขาในระดับชาติ ในการรวบรวมข้อมูลวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ ระเบียบปฏิบัติ กฎหมาย

และการดำเนินการของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้เสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๕๖ อันจะนำไปสู่ทิศทางการดำเนินการและการติดตามผลอย่างบูรณาการ ดำเนินการเผยแพร่ให้มีความรู้ ความเข้าใจร่วมกันทั้งฝ่ายรัฐ เอกชน ครอบครัว โรงเรียน เด็กและเยาวชน และต้องมีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการและต่อเนื่อง

๑๕.๒ ในการแก้ไขปัญหา พลังสำคัญควรอยู่ที่ชุมชนและท้องถิ่น โดยการสนับสนุนจากภาควิชาการ ภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบการฯ และเป็นไปอย่างบูรณาการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจร่วมกันทั้งฝ่ายรัฐและประชาชนให้รับบทบาทหน้าที่ของตน

๑๕.๓ การจัดการในการป้องกัน แก้ไขปัญหาเด็กติดเกม ยังไม่มีความครอบคลุมเพียงพอ และรูปแบบการบริการและวิธีการยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ได้มีการเสนอการควบคุมและกำหนดระยะเวลาในการเล่นเกมนในร้านเกมของเด็ก เข้าในกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๒ แต่ยังไม่สามารถทำได้สำเร็จ เพราะยังขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมและกำกับธุรกิจเกมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตยังมีปัญหามากในทางปฏิบัติ

๑๕.๔ พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการร้านเกมคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ตคาเฟ่ เก็บบันทึกรายละเอียดของผู้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, อายุ, เลขบัตรประจำตัวประชาชน, เวลาที่ใช้, ชื่อโปรแกรมหรือเว็บไซต์ที่ใช้ แต่ยังไม่ได้ดำเนินการบังคับใช้อย่างจริงจัง เพราะขาดเทคโนโลยี งบประมาณ รวมถึงแรงจูงใจสนับสนุน ขณะนี้กระทรวงวัฒนธรรมและภาคเอกชน รับที่จะเร่งพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลดังกล่าว

๑๖. การใช้คอมพิวเตอร์ในเด็กชั้นประถมศึกษาตามนโยบายของรัฐบาล ควรส่งเสริมการรับความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเตรียมความพร้อมของโครงการ ทั้งในส่วนของตัวเด็กเอง สถาบันการศึกษา ครู และผู้ปกครอง ต้องมีการให้คำแนะนำดูแลการใช้แท็บเล็ตเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และป้องกันผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

๑๗. เด็กและเยาวชนเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาโดยตรง ต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันได้ รับความรู้เรื่องเท่าทันสื่อ การป้องกันตนเองจากภัยไอที การพัฒนาแกนนำเพื่อขยายผลในการดูแลน้อง ๆ หรือเด็กและเยาวชนในชุมชน สังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเรียกร้องเกม อินเทอร์เน็ต และร้านเกมที่ดีสำหรับพวกเขา การเฝ้าระวังและการแจ้งปัญหา และการได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ให้สามารถสร้างสื่อ เช่น เกมหรือเนื้อหาบนโลกไอทีที่เป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของเด็กเอง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕ / ร่างมติ ๒

เอกสารอ้างอิง

๑. Mark. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารในครัวเรือน ประจำปี ๒๕๕๔
๒. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี พนม เกตุมาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล Game Addiction: The Crisis and Solution ๒๕๕๖
๓. ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์ <http://bangkokpoll.bu.ac.th/oldpoll210/poll126.html>
๔. รายงานอุตสาหกรรมดิจิทัลคอนเทนต์ไทยประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยสำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์แห่งชาติ
๕. รายงานบริษัททีโอที พ.ศ. ๒๕๕๓ สืบค้นจาก http://www.tot.co.th/upload/file_linkitem/an2553.pdf หน้า ๐๐๘ - ๐๐๙.
๖. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สุวรรณา เรื่องกัญจนเศรษฐ์. Game addiction. ใน: ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล, สามารถ ภคกษมา, นงนุช สิริชัยนันท์, ปานีญา เพียรวิจิตร, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า 5. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; ๒๕๕๑ หน้า ๓๓๓ - ๓๔๔.
๗. Block JJ. Issues for DSM-V: Internet Addiction. Am J Psychiatry. 2008;165:3;306-7
๘. Choi YH: Advancement of IT and seriousness of youth internet addiction, in 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission,2007, p 20
๙. American Academy of Pediatrics Policy Statement-- Media Education Pediatrics. originally published online Sep 27, 2010; Council on Communications and Media DOI: 10.1542/peds.2010-1636
๑๐. Murray JP. Media violence: the effects are both real and strong. Am Behav Sci. 2008;51:1212-1230
๑๑. Christakis DA, Zimmerman FJ. Violent television viewing during preschool is associated with antisocial behavior during school age. Pediatrics. 2007;120:993-999
๑๒. Chandra A, Martino SC, Collins RL, et al. Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth. Pediatrics. 2008; 122:1047-1054
๑๓. Collins RL, Elliott MN, Berry SH, et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. Pediatrics. 2004;114(3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/3/e280
๑๔. Ahn DH: Korean policy on treatment and rehabilitation for adolescents' Internet addiction, in 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission, 2007, p 49

๑๕. Ju YA: School-based programs for Internet addiction prevention and intervention, in 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission, 2007, p 243
๑๖. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๕ วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕ ณ ตึกบัญชาการ ทำเนียบรัฐบาล
๑๗. การศึกษาโครงการนำร่อง “การประยุกต์และบูรณาการคอมพิวเตอร์แท็บเล็ต เพื่อการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษาตามแนวนโยบายของรัฐบาล ระยะที่ ๑”. ๒๕๕๕ สืบค้นจาก <http://itel.swu.ac.th/about-project/2011-12-08-07-37-47>

เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ^๑ เรื่อง “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ”

ยืนยัน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่องการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ

รับทราบ ผลการดำเนินงานตามมติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานในบางข้อมติ

ชื่นชม รัฐบาลที่มีนโยบายให้ลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการของกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) อย่างเป็นรูปธรรม เริ่มด้วยการประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน” เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕

ห่วงใย ในผลกระทบโดยตรงจากการยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการร้องขอให้ถือปฏิบัติตามมติข้อ ๑ ของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ ในเรื่องการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการนี้ถูกยกเลิกไป ทำให้ขาดกลไกที่รับผิดชอบนำข้อมติไปปฏิบัติ

มีความกังวล ว่ายังมีหลายข้อมติที่ยังไม่ได้ดำเนินการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ และยังมิได้เร่งรัดการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงโดยเร็วที่สุด

จึงมีมติเพื่อเร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ดังต่อไปนี้

๑. ขอให้ทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เร่งดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

๑.๑ สร้างความเป็นธรรมของสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเรื่องบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งครอบคลุมบริการ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และระบบการเงินการคลัง ทั้งนี้ควรมีกลไกที่จะทบทวนและปรับปรุงสิทธิประโยชน์ บริการ และการคลังอย่างต่อเนื่อง โดยให้ภาคประชาชนและผู้แทนองค์กรด้านคนพิการมีส่วนร่วม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑๐

๑.๒ เร่งรัดตรวจสอบและปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ เพื่อจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการขององค์กรด้านคนพิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้รวมถึงการจัดทำมาตรฐาน ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๑.๓ ในขั้นต้นระหว่างการทำงานตามข้อ ๑.๒ ขอให้ สปสช. สนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สมาคมชมรมคนพิการ ให้ดำเนินการร่วมจัดบริการในรูปแบบรายโครงการ (project based) ต่อไปก่อน ทั้งนี้โดยให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ

๒. ขอให้ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เร่งประกาศใช้ “แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒” เพื่อส่งเสริมการพัฒนาบริการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข รายการบริการฯ ตาม ม. ๒๐ (๑) ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเร็วที่สุด

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพคนพิการประสานและสนับสนุนการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่สาม เรื่อง “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ” และการดำเนินการตามมตินี้ แล้วเสนอความคืบหน้า รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ติดตามกระบวนการของการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในช่วงที่ผ่านมา

หวังใย ต่อกลไกและกระบวนการในการจัดสมัชชาสุขภาพที่จะมีผลต่อการสร้างสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากทุกภาคส่วน แต่การดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มไปสู่การยึดถือระเบียบ กฎเกณฑ์ ขาดความยืดหยุ่นและสร้างสรรค์

กังวล ที่ได้เห็นแนวโน้มการดำเนินการในทิศทางที่จะทำให้คุณค่า จิตวิญญาณ และสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์เปลี่ยนไป ขาดการสร้างพลัง สร้างศรัทธาร่วม สนับสนุนให้มีการระดมความเห็นจากทุกภาคส่วน และมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ยึดหลักการและแนวคิดในเรื่องสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ และหลักการของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างและสนับสนุนขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มีการพัฒนาระบบการสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดทำเอกสารหลักและเอกสารร่างมติ ที่สำคัญที่สุดคือการจัดการอย่างเป็นระบบ พร้อมรับนวัตกรรม และเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้สมัชชาสุขภาพมีชีวิต มีการพัฒนา และเป็นรูปแบบสำคัญอันหนึ่งในระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการอย่างเข้มแข็งในการสื่อสารทำความเข้าใจกับคณะกรรมการทั้งหมดและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและนามติในข้อ ๑ ไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งให้รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปี จนเป็นบรรทัดฐานและวัฒนธรรมในการจัดสมัชชาสุขภาพ หรือจนกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะมีมติเป็นอย่างอื่น

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการให้มีการพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้มีระบบและแนวทางการปรับปรุงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับรองไปแล้ว เพื่อให้การปฏิบัติตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นไปได้อย่างดียิ่งขึ้น

รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

๑. อนุสนธิ มาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ซึ่งภายหลังจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาแล้วจำนวน ๔ ครั้ง ซึ่งมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีฉันทามติไปแล้วรวม ๔๐ มติ

๒. สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกครั้ง ซึ่งในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการรายงานผลรวม ๑๓ มติ จำแนกเป็น

(๑) จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ จำนวน ๒ มติ ได้แก่

ก. สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ข. สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร

ทางการแพทย์

(๒) จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๒ มติ ได้แก่

ก. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

ข. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

ค. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

ง. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๔ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

จ. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๕ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพ

ฉ. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

ช. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๘ การแก้ปัญหายาเสพติดกับการตั้งครุฑที่ไม่พร้อม

(๓) จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวน ๓ มติ ได้แก่

ก. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๓ การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

ข. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ยา อาหารและผลิตภัณฑ์

สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

ค. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๖ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคน

ทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

๓. ในการสนับสนุนให้มีการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน และมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการ ซึ่ง คสมส. ได้แต่งตั้ง “คณะทำงานจัดทำแผนการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เป็นกลไกในการติดตามผลและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๑๓ มติ ซึ่งได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากองค์กร หน่วยงานที่เป็นเจ้าของประเด็นนโยบาย รวมทั้งจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันจัดทำรายงานฉบับนี้จนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย มีรายละเอียดปรากฏตามเอกสารภาคผนวก (เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก๑๐/ผนวก๑ ซึ่งสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์ www.samatcha.org) และมีบทสรุปในแต่ละมติ ดังนี้

๔. สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

มีการประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ในราชกิจจานุเบกษาตั้งแต่วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒

คสช. ได้แต่งตั้งกลไกขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ไปสู่การปฏิบัติ จำนวน ๒ กลไก คือ (๑) คณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ (๒) คณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการผลักดันธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติเป็นกรอบในการดำเนินงาน ที่มีเป้าหมาย ๓ ประการคือ ๑) การได้รับการยอมรับและผูกพันเป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานจากหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ๒) เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่มีทิศทางสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ ๓) มุ่งองค์ความรู้ที่พอเพียงเพื่อการขับเคลื่อนและ/หรือทบทวนปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย ๑) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ ๒) สร้างกระบวนการขับเคลื่อนสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติด้วยหลักการตลาดเชิงสังคม ๓) การสื่อสารทางสังคม ๔) การจัดการความรู้ และ ๕) ติดตามและประเมินผล และสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน

จากการติดตามผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในช่วงที่ผ่านมา พบว่ามีการดำเนินการที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่สำคัญ ดังนี้

๑) การขับเคลื่อนระดับนโยบาย : มีการทำงานร่วมกับ สคช. เพื่อบรรจุสาระในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรจุสาระในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ การใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ เป็นประโยชน์ในการกำหนดกรอบและแนวทางในการจัดทำแผนบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลชุดปัจจุบัน การทำงานร่วมกับภาควิทยาศาสตร์ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สปสช. สสส. เป็นต้น ซึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี ๒๕๕๕ -๒๕๕๙) ของ สปสช. ได้นำธรรมนูญฯ ไปเป็นกรอบร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์มีสาระตามทิศทางของธรรมนูญหมวด ๓,๖,๑๒ และปรับวิสัยทัศน์เป็น “ทุกคน (บุคคล) ที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า” ซึ่งเป็นไปตามหมวด ๓ ของธรรมนูญฯ ส่วนแผนยุทธศาสตร์ สวรส.

(๒๕๕๔-๒๕๕๙) “การจัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน” ได้ใช้ธรรมนูญฯเป็นฐานอ้างอิงและแนวทางประกอบในการจัดทำร่างแผน

๒) การขับเคลื่อนเชิงประเด็น : มีการเชื่อมโยงสาระตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งที่ผ่านมา มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สอดคล้องกับสาระในหมวดที่ ๓ จำนวน ๕ มติ หมวดที่ ๔ จำนวน ๖ มติ หมวดที่ ๕ จำนวน ๑๓ มติ หมวดที่ ๖ จำนวน ๕ มติ หมวดที่ ๗ จำนวน ๑ มติ หมวดที่ ๘ จำนวน ๖ มติ หมวดที่ ๙ จำนวน ๑ มติ หมวดที่ ๑๑ จำนวน ๒ มติ หมวดที่ ๑๒ จำนวน ๑ มติ

๓) การขับเคลื่อนระดับพื้นที่ : ในปัจจุบันมีพื้นที่นำแนวคิดการจัดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระดัดพื้นที่ มี ๓๐ พื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ ๑๒ ฉบับ ภาคใต้ ๕ ฉบับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓ ฉบับ และภาคตะวันออก ๑๐ ฉบับ

๕. สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

กรม. มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมตินี้เมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒ และให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อไป ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมีความก้าวหน้าที่สำคัญคือการผลักดันการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ซึ่ง กรม. เคยมีมติเห็นชอบมาตั้งแต่วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๕๒ แต่มีความเห็นที่แตกต่างกันอย่างมากจึงทำให้มีการชะลอการดำเนินการในเรื่องนี้ โดยเมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓ สช.ทำหนังสือถึงประธาน คสช. ประธานสภาผู้แทนราษฎร ประธานวุฒิสภา และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอให้พิจารณาสนับสนุนให้มีการดำเนินการในชั้นตอนนิติบัญญัติให้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.ออกมามีผลใช้บังคับโดยเร็ว ปัจจุบัน ร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่รอการพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรมี ๓ ฉบับ ได้แก่ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ.และ ร่าง พ.ร.บ.ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการคุ้มครองผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสาธารณสุข พ.ศ.

อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับปรับปรุงวิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ มีสาระสำคัญคือ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่ไม่ใช่เป็นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว และ กำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และ อัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น (๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท (๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท (๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ตั้งแต่ ๓๗ สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างการดูแลของหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้เท่ากับอัตราที่กำหนดใน (๑) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่น

ด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น และกรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตาม (๑) (๒) และ(๓)ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข ที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม โดยข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับกับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

๖. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ ครม. ได้ให้ความเห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ และยังเห็นชอบต่อแนวทางการห้ามนำเข้าแร่ใยหินโครโซไทล์ และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินโครโซไทล์เฉพาะกรณี และห้ามผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินโครโซไทล์ที่ใช้วัตถุอื่นหรือใช้ผลิตภัณฑ์อื่นทดแทนได้ พร้อมมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ

กระทรวงอุตสาหกรรมโดยกรมโรงงานอุตสาหกรรม (กรอ.) ได้จัดทำร่างแผนแม่บทในการยกเลิกการนำเข้าการผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีใยหินเป็นส่วนประกอบแล้ว สำหรับ ๕ ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ กระเบื้องแผ่นเรียบ กระเบื้องยางปูพื้น ผ้าเบรกและคลัทช์ ท่อซีเมนต์ใยหิน และกระเบื้องมุงหลังคา โดยจะมีการหารือกันระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงอุตสาหกรรมก่อนที่จะนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ ในร่างแผนแม่บทฯ นั้น มีข้อเสนอให้ยกเลิกการนำเข้าและผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีใยหินเป็นส่วนประกอบในระยะเวลาที่แตกต่างกันเนื่องจากผู้ประกอบการแต่ละประเภทผลิตภัณฑ์ต้องใช้เวลาที่ต่างกันในการเตรียมตัวและปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีเพื่อเลิกใช้ใยหิน ขึ้นอยู่กับประเภทผลิตภัณฑ์ โดยขณะนี้ มีข้อเสนอให้ยกเลิกเร็วสุดอยู่ที่ ๑ ปีครึ่ง และผลิตภัณฑ์ทั้ง ๕ ประเภท ต้องไม่มีใยหินภายใน ๕ ปี

ปัจจุบันในการกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) สำหรับสินค้าที่ใช้สารทดแทนแร่ใยหินและได้ มอก. แล้ว ใน ๒ กลุ่มผลิตภัณฑ์ ได้แก่ กระเบื้องและท่อ ส่วนผ้าเบรกผ้าคลัทช์ไร้อิใยหินขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการเรื่อง มอก. แต่สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีใยหินเป็นส่วนประกอบนั้น หากจะยกเลิก มอก. ที่มีอยู่จะต้องรอข้อสรุปที่ชัดเจนจากมติคณะรัฐมนตรีก่อน

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการศึกษาผลกระทบของการใช้แร่ใยหินต่อสุขภาพคนทำงานในอุตสาหกรรมผลิตกระเบื้อง เบรค คลัทช์ ท่อน้ำ และกระเบื้องยาง มาตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ แม้ต่อมาจะมีได้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคทุกปี แต่มีการศึกษาอย่างยาวนานต่อเนื่องมาตลอดจนปี ๒๕๕๑ ก็ยังพบว่าคนงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมดังกล่าวข้างต้นมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับอันตรายจากฝุ่นใยหิน

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค ได้ประสานกับสำนักควบคุมและตรวจสอบอาคาร ของกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้เป็นแกนในการสื่อสารกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมด้านการรื้อถอน ซ่อมแซมต่อเติมอาคารที่มีการใช้แร่ใยหินในวัสดุก่อสร้างเป็นที่เรียบร้อยแล้ว พร้อมกันนี้ ยังได้ช่วยเผยแพร่ข้อมูลในเอกสารเรื่องการรื้อถอนสิ่งก่อสร้างที่มีแร่ใยหินอย่างปลอดภัย ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งตัวแทนจำหน่ายและร้านค้าต่างๆ แล้ว

สช. และคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ได้ทำหนังสือไปยังกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ เพื่อแจ้งให้ทราบถึงข้อสังเกตแล้วว่า มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๕ เรื่องการให้จัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจฯ เพื่อตรวจสอบผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้แร่ใยหินโครโซไทล์ และจัดทำข้อเสนอแนะการใช้แร่ใยหินและผลิตภัณฑ์

อย่างปลอดภัยข้างต้นไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ได้ออกประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก เรื่อง ให้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก ไปแล้วรวม ๒ ฉบับ (ประกาศครอบคลุมสินค้าเฉพาะกระเบื้อง ท่อน้ำ เบรก และคลัทช์ เท่านั้น) ซึ่งปัจจุบัน สคบ. ทำหน้าที่เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และออกตรวจการดำเนินงานตามประกาศอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงการคลังได้ตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่า สินค้าที่เป็นวัตถุดิบที่ใช้ทดแทนแร่ใยหินมีหลายชนิด (เส้นใยแก้วทอ เส้นใยเซรามิก เส้นใยยิปซัม เส้นใยคาร์บอน เส้นใยที่มีสภาพเป็นพลาสติก โยขนสัตว์ ใยฝ้าย ดิน (เบโทไนท์) เซลลูโลส รวมถึงสารเคมี เช่น โพลีโพรพิลีน และโพลีเอทีลีน) มีอัตราการร้อยละ ๐-๕ ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ และยังมีวัตถุดิบบางรายการ เช่น เส้นใยที่ได้จากธรรมชาติสามารถผลิตได้ในประเทศ ดังนั้น อัตราภาษีขาเข้าจึงไม่น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้สินค้าที่ใช่วัตถุดิบอื่นเป็นส่วนประกอบแทนแร่ใยหินมีราคาสูงชัน การที่ต้นทุนสินค้าดังกล่าวมีราคาสูงชันน่าจะเนื่องมาจากปัจจัยอื่น คือ การวิจัยและพัฒนาตลอดจนการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีทางการผลิตใหม่เป็นหลัก

ปัญหาและอุปสรรค

๑) เนื่องจากร่างแผนแม่บทฯ ซึ่งกระทรวงอุตสาหกรรมกำลังพิจารณาอยู่ และจะเสนอเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรีต่อไป มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องและเป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีโอกาสได้เห็นร่าง แผนแม่บทฯ ดังกล่าว นอกจากนั้น ในการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์บางประเภทมีองค์ความรู้ที่เพียงพอว่าสามารถใช้วัตถุดิบอื่นหรือสารทดแทนแร่ใยหินโครโซไฟล์ได้แล้ว

๒) มีความพยายามขอลอนกิจการก่อสร้างออกจากการเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

๓) การให้ข้อมูลแก่ประชาชนได้ใช้มาตรการติดฉลากซึ่งมีการควบคุมและเฝ้าระวังโดย สคบ. ซึ่งได้กำหนดให้ติดฉลากเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่ทราบว่ามีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบเท่านั้น แต่ปัจจุบันพบว่ายังมีผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ในท้องตลาดอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบว่ามีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบอยู่หรือไม่

ข้อเสนอแนะ

๑) กระทรวงอุตสาหกรรมควรทำการสื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ ร่าง แผนแม่บทฯ ที่จะนำเสนอต่อ ครม. และให้เวลาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอในการให้ข้อเสนอแนะต่อ ร่าง แผนแม่บทฯ ก่อนเสนอเรื่องต่อ ครม. เพื่อพิจารณา รวมทั้งเร่งรัดการประกาศให้มีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์ที่มีข้อมูลองค์ความรู้ชัดเจนแล้วโดยเร็ว

๒) กรมอนามัยซึ่งดูแลพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ควรให้ข้อมูลต่อคณะกรรมการฯ ว่าไม่ควรขอลอนกิจการก่อสร้างออกจากการเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และควรเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดมาตรการหรือวิธีการและให้ข้อมูลกับท้องถิ่นเพื่อออกข้อบังคับ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรเข้าไปมีบทบาทดูแลท้องถิ่นในเรื่องนี้

๓) รัฐบาลควรให้การสนับสนุนในด้านการตรวจวิเคราะห์ ไม่ว่าจะ เป็นเครื่องมือตรวจ สารมาตรฐาน หรือ การได้รับการอบรมเรียนรู้จากต่างประเทศ รวมถึงการสร้างศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากรหรือ หน่วยงานที่สนใจให้สามารถตรวจวิเคราะห์แร่ใยหินได้

๔) ควรใช้มาตรการอื่นที่ไม่ใช่มาตรการทางภาษีร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม หากยังเห็นว่า มีวัตถุประสงค์ที่ใช้ทดแทน แร่ใยหินที่ยังมีอัตราอากรขาเข้าสูง ขอให้แจ้ง สศค. เพื่อพิจารณาปรับปรุงอัตราอากรต่อไป

๕) ควรมีการศึกษาในเรื่องภาษีสารอันตรายว่าจะหลังจากที่ได้มีการทำข้อตกลงทางการค้าและลดอัตรา ภาษีสารหนึ่ง ๆ ไปแล้ว จะสามารถกำหนดอัตราภาษีสารอันตรายขึ้นมาใหม่ได้หรือไม่อย่างไร ในกรณีที่พบภาย หลังว่าสารนั้น ๆ เป็นอันตราย

๖) ควรมีการศึกษาเพื่อนำไปสู่การใช้มาตรการด้านเศรษฐศาสตร์การคลังเป็นแรงจูงใจในการดำเนินการ เรื่องการกำจัดขยะอันตรายและขยะที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบเพื่อแก้ไขปัญหาด้านมลพิษและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประเด็นนี้ทางกระทรวงการคลังควรหารือร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและกระทรวง สาธารณสุข

๗. สมัชชาสุขภาพ ๒ มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

สช. ได้เสนอเรื่องต่อ คสช. และ ครม. ซึ่ง ครม. ได้มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๔ มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป

คสช. มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕ มี นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน และมีสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย ศูนย์สิริธรเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) เป็นองค์กรเลขานุการ โดยได้กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนของคณะกรรมการไว้ ๓ ประการ คือ (๑) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการ ดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายตามมติที่กำหนด รวมทั้งขับเคลื่อนให้มิติสมัชชาสุขภาพแห่ง ชาติที่เกี่ยวข้องประเด็นคนพิการในมิติอื่น ๆ ให้บรรลุด้วย (๒) จุดเน้นหลักในการขับเคลื่อนจะเน้นการพัฒนาระบบ การเข้าถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ และลดความเหลื่อมล้ำใน ๓ กองทุน โดยเฉพาะประเด็นบริการรายการ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้มีมาตรฐานเดียวกัน และ (๓) สนับสนุนการพัฒนาทั่วโลกในระดับท้องถิ่น เช่น สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติการในชุมชนเพื่อให้เกิดผลต่อคนพิการโดยตรง

สปสช. ได้ขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility Training, O&M training : O&M) สำหรับคนตาบอดระยะ ๖ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘) ซึ่งมีคนตาบอดและสายตาลีอนรางที่ได้ รับบริการ O&M ที่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ดีขึ้น จำนวน ๔,๒๑๒ คน และ จำนวน ๒,๒๖๗ คน ในปี ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๕ ตามลำดับ นอกจากนั้นได้มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับ จังหวัด ซึ่งในปี ๒๕๕๕ มี อบจ. เข้าร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนทั้งสิ้น ๒๕ จังหวัด โดยมีจังหวัดที่ร่วมสมทบงบประมาณแล้ว ๙ จังหวัด และอยู่ระหว่างการดำเนินการอีก ๑๖ จังหวัด นอกจากนั้นอยู่ระหว่างพัฒนารายการ อุปกรณ์เครื่องช่วยที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของแต่ละช่วงชีวิตของคนพิการแต่ละประเภท เพื่อเป็นการจัด ระบบการให้บริการ ตลอดจนระบบการกำกับติดตามการใช้ประโยชน์ของอุปกรณ์เครื่องช่วยนั้น ๆ โดยให้มีการ

กำหนดแนวทางการรับอุปกรณ์แต่ละประเภท คุณสมบัติและมาตรฐานของอุปกรณ์เครื่องช่วย ราคากลาง และกระบวนการจัดหาอุปกรณ์ รวมทั้งควรมีคณะกรรมการติดตามและตรวจสอบการจัดบริการดังกล่าวด้วย

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเน้นผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมี วิสัยทัศน์ คือ คนพิการดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้โดยมีตัวชี้วัดกำกับไว้และที่สำคัญแต่ละตัวชี้วัดจะมีหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกัน นอกจากนี้ยังจัดทำโครงการบูรณาการความร่วมมือเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ร่วมกับ อบจ. ส่งเสริมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับจังหวัด ใน ๑๑ จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี พะเยา ราชบุรี ภูเก็ต กระบี่ สุราษฎร์ธานี กำแพงเพชร นครพนม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น และนครสวรรค์

สถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) ร่วมกับ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย สนับสนุนให้มีการจัดตั้งมูลนิธิสถาบันวิจัยแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อทำหน้าที่ในการศึกษาวิจัยร่วมกับสถาบันอื่น รวมถึงศึกษา รวบรวมความรู้เกี่ยวกับคนพิการสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริม และสนับสนุนการศึกษา วิจัยและพัฒนางานอันเกี่ยวกับคนพิการทุกประเภท และสนับสนุนพัฒนาศักยภาพของสถาบันและ/หรือบุคคลด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีการสนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ และข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และเป็นศูนย์กลางในการประสานงานของหน่วยงาน องค์กร และ/หรือสถาบันต่าง ๆ ที่ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับคนพิการทุกประเภท

ปัญหาและอุปสรรค

๑) การที่ ครม. ได้มีมติให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ทำให้ไม่มีกลไกในการดำเนินงานลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายค่าบริการในการดูแลสุขภาพคนพิการของหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการที่ชัดเจน

๒) การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพคนพิการในระดับจังหวัดโดยผ่านคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด และใช้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับจังหวัดเป็นเครื่องมือในการบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาตินั้น ต้องมีกลไกสนับสนุนในพื้นที่ที่เช่น เครือข่าย/องค์กรทางวิชาการร่วมกับเครือข่าย/องค์กรคนพิการที่เข้มแข็ง โดยมีกระบวนการขับเคลื่อนให้เห็นเป็นรูปธรรม

๓) ยังไม่มีการสนับสนุนให้มีกลไกวิชาการและเครือข่ายองค์กรด้านคนพิการ ศีรษะเหตุความพิการและร่วมกันกำกับติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายและนโยบายของรัฐ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิคนพิการของหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การบริการและความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

ข้อเสนอแนะ

๑) เสนอให้คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของคนพิการจาก ๓ กองทุน โดยควรมีการพัฒนากลไกวิชาการในการสนับสนุนข้อมูลในการขับเคลื่อนลดเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ ๓ กองทุน

๒) ควรมีการถอดบทเรียนการทำงานร่วมกันเพื่อการบูรณาการประเด็นการพัฒนาสุขภาพคนพิการเข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดที่มีการดำเนินงานแล้วหรือเป็นตัวอย่างที่ดี เพื่อช่วยในการสนับสนุนให้พื้นที่อื่น ๆ เห็นทิศทางการทำงานในระดับพื้นที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

๓) ควรสนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่ในการติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายและนโยบายของรัฐ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิคนพิการของหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งอาจจะเชื่อมโยงเครือข่ายอื่นๆ ในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งอยู่แล้วก็ได้โดยเชื่อมโยงและสนับสนุนการทำงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรคนพิการ

๔) ควรมีการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนานักวิจัยที่เป็นระบบ เช่น IHPP HITAP เพื่อช่วยสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดนักวิจัยรุ่นใหม่ หรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับคนพิการที่สนใจเป็นนักวิจัย

๕) ควรมีการผลักดันให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยเบื้องต้นควรจะทำข้อมูลกำลังคนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการก่อน

๖) ควรมีการพัฒนาการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดในภาพรวมที่ชัดเจน ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับดังกล่าว ที่มีเป้าหมายให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข และสามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

๘. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

สช. ได้นำเสนอเรื่องต่อ คสช. เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ซึ่ง คสช. ได้ให้ความเห็นชอบและให้เสนอเรื่องต่อ ครม.ต่อไป ซึ่งต่อมา ครม. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ มีมติเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ที่ผ่านมากรมอนามัยและ อย. ได้มีดำเนินการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยใช้พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นเครื่องมือและสร้างการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะการให้ความรู้ในเวทีต่าง ๆ มีการสร้างกระแสและการเฝ้าระวังการตลาดจากภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งการรณรงค์ให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและผลักดันร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ..... โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีกรมอนามัยเป็นฝ่ายเลขานุการ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประสานงานทางวิชาการกับสำนักนโยบายระหว่างประเทศ ทำการศึกษาพิจารณาความเป็นไปได้ในการขยายสิทธิการลาคลอด และพิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการลาคลอดให้เป็น ๑๘๐ วัน รวมถึงการได้รับค่าจ้างระหว่างลา ในกรณีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัญหาอุปสรรค :

ยังมีการฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ อย่างต่อเนื่อง กระบวนการจัดทำกฎหมายจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมากและยังมีความเห็นไม่สอดคล้องกันระหว่างภาครัฐกับภาควิชาการในการออกกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ๆ อยู่

ข้อเสนอแนะ :

ทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ และเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ๆ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก

๙. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๔ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้นำเสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ ต่อ ครม. ในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ ซึ่ง ครม. มีมติเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ

คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และนโยบายสุขภาพมีมติให้สนับสนุนการศึกษาผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยได้ทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบการคาดการณ์แนวโน้มและผลที่จะเกิดกับ ๔ ประเทศ (ไทย สิงคโปร์ มาเลเซีย และฟิลิปปินส์) จากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ รวมถึงมีการศึกษาเรื่องการเตรียมพร้อมสำหรับการทำข้อตกลงของวิชาชีพด้านสุขภาพในวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ กรณีเปิดเสรีด้านการค้าและบริการในสาขาสุขภาพของอาเซียนแล้ว และอยู่ระหว่างการพัฒนากรอบการวิจัยสำหรับการศึกษาในประเด็นผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ จากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ และความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางการคลังเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและส่งเสริมให้ภาคเอกชนที่ดำเนินการนโยบายนี้คืนกำไรให้กับสังคม

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ได้ร่วมกับ สช. และหน่วยงานภาคสุขภาพ ตั้งเป็นคณะทำงานเฉพาะกิจร่วมกันและพัฒนา ร่าง เอกสารข้อเสนอกรอบการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมด้านสุขภาพขึ้นมา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาประกอบการให้การสนับสนุนด้านการลงทุน บนหลักการสำคัญ ๔ ประการ ได้แก่ (๑) การส่งเสริมการลงทุนต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของสถานะทางสุขภาพโดยรวมของคนในประเทศเป็นสำคัญ (๒) การส่งเสริมการลงทุนต้องเป็นไปเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ หรือ เพิ่มประสิทธิภาพ และเพิ่มความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ รวมถึงสร้างความยั่งยืนและเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม (๓) การส่งเสริมการลงทุนต้องไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ กฎหมาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ (๔) ต้องมีระบบติดตามและประเมินสถานการณ์ผลกระทบของนโยบายส่งเสริมการลงทุนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๒-๒๕๖๑) แล้ว โดยได้กำหนดกลยุทธ์เน้นต่อยอดการศึกษาในเรื่องการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของไทยที่สอดคล้องกับภาวะเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการ

นำมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของไทยเรื่องการไหลเข้าออกของบุคลากรสุขภาพจากการเข้าสู่ ASEAN Community (AC) ด้วย ซึ่งอนุกรรมการชุดนี้ได้จัดประชุมหารือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งได้ประสานกับกระทรวงแรงงานเรื่องข้อมูลกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อนำมาศึกษาและเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ ASEAN Communityที่กำลังจะมาถึงแล้ว

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยเฉพาะกำลังคนในภาคเอกชนทำได้ยากมาก
- ๒) ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการกำกับดูแลโดยหลายหน่วยงาน และยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และนอกจากนี้ ยังไม่มีระบบติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะกรณีย้ายออกไปทำงานในต่างประเทศ
- ๓) ยังขาดการสื่อสารและเผยแพร่ให้สาธารณะ เข้าใจแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗) และความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ตลอดจนการสื่อสารรับฟังความเห็นในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

- ๑) ควรมีการประสานสร้างความไว้วางใจกันระหว่างทุกฝ่าย
- ๒) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการนำมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ ไปสู่การปฏิบัติ เร่งประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบกำกับดูแลการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างประเทศ
- ๓) สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ ควรมีช่องทางสื่อสารการดำเนินงานการสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม รับฟังความเห็นรอบด้าน และยึดหลักการตามบทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลระบบสุขภาพเพื่อคนไทยในภาพรวม

๑๐. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๕ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาวะ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

สข. ได้นำเสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ต่อ คสช. เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ และเสนอต่อ ครม. ซึ่ง ครม. ได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๕ เห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป ร่วมกับสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ได้จัดสมัชชาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป มีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ประกอบกันเป็น ๔ ส่วนหลัก คือ (๑) ข้อเสนอด้านกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ รวมถึงการตรากฎหมายใหม่ (๒) ข้อเสนอด้านการถ่ายโอนภารกิจ (๓) ข้อเสนอด้านการเงินการคลังท้องถิ่น และ (๔) ข้อเสนอด้านการจัดความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับท้องถิ่น

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แจ้งแก่ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด โดยให้ความเห็นว่าการเนิน การตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นเรื่องที่เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่โดยมีองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการสนับสนุนให้เกิดกลไกความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในระดับท้องถิ่น จึงแจ้งองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่และสถานะทางการคลังขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โดยดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

สปร. ให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูประดับจังหวัด จำนวน ๖๔ จังหวัด และ สนับสนุนเฉพาะการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๒ จำนวน ๗ จังหวัด

จากการการขับเคลื่อนส่วนใหญ่ในภาพรวมสะท้อนให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางชุมชนและ สังคมโดยภาพรวมคาดหวังไว้อันจะนำไปสู่ความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำลงได้ในอนาคต ใน ๓ ลักษณะ คือ (๑) การปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างทางการบริหารผ่านการยกร่างกฎหมาย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต กรุงเทพฯ มหานคร และปัตตานี เป็นต้น (๒) การสร้างเป้าหมายร่วมของคนในพื้นที่ระดับจังหวัด ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญที่มี การจัดทำธรรมนูญคนอำนาจเจริญ และ การสร้างเป้าหมายร่วมของคนในพื้นที่ระดับตำบล ชุมชน ได้แก่ การจัด ทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล การจัดทำแผนแม่บทชุมชน เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค

๑) ในระดับจังหวัดยังมีการดำเนินงานนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาตินี้อยู่ในวงจำกัด

๒) ยังไม่เห็นองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นองค์กรหลักในการสนับสนุนงบประมาณและประสานการ ดำเนินงานร่วมกับสภาองค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ จังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด ใช้เงื่อนไขตามรัฐธรรมนูญ มาตราดำเนินการออกแบบและผลักดันให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการตนเองตามรูปแบบที่เหมาะสม

๓) ปัจจุบันยังไม่มีการพัฒนากลไกการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดที่เป็นไปตามมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาตินี้จึงยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาให้ติดตาม หากแต่มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดที่ เกิดจากกลไกคณะกรรมการจังหวัดบูรณาการ ซึ่งต้องจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามที่สำนักงานพัฒนาระบบราชการ (กพร.) กำหนด ซึ่งแม้ว่าแผนดังกล่าวจะไม่ได้มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมตามเจตนารมณ์ของสมัชชาสุขภาพแห่ง ชาติก็ตาม แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ เพราะถือเป็นปัจจัยสำคัญประการ หนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

๑) ให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดผลักดันให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และกำหนด เรื่องพื้นที่จัดการตนเองเป็นประเด็นหลักและเป็นประเด็นร่วมกับปัญหาอื่นๆ ในพื้นที่

๒) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย กำหนดมาตรการความร่วมมือในการผลักดันให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งเป็นองค์กรหลักในการสนับสนุน งบประมาณ และประสานการดำเนินงานร่วมกับ สภาองค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชนเครือข่ายภาคประชา สังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน จังหวัด ใช้เงื่อนไขตามรัฐธรรมนูญดำเนินการออกแบบ และผลักดันให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการตนเอง ตามรูปแบบที่เหมาะสม

๓) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สภาพัฒนาการเมือง และสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการที่เป็นกลไกการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ วาระนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพ ๑ โดยมีหน้าที่พัฒนากลไกการจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองได้ในทุกระดับ

๔) ขอให้ที่ประชุมสภาองค์กรชุมชนตำบลระดับชาติตั้งคณะกรรมการพัฒนาโลกและพัฒนาศักยภาพของสภาองค์กรชุมชนตำบลเพื่อให้สภาองค์กรชุมชนระดับตำบลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 วาระนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพ

๕) ให้ที่ประชุมสภาองค์กรชุมชนตำบลระดับจังหวัดเป็นแกนหลักในการประสานงานไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ

๑๑. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

ภายหลังจากได้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ แล้ว สข. ได้เสนอเรื่องต่อ คสช. เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔ แต่เนื่องจากอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐมนตรี จึงทำให้ ครม. ได้นำเรื่องนี้มาพิจารณาและมีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕ โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไปอีกทั้งยังมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องที่ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ความสำคัญในการปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศที่มีการลักลอบนำเข้ามาในประเทศอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่ยี่ห้อต่าง ๆ ที่จำหน่ายอยู่โดยทั่วไป และส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกรณีการสำแดงราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้รัฐได้รับความเสียหายด้วย

นอกจากนั้น ในวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ ครม. ยังได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ซึ่งสาระของแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้มีความครอบคลุมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในการขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ตั้งแต่วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ เป็นกลไกขับเคลื่อนมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย ๓๕ องค์กร เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่าง ๆ ตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย รณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การควบคุมยาสูบ มีการออกระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๕ เพื่อกำหนดมาตรการในการติดต่อกับประสานงานกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปด้วยความโปร่งใส รวมทั้งได้ยกร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. เพื่อปรับปรุงมาตรการควบคุมมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากยาสูบให้ทันสมัย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับ สช. สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมาชิกจังหวัด ๑๕ จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดลำพูน พัทลุง นครพนม มหาสารคาม อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุรินทร์ กาฬสินธุ์ สกลุ ศรีสะเกษ ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา ระนอง ตรัง และชุมพร

กรม. ได้เห็นชอบให้มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ ๘๗ และการจัดเก็บตามปริมาณ ๑ บาทต่อมวนเป็นครั้งแรก ทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ยี่ห้อและต่างประเทศปรับขึ้นของละ ๗ - ๙ บาท อีกทั้งได้มีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนีย, พันธุ์เบอร์เลย์ และพันธุ์เตอร์กิช จากเดิมมีอัตราตามมูลค่าร้อยละ ๐.๑ ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๑๐ แต่ยังคงเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่และพบว่าเมื่อปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษียาเส้นของมากถึงประมาณ ๙ เท่า

กระทรวงศึกษาธิการได้ออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติในสถานศึกษา อาทิ การห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรม หรือรับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบ ซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบการธุรกิจยาสูบภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (CSR) การบรรจุเรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบในหลักสูตรการเรียนการสอน การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษา และห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค :

ในการขับเคลื่อนงานมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกับเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้อง ได้รับการกีดกันจากภาคธุรกิจที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการควบคุมยาสูบในหลายช่องทาง ระเบียบของกรมควบคุมโรค มีผลบังคับใช้เฉพาะข้าราชการในสังกัดกรมควบคุมโรคเท่านั้น ไม่ครอบคลุมข้าราชการของสังกัดหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ:

ควรมีการบูรณาการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักในการเชื่อมประสานกับภาคส่วนต่าง ๆ มีการวางระบบการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม เรียกร้องให้ทุกฝ่ายร่วมกันปฏิบัติตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อย่างเคร่งครัด ขยายขอบเขตวิธีปฏิบัติตามระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้กว้างขวางครอบคลุมหน่วยงานรัฐอื่น ๆ ด้วย อปท. ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิต วัตถุประสงค์ในพื้นที่ และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง และกระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงานแบบมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงกับงานควบคุมปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยให้เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

๑๒. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

ภายหลังจากที่ประชุม กรม.รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติแล้วนั้น กรมอนามัยในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติร่วมดำเนินการกับอนุกรรมการฯ ทั้ง ๗ คณะซึ่งเป็นผู้แทนจากทุกภาคส่วน จัดทำแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การ

พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งนำไปสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับจังหวัด แผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการทุกจังหวัดที่ครอบคลุมทั้ง ๗๖ จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยมีศูนย์วิชาการ ในสังกัดติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินงานไปทั้งหมดประมาณ ๕๐ จังหวัด ในปี ๒๕๕๕

กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับองค์กรแพท (PATH) และกรมควบคุมโรค พัฒนาหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน เพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล รวมถึงการดูแลสุขภาพทางเพศและความเข้าใจเรื่องเพศให้สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม ซึ่งสามารถจัดการเรียนการสอนได้ประมาณ ๑๖ คาบต่อปี ทั้งนี้มีรูปธรรมการดำเนินงานในพื้นที่เกิดขึ้น เช่น ที่ โรงเรียนหนองสรวง อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา นอกจากนี้ในปีงบประมาณ ๒๕๕๒-๒๕๕๕ ที่ผ่านมามีจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) ทั้งหมด ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานครจะเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และเพื่อเป็นการส่งเสริมและสร้างขวัญกำลังใจต่อการดำเนินการดังกล่าว จึงจัดให้มีการสำรวจและประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และการประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัล ผลงานเด่นระดับประเทศในการประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ นอกจากนี้กรมอนามัยยังเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับกรมควบคุมโรคและกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการกำหนดตัวชี้วัดระดับกระบวนการของการตรวจราชการแบบ บูรณาการด้วย

ในการสนับสนุนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับเด็กและเยาวชน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีหน่วยงานบางแห่งได้บรรลุไว้ในแผน ๓ ปี และมีผลการขับเคลื่อนงานได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น อบต.บางพลับ จ.สุพรรณบุรี และเทศบาลตำบลวังชัย จ.ขอนแก่น นอกจากนี้ในระดับพื้นที่ยังมีกรณีตัวอย่างที่เริ่มจากระดับตำบลและขยายการดำเนินงานไปสู่จังหวัด เช่น ตำบลหนองสมบูรณ์ อำเภอหนองม่วง จ.ลพบุรี ซึ่งจะได้มีการถอดบทเรียนเผยแพร่ต่อสาธารณะต่อไป

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) องค์กรแพท และสำนักบริหารสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการปรึกษาทางเลือกเพื่อช่วยเหลือหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศและประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยบูรณาการกับศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล นอกจากนี้แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศและศูนย์สื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศในสังคม รวมทั้งปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบในเรื่องเพศ ตลอดจนเคารพในบทบาทหญิงชาย

ในส่วนของ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ภายหลังจากที่ สช.ร่วมกับกรมอนามัยจัดสัมมนา เฉพาะประเด็นว่าด้วยการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมไปเมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๓ แล้ว กรมอนามัยได้พัฒนาร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวซึ่งในขณะนี้อยู่ในขั้นตอนของการพิจารณาที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

๑๓. สัมชชสุขภาพ ๔ มติ ๓ การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง
ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๕ มีมติให้เสนอ กรม. ซึ่ง กรม. ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ รับทราบมติสมัชชชสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

สช. ได้ร่วมกับ สปร. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนมติสมัชชชสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการประชุมเครือข่ายเป็นประจำทุกเดือน และได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการทำงานเรียบร้อยแล้ว

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในฐานะหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อยู่ระหว่างการทบทวนและปรับปรุงแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยนำสาระตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ไปเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนแผนดังกล่าว

สสส. ได้มีการสนับสนุนโครงการเพื่อการฟื้นฟูชุมชนที่ประสบอุทกภัย ผ่าน ๓ ชุดโครงการ ได้แก่ (๑) โครงการฟื้นฟูชุมชนหลังประสบอุทกภัยและเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ โดยสนับสนุนชุมชนในพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย หรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติธรรมชาติต่าง ๆ พัฒนาแผนการดำเนินงานหรือโครงการระดับท้องถิ่นเพื่อการจัดการและเตรียมพร้อม เมื่อเกิดภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนมีส่วนร่วม (๒) โครงการหนึ่งมหาวิทยาลัยหนึ่งพื้นที่ ฟื้นฟูชุมชนที่ประสบอุทกภัย สนับสนุนให้มหาวิทยาลัยใน ๒๖ จังหวัดที่ประสบอุทกภัยได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือฟื้นฟูชุมชนในพื้นที่ที่มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ให้ได้รับการฟื้นฟูเบื้องต้น และ (๓) โครงการเยาวชนคนรุ่นใหม่ฟื้นฟูสุขภาพชุมชนหลังประสบอุทกภัย โดยสนับสนุนเครือข่ายอาสาสมัคร ๒ ภาคีหลัก ได้แก่ มูลนิธิโกลบอลทีทอง และ สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยฯ ระดมอาสาสมัครคนรุ่นใหม่ นักเรียนนักศึกษา รวมถึงเชื่อมกับกลุ่มหรือองค์กรอาสาสมัครในพื้นที่ช่วยเหลือฟื้นฟูชุมชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย เป้าหมายอย่างน้อย ๕๐ พื้นที่

มีตัวอย่างการเตรียมการแก้ไขปัญหาอุทกภัยน้ำท่วมที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่น ดังนี้

(๑) เทศบาลนครหาดใหญ่เปิดศูนย์อำนวยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครหาดใหญ่ ประจำปี 2555 ขึ้น โดยมีการจัดกลไกเป็น ๔ ฝ่ายคือ ๑) ฝ่ายเตรียมการป้องกัน ทำหน้าที่ในการเตรียมการป้องกันและสื่อสารแจ้งภัยแก่ประชาชน และจัดเตรียมเสบียงอาหารแก่ผู้ประสบภัย ๒) ฝ่ายปฏิบัติการ ทำหน้าที่ในการดำเนินการเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยและทรัพย์สินของประชาชนไปยังพื้นที่ปลอดภัย ๓) ฝ่ายฟื้นฟูบูรณะ ทำหน้าที่ในการวางแผนดำเนินการทำความสะอาดเมือง ซ่อมแซมระบบสาธารณูปโภคสาธารณะของผู้ประสบภัย

(๒) เทศบาลตำบลอุโมงค์ ร่วมกับศูนย์พัฒนาครัวในชุมชนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดลำพูน ดำเนินโครงการครอบครัวอบอุ่นเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อุทกภัย เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยในตำบลอุโมงค์ ในการจัดการกับภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นในที่เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดอุทกภัย ข้อควรปฏิบัติในระหว่างการเกิดอุทกภัย และการฟื้นฟูหลังเกิดอุทกภัย

(๓) เทศบาลเมืองป่าตอง จ.ภูเก็ต ตั้งงบประมาณในการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนและประชาชนในพื้นที่เสี่ยง รวมทั้งมีการฝึกซ้อมใหญ่การอพยพหนีคลื่นยักษ์ทุก ๆ ปี

(๔) เทศบาลตำบลไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ฝึกปฏิบัติซ้อมแผนบรรเทาสาธารณภัย เตรียมรับมือภัยพิบัติในพื้นที่รับผิดชอบ หลายหน่วยงานร่วมบูรณาการถ่ายทอดองค์ความรู้ร่วมกัน เตรียมพร้อมเครือข่ายการทำงานด้านการบรรเทาสาธารณภัยในทุกรูปแบบ เช่น สาธิตและซ้อมแผนผจญเพลิง ตลอดจน ร่วมกับซ้อมแผนอพยพผู้ประสบอุทกภัย และการลำเลียงผู้บาดเจ็บข้ามแม่น้ำฝาง

(๕) เทศบาลตำบลปริก จัดตั้งศูนย์จัดการภัยพิบัติเทศบาลตำบลปริก

(๖) เทศบาลนครเชียงใหม่ วางแนวกันน้ำเตรียมรับมืออุทกภัยปี ๒๕๕๕ พร้อมติดตั้งระบบเตือนภัยและหอกระจายข่าวกว่า ๑๐ จุด ในเขตพื้นที่เสี่ยง

กสทช. ได้มีการออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การอนุญาตและการกำกับดูแลการใช้คลื่นความถี่กลาง สำหรับการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ และประชาชน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๔ โดย ให้กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มีหน้าที่ดูแลการใช้คลื่นความถี่กลางในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด และจัดตั้งข่ายสื่อสารหลัก โดยนำความถี่กลางไปใช้เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ และ

ประชาชน สามารถแจ้งผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านคลื่นความถี่กลาง นอกจากนั้น กสทช. ได้ออกประกาศกำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบการกิจการเสียงและกิจการโทรทัศน์ ในกรณีเกิดภัยพิบัติ หรือเหตุฉุกเฉิน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ มีผลให้ผู้ประกอบการทุกรายต้องจัดทำ “แผนขั้นตอนการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบการในกรณีเกิดภัยพิบัติหรือ เหตุฉุกเฉิน” ส่งให้ กสทช. เพื่อทราบภายใน ๓๐ วันหลัง ประกาศฯ มีผลบังคับใช้

ปัญหาและอุปสรรค

ยังไม่มี ความชัดเจนในการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่อง (๑) การจัดตั้งกองทุนระดับชาติที่มีคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มาจากหลายภาคส่วนเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกการบริหารจัดการภัยพิบัติ การบริหารระบบโลจิสติกส์ การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย การส่งเสริมการจัดทำแผนเตรียมความพร้อม ระดับชุมชน และส่งเสริมการบริหารจัดการภัยพิบัติด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะระดับชุมชนท้องถิ่น (๒) การจัดตั้งและพัฒนากองทุน และกลไกการประสานความร่วมมือจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ตำบล/ภูมินิเวศน์ และ (๓) การทบทวนโครงสร้างการจัดการภัยพิบัติ โดยให้มีศูนย์อำนวยการที่มีลักษณะเป็นหน่วยงานรัฐที่เป็นอิสระ ทำงานเป็นเอกภาพขึ้นตรงต่อ นายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานที่ประสานความร่วมมือระหว่างกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมอุตุนิยมวิทยา ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ เครือข่ายอาสาสมัครด้านภัยพิบัติภาควิชาการ กรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศูนย์อำนวยการระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล

ข้อเสนอแนะ

เร่งรัดการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องนี้ โดยเฉพาะใน ๓ เรื่องที่ยังไม่มี ความชัดเจน

๑๔. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพทาง วิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๕ มีมติให้เสนอ ครม. ซึ่ง ครม. ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ ได้แก่

(๑) จัดทำฐานข้อมูลโฆษณาที่ขออนุญาตสำหรับยา เครื่องมือแพทย์ ในรูปแบบ Electronic file พร้อมทั้ง จะสร้างระบบสืบค้น และได้มีการพัฒนา “โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโฆษณาที่ผิดกฎหมาย [Violation Ad 2012]” ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ : คาดว่าจะแล้วเสร็จทั้งระบบ กันยายน ๒๕๕๖ ใน พัฒนาเชื่อมเข้าสู่ระบบ Post marketing - E logistic ในอนาคต รวมทั้งข้อมูลโฆษณาและกลยุทธ์หรือรูปแบบการ โฆษณาที่ต้องเฝ้าระวัง

(๒) ปรับระบบสายด่วน 1556 เป็นระบบ digital เพิ่ม เครือข่าย ออย. น้อย ให้เป็น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ระดับพื้นที่

(๓) อยู่ระหว่างการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาการ อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่ออื่นๆ ด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกระดับ

(๔) อยู่ระหว่างแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับยา อาหาร เครื่องสำอาง โดยมีการปรับเพิ่มโทษ และกำหนดแนวทางการจัดการปัญหาโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายซ้ำซาก ให้สามารถเชื่อมโยงในการพักใช้ใบอนุญาตผลิต เพิกถอนทะเบียนตำรับ และเลขสารบบ

กสทช. ได้จัดทำหลักเกณฑ์หลักเกณฑ์การประกอบกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวม ๒๐ หลักเกณฑ์ ซึ่งในปัจจุบันหลักเกณฑ์ดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วในบางส่วน บางหลักเกณฑ์ที่อยู่ในระหว่างการจัดทำประชาพิจารณ์ และบางหลักเกณฑ์อยู่ในระหว่างการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

กสทช. ได้จัดทำ (ร่าง) ประกาศเพื่อกำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการฯ จัดสรรเวลาอย่างชัดเจน และเพียงพอในช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่หน่วยงานหรือองค์กรหรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค โดยได้แบ่งประเภทของใบอนุญาตประกอบกิจการฯ เป็นกิจการสาธารณะ ธุรกิจ ชุมชน ซึ่งเนื้อหาในส่วนของภาคธุรกิจ ระบุให้มีการบริการสาธารณะไว้ด้วย นอกจากนี้ยังได้สนับสนุนชุมชน/ภาคประชาชนให้ทำหน้าที่เฝ้าระวังการโฆษณา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายในระดับภูมิภาค

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งภายใต้ กสทช. ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุนวิจัยและพัฒนา กิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบายที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตามที่ระบุในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้

๑๕. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๖ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงาน ในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๕ มีมติเห็นชอบและให้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบต่อไป ซึ่ง ครม. ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

กระทรวงแรงงาน มีการดำเนินการเพื่อรองรับมาตรา ๓ วรรค ๒ โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ในส่วนภาครัฐ เมื่อวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐทราบรายละเอียดตามมาตรา ๓ วรรคสอง และสามารถนำไปปฏิบัติภายในหน่วยงานได้ และขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการนำเรื่องเสนอเข้าที่ประชุม ครม.เพื่อทราบ และมอบหมายให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทุกกระทรวง แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีแผนดำเนินการรองรับดังนี้ (๑) นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อมีมติรับทราบ และขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแต่ละกระทรวงแจ้งให้หน่วยงานราชการในสังกัดปฏิบัติโดยเคร่งครัด (๒) จัดประชุมชี้แจงและจัดทำคู่มือประกอบการดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานสำหรับหน่วยงานราชการ

สภาเครือข่ายและเครือข่ายแรงงานได้มีความพยายามในการดำเนินการเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย อาทิ การจัดเวทีกิจกรรมรณรงค์ การเข้าพบรัฐมนตรีเพื่อเสนอเรื่องการอบรมให้แก่แรงงาน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแรงงานในการร่วมกับกระทรวงแรงงานในการออกกฎหมายลูก การร่วมกับสำนักงานประกัน

สังคมดำเนินการเรื่องอาชีวอนามัยในพื้นที่อยุธยา ชลบุรี ระยอง รังสิต จ.ปทุมธานีและใกล้เคียง เพื่อเป็นการสร้างผู้นำเครือข่ายสุขภาพ

กรมควบคุมโรค ได้มีการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับ รพศ. รพท. และ รพช. มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่กลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และในปี ๒๕๕๖ จะดำเนินการทดลองนำร่องมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ดังกล่าวในพื้นที่ ๕ จังหวัด ได้แก่ ลำพูน อุตรธานี สุพรรณบุรี ระยอง และสงขลา ก่อนที่จะนำไปขยายผลในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรคร่วมกับ สปสช. ได้มีการพัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการในระดับจังหวัดอย่างมีส่วนร่วมในการสนับสนุนหน่วยบริการในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการในจังหวัด และการค้นหาสถานประกอบการหรือหน่วยราชการ “ต้นแบบ” ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ หน่วยบริการ ที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับกลุ่มสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ อาทิ หน่วยบริการภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือ ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และอาจเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการอาชีวอนามัย บริการตรวจสุขภาพประจำปี หรือบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่กลุ่มสิทธิประกันสังคม หรือกลุ่มสวัสดิการข้าราชการอยู่แล้ว หรือ มีความสนใจแต่ยังไม่เคยจัดบริการ

กรมควบคุมโรค ได้เริ่มการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพคลินิกอาชีวเวชศาสตร์สำหรับการบริการทุติยภูมิในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (คลินิกโรคจากการทำงาน) มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ซึ่งในปัจจุบัน มีการจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปแล้ว รวม ๗๒ แห่ง ใน ๖๖ จังหวัด กระจายตัวในทุกภูมิภาคของประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคลินิกโรคจากการทำงานที่ รพ.นพรัตน์ราชธานี และ รพ.ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบางแห่ง)

ปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินการเพื่อจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในฐานองค์กรมหาชนที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔ ยังไม่แล้วเสร็จ เนื่องจากยังหาความเห็นร่วมกันของทุกฝ่ายต่อบทบาทหน้าที่ และองค์ประกอบของคณะกรรมการสถาบันไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

กระทรวงแรงงานควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการออกแบบสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งอาจนำเอากระบวนการสมัชชาสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ไปใช้

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับทราบรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๑๒ เรื่องข้างต้น

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖

- มติ ๑ นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๔
- มติ ๒ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๒. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๖
- มติ ๓ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน
สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๓. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑
- มติ ๔ แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑
สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๔. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๒
- มติ ๕ ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๓
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๓ / ผนวก ๑
- มติ ๖ การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๕
- มติ ๗ การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว”
ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๗
- มติ ๘ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย
สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๘. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๒
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๓
สมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๔

นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน^๑

ตระหนัก ว่าการตรวจสุขภาพที่จำเป็นเป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

กังวลและห่วงใย ว่ามีการส่งเสริมการตรวจสุขภาพที่ไม่จำเป็นจนเกิดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ขณะเดียวกันประชาชนบางส่วนยังไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่จำเป็นเนื่องจากขาดความรู้ เข้าไม่ถึงบริการ และความแตกต่างของพื้นที่

ชื่นชม นโยบายระดับชาติในการสนับสนุนการตรวจสุขภาพ เช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกฎกระทรวงแรงงาน กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๗

ชื่นชม หน่วยงาน องค์กรที่ได้ทำการพัฒนาองค์ความรู้ด้านนี้ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับแพทยสภา สภาวิชาชีพ สถาบันวิชาการและหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน กำหนดนโยบายหรือแนวทางดังนี้

๑.๑ ส่งเสริมการตรวจสุขภาพที่จำเป็น เหมาะสม เป็นเหตุเป็นผล และมีคุณภาพ สอดคล้องกับความเสี่ยง โดยใช้กระบวนการในการดำเนินการที่ใช้หลักวิชาการ และการตัดสินใจร่วมกันของผู้รับบริการและให้บริการ

๑.๒ สนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม รวมถึงการติดตามและประเมินผลและส่งเสริมการนำไปใช้กำหนดนโยบาย

๑.๓ พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชนตามกลุ่มอายุ เพศ และความเสี่ยง และจัดให้มีสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว

๑.๔ ส่งเสริมการทำความเข้าใจร่วมกับภาคประชาชนในการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม รวมถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจสุขภาพที่เกินจำเป็นและไม่สมเหตุสมผล

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๔

๑.๕ พัฒนาหน่วยบริการให้สามารถตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมให้สอดคล้องกับพื้นที่ ประชากรกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรค/ผลกระทบต่อสุขภาพ สิทธิประโยชน์ สถานการณ์ปัญหา และส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการโดยง่าย

๒. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องส่งเสริมให้มีการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมโดยไม่ใช้เทคโนโลยีที่เกินจำเป็น อันนำไปสู่ความตระหนักและการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน

๒.๒ ร่วมรณรงค์ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

๓. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเจ้าภาพร่วมกับสำนักงานประกันสังคม และกระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลาง สนับสนุนให้มีการศึกษาทบทวน กำหนดและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งศึกษาถึงความเป็นธรรมและความเท่าเทียมของหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง ๓ ระบบ

๔. ขอให้ภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสุขภาพ (ทั้งหน่วยจัดบริการ หน่วยที่จัดสวัสดิการ และหน่วยประกันชีวิตและสุขภาพ) สนับสนุนการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม โดยถือประโยชน์และความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นหลัก และหลีกเลี่ยงการตรวจสอบสุขภาพที่ไม่สมเหตุผลตามหลักวิชาการ

๕. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลของรัฐ แพทยสภา สภา/สมาคมวิชาชีพ หน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารซึ่งอยู่ในรูปแบบที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ รณรงค์เพื่อให้ประชาชนรับทราบ และเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม

๖. ขอชื่นชมที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขรับที่จะศึกษาการจัดตั้งกลไกหรือหน่วยงานระดับชาติที่มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมในการตรวจสอบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง (๑) การกำหนดนโยบายและแนวทางที่จะได้มาซึ่งข้อกำหนดในการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม โดยใช้กระบวนการที่สามารถอธิบายเหตุผลได้อย่างชัดเจน (๒) การกำหนด ตรวจสอบ และควบคุมมาตรฐาน รวมทั้งการพัฒนาและรับรองระบบคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการ รวมถึงการติดตามการดำเนินงานในการตรวจสอบสุขภาพของทั้งภาครัฐและเอกชน และ (๓) การให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ประชาชน หรือข้อมูลในการกำหนดนโยบาย

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

นิยาม

๑. การตรวจสุขภาพ หมายถึง การตรวจสุขภาพของผู้ที่ยังไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจนั้น เพื่อค้นหาโรคและให้การบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงการหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ได้รับการตรวจ

๒. การตรวจสุขภาพในที่นี้ ไม่รวมถึง (๑) การตรวจสุขภาพผู้ที่มีอาการป่วยหรือภาวะความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง และ (๒) การตรวจสุขภาพผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็น

๓. การตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม หมายถึง การตรวจสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลตามหลักวิชา โดยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย ที่มุ่งเน้นการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการตรวจร่างกาย ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะทำเฉพาะรายการที่มีข้อมูล หลักฐานที่บ่งชี้แล้วว่า มีประโยชน์คุ้มค่าแก่การตรวจ เพื่อค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องแต่เนิ่น ๆ

๔. ประชาชน หมายถึง บุคคลทั่วไปที่ไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ต้องการตรวจหรือไม่เคยทราบว่าเป็นโรคที่ต้องการตรวจมาก่อน

ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๕. จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า ประชาชนบางส่วนไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือป่วยเป็นโรค โดยกว่าหนึ่งในสามของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน [๑] นอกจากนี้ยังพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐ สตรีอายุ ๑๕-๕๙ ปี เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ ๔๒.๕ ในขณะที่ก่อนปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เคยได้รับการตรวจเพียงร้อยละ ๑๘.๓ [๑] ทั้งที่มะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบในระยะแรกได้ด้วยวิธีง่าย ๆ (Pap smear) และสามารถให้การบำบัดรักษาได้ผลดี

๖. มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๕๓ พบผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยปีละประมาณ ๕,๐๐๐ คน หรือคิดเป็นผู้เสียชีวิตประมาณวันละ ๑๔ คน [๒] ในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ ๖,๐๐๐ คน มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยปีละประมาณ ๓๕๐,๐๐๐,๐๐๐ บาท [๓]

๗. อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามในการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๗๖ จังหวัด [๔] ขึ้น และจากการสำรวจสตรีอายุ ๓๕-๖๐ ปี ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ พบว่ามีสตรีที่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย ๑ ครั้ง ร้อยละ ๖๘ นั้นหมายถึงยังมีสตรีในกลุ่มอายุนี้อยู่ถึงร้อยละ ๓๒ ที่ไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเลย [๔]

๘. ตัวอย่างดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากประชาชนได้รับการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นจะช่วยค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งยังลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมได้

๙. ในขณะที่มีประชาชนบางกลุ่มไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสอบสุขภาพ และไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็น แต่กลับมีประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะในเขตเมืองและกลุ่มคนที่เข้าถึงบริการที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพเกินจำเป็นและไม่สมเหตุสมผล ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความเคยชินที่ปฏิบัติสืบต่อกันมายาวนาน ประกอบกับขาดหน่วยงานที่กำหนดการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็น ตรวจสอบ ควบคุมมาตรฐาน รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำให้ประชาชนรู้เท่าทันต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

๑๐. สำหรับประชาชนกลุ่มที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพที่เกินจำเป็นส่วนใหญ่มักเป็นการตรวจโรค โดยให้ความสำคัญกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งหลายรายการยังขาดข้อมูลสนับสนุนด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่เพียงพอ และอาจส่งผลเสียต่อผู้ถูกตรวจที่มีผลการตรวจเบื้องต้นว่าเป็นโรค โดยที่จริง ๆ แล้วไม่ได้เป็น ดังที่เรียกว่า “ผลบวกปลอม (false positive)”^๑ ทำให้สิ้นเปลืองและเสี่ยงต่อการที่ต้องรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือการรักษาโดยไม่จำเป็น รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลที่เกิดจากการตรวจที่ให้ผลบวกปลอม [๕, ๖] นอกจากนี้ หากตรวจพบว่าเป็นโรคแล้วต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพราะหากขาดการแนะนำแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ [๗]

๑๑. ส่วนผู้ที่ตรวจไม่พบว่าเป็นโรคก็อาจประมาท และไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคสุรา ยาสูบ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น [๕] ซึ่งผลดังกล่าวอาจเป็น “ผลลบจริง (ไม่ได้เป็นโรค)” หรือ “ผลลบปลอม (false negative)”^๒ (เป็นโรคแฝงอยู่แต่ตรวจไม่พบ) ก็ได้ อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นของเทคโนโลยีทางการแพทย์วินิจฉัย ทำให้เข้าใจว่า พฤติกรรมดังกล่าวไม่มีอันตราย และยังคงละเว้นที่จะควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยง

๑๒. ดังนั้น จึงควรมีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนถึงโอกาสของการเกิดผลบวกปลอมและผลลบปลอมด้วย

๑๓. จากการที่ประชาชน โดยเฉพาะในเขตเมืองและกลุ่มคนที่เข้าถึงบริการให้ความสนใจต่อการตรวจสอบสุขภาพ จึงทำให้มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ตรวจสุขภาพมากเกินไป ในลักษณะของการตรวจแบบครอบจักรวาล หรือตรวจแบบเหวี่ยงแห โดยใช้วิธีการทางการแพทย์ที่แพงเกินไป เพื่อแสวงหารายได้เชิงธุรกิจ ซึ่งพบได้ในราคาตั้งแต่หลักพันถึงหลักหมื่นบาท [๘, ๙] ทำให้ประชาชนเข้าใจว่า การตรวจสุขภาพคือการตรวจหาโรคและโอกาสที่จะเป็นโรค ด้วยการมุ่งเน้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ [๑๐] และมุ่งเน้นการบำบัดรักษาโดยแพทย์ และละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง

๑๔. รูปแบบการโฆษณาดังกล่าวนับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจของประชาชน ดังที่พบว่าภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมปฏิรูประบบสุขภาพส่วนใหญ่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าต้องการให้กำหนดเรื่องของการตรวจ

^๑ เช่น คนที่ไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก เมื่อไปตรวจหาสาร PSA (prostate-specific antigen) ในเลือด ซึ่งเป็นวิธีค้นหาหามะเร็งต่อมลูกหมากนั้น ถ้าให้ผลเป็นบวกอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ก็ได้ แต่เพื่อความแน่ใจ แพทย์จำเป็นต้องทำการตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจได้

^๒ เช่น การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจหาเลือดในอุจจาระ ซึ่งหากตรวจพบจะส่งต่อไปรับการวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องทางทวารหนัก อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่ตรวจไม่พบเลือดในอุจจาระ แต่ก็เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต่อมา

สุขภาพประจำปีเป็นสิทธิของประชาชนใน (ร่าง) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. [๑๑] และจากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในกรุงเทพและปริมณฑลเกี่ยวกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องการให้หน่วยงานจัดให้แก่ประชาชน พบว่า กิจกรรมอันดับ ๑ ที่ประชาชนต้องการให้จัด ได้แก่ การตรวจสุขภาพ [๑๒] ทั้งนี้ในส่วนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ พบว่าประชาชนให้ความสำคัญต่อเรื่อง “หลักเกณฑ์แนวทางการตรวจสุขภาพสำหรับประชาชน” มากที่สุด [๑๓]

๑๕. มีความเหลื่อมล้ำกันของการตรวจสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยทั้ง ๓ ระบบ ดังรายละเอียดดังนี้

๑๕.๑ ผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถรับบริการตรวจตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ถึง ๑๖ รายการ โดยมีการแบ่งตามอายุและตามเพศ และเบิกได้ตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่ชัดเจน [๑๔] ผู้มีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑,๙๑๗,๓๗๓ คน [๑๕] หากประมาณการค่าใช้จ่ายในกรณีที่มีสิทธิเข้ารับการตรวจสุขภาพทุกคนตามรายการตรวจที่กำหนด จะต้องใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๑,๖๗๒,๘๙๑,๒๙๐ บาท อย่างไรก็ตามชุดสิทธิประโยชน์ของการตรวจสุขภาพนี้ยังขาดข้อมูลสนับสนุนด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่มีการติดตามและประเมินผล ทำให้ไม่ทราบว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มาตรการดังกล่าวมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด และควรมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมอย่างไร

๑๕.๒ ผู้รับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการคุ้มครองสิทธิการดูแลสุขภาพ โดยมีการกำหนดรายละเอียดและรายการในการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ จัดงบประมาณเพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับประชาชนไทย ๖๕,๔๐๔ ล้านบาท เป็นเงิน ๑๕,๑๙๗ ล้านบาท [๑๖] ส่วนการตรวจสุขภาพก็มีการสนับสนุนให้สถานพยาบาลทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก ภาวะซึมเศร้า กลุ่มโรคทางเมตาบอลิก และการติดเชื้อเอชไอวี [๑๗, ๑๘, ๑๙]

๑๕.๓ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ที่ชัดเจน มีเพียงการกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงและจัดให้มีสมุดสุขภาพประจำตัวลูกจ้างเท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง และส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๗ [๒๐] จึงทำให้ผู้ประกันตนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเองหากต้องการตรวจสุขภาพตามที่ตนเองเห็นควร นอกจากนี้ยังพบว่า การตรวจสุขภาพตามสิทธิดังกล่าวที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันยังขาดคุณภาพในการตรวจกรองหาความผิดปกติที่แฝงอยู่ในร่างกาย

๑๖. ในปัจจุบันมีการเรียกร้องจากภาคประชาชนและภาคการเมืองให้แก่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ [๒๑] โดยให้เพิ่มเติมในส่วนของประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและตรวจสุขภาพประจำปีด้วย [๒๒, ๒๓, ๒๔] อย่างไรก็ตาม การเรียกร้องดังกล่าวอาจเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับรายการตรวจสุขภาพที่จำเป็น สำนักงานประกันสังคมจึงขอให้เพิ่มเฉพาะในเรื่องค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปก่อน โดยยังไม่เพิ่มในส่วนของการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินงานในเรื่องนี้มาก

๑๗. นอกเหนือจากผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบแล้ว ในส่วนของประชาชนที่จ่ายค่ารักษายาบาลโดยทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันของเอกชน ซึ่งมักจะทำควบคู่กับการประกันชีวิต ก็มีส่วนของการตรวจสุขภาพเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง

๓ ระบบ จำนวนไม่น้อยไปขอรับบริการตรวจสอบสุขภาพเพิ่มเติมจากสิทธิที่พึงได้ตามการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลต่าง ๆ โดยยอมเสียค่าใช้จ่ายเอง ทั้งนี้ เท่าที่มีรายงานจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ [๒๕] พบว่าในปี ๒๕๕๒ และปี ๒๕๕๔ มีจำนวนประชากรที่เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพทั้งสิ้น ๘๒๑,๓๑๙ คน และ ๕๔๕,๐๑๗ คน ตามลำดับ

๑๘. สำหรับมูลค่าของการใช้จ่ายของประชากรเพื่อการตรวจสอบสุขภาพนั้น ในปี ๒๕๕๒ และปี ๒๕๕๔ มีมูลค่าทั้งสิ้น ๑,๕๑๐,๓๑๔,๒๕๗ ล้านบาท (เฉลี่ย ๑,๘๓๘.๘๘ บาทต่อคน) และ ๒,๒๖๓,๕๒๒,๐๒๗ ล้านบาท [๒๕] (เฉลี่ย ๔,๑๕๓.๑๒ บาทต่อคน) ตามลำดับ ซึ่งมูลค่าดังกล่าวเป็นการใช้จ่ายที่ประชาชนต้องรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายนั้น ๆ เอง โดยไม่สามารถเบิกคืนได้ เป็นที่น่าสังเกตว่าในปี ๒๕๕๔ มีจำนวนประชากรที่เข้าร่วมการตรวจสอบสุขภาพลดลงร้อยละ ๓๓.๖๔ แต่กลับมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔๙.๘๗ จะเห็นว่ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ๒,๓๑๔.๒๔ บาทต่อคน หรือกว่าร้อยละ ๑๒๕

๑๙. ในปัจจุบันรัฐบาลของประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้มาตรการการตรวจสอบสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และใช้การตรวจสอบสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในบางกรณี [๒๕] โดยประเทศเหล่านี้มักมีการพัฒนานโยบายและมาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง [๒๖, ๒๗, ๒๘] ดังนี้ (๑) มีการคัดเลือกคณะกรรมการระดับชาติในการพิจารณาแนวทางการตรวจสอบสุขภาพตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวมีวาระในการทำงาน (๒) มีองค์ประกอบของการทำงานร่วมกับสถาบัน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เช่น หน่วยงานที่ทำหน้าที่ทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ และหน่วยงานที่มีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวทางปฏิบัติสำหรับการตรวจแต่ละรายการ (๓) มีหน่วยงานในการกำกับและติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด และนอกจากนี้ในประเทศไทยยังได้กำหนดระยะเวลาในการทบทวนนโยบายไว้ทุก ๆ ๓ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป [๒๘] ส่งผลให้การตรวจสอบสุขภาพดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีความเท่าเทียมกัน ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่มีบทบาทในการตรวจสอบและควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมอันเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบสุขภาพทั้งหมดในระดับชาติ

๒๐. ทั้งนี้มาตรการการตรวจสอบสุขภาพดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคมตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับหมวด ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

๒๑. ในสังคมไทย แม้ว่าจะเคยมีหลายหน่วยงานองค์การพยายามเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อสื่อสารถึงทิศทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและสมเหตุสมผลในเรื่องของการตรวจสอบสุขภาพ และมีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์เผยแพร่ออกมาเป็นระยะ ๆ ก็ตาม ดังที่พบว่าในปี ๒๕๒๐ แพทยสภาได้เผยแพร่บทความเรื่อง “ตรวจสอบสุขภาพเพื่อแพทย์หรือประชาชน” ลงในแพทยสภาสาร [๒๙] และต่อมาในปี ๒๕๔๓ แพทยสภายังได้จัดทำ “แนวทางการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนไทย” [๓๐] ซึ่งในปีเดียวกันมูลนิธิหมอชาวบ้านก็ได้เผยแพร่บทความ “ตรวจสุขภาพ ถึงเวลาต้องคิดกันใหม่ ไม่เจ็บตัว ไม่เสียใจ โดยไม่จำเป็น” ลงในนิตยสารหมอชาวบ้าน [๓๑] และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขก็ได้จัดทำ “แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนไทย” ด้วย [๓๒] ในปี ๒๕๔๕ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง “การตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทย” [๓๓] ในขณะที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ “ตรวจสุขภาพอย่างไร แคไหน จึงจะดี” และรณรงค์ให้สังคมเข้าใจถึงทิศทางการตรวจสอบสุขภาพที่สมเหตุสมผล ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ [๓๔]

แต่ความพยายามเผยแพร่ข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพในการทำให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ มีความเข้าใจและรู้เท่าทันในเรื่องนี้ ประกอบกับการดำเนินการดังกล่าวขาดการเชื่อมโยงการทำงานเพื่อผลักดันให้เป็นระดับนโยบายและมีการดำเนินการในลักษณะที่ไม่เป็นเอกภาพและขาดความต่อเนื่อง รวมทั้งขาดกลไก (หน่วยงานหลักและงบประมาณในการวิจัยและพัฒนา) ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการที่ต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายการตรวจสุขภาพอย่างเป็นระบบในระดับประเทศ ประกอบกับนโยบายการตรวจสุขภาพต้องมีการยอมรับจากสภาวิชาชีพเพื่อนำไปปฏิบัติได้

๒๒. อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้มีความพยายามของหน่วยงานต่าง ๆ ในการศึกษาถึงแนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย [๓๕] เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งในเบื้องต้นมีข้อสรุปถึงแนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีข้อพิจารณาในการสร้างเสริมสุขภาพและการตรวจคัดกรอง ๓ ส่วน ดังนี้ (๑) ความชุกและความรุนแรงของโรค ได้ข้อสรุปว่าควรเลือกคัดกรองโรคที่มีความชุกของอุบัติการณ์สูง (๒) ประสิทธิภาพของการทดสอบในการตรวจคัดกรอง ได้ข้อสรุปว่าให้มีการทดสอบเฉพาะที่มีความปลอดภัยสูง มีความไวและความจำเพาะสูงเพื่อลดอัตราการเกิดผลบวกปลอมและผลลบปลอม (๓) ประสิทธิภาพของการรักษาเมื่อตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้น ได้ข้อสรุปว่าให้คัดกรองเฉพาะโรคที่มีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

๒๓. นอกจากนี้ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ [๒๕] กระทรวงสาธารณสุข ยังได้วิจัยเรื่องการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการตรวจสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทยโดยหัวข้อดังกล่าวเป็นหัวข้อวิจัยที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญประจำปี ๒๕๕๔ ซึ่งเสนอโดยสำนักมาตรฐานค่าตอบแทนสวัสดิการกรมบัญชีกลาง ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายของชุดสิทธิประโยชน์การตรวจสุขภาพในระบบสวัสดิการพยาบาลข้าราชการเดิมนั้น เฉลี่ยประมาณ ๕๓๐-๑,๒๐๐ บาท/คน/ปี ในขณะที่ชุดสิทธิประโยชน์ที่พัฒนาขึ้นในโครงการมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ ๓๘๐-๔๐๐ บาท/คน/ปี ขึ้นอยู่กับเพศและกลุ่มอายุ ค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าเดิมเป็นเพราะมีหลายรายการที่ไม่ได้แนะนำให้ตรวจทุกปี อีกทั้งหลายรายการที่เป็นการตรวจที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ไม่มีหลักฐานยืนยันว่ามีประโยชน์ หรือเป็นการตรวจที่ไม่เฉพาะเจาะจง

๒๔. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

๒๔.๑ นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างสมเหตุสมผล

๒๔.๒ ให้ความรู้แก่ประชาชน ไม่ให้หลงเชื่อคำโฆษณาและรับการตรวจสุขภาพที่เกินความจำเป็น

๒๔.๓ สนับสนุนการอบรม พัฒนาทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความสามารถในการให้บริการตรวจสุขภาพในระดับชาติ

๒๔.๔ ให้การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อปรับปรุงนโยบายการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจได้ว่านโยบายมีความทันสมัยและเหมาะสมกับสังคมไทยอย่างแท้จริง

๒๕. องค์การอนามัยโลกได้กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับการตรวจสุขภาพ [๓๖] ไว้ดังนี้ (๑) โรคหรือภาวะนั้นต้องเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ (๒) ต้องเป็นโรคหรือภาวะที่สามารถรักษาได้ (ถ้าหายขาดได้ยิ่งดี) (๓) ระบบการให้บริการสาธารณสุขต้องมีความพร้อมด้านเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยโรคและมีการรักษารองรับ (๔) ควรเป็นการคัดกรองโรคหรือภาวะที่อยู่ในระยะที่ยังไม่ก่อให้เกิดอาการ (๕) ต้องสามารถจัดหาเครื่องมือคัดกรองโรคหรือภาวะนั้น ๆ แก่สถานพยาบาลได้ (๖) เครื่องมือคัดกรองโรคหรือภาวะต้องใช้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และเป็นที่ยอมรับ

ของประชากร (๗) ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคหรือภาวะที่จะทำการคัดกรองเป็นอย่างดี (๘) มีมาตรการที่ตกลงกันก่อนว่าใครเป็นผู้สมควรได้รับการรักษา (๙) ค่าใช้จ่ายในการคัดกรองต้องคุ้มค่าและสมดุลกับงบประมาณด้านสาธารณสุขโดยรวม (๑๐) การคัดกรองต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ทำเป็นโครงการที่มีการดำเนินการเพียงครั้งเดียว

บทบาทของผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ และการดำเนินการในประเทศไทย

๒๖. การดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ได้แก่

๒๖.๑ สภาวิชาชีพด้านเวชกรรม สถาบันทางวิชาการ และกระทรวงสาธารณสุข มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและสมเหตุสมผล

๒๖.๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและกระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลาง มีบทบาทในการกำหนดนโยบายค่าใช้จ่าย และรายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน อย่างไรก็ตาม การพิจารณา กำหนดค่าใช้จ่ายและหลักเกณฑ์แนวทางในการตรวจต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการมาใช้ประกอบการตัดสินใจ

๒๖.๓ องค์กรภาคธุรกิจหลายองค์กรมีระบบสวัสดิการในการตรวจสุขภาพพนักงาน ลูกจ้าง คนงาน หรือกลุ่มแรงงาน และจำเป็นต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ และหลายกรณีอาจไม่ได้ใช้ประโยชน์ของบริการการตรวจร่างกายในการส่งเสริมสุขภาพของพนักงานฯ นอกจากนี้ ยังมีภาคธุรกิจบริการทางการแพทย์บางแห่งจัดบริการและโฆษณาชวนเชื่อให้ประชาชนรับบริการตรวจร่างกาย โดยบริการบางชนิดมีราคาแพงและไม่จำเป็น

๒๖.๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หลายแห่งเริ่มให้ความสนใจ และดำเนินการใช้จ่ายงบประมาณซึ่งมีอยู่จำกัด ในการจัดหาบริการตรวจร่างกายแก่ประชาชนในชุมชน โดยอาจเป็นบริการที่ด้อยคุณภาพ และไม่มีมาตรฐาน

๒๖.๕ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลของรัฐ แพทย์สภา สภา/สมาคมวิชาชีพ และหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร/รณรงค์เพื่อให้ประชาชนรับทราบและเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับทิศทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม

๒๖.๖ กลไกหรือหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมซึ่งเกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพในระดับชาติ ประกอบด้วย การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม การตรวจสอบ ควบคุมมาตรฐาน การให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ประชาชน และติดตามการดำเนินงาน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๔ นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน

๑. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒. นนทบุรี : เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, ๒๕๕๒.
๒. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร. <http://www.hiso.or.th>. สถิติสุขภาพภาพรวม.
๓. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ทำอย่างไรสงครามปราบมะเร็งปากมดลูกจึงจะมา ถูกทาง. รายงานสุขภาพคนไทย ๒๕๕๑. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
๔. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๗๖ จังหวัด. www.Cxscreening.net.
๕. สันต์ หัตถิรัตน์. ตรวจสุขภาพดีไหม. ใน นิรชรา อัครวีระกุล, ตรวจสุขภาพประจำปี อย่างไร แค่นี้ จึงจะดี. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร, ๒๕๔๖.
๖. สันต์ หัตถิรัตน์. เสียชีวิตจากการตรวจสุขภาพ. นิตยสารหมอชาวบ้าน. ฉบับที่ ๓๔๕. (มกราคม ๒๕๕๕) : ๓๐-๓๓.
๗. สันต์ หัตถิรัตน์. ภาวะน้ำตาล (ในเลือด) ต่ำ. นิตยสารหมอชาวบ้าน. ฉบับที่ ๓๗๑. (มีนาคม ๒๕๕๖) : ๓๐-๓๓.
๘. โรงพยาบาลนนทเวช. <http://www.nonthavej.co.th>. โปรแกรมตรวจสุขภาพทุกช่วงวัย.
๙. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. www.bumrungrad.com. โปรแกรมการตรวจสุขภาพ.
๑๐. สันต์ หัตถิรัตน์. ประชาชนกับสุขภาพ. มติชนรายวัน (๒๗ กันยายน ๒๕๔๔) : ๖.
๑๑. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอต่อ (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติของภาคี ต่าง ๆ. ๒๕๔๔. (อึดสำเนา).
๑๒. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. ผลวิจัยภาคสนามเรื่อง สำรองการขึ้นภาษีเหล้าและบุหรี่ ในสายตาประชาชน : กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. ๒๕๔๔. (อึดสำเนา).
๑๓. มูลนิธิหมอชาวบ้าน. ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อประเด็นที่จะลงในวารสารคลินิก. ๒๕๔๔. (อึดสำเนา).
๑๔. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓.
๑๕. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. ฐานข้อมูลบุคลากรภาครัฐ. พ.ศ. ๒๕๕๖.
๑๖. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖.
๑๗. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร, ๒๕๕๕.
๑๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เล่มที่ ๔ การบริหารงบประมาณควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง : บริการควบคุมป้องกันความ รุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร.
๑๙. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ เล่มที่ ๒ การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการบริหารงบผู้ป่วยวัณโรค. กรุงเทพมหานคร.

๒๐. กระทรวงแรงงาน. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างและส่งผลการตรวจ แก่พนักงานตรวจแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๗.
๒๑. พ.ร.บ.ประกันสังคม ๒๕๓๓.
๒๒. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. หนังสือลงวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๕. เลขรับ ๑๑๕/๒๕๕๕ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๕. แจ้งเรื่อง ร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ...) พ.ศ. โดย นายเรวัต อารีรอบ.
๒๓. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. แจ้งเรื่อง ร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ...) พ.ศ. โดย นางสาววิไลวรรณ แซ่เตีย และคณะ.
๒๔. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. หนังสือลงวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๕๕. เลขรับ ๒๑/๒๕๕๕ วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๕๕. แจ้งเรื่อง ร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม (ฉบับที่ ...) พ.ศ. โดย นายนคร มาฉิม.
๒๕. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรอง ทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย.
๒๖. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
๒๗. <http://canadiantaskforce.ca/>
๒๘. <http://www.screening.nhs.uk>
๒๙. สันต์ หัตถิรัตน์. ตรวจสอบสุขภาพเพื่อแพทย์หรือเพื่อประชาชน. แพทยสมาคม. ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๗ (กรกฎาคม ๒๕๒๐) : ๓๓๙-๓๕๐.
๓๐. แพทยสภา. แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย. ศุภชัย คุณารัตนพุกษ์, วิทยา ศรีดามา, วีระพล จันทร์ดียิ่ง, ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวนิช, คณะบรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร, ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอเอ็นเอส. พิมพ์ครั้งที่ ๑, ๒๕๕๓.
๓๑. สุรจิต สุนทรธรรม. ตรวจสุขภาพ ถึงเวลาต้องคิดกันใหม่ ไม่เจ็บตัว ไม่เสียใจ โดยไม่จำเป็น. นิตยสารหมอชาวบ้าน ๒๕๕๓, ๒๑ : ๑๘-๒๓.
๓๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับประชาชนไทย. กลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย. ๒๕๕๓.
๓๓. สุรจิต สุนทรธรรม. วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. เอกสารประกอบการอภิปราย. การประชุมวิชาการ พระมงกุฎเกล้า ครั้งที่ ๓๐ ประจำปี ๒๕๕๕ เรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไทย “Optimum Health Screening for Thai”. วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๕. ณ ห้องประชุมใหญ่ อาคารมงกุฎเกล้าเวชวิทยา.
๓๔. อัมพล จินดาวัฒน์. ตรวจสุขภาพประจำปี. หลุมพรางสุขภาพ?. ใน นิรชรา อัครธีรากุล, ตรวจสุขภาพ ประจำปี อย่างไร แค่นี้ จึงจะดี. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร, อูษาการพิมพ์, ๒๕๕๖.
๓๕. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ๒๕๕๒. (อัดสำเนา)
๓๖. Raffle, Angela E., and J. A. Muir Gray. Screening - Evidence and practice. Oxford University Press, 2007.

เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย^๑

ระลึก ถึงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘) ยุทธศาสตร์นโยบาย แอลกอฮอล์ระดับชาติ (สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕) ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ (สมัชชาสุขภาพ ๓. มติ ๖) และกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ โดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ

กังวล ว่าวิกฤตกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและประเทศไทย และยังก่อผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม และยังมีทิศทางการรุนแรงเพิ่มขึ้นอีกด้วย

ตระหนัก ว่าหัวใจของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออยู่ที่การจัดการสี่กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเมตาบอลิก โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง โดยการเฝ้าระวัง ติดตามภาวะเสี่ยง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง รวมทั้งควบคุมปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงหลักทั้ง ๔ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ความเครียด การพักผ่อน เป็นต้น

รับทราบ ถึงผลของความเคลื่อนไหวในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับนานาชาติ รวมถึงมติสมัชชาสหประชาชาติที่รับรองเอกสารประกาศปฏิญญาการเมืองว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การกำหนดรับรองเป้าหมายระดับโลกและระดับภูมิภาคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และข้อเรียกร้องให้ประเทศเร่งการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย

รับทราบ ว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนจนบรรลุเป้าหมายไม่สามารถจัดการได้ภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ แต่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน และควรมีการดำเนินการในทุกระดับรวมถึงระดับท้องถิ่น โดยควรดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์แนวทางเดียวกัน และผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับควรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและมีเอกภาพ

รับทราบ ถึงโอกาสในการพัฒนาการจัดการโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยโดยอาศัยผลจากความเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสในการกำหนดเป้าหมายและพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับบริบทและความพร้อม ทั้งในระดับประเทศ ท้องถิ่นและครัวเรือน โดยให้ประกาศเป็นวาระแห่งชาติ

รับทราบ ว่าประเทศไทยได้มีการดำเนินการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงผ่านการดำเนินงานของหลายองค์กร และตระหนักถึงความสำคัญในการบูรณาการยุทธศาสตร์ แผนงาน ทรัพยากร กลไกและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อเสริมให้มีความสอดคล้องต่อกันและกัน

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๖

ตระหนัก ถึงความจำเป็นในการใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
ไม่ติดต่อ รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

รับทราบ ถึงการดำเนินงานของคณะทำงานทางวิชาการเพื่อทบทวนความพร้อมและความเหมาะสมของ
ตัวชี้วัดข้อมูล และแหล่งข้อมูลสำหรับการรายงานความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายการป้องกันและควบคุม
โรคไม่ติดต่อทั้งเก้า โดยการประสานงานของเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับรองตัวชี้วัด “๙ เป้าหมาย” เบื้องต้น ในการป้องกันและ
ควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงแหล่งข้อมูล วิธีการวัด และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวัด โดยให้ประกาศเป็นวาระ
แห่งชาติตามผนวกแนบท้ายมตินี้^๒

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาตั้งคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ได้แก่ กระทรวง
สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ
หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี ดังต่อไปนี้

๒.๑ บูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติที่มีอยู่ให้เป็นยุทธศาสตร์ร่วม
ของประเทศ รวมทั้งจัดให้มีระบบติดตามและประเมินความก้าวหน้า

๒.๒ พิจารณา “๙ เป้าหมาย” และเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่มีอยู่เป็นพื้นฐาน เพื่อปรับปรุงในการ
กำหนดเป้าหมายของประเทศ โดยกำหนดหรือปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

๓. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำหรือปรับปรุงแผนเป้าหมาย
และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับพื้นที่ โดยพิจารณาดำเนินการผ่านกองทุนสุขภาพในระดับพื้นที่
งบประมาณท้องถิ่น หรือแหล่งอื่น ๆ เพื่อการดำเนินการที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน และมีประสิทธิผล ทั้งนี้ ให้มุ่งเน้นการ
จัดการพฤติกรรมเสี่ยงหลักทั้ง ๔ ปัจจัย (ให้สอดคล้องกับทุกกลุ่มบุคคลและทุกช่วงวัย) การคัดกรองโรค ภาวะเสี่ยง
และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน รวมถึงระบบ
ติดตามและประเมินผล

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๘

^๒ สมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๒. ผนวก ๑

เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

รายการ ๙ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายในปี ๒๕๖๘
และแหล่งข้อมูล วิธีการวัดระดับประเทศ และหน่วยงานที่รับผิดชอบของประเทศไทย

กลุ่มข้อมูล	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล วิธีการวัด และหน่วยงานที่รับผิดชอบ
อัตราการตาย (Mortality)		
การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Premature mortality from NCDs)	(๑) อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน (และ/หรือ) โรคปอดเรื้อรัง ของประชากรอายุระหว่าง ๓๐ - ๗๐ ปี ลดลงร้อยละ ๒๕	แหล่งข้อมูล : ข้อมูลทะเบียนการตาย (Death registration) ของสำนักบริหารการทะเบียน และให้รหัสสาเหตุการตายโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors)		
พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk factors)		
ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Harmful use of alcohol)	(๒) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปี* ของประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ ๑ (* หน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์)	แหล่งข้อมูล : คำนวณจาก (๑) ข้อมูลปริมาณจำหน่าย ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กรมสรรพสามิต) และ (๒) ข้อมูลประชากรกลางปี (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (Physical inactivity)	(๓) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ* ลดลงร้อยละ ๑๐ (* หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์)	แหล่งข้อมูล : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ผู้รับผิดชอบ : แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

กลุ่มข้อมูล	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล วิธีการวัด และหน่วยงานที่รับผิดชอบ
การบริโภคเกลือ/โซเดียม (Salt/sodium intake)	(๔) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียม ในประชากรลดลงร้อยละ ๓๐* (* ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ น้อยกว่า ๕ กรัมของเกลือ หรือ ๒ กรัมของโซเดียม ต่อวัน)	แหล่งข้อมูล : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ผู้รับผิดชอบ : แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
การบริโภคยาสูบ (Tobacco use)	(๕) ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุมากกว่า ๑๕ ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ ๓๐	แหล่งข้อมูล : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ ผู้รับผิดชอบ : สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
ปัจจัยเสี่ยงทางชีววิทยา (Biological risk factors)		
ความดันโลหิตสูง (Raised blood pressure)	(๖) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง* ลดลงร้อยละ ๒๕ (* หมายถึง ค่าความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในประชากรอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป)	แหล่งข้อมูล : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ผู้รับผิดชอบ : แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
โรคเบาหวานและภาวะโรคอ้วน (Diabetes and Obesity)	(๗) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวาน* และโรคอ้วน** ไม่เพิ่มขึ้น (* หมายถึง ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานในประชากรอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป (หมายถึง ค่า fasting plasma glucose ≥ 7.0 mmol/L (๑๒๖ mg/dl) หรือได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ** มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร และโรคอ้วน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐ กิโลกรัม/ตารางเมตร)	แหล่งข้อมูล : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ผู้รับผิดชอบ : แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

กลุ่มข้อมูล	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล วิธีการวัด และหน่วยงานที่รับผิดชอบ
การจัดระบบบริการระดับชาติ (National system response)		
การได้รับยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (Drug therapy to prevent heart attacks and strokes) และหัวใจ	(๘) ประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (* มีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในสิบปี หรือ 10-year cardiovascular risk มากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐)	แหล่งข้อมูล : การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ผู้รับผิดชอบ : แผนงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
ยาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ (Essential NCD medicines and basic technologies to treat major NCDs)	(๙) การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในสถานบริการของภาครัฐและเอกชนร้อยละ ๘๐	แหล่งข้อมูล : สำรวจโดยองค์การอนามัยโลกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ

- เป็นเป้าหมายโดยสมัครใจสำหรับปี ๒๕๖๘ เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ ได้ตั้งเป็นเป้าหมายของประเทศ โดยกำหนดให้เปรียบเทียบกับข้อมูล ณ ปี ๒๕๕๓

เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

นิยาม

“โรคไม่ติดต่อ” (Noncommunicable diseases, NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น โรคกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

“โรคไม่ติดต่อ” ในเอกสารนี้ จำกัดเฉพาะ ๔ กลุ่มโรค คือ ๑) โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบหรือแตกในสมอง และโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากเส้นเลือดตีบตันหรือเปราะ) ๒) โรคเบาหวานและโรคอ้วน ๓) โรคมะเร็ง และ ๔) โรคปอดเรื้อรัง (ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพองหรือโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด) ซึ่งเป็นภาระส่วนใหญ่จากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม

คำอธิบายเพิ่มเติม

คำว่า “โรคไม่ติดต่อ” เกิดขึ้นในระยะหลัง จากการแยกกลุ่มจาก “โรคติดต่อ” หรือ Communicable diseases ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรคที่สามารถติดต่อกันได้และเกิดการระบาดได้ เช่น หัด อหิวาตกโรค ฯลฯ ในอดีต กลุ่มโรคติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากกว่า เป็นสาเหตุหลักของการตายก่อนวัยอันควร แต่ปัจจุบันการควบคุมและป้องกันโรคติดต้อมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่โรคที่ไม่ติดต้อมีมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควรมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป

คำว่า “โรคไม่ติดต่อ” หรือ Noncommunicable diseases (NCDs) ใช้มากขึ้นในการทำความร่วมมือนานาชาติเพื่อการควบคุมและป้องกัน ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) หลังจากนโยบาย Health for All by the Year 2000 ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ ก็ได้มีการวางแนวทางร่วมกันต่อไป คือ Health for All in the 21st century ซึ่งเน้นการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญแทนปัญหาโรคติดต่อในอดีต ในปัจจุบันพบว่า “โรคไม่ติดต่อ” บางชนิดเกิดมาจากการติดเชื้อ

ความสำคัญของปัญหา

๑. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน ทั้งของประชากรโลกและประชาชนไทย และยังมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (คือก่อนอายุ ๗๐ ปี) ถึงร้อยละ ๖๓ ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก [๑] และร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิต (ก่อนวัยอันควร) ของประชากรไทย [๒] คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก ๓๖ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๔๔ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ นอกจากนี้ยังเป็นภาระด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ

๒. ในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่ได้รับรักษาตัวในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข [๓] ในระยะเวลาเพียงห้าปีระหว่างปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ [๔] พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจากกลุ่มโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นดังนี้ โรคหัวใจขาดเลือด ๔.๒ เท่า โรคความดันโลหิตสูง ๗.๑ เท่า โรคหลอดเลือดสมอง ๓.๙ เท่า โรคเบาหวาน ๔.๘ เท่า โรคมะเร็งตับ ๑.๒ และโรคถุงลมโป่งพอง ๑.๒๓ เท่า

๓. คนไทยจำนวนมากมีการป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อและมีพฤติกรรมเสี่ยง ข้อมูลจากการสำรวจคนไทยที่อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ประชากรผู้ใหญ่ไทยมีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ ๒๑.๔ เบาหวานถึงร้อยละ ๖.๙ น้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนถึงร้อยละ ๔๐.๔ ในประชากรหญิง และร้อยละ ๒๘.๔ ในประชากรชาย คนจำนวนมากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มนี้ เช่น เพียงร้อยละ ๓๗.๕ ที่มีระดับกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และเพียงร้อยละ ๗๙.๕ ของประชากรชาย และเพียงร้อยละ ๗๕.๕ ของประชากรหญิง ที่บริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ในขณะที่ประชากรไทยถึงร้อยละ ๓๑.๕ และ ๒๑.๔ ที่ดื่มสุราและบริโภคยาสูบ นอกจากนี้จำนวนประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวยังมีทิศทางเพิ่มขึ้นอีกด้วย เช่น ในระยะเวลา ๑๗ ปี ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๕๒ จำนวนประชากรชายที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึง ๔ เท่า และประชากรหญิง ๒.๖ เท่า

๔. กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัจจัยคุกคามที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทั้งจากผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สังคมต้องแบกรับ ผลต่อความยากจนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลักที่มีมูลค่ามากกว่า ๑.๔ แสนล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ [๕] และมีต้นทุนต่อสังคมจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มสุรา ๑๕๖,๑๐๕ ล้านบาท การสูบบุหรี่ ๓๔,๑๘๓ ล้านบาท ภาวะโรคอ้วน ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท และการขาดกิจกรรมทางกาย ๕,๙๗๗ ล้านบาท

สถานการณ์และแนวโน้มในต่างประเทศในการควบคุมโรค

๕. ด้านความเคลื่อนไหวระดับนานาชาติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนั้น องค์การอนามัยโลก โดยความร่วมมือของประเทศสมาชิกซึ่งรวมถึงประเทศไทย ได้ร่วมกันเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันและควบคุม “โรคไม่ติดต่อ” มีการประชุมและพัฒนาร่วมกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่จะสนับสนุนประเทศสมาชิกในการลดความเจ็บป่วย ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควร อันเนื่องมาจาก “โรคไม่ติดต่อ” เช่น ร่วมกันรับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases) เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) รับรอง “แผนปฏิบัติการระดับโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๒๕๕๖ - ๒๕๖๓” (Global Action Plan for NCD Prevention and Control 2013 - 2020) เป็นต้น ร่วมกันจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติการร่วมกัน ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อ เช่น บุหรี่ เหล้า อาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ เป็นต้น

๖. เป้าหมายระดับนานาชาติในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อนอกจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคส่วนใหญ่จากโรคไม่ติดต่อนั้นมีสาเหตุมาจาก ๑) กลุ่มโรคที่สำคัญ “๔” กลุ่ม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมถึงร้อยละ ๘๕ ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด ๒) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ “๔” อย่าง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง และ ๓) ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญ “๔” ปัจจัย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การจัดการกับกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญทั้งสองนี้ (หรือที่เรียกว่า “การจัดการแบบ ๔ x ๔ x ๔”) เป็น

“หัวใจ” ของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพราะน่าจะสามารถลดภาระโรคจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อได้มากถึงร้อยละ ๘๐ ของทั้งหมด ทั้งนี้มีได้หมายความว่าสังคมไม่ควรจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยงกลุ่มอื่น ๆ

๗. ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ องค์การอนามัยโลก^๑ ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับมาตรการที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูง ๒๖ มาตรการ ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อประเทศสมาชิกพิจารณาใช้เป็นแนวทางการออกแบบนโยบายเพื่อการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยแบ่งเป็นมาตรการที่ควรดำเนินการมากที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best Buys) และมาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good Buys) รองลงมา ซึ่งล้วนเป็นการดำเนินการในระดับประชากร เช่น ภาษีและราคาสินค้า การเข้าถึงสินค้า การทำกิจกรรมทางการตลาดและการโฆษณา การให้ความรู้และการรณรงค์สาธารณะ การดำเนินการในสถานที่ทำงานหรือสถานประกอบการ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ทั้งนี้มีได้หมายความว่า การจัดการโรคไม่ติดต่อระดับบุคคล เช่น การคัดกรอง การให้การรักษา ไม่มีความสำคัญ เพียงแต่มาตรการระดับบุคคลมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิผลและความค่าน้อยกว่า

มาตรการที่ควรดำเนินการที่สุด/มีความคุ้มค่าสูง (Best buys)	มาตรการที่ควรดำเนินการ/มีความคุ้มค่า (Good buys)
๑) มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่	๑) การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือสูบบุหรี่
๒) มาตรการการให้ข้อมูลพิษภัยของยาสูบ	๒) มาตรการควบคุมพฤติกรรมซบเซี้ยานพาหนะหลังการดื่ม
๓) มาตรการการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่	๓) มาตรการการคัดกรองและบำบัดรักษาอย่างสั้น
๔) มาตรการการขึ้นภาษียาสูบ	๔) มาตรการควบคุมกลยุทธ์การตลาดด้านอาหารและเครื่องดื่มต่อเด็ก
๕) มาตรการการควบคุมการเข้าถึงทางกายภาพของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๕) มาตรการลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว
๖) มาตรการการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๖) มาตรการทางภาษีและราคาอาหาร
๗) มาตรการทางภาษีและราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	๗) มาตรการให้คำปรึกษาในระบบบริการปฐมภูมิ
๘) มาตรการลดการบริโภคเกลือ	๘) มาตรการสุขศึกษาด้านพฤติกรรมการบริโภคในสถานที่ทำงาน
๙) มาตรการลดการบริโภคไขมันทรานส์	๙) มาตรการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคในโรงเรียน
๑๐) มาตรการรณรงค์สาธารณะด้านพฤติกรรมการบริโภค	๑๐) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในชุมชน
๑๑) การรณรงค์สาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย	๑๑) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านการคมนาคม
๑๒) มาตรการการป้องกันโรคเมเร็งตับด้วยวัคซีนตับอักเสบบี	๑๒) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายผ่านระบบบริการปฐมภูมิ
	๑๓) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในสถานที่ทำงาน
	๑๔) มาตรการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียน

^๑ รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. ๒๕๕๓ (Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010), องค์การอนามัยโลก

๘. การจัดการประชุมสมัชชาสหประชาชาติในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เมื่อกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งมีผู้นำระดับสูงจากประเทศทั่วโลก (ประธานาธิบดีและนายกรัฐมนตรี) รวมถึงประเทศไทย เข้าร่วมประชุม ได้มีการแสดงฉันทมติและเป็นพันธสัญญาของประเทศสมาชิก แสดงเจตนารมณ์ว่า “การจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน” ไม่สามารถจัดการได้ภายในขอบเขตของภาคสุขภาพเท่านั้น และควรเน้นให้มีการบูรณาการงานสุขภาพเข้ากับนโยบายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ ทุกระดับ (Health in all policies) และต้องระวังประเด็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ของผู้เกี่ยวข้องในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง

๙. ในการประชุมดังกล่าว ได้มีการมอบหมายให้องค์การอนามัยโลกโดยความร่วมมือของประเทศสมาชิก พัฒนารอบการติดตามความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และกรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายแบบสมัครใจระดับโลก (Global monitoring framework for NCD including Indicator and voluntary targets) ซึ่งแล้วเสร็จและได้รับการรับรองจากสมัชชาอนามัยโลกและสมัชชาสหประชาชาติใน พ.ศ. ๒๕๕๖ ทั้งนี้ เกิดจากการดำเนินงานทางวิชาการขององค์การอนามัยโลกร่วมกับประเทศสมาชิกที่พิจารณาทั้งด้านความเป็นไปได้และความสอดคล้องต่อกันและกัน และมีลักษณะเป็นเป้าหมายโดยสมัครใจสำหรับประเทศสมาชิก เพื่อพิจารณารับรองและ/หรือปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทของประเทศตนเอง รวมทั้งบางเป้าหมายที่เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิก เลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทและความพร้อมของประเทศเองด้วย

๑๐. กรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายฯ ดังกล่าวประกอบด้วย ตัวชี้วัดที่เป็น “๙ เป้าหมาย ระดับโลก” ที่ตั้งไว้เพื่อที่จะต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยมีฐานจากปี ๒๕๕๓ แบ่งเป็น ๓ หมวด ได้แก่ ๑) เป้าหมายสูงสุด ๑ เป้าหมาย คือ การลดอัตราการตายและอัตราป่วย และ ๒) เป้าหมายที่เป็นกลไกในการบรรลุเป้าหมายสูงสุดอีก ๘ เป้าหมาย อันประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ๖ เป้าหมาย และเป้าหมายการจัดระบบบริการระดับชาติ ๒ เป้าหมาย (ดูเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / มติ ๖ / ผนวก ๑)

๑๑. ในภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก ก็มีความเคลื่อนไหวที่สอดคล้องกันกับระดับโลก เช่น การพัฒนาเป้าหมายและแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อประจำภูมิภาคขององค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (South-East Asia Regional Action Plan for NCD Prevention and Control 2013 - 2020) ซึ่งมีการรับรอง “๙ เป้าหมาย ระดับโลก” และเพิ่มเติม ๑ เป้าหมายในระดับภูมิภาคฯ คือ เป้าหมายในการลดมลภาวะทางอากาศภายในครัวเรือน (indoor air pollution)

นโยบายมาตรการและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย

๑๒. การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับชาติของประเทศไทยมีทั้งความเคลื่อนไหวภายในขอบเขตของระบบสุขภาพและความพยายามอย่างต่อเนื่องในการยกระดับความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อให้กว้างไกลไปกว่านโยบายด้านสุขภาพ เช่น การให้ความสำคัญกับโรคไม่ติดต่อในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ และ ๑๑ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ รวมถึงความเคลื่อนไหวภายในกลไกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น การพัฒนายุทธศาสตร์ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ได้รับการรับรองจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วย ได้แก่ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๘) ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (สมัชชาสุขภาพ ๒. มติ ๕) ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗

(สมัชชาสุขภาพ ๓. มติ ๖) ตลอดจนกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ โดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ทั้งนี้ ที่ผ่านมามีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอิสระที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพอย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เครือข่ายความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น เครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Network) หรือกลุ่มเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานเฉพาะเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน เครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายคนไทยไร้พุง เครือข่ายลดบริโภคเค็ม เป็นต้น

๑๓. จากการทบทวนข้อมูลของคณะทำงานทบทวนแหล่งข้อมูลและตัวชี้วัดด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการประสานงานของเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Network) พบว่า ประเทศไทยมีความพร้อมในการติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุ “๙ เป้าหมาย ระดับโลก” ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อพอสมควร โดยมีฐานข้อมูลที่หลากหลายที่ติดตามโรคและปัจจัยเสี่ยง เช่น ข้อมูลทะเบียนการตาย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบรายงานและเฝ้าระวังของประเทศอย่างบูรณาการมากขึ้น นอกจากนี้ คณะทำงานยังได้พิจารณาเลือกตัวชี้วัดของเป้าหมายให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย (ดูเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / มติ ๖ / ผผนวก ๑)

ข้อจำกัดของการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ปัญหา

๑๔. แม้ว่าในประเทศไทยจะมียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงผ่านการดำเนินงานของหน่วยงานและเครือข่ายหลายเครือข่ายทำงาน แต่ยังคงพบว่าการดำเนินงานหลายส่วนยังคงจะไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ยังขาดการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ยังขาดระบบการติดตามประเมินผลและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติการร่วมกันในระดับประเทศที่เป็นเอกภาพและสอดคล้องต่อกันและกัน รวมถึงความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บังเกิดผลอย่างจริงจัง

๑๕. เป็นที่ทราบกันดีว่าการจัดการกับโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงหลักจำเป็นจะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่เพียงแต่ในภาคสุขภาพและภาครัฐเท่านั้น อีกทั้งการดำเนินงานมักจะมีความชัดเจนเฉพาะในระดับชาติหลายภาคส่วน อย่างเช่น ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคท้องถิ่นต่าง ๆ ยังขาดการมีส่วนร่วมและการแสดงศักยภาพในกระบวนการที่ผ่านมา นอกจากนี้ควรจะมีกลไกและกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการจัดการโรคไม่ติดต่อ ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น

๑๖. ความเคลื่อนไหวในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะการรับรอง “๙ เป้าหมาย ระดับโลก” ในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เป็นโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งให้กระบวนการจัดการโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทย เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น โดยอาจมีแนวทางดังต่อไปนี้

๑๖.๑ การพัฒนายุทธศาสตร์ รวมถึงเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงกรอบตัวชี้วัดและเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลกและระดับภูมิภาค อย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

๑๖.๒ การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบรายงาน ติดตามและเฝ้าระวังการดำเนินการเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ พร้อมทั้งแหล่งข้อมูลและหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งกรอบระยะเวลาในการวัด

๑๖.๓ การพัฒนาให้มีกลไกระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ตั้งแต่กระบวนการพัฒนานโยบาย การกำหนด เป้าหมายทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น การนำนโยบายไปปฏิบัติใช้ รวมทั้งการติดตามความก้าวหน้าและการ ประเมินผลในการดำเนินการอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับชาติ โดยใช้ประโยชน์สูงสุดจาก ทรัพยากร กลไกและกระบวนการ รวมถึงนโยบายและยุทธศาสตร์และเครื่องมือที่ประเทศไทยมีอยู่ และการลงทุน เพิ่มเติมในส่วนที่จำเป็น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๖ เป้าหมายในการป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

๑. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. ๒๕๕๓ (Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010), องค์การอนามัยโลก
๒. รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
๓. ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม (หมายเหตุ : ข้อมูลผู้ป่วยของโรคหลอดเลือดสมองและถุงลมโป่งพองไม่ได้รวมผู้ป่วยประกัน สังคม)
๔. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. Cited from: [http://bps.ops.moph.go.th/ILL/ผู้ป่วย ๕๒/ผู้ป่วยในปี%๒๐๒๕๕๒.xls](http://bps.ops.moph.go.th/ILL/ผู้ป่วย๕๒/ผู้ป่วยในปี%๒๐๒๕๕๒.xls)
๕. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ คณะแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติปีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน^๑

ตระหนัก ว่าชุมชนท้องถิ่นที่เข้มแข็งคือฐานรากสำคัญที่จะรองรับการพัฒนาประเทศในทุกด้าน

ชื่นชม หน่วยงานภาคีทั้ง ๔๖ องค์กร รวมถึงองค์กรอื่น ๆ ที่ทำงานสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทั้งในด้านนโยบาย วิชาการและปฏิบัติการ

กังวล ต่อภาวะคุกคามจากกระแสนโยบายระดับชาติที่มีต่องานสนับสนุนชุมชน ทั้งในส่วนที่เป็นผลกระทบจากโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ที่มีการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และชุมชนอย่างขาดสมดุล ขาดการรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และในส่วนที่เป็นนโยบายประชานิยมที่อาจทำให้เกิดผลกระทบข้างเคียง เสี่ยงต่อการเสียดัดทางนโยบายและทำให้ประชาชนอ่อนแอในระยะยาวพึ่งตนเองไม่ได้ และรอคอยแต่การช่วยเหลือจากภาครัฐ

จึงมีมติดังนี้

๑. รับรองกรอบ แนวคิด และสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน ตามเอกสารผนวกแนบท้ายมติ^๒ นี้ อันประกอบด้วย

๑.๑ เป้าหมายร่วมที่ประกอบด้วยวิสัยทัศน์เชิงนามธรรมและเป้าหมายเชิงรุกที่เป็นจุดหมายปลายทางในระยะเวลา ๕ – ๑๐ ปีข้างหน้า ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

๑.๒ หลักการร่วมในการทำงานสนับสนุนชุมชน ๗ ประการ

๑.๓ การสร้างความเข้าใจและความเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างหน่วยงานโดยเฉพาะภาคีสนับสนุน รวมถึงองค์กรอื่น ๆ ที่จะเข้ามาร่วมในอนาคต

๑.๔ แผนยุทธศาสตร์ร่วมที่ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ร่วม พันธกิจร่วม วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด กลยุทธ์การขับเคลื่อน แผนงานและโครงการบูรณาการ

๑.๕ การพัฒนาฐานข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นร่วมกันในลักษณะเป็นการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลทั้งระดับพื้นที่และระดับชาติ

๑.๖ การมีคลังเครื่องมือและเทคโนโลยีที่สามารถเลือกใช้และแลกเปลี่ยนสนับสนุนกันและกัน

๑.๗ การมีกลไกการจัดการในการประสานสนับสนุนพื้นที่และชุมชนใน ๓ ระดับ คือ ระดับพื้นที่ (หมู่บ้าน ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ระดับอำเภอ/จังหวัด และระดับชาติ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๓. ผนวก ๑

๒. ขอให้หน่วยงานภาคีและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือรวมพลังกันทำงานสนับสนุนชุมชนสุขภาวะ/ชุมชนเข้มแข็งต่อไป โดยใช้ยุทธศาสตร์ร่วมพลังจัดการรวมแสงเลเซอร์เป็นเครื่องมือในการบูรณาการในการสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ใช้ทรัพยากรและงบประมาณแบบพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองเป็นหลัก และขยายความร่วมมือสู่องค์กรภาคีที่กว้างออกไปในทุกโอกาส ทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัด อำเภอและพื้นที่ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบล หมู่บ้าน)

๓. ขอให้เครือข่ายชุมชนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน รวมถึงเครือข่ายการสื่อสารและการเรียนรู้ทุกระดับ เร่งพัฒนาศักยภาพของตนและแสดงบทบาทในการพัฒนา ดำเนินการฟื้นฟูและสร้างเสริมความเข้มแข็งที่ฐานรากของประเทศและสังคมไทยอย่างทันต่อสถานการณ์

๔. ขอให้สมาชิกเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ในทุกจังหวัด สนับสนุนให้มีกระบวนการประชุมปรึกษาหารือระหว่างหน่วยงานที่เป็นกลไกระดับพื้นที่ของหน่วยงานภาคีและองค์กรอื่น ๆ รวมถึงเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันออกแบบและจัดตั้งกลไกประสานงานระดับพื้นที่ (หมู่บ้าน ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) และระดับอำเภอ/จังหวัด รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามแนวทางของแผนยุทธศาสตร์ร่วมนี้

๕. ขอให้หน่วยงานภาคีและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ตั้งกลไกในการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบจากโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนที่อาจมีต่อชุมชนท้องถิ่น และจากนโยบายประชานิยม โดยให้ความสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในเชิงคุณภาพของภาคประชาชน ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรวิชาชีพ ในทุกโครงการตามหลักธรรมาภิบาล

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ครั้งที่ ๑๒ และครั้งที่ ๑๖

แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน

๑. กระแสนโยบายชุมชนเข้มแข็ง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าชุมชนท้องถิ่นมีความสำคัญในฐานะที่เป็นฐานรากของสังคม ฐานรากของตึกที่แข็งแรงเท่านั้นจึงจะสามารถรองรับโครงสร้างอาคารที่สูงใหญ่ได้ [๑]

การพัฒนาประเทศที่เน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจและมุ่งบริหารจัดการกับอำนาจที่โครงสร้างส่วนบนในช่วง ๕๐ ปีที่ผ่านมา นอกจากกละเลยชุมชนท้องถิ่นแล้ว ยังบ่อนเซาะฐานรากเหล่านี้จนลุกลามกลายเป็นวิกฤตการณ์ของสังคมใหญ่ทั้งโครงสร้างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือเกิดวิกฤตทั้งทางสังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างเกี่ยวเนื่องไปพร้อม ๆ กัน

แต่กว่าที่แนวคิดชุมชนเข้มแข็งจะได้รับการยอมรับจากวงการต่าง ๆ ว่าเป็นปัจจัยองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนและหันกลับมาให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งอย่างในปัจจุบันนั้น ทฤษฎีการพัฒนาในแนวคิดนี้ก็ต้องผ่านการทำงานพิสูจน์ตนเองมาอย่างยาวนานไม่ต่ำกว่าสี่ทศวรรษ

๒. ความเป็นมาและการพัฒนาการของแนวคิดชุมชนเข้มแข็ง

แนวคิดชุมชนเข้มแข็ง หรือที่มีผู้เรียกกันในทางวิชาการว่าแนวคิดวัฒนธรรมชุมชน เป็นทฤษฎีการพัฒนาประเทศและชุมชนท้องถิ่นอันมีจุดกำเนิดมาจากการทำงานของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนเมื่อต้นพุทธศตวรรษที่ ๒๕๒๐ จนต่อมาหน่วยราชการบางส่วนเริ่มเข้ามาหนุนเสริมและได้รับการยอมรับให้บรรจุเอาไว้อย่างเป็นทางการในแผนพัฒนาประเทศและในรัฐธรรมนูญ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องอีกหลายฉบับ [๒, ๓]

นอกจากนั้นยังเกิดการเคลื่อนไหวอย่างสืบเนื่องกันเรื่อยมาจนกลายเป็นขบวนการชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคมในประเทศไทยที่เติบโตขึ้นทุกวันและกำลังมีบทบาทมากในยุคปัจจุบัน

แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนในประเทศไทยมีพัฒนาการแบ่งได้เป็น ๓ ระยะ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการได้มีการปะทะและประสานแนวคิดอื่นในกระบวนกรดังกล่าว จนทำให้สาระสำคัญของแนวคิดนี้ได้รับการเสริมเติมจนมีความเข้มแข็งและได้รับการยอมรับมากขึ้น

ระยะที่ ๑ : แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนในฐานะเป็นทางเลือกของการพัฒนา (๒๕๒๐ - ๒๕๒๙)

แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนกำเนิดจากองค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งทำงานในชนบทและเฝ้ามองผลกระทบจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐ สายแรกคือมูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยที่ ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ เป็นผู้ก่อตั้ง นักวิจัยของมูลนิธิซึ่งฝังตัวอยู่ในชนบทภาคกลางพบว่า ท่ามกลางกระบวนกรพัฒนาประเทศในระบบทุนนิยมนั้นยังมีกระแสวัฒนธรรมชาวบ้านเจือปนอยู่ด้วย โดยเสนอว่าการพัฒนาประเทศควรยึดแนววัฒนธรรมชาวบ้านเป็นฐาน

อีกสายหนึ่งคือสภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา ผู้นำนักพัฒนาขององค์กรได้แนวคิดจากการประชุมสังคายนาวาติกันที่ ๒ (ค.ศ. ๑๙๖๒ - ๑๙๖๕) ซึ่งเสนอว่าศาสนจักรคาทอลิกต้องเข้าใจวัฒนธรรมพื้นเมือง และต้องทำให้ศาสนาคริสต์กลายเป็นศาสนาพื้นเมือง มิใช่มุ่งปรับเปลี่ยนพื้นเมืองให้เป็นตะวันตก

อย่างไรก็ตาม ในด้านทางราชการเองก็เริ่มให้ความสนใจต่องานพัฒนาชนบทมาตั้งแต่เริ่มแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ ๑ โดยมีการยกฐานะของส่วนพัฒนาการท้องถิ่นจัดตั้งขึ้นเป็นกรมการพัฒนาชุมชนเมื่อปี ๒๕๐๕ [๔]

ระยะที่ ๒ : แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนในฐานะทฤษฎีพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๙)

กลุ่มนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยชั้นนำของประเทศได้เข้าไปทำการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้และประสบการณ์ของนักพัฒนาและชาวบ้าน ยกกระดับขึ้นเป็นแนวคิดหรือทฤษฎีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจนมีความลึกซึ้ง เป็นระบบและได้รับการยอมรับกว้างขวางขึ้น โดยชี้ให้เห็นความสำคัญ ๒ ประการ ได้แก่

(๑) สถาบันชุมชนและวัฒนธรรมชุมชนมีสถานะสำคัญในประวัติศาสตร์ชาติไทย ชุมชนเป็นระบบซึ่งเป็นแกนกลางของสังคมไทย วัฒนธรรมชุมชนเป็นแกนกลางของวัฒนธรรมไทย โดยพื้นฐานสังคมไทยเป็นสังคมแบบชุมชน ไม่ใช่แบบทุนนิยม

(๒) เส้นทางการพัฒนาโดยแนวคิดวัฒนธรรมชุมชนเป็นเส้นทางที่ชอบธรรม ซึ่งให้ประโยชน์เต็มที่แก่ชาวบ้านพื้นเมือง และเป็นเส้นทางของผู้คนส่วนข้างมากสุดในประเทศ อีกทั้งเป็นเส้นทางที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ ความอุดมสมบูรณ์ของเขตรอบปึกและสถานะทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมทางสังคมไทยที่มีหน่วยพื้นฐานคือครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ ๓ : แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนในฐานะอุดมการณ์ของสังคม (พ.ศ. ๒๕๔๐ - ปัจจุบัน)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจในปี ๒๕๔๐ แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนได้รับการขานรับอย่างกว้างขวางจากสังคมและหน่วยงานรัฐ จนมีฐานะกลายเป็นอุดมการณ์ของสังคมไปแล้วโดยปริยาย

มีแนวคิดสำคัญที่เข้ามาหลอมรวมและมีส่วนสำคัญในการขยายแนวคิดวัฒนธรรมชุมชนให้เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง อาทิ แนวคิดเชิงพุทธ ซึ่งเสนอให้เพิ่มหลักธรรมทางพุทธศาสนาเข้าไปเป็นฐานชุมชนธรรมนิยาม เป็นต้น แนวคิดธุรกิจชุมชนที่นำเอาธุรกิจชุมชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจชุมชนและเชื่อมต่อกับระบบเศรษฐกิจทุนโดยไม่เป็นส่วนของระบบทุนนิยม แนวคิดมาร์กซิสม์ที่โต้แย้งระบบทุนนิยม แต่ก็ไม่ได้สนับสนุนแนวคิดชุมชนโดยตรงและเป็นแนวคิดที่สับสน จึงอ่อนกำลังลง และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเสนอแนวทางไว้ ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนพออยู่พอกิน-พึ่งตนเองได้ ขั้นตอนรวมพลังเป็นชุมชนในรูปสหกรณ์ และขั้นตอนการร่วมมือกับองค์กรหรือภาคเอกชนภายนอก

ในขณะที่แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนกำลังทำให้เกิดการขยายตัวของขบวนการชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคมขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ช่วงเวลาเดียวกันได้มีเหตุการณ์บ้านเมืองที่วิกฤตและมีความรุนแรงเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ซึ่งกลับกลายเป็นหน้าต่างแห่งโอกาสที่กระตุ้นขบวนการชุมชนเข้มแข็งให้มีการเติบโตในอัตราเร่ง

นอกจากนั้น ในกระแสประชาสังคมโลก ซึ่งช่วงเวลาที่ผ่านมามีการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่เกิดขึ้นที่เรียกกันว่า New Social Movement ได้เข้ามาหนุนเสริมกระแสประชาชนในประเทศไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือภายหลังเหตุการณ์พฤษภาคม ๒๕๓๕ ได้เกิดมีการเคลื่อนไหวเชิงเครือข่ายอย่างหลากหลาย ทั้งการเคลื่อนไหวด้านสิ่งแวดล้อม โรคเอดส์ ยาเสพติด ความยากจน สิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคทางเพศ มิติครอบครัว-เยาวชน และอัตลักษณ์ท้องถิ่น ฯลฯ

เนื่องจากปัญหาสังคมเริ่มมีความสลับซับซ้อน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นการเคลื่อนไหวที่สังคมแก้ปัญหาตนเองในเรื่องที่รัฐไม่อาจจัดการให้ได้ สังคมจึงต้องหันกลับมาพึ่งพาพลังเครือข่ายเหล่านี้เข้าร่วมแก้ไข

ยิ่งไปกว่านั้น ในช่วงดังกล่าว แนวคิดสิทธิชุมชนโดยเสน่ห์ จามริก และแนวคิดการมีส่วนร่วมโดยประเวศ วะสี สองผู้นำทางความคิดของขบวนการชุมชนเข้มแข็งในประเทศไทยและเป็นผู้ก่อตั้งมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ก็ได้รับ

การบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. ๒๕๔๐ อีกด้วย

โดยต่อมาได้มีการจัดตั้งกลไกอิสระระดับชาติ ๒ องค์การ ขึ้นรองรับ อันได้แก่ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๓. สถานการณ์งานสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชน

ปัจจุบันมีหน่วยงานและองค์กรภาคีส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่างให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการพัฒนาในระดับชุมชนกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการประมวลข้อมูล พบว่าการดำเนินงานพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชนหรือชุมชนเข้มแข็งในด้านต่าง ๆ อาจแบ่งตามวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาได้ดังนี้

ด้านสุขภาพ มีการดูแลสุขภาพผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน ตำบลจัดการสุขภาพ ตำบลสุขภาพดีวิถีไทย และการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ ทั้งผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ติดเชื้อ รวมถึงงานพัฒนาสุขภาพองค์กรรวม เช่น แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ตามแผนงานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก) การพัฒนาเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผ่านรูปแบบตำบลสุขภาพะ และตำบลจัดการตนเอง กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น

ด้านเศรษฐกิจ มีการส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนต่าง ๆ ในชุมชน การสร้างความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนผ่านการจัดทำบัญชีครัวเรือน การส่งเสริมแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง โครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านชุมชน (SML) กองทุนหมู่บ้าน วิสาหกิจชุมชน สถาบันการเงินชุมชน เป็นต้น

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการสนับสนุนการจัดทำแผนแม่บทชุมชน การจัดทำแผนพัฒนาชุมชน ขยายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้นแบบ บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น การส่งเสริมการเมืองภาคพลเมืองผ่านตำบลเรียนรู้ประชาธิปไตย การขับเคลื่อนสภาองค์กรชุมชนตำบล โครงการบ้านมั่นคง และงานส่งเสริมการอนุรักษ์ธรรมชาติในชุมชน และยังมีด้านอื่น ๆ เช่น ห้องเรียนชุมชน หลักสูตรท้องถิ่น ยุติธรรมชุมชน อาสาสมัครชุมชนในด้านต่าง ๆ เป็นต้น

นอกจากนั้น จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพบผลสรุปงานชุมชนสุขภาวะ/ชุมชนเข้มแข็งขององค์กรต่าง ๆ ไปในทิศทางเดียวกันว่า ปัจจัยหนุนเสริมความเข้มแข็งของชุมชนมีสองส่วน [๕][๖]

ปัจจัยภายในที่สำคัญของชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่

- มีทุนมนุษย์ ผู้นำทางการ ผู้นำธรรมชาติ และสมาชิกชุมชน ที่มีความเข้มแข็ง สามัคคีและมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน
- การตระหนักถึงคุณค่าของทุนทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่ รวมถึงภูมิปัญญา วัฒนธรรมท้องถิ่น
- มีทุนการเงินโดยเฉพาะกองทุนที่เกิดจากการจัดการของชุมชนเอง เช่น สัจจะออมทรัพย์
- มีกระบวนการคิดเรื่องข้อมูล และสามารถบริหารจัดการข้อมูลชุมชนได้เอง
- สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาชุมชนของตนเอง ทั้งการตัดสินใจวางแผน กำกับ ติดตาม ประเมินผล
- มีกระบวนการเรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเรียนรู้ภายใน ภายนอก และการประยุกต์ใช้ความรู้

ส่วนปัจจัยภายนอกที่สำคัญ คือ

- มีเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา

- มีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ คำแนะนำ หรือทุน

จากสถานการณ์งานส่งเสริมและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนหรือชุมชนเข้มแข็ง ภายใต้ชื่อและประเด็นที่หลากหลายดังกล่าวข้างต้น ปัจจุบันพบว่า มีหน่วยงานและองค์กรจำนวนอย่างน้อย ๔๖ หน่วยงาน ที่มีบทบาทสนับสนุนชุมชนในรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งสรุปในภาพรวมได้ดังตาราง

ประเภทของหน่วยงาน	หน่วยงานนโยบาย (๑๐)	หน่วยงานวิชาการ (๑๘)	หน่วยปฏิบัติการ (๑๘)
ด้านสุขภาพ (๑๖)	๑. สำนักงาน คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ ๒. กระทรวงสาธารณสุข	๑. สำนักงานบริหาร ยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย ๒. กรมควบคุมโรค ๓. กรมอนามัย ๔. กรมสุขภาพจิต ๕. กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทย ๖. สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา ๗. มูลนิธิสถาบันวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ๘. สำนักวิจัยสังคมและ สุขภาพ ๙. สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข ๑๐. มูลนิธิสุขภาพไทย ๑๑. มูลนิธิสาธารณสุข แห่งชาติ	๑. กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ ๒. สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ๓. สำนักงานกองทุน สนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ

ประเภทของหน่วยงาน	หน่วยงานนโยบาย (๑๐)	หน่วยงานวิชาการ (๑๘)	หน่วยปฏิบัติการ (๑๘)
ด้านเศรษฐกิจ (๙)	๑. กระทรวงมหาดไทย ๒. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๓. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	๑. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	๑. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ๒. ธนาคารออมสิน ๓. สำนักงานเศรษฐกิจพอเพียง ในสำนักนายกรัฐมนตรี ๔. สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ ๕. สำนักงานคณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (๑๓)	๑. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๒. สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	๑. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๒. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ๓. สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน มหาวิทยาลัยชีวิต ๔. สำนักงานกองทุนส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ	๑. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ๒. เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองสี่ภาค ๓. กรมการพัฒนาชุมชน ๔. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ๕. สถาบันลูกโลกสีเขียวมูลนิธิพลังงานที่ยั่งยืน ๖. สำนักงานโครงการ ๘๔ ตำบล วิถีพอเพียง ปตท. ๗. มูลนิธิปูนซีเมนต์ไทย
ด้านอื่น ๆ (๘)	๑. กระทรวงพลังงาน ๒. กระทรวงวัฒนธรรม ๓. กระทรวงยุติธรรม	๑. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ๒. สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน	๑. ศูนย์คุณธรรม ๒. กทม. ๓. สำนักงานสภาพัฒนาการเมือง

ดูในภาพรวมงานสนับสนุนชุมชนของหน่วยงานระดับชาติที่มีจำนวนมากมายเช่นนี้ เครือข่ายและขบวนการชุมชนเข้มแข็งทั่วประเทศก็น่าจะเกิดการขยายตัวไปได้อย่างรวดเร็วมาก แต่ในความเป็นจริงกลับพบข้อจำกัดของหน่วยงานอย่างหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถร่วมมือกันได้อย่างจริงจังและบ่อยครั้งก็มีปัญหาความซ้ำซ้อน กล่าวคือ หน่วยงานภาคีแต่ละองค์กรต่างยึดภารกิจและเป้าหมายที่ต้องดำเนินงานของตนเอง และตัวชี้วัดเฉพาะองค์กร (Key Performance Indicator: KPI) ที่จะต้องถูกประเมินผลงานอันแตกต่างกันไป

ดังนั้น แม้ในระยะที่ผ่านมา องค์กรต่าง ๆ จะเห็นความสำคัญและมีความยอมรับในทางหลักการร่วมกันว่าการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการสนับสนุนชุมชนเป็นเรื่องสำคัญ แต่ในความเป็นจริงมักไม่สามารถทำได้สำเร็จ

อย่างไรก็ตาม ถ้าหากพิจารณาถึงไปในแนวทางการทำงานของแต่ละองค์กร จะพบสิ่งที่ทุกหน่วยงานภาคีต่างมีตรงกันอยู่หนึ่งคือ กิจกรรมการจัดตั้งองค์กรชุมชนและการพัฒนาศักยภาพองค์กรชุมชนให้มีความเข้มแข็ง จนชุมชนสามารถจัดการปัญหาของตนเองได้ โดยหน่วยงานมักมีการประเมินเชิงคุณภาพและออกแบบเครื่องมือประเมินของหน่วยงานขึ้นมาใช้เอง

๔. ความสำคัญของชุมชนเข้มแข็งและสุขภาวะแบบองค์รวม

ในแวดวงของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยที่มีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นแกนกลางของการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ มีแนวคิดสำคัญในการพิจารณาเรื่องระบบสุขภาวะชุมชนที่มีความหมายกว้าง โดยครอบคลุมถึงสุขภาวะสังคมและชุมชนเข้มแข็ง-สังคมเข้มแข็งเข้าไปด้วย [๖] ประกอบด้วยแนวคิดหลักที่สำคัญ ได้แก่

๑) แนวคิดเรื่องสุขภาวะ

ปัจจุบัน ความหมายของคำว่า “สุขภาวะ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ขยายกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข มีความหมายครอบคลุมสุขภาพทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ดังนั้น การพิจารณาระบบสุขภาพชุมชนในที่นี้จึงเป็นการมองสุขภาพในความหมายของสุขภาวะ (Well being)

๒) แนวคิดเรื่องชุมชน

ชุมชนเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางและใช้สื่อความหมายในลักษณะแตกต่างกันตามสาระสำคัญของเรื่องต่าง ๆ แต่สำหรับมุมมองในการพัฒนาประเทศในปัจจุบัน ชุมชนคือ รากฐานของประเทศ เป็นที่รวมของทรัพยากร ทั้งดิน น้ำ ป่า และอาหาร เป็นที่อยู่ของคนส่วนใหญ่ และเป็นที่ยึดเหนี่ยวของภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ดังนั้น ถ้าชุมชนเข้มแข็งทุกด้านอย่างบูรณาการ ฐานของประเทศก็จะแข็งแรงและรองรับประเทศได้อย่างมั่นคง ฉะนั้น ชุมชนจึงเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาประเทศ

๓) แนวคิดเรื่องระบบสุขภาวะชุมชน

ระบบสุขภาวะชุมชนเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องของชุมชนเข้มแข็งและชุมชนจัดการตนเอง เป็นการพัฒนาอย่างบูรณาการของชุมชน ระบบสุขภาวะชุมชนกับเรื่องของชุมชนเข้มแข็งหรือชุมชนจัดการตนเองจึงเป็นเรื่องที่ซ้อนทับเป็นเนื้อเดียวกัน และเป็นจุดยุทธศาสตร์การพัฒนาของประเทศที่ทุกฝ่ายควรเข้ามาร่วมมือกัน โครงสร้างของระบบสุขภาพชุมชนประกอบด้วย คุณค่าความเป็นคนและชุมชนเข้มแข็งเป็นแกน ท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ เป็นภาคสนับสนุน

ในมุมมองของนักคิดอาวุโสในฝ่ายสังคม ได้แก่ อาจารย์ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม เห็นว่า ขบวนการชุมชนจะต้องร่วมกันพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่น เป็นการปฏิรูปตนเองสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองอย่างมีคุณภาพและรอบด้าน

๔) แนวคิดตามกฎหมายแม่บทต่าง ๆ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๖, ๖๗, ๘๐ (๒), ๘๗ (๑) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ล้วนให้ความสำคัญกับชุมชน ทั้งในมุมมองของสิทธิชุมชน การร่วมกำหนดนโยบายพัฒนาท้องถิ่น การมีชุมชนเข้มแข็งด้านสุขภาพ และตำบลจัดการสุขภาพเข้มแข็ง ซึ่งนโยบายรัฐบาลก็ได้ให้ความสำคัญกับชุมชนเช่นกัน ดังปรากฏในนโยบายเรื่องการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน กำหนดตัวชี้วัดเป็นตำบลที่มีการจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน เป็นต้น [๗, ๘]

จากแนวคิดสำคัญข้างต้น สะท้อนหลักการทำงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนว่าต้องสนับสนุนให้ “ชุมชน” เป็นเจ้าของการพัฒนาอย่างแท้จริง หรือที่เรียกกันว่า “ชุมชนเป็นศูนย์กลาง” นั่นเอง ชุมชนจึงจะเข้มแข็งหรือเป็นชุมชนที่จัดการตนเองได้ จึงจะนำสู่การมีสุขภาพดี โดยมีองค์กรและหน่วยงานภายนอกทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเท่านั้น

๕. พลวัตชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนหรือชุมชนเข้มแข็ง คือ รูปแบบของชุมชนนั้นไม่หยุดนิ่งตายตัว มีพลวัตแปรเปลี่ยนไปจากเดิมมาก ตามการเคลื่อนตัวของสังคม ในขณะที่หน่วยงานส่วนใหญ่ต่างยังคงยึดติดอยู่กับการทำงานกับชุมชนในรูปแบบเดิม ๆ ทำให้ขาดองค์ความรู้ที่จะดูแลภารกิจสนับสนุนชุมชนรูปแบบใหม่ ๆ

ก. ชุมชนท้องถิ่นพื้นฐาน ได้แก่

๑) ชุมชนชนบท ชุมชนท้องถิ่น หมู่บ้าน ตำบล เหล่านี้คือชุมชนรูปแบบดั้งเดิมที่เห็นทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบททุกภาคของประเทศ

๒) ชุมชนเมืองแบบดั้งเดิม หมายถึง ชุมชนแออัด สลัม และชุมชนจัดตั้งตามระบบการปกครองของเทศบาล อันเป็นลักษณะทั่วไปของชุมชนในเมืองที่กำลังมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว

ข. ชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่ ได้แก่

๓) ชุมชนบ้านจัดสรร ชุมชนชานเมือง ชุมชนคอนโดมิเนียม ชุมชนชาวแฟลต และชุมชนอะพาร์ตเมนต์ หมายถึง ชุมชนเมืองแบบใหม่ที่ปรับตัวไปตามกายภาพของแหล่งที่อยู่อาศัยในชีวิตชาวเมือง และมีลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกและวิถีวัฒนธรรมชุมชนที่แตกต่างไปจากชุมชนดั้งเดิมมาก

๔) ชุมชนโรงงาน เป็นชุมชนอีกรูปแบบหนึ่งที่คนมาอยู่ร่วมกัน ทำงานและใช้ชีวิตร่วมกันในกายภาพของโรงงาน ความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชนแบบนี้แตกต่างไปจากชุมชนดั้งเดิมทั้งทางการผลิตและทางสังคม มีนายจ้างลูกจ้าง ไม่มีฐานทรัพยากรธรรมชาติให้พึ่งพิงแบบชนบท จึงต้องอาศัยระบบสวัสดิการเป็นระบบตาข่ายนิรภัยทางสังคมเพื่อรองรับ ซึ่งสิ่งนี้หน่วยงานภาคีสนับสนุนชุมชนที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญในฐานะที่เป็นชุมชนหนึ่ง ๆ มากนัก ในขณะที่ประชากรแรงงานเหล่านี้ในวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วตามการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรม

๕) ชุมชนสำนักงานหรือออฟฟิศ หมายถึง ชุมชนอีกรูปแบบหนึ่งที่คล้ายกับชุมชนโรงงาน แต่เป็นลักษณะของแรงงานสมองหรืองานบริการ รวมทั้งออฟฟิศของหน่วยงานเอกชนหรือราชการต่าง ๆ ก็อยู่ในเกณฑ์เช่นนี้

ค. ชุมชนเชิงความสัมพันธ์อื่น ๆ ได้แก่

๖) ชุมชนเสมือนจริง อาทิ ชุมชนไซเบอร์หรือชุมชนออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต และชุมชนทาง

คลื่นวิทยุ เป็นชุมชนที่มีสายสัมพันธ์ติดต่อกันอีกรูปแบบหนึ่ง (Community of connectivity) ซึ่งซ้อนทับไปกับชุมชนรูปแบบอื่น ๆ ชุมชนแบบนี้มีระบบคุณค่า วิถีวัฒนธรรม มีระบบการควบคุมตนเองเช่นกัน

๗) ชุมชนรูปแบบเฉพาะอื่น ๆ อาทิ ชุมชนชายแดน ชุมชนชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง ชุมชนชายขอบ ฯลฯ

ทั้งนี้ ชุมชนในรูปแบบที่หน่วยงานภาคีต่าง ๆ กำลังดำเนินงานอยู่ในขณะนี้คือ ๑) และ ๒) เท่านั้น ส่วนที่เหลือยังขาดการพัฒนาแนวคิดแนวทางและวิธีการดำเนินงาน

ดังนั้นเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่มีพลวัตทางสังคมสูง จึงควรที่จะมีการบุกเบิกงานชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะสำหรับรองรับชุมชนรูปแบบอื่น ๆ กันอย่างจริงจังจ้ะควบคู่ไปด้วย

๖. โอกาสและวิกฤตของงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน

จากการวิเคราะห์ SWOT งานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนในเบื้องต้น สามารถประมวลจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม ได้ดังนี้

๑) จุดแข็ง (Strength)

จุดแข็งของงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนในประเทศไทยในเวลานี้ สืบเนื่องมาจากการที่ประเด็นนี้ได้กลายเป็นกระแสอุดมการณ์ทางสังคมที่ทุกหน่วยงานของรัฐต่างให้การยอมรับ เช่นเดียวกับองค์กรภาคธุรกิจและสังคมทั่วไป

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและกฎหมายต่าง ๆ ได้บรรจุถ้อยคำที่สะท้อนความสำคัญเอาไว้ ทำให้หน่วยงานราชการต่าง ๆ ล้วนมีแผนงานโครงการและงบประมาณสนับสนุนชุมชนอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่แผนพัฒนาประเทศฉบับที่ ๘ เป็นต้นมา

นอกจากนั้น ยังมีองค์กรภาคีระดับชาติที่มีศักยภาพในการสนับสนุนชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีผลงานเชิงประจักษ์ ทั้งในทางนโยบาย องค์ความรู้และทรัพยากร อย่างน้อย ๔๖ องค์กร ดังได้กล่าวข้างต้น ซึ่งทุกองค์กรภาคีต่างมีเครือข่ายองค์กรชุมชนที่หลากหลายเป็นจำนวนมาก นับแสนองค์กร อยู่ในสายสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการที่ทุกองค์กรภาคีต่างยอมรับแนวคิดการบูรณาการและเสริมพลังการทำงานซึ่งกันและกันนับเป็นจุดแข็งอีกเช่นกัน

๒) ข้อจำกัด (Weakness)

แต่อย่างไรก็ตาม น่าเสียดายที่องค์กรภาคีต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีข้อจำกัดในเชิงโครงสร้าง ระบบและวัฒนธรรมองค์กร โดยเฉพาะภาคีที่เป็นหน่วยงานราชการ กล่าวคือด้านหนึ่งแต่ละองค์กรมีพันธกิจและตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (KPI) ของตนที่ต้องถูกประเมินโดยหน่วยเหนือ จึงทำให้ทุกองค์กรจะต้องสาละวนอยู่กับการทำงานตามตัวชี้วัดเฉพาะเหล่านี้ จนไม่สามารถเปิดรับการทำงานร่วมกับหน่วยข้างเคียงอื่นได้เท่าที่ควรจะเป็น งานบูรณาการจึงกลายเป็นเพียงวาทกรรมที่สวยหรูเอาไว้สำหรับเขียนลงไปนในรายงานเท่านั้น

ส่วนอีกด้านหนึ่ง ผู้บริหารองค์กรภาครัฐในยุคปัจจุบันมักอยู่ภายใต้อิทธิพลและจำต้องสนองต่อนักการเมือง จนหมดความเป็นอิสระในการทำงาน ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมีอิสระทางวิชาชีพหรือแสดงความเป็นมืออาชีพได้เท่าที่ควร ทั้งในด้านงานนโยบาย งานวิชาการ งานบริหารหรืองานปฏิบัติการ

๓) โอกาส (Opportunity)

ในยุคนี้เราจับได้ว่ากระแสอุดมการณ์สังคมและนโยบายหนุนเสริมการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนหรือชุมชนเข้มแข็งในด้านต่าง ๆ เป็นโอกาสที่เอื้อที่สุดแล้วต่อการขับเคลื่อนงานชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะ และ

โอกาสเช่นนี้เชื่อว่าคงอยู่อย่างถาวร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์บ้านเมืองที่กำลังผันผวนเช่นนี้ ไม่มีใครสามารถทำนายได้ว่าบรรยากาศที่เอื้อต่อภารกิจสนับสนุนชุมชนเช่นนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

ในอีกด้านหนึ่ง สถานการณ์บ้านเมืองที่กำลังมีความขัดแย้งแตกแยกอย่างยืดเยื้อเรื้อรังจากการแย่งชิงอำนาจในโครงสร้างส่วนบนของนักการเมืองในระบบตัวแทนในรัฐสภา จนดูเหมือนจะไร้ทางออกเข้าทุกที ได้กลายเป็นตัวกระตุ้นเร้าให้สังคมหันมาเรียกหาการปฏิรูป และขณะเดียวกันก็เรียกร้องต้องการชุมชนเข้มแข็งให้เข้ามาอยู่ในสมการการแก้ปัญหาประเทศมากยิ่งขึ้นทุกขณะ

๔) ภัยคุกคาม (Threat)

นโยบายการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ของรัฐและรัฐบาลที่ไม่ละเอียดอ่อนต่อผลกระทบและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นอันนำมาซึ่งความขัดแย้ง

โครงการสัมปทานและการลงทุนที่ทำลายทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและชุมชนท้องถิ่น และนโยบายประชานิยมเชิงสังคมนิยมที่พรรคการเมืองทุกขั้วต่างแข่งกันเสนอขายกับชาวบ้านและชุมชนท้องถิ่นเพื่อแลกคะแนนเสียง จนเสี่ยงต่อสภาวะการเสถียรทางนโยบายและทำให้ชุมชนอ่อนแอในระยะยาว นับเป็นภาวะคุกคามที่ชัดเจนที่สุดสำหรับการทำงานสนับสนุนชุมชนเข้มแข็งในยุคนี้

กระแสการเปิดประเทศสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนก็นับเป็นความเสี่ยงที่มาพร้อมโอกาสที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทยและชุมชนท้องถิ่นไทย ซึ่งกล่าวกันว่าในภาพรวมยังขาดการเตรียมความพร้อมในเชิงคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน

รวมทั้งพฤติการณ์การแผ่ขยายอิทธิพลของประเทศมหาอำนาจทางด้านการค้า เศรษฐกิจ การทำมาหากิน และการกว้านซื้อที่ดินจากเกษตรกรที่ไม่รู้เท่าทัน รวมทั้งข้อตกลงเขตการค้าเสรี (เอฟทีเอ) และการเปิดประเทศอย่างไม่ระมัดระวัง ซึ่งท้ายที่สุดชุมชนส่วนใหญ่ที่ยังไม่มีความเข้มแข็งพออาจจะตกเป็นเหยื่อ ถูกกระทำ จนเกิดความอ่อนแอที่เป็นผลตามมา ทั้งในระดับปัจเจก กลุ่ม ชุมชนและท้องถิ่น

นอกจากนั้น ยังมีปัญหาวิกฤตสังคมอื่น ๆ ที่สะสมตัวมาก่อนหน้าอย่างยาวนาน ทั้งเรื่องความยากจน ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรม ความรุนแรง ยาเสพติด และการทุจริตคอร์รัปชัน ก็ยังคงเป็นปัจจัยคุกคามและบั่นทอนความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่รุนแรงมากอีกทางหนึ่งเช่นกัน

๗. คำจำกัดความชุมชนสุขภาวะในมิติกว้าง

คำว่า ชุมชนสุขภาวะ ชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนจัดการตนเอง และชุมชนเป็นสุข มักถูกนำมาใช้ในทิศทางเดียวกันหรือสลับเปลี่ยนแทนที่กันไปมา สุดท้ายแล้วผู้ใช้จะมีความสนใจพิเศษหรือหน่วยงานภาคีจะมีภารกิจเฉพาะไปในทางใด

ดังนั้น เพื่อนำไปสู่การสร้างเป้าหมายใหญ่ร่วมกันในระยะต่อไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องขยายคำจำกัดความบางอย่างให้ครอบคลุมลักษณะร่วมและลักษณะเฉพาะที่หน่วยงานภาคีใช้อยู่ เพื่อให้ทุกภาคีที่มีถิ่น มีบทบาท และรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

ชุมชนสุขภาวะและชุมชนเข้มแข็ง

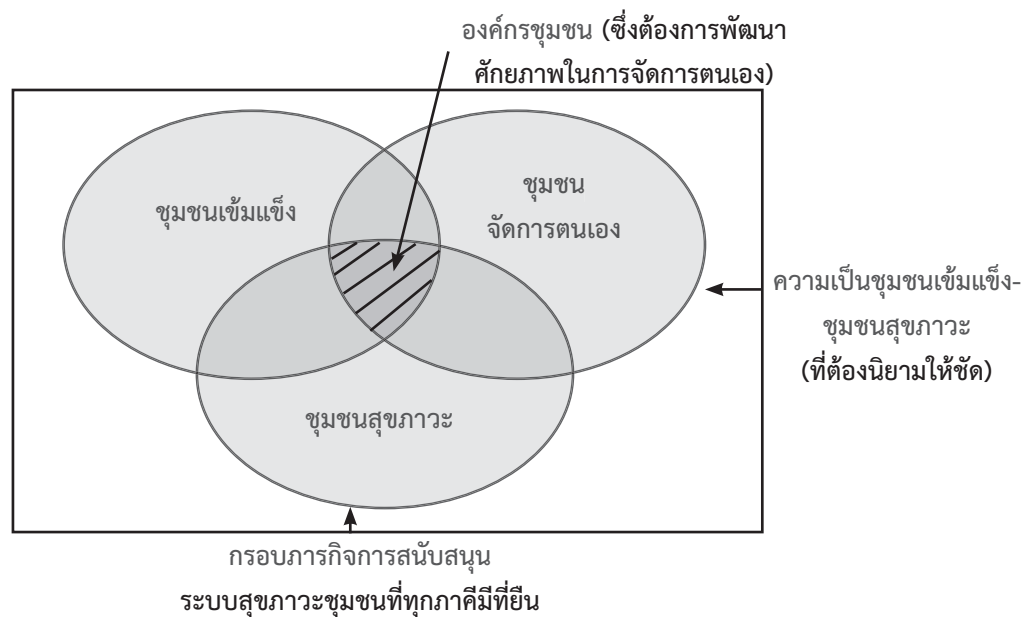
...หมายความว่า ชุมชนที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ ปรับตัวและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และคุณธรรมจริยธรรม จนบรรลุซึ่งความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้และมีความสุข สันติภาพหรือสุขภาวะในด้านต่าง ๆ

งานสนับสนุนระบบชุมชนสุขภาวะและชุมชนเข้มแข็ง

....หมายความว่า การกิจในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนท้องถิ่น ทั้งในชนบทและในเมือง และชุมชนในรูปแบบอื่น ๆ ตามพลวัตของสังคม สามารถรวมตัวกัน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา และมีศักยภาพในการจัดการตนเองได้ในทุกด้าน จนบรรลุซึ่งคุณภาพความเข้มแข็งและความมีสุขภาวะที่ดี

องค์กรชุมชน

.....หมายความว่า รูปแบบการจัดตั้งและจัดการตนเองอย่างมีโครงสร้างและเป็นระบบของชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายไปตามวัตถุประสงค์ ความสนใจ และการปฏิสัมพันธ์ตอบสนองกับองค์กรภายนอก ทั้งในด้านชนิด ประเภท ขนาด และคุณสมบัติขององค์กร



๘. ข้อมูลองค์กรชุมชนจาก ๑๒ ฐานข้อมูลตั้งต้น

องค์กรชุมชนนับเป็นผลลัพธ์ผลิตที่เป็นรูปธรรมของงานสนับสนุนชุมชนเข้มแข็งที่หน่วยงานภาคีต่างมีร่วมกัน กล่าวคือ หน่วยงานภาคีต่าง ๆ ล้วนมีแนวทางการดำเนินงานที่เหมือน ๆ กันในเรื่องนี้ โดยมักจะเริ่มจากการไปส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำกันเป็นกลุ่ม มีการจัดตั้งและจัดการอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้และจัดการตนเองได้เข้มแข็งขึ้นตามลำดับ ส่วนหน่วยงานสนับสนุนเองก็มักมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนในเครือข่ายของตนและมีการประเมินความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพด้วยเครื่องมือที่แตกต่างกันไป

จากการสำรวจและศึกษาทบทวนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาคีที่สนับสนุนชุมชนเข้มแข็งกว่า ๒๐ องค์กร พบว่ามีบางหน่วยงานเท่านั้นที่มีระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนขนาดใหญ่ในเครือข่ายของตน ซึ่งมีความครอบคลุมและกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ และเป็นข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรชุมชนที่หน่วยงานภาคีอื่น ๆ ก็สามารถใช้เป็นเครื่องสะท้อนความเข้มแข็งของชุมชนฐานรากในภาพรวมของประเทศได้อีกทางหนึ่งด้วย

ในขั้นตอนตั้งต้นสำหรับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วม มีฐานข้อมูลอย่างน้อย ๑๒ ฐานที่ควรเป็นจุดเริ่มสำหรับการพัฒนาให้เป็นเครือข่ายระบบฐานข้อมูลกลางสำหรับที่ทุกหน่วยงานภาคีจะสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ในลักษณะ Multi-centric database ได้แก่

๑) กองทุนสวัสดิการชุมชน (พอช./พม.) ๒) สภาองค์กรชุมชน (พอช.) ๓) วิสาหกิจชุมชน (กษ.) ๔) สหกรณ์เครดิตยูเนียน (กษ.) ๕) กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง (สทบ.) ๖) สถาบันการเงินชุมชน (ธกส./ออมสิน) ๗) ชุมชนต้นแบบ (ธกส.) ๘) กองทุนชุมชนรอบโรงไฟฟ้า (สภพ.) ๙) ชุมชนป้องกันยาเสพติด (ปปส.) ๑๐) วิทยุชุมชนมาตรฐาน (กสทช.) ๑๑) กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต (พช./มท.) ๑๒) กลุ่ม OTOP (พช./มท.) ๑๓) ป่าชุมชน (ทส.) ๑๔) ตำบลพอเพียง (ปตท.) ๑๕) ป่าชุมชนลูกโลกสีเขียว (ปตท.) ๑๖) กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (สปสช.) ๑๗) ตำบลจัดการสุขภาพ (สธ.) ๑๘) ตำบลสุขภาวะ (สสส.) ๑๙) ระบบสุขภาพตำบล (สพช.) ๒๐) ทำเนียบนามผู้นำชุมชนท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้าน และเกษตรกรคนเก่ง (รวม)

กองทุนสวัสดิการชุมชนตำบล (และเมือง) เป็นองค์กรจัดตั้งของชุมชนในด้านสวัสดิการ ชุดตัวชีวิต ความเข้มแข็งประกอบด้วย มีการดำเนินการมานานเกิน ๑ ปี มีสมาชิกและผู้รับประโยชน์หลากหลายครอบคลุม กลุ่มคน รวมถึงเยาวชน คนชรา คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ในหมู่บ้าน/ชุมชนร้อยละ ๕๐ ของพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนจาก อปท. มีระบบการบริหารกองทุนที่ดี มีการจัดสวัสดิการชุมชนพื้นฐานไม่น้อยกว่า ๓ เรื่อง เช่น เกิด เจ็บ แก่ การศึกษา อาชีพ ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้ คือ ระดับตำบล/เทศบาล ปัจจุบันมีจำนวน ๕,๘๘๗ กองทุน มีคุณภาพระดับแข็งแรงมาก ๑๓.๗% แข็งแรง ๓๔.๘% และเข้ามาตรฐาน ๕๑.๕%

สหกรณ์เครดิตยูเนียน เป็นองค์กรจัดตั้งเพื่อการช่วยเหลือกันเองด้านสวัสดิการชุมชนตามอุดมการณ์ เครดิตยูเนียน ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือ หน่วยสหกรณ์ (นิติบุคคล) ปัจจุบันมีจำนวน ๑,๓๒๑ แห่ง สมาชิก ๑.๒๓๘ ล้านคน ทุนเรือนหุ้น ๒๐,๘๗๒ ล้านบาท สินทรัพย์รวม ๖๐,๔๙๐ ล้านบาท เงินรับฝาก ๓๐,๙๕๑ ล้านบาท ลูกหนี้เงินกู้ ๕๓,๓๐๙ ล้านบาท แต่ยังไม่มียอดผลการประเมินเชิงคุณภาพ

กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นองค์กรจัดตั้งเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นระดับตำบลภายใต้ความร่วมมือของ สปสช. และ อปท. ชุดตัวชีวิตความเข้มแข็งประกอบด้วย มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วมที่ดี มีการสร้างนวัตกรรม มีผลการดำเนินงานใน ๔ หมวดกิจกรรม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือระดับตำบลทั้งตำบลหรือเทศบาล ทั้งเทศบาล ปัจจุบันมีจำนวน ๗,๗๕๙ กองทุน มีคุณภาพในระดับ A+ มีศักยภาพสูงและเป็นศูนย์เรียนรู้ ๒๔.๑% ระดับ A มีศักยภาพดี ๕๔.๓% ระดับ B มีศักยภาพปานกลาง ๑๙.๓% และระดับ C ยังขาดความพร้อมต้องเร่งพัฒนา ๒.๒%

กองทุนหมู่บ้าน/กองทุนชุมชนเมือง เป็นองค์กรการเงินของชุมชนชนบทและชุมชนเมือง ภายใต้การสนับสนุนของรัฐ ชุดตัวชีวิตความเข้มแข็งประกอบด้วย มีการบริหารจัดการที่ดี (๑๐) มีการเสริมสร้างความเข้มแข็ง (๔) และมีผลการดำเนินงานที่ดี (๖) ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือระดับหมู่บ้านทั้งหมู่บ้านหรือชุมชนเมืองทั้งชุมชน ปัจจุบันมีจำนวน ๗๙,๒๒๕ กองทุน มีคุณภาพในระดับดีมาก ๓๖.๕% ระดับดี ๔๐.๓% ระดับปานกลาง ๑๕.๒% และระดับต้องปรับปรุง ๗.๘%

กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต เป็นองค์กรจัดตั้งของชุมชนชนบทเพื่อสนับสนุนการทำมาหากิน ชุดตัวชีวิตความเข้มแข็งประกอบด้วย มีโครงสร้างและกระบวนการทำงานดี (๑๕) มีการบริหารเงินทุนและทรัพยากรดี (๗) และมีการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรดี (๑๐) ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือระดับกลุ่มหรือองค์กร ปัจจุบันมีจำนวน ๑๑,๑๐๐ กลุ่ม มีคุณภาพในระดับดี ๕๖.๒% พอใช้ ๒๙.๔% และต้องปรับปรุง ๑๔.๓%

กลุ่มผู้ผลิตสินค้าโอท็อป เป็นองค์กรจัดตั้งของชุมชนชนบทที่มีสินค้า ผลิตภัณฑ์ และการให้บริการ ชุดตัวชี้วัดความเข้มแข็งประกอบด้วย มีปัจจัยที่ใช้ในการผลิต-บริการที่ดี (๒) การผลิตดี (๒) การตลาดดี (๑) ระบบบัญชี/การเงินที่ดี (๓) และอื่น ๆ (๒) ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือระดับกลุ่มหรือองค์กร ปัจจุบันมีจำนวนแบ่งเป็น กลุ่มอาชีพ ๑๙,๗๗๓ กลุ่ม สหกรณ์ ๓๒๙ แห่ง SME ๓,๘๓๙ องค์กร SSE ๒,๑๗๑ องค์กร แต่ยังไม่มีการประเมินเชิงคุณภาพ

วิสาหกิจชุมชน เป็นองค์กรจัดตั้งเพื่อทำธุรกิจของชุมชนชนบท ชุดตัวชี้วัดความเข้มแข็งประกอบด้วย มีผู้นำและการบริหารวิสาหกิจที่ดี (๑๕) มีการวางแผนดำเนินงานที่ดี (๔) มีการบริหารการตลาดที่ดี (๓) มีการจัดการความรู้และข้อมูลที่ดี (๓) มีการบริหารสมาชิกที่ดี (๔) มีการจัดการสินค้าและบริการที่ดี (๓) และมีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดี (๑๒) ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือระดับกลุ่มหรือองค์กร ปัจจุบันมีจำนวน ๗๒,๔๐๔ แห่ง แต่ยังไม่มีการประเมินเชิงคุณภาพ

ป่าชุมชน เป็นองค์กรจัดตั้งของชุมชนที่ดูแลรักษาฐานทรัพยากรป่า (รวมถึงน้ำและที่ดินที่เกี่ยวข้อง) เพื่อเป็นสมบัติสาธารณะและเป็นสวัสดิการของชุมชนไปด้วยกัน ชุดตัวชี้วัดความเข้มแข็งประกอบด้วย มีความอุดมสมบูรณ์ของป่าไม้ (๗) มีการใช้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจชุมชน (๓) มีการจัดการที่ดี (๗) และมีการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเข้มแข็ง (๕) ขนาดขององค์กรชุมชนที่ใช้คือโครงการหรือขนาดของพื้นที่ป่าชุมชนตามภูมิวิเวศ จำนวนเป็นไร่ ซึ่งไม่เกี่ยวกับเขตการปกครอง ปัจจุบันมีจำนวน ๘,๑๘๖ แห่ง ใน ๖๘ จังหวัด มีเนื้อที่รวม ๓.๔๙ ล้านไร่ (ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ - ๓๐ มิ.ย. ๒๕๕๖) ยังไม่มีข้อมูลประเมินระดับคุณภาพ

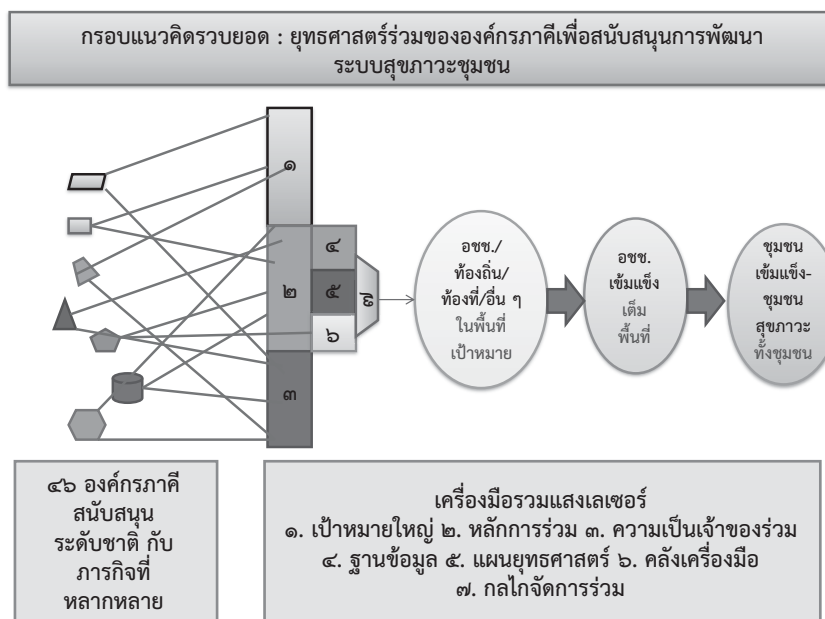
ตารางแสดงข้อมูลองค์กรชุมชนจากระบบฐานข้อมูลหลักบางส่วน

สถาบัน	ประเภทองค์กรชุมชน (อชช.)	ปริมาณ	ประเมินคุณภาพ	ระดับ ๑ (%)	ระดับ ๒ (%)	ระดับ ๓ (%)	ระดับ ๔ (%)
กรมการพัฒนาชุมชน	กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต	๑๑,๑๐๐	๑๑,๑๐๐	๕๖.๒%	๒๙.๔%	๑๔.๓%	
กรมการพัฒนาชุมชน	กลุ่มผู้ผลิตสินค้าโอท็อป	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มอาชีพ ๑๙,๗๗๓ • สหกรณ์ ๓๒๙ • SME ๓,๘๓๙ • SSE ๒,๑๗๑ 					
กรมส่งเสริมการเกษตร	วิสาหกิจชุมชน	๗๒,๔๐๔					
สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ	กองทุนหมู่บ้าน (กทบ.)/กองทุนชุมชนเมือง (กชม.)	๗๙,๒๒๕	๗๙,๒๒๕	๔๐.๓%	๑๕.๒%	๗.๘%	
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล	๗,๗๕๙	๗,๗๕๙	ระดับ A+ ๒๔.๑%	ระดับ A ๕๔.๓%	ระดับ B ๑๙.๓%	ระดับ C ๒.๒%
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.)	กองทุนสวัสดิการชุมชน	๕,๘๘๗	๘,๖๙๖	๑๓.๗%	๓๔.๘%	๕๑.๕%	
กรมส่งเสริมสหกรณ์	สหกรณ์เครดิตยูเนียน	๑,๓๒๑ แห่ง สมาชิก ๑.๒๓๘ ล้านคน ทุนเรือนหุ้น ๒๐,๘๗๒ ล้านบาท สินทรัพย์รวม ๖๐,๔๙๐ ล้านบาท เงินรับฝาก ๓๐,๙๕๑ ล้านบาท					
กรมป่าไม้	ป่าชุมชน	๘,๑๘๖ แห่ง ๓.๔๙ ล้านไร่	๒,๑๐๔	แม่ข่าย ๖๒ แห่ง			
สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	สภาองค์กรชุมชน	๔,๑๙๔					
สสส.	ตำบลสุขภาวะ	๒,๑๐๔ อปท.					
ฐานข้อมูลกลาง (รอการพัฒนา)	ทำเนียบนามผู้นำชุมชนท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน และเกษตรกรคนเก่ง						
	รวม	๒๐๕,๘๓๘	๑๐๖,๗๘๐	๑๓.๗ - ๕๖.๒			

๙. รวมพลังดูจการรวมแสงเลเซอร์สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชน

จากการทบทวนแนวคิด สถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า การพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนหรือชุมชนเข้มแข็ง “เป็นการสร้างฐานเจตีย์ของการพัฒนาให้มั่นคง” (ศ. นพ.ประเวศ วะสี) ซึ่งแม้จะมีหน่วยงานดำเนินการอยู่แล้ว จำนวนมากและหลากหลายประเด็น แต่หากพิจารณาจากแนวคิดของ รศ. ดร.เสรี พงศ์พิศ ที่กล่าวว่า “การพัฒนา เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่จะเกิดจากยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชนที่มีกระบวนการที่สัมพันธ์กัน มีเป้าหมายและฐานคิดเดียวกัน คือ ฐานแห่งธรรม ฐานของท้องถิ่น และฐานทางปัญญา แม้จะแตกต่างกันในรายละเอียดวิธีการ แต่หากเป็นวิธีการที่สมาชิกเครือข่ายยอมรับได้ การพัฒนาเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งก็สำเร็จได้”

ยุทธศาสตร์ร่วมว่าด้วยการสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชน อันเป็นเครื่องมือการบูรณาการและรวมพลังการสนับสนุนขององค์กรภาคีให้เป็นเสมือนแสงเลเซอร์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานทั้งหมดเข้ามาหา กัน ดังกรอบแนวคิดรวบยอดในแผนภูมิข้างล่าง



จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ๒๐ ท่าน และทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยแผนและยุทธศาสตร์การสนับสนุนชุมชนของหน่วยงานภาคี ๒๐ องค์กร สามารถสรุปได้ว่า เครื่องมือที่จำเป็นในการรวมแสงเลเซอร์ในการสนับสนุนชุมชนนั้น การมีเพียงแค่แผนยุทธศาสตร์ที่สมบูรณ์แบบเท่านั้นอาจไม่เพียงพอ ที่ต้องการคือการมีเครื่องมือหลายชิ้นประกอบเข้าด้วยกันเป็นชุด

ยุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชนในเอกสารรายงานฉบับนี้ก็คือชุดเครื่องมือสำคัญที่จะใช้ในการรวมแสงเลเซอร์ไปสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชนทั่วประเทศนั่นเอง

ประกอบด้วย

- ๑) เป้าหมายร่วม (Purpose)
- ๒) หลักการทำงานร่วม (Principle)
- ๓) ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (Ownership/Participation)
- ๔) แผนขับเคลื่อนภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกัน (Plan)
- ๕) คลังข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นร่วมกัน (Multi-centric Database)
- ๖) คลังเครื่องมือและเทคโนโลยีร่วมกัน (Tools/Technology)
- ๗) กลไกการจัดการบางอย่างร่วมกัน (Organization)

๑๐. กรอบประเด็นในการจัดทำยุทธศาสตร์ร่วม

กรอบประเด็นสำหรับการจัดทำยุทธศาสตร์ร่วมและกระบวนการขับเคลื่อนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนควรประกอบด้วย ๙ ประเด็น ได้แก่

- ๑) ใครคือหน่วยงานภาคีสนับสนุน ใครคือผู้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
- ๒) กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์และความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน
- ๓) อะไรคือวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม
- ๔) มีหลักการการทำงานที่จะยึดถือร่วมกันอะไรบ้าง
- ๕) แผนงาน โครงการที่จะขับเคลื่อนร่วมกัน
- ๖) กลไกการทำงานร่วมกันในระดับต่าง ๆ
- ๗) ระบบฐานข้อมูล องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่จะใช้แลกเปลี่ยนสนับสนุนแก่กันและกัน
- ๘) การบรรลุเป้าหมายองค์กรชุมชนเข้มแข็งเป็นขั้นต้น
- ๙) การมุ่งสู่จุดหมายการมีชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองและเข้มแข็งในบั้นปลาย

ผังแผนภูมิ



๑๑. เป้าหมายร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ในความแตกต่างหลากหลายของภารกิจและวัฒนธรรมองค์กรของหน่วยงานภาคีที่ทำงานสนับสนุนชุมชน เมื่อศึกษาเจาะลึกลงไปในระยะยาว พบว่ายังคงมีบางสิ่งบางอย่างที่อยู่ในวิสัยที่จะสามารถสร้างความเป็นเอกภาพในการทำงานร่วมกันได้ โดยเฉพาะเป้าหมายใหญ่ในระยะยาว ได้แก่

- **วิสัยทัศน์ในเชิงนามธรรม** เช่น การที่ทั่วประเทศมีชุมชนท้องถิ่นที่เข้มแข็ง สามารถจัดการตนเองได้ และบรรลุซึ่งความมีสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยสามารถวัดและประเมินได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์

- **การมีเป้าหมายรูปธรรมในเชิงคุณภาพร่วมกันภายใต้ระยะเวลาที่แน่นอน** เช่น ทุกภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนเชิงคุณภาพเพื่อให้มีองค์กรชุมชน (อชช.) ที่เข้มแข็งทั่วประเทศ ในหลากหลายรูปแบบ ในทุกเครือข่ายของหน่วยงานภาคี อย่างน้อยสองในสาม ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี

นอกจากการมีเป้าหมายใหญ่ร่วมกันแล้ว ยังมีจุดร่วมอีกหลายอย่างที่สามารถกำหนดขึ้นมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานร่วมกันได้ อย่างเช่น

- หลักการสำคัญที่จะยึดถือร่วมกันในการลงไปทำงานส่งเสริมสนับสนุนชุมชนและเอื้อให้เกิดการบูรณาการเชื่อมโยงและเสริมพลังซึ่งกันและกันได้มากขึ้น
- การกำหนดประเด็น พื้นที่หรือแผนขับเคลื่อนกิจกรรมเชิงยุทธศาสตร์บางอย่างเพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากหน่วยงานภาคีต่างมีธรรมชาติและวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่าง จึงมีบางสิ่งบางอย่างที่ควรต้องปล่อยให้ความหลากหลาย ไม่ควรกดดันหรือกำหนดกฎเกณฑ์ให้หน่วยงานภาคีต้องทำอะไรที่เหมือนกันไปทุกสิ่ง อาทิ

- วิธีการทำงานตามสไตล์ที่ภาคีถนัด
- เครื่องมือ กระบวนการและการจัดการที่จะเลือกใช้ตามวิถีวัฒนธรรมองค์กร
- ระบบฐานข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะของหน่วยงาน
- ระบบงบประมาณและการสนับสนุนทรัพยากร ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขข้อจำกัดของแต่ละองค์กร
- แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการของแต่ละองค์กร
- คลังเครื่องมือ ข้อมูลและองค์ความรู้ที่เป็นสมบัติเฉพาะขององค์กร

๑๒. หลักการร่วมในการสนับสนุนชุมชน

ปัจจุบันพบว่าหลักการบางอย่างที่เกือบทุกหน่วยงานภาคีต่างมีความเข้าใจและใช้เป็นหลักยึดในการทำงานสนับสนุนชุมชนตามภารกิจขององค์กรอยู่แล้ว จึงอยู่ในวิสัยที่จะประมวลขึ้นไว้ให้เป็นหลักการร่วมที่เป็นกิจจะลักษณะและใช้สื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน ประกอบด้วย ๗ หลักการ ได้แก่

๑) หลักการทำให้ชุมชนเป็นฐาน เป็นตัวตั้ง เป็นศูนย์กลาง ระบบสุขภาวะชุมชนหรือชุมชนเข้มแข็งต้องพัฒนาโดยชุมชนเป็นเจ้าของ อันนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถจัดการตนเอง รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันต่อสภาพแวดล้อมภายนอกชุมชนได้ หน่วยงานภายนอกเป็นเพียงหน่วยสนับสนุน ไม่เป็นหน่วยสั่งการหรือกำหนดแนวทางประเด็นการพัฒนาของชุมชนอย่างตายตัวแบบบนลงล่าง

๒) หลักการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ในการสนับสนุนชุมชน ควรคำนึงถึงสิ่งที่ชุมชนจะได้รับหรือจะสูญเสียไปพร้อมกัน ทั้งในมิติการแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า (survive) สิ่งที่จะทำให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างพอเพียง (sufficient) และสิ่งที่จะช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน (sustain)

๓) หลักการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน ควรสนับสนุนการเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตภายในชุมชนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบข้ามวัฒนธรรม เพื่อให้ได้ความคิดสร้างสรรค์ใหม่ ๆ อันเกิดจากการระเบิดจากภายในของชุมชนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้นำ

๔) หลักการในการกระจายอำนาจไปให้สุด ให้ชุมชนเป็นผู้กำหนดชะตาชีวิตของตนเอง ไม่คิดแทนชุมชน ควรใช้กระบวนการแผนชีวิตชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญ โดยกระบวนการแผนชุมชนที่มีคุณภาพจะต้องใช้ข้อมูลของชุมชนและเวทีการวิเคราะห์ข้อมูล การกำหนดแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาหรือจัดทำเป็นแผนพัฒนาที่ชุมชนเป็นเจ้าของอย่างแท้จริง ต้องสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนชุมชนที่จำแนกได้ชัดเจนว่า ๑) อะไรบ้างเป็นสิ่งที่ชุมชนจะทำเอง ๒) สิ่งใดบ้างที่ต้องการให้ อปท. ช่วย และ ๓) อะไรที่เกินกำลัง เป็นสิ่งที่ราชการต้องทำให้ ทั้งนี้เพื่อองค์กรสนับสนุนจะได้รู้เป้าหมายอย่างถูกต้องแม่นยำ

๕) **หลักการฟื้นฟูพัฒนาทุนทางสังคม** ในฐานะปัจจัยสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว ต้องส่งเสริมการเรียนรู้ประวัติศาสตร์ท้องถิ่นอย่างจริงจังเพื่อให้ผู้นำชุมชนและเยาวชนรุ่นใหม่เข้าใจทุนทางสังคมและวัฒนธรรมอันเป็นรากเหง้า ควบคู่ไปกับการส่งเสริมการทำบัญชีครัวเรือนเพื่อให้รู้จักปัญหา ข้อจำกัด และจุดแข็ง ในตนเอง เพื่อกำหนดแผนชีวิตที่สอดคล้องกับความเป็นจริง

๖) **หลักการการสร้างภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการบูรณาการ-เชื่อมโยงภารกิจ** และสานพลังระหว่างหน่วยงานภาคี หน่วยงานภาคีทุกระดับควรต้องทำตัวหลวม ๆ ไว้ ไม่อึดอกระเปียบข้อบังคับภายในหน่วยงานจน แข็งกระด้าง ให้สามารถทำงานอย่างยืดหยุ่นได้เพื่อรองรับการบูรณาการเชื่อมโยงกับหน่วยอื่นได้

๗) **หลักการการเฝ้าระวังปัจจัยขัดขวาง** ไม่เพียงหน่วยงานภาคีจะใส่ใจตัวเองแสดงที่สนับสนุนชุมชนเท่านั้น ยังต้องช่วยกันเฝ้าระวังตัวแปรทางลบที่จะมาขัดขวางหรือทำลายกระบวนการชุมชนเข้มแข็งอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็น นโยบายระดับมหภาคของรัฐบาล หรือการดำเนินโครงการรูปธรรมในระดับพื้นที่ของภาครัฐและเอกชน โดยต้อง ส่งสัญญาณแจ้งเตือนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ระมัดระวังหรือทบทวนอย่างทันที่

๘) **หลักการส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาได้ไปเรียนรู้จากชุมชนเข้มแข็งใกล้เคียงและร่วมปรับปรุงเพิ่มเติม หลักสูตรให้มีเนื้อหาชุมชนเข้มแข็ง**

๑๓. กระบวนการจัดทำและสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้แต่งตั้งและมอบหมายภารกิจให้กับ คณะอนุกรรมการพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกดำเนินการจัด กระบวนการพัฒนาเอกสารทางวิชาการ โดยมีเป้าหมายให้สามารถนำเข้าสู่วาระการพิจารณาและมีมติในที่ประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗

คณะอนุกรรมการฯ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานภาคีจำนวนหนึ่งจึงได้ทำการพัฒนายุทธศาสตร์ร่วม ว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ด้วยการมอบหมายที่วิจัยของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาไปดำเนินการ ค้นคว้ารวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบดังนี้ ๑) ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์สนับสนุนชุมชน มาอย่างยาวนาน จำนวน ๒๐ ท่าน ๒) ทำการศึกษายุทธศาสตร์และแผนงานด้านการสนับสนุนชุมชนขององค์กร ภาคี จำนวน ๒๐ องค์กร ๓) ทำการศึกษาตัวอย่างกรณีต่างประเทศเพื่อใช้เปรียบเทียบและค้นหาแนวคิดใหม่ ๆ จำนวน ๕ ประเทศ ๔) ทำการสำรวจระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนของหน่วยงานภาคี จำนวน ๑๐ หน่วยงาน จากนั้น ข้อมูลเหล่านี้ได้ถูกนำเข้าสู่ที่ประชุมพิจารณาของคณะกรรมการ รวม ๖ ครั้ง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

ในขณะเดียวกัน คณะอนุกรรมการได้จัดให้มีขั้นตอนและกระบวนการระดมความคิดเห็นกร่างยุทธศาสตร์ร่วมฯ และรับฟังความเห็นเป็นพิเศษจากองค์กรภาคีทั้ง ๔๕ หน่วยงาน รวมทั้งเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและ ส่วนอื่น ๆ อีกเป็นจำนวน ๔ ครั้ง ตามลำดับ ดังนี้

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๓๑ ส.ค. - ๑ ก.ย. ๒๕๕๖ เป็นการประชุมคณะกรรมการ ทั้งชุด ร่วมกับผู้แทนหน่วยงานภาคีสำคัญและที่วิจัย รวมทั้งสิ้น ๕๐ คน ระดมความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์และ แนวโน้มด้านงานสนับสนุนชุมชนทั่วประเทศ ทำ SWOT analysis สร้างวิสัยทัศน์ร่วม กำหนดเป้าหมายและ ยุทธศาสตร์ จากนั้นที่วิจัยนำข้อมูลและความคิดเห็นที่ได้ไปจัดทำร่างเอกสารร่างที่ ๑

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ ก.ย. ๒๕๕๖ เป็นการจัดประชุมระหว่างผู้แทน หน่วยงานภาคีทั้ง ๔๖ องค์กร ร่วมกับคณะกรรมการทั้งชุดและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐๐ คน เพื่อนำเสนอ

และรับฟังความเห็นต่อ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ฯ ครั้งที่ ๑ จากนั้นที่มววิจัยจึงนำข้อคิดเห็นจากเวทีไปปรับปรุงเป็นเอกสารร่างที่ ๒

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๗ ต.ค. ๒๕๕๖ ในเวทีเตรียมการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (Pre-assembly) เป็นการประชุมระหว่างผู้แทนหน่วยงานภาคีทั้ง ๔๖ องค์กร คณะอนุกรรมการทั้งชุด ผู้แทนเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นจากทุกภูมิภาคและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวม ๑๕๐ คน เพื่อรับฟังความเห็นต่อ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นครั้งที่ ๒ จากนั้นที่มววิจัยและคณะอนุกรรมการนำความคิดเห็นจากเวทีไปปรับปรุงเป็นร่างฉบับสุดท้ายก่อนนำเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ มิถุนายน ๒๕๕๗ เป็นการประชุมใหญ่ของเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีผู้แทนเครือข่ายทั่วประเทศและหน่วยงานภาคีที่หลากหลาย ทั้งฝ่ายนโยบาย ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายปฏิบัติ จะได้พิจารณาและมีมติสมัชชารับรอง (ร่าง) ยุทธศาสตร์ฯ อันหมายถึงการรับรองในเชิงหลักการต่อกรอบแนวคิดและสาระสำคัญของชุดเครื่องมือรวมถึงโครงการรวมแสงเลเซอร์สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนทั้ง ๗ ชั้น

รวมทั้งประกาศปฏิญญาต่อสาธารณะในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ร่วมกันของภาคีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๓๔ กลุ่มเครือข่าย และมีการร่วมลงนามความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคีระดับชาติส่วนหนึ่งที่มีความพร้อมในการสนับสนุนและ/หรือร่วมสนับสนุนทรัพยากร ในการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการรูปธรรมตามแนวทางของยุทธศาสตร์ร่วม จำนวนที่แน่นอนจำนวนหนึ่งด้วย

๑๔. คลังข้อมูล องค์กรความรู้และเทคโนโลยี

ในการพัฒนาระบบเครือข่ายฐานข้อมูลที่จะเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกันนั้น สิ่งที่เป็นสาระสำคัญที่ควรบรรจุไว้ในฐานข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลองค์กรชุมชนในเครือข่าย องค์กรความรู้ บทเรียนรู้และประสบการณ์ของชุมชนและหน่วยงานภาคี รวมไปถึงเครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่หน่วยงานและชุมชนได้พัฒนาหรือประดิษฐ์คิดค้นขึ้นมาใช้งาน

ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยงานภาคีอื่น ๆ ได้เลือกนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาต่อยอดไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังจะเป็นประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างกันอีกด้วย

ซึ่งเท่าที่ประมวลในเบื้องต้น ขณะนี้มีเครื่องมือที่หน่วยงานภาคีได้พัฒนาขึ้นและนำมาใช้ในการทำงานสนับสนุนชุมชนอย่างได้ผลดี อย่างน้อย ๒๒ ชิ้น ซึ่งควรที่จะได้ใช้เป็นจุดตั้งต้นในการพัฒนาให้เป็นคลังความรู้และเครื่องมือเครื่องใช้ร่วมกันที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนยิ่งขึ้น ได้แก่

๑) เครื่องมือของแผนงานตำบลสุขภาพะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

๑.๑) เครื่องมือวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์รวดเร็วแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnography Community Assessment Process - RECAP) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะการถอดบทเรียนและการสรุปข้อมูลทุนและศักยภาพของกลุ่มหรือแหล่งปฏิบัติการในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาทักษะในการออกแบบกระบวนการพัฒนาแหล่งเรียนรู้

๑.๒) ระบบข้อมูลตำบลโดยใช้เครื่องมือ TCNAP (Thailand Community Network Appraisal Program: TCNAP) ประกอบด้วยข้อมูล ๒ ระดับ คือ ระดับบุคคลและครอบครัว และระดับกลุ่มและชุมชน ซึ่งทั้ง ๒ ระดับ ประกอบด้วยข้อมูลที่แสดงถึงศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นใน ๗ ด้าน ได้แก่ ๑) ข้อมูลด้านทุนที่แสดงถึงศักยภาพ ๒) ข้อมูลด้านการสื่อสาร ๓) ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ ๔) ข้อมูลด้านประชากร ๕) ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

ชุมชน ๖) ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม และ ๗) ข้อมูลด้านการเมืองการปกครอง

๑.๓) หลักสูตร (แนวทาง) การเรียนรู้ร่วมกันภายในพื้นที่ของแต่ละ อปท. และหลักสูตร (แนวทาง) การเรียนรู้ข้ามพื้นที่ของชุมชนท้องถิ่น (ข้าม อปท.)

๑.๔) เครื่องมือ (แนวทาง) การทำงานสำหรับนักวิชาการชุมชนท้องถิ่น ๖ เรื่อง ประกอบด้วย ๑) การพัฒนาคู่มือการสร้างการเรียนรู้ ๒) การพัฒนาโครงการ ๓) การสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงาน ๔) การออกแบบขั้นตอนการดำเนินงานก่อนปฏิบัติการจริง (การสร้างปฏิบัติการ) ๕) การจัดการความรู้และพัฒนานโยบายสาธารณะ และ ๖) การบูรณาการงานโครงการกับงานประจำ

๑.๕) คู่มือการขับเคลื่อนการทำงานเฉพาะประเด็น ๖ ประเด็น ประกอบด้วย ๑) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ๒) การลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ ๓) การลดการบริโภคแอลกอฮอล์

๒) เครื่องมือของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

(๑) Credit Scoring

๓) เครื่องมือของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

(๑) เครื่องมือการทบทวนตนเองของสภาองค์กรชุมชน

(๒) เครื่องมือการทบทวนตนเองของกลุ่มสวัสดิการชุมชน

๔) เครื่องมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๑) เครื่องมือประเมินกองทุนสุขภาพตำบล

(๒) Strategic Map

๕) เครื่องมือทำงานสุขภาพชุมชน ๗ ชิ้น ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

(๑) แผนที่เดินดิน (Geo-social Mapping)

(๒) ผังเครือญาติ (Genogram)

(๓) โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community Organizations)

(๔) ระบบสุขภาพชุมชน (Local Health Systems)

(๕) ปฏิทินชุมชน (Community Calendar)

(๖) ประวัติศาสตร์ชุมชน (Local History)

(๗) ประวัติชีวิต (Life Story)

๖) เครื่องมือของสำนักงานพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพช.) ระดับตำบล

(๑) เครื่องมือประเมินระบบสุขภาพชุมชนด้วยตนเอง ๖ ด้าน ของ สพช.

๗) เครื่องมือของมูลนิธิหมู่บ้าน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(๑) แผนชีวิตชุมชน

(๒) บัญชีครัวเรือน

๘) องค์ความรู้การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เช่น หลักสูตรอบรมการสร้างควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility: O & M) หลักสูตรผู้ช่วยคนพิการ หลักสูตรล่ามภาษามือ หลักสูตรสำหรับผู้ดูแลคนพิการ และฐานข้อมูลการใช้กายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ

๑๕. กลไกการจัดการร่วมกันในพื้นที่

เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ร่วมตามแนวทางของชุดเครื่องมือรวมแสงเลเซอร์ตั้งที่กล่าวมาข้างต้น ให้ได้ผลทั้งสิ่งที่เป็นเอกภาพ มีพลังมุ่งสู่เป้าหมายใหญ่ร่วมกัน และให้ได้ทั้งสิ่งที่แตกต่างหลากหลายอันงดงาม มี

ประเด็นพิจารณาเรื่องกลไกการจัดการเชิงเครือข่ายร่วมกันในพื้นที่ เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

๑) กลไกปฏิบัติการที่ระดับ “ตำบล” - สำหรับการสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นแบบดั้งเดิม ทั้งในชนบทและในเมือง เป็นที่เห็นตรงกันว่ากลไกการจัดการระดับตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นระดับที่มีความเหมาะสมที่สุด ดังนั้นควรที่หน่วยงานภาคีที่มีงานในพื้นที่จังหวัดเดียวกันจะได้เปิดเผยข้อมูลและเลือกกลไกที่จะใช้ทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการสานพลังและลดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นลง รวมถึงการให้ข้อมูลกับชุมชนได้ใช้ประโยชน์ ซึ่งกลไกดังกล่าวอาจเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสภาองค์กรชุมชนตำบล หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล หรือจะเป็นกลไกที่ไม่ตายตัว โดยขึ้นอยู่กับสภาพความจริงและความพร้อมในพื้นที่นั้น ๆ ก็ได้

๒) กลไกสนับสนุนที่ระดับ “จังหวัด” และ/หรือ “อำเภอ” - ในจังหวัดหนึ่ง ๆ ควรที่จะจัดให้มีกลไกประสาน-สนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายปฏิบัติการภาคสนามระหว่างหน่วยงานภาคีอย่างจริงจัง รูปแบบที่ภาคประชาสังคมจังหวัดอำนาจเจริญได้พัฒนาขึ้นนับเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจ จึงควรที่หน่วยงานภาคีที่มีงานในพื้นที่จังหวัดเดียวกันจะได้สำรวจกลไกของตน ทั้งระดับจังหวัดหรืออำเภอ เพื่อตัดสินใจในการเลือกและพัฒนาให้เป็นกลไกร่วมที่สามารถรองรับภารกิจสนับสนุนชุมชนของทุกหน่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้โดยยึดหลักการของการกระจายอำนาจและทรัพยากรไปให้กลไกพื้นที่ที่สามารถจัดการตนเองให้มากที่สุดด้วย

๓) กลไกประสานยุทธศาสตร์ในระดับ “ชาติ” - เพื่อให้มีพื้นที่และโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานภาคีเป็นประจำทุก ๑ - ๒ เดือน ในลักษณะเวทียุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน ควรที่จะจัดให้มีกลไกในลักษณะกองเลขานุการร่วมกัน โดยที่หน่วยงานภาคีร่วมกันจัดตั้งขึ้นและให้การสนับสนุนนโยบายและทรัพยากรในการทำงาน ทั้งในด้านการจัดประชุม การจัดทำข้อมูล-องค์ความรู้ การทำสำรวจและประเมินสถานการณ์ความก้าวหน้าเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสู่เวทีหารือ รวมทั้งการรณรงค์ทางสังคมในประเด็นสาธารณะบางอย่างที่มีขนาดใหญ่และซับซ้อนร่วมกัน

๑๖. แผนยุทธศาสตร์ร่วมขององค์กรภาคี : ว่าด้วยการสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน

แผนยุทธศาสตร์ร่วมๆ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ ไม่ใช่แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติหรือแผนแม่บทการพัฒนาของประเทศที่จะมีผลบังคับให้หน่วยงานราชการต้องปฏิบัติตาม แต่เป็นแผนยุทธศาสตร์ร่วมขององค์กรภาคีและเครือข่ายทางสังคมที่เห็นพ้องต้องกันและตกลงใจในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนไปในทิศทางเดียวกัน

มีสาระสำคัญประกอบด้วย ๑) วิสัยทัศน์ร่วม (VISION) ๒) พันธกิจร่วม (MISSION) ๓) เป้าหมายหลัก (GOAL) ๔) วัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วม (OBJECTIVE) ๕) ตัวชี้วัด (INDICATOR) ๖) กลยุทธ์ร่วม (STRATEGY) ๗) แผนงานและโครงการร่วม (PLAN and PROJECT) ดังต่อไปนี้

๑) วิสัยทัศน์ร่วม (VISION)

“สังคมไทยมีชุมชนที่เข้มแข็ง มีความหลากหลาย กว้างขวางครอบคลุมและมั่นคง เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเป็นฐานรากในการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม สุขภาพ คุณธรรม จริยธรรม ความมั่นคง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน นำไปสู่ชุมชนสุขภาวะ”

๒) พันธกิจร่วม (MISSION)

(๑) ประสานพลังทุกองค์กรภาคี เร่งสนับสนุนการฟื้นฟูและพัฒนาชุมชนท้องถิ่นพื้นฐานและชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่ ทั้งในชนบทและในเมือง ให้มีศักยภาพในการจัดการตนเองและมีความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพ บนฐานวัฒนธรรมและทุนทางสังคม

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีข้อมูลและความรู้ สามารถเฝ้าระวังผลกระทบจากนโยบายที่ทำให้ชุมชนอ่อนแอในระยะยาว อันได้แก่ โครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ที่ไม่รับฟังความคิดเห็นประชาชน โครงการสัมปทานและการลงทุนที่ทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระแสการเสพติดนโยบายประชานิยมเชิงสังคมนิยมสังคมนิยม รวมทั้งการผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนทิศทางนโยบายรัฐให้มาสู่แนวนโยบายสวัสดิการเชิงประชาสังคมที่มุ่งให้ประชาชนมีสำนึกความเป็นพลเมือง เป็นผู้รับผิดชอบต่อส่วนรวมและมีวิธีการเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ

(๓) มุ่งรักษาภาวะแวดล้อมและกระแสดูดมการณ์ทางสังคมเรื่องชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคมเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไว้ให้นานที่สุด

(๔) สร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และจัดการการเรียนรู้ด้านงานชุมชนเข้มแข็ง ทั้งในระดับเครือข่ายและสังคมส่วนรวม

๓) เป้าหมายหลัก (GOAL)

(๑) เพื่อเสริมพลังให้ชุมชนท้องถิ่นส่วนใหญ่ของประเทศมีศักยภาพในการเรียนรู้ ปรับตัวและจัดการตนเองได้ และมีความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพอย่างทันต่อสถานการณ์

(๒) เพื่อให้ประเทศมีนโยบายที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นและความเข้มแข็งของสังคมไทยอย่างยั่งยืน

(๓) เพื่อสร้างเสริมและรักษาสภาวะแวดล้อมทางสังคมให้สามารถหนุนเสริมภารกิจการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชนอย่างต่อเนื่อง

(๔) เพื่อสร้าง สะสมและต่อยอดขยายผลองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการพัฒนาาระบบสุขภาวะชุมชนที่เหมาะสมกับพลวัตการเปลี่ยนแปลงของโลก

๔) วัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วม (OBJECTIVE)

(๑) เพื่อเสริมพลังชุมชนท้องถิ่น

(๑.๑) ชุมชนท้องถิ่นพื้นฐานทั่วประเทศมีศักยภาพในการจัดการตนเองและเข้มแข็งในเชิงคุณภาพ

(๑.๒) ชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่ทั่วประเทศได้รับการเสริมพลังอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

(๑.๓) ชุมชนเชิงความสัมพันธ์ตามพลวัตของสังคมทั่วประเทศได้รับความเอาใจใส่มากขึ้น โดยมีงานวิจัยและงานพัฒนาเพื่อค้นหารูปแบบการทำงานส่งเสริมและสนับสนุนที่เหมาะสม

(๒) เพื่อให้ประเทศมีนโยบายที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชน

(๒.๑) ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนสามารถพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการจัดการตนเองและส่งเสริมสุขภาวะของชุมชน

(๒.๒) เครือข่ายองค์กรภาคีสนับสนุนข้อมูล ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับนโยบายที่จะส่งผลกระทบต่อชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถติดตามนโยบายที่จะส่งผลกระทบต่อทำให้ชุมชนอ่อนแอในระยะยาว รวมทั้งโครงการขนาดใหญ่ที่จะสร้างผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและชุมชนท้องถิ่น และแสดงปฏิกิริยาสะท้อนกลับไปยังผู้กำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์

(๒.๓) ประเทศไทยมีนโยบายและแผนงาน โครงการในระดับชาติที่เอื้อต่อชุมชนเข้มแข็งและระบบสุขภาวะชุมชนอย่างต่อเนื่อง

(๓) เพื่อสร้างเสริมสภาวะแวดล้อมทางสังคมให้หนุนเสริมชุมชน

(๓.๑) การสร้างเสริมให้ชุมชนสามารถดำรงทุนทางสังคม วัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ รวมถึง

จารีตประเพณีดั้งเดิม ที่ทำให้ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขภาวะ

(๓.๒) สื่อมวลชนทุกแขนงให้ความสำคัญอย่างเสมอต้นเสมอปลายต่อประเด็นการพัฒนาระบบ สุขภาวะชุมชน ชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคม ในฐานะปัจจัยของการพัฒนาประเทศและการเสริมสร้างคุณภาพ ชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน

(๔) เพื่อสร้างและต่อยอดขยายผลองค์ความรู้

(๔.๑) เครือข่ายองค์กรภาคีมีคลังความรู้ในการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนและระบบฐานข้อมูล องค์กรชุมชนที่เพียงพอต่อการวางแผนและแก้ไขปัญหาของตนเอง

(๔.๒) มีสื่อด้านการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายและจำนวนมากเพียงพอ

(๔.๓) มีนวัตกรรมและเครื่องมือใหม่ ๆ สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนออกมาอย่างไม่ ขาดสาย

๕) ตัวชี้วัด (INDICATOR)

(๑) ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี องค์กรชุมชนทุกรูปแบบ ในทุกเครือข่ายและทุกพื้นที่ อย่างน้อยสองใน สาม มีศักยภาพในการเรียนรู้และจัดการตนเองได้ มีความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพ

(๒) ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี ชุมชนท้องถิ่นพื้นฐานทั่วประเทศ อย่างน้อยครึ่งหนึ่ง ผ่านเกณฑ์ชุมชน เข้มแข็งหรือชุมชนสุขภาวะ

(๓) ภายในระยะเวลา ๕ ปี ชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่ และชุมชนเชิงความสัมพันธ์แบบอื่น ๆ ได้รับการ ดูแลและส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการงานชุมชนเข้มแข็งจากหน่วยงานภาคีอย่างเป็นกิจจะลักษณะ

(๔) ภายในระยะเวลา ๕ ปี มีกลไกการประสานสนับสนุนที่เข้มแข็งระดับตำบลและจังหวัดทั่วประเทศ ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ ๘๐

(๕) ภายในระยะเวลา ๕ ปี โครงการขนาดใหญ่ที่มีผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่นและทำลาย ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และนโยบายประชานิยมเชิงสังคมสงเคราะห์ที่รัฐบาลกำลังดำเนินการอยู่และ เป็นที่สนใจของสาธารณะ ได้รับการทบทวนและปรับเปลี่ยนทิศทางไปสู่การเสริมพลังชุมชนและการมีส่วนร่วม ในเชิงคุณภาพจากภาคประชาสังคม

(๖) ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี มีฐานข้อมูลผู้นำชุมชนท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้านและผู้ทรงคุณวุฒิทาง สังคม ที่หลากหลายสาขา หลากหลายเพศวัย หลากหลายภูมิภาคและท้องถิ่น อย่างน้อย ๕๐๐,๐๐๐ คน

(๗) ภายในระยะเวลา ๕ ปี กระแสข่าวตัวอย่างความสำเร็จของชุมชนท้องถิ่นที่สามารถเอาชนะ ปัญหาเสียดิต ความรุนแรง อบายมุข และปัญหาความเสื่อมของสังคม มีจำนวนรายงานมากขึ้น บทนำ บทความ คอลัมน์ประจำของหนังสือพิมพ์ และบทวิเคราะห์ รวมทั้งสารคดีของสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และนิวมีเดีย สะท้อน ความหวังและความเชื่อมั่นต่อแนวคิดแนวทางด้านชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคม

(๘) แผนพัฒนาประเทศฉบับที่ ๑๒, ๑๓ และ ๑๔ ยังคงบรรจุประเด็นชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคม ไว้ในสาระสำคัญ

(๙) ภายในระยะเวลา ๕ ปี มีเครือข่ายระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนที่สมบูรณ์ครบถ้วน และมีคลัง องค์ความรู้และเครื่องมือ คู่มือ เทคโนโลยี สำหรับการทำงานชุมชนเข้มแข็ง ที่เป็นสมบัติสาธารณะ

(๑๐) ภายในระยะเวลา ๕ ปี มีคลังสื่อชุมชนเข้มแข็งสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ที่สมบูรณ์และเป็นสมบัติสาธารณะ

๖) กลยุทธ์ร่วม (STRATEGY)

สร้างกลไกประสานงานระหว่างเครือข่ายองค์กรภาคีที่เข้มแข็งเป็นเอกภาพ ทั้งในระดับตำบล ระดับจังหวัด อำเภอ และระดับชาติ

(๑) กำหนดให้มีเพียงเป้าหมายร่วมและหลักการทำงานร่วมเพื่อสร้างความเป็นเอกภาพในส่วนการดำเนินงานให้มีความเป็นอิสระและสร้างสรรค์ตามความถนัดและเชี่ยวชาญของแต่ละองค์กรภาคีและชุมชน

(๒) พัฒนาระบบ เครื่องมือ และทีมประเมินผลลัพธ์ชุมชนเข้มแข็งร่วมกัน และจัดทำรายงานสถานการณ์ความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคเป็นรายปี เพื่อนำมาสู่การเรียนรู้และปรับตัวร่วมกัน

(๓) สนับสนุนให้องค์กรชุมชนในพื้นที่มีกลไกเฉพาะเพื่อเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบจากโครงการขนาดใหญ่ที่มีผลกระทบต่อชุมชนและทรัพยากรธรรมชาติ และนโยบายประชานิยมเชิงสังคมสงเคราะห์ที่เสี่ยงต่อการเสียดัด ในขณะที่เดียวกันก็ผลักดันนโยบายด้านชุมชนเข้มแข็ง-ประชาสังคมให้เป็นทางออกทางเลือก

(๔) สื่อสารให้เครือข่ายและสังคมได้รับทราบ รู้เท่าทันและสามารถมีปฏิบัติการต่อภาวะคุกคามได้อย่างอิสระและทันต่อเหตุการณ์

(๕) จัดทำเนื้อหาสาระ ผลิตภัณฑ์ พัฒนาระบบและเครือข่ายการสื่อสารในลักษณะเชิงรุก ครอบคลุมสื่อทุกแขนง ทั้งสื่อกระแสหลัก กระแสรอง และสื่อสังคมมิติใหม่

(๖) ลงทุนในการพัฒนาระบบเครือข่ายฐานข้อมูล Multi-centric Database อย่างจริงจัง

(๗) ลงทุนในการพัฒนาคลังความรู้ เครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาชุมชน

(๘) ลงทุนในการพัฒนาคลังสื่อสาร รายการข่าว สารบันเทิง สารคดีและศิลปะวัฒนธรรม (Archives) เพื่อการพัฒนาชุมชนและสังคม

๗) แผนงานและโครงการร่วม (PLAN and PROJECT)

เพื่อให้มีรูปธรรมในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายในเบื้องต้นจึงขอเสนอตัวอย่างแผนงานและโครงการร่วมดังต่อไปนี้ เป็นภารกิจที่หน่วยงานภาคีและชุมชนจะร่วมกันเป็นเจ้าของ เจ้าภาพและผู้ดำเนินงาน โดยจะมีการแบ่งปันส่วนในการเป็นองค์กรหรือกลุ่มองค์กรผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนเป็นรายโครงการไป

ผู้รับผิดชอบหลักจะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำงบประมาณและเป็นแกนประสานในการขับเคลื่อนโครงการนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ - ๕ ปี

ทั้งนี้จะมีการประเมินและปรับแผนทุกสองปี ในลักษณะ Rolling Plan และอาจมีการปรับเปลี่ยนองค์กรผู้รับผิดชอบหลักได้โดยฉันทมติหรือข้อตกลงร่วมกันของเวทีประชุมร่วมระหว่างองค์กรภาคี

โดยถือหลักการว่าจะไม่ปล่อยให้องค์กรใดต้องรับภาระเพียงลำพัง

(๑) แผนงานประสานพลัง สร้างเอกภาพเครือข่ายองค์กรภาคี สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน

(๑.๑) โครงการพัฒนากลไกร่วมระหว่างองค์กรภาคีเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน ทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับชาติ

วัตถุประสงค์ - สร้างกลไกประสานงานในระดับพื้นที่ร่วมกัน ให้ครอบคลุมทั้งสามระดับทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพของกลไกประสานงานระดับพื้นที่ให้สามารถดำเนินงานเชื่อมโยงสนับสนุนระหว่างองค์กรภาคีส่วนกลางและภูมิภาคกับชุมชนท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๑.๒) โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนและประชากรกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาสังคมให้ครอบคลุมข้อมูลองค์กรชุมชนและข้อมูลผู้นำชุมชนท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้าน และผู้ทรงคุณวุฒิ

ทางสังคม ทุกประเภท ทุกระดับ ทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์ - ส่งเสริมสนับสนุนองค์กรภาคีให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนที่มีข้อมูลครบถ้วน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นสาธารณะและเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายถึงกันทั่วทุกองค์กร

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๑.๓) โครงการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับชุมชนในเขต กทม.

วัตถุประสงค์ - ศึกษาความเป็นไปได้และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและดำเนินการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับชุมชนให้ครอบคลุมชุมชนท้องถิ่นทุกประเภทที่หลากหลายใน ๕๐ เขตพื้นที่ของ กทม.

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๒) แผนงานเฝ้าระวังผลกระทบทางนโยบาย ส่งเสริมและผลักดันแนวนโยบายชุมชนเข้มแข็งและสังคมสุขภาวะ

(๒.๑) โครงการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังผลกระทบทางนโยบายต่อชุมชนท้องถิ่น (Policy Watch)

วัตถุประสงค์ - จัดให้มีทีมวิชาการเฉพาะที่มีศักยภาพในการเฝ้าระวังทางนโยบาย ทั้งโครงการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ที่กระทบชุมชนท้องถิ่น โครงการสัมปทานและการลงทุนที่ทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และนโยบายประชานิยมเชิงสังคมสงเคราะห์ที่จะทำให้ชุมชนอ่อนแอในระยะยาว และสามารถให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารเพื่อการรู้เท่าทันของสังคม ตลอดจนแสดงปฏิกิริยาสะท้อนกลับหรือโต้ตอบกับผู้กำหนดนโยบายได้อย่างเหมาะสม ทันต่อสถานการณ์

องค์กรผู้รับผิดชอบ -

(๒.๒) โครงการติดตามผลงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนพัฒนาประเทศ

วัตถุประสงค์ - จัดทำรายงานผลงานความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคและบทเรียนรู้ในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาประเทศฉบับที่ ๑๑, ๑๒ และ ๑๓ โดยจัดทำเป็นรายหนึ่ง-สองปี เพื่อนำมาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับตัวร่วมกันขององค์กรภาคี

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๓) แผนงานเสริมสร้างสภาวะแวดล้อมทางสังคมและทางนโยบายให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน

(๓.๑) โครงการพัฒนาสื่อและเครือข่ายการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์ - พัฒนาสาระ สื่อ นักสื่อสาร และเครือข่ายช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อการเรียนรู้ เผยแพร่ หนุนรงค์เสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง

องค์กรผู้รับผิดชอบ -

(๓.๒) โครงการพัฒนากล้องสื่อเพื่อชุมชนเข้มแข็งที่มีคุณภาพหลากหลายและเป็นสมบัติสาธารณะสามารถเข้าถึงได้ง่าย

วัตถุประสงค์ - ส่งเสริมสนับสนุนองค์กรภาคีให้มีการจัดทำคลังสื่อเพื่อชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลาย (archives) เป็นของตนเอง และเปิดสำหรับให้บริการสาธารณะและการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างกันภายในเครือข่าย

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๔) แผนงานพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมและการเรียนรู้ด้านชุมชนเข้มแข็งและสังคมสุขภาวะ

(๔.๑) โครงการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่และชุมชนเชิงความสัมพันธ์แบบอื่น ๆ

วัตถุประสงค์ - ศึกษาทดลอง หรือวิจัยและพัฒนาเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินงานสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่และชุมชนเชิงความสัมพันธ์แบบอื่น อันจะนำไปสู่การจัดทำเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์เฉพาะสำหรับหน่วยงานภาคีที่รับผิดชอบโดยตรงต่อไป

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๔.๒) โครงการประเมินสถานการณ์ความเข้มแข็งและปัญหาอุปสรรคของชุมชนท้องถิ่นทั่วประเทศ และจัดทำรายงานประจำปีเผยแพร่ต่อสาธารณะ

วัตถุประสงค์ - สำรวจและจัดทำรายงานประจำปี ว่าด้วยสถานการณ์ชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะ เพื่อสะท้อนความก้าวหน้า และความสำเร็จ-ล้มเหลว ปัญหาอุปสรรคและบทเรียนรู้จากภารกิจสนับสนุนชุมชนท้องถิ่น ที่องค์กรภาคีร่วมกันรับผิดชอบในมิติต่าง ๆ และนำข้อมูลมาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีประชุมระหว่างองค์กรภาคีทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

(๔.๓) โครงการพัฒนาค้นหาความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อชุมชนเข้มแข็ง

วัตถุประสงค์ - ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรภาคีมีการจัดทำคลังองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อชุมชนเข้มแข็ง โดยเครือข่ายและสาธารณชนสามารถเข้าถึงและเลือกใช้ประโยชน์ได้โดยสะดวก

องค์กรผู้รับผิดชอบหลัก -

เอกสารอ้างอิง

ประเวศ วะสี. การจัดการใหม่เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ, ๒๕๕๕

พลเดช ปิ่นประทีป. นวัตกรรมผู้นำขบวนกรชุมชนไทย, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน, กรุงเทพฯ ๒๕๕๐

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. ปาฐกถาพิเศษ จินตภาพใหม่ ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง “เวทีสัมมนาชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การปฏิรูปประเทศไทย”, ๒๕๕๓

กรมการพัฒนาชุมชน - วิกีพีเดีย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน, ๒๕๕๕

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่สนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง คณะอนุกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤต ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสังคมแห่งชาติ. การประเมินองค์ประกอบและลักษณะชุมชนเข้มแข็ง

แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน

๑. ชุมชนเข้มแข็งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าชุมชนท้องถิ่นมีความสำคัญในฐานะที่เป็นฐานรากของสังคม ฐานรากของตึกที่แข็งแรงเท่านั้นจึงจะสามารถรองรับโครงสร้างอาคารที่สูงใหญ่ได้ การพัฒนาประเทศที่เน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจและมุ่งบริหารจัดการอำนาจอยู่ที่โครงสร้างส่วนบนในช่วง ๕๐ ปีที่ผ่านมา นอกจากละเลยชุมชนท้องถิ่นแล้ว ยังบ่อนเซาะฐานรากเหล่านี้จนลุกลามกลายเป็นวิกฤตการณ์ของสังคมใหญ่ทั้งโครงสร้างอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือเกิดวิกฤตทั้งทางสังคม สิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจและการเมือง อย่างเกี่ยวเนื่องกันไป [๑, ๒]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๖, ๖๗, ๘๐ (๒), ๘๗ (๑) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ล้วนให้ความสำคัญกับชุมชน ทั้งในมุมมองของสิทธิชุมชน การร่วมกำหนดนโยบายพัฒนาท้องถิ่น การมีชุมชนเข้มแข็ง และตำบลจัดการสุขภาพเข้มแข็ง ซึ่งนโยบายรัฐบาลก็ได้ให้ความสำคัญกับชุมชนเช่นกัน ดังปรากฏในนโยบายเรื่องการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน กำหนดตัวชี้วัดเป็นตำบลที่มีการจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน เป็นต้น [๓, ๔]

๒. มีหน่วยงานมากมายสนับสนุนชุมชนสุขภาพหรือชุมชนเข้มแข็ง แต่ยังบูรณาการกันไม่ได้

ปัจจุบันมีหน่วยงานและองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหันมาให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการพัฒนาในระดับชุมชนกันเป็นจำนวนมาก ทั้งในด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ [๕] จากการตรวจสอบเบื้องต้นของคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่ามีหน่วยงานและองค์กรจำนวนไม่น้อยกว่า ๔๖ หน่วยงานที่กำลังมีบทบาทสนับสนุนชุมชนสุขภาพหรือชุมชนเข้มแข็ง ในรูปแบบวิธีการที่หลากหลาย อาทิ

๒.๑ หน่วยงานด้านนโยบาย ได้แก่ ๑) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ๒) กระทรวงสาธารณสุข ๓) กระทรวงมหาดไทย ๔) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๕) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ๖) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ๗) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๘) กระทรวงพลังงาน ๙) กระทรวงวัฒนธรรม ๑๐) กระทรวงยุติธรรม

๒.๒ หน่วยงานด้านวิชาการ ได้แก่ ๑) สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ๒) กรมควบคุมโรค ๓) กรมอนามัย ๔) กรมสุขภาพจิต ๕) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๖) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ๗) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ๘) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ๙) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ๑๐) มูลนิธิสุขภาพไทย ๑๑) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ๑๒) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ๑๓) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๑๔) สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ๑๕) สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน มหาวิทยาลัยชีวิต ๑๖) สำนักงานกองทุนส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ๑๗) สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ ๑๘) สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน

๒.๓ หน่วยงานปฏิบัติการ ได้แก่ ๑) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๓) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ๔) ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ๕) ธนาคารออมสิน ๖) สำนักงานเศรษฐกิจพอเพียง ในสำนักนายกรัฐมนตรี ๗) สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ ๘) สำนักงานคณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี ๙) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ๑๐) เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองสี่ภาค ๑๑) กรมการพัฒนาชุมชน ๑๒) กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ๑๓) สถาบันลูกโลกสีเขียว มูลนิธิพลังงานที่ยั่งยืน ๑๔) ศูนย์คุณธรรม ๑๕) กรุงเทพมหานคร ๑๖) สำนักงานสภาพัฒนาการเมือง ๑๗) สำนักงานโครงการ ๘๔ ตำบลวิถีพอเพียง ปตท. ๑๘) มูลนิธิปูนซีเมนต์ไทย

แต่อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงแม้จะมีหน่วยงานสนับสนุนชุมชนจำนวนมาก กลับพบข้อจำกัดของหน่วยงานอย่างหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถร่วมมือกันได้เท่าที่ควร คือหน่วยงานภาคีต่างยึดภารกิจและเป้าหมายที่ต้องดำเนินงานของตัวเอง และมี KPI หรือตัวชี้วัดผลงานเฉพาะองค์กรที่จะต้องถูกประเมินอันแตกต่างกันไป

๓. ยุทธศาสตร์ร่วมพลังจัดการรวมแสงเลเซอร์เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาวะชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ๒๐ ท่าน ศึกษาทบทวนวรรณกรรมว่าด้วยแผนและยุทธศาสตร์การสนับสนุนชุมชนของหน่วยงานภาคี ๒๐ องค์กร สัมภาษณ์ระบบฐานข้อมูลและคลังองค์ความรู้และเทคโนโลยีของ ๑๐ หน่วยงาน รวมทั้งการประชุมระดมความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้องหลายครั้ง คณะอนุกรรมการฯ สามารถสรุปได้ว่า เรื่องสำคัญและเครื่องมือที่จำเป็นในการบูรณาการนั้นควรจะต้องรวมพลังภาคีสนับสนุนชุมชนจุดแสงเลเซอร์ โดยมีองค์ประกอบที่ควรบูรณาการร่วมกันอย่างน้อย ๗ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑) เป้าหมายร่วม (Purpose) ๒) หลักการทำงานร่วม (Principle) ๓) ความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (Ownership/Participation) ๔) แผนขับเคลื่อนภารกิจเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกัน (Plan) ๕) คลังข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเป็นร่วมกัน (Multi-centric Database) ๖) คลังเครื่องมือและเทคโนโลยีร่วมกัน (Tools/Technology) ๗) กลไกการจัดการร่วมกัน (Organization)

๔. ชุมชนมีพลวัตกันไปมาก แต่หน่วยงานภาคียังคงยึดติดกับชุมชนท้องถิ่นแบบพื้นฐาน

ปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับงานสนับสนุนชุมชนสุขภาวะหรือชุมชนเข้มแข็งคือ รูปแบบของชุมชนนั้นไม่หยุดนิ่งตายตัว มีพลวัตแปรเปลี่ยนไปตามการเคลื่อนตัวของสังคมตลอดเวลา ในขณะที่หน่วยงานส่วนใหญ่ยังคงยึดติดอยู่กับรูปแบบการทำงานกับชุมชนในรูปแบบเดิม ๆ จึงทำให้ขาดองค์กรและองค์ความรู้ที่จะดูแลภารกิจสนับสนุนชุมชนรูปแบบใหม่ ๆ ดังนั้น เพื่อให้เห็นภาพรวมในการขับเคลื่อนงานในเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกัน จำเป็นต้องจำแนกชุมชนเป็น ๓ กลุ่ม ๗ ประเภท และกำหนดยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุม ดังนี้

ก. ชุมชนท้องถิ่นพื้นฐาน ได้แก่ ๑) ชุมชนชนบท ชุมชนท้องถิ่น หมู่บ้าน ตำบล เหล่านี้คือชุมชนรูปแบบดั้งเดิมที่เห็นทั่วไปในชนบททุกภาคของประเทศ ๒) ชุมชนเมืองแบบดั้งเดิม หมายถึง ชุมชนแออัด สลัม และชุมชนจัดตั้งตามระบบการปกครองของเทศบาล อันเป็นลักษณะทั่วไปของชุมชนในเมือง ซึ่งขณะนี้กำลังมีการขยายตัวไปอย่างรวดเร็ว

ข. ชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่ โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ได้แก่ ๓) ชุมชนบ้านจัดสรร ชุมชนเมือง ชุมชนคอนโดมิเนียม ชุมชนชาวแฟลต และชุมชนอะพาร์ตเมนต์ ๔) ชุมชนโรงงาน ๕) ชุมชนสำนักงานหรือออฟฟิศ

ค. **ชุมชนเชิงความสัมพันธ์อื่น ๆ** ได้แก่ ๖) ชุมชนเสมือนจริง ชุมชนไซเบอร์ ชุมชนทางคลื่น เหล่านี้เป็นชุมชนที่มีสายสัมพันธ์ติดต่อกันอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งซ้อนทับไปกับชุมชนรูปแบบอื่น และ ๗) ชุมชนรูปแบบเฉพาะอื่น ๆ อาทิ ชุมชนชายแดน ชุมชนชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง ชุมชนชายขอบ ฯลฯ

ในปัจจุบัน หน่วยงานภาคีต่าง ๆ ยังคงดำเนินงานอยู่แต่ชุมชนประเภท ๑) และ ๒) เท่านั้น ส่วนที่เหลือยังขาดการพัฒนาแนวคิดแนวทางและวิธีการดำเนินงาน ดังนั้น เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่มีพลวัตทางสังคมสูง จึงควรที่จะมีการบุกเบิกงานชุมชนสุขภาวะ-ชุมชนเข้มแข็ง สำหรับรองรับชุมชนรูปแบบอื่น ๆ กันอย่างจริงจังจวบจนไปด้วย

๕. ระบบสุขภาวะชุมชน : คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการที่ใช้ร่วมกัน

คำว่า ชุมชนสุขภาวะ ชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนจัดการตนเอง และชุมชนเป็นสุข มักถูกใช้ไปในทิศทางเดียวกัน หรือสลับเปลี่ยนแทนที่กันไปมา สุดแต่ว่าผู้ใช้จะมีความสนใจพิเศษหรือหน่วยงานภาคีจะมีภารกิจเฉพาะไปในทางใด ดังนั้น เพื่อนำไปสู่การสร้างเป้าหมายใหญ่ร่วมกันในระยะต่อไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องขยายคำจำกัดความบางอย่างให้ครอบคลุมลักษณะร่วมและลักษณะเฉพาะที่หน่วยงานภาคีใช้อยู่ เพื่อให้ทุกภาคีมีที่ยืน มีบทบาทและรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน ได้แก่

๕.๑ ชุมชนสุขภาวะ ชุมชนเข้มแข็ง ชุมชนจัดการตนเอง ชุมชนเป็นสุข

...หมายความว่า ชุมชนที่มีศักยภาพในการเรียนรู้ ปรับตัวและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และคุณธรรมจริยธรรม จนบรรลุซึ่งความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้และมีความสุข มีสันติภาพ หรือมีสุขภาวะในด้านต่าง ๆ

๕.๒ งานสนับสนุนระบบสุขภาวะชุมชน

...หมายความว่า ภารกิจในการส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นทั้งในชนบทและในเมือง และชุมชนในรูปแบบอื่น ๆ ตามพลวัตของสังคม ให้สามารถรวมตัวกัน ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา และมีศักยภาพในการจัดการตนเองได้ในทุกด้าน จนบรรลุซึ่งคุณภาพความเข้มแข็งและความมีสุขภาวะที่ดี

๕.๓ องค์กรชุมชน

...หมายความว่า รูปแบบการจัดตั้งและจัดการตนเองอย่างมีโครงสร้างและเป็นระบบของชุมชน ซึ่งอาจมีความแตกต่างหลากหลายกันไปตามวัตถุประสงค์ ความสนใจและการปฏิสัมพันธ์ตอบสนองกับองค์กรภายนอก ทั้งในด้านชนิด ประเภท ขนาด และคุณสมบัติขององค์กร

๖. โอกาสและวิกฤตของงานสนับสนุนระบบสุขภาวะชุมชน

กล่าวได้ว่า ในยุคนี้กระแสอุดมการณ์สังคมและนโยบายหนุนเสริมชุมชนสุขภาวะและชุมชนเข้มแข็งในด้านต่าง ๆ เป็นโอกาสที่เอื้อที่สุดต่อการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชน แต่โอกาสเช่นนี้เชื่อว่าคงอยู่ตลอดไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์บ้านเมืองที่กำลังผันผวนเช่นขณะนี้ ไม่มีใครสามารถทำนายได้ว่าบรรยากาศที่เอื้อต่อการกิจสนับสนุนชุมชนเช่นนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด ในอีกด้านหนึ่ง สถานการณ์บ้านเมืองที่กำลังมีความขัดแย้งแตกแยกอย่างยี่ดื้อเรื่อย ๆ จากการแย่งชิงอำนาจในโครงสร้างส่วนบนของนักการเมืองระบบตัวแทนในรัฐสภา ได้กลายเป็นตัวกระตุ้นเร้าให้สังคมหันมาเรียกร้องการปฏิรูป และขณะเดียวกันก็มีเสียงเรียกร้องต้องการให้มีชุมชนเข้มแข็งเข้ามาอยู่ในสมการการแก้ปัญหา

นอกจากนี้ยังมีนโยบายการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ของรัฐและรัฐบาลที่ขาดความละเอียดอ่อนต่อการศึกษาผลกระทบและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น ได้กลายเป็นภาวะคุกคามชุมชนท้องถิ่นอย่างสำคัญ รวมทั้งนโยบายประชานิยมที่พรรคการเมืองทุกขั้วต่างแข่งกันเสนอขายกับชาวบ้านและชุมชนท้องถิ่นเพื่อแลกกับคะแนนเสียงในการเลือกตั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายที่เน้นแนวทางสังคมสงเคราะห์และการแก้ปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าเพื่อสร้างคะแนนเสียงระยะสั้น มากกว่ามุ่งสร้างความเข้มแข็งและสุขภาวะของชุมชน รวมทั้งการมีระบบสวัสดิการที่มั่นคงยั่งยืนในระยะยาว เหล่านี้ล้วนมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดสภาวะการเสถียรทางนโยบายและทำให้ชุมชนอ่อนแอในระยะยาว

นอกจากนั้น กระแสการเปิดประเทศสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนก็นับเป็นอีกความเสี่ยงหนึ่งที่มาพร้อมโอกาส โดยหลายฝ่ายมีความเป็นห่วงว่าชุมชนท้องถิ่นไทยโดยรวมยังขาดการเตรียมความพร้อมในเชิงคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน

๗. สุขภาวะชุมชนทั้งประเทศคือจุดหมายปลายทาง องค์กรชุมชนทุกประเภทคือปัจจัยร่วม

องค์กรชุมชนนับเป็นผลลัพธ์ผลิตที่เป็นรูปธรรมของงานสนับสนุนชุมชนสุขภาวะหรือชุมชนเข้มแข็งที่หน่วยงานภาคีต่างมีร่วมกัน กล่าวคือ หน่วยงานภาคีต่างมีแนวทางการดำเนินงานที่เหมือน ๆ กันในเรื่องนี้ โดยมักจะเริ่มจากขั้นตอนการเข้าไปส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีการรวมตัวร่วมคิดร่วมทำกันเป็นกลุ่ม มีการจัดตั้งและจัดการอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาศักยภาพในการเรียนรู้และจัดการตนเองได้เข้มแข็งขึ้นตามลำดับ

จากการสำรวจและศึกษาทบทวนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาคีที่สนับสนุนชุมชนสุขภาวะ/ชุมชนเข้มแข็งกว่า ๒๐ องค์กร พบว่ามีบางหน่วยงานเท่านั้นที่มีระบบฐานข้อมูลองค์กรชุมชนขนาดใหญ่ในเครือข่ายของตน ซึ่งมีความครอบคลุมและกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ ข้อมูลเหล่านี้สามารถใช้เป็นเครื่องสะท้อนความเข้มแข็งของชุมชนฐานรากในภาพรวมของประเทศได้อีกทางหนึ่งด้วย

ในเบื้องต้น จากฐานข้อมูล ๑๐ องค์กรภาคี พบว่ามีองค์กรชุมชนประเภทต่าง ๆ เกิดขึ้นแล้ว รวม ๒๐๕,๘๓๘ องค์กร ซึ่งในจำนวนนี้ได้มีการประเมินระดับความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพแล้ว ๑๐๖,๗๘๐ องค์กร และพบว่ามีสัดส่วนในระดับเข้มแข็งแตกต่างกันไป มีตั้งแต่ร้อยละ ๑๓.๗ ถึงร้อยละ ๕๖.๒

๘. หลักการร่วมในการสนับสนุนชุมชน

ปัจจุบันพบว่าหลักการบางอย่างที่เกือบทุกหน่วยงานภาคีต่างมีความเข้าใจและใช้เป็นหลักยึดในการทำงานกับชุมชนอยู่แล้ว จึงอยู่ในวิสัยที่จะประมวลขึ้นไว้ให้เป็นหลักการร่วมอย่างเป็นทางการและเป็นกิจจะลักษณะ และเพื่อใช้ในการสื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน และดำเนินการกันอย่างเข้มงวดจริงจัง ประกอบด้วย ๗ ประการ ได้แก่

- ๑) หลักการทำให้ชุมชนเป็นฐาน เป็นตัวตั้ง เป็นศูนย์กลาง
- ๒) หลักการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ที่ต้องคำนึงถึงสิ่งที่ชุมชนจะได้รับหรือสูญเสียไปพร้อมกัน
- ๓) หลักการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน
- ๔) หลักการในการกระจายอำนาจไปให้สุด ให้ชุมชนเป็นผู้จัดการตนเอง โดยกำหนด ดำเนินการพัฒนา และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของตนเอง
- ๕) หลักการฟื้นฟูพัฒนาทุนทางสังคมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว
- ๖) หลักการการสร้างภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการเชื่อมโยงภารกิจและสานพลังระหว่างหน่วยงานภาคี
- ๗) หลักการการเฝ้าระวังปัจจัยตัวแปรทางลบที่จะขัดขวางกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง

๙. แผนยุทธศาสตร์ร่วมขององค์กรภาคี

เพื่อสร้างความเป็นเอกภาพในการขับเคลื่อนภารกิจสนับสนุนสุขภาวะชุมชนและเกิดการบูรณาการระหว่างองค์กรภาคีที่แตกต่างหลากหลาย คณะอนุกรรมการพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาวะชุมชนได้จัดให้มีขั้นตอนและกระบวนการในการวิจัยข้อมูลเอกสาร สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ สังเคราะห์กรณีศึกษา ประชุมและระดมความคิดยกร่างยุทธศาสตร์ร่วมฯ และรับฟังความเห็นเป็นพิเศษจากองค์กรภาคี ทั้ง ๔๖ หน่วยงาน รวมทั้งเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๓๔ กลุ่มเครือข่าย และส่วนอื่น ๆ อีกเป็นจำนวน ๔ ครั้ง โดยมีผู้เข้าร่วมประมาณ ๕๐๐ คน ซึ่งได้กำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายใหญ่ร่วมกันได้ ดังนี้

วิสัยทัศน์ร่วม (VISION) “สังคมไทยมีชุมชนที่เข้มแข็ง มีความหลากหลาย กว้างขวางครอบคลุมและมั่นคง เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เป็นฐานรากในการพัฒนาประเทศในทุกด้าน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และคุณธรรมจริยธรรม นำไปสู่ชุมชนสุขภาวะ”

พันธกิจร่วม (MISSION)

๑. ประสานพลังทุกองค์กรภาคี เร่งสนับสนุนการฟื้นฟูและพัฒนาชุมชนท้องถิ่นพื้นฐานและชุมชนท้องถิ่นสมัยใหม่ ทั้งในชนบทและในเมือง ให้มีศักยภาพในการจัดการตนเองและมีความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพ บนฐานวัฒนธรรมและทุนทางสังคม

๒. สนับสนุนและส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ มีข้อมูล สามารถเฝ้าระวังผลกระทบจากโครงการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่และกระแสการเสียดัดงานนโยบายต่อโครงการประชานิยมเชิงสังคมสงเคราะห์

๓. มุ่งรักษากระแสอุดมการณ์ทางสังคมเรื่องชุมชนเข้มแข็งและประชาสังคมไว้ให้นานที่สุด

๔. สร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และจัดการการเรียนรู้ด้านงานชุมชนเข้มแข็ง

เป้าหมายหลัก (GOAL)

๑. เพื่อสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นส่วนใหญ่ของประเทศในการฟื้นฟูและพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งในเชิงคุณภาพอย่างทันต่อสถานการณ์

๒. เพื่อให้ประเทศมีนโยบายที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

๓. เพื่อสร้างเสริมและรักษาภาวะแวดล้อมทางสังคมให้สามารถหนุนเสริมภารกิจพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนอย่างต่อเนื่อง

๔. เพื่อสร้าง สะสมและต่อยอด ขยายผลองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการพัฒนาระบบสุขภาวะชุมชนที่เหมาะสมกับพลวัตการเปลี่ยนแปลงของโลก

นอกจากนี้ยังได้จัดทำรายละเอียดของแผนยุทธศาสตร์ร่วมในด้านอื่น ๆ ไว้ด้วย ได้แก่ วัตถุประสงค์และเป้าหมายรูปธรรม ๔ ด้าน ๙ ประการ ตัวชี้วัด ๑๓ ข้อ กลยุทธ์การขับเคลื่อน ๙ แนวทาง แผนงานและโครงการ รูปธรรมจำนวน ๑๐ โครงการ และกำหนดให้มีกลไกการจัดการร่วมกันระดับพื้นที่ใน ๓ ระดับ ได้แก่ ๑) กลไกประสานการปฏิบัติการที่ระดับ “ตำบล” และ “เทศบาล” ๒) กลไกสนับสนุนที่ระดับ “จังหวัด” และ/หรือ “อำเภอ” ๓) กลไกประสานยุทธศาสตร์ในระดับ “ชาติ”

๑๐. การสร้างพันธสัญญาในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ร่วมกัน

เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนงานและโครงการในเชิงยุทธศาสตร์ดังกล่าวข้างต้นเป็นไปอย่างมีเอกภาพและผนึกกำลังกันให้ได้จริงระหว่างองค์กรภาคีสนับสนุนชุมชนทั้ง ๔๖ องค์กร จึงนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาและให้ความเห็นชอบร่วมกันของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ และเสนอให้มี

การออกประกาศเป็นปฏิญญาแห่งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอันที่จะดำเนินการสู่เป้าหมายใหญ่ร่วมกันอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง อย่างน้อยในระยะ ๕-๑๐ ปี ข้างหน้า

๑๑. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๑ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน

เอกสารอ้างอิง

๑. ประเวศ วะสี. ๒๕๕๕. การจัดการใหม่เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ.
๒. พลเดช ปิ่นประทีป. ๒๕๕๐. นักการธนาคารผู้นำขบวนการชุมชนไทย. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. กรุงเทพฯ.
๓. ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม. ๒๕๕๓. ปาฐกถาพิเศษ “จินตภาพใหม่ ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง” เวทีสัมมนา “ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การปฏิรูปประเทศไทย”.
๔. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
๕. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. ๒๕๕๕. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยระบบสุขภาพชุมชน.

แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑^๑

รับทราบ ถึงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวด ๘ การคุ้มครองผู้บริโภค มาตราการ ๗๑ (๘) และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๔ มติ ๕ การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

ห่วงใย ว่าการดำเนินการจัดการปัญหาการโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ นั้นมีทรัพยากรอย่างจำกัด ในขณะที่ต้องบรรลุเป้าหมายในการจัดการปัญหาได้รอบด้าน มีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง ยั่งยืนและเท่าทันช่องทางการสื่อสารใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จึงต้องดำเนินการอย่างมียุทธศาสตร์ด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายอย่างเป็นกัลยาณมิตร

ตระหนัก ถึงประโยชน์ในกระบวนการยกร่าง รับรอง และขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ อย่างมีส่วนร่วมในหมู่กัลยาณมิตร

ชื่นชม ต่อความพยายามของทุกภาคส่วน ในการยกร่างแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ เพื่อขจัดโภชนาที่โอ้อวดสรรพคุณเกินจริง เป็นเท็จและหลอกลวงผู้บริโภค

เห็นว่า แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ จะเป็นกรอบแนวทางที่สามารถระดมพลังทางสังคมจากทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดเครือข่ายระดับชาติ เพื่อจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างยั่งยืน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ ตามผนวกแนบท้ายมติ^๒ นี้

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและประกาศเป็นวาระแห่งชาติ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๒

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๔. ผนวก ๑

๓. ขอชื่นชมที่ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รับผิดชอบดำเนินการให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการร่วม ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ องค์กรหรือตัวแทนจากผู้ประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ จากนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในท้องถิ่น แทนคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ชุดเดิมที่ยกเลิกไป

๔. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพทั้งระดับชาติและระดับจังหวัดมีหน้าที่ส่งเสริมให้เครือข่ายภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างเข้มแข็ง

๕. ให้กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เผยแพร่ให้ความรู้การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ และครั้งที่ ๑๑

แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑

วิสัยทัศน์ (Vision)

“มุ่งสู่สังคมแห่งจิตสำนึกที่ร่วมรับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ร้องเรียน และจัดการปัญหาโภชนาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยภาคีเครือข่ายระดับชาติและระดับพื้นที่เชิงบูรณาการอย่างเข้มแข็ง”

พันธกิจ (Mission)

พันธกิจเป็นภารกิจที่ภาคีทุกภาคส่วนต้องสร้างพันธสัญญาในการกระทำร่วมกันเพื่อการพัฒนาไปสู่วิสัยทัศน์ซึ่งประกอบด้วยพันธกิจดังนี้

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของประเทศและพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ปรับปรุงและพัฒนากฎหมาย ระเบียบ มาตรการเชิงรุก เพื่อจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายให้เกิดความทันสมัยคล่องตัว และมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. สร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายระดับชาติและระดับพื้นที่ในการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายให้เข้มแข็งอย่างบูรณาการ ทั้งการส่งเสริม การควบคุม การกำกับ และการบังคับใช้กฎหมาย ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพทุกระดับ

๓. พัฒนาระบบสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายให้มีประสิทธิภาพสูงสุดโดยเฉพาะระบบฐานข้อมูล ชีตความสามารถ ความมั่นคงของผู้ปฏิบัติงานร่วม และการประสานงานเชิงรุกในการจัดการโฆษณาที่ผิดกฎหมายที่รวดเร็ว ทันห่วงที่และทั่วถึง

๔. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาสื่อสารมวลชนของประเทศ ทั้งผู้ประกอบการด้านกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ กิจการโทรคมนาคม สื่อสิ่งพิมพ์ และผู้ประกอบการวิชาชีพสื่อทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ให้เป็นสื่อสีขาว มีจริยธรรม ที่ไม่โฆษณาผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๕. ส่งเสริม สนับสนุน สร้างความตระหนัก ความรับผิดชอบ และองค์ความรู้แก่ประชาชน ให้เท่าทันการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีส่วนร่วมเฝ้าระวัง ร้องเรียน และจัดการปัญหาอย่างมีจิตสำนึกพลเมือง

เป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วยเป้าประสงค์ดังนี้

๑. ประเทศไทยสามารถลดปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ลดน้อยลงภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๒. ประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วนมีความตระหนัก มีความรู้อย่างเท่าทันและร่วมรับผิดชอบต่อปัญหา การโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่กระทำผิดกฎหมาย มี “พื้นที่ต้นแบบ” ในการจัดการปัญหาการ โฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ พื้นที่

๓. สัดส่วนเรื่องร้องเรียนจากประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่นำไปสู่การจัดการกับโฆษณาที่ ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านการร้องทุกข์ กล่าวโทษ เปรียบเทียบปรับตามกฎหมาย และมีกระบวนการติดตามอย่างสมบูรณ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ จากเรื่องร้องเรียนทั้งหมด

๔. ผู้บริโภคมีความเชื่อมั่นไว้วางใจในประสิทธิภาพการบริการและการจัดการข้อร้องเรียนการโฆษณาที่ ผิดกฎหมายของยา อาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕

๕. สื่อสารมวลชนของประเทศทั้งผู้ประกอบการด้านกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ กิจการ โทรคมนาคม สื่อสิ่งพิมพ์ และผู้ประกอบการวิชาชีพสื่อทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ในระบบฐานข้อมูลของประเทศ เป็นสื่อสีขาว มีจริยธรรม โดยไม่โฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๖. ประเทศไทยมีระบบฐานข้อมูลการอนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระบบฐานข้อมูลโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และระบบฐานข้อมูลเชิงวิชาการด้านยา อาหาร และ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เสร็จสมบูรณ์ มีคุณภาพสูง ครบถ้วน ทันสมัย เข้าถึงด้วยความสะดวก รวดเร็ว และสามารถ เชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้ง ๔ ฐานข้อมูล

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

๑. การกำหนดนโยบาย มาตรการระดับชาติ และโครงสร้างการบริหารจัดการปัญหาการโฆษณาที่ ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพสูง

๒. การพัฒนา ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ และการบังคับใช้แบบบูรณาการของภาคีที่เกี่ยวข้องทั้ง ในประเทศและการเชื่อมโยงกับประชาคมอาเซียนให้มีประสิทธิภาพ

๓. การส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาผู้ประกอบการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ กิจการโทรคมนาคม กิจการสื่อสิ่งพิมพ์ ผู้ประกอบวิชาชีพสื่อ และผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้ตระหนักถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ หลักจริยธรรม หลักสิทธิชุมชน และหลักสิทธิมนุษยชน

๔. การสร้างและพัฒนาเครือข่าย กลไกการเฝ้าระวังการจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในระดับประเทศและพื้นที่ให้เข้มแข็ง ครอบคลุมความหลากหลายทางเพศ วัย ชาติพันธุ์ วิชาชีพ สังคม วัฒนธรรม โดยบูรณาการกับต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่น

๕. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและขีดความสามารถของบุคลากรทั้งระบบให้สามารถรองรับการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ทั้งในระดับชาติและพื้นที่

กลยุทธ์ของประเด็นยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑ มีกลยุทธ์ของประเด็นยุทธศาสตร์ดังต่อไปนี้

๕ ประเด็นยุทธศาสตร์	๑๙ กลยุทธ์
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การกำหนดนโยบาย มาตรการระดับชาติ และโครงสร้างการบริหารจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพสูง</p>	<p>กลยุทธ์ที่ ๑ สร้างกลไก นโยบายระดับชาติและพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>กลยุทธ์ที่ ๒ พัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งในระดับส่วนกลาง ภูมิภาค เขต จังหวัด และอำเภอ</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การพัฒนา ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ และการบังคับใช้แบบบูรณาการของภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและการเชื่อมโยงกับประชาคมอาเซียนให้มีประสิทธิภาพ</p>	<p>กลยุทธ์ที่ ๑ การพัฒนา ปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ ให้มีประสิทธิภาพและมีความทันสมัย</p> <p>กลยุทธ์ที่ ๒ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหุ้นส่วนยุทธศาสตร์เพื่อการบังคับใช้กฎหมายอย่างบูรณาการ โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักและแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน</p> <p>กลยุทธ์ที่ ๓ บูรณาการความร่วมมือกับประชาคมอาเซียน ในการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาผู้ประกอบการ กิจกรรมกระจายเสียง กิจกรรมโทรทัศน์ กิจกรรมโทรคมนาคม กิจกรรมสื่อสิ่งพิมพ์ ผู้ประกอบวิชาชีพสื่อ และผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้ตระหนักถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ หลักจริยธรรม หลักสิทธิชุมชน และหลักสิทธิมนุษยชน</p>	<p>กลยุทธ์ที่ ๑ ส่งเสริมให้ผู้ประกอบกิจการฯ ผู้ประกอบวิชาชีพสื่อ และผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ กฎหมายที่ควบคุมโฆษณาอย่างถูกต้อง</p> <p>กลยุทธ์ที่ ๒ ยกย่องผู้ประกอบการฯ ผู้ประกอบวิชาชีพสื่อที่ดี และลงโทษผู้โฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด</p> <p>กลยุทธ์ที่ ๓ สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้ตระหนักถึงจรรยาบรรณวิชาชีพ หลักจริยธรรม หลักสิทธิชุมชน และหลักสิทธิมนุษยชนในสถาบันการศึกษา</p> <p>กลยุทธ์ที่ ๔ สร้าง พัฒนาเกณฑ์จริยธรรม จรรยาบรรณ รวมถึงหลักสิทธิมนุษยชน และแนวทางปฏิบัติในการเผยแพร่ข้อมูลด้านยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งสร้างกลไกการตรวจสอบกันเอง</p>

๕ ประเด็นยุทธศาสตร์	๑๙ กลยุทธ์
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔</p> <p>การสร้างและพัฒนาเครือข่าย กลไกการเฝ้าระวัง จัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในระดับประเทศและพื้นที่ให้เข้มแข็ง ครอบคลุมความหลากหลายทางเพศ วัย ชชาติพันธุ์ วิชาชีพ สังคม วัฒนธรรม โดยบูรณาการกับต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น</p>	<p><u>กลยุทธ์ที่ ๑</u> สร้างมาตรการเชิงรุก มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจ ปรับทัศนคติผู้บริโภคให้ “รู้เท่าทันสื่อ” และลดการบริโภคที่เกินความจำเป็น</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๒</u> ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ และขยายเครือข่าย เฝ้าระวังการโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระดับพื้นที่ให้เข้มแข็ง ทั่วถึงทุกพื้นที่ โดยร่วมกับเครือข่ายหมออนามัย สมัชชาสุขภาพจังหวัด อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนทั่วประเทศ และเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายระดับประเทศ</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๓</u> พัฒนากลไกการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนในระดับชุมชนที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลระดับชาติกับระดับพื้นที่</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๔</u> เสริมสร้างศักยภาพและความรับผิดชอบร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๕</u> ส่งเสริม สนับสนุนเครือข่ายให้มีความสามารถ เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕</p> <p>การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและขีดความสามารถของบุคลากรทั้งระบบให้สามารถรองรับการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหา การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทั้งในระดับชาติและพื้นที่</p>	<p><u>กลยุทธ์ที่ ๑</u> พัฒนาระบบการรับและจัดการเรื่องร้องเรียนให้มีเอกภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นหน่วยงานบริการที่มีความเป็นเลิศด้านการจัดการ (Excellent Call Center: ECC)</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๒</u> พัฒนาระบบฐานข้อมูล และออกแบบระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ รวมทั้งสื่อสารและส่งเสริมให้เครือข่ายเฝ้าระวังการโฆษณาที่ผิดกฎหมายสามารถเข้าใช้ฐานข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๓</u> เสริมสร้างสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานในการขับเคลื่อนภารกิจจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๔</u> พัฒนาระบบการเยียวยา ฟันฟูผู้บริโภคที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โฆษณาโอ้อวดเกินจริง และคุ้มครองผู้ร้องเรียนให้มีความปลอดภัย</p> <p><u>กลยุทธ์ที่ ๕</u> พัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผล โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สามารถบ่งชี้ความสำเร็จในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>

* หมายเหตุ : ผู้ประกอบวิชาชีพสื่อ ให้หมายรวมถึงผู้ผลิตสื่อโฆษณาด้วย

แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. มูลค่าของการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว การโฆษณาของผู้บริโภคในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๒ มีมูลค่าสูงกว่า ๒.๕ พันล้านบาทต่อปี ส่วนการโฆษณาอาหารมีมูลค่าการโฆษณาสูงถึง ๑.๗ หมื่นล้านบาท และมีมูลค่าการโฆษณาสูงกว่าปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ถึง ๑๒ เท่า [๑] โดยเฉพาะมูลค่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ข้อมูลจากบริษัทผลิตสื่อโฆษณาบริษัทเดียว ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ พบว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีมูลค่าสูงถึง ๘๒๑ ล้านบาท [๒] และขยายตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เข้าถึงผู้บริโภคมากขึ้น ผ่านสื่อหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม และอินเทอร์เน็ต ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ วิทยุท้องถิ่นทั่วประเทศไทยมีมากกว่า ๗,๗๐๐ แห่ง และคาดการณ์ว่ามีจำนวนครัวเรือนมากกว่า ๑๒ ล้านครัวเรือน หรือประมาณเป็นร้อยละ ๖๐ ของจำนวนครัวเรือนในประเทศไทยที่เข้าถึงสื่อเคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม ทั้งนี้ประมาณการว่ามีเม็ดเงินโฆษณาผ่านเคเบิลทีวีและดาวเทียมราว ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี [๓, ๔]

๒. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นกลุ่มสินค้าที่มีการโฆษณาในวิทยุท้องถิ่นมากที่สุด [๓] โดยมีกลยุทธ์สร้างแรงจูงใจและตอกย้ำบ่อย ๆ จากข้อมูลของศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค สมาคมผู้บริโภคจังหวัดขอนแก่น พบการโฆษณาผ่านวิทยุท้องถิ่นและเคเบิลทีวีที่ฉายวนไปวนมาทั้งวันอย่างน้อย ๔ ครั้ง และสูงสุดถึง ๑๑ ครั้งต่อวัน [๕] และในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีคลื่นวิทยุท้องถิ่นหลายแห่งที่มีผู้ประกอบการรายเดียวโฆษณาทั้งวัน [๖] ซึ่งสอดคล้องกับผลของการดำเนินคดีผลิตภัณฑ์อาหารยี่ห้อเงินฟู้ด ซึ่งพบการโฆษณาผ่านเคเบิลทีวีและสื่อโทรทัศน์ดาวเทียม โดยแนะนำผลิตภัณฑ์เป็นช่วง ๆ ตลอดทั้งวัน และมีการโฆษณาในลักษณะเดียวกันมากถึง ๑๑ ช่อง [๗] นอกจากนี้ยังมีกลยุทธ์ที่ทำให้ผู้บริโภคตกเป็นเหยื่อผ่านรูปแบบการโฆษณาหลายรูปแบบ เช่น การพูดสดและรับประกันคุณภาพโดยนักจัดรายการที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับ การโฆษณาโดยภาษาถิ่น การสนทนาระหว่างนักจัดรายการกับผู้ที่อ้างว่ามีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ การอ่านจดหมายจากผู้ฟังทางบ้านที่เขียนมาเล่าสรรพคุณของผลิตภัณฑ์ และการแฝงโฆษณาโดยให้บุคลากรด้านสุขภาพเป็นวิทยากรให้ความรู้ ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการให้ข้อมูลเพื่อการโฆษณาชวนเชื่อให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและซื้อผลิตภัณฑ์นั้นมาใช้ในที่สุด [๖, ๘] ผู้บริโภคส่วนใหญ่เชื่อว่าผลิตภัณฑ์ที่นำมาโฆษณาผ่านสื่อดังกล่าวเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยและผ่านการรับรองจากภาครัฐแล้ว [๖]

๓. จากการศึกษาการโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านวิทยุท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ชัยภูมิ เชียงใหม่ และสงขลา [๖, ๙-๑๐] พบว่ามีโฆษณาที่ผิดกฎหมายเข้าข่ายฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ สูงถึงร้อยละ ๖๔.๐ และฝ่าฝืนตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ สูงถึงร้อยละ ๙๕.๒ และเมื่อพิจารณาเนื้อหาของโฆษณาที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้บริโภค พบว่าโฆษณามีสูงถึงร้อยละ ๕๕.๙ ในขณะที่โฆษณาอาหารมีสูงถึงร้อยละ ๗๔.๕

๔. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นกลุ่มสินค้าที่มีการโฆษณาในอินเทอร์เน็ตมากที่สุดอีกสื่อหนึ่ง โดยรูปแบบของการโฆษณาส่วนใหญ่ร้อยละ ๕๒.๕ เป็นการกล่าวอ้างรับรองประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) [๑๓] และจากสถิติการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางอินเทอร์เน็ต โดยศูนย์เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย. ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๕๓ ถึงกันยายน ๒๕๕๔ พบว่ามีการเฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการโฆษณาผิดกฎหมายหรือไม่ถูกต้องจำนวน ๑,๔๖๑ เรื่อง จำแนกเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร ๕๕๖ เรื่อง ยา ๓๓๕ เรื่อง เครื่องสำอาง ๓๑๙ เรื่อง เครื่องมือแพทย์ ๒๐๘ เรื่อง และวัตถุอันตราย ๗๓ เรื่อง นอกจากนี้ มีการตรวจจับคดีโฆษณาสรรพคุณผลิตภัณฑ์เสริมทางอินเทอร์เน็ตเกินจริงจากเดิม ๑๖๐ คดี ในปี ๒๕๕๑ เพิ่มเป็น ๒๓๗ คดี ในปี ๒๕๕๔ และตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๕๒ ถึงกรกฎาคม ๒๕๕๓ อย. ปิดเว็บไซต์ที่มีโฆษณาเกินจริง ๖๒ เว็บไซต์ รวม ๗๑๙ URL และปิดเว็บบอร์ด ๑๕๕ เว็บไซต์ รวม ๓๔๙ URL [๔]

๕. แม้วายังไม่มีการศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์จากปัญหาการโฆษณาดังกล่าว แต่ในรายงานสุขภาพคนไทย ปี ๒๕๕๔ ระบุว่าธุรกิจประเภทนี้มีมูลค่าไม่ต่ำกว่าหมื่นล้านบาท [๔] แสดงว่าคนไทยต้องเสียเงินเป็นจำนวนมากสำหรับการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างไม่เหมาะสมหรือเกินจำเป็น เพิ่มความเสี่ยงหรืออันตรายให้แก่ผู้บริโภค เช่น การใช้น้ำหมักชีวภาพที่โฆษณาทางเคเบิลทีวีหยอดตาแล้วทำให้ผู้บริโภคตาบอด [๑๑] การรับประทาน “เอนไซม์บำบัด” จนได้รับอันตรายอย่างรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือกรณีการรับประทานไวน์สมุนไพรยี่ห้อหนึ่งแล้วทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง มีการติดเชืวจนต้องส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [๑๒] รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของนักเรียน นักศึกษา ที่สั่งซื้อยาลดความอ้วนจากเว็บไซต์มารับประทาน [๔]

๖. จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว และให้เป็นไปตามหลักการแห่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๘ การคุ้มครองผู้บริโภค มาตรการข้อ ๗๑ (๘) ที่สนับสนุนให้มีการตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพต่อสาธารณะให้ถูกต้องเที่ยงตรงและเน้นการปลูกฝังจริยธรรมของการเป็นสื่อมวลชนที่ดี มีความรับผิดชอบต่อการใช้โฆษณาและส่งเสริมการขายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ จึงได้มีมติการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าว เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ได้มอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่ออื่น ๆ อย่างรอบด้าน ด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกระดับ รวมถึงการดำเนินการอื่นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว

แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑. ภายหลังจากมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ มติ ๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และภาคีเครือข่าย อันได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กระทรวงเทคโนโลยีและสารสนเทศ แผนงานพัฒนาไกล

เฝ้าระวังระบบยา (กพย.) และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จึงได้ตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ตขึ้น เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาผ่านกลไกการดำเนินงานภายในของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. คณะกรรมการฯ ได้กำหนดประเด็นหลักในการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโฆษณาดังกล่าวในระยะ ๑ ปี โดยกำหนดกรอบการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาโฆษณาฯ ๔ ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังและการจัดการปัญหาโฆษณา การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสื่อ กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย และการสร้างความตระหนักแก่สาธารณะ

๓. ในระยะ ๒ ปีที่ผ่านมา การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย มีเป้าหมายเพื่อระงับและป้องกันการเผยแพร่โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายทางสื่อให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะการเผยแพร่ทางสื่อโทรทัศน์ดาวเทียม เคเบิลทีวี ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจึงได้ดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เพื่อพัฒนากลไกในการดำเนินการทั้งการเฝ้าระวัง การบังคับใช้กฎหมาย และการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมายด้วยดี ประกอบกับในปี ๒๕๕๕ กสทช. ได้เริ่มขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม จึงทำให้การกำกับดูแลด้านสื่อมีความชัดเจนมากขึ้น

๔. อย่างไรก็ตาม ในระยะยาว เพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายให้ครอบคลุมทุกสื่อ โดยเฉพาะการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตซึ่งนับวันจะมีปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ ภายใต้โลกยุคดิจิทัล จำเป็นต้องพัฒนากลไกเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาอย่างจริงจัง โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบาย จนถึงระดับปฏิบัติการ และทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม จึงดำเนินการยกร่างแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑ ขึ้น ด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกระดับ ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นในเวทีส่วนกลางและภูมิภาค ใน ๔ ภูมิภาค โดยผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ กสทช. เขต หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พนักงานเจ้าหน้าที่ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในผู้ประกอบการด้านวิทยุชุมชน เคเบิลทีวี และผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมประมาณ ๗๐๐ คน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๒ แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๑

เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (๒๕๕๑). รายงานการสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. สร้างสุขภาพไม่พึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔]. จาก <http://www.consumerthai.org>.
๒. สุเทพ วิลเล็ค. (๒๕๕๓). รายงานสถานการณ์สิทธิเสรีภาพของวิद्यุขขนาดเล็กในประเทศไทยปี ๒๕๕๓ : แบ่งแยกเพื่อควบคุมเสียงและสิทธิเสรีภาพของวิद्यุขขนาดเล็กภายใต้รัฐไทย. กรุงเทพมหานคร : คณะกรรมการรณรงค์เพื่อการปฏิรูปสื่อ.
๓. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (๒๕๕๔). โฆษณาสุขภาพเกินจริงไร้การควบคุม ใน สุขภาพคนไทย ๒๕๕๔ : เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อชีวิตและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
๔. ASTV ผู้จัดการออนไลน์. องค์กรผู้บริโภคภาคอีสานเผยโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ได้รับอนุญาตเพียบ วอนอย. จัดการ. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔]. จาก <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9540000064549>.
๕. มัลลิกา จันทรวงศ์ ทัฬหกาญจน์ เขาวนพูนผล และ พักตร์วิภา สุวรรณพรหม. (๒๕๕๔). สถานการณ์และผลกระทบของโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาตามกฎหมายทางสื่อวิทยุกระจายเสียงชุมชนต่อผู้บริโภคในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
๖. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (๒๕๕๔). อย. สั่งฟันโฆษณาผลิตภัณฑ์เอนไซม์ เจริญฟู้ด อวดอ้างรักษาสารพัดโรค. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๔.
๗. จักรพงษ์ ชันธุระ และ ไพบุลย์ สุขนาแซง. (๒๕๕๔). การเปิดรับสารโฆษณาจากสื่อวิทยุชุมชนของประชาชนอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. ปรียญานิพนธ์ คณะวิทยาการจัดการโปรแกรมวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
๘. กรแก้ว จันทภาษา. (๒๕๕๔). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุในจังหวัดขอนแก่น.
๙. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และ อรุษา สุวรรณมณี. (๒๕๕๔). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เข้าข่ายเป็นยาโดยผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น.
๑๐. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ข่าวประชาสัมพันธ์. [ออนไลน์] [อ้างเมื่อ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๔]. จาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=30803.
๑๑. สุภาวดี เปล่งชัย. (๒๕๕๔). การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาระบบยา ประจำปี ๒๕๕๔ การขับเคลื่อนระบบยา : การกิจร่วม กพย. และเครือข่าย. วันที่ ๒๒-๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๔. กรุงเทพมหานคร : แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา.
๑๒. เนตรนภา รัตนพงษ์จินดา. (๒๕๕๔). การสำรวจข้อมูลโฆษณาผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักและผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เข้าใจว่าช่วยลดน้ำหนักซึ่งเผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต. เอกสารการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รม. สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร. (ที่ปรึกษา : รศ. ดร.ภิญญา เปลี่ยนบางช้าง).

ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน^๑

รับทราบ ว่าระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการทั้งขาดและเกินในภาพรวมคุณภาพอาหาร ความปลอดภัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมบริโภคที่ดีของเด็กและเยาวชน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระดับสติปัญญาต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ

ตระหนัก ว่าการพัฒนาการจัดการอาหารในโรงเรียน การให้ความสำคัญของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการบูรณาการการดำเนินงานในทุกภาคส่วน มีความสำคัญต่อคุณภาพอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร ความมั่นคงด้านอาหารและอาหารศึกษา

ตระหนัก ว่าการปรับปรุงการบริหารจัดการกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยแก้ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กและเยาวชนได้

เห็นด้วย ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นหน่วยงานสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนในพื้นที่มีประสิทธิภาพ

อ้างถึง ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ ที่แนะนำให้มียาอาหารสุขภาพจำหน่ายในโรงเรียน ควบคุมมิให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง ในบริเวณโรงเรียน และกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับในการควบคุมกิจกรรมการส่งเสริมการขายอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูง ในโรงเรียน เป็นยุทธศาสตร์ที่ควรส่งเสริมในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รัฐบาลโดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน สมาคมผู้ประกอบการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลักดันให้ “ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน” เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ระเบียบวาระของจังหวัด และระเบียบวาระของท้องถิ่น

๒. ขอชื่นชมกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ที่ยินดีเป็นเจ้าภาพหลักในการประสานกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กรมควบคุมโรค ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๓

มหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาชน เร่งรัดพัฒนาและดำเนินการให้ได้ตาม “มาตรฐานการจัดการอาหารในโรงเรียนและคู่มือการพัฒนาไปสู่มาตรฐาน” และ “มาตรฐานอาหารในโรงเรียน” ให้เพิ่มความสำคัญกับคุณภาพอาหาร ความปลอดภัยทางอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และอาหารศึกษา พัฒนาระบบสนับสนุน กำกับ ติดตาม ประเมินผล และส่งเสริมการนำมาตรฐานไปใช้ในโรงเรียนทุกสังกัด และรายงานต่อคณะกรรมการอาหารแห่งชาติรับทราบ

๓. ขอให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย พัฒนากฎระเบียบหรือแนวทางที่เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการกำหนดเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดทำแผนพัฒนาระบบการจัดการอาหารของนักเรียนในโรงเรียนทุกสังกัดอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนี้

๓.๑ วางแผนร่วมกับโรงเรียน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่เกี่ยวข้อง ทบทวนและปรับปรุงกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการจัดอาหารกลางวันให้นักเรียนทุกคน พัฒนาระบบในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล องค์ความรู้ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ภายใต้ข้อมูลและสถานการณ์ที่เหมาะสมของภาวะเศรษฐกิจ โดยคำนึงถึงคุณภาพอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร ความมั่นคงทางอาหารและอาหารศึกษา ให้สอดคล้องกับความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรมการบริโภคของพื้นที่

๓.๒ ทบทวนการบริหารจัดการอาหารเสริม (นม) โรงเรียนที่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติ โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน โดยมอบให้โรงเรียนและหน่วยงานต้นสังกัดของโรงเรียน หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการควบคุม กำกับกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การขนส่ง การจัดเก็บ การจ่ายแจก และการตรวจสอบคุณภาพ

๓.๓ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคการเกษตรในพื้นที่ โดยสนับสนุนการสร้างแหล่งอาหารทางการเกษตรในพื้นที่และใช้ผลผลิตทางการเกษตรที่ปลอดภัยจากพื้นที่

๓.๔ ส่งเสริมการใช้ “มาตรฐานการจัดการอาหารในโรงเรียนและคู่มือการพัฒนาไปสู่มาตรฐาน” และ “มาตรฐานอาหารในโรงเรียน” ที่พัฒนาในมติข้อ ๒ และพัฒนากลไกควบคุมระบบสุขภาพ คุณภาพอาหาร และการตลาดอาหารในโรงเรียน โดยเน้นให้มีผักและผลไม้ให้เพียงพอ มีให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล โซเดียมสูงเกินมาตรฐาน และส่งเสริมการอ่านฉลากอาหาร

๓.๕ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ปกครอง แม่ครัว ผู้ประกอบการ ครู บุคลากรในโรงเรียน นักเรียน และเยาวชน ผ่านการให้ความรู้และส่งเสริมกระบวนการทำโครงการหรือวิจัยกลุ่มแก่นักเรียนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอย่างเหมาะสมด้วยตัวเอง พัฒนาทักษะการเฝ้าระวังทางโภชนาการ และการติดตามตรวจสอบระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน เน้นขั้นตอนการจัดซื้อ จัดจ้าง และการใช้วัตถุดิบ ให้ครบตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย หน่วยงานวิชาการ ชุมชน ผู้ปกครอง นักเรียนและเยาวชน ศึกษาเพื่อหารูปแบบและจัดตั้งกลไกการจัดการ การตรวจสอบ การประเมินผล การควบคุมคุณภาพอาหารในโรงเรียนให้เหมาะสมกับสถานะของนักเรียน บริบทของพื้นที่ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและหลักศาสนา

๕. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ โดย สพฐ. เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภาควิชาการ และภาคประชาชน พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย ฐานข้อมูล กลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านโภชนาการ ความปลอดภัยด้านอาหาร คุณภาพอาหาร ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กและข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องของเด็ก ระบบติดตามและประเมินผล การส่งเสริมการวิจัยและการสื่อสารสู่สาธารณะ

๖. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ โดย สพฐ. ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทบพวน และปรับปรุงระบบบริหารจัดการกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาให้ครอบคลุมโรงเรียนทุกสังกัดอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจน และกำหนดแนวทางดำเนินงาน กำกับดูแล และติดตามประเมินผล โดยให้ความสำคัญกับอาหารในด้านคุณภาพอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร ความมั่นคงทางอาหารให้มีปริมาณที่เพียงพอ และอาหารศึกษา

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

นิยามที่เกี่ยวข้อง

๑. **อาหารในโรงเรียน** หมายถึง อาหารทุกอย่างที่อยู่ในเขตรั้วโรงเรียน ครอบคลุมทั้งอาหาร อาหารว่าง ขนม นม น้ำดื่ม และเครื่องดื่มอื่น ๆ แต่เพื่อให้กระชับ ในเอกสารนี้จะใช้เพียงคำว่า “อาหาร” นอกจากนี้ปัญหาอาหารรอบรั้วโรงเรียนก็เป็นปัญหาสำคัญ แต่ยังไม่ได้นำเสนอในครั้งนี

๒. **โรงเรียน** หมายถึง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสถานศึกษาที่จัดการเรียนการสอนในระดับชั้นอนุบาล จนถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ ในทุกสังกัด

๓. **ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน** หมายถึง ระบบที่ครอบคลุมการวางแผน การดำเนินงาน การกำกับติดตาม การประเมินผล การสื่อสารประชาสัมพันธ์ ของการจัดการอาหารในโรงเรียน โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร ความมั่นคงด้านอาหาร และอาหารศึกษา^๑

สถานการณ์

๑. การจัดการอาหารในโรงเรียนไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับสังคมไทย โครงการอาหารกลางวัน สำหรับเด็กนักเรียน มีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ ต่อมารัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวัน ในโรงเรียนประถมศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ สาระสำคัญคือจัดตั้งกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา^๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนและใช้จ่ายสำหรับการสนับสนุนและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา [๑] แต่จากการดำเนินงาน พบข้อจำกัดของการบริหารกองทุน ทำให้ไม่ครอบคลุมโรงเรียนทุกสังกัด และเน้นแก้ปัญหาด้านการขาดแคลนอาหารเป็นหลัก ซึ่งขณะนี้สภาพปัญหาได้เปลี่ยนไป ปัจจุบันเยาวชนไทยเผชิญวิกฤตภาวะโภชนาการสองด้านทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน นอกจากนี้ การดำเนินการที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ด้านอาหาร ตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ซึ่งมี ๔ มิติ ได้แก่ ความมั่นคงด้านอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร คุณภาพอาหารและอาหารศึกษา [๒]

^๑ ดูคำนิยามในเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๓ / ผนวก ๑

^๒ ภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ กองทุนในปัจจุบันมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณ (จากเงินดอกผลของกองทุน) ค่าอาหารกลางวันเพิ่มเติมในเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการและนักเรียนที่ขาดแคลนอาหารกลางวัน ๕ บาท/คน จัดสรรทุนหมุนเวียนสำหรับส่งเสริมโครงการอาหารกลางวันแบบยั่งยืน สมทบเพิ่มเติมในโรงเรียนที่ได้งบประมาณค่าอาหารกลางวันไม่ครบ ๑๐๐% จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมทบเพิ่มเติมในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่มีเด็กพักนอน ดูคำนิยามในภาคผนวก

๒. รูปแบบการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน^๓ มี ๕ รูปแบบหลัก ได้แก่ ๑) โรงเรียนซื้อวัตถุดิบมาประกอบอาหารเอง ๒) แจกคูปองให้นักเรียนเพื่อซื้อจากผู้ขาย และผู้ขายนำคูปองมาแลกเงินกับทางโรงเรียน ๓) การจ้างเหมาทำอาหาร ๔) โรงเรียนบริหารจัดการงบประมาณและจ้างผู้ประกอบอาหาร ๕) โรงเรียนซื้ออาหารที่ประกอบสำเร็จแล้วจากตลาด [๓] จากหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่า การจัดการอาหารในโรงเรียนยังมีข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาด้านคุณภาพอาหาร ความปลอดภัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่ดี ซึ่งล้วนเป็นหัวใจสำคัญของระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

๓. จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒ โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าเด็กไทยอายุ ๑-๑๔ ปี ร้อยละ ๙.๓ หรือ ๑,๐๘๐,๐๐๐ คน มีน้ำหนักเกินและอ้วน เด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายระบบ โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ ๒^๔ แม้ว่าปัญหาภาวะขาดพลังงานและโปรตีนเริ่มลดลง แต่ยังมีเด็กไทยอายุ ๑-๑๔ ปี จำนวน ๕๒๐,๐๐๐ คน หรือร้อยละ ๔.๔ มีภาวะเตี้ยและ ๔๘๐,๐๐๐ คน หรือร้อยละ ๔.๑ มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และเด็กไทยจำนวนไม่น้อยที่ยังมีปัญหาคารขาดสารอาหารอื่น ๆ เช่น การขาดธาตุเหล็ก ไอโอดีน และวิตามิน นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กไทยโดยเฉลี่ยกินผักและผลไม้วันละ ๑.๔ ส่วน ต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำจากองค์การอนามัยโลกกว่าสามเท่า (แนะนำไม่น้อยกว่า ๕ ส่วนต่อวัน) จะเห็นได้ว่าปัญหาโภชนาการของเด็กไทยมีทั้งด้านขาดและเกิน และมีพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ [๔]

๔. จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาหารในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ เลยนนทบุรี และภู่เกตุ ในปี ๒๕๕๕ พบว่า คุณค่าทางโภชนาการจากเมนูอาหารกลางวันของทั้ง ๔ จังหวัด เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๗๕.๖ ของเป้าหมายที่เด็กควรจะได้รับ [๕] ซึ่งไม่ได้พัฒนาขึ้นจากที่เคยมีการประเมินติดตามผลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันปีการศึกษา ๒๕๔๙ ที่เก็บข้อมูลคุณภาพอาหารในโรงเรียนทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่าอาหารที่จัดให้เด็กนักเรียนมีปริมาณอาหารที่ให้พลังงานเฉลี่ยเพียงร้อยละ ๗๐ ของพลังงานที่ควรจะได้รับตามวัย [๑] และจากการประเมินเมื่อปี ๒๕๕๐ พบว่า อาหารกลางวันของโรงเรียนมีปริมาณสารอาหารที่ให้พลังงานเฉลี่ยอยู่ในระดับร้อยละ ๗๓ ของพลังงานเป้าหมาย และค่าเฉลี่ยความเพียงพอของสารอาหารโดยเฉพาะแร่ธาตุที่จำเป็น เช่น แคลเซียม วิตามินเอ วิตามินบี ๑ และวิตามินบี ๒ อยู่ในระดับร้อยละ ๕๙ [๖] ซึ่งสรุปได้ว่า การจัดบริการอาหารในโรงเรียนในประเทศไทยมีคุณค่าทางโภชนาการไม่เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก

๕. ปัญหาด้านความปลอดภัยของอาหารในโรงเรียนก็ยังมีกรณีเกิดเหตุอยู่เป็นประจำ ทั้งที่ป้องกันได้จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา รายงานอาหารเป็นพิษระหว่างปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ จำนวนทั้งหมด ๓๗๕ เหตุการณ์ มีเหตุการณ์อาหารเป็นพิษที่เกิดขึ้นในศูนย์เด็กเล็กถึงมัธยมศึกษาปีที่ ๖ จำนวน ๑๐๗ เหตุการณ์ โดยแบ่งเป็นจากนมโรงเรียน ๑๑ เหตุการณ์ อาหารเป็นพิษ ๖๓ เหตุการณ์ อาหารหน้าโรงเรียนและอาหารบริจาค ๑๒ เหตุการณ์ สิ่งแปลกปลอม ๑๗ เหตุการณ์ และอื่น ๆ ๔ เหตุการณ์ [๗] จากการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างอาหารในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาทั่วประเทศ ๒๙๓ แห่ง ของกรมอนามัย ในปี ๒๕๕๕ พบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย^๕

^๓ นอกจากการจัดการอาหารมื้อกลางวันแล้ว บางโรงเรียนยังมีการจัดอาหารมื้อเช้าด้วย เช่น โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

^๔ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นโรคเบาหวานที่พบมากในวัยผู้ใหญ่ แต่ปัจจุบันเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนในเด็ก ทำให้พบจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ มากขึ้น

^๕ แบคทีเรียในกลุ่มโคลิฟอร์มเป็นตัวชี้การปนเปื้อนของอุจจาระ แบคทีเรียชนิดนี้ทำให้เกิดอาการท้องเสียบ่อยที่สุด ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่

ร้อยละ ๔๑.๘ เมื่อพิจารณาตามประเภทอาหาร พบว่า อาหารประเภทผักสดพบซื้อมากที่สุด ร้อยละ ๖๘.๕ [๘] นอกจากนี้ยังพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำดื่มร้อยละ ๕๕.๘ จากการเก็บตัวอย่างน้ำดื่มในโรงเรียนสังกัด สพฐ. จำนวน ๒๙๓ โรงเรียน [๙] จากการเก็บตัวอย่างอาหารในโรงเรียนในปี ๒๕๕๕ ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เด็กประถมกินไส้กรอก ๑-๓ ชิ้นต่อวัน ลูกชิ้น ๑.๕-๖ ลูกต่อวัน ปูอัด ๑.๕-๕ ชิ้นต่อวัน เด็กมัธยมกินไส้กรอก ๑-๓.๕ ชิ้นต่อวัน ลูกชิ้น ๓-๑๒ ลูกต่อวัน ปูอัด ๑-๒ ชิ้นต่อวัน ซึ่งอาหารยอดนิยมเหล่านี้มีการปนเปื้อนสารกันบูด ผงกรอบ และสีสังเคราะห์ ที่หากรับประทานมากและต่อเนื่องอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังเกี่ยวกับตับและไตในอนาคต [๑๐]

๖. จากข้อมูลการสำรวจอนามัยสวัสดิการและการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๒ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีสัดส่วนการบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวันถึงร้อยละ ๓๖.๘ และบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มรสหวานทุกวันร้อยละ ๒๕.๓ จากการศึกษาของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ปี ๒๕๕๒ พบว่า โรงเรียนสังกัดรัฐและเอกชนมีการวางจำหน่ายขนมกลุ่มลูกอมและช็อกโกแลตร้อยละ ๕๖.๓ และร้อยละ ๓๒.๗ ตามลำดับ และจำหน่ายเครื่องดื่มรสหวานมากถึงร้อยละ ๗๐.๘ และ ๙๐.๖ ตามลำดับ [๑๑] นอกจากนี้ยังพบว่า ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียนในวันเด็ก กีฬาสี วันปีใหม่ ครึ่งหนึ่งของโรงเรียนได้รับการสนับสนุนจากบริษัทผู้ผลิตขนมและน้ำอัดลม ร้อยละ ๘ มีป้ายโฆษณา น้ำอัดลม และร้อยละ ๓ มีป้ายโฆษณาขนมกรุบกรอบ [๑๒] แสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อให้เด็กนักเรียนได้เข้าถึงและเลือกซื้อขนมและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาน้ำหนักเกิน

๗. พบว่า ระบบการได้มาของข้อมูลและคุณภาพของข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการของเด็กนักเรียน และการใช้ประโยชน์ของข้อมูลสู่การกำหนดนโยบายและแผนงานในปัจจุบันยังมีช่องว่าง จากการประเมินผลในภาพรวมโดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเด็กในระดับอนุบาล ทำให้ปัญหาของเด็กอนุบาลส่วนใหญ่ถูกกลดทอนลง มีผลต่อการกำหนดนโยบายและการวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา [๑๓]

๘. นอกจากนี้ การเชื่อมโยงระบบเกษตรชุมชนและการจัดการอาหารกลางวันมีความสำคัญในด้านความมั่นคงและความปลอดภัยของอาหาร ในปัจจุบันระบบการผลิตอาหารของคนไทยเริ่มสั้นคลอนจากการที่มีพื้นที่ทางการเกษตรลดลง ต้นทุนการเกษตรที่สูงขึ้นจากการใช้ปุ๋ยและสารเคมี และทำการเกษตรเชิงเดี่ยวมากขึ้น [๑๔] ตัวอย่างโครงการที่ประสบความสำเร็จในโครงการอาหารปลอดภัย เช่น โครงการเชียงรายเป็นสุข ที่ผลักดันให้เกิดการผลิตและการบริโภคอาหารปลอดภัย และสร้างมูลค่าภายในท้องถิ่น หรือแผนงานพัฒนาเครือข่ายการตลาดพืชอาหารปลอดภัยจังหวัดเชียงใหม่ ที่ส่งเสริมสนับสนุนชุมชนให้มีกติกา ข้อตกลง และเงื่อนไขลดการใช้สารเคมี ซึ่งควรนำมาขยายแนวคิดและพัฒนาเชื่อมโยงสู่ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

ผลกระทบของปัญหา

๑. เด็กอ้วนมีปัญหสุขภาพหลายระบบ และมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ใหญ่อ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีผลต่อการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดในเพศหญิง [๑๕] ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ ๒๔-๕๒ ของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ ๒๕-๓๓ ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ ๑๕-๒๓ ของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย อาจป่วยเป็นโรคดังกล่าวเนื่องจากความอ้วน นอกจากนี้ ยังพบว่าโรคอ้วนทำให้เกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย ๖๙๔ ล้านบาท และเกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ๕,๘๖๔ ล้านบาท ต้นทุนทาง

เศรษฐกิจที่เกิดจากโรคอ้วนในประเทศไทยมีมูลค่ารวมทั้งสิ้น ๑๒,๑๔๒.๒ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๓ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ [๑๖]

๒. เด็กที่เตี้ยกว่าเกณฑ์มาก น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์รุนแรง เด็กขาดสารไอโอดีนและเด็กขาดธาตุเหล็ก มีความเสี่ยงต่อภาวะเซวาน์ปัญญาต่ำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับเซวาน์ปัญญาแปรตามภาวะส่วนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่เตี้ยและเด็กค่อนข้างเตี้ยมีค่าเฉลี่ยระดับเซวาน์ปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กทำให้ผลผลิตมวลรวมประชาชาติของประเทศลดลงได้ถึงร้อยละ ๒-๓ [๔]

๓. ผลกระทบทางสุขภาพจากการที่เด็กได้รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการปนเปื้อนของสารเคมี เช่น สารกันบูดที่มักพบในลูกชิ้น ปูอัด และหมุยอ ถ้าได้รับปริมาณมากติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ตับและไตทำงานผิดปกติ ผงกรอบในลูกชิ้นและหมุยอทำให้เบื่ออาหาร ผิวหนังแห้ง เยื่อตาอักเสบ และถ้ากินมากทำให้คลื่นไส้อาเจียนเป็นเลือด และอาจเสียชีวิต สีส้มเคราะห์ที่มักพบในไส้กรอก ลูกชิ้น ปูอัด ถ้าได้รับปริมาณมากทำให้น้ำย่อยอาหารออกมาไม่สะดวก ท้องอืด และขัดขวางการดูดซึมอาหาร ถ้ากินเป็นประจำทำให้ตับและไตทำงานผิดปกติ ผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า การได้รับสีสังเคราะห์ผสมอาหาร เช่น สีเหลือง สีส้ม สีแดง ร่วมกับวัตถุกันเสียทำให้เด็กมีอาการสมาธิสั้น หงุดหงิด โมโหง่าย อยู่ไม่สุข [๑๐]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาหารในโรงเรียน

๑. จากการสำรวจโรงเรียนนำร่องโครงการโภชนาการสมวัยของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ในการจัดการอาหารกลางวันในโรงเรียน พบว่า การได้รับงบประมาณที่จำกัด ๑๓ บาท/คน/วัน (ข้อมูลปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕)^๖ คุณภาพของอาหารที่ได้ต่ำกว่ามาตรฐานและไม่สามารถจัดเมนูที่ประกอบด้วยผักและผลไม้ได้ทุกวัน นอกจากนี้ยังพบว่า แม่ครัวส่วนมากไม่มีความรู้ในเรื่องโภชนาการ และในโรงเรียนที่ใช้มาตรฐานในการจัดอาหารกลางวันจะมีคุณภาพอาหารที่ดีกว่า

๒. จากการทบทวนวรรณกรรมระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนในต่างประเทศ เช่น ญี่ปุ่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกาบางมลรัฐ และอีกหลายประเทศ พบว่า ๑) การที่รัฐบาลเห็นความสำคัญและมีการออกกฎหมายและกำหนดระเบียบข้อบังคับที่ชัดเจนในการควบคุมมาตรฐานคุณค่าทางโภชนาการ และการควบคุมชนิดอาหารในโรงเรียน ทำให้อาหารในโรงเรียนได้มาตรฐาน มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมกับความต้องการของเด็ก และยังช่วยสนับสนุนให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ ๒) การมีหน่วยงานกลางหรือกลไกกลางที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพในการรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน ตั้งแต่การวางแผน ควบคุมมาตรฐานและคุณค่าทางโภชนาการ การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล ทำให้การทำงานมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๓) การมีบุคลากรที่มีความรู้และมีการผนวกความรู้ด้านโภชนาการเข้ากับหลักสูตรการศึกษา ทำให้มีการจัดการอาหารในโรงเรียนอย่างมีคุณภาพ เช่น ในประเทศญี่ปุ่นที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ผ่านการพัฒนาภาวะโภชนาการให้เหมาะสมกับวัย ให้ความสำคัญของการบรรจุครูโภชนาการในโรงเรียนเพื่อทำหน้าที่จัดอาหารให้กับเด็กนักเรียนและสอนทางด้านโภชนาการ ๔) การมีส่วนร่วม

^๖ ปัจจุบันเพิ่มเป็น ๒๐ บาท/คน/วัน

ของภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการอาหารในโรงเรียนในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะท้องถิ่น ชุมชน ผู้ปกครอง ภาคเอกชน ต่าง ๆ และเกษตรชุมชน มีส่วนในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนให้มีความมั่นคงและมีประสิทธิภาพ [๑๗-๒๒]

๓. ในประเทศไทย โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนมีรูปแบบการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนอย่างเป็นระบบภายใต้โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน ปัจจัยความสำเร็จของโครงการนี้ คือ ๑) มีหน่วยงานกลางคือสำนักงานโครงการสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่สนับสนุนให้หน่วยงานทุกระดับและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำงานแบบบูรณาการ ๒) มีระบบการติดตามประเมินผลที่ทำอย่างต่อเนื่อง ๓) มีการออกแบบทางในการดำเนินงานและมีการสนับสนุนงานที่ชัดเจน ตั้งแต่การร่วมกันทำแผน^๗ ทำให้มีการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน ๔) มีการเสริมสร้างศักยภาพของครูผู้รับผิดชอบ ๕) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจากภายในโรงเรียน ภายนอกชุมชน และภายนอกชุมชน เช่น หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน [๒๓]

๔. จากการถอดบทเรียนของโรงเรียนตัวอย่างเรื่องการจัดการอาหารในโรงเรียนพบว่า ปัจจัยความสำเร็จได้แก่ ปัจจัยด้านบริบท เช่น ผู้นำท้องถิ่นเห็นความสำคัญและประกาศนโยบายของท้องถิ่น ผู้บริหารสถานศึกษาและคณะครูอาจารย์จริงใจในการพัฒนาคุณภาพการจัดการด้านปัจจัยนำเข้า เช่น การมีบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลเรื่องอาหารและมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การกำหนดให้การจัดการอาหารในโรงเรียนเป็นแผนงานหลักของโรงเรียนและระบุหน้าที่บุคลากรในการดำเนินงานชัดเจน ปัจจัยด้านกระบวนการ เช่น เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนกับทุกภาคส่วน การบริหารจัดการงบประมาณที่มีอยู่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการโครงการต่าง ๆ ให้เป็นหนึ่งเดียว การสื่อสารข้อมูลระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนและโรงเรียน การมีแหล่งอาหารที่ผลิตขึ้นเองในบริเวณโรงเรียน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง [๕]

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑. ในช่วงระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา มีนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการจัดการอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีในสถานศึกษาหลากหลาย เช่น จากหลักการส่งเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่มีมุ่งสู่แนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” และกำหนดมาตรการข้อ ๒๕ ให้ส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ มติ ๘ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้มียุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒ โดยในกลุ่มที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มียุทธศาสตร์ส่งเสริมการผลิตและจำหน่ายอาหารสุขภาพและผักผลไม้ เพื่อเป็นทางเลือกทดแทนอาหารพลังงานสูง “โดยกล่าวถึงการจัดให้มีอาหารสุขภาพจำหน่ายในโรงเรียน และควบคุมมิให้มีการจำหน่ายและบริการอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงในบริเวณโรงเรียน” และยุทธศาสตร์การควบคุมการตลาดของสินค้าอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง “โดยกำหนดกฎเกณฑ์ข้อบังคับในการควบคุมกิจกรรมการส่งเสริมการขายอาหารประเภทไขมันหรือน้ำตาลหรือโซเดียมสูงในโรงเรียน”

^๗ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, ปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๙

๒. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้มีการตราพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติขึ้น เพื่อให้เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการหรือจัดการด้านอาหารในทุกมิติให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ยุทธศาสตร์ครอบคลุม ทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ ความมั่นคงด้านอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร คุณภาพอาหาร และอาหารศึกษา ซึ่งต่อมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบอนุมัติกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย และมอบหมายให้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินำกรอบยุทธศาสตร์ฯ ผนวกเข้ากับแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ และให้หน่วยงานต่าง ๆ ใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน [๒๔]

๓. มีการดำเนินงานทั้งในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่น ๑) ภาครัฐในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ กรมอนามัยภายใต้การดำเนินงานของสำนักโภชนาการได้จัดทำ “โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อ เด็กไทยมีโภชนาการสมวัย” ดำเนินกิจกรรมสำคัญคือ การขับเคลื่อนให้เกิดองค์กรโภชนาการสมวัย ซึ่งมาตรฐาน การเป็นองค์กรโภชนาการสมวัยฯ คือ การจัดการอาหารกลางวัน อาหารว่าง ขนม และเครื่องดื่มในชุมชนศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็กและโรงเรียนให้มีคุณภาพได้มาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหาร และ ความปลอดภัยอาหาร และพัฒนาขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านอาหารและโภชนาการ ในประเด็นการพัฒนา คุณภาพอาหารในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน ๒) สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ภายใต้การดำเนินงาน “เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน” ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ผลักดันให้มีการ ประกาศนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม แจกเขตพื้นที่การศึกษาทั่วประเทศให้ดำเนินการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม งดจำหน่ายขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลมาก ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ ผลการดำเนินงานพบว่า มี โรงเรียนที่ปลอดน้ำอัดลมร้อยละ ๗๑ ซึ่งไม่ครอบคลุมร้อยละเปอร์เซ็นต์เพราะขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหาร ๓) เครือข่ายคนไทยไร้พุงในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ผลักดันนโยบายสาธารณะ ได้แก่ การส่งเสริมการจัดอาหารว่างเพื่อ สุขภาพและเพิ่มกิจกรรมทางกาย ในการประชุม (Healthy Meeting) การส่งเสริมการปลูกผักหลากสี ปลอดสารพิษ โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็กปลอดน้ำอัดลม ส่งเสริมการผลิต/จำหน่ายอาหารที่ลดปริมาณน้ำตาล ไขมัน โซเดียม ลง ร้อยละ ๒๕ ๔) โครงการ “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย โดยเรื่องโภชนาการ และอาหารที่ปลอดภัยเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ๕) “โครงการ อย. น้อย” ของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในการพัฒนาเด็กนักเรียนให้มีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องอาหารปลอดภัยและ การเลือกบริโภคอาหาร ๖) โครงการอาหารปลอดภัยปลอดภัยโรคในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของสำนักส่งเสริม และสนับสนุนอาหารปลอดภัย เป็นต้น

๔. การถอดบทเรียนของโครงการโภชนาการสมวัยที่ได้ดำเนินโครงการระหว่างปี ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖ พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการอาหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมให้การจัดการอาหารใน โรงเรียนมีประสิทธิภาพโดยครอบคลุมนโยบาย แผนงาน มาตรการ และกิจกรรมของหน่วยงาน ดังต่อไปนี้คือ การมีนโยบายที่เหมาะสมเพื่อก่อให้เกิดชุมชนที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การบรรจุงานอาหารและโภชนาการไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น มีมาตรการควบคุมการจำหน่ายอาหารที่ส่งผลเสียต่อ สุขภาพ เช่น ขนมกรุบกรอบ/น้ำอัดลม/น้ำหวาน และส่งเสริมการจำหน่ายอาหารที่มีสัญลักษณ์อาหารลดน้ำตาล ไขมัน โซเดียม ลงร้อยละ ๒๕ การมีฐานข้อมูลด้านสถานการณ์อาหารและโภชนาการ การสร้างการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีกระบวนการพัฒนาทักษะด้านการส่งเสริมพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ให้กับ กลุ่มเป้าหมาย เช่น สนับสนุนการจัดอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามโภชนบัญญัติ ส่งเสริมให้พ่อแม่มีการ บันทึกรับประทานตามประเมินภาวะโภชนาการของทารก เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียน ด้วยตนเองเป็นต้น และ การเพิ่มค่าอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนจาก ๑๓ บาท เป็น ๑๕-๒๐ บาท ในบางพื้นที่ โดยใช้ งบประมาณท้องถิ่น [๒๕]

๕. ในระดับสากลมียุทธศาสตร์โลกว่าด้วยเรื่องอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ (The global strategy on diet, physical activity and health) ขององค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนไว้ในข้อ ๔๓ ว่า “จะต้องสนับสนุนอาหารสุขภาพและการออกกำลังกาย เพราะโรงเรียนมีอิทธิพลต่อชีวิตส่วนใหญ่ของเด็กวัยเรียน จึงมีหน้าที่ต้องปกป้องสุขภาพเด็ก อาหารของโรงเรียนควรเป็นอาหารสุขภาพที่ควบคุมน้ำตาล เกลือ ไขมัน” [๒๖]

๖. การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้มีการรับรองชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยเรื่องการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในเด็ก ในข้อเสนอแนะที่ ๕ ได้กล่าวถึงโรงเรียนและสถานดูแลเด็กว่า “เป็นสถานที่สำคัญในการสนับสนุนภาวะโภชนาการในเด็ก ซึ่งรัฐควรดำเนินนโยบายส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียน” [๒๗]

ข้อจำกัดของการดำเนินงาน

แม้ว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาความพยายามในการแก้ไขปัญหากระบวนการจัดการอาหารในโรงเรียนและสุขภาพของเด็กและเยาวชน และถูกกำหนดเป็นพันธกิจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน แต่การดำเนินงานยังไม่มีผลสัมฤทธิ์ ปัญหาอุปสรรคที่พบคือการทำงานในลักษณะแยกส่วนระหว่างผู้เกี่ยวข้องภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความสนใจหรือให้ความสำคัญกับระบบอาหารในโรงเรียนในมิติต่าง ๆ มากน้อยแตกต่างกันไป บทบาทของผู้เกี่ยวข้องหลายส่วนจำกัดการมีส่วนร่วมอยู่เฉพาะในพื้นที่ของตนและขาดการประสานงานร่วมมือกับภาคส่วนอื่น ยังมีหลายด้านของระบบการจัดการอาหารในโรงเรียนที่ต้องการการพัฒนาาร่วมกัน เช่น การพัฒนามาตรฐาน ระบบการบริหารจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสาร การจัดการความรู้ เป็นต้น รัฐบาลชุดปัจจุบันให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน เห็นได้จากการปฏิรูประบบการศึกษา ในการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศต่อไปในอนาคต การให้ความสำคัญต่อสุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชนโดยการพัฒนากระบวนการจัดการอาหารในโรงเรียนให้มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของเด็กและเยาวชนไทยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๓ ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานโครงการอาหารกลางวัน สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. โครงการอาหารกลางวัน. ๒๕๕๔. ๔ เมษายน ๒๕๕๕.; Available from: <http://schoollunch.obec.go.th>.
๒. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, กรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารของประเทศไทย. ๒๕๕๔ : กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
๓. สุคนธา คงศีล และคณะ, รายงานโครงการวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์ และวิเคราะห์นโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ มาตรการการบริหารจัดการอาหารในโรงเรียนระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ. ๒๕๕๒.
๔. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, บทที่ ๘ ภาวะโภชนาการของเด็ก, ในรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒. สุขภาพเด็ก, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
๕. จิราพร ชิตดี, ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาหารในโรงเรียนจังหวัดเชียงใหม่ เลย นนทบุรี และภูเก็ต. ๒๕๕๕, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
๖. สถาบันวิจัยโภชนาการ, มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานฉบับสมบูรณ์ การประเมินโครงการอาหารกลางวัน โรงเรียน. ๒๕๔๐. : กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ไทย.
๗. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. Food Poisoning. ๒๕๕๕. ๔ เมษายน ๒๕๕๕; Available from: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?ds=๐๓>.
๘. กรมอนามัย. Fact Sheet ความปลอดภัยอาหารในโรงเรียนที่ไม่ควรมองข้าม.; Available from: <http://hpc11.go.th/dhia/download.php?outidde=168&jid=93&pid...%E2%80%8E>.
๙. สุวรรณ แซ่มชุกกลิ่น และคณะ, สถานการณ์การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่มในโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ๔, ๑ (ต.ค. ๒๕๕๕ - พ.ค. ๒๕๕๖) ๑๖-๒๓, ๒๕๕๖.
๑๐. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, คู่มือประกอบการเรียนการสอนเรื่อง เลือกกินอย่างปลอดภัย ห่างไกลสารกัมมันต. ๒๕๕๕.
๑๑. สุวรรณ เอื้ออรรถการุณ, ปิยะดา ประเสริฐสม และ จันทนา อึ้งชูศักดิ์, การศึกษาการจำหน่ายนมในโรงเรียน. ๒๕๕๒, สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.
๑๒. ชูวิศ ฤกษ์ศิริสุข, โรงเรียนกับเด็กอ้วน. ๒๕๔๘ : กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เดือนตุลา.
๑๓. อุไรพร จิตต์แจ่ม, ปัญหาสุขภาพเด็กสู่นวนนโยบาย : สถานภาพของระบบข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาโภชนาการเพื่อการวางแผนและแผน. ๒๕๕๒, สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
๑๔. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมา ยา ข้าวปลาสิของจริง. ๒๕๕๕ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
๑๕. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. ๒๕๕๕.

๑๖. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. ๒๕๕๔.
๑๗. CLARE HARPER. The provision of school food in 18 countries. 2008. ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕; Available from: <http://www.schoolfoodtrust.org.uk/school-cooks-caterers/reports/the-provision-of-school-food-in-18-countries>.
๑๘. GORDON W. GUNDERSON. THE NATIONAL SCHOOL LUNCH PROGRAM Background and Development. 2008. 10 July 2012; Available from: <http://www.fns.usda.gov/cnd/lunch/AboutLunch/ProgramHistory.htm>
๑๙. MIYOSHI, M., TSUBOYAMA-KASAOKA, N. & NISHI, School-based “Shokuiku” program in Japan: application to nutrition education in Asian countries. Asia Pac J Clin Nutr, 2012. 21: p. 159-162.
๒๐. SCHOOL FOOD TRUST. The Standards. 2012. 10 July 2012; Available from: <http://www.schoolfoodtrust.org.uk/the-standards>.
๒๑. TOSHIYUKI WATANABE. Shokuiku at school as a basic education of living. 2012; Available from: http://www8.cao.go.jp/syokuiku/data/eng_pamph/pdf/pamph6.pdf.
๒๒. UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE. Farm to School. 2012. 10 July 2012; Available from: <http://www.fns.usda.gov/cnd/f2s/>.
๒๓. นันทพร วีรวัฒน์, รูปแบบการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนอย่างครบวงจร ตามรอยพระยุคลบาทสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี : ด้านการพัฒนาอาหารโภชนาการและสุขภาพอนามัยในโรงเรียน. ๒๕๕๖, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ.
๒๔. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, กรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารของประเทศไทย. ๒๕๕๔ : กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.).
๒๕. โครงการโภชนาการสมัย, ผลการดำเนินงานโครงการโภชนาการสมัย. ๒๕๕๔, สำนักโภชนาการกรมอนามัย.
๒๖. World Health Organization, Global Strategy in Diet, Physical activities and Health. 2004, WHO.
๒๗. วาทีนี คุณเผือก และคณะ, แพลและเรียบเรียง. ชุดข้อเสนอแนะว่าด้วยเรื่องการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในเด็ก = Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. : พิมพ์ครั้งที่ ๑. [กรุงเทพฯ] : บจก. วีรวรรณ พรินท์ติ้ง แอนด์ แพ็คเก็จจิ้ง, ๒๕๕๖.

นียมาม ความมั่นคงด้านอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร คุณภาพอาหาร และอาหารศึกษา ตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑

ความมั่นคงด้านอาหาร หมายถึง การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสมตามความต้องการตามวัยเพื่อการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งการมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุน รักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยาและความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติสาธารณภัยหรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร

ความปลอดภัยด้านอาหาร หมายถึง การจัดการให้อาหารและสินค้าเกษตรที่นำมาเป็นอาหารบริโภคสำหรับมนุษย์มีความปลอดภัย โดยไม่มีลักษณะเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร และตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาหารที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ด้วย

- ๑) อาหารที่มีจุลินทรีย์ก่อโรคหรือสิ่งทีอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพเจือปนอยู่
- ๒) อาหารที่มีสารหรือวัตถุเคมีเจือปนอยู่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในปริมาณทีอาจเป็นเหตุให้เกิดอันตรายหรือสามารถสะสมในร่างกายทีก่อให้เกิดโรค หรือผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๓) อาหารทีได้ผลิต ปรง ประกอบ บรรจุ ขนส่ง หรือมีการเก็บรักษาไว้โดยไม่ถูกสุขลักษณะ
- ๔) อาหารทีผลิตจากสัตว์ หรือผลผลิตจากสัตว์ทีเป็นโรคอันอาจติดต่อถึงคนได้
- ๕) อาหารทีผลิต ปรง ประกอบจากสัตว์และพืช หรือผลผลิตจากสัตว์และพืชทีมีสารเคมีอันตราย เกล็ดเคมีภัณฑ์ หรือยาปฏิชีวนะตกค้างในปริมาณทีอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ๖) อาหารทีมีภาชนะบรรจุประกอบด้วยวัตถุทีอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

คุณภาพอาหาร หมายถึง ความว่า อาหารทีมีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบทีพึงจะมี รวมถึงมีคุณค่าทางโภชนาการทีเหมาะสม

อาหารศึกษา หมายถึง ความว่า กระบวนการส่งเสริม พัฒนา และวิจัยเพื่อให้ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมทีถูกต้องในห่วงโซ่อาหารและในการบริโภคด้านอาหาร

การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^๑

หวังใย ว่าเด็ก เยาวชน และสตรี เป็นเป้าหมายทางการตลาดในการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งอาศัยการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มจำนวนนักดื่มและนักสูบบุหรี่ใหม่ ด้วยการสร้างค่านิยมว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องทันสมัย ทั้งที่เป็นการบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กังวล ว่าวิธีการสื่อสารการตลาดผ่านสื่อมวลชน สื่อชุมชน สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม สื่อกลางแจ้ง สื่อ ณ จุดขาย สื่อเฉพาะกิจ รวมถึงสื่อออนไลน์และการอ้างแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงการบริจาคสิ่งของหรือให้ทุนสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ถือเป็นการดำเนินการเพื่อการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างแท้จริง หากเป็นเพียงการใช้กลยุทธ์ผู้อุปถัมภ์เพื่อสร้างการจดจำตราสินค้าและชื่อองค์กรของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเป็นช่องทางในการสร้างพันธมิตรกับผู้กำหนดนโยบายมิให้กำหนดมาตรการควบคุมที่เข้มงวด และเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำธุรกิจ

ตระหนัก ว่ากลไกและการกำกับดูแลการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้งด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ การเฝ้าระวัง การร้องเรียน การดำเนินคดี การรู้เท่าทันสื่อในการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสื่อมวลชน สื่อออนไลน์ รวมทั้งสื่ออื่น ๆ ทั้งในระดับหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลสื่อและการสื่อสาร องค์กรวิชาชีพสื่อ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาด ผู้ประกอบการสื่อ ฯลฯ เพื่อให้มีการกำหนดกรอบจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการใช้สื่อและการสื่อสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่ละเมิดกฎหมาย มีจริยธรรม และเป็นไปด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้องค์กรวิชาชีพสื่อ องค์กรวิชาชีพด้านการโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาด^๒ และผู้ประกอบการสื่อทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จัดทำข้อบังคับจริยธรรม แนวทางปฏิบัติของแต่ละกลุ่มองค์กร เพื่อเป็นเครื่องมือในการกำกับดูแลตนเองในการผลิตสื่อ และการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่ม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๕

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๕ / ผนวก ๒

แอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม ทั้งนี้ เนื้อหาสาระในข้อบังคับจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติจะต้องครอบคลุมสาระสำคัญตามกฎหมายที่บังคับใช้ และสามารถพัฒนาต่อยอดอย่างเท่าทันกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดที่อาศัยช่องว่างทางกฎหมาย พร้อมกำหนดบทลงโทษทางสังคมหรืออื่น ๆ หากพบว่ามีกรณีฝ่าฝืน

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) และกรมประชาสัมพันธ์ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี องค์กรวิชาชีพสื่อ องค์กรวิชาชีพด้านการโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การตลาด ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (สคสบ.) และสำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) จัดทำเกณฑ์และกลไกการกำกับดูแลอย่างเท่าทันกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งกำหนดกลไกการกำกับดูแลร่วม ควบคู่กับการกำกับดูแลกันเองขององค์กรวิชาชีพ^๖ เพื่อให้การกำกับดูแลการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการสื่อสารการสร้างสรรคผลงานสื่อและจรรโลงสังคม สามารถคุ้มครองประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนอย่างเข้มแข็ง ทั้งนี้ จะต้องครอบคลุมสาระสำคัญในกฎหมายที่บังคับใช้ และสามารถพัฒนาต่อยอดอย่างเท่าทันกลยุทธ์การสื่อสารตราสินค้าและการสื่อสารการตลาดอื่น ๆ ที่อาศัยช่องว่างทางกฎหมาย พร้อมกำหนดบทลงโทษทางสังคมหรืออื่น ๆ หากพบว่ามีกรณีฝ่าฝืน

๓. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กรมประชาสัมพันธ์ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (สคสบ.) องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน พัฒนานโยบายความรู้ ตลอดจนหลักสูตรและกิจกรรม เพื่อพัฒนาการเรียนรู้เท่าทันสื่อและทักษะการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชนในการกำหนดยุทธศาสตร์การสื่อสารทางสังคมและการผลิตสื่อ เพื่อตอบโต้และรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงพาณิชย์ เป็นคณะกรรมการระดับชาติเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังสื่อและการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งกำหนดกลไกการรับและการพิจารณาเรื่องร้องเรียนของหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ทั้งนี้ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวให้ดำเนินการโดยองค์กรวิชาชีพ^๖ สถาบันวิชาการ องค์กรศาสนา ภาคประชาสังคม และองค์กรพัฒนาเอกชน ในขณะที่ในส่วนภูมิภาคให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับจังหวัดในการนำยุทธศาสตร์ระดับชาติไปดำเนินการให้เกิดปฏิบัติการอย่างเข้มแข็งในแต่ละจังหวัดทั่วประเทศ

๕. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เร่งรัดการดำเนินคดีอย่างเคร่งครัด และพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกฎหมายควบคุมยาสูบ กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้มีความเข้มงวดมากขึ้น

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นิยามที่เกี่ยวข้อง

๑. สื่อ หมายถึง ช่องทางและเครื่องมือในการสื่อสารผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสื่อสารกับผู้บริโภค สำหรับช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อชุมชน สื่อบุคคล สื่อกิจกรรม สื่อกลางแจ้ง สื่อ ณ จุดขาย สื่อเฉพาะกิจ รวมถึงสื่อออนไลน์ (digital media/social network/mobile media) และอื่น ๆ ส่วนเครื่องมือในการสื่อสาร ได้แก่ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ การใช้พนักงานขาย การส่งเสริมการขาย การส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมกีฬา ดนตรี หรือกิจกรรมเพื่อสังคมต่าง ๆ ตลอดจนการตลาดทางตรง ช่องทางและเครื่องมือเหล่านี้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำกับดูแล อาทิ องค์กรภาครัฐที่มีหน้าที่กำกับดูแลสื่อตามกฎหมาย องค์กรวิชาชีพสื่อ องค์กรวิชาชีพประชาสัมพันธ์ องค์กรวิชาชีพโฆษณา องค์กรวิชาชีพการตลาด ฯลฯ รวมทั้งผู้ประกอบการสื่อทั้งผู้ผลิตเนื้อหา ผู้วางแผนการเผยแพร่ และผู้ให้บริการเนื้อหา

๒. การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีการวางแผนทั้งเนื้อหาและวิธีการสื่อสารอย่างเป็นระบบ ผ่านช่องทางและเครื่องมือการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน เพื่อสร้างกระแสการรับรู้ การจดจำตราสินค้าและชื่อองค์กร เพื่อเปลี่ยนทัศนคติ สร้างแรงจูงใจในการบริโภคหรือซื้อสินค้า และเพื่อสร้างความภักดีต่อตราสินค้าและองค์กร

สถานการณ์

๓. ข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า สื่อและเทคโนโลยีเข้ามาครอบงำชีวิตเด็กและเยาวชนไทยมากขึ้น และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สภาพการณ์ดังกล่าวส่งผลให้สื่อมีอิทธิพลต่อการเผยแพร่แนวคิด ความเชื่อ พฤติกรรม และการกระทำต่าง ๆ ในสังคมบริโภคนิยม โดยเฉพาะการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดที่กลายเป็นเครื่องมือขึ้นสำคัญในการกระตุ้นและกำหนดแบบแผนการบริโภคสินค้าต่าง ๆ ของคนในสังคม [๑]

๔. การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเป็นช่องทางที่สำคัญในการขยายขนาดของตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการกระตุ้นความอยากรู้อยากลอง ความตั้งใจที่จะบริโภคและการตัดสินใจซื้อ รวมถึงทัศนคติว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติของสังคม งานวิจัยหลายชิ้นได้นำมาสู่ข้อสรุปที่เป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีว่า การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเพิ่มโอกาสในการเริ่มต้นสูบบุหรี่หรือดื่มในกลุ่มเยาวชนหน้าใหม่ และเพิ่มปริมาณการบริโภคในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่หรือดื่มอยู่แล้ว ทั้งนี้ ยังสะสมการรับรู้ การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลาที่ยาวนานขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะดื่มหรือสูบบมากขึ้น

๕. ข้อมูลทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนไทยคือ เป้าหมายทางการตลาดในการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เพราะกลุ่มธุรกิจยาสูบต้องการผู้บริโภครายใหม่ ๆ ทดแทนผู้บริโภคหน้าเก่าหรือทดแทนผู้ใหญ่ที่เลิกสูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตไปแล้ว [๒] เช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมายหลักของธุรกิจเครื่องตีมแอลกอฮอล์คือ ผู้บริโภคในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปริมาณการบริโภคสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นจนเป็นแหล่งสร้างผลกำไรสำคัญและผลประโยชน์จากการตีมในระยะยาว [๓] นอกจากนี้มีข้อมูลว่า เนื่องด้วยจำนวนผู้สูบบุหรี่และผู้ตีมแอลกอฮอล์ในประเทศพัฒนาแล้วลดลง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญทางการตลาดของกลุ่มธุรกิจยาสูบและแอลกอฮอล์กลายเป็นผู้บริโภคในกลุ่มประเทศโลกที่สามแทน

๖. การศึกษาและติดตามงบประมาณผลิตภัณฑ์เครื่องตีมแอลกอฮอล์ที่ใช้ในสื่อต่าง ๆ ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สะท้อนว่า งบประมาณโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องตีมแอลกอฮอล์เฉลี่ยทุกสื่อได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ จากปีละ ๒,๑๘๗ ล้านบาท เหลือ ๑,๖๐๐ ล้านบาท แต่ในการลดลงของงบประมาณผ่านสื่อมวลชนนั้น กลับพบว่าใช้งบประมาณเพิ่มมากขึ้นในสื่อดิจิทัล [๔] โดยในปี ๒๕๕๕ กลุ่มธุรกิจเครื่องตีมแอลกอฮอล์ใช้เงินโฆษณาผ่านสื่อดิจิทัลเป็นจำนวนถึง ๑๔๕ ล้านบาท และคาดการณ์ว่าจะมีการใช้งบประมาณผ่านสื่อนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ [๕]

๗. งบประมาณการโฆษณาและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศไทยในแต่ละปีมีการเพิ่มงบประมาณโฆษณาทางอ้อมมากขึ้น กล่าวคือ ในระหว่างปี ๒๕๕๒ ถึง ๒๕๕๕ เพิ่มจาก ๑๕๕ ล้านบาท เป็น ๔๒๖ ล้านบาท [๖] ซึ่งจำนวนงบประมาณโฆษณามูลค่ามหาศาลนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและสังคมทั้งในทางตรงและทางอ้อมในปริมาณมหาศาลเท่านั้น หากองค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า [๗] เพราะการใช้กลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์นี้เองที่ยังทำให้มีการระบาดของปัญหาจากการบริโภคยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

๘. ปรากฏการณ์สำคัญในระยะเวลาที่ผ่านมา คือ การใช้สื่อออนไลน์เพื่อโฆษณาทางตรงกับกลุ่มเด็กและเยาวชน ผลการวิจัยพบว่า มีการเปิดเว็บไซต์จำหน่ายบุหรี่ผ่านอินเทอร์เน็ตที่เปรียบได้กับการเปิดตู้บุหรี่โชว์สินค้าบุหรี่ผ่านทางออนไลน์จำนวนมาก ทำให้ผู้ขายบุหรี่ได้โฆษณาสินค้าและซื้อขายง่ายขึ้น [๘] ในขณะที่ผลิตภัณฑ์เครื่องตีมแอลกอฮอล์มีการใช้สื่อออนไลน์ในอัตราที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมายโดยไม่มีข้อจำกัดทั้งมิติด้านเวลาและสถานที่ [๙]

๙. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ยังพบความตั้งใจให้ตราสินค้าและชื่อองค์กรผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์ปรากฏอยู่ในสื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ ด้วยการทำกิจกรรม บริจาคสิ่งของหรือทุนสนับสนุนกิจกรรมด้านดนตรี กีฬา งานเทศกาลต่าง ๆ และมักอ้างว่าเป็นองค์กรธุรกิจที่ดำเนินการโดยรับผิดชอบต่อสังคม หรือ CSR (Corporate Social Responsibility)^๑ แต่ในความจริงแล้ว เป็นเพียงการใช้กลยุทธ์ในการเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ (Sponsorship) เพื่อเพิ่มความถี่ในการพบเห็น ได้ยิน และจดจำตราสินค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องตีมแอลกอฮอล์และชื่อองค์กรเท่านั้น

^๑ อ่างความหมายการเป็นองค์กรธุรกิจที่ดำเนินการโดยรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility) ตามประกาศกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม แนวทางความรับผิดชอบต่อสังคม มาตรฐานเลขที่ มอก. ๒๖๐๐๐ - ๒๕๔๓ (รายละเอียดในภาคผนวก ๑)

๑๐. กลุ่มธุรกิจยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังตั้งใจใช้สื่อมวลชนโดยเฉพาะหนังสือพิมพ์เป็นเครื่องมือในการเรียกร้อง คัดค้าน หรือยับยั้งข้อเสนอเชิงนโยบายของหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การซื้อพื้นที่สื่อหนังสือพิมพ์เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลไทยปรับเปลี่ยนระบบภาษีสรรพสามิตสุรา [๑๐] หรือการพาสื่อมวลชนไปเยี่ยมชมการทำไร่ยาสูบ และการซื้อหน้าหนังสือพิมพ์เสนอผลดีของการทำไร่ยาสูบเพื่อสร้างความชอบธรรมให้ชาวไร่ยาสูบออกมาคัดค้านร่างพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับใหม่ เป็นต้น

๑๑. ในประเทศออสเตรเลียและประเทศบราซิลมีการศึกษาเพื่อประเมินผลการกำกับดูแลตัวเอง (self-regulation) ของสื่อในการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่พบว่าไม่ได้ผล เนื่องจากพบการโฆษณาที่ละเมิดแนวทางปฏิบัติ อีกทั้งไม่มีการดำเนินการลงโทษใด ๆ จากการละเมิดนั้น [๑๑] ในกรณีของประเทศไทย องค์กรวิชาชีพสื่อในปัจจุบันก็ไม่สามารถกำกับดูแลกันเองได้ เพราะมีปัญหาจริยธรรมมากขึ้น แม้จะมีความพยายามของสื่อมวลชนในการพัฒนาจริยธรรมของตนเอง แต่การเมืองกระแสเพิ่มจำนวนมากขึ้นได้นำไปสู่ปัญหาจากผู้ประกอบการและผู้ปฏิบัติ ประกอบกับการไม่มีเกณฑ์ด้านจริยธรรมที่ชัดเจน การดำเนินธุรกิจสื่อแบบทุนนิยม และการบิดเบือนข้อเท็จจริง กรณีสื่อที่เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพก็ไม่สามารถควบคุมกันเองได้ กระบวนการตรวจสอบมักไม่ค่อยเคร่งครัด และยังมีระบบพรรคพวก ระบบอุปถัมภ์ และความเกรงใจระหว่างสื่อด้วยกัน [๑๒] อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นที่ต้องจัดทำมาตรฐานทางจริยธรรมของสื่อให้เกิดขึ้น ถึงแม้การกำกับดูแลตัวเอง (self-regulation) ของสื่อจะไม่ได้ผล แต่ก็สามารถใช้วิธีการกำกับดูแลร่วม (co-regulation) ตลอดจนการแสดงออกว่าจะไม่พึ่งพิงกลุ่มธุรกิจที่ผลิตสินค้าที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพของสื่อมวลชน ดังเช่น การตัดสินใจของประธานกรรมการ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด ที่จะไม่รับโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนิตยสารของเครืออมรินทร์ [๑๓] ก็ถือเป็นรูปธรรมที่ควรผลักดันสนับสนุนให้เกิดมากขึ้น

๑๒. อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางวิชาการแสดงให้เห็นว่า มีความพยายามในการร่วมมือกันขององค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ ในการรณรงค์ วิจัยและจัดทำเอกสารวิชาการ การเฝ้าระวัง การเปิดโปงและให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะ ตลอดจนการทำความเข้าใจกับกลุ่มองค์กรวิชาชีพสื่อในประเด็นการสร้างสรรค์ผลงานการโฆษณาและสื่อสารการตลาดภายใต้นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แต่ความยากลำบากในการดำเนินงานยังคงเกิดขึ้น เนื่องด้วยกลุ่มธุรกิจยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความพยายามโฆษณาและสื่อสารการตลาดตราสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ในทุกโอกาสและทุกช่องทาง

๑๓. กล่าวได้ว่า อันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของสังคมโดยรวมซึ่งเกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัญหาที่เรียกว่า “โรคที่ระบาดโดยมีอุตสาหกรรมเป็นพาหะ” (industrial epidemic) [๑๔] หมายถึง ปัญหานี้ไม่ได้แพร่ขยายตามธรรมชาติ แต่เป็นผลพวงจากการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด โดยมีสื่อมวลชนเป็นช่องทางและเครื่องมือในการสื่อสารผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสื่อสารกับกลุ่มเยาวชนผู้บริโภค ดังนั้น การกำกับดูแลการทำงานของสื่อ รวมทั้งองค์กรวิชาชีพสื่อและผู้ประกอบกิจการสื่อ จึงมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและลดการกระทำใด ๆ ที่จะละเมิดสิทธิผู้บริโภค โดยเฉพาะกับสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของปัจเจกและสังคม

นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๑๔. การควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของประเทศไทยมีกฎหมายหลัก คือ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งให้ความสำคัญกับการควบคุมการเข้าถึงเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ การควบคุมบริบทการตีมี และการควบคุมการโฆษณา [๑๕] มาตรการที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด คือ หมวด ๔ เรื่องการควบคุมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ โดยมาตรา ๓๐ เป็นมาตรการป้องกันการส่งเสริมการขาย เช่น ห้ามขายโดยวิธีการลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย ห้ามขายโดยวิธีการให้หรือในลักษณะของการแจก แถม หรือแลกเปลี่ยน เพื่อจูงใจให้บริโภคเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ รวมถึงการกำหนดเงื่อนไขการขายในลักษณะที่เป็นการบังคับซื้อโดยตรงหรือทางอ้อม และมาตรา ๓๒ เป็นมาตรการป้องกันการโฆษณาเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ และการแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องตีมีแอลกอฮอล์เพื่ออวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ตีมีโดยตรงหรือโดยอ้อม อย่างไรก็ตาม มาตรการนี้มีอุปสรรคสำคัญอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการทำการตลาดเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ทั้งจากผู้ผลิตในประเทศและผู้ผลิตต่างชาติ

๑๕. การควบคุมผลิตภัณฑ์เครื่องตีมีแอลกอฮอล์ในระดับสากล พบว่ามีการใช้มาตรการกำกับดูแลด้านการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของภาครัฐ โดยแบ่งออกเป็นประเภทต่าง ๆ เช่น ประเภทของการสื่อสารการตลาด ประเภทของเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ ช่องทางในการออกอากาศ เวลาในการออกอากาศ หรือรูปแบบและเนื้อหาของโฆษณา [๑๖] มาตรการทางกฎหมายในองค์การวิชาชีพสื่อ เช่น กฎหมายด้านวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ในประเทศบราซิล ห้ามการสื่อสารการตลาดทั้งทางตรงและทางอ้อมในผลิตภัณฑ์เครื่องตีมีแอลกอฮอล์ทุกประเภท [๑๗] ในกรณีของการกำกับดูแลร่วมควบคู่กับการกำกับดูแลตนเองขององค์การวิชาชีพ พบการดำเนินการเฉพาะในประเทศอังกฤษ โดยมีตัวอย่างของแนวปฏิบัติ เช่น ให้หลีกเลี่ยงการใช้เพลงในโฆษณาที่อยู่ในความนิยมของกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี เป็นต้น [๑๘]

๑๖. การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศไทยมีกฎหมายหลัก คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยมาตรการสำคัญในการจำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการขายทุกรูปแบบตลอด ๒๔ ชั่วโมง คือ มาตรา ๖-๗ เป็นมาตรการควบคุมการส่งเสริมการขาย การแจก การแจก การแถมให้ ของผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือสิทธิอื่นใด สำหรับมาตรา ๘-๙ เป็นมาตรการจำกัดการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดด้วยการสร้างเครื่องหมายเป็นตราสินค้า การใช้ตราสินค้ากับตราสินค้าอื่น และการใช้ตราสินค้าน่วมกัน รวมถึงการโฆษณาแฝง อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบังคับใช้ ตรวจสอบ ควบคุม และเฝ้าระวัง อย่างเท่าถึงและอย่างเท่าทัน เนื่องจากการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบมีการปรับรูปแบบและกลวิธีในการสื่อสารอยู่เสมอ

๑๗. ประเทศไทยได้ร่วมลงนามและให้สัตยาบันในอนุสัญญาควบคุมการบริโภคยาสูบ FCTC (The WHO Framework Convention on Tobacco Control) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘ [๑๙] อนุสัญญานี้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการต่อต้านการแทรกแซงของบริษัทยาสูบหรือข้ามชาติและมีผลในการจัดการการสื่อสารการตลาดของกลุ่มอุตสาหกรรมยาสูบ ตามกรอบอนุสัญญาข้อ ๑๓ ในการห้ามมิให้มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การส่งเสริมการขาย การให้การสนับสนุนโดยธุรกิจยาสูบเต็มรูปแบบ (comprehensive ban) รวมถึงการห้ามโฆษณายาสูบข้ามพรมแดน [๒๐] และข้อ ๕.๓ ของอนุสัญญาควบคุมยาสูบเกี่ยวกับการป้องกันการแทรกแซงนโยบายโดยบริษัทยาสูบ ระบุว่า การทำกิจกรรมเพื่อสังคมของบริษัทยาสูบหรือจะส่งผลเสียต่อการควบคุม

ยาสูบ จึงกำหนดให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ให้ทุกภาคส่วนในสังคมรู้ถึงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมของบริษัทบุหรี่ ห้ามไม่ให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานรัฐรับหรือร่วมกิจกรรมเพื่อสังคมของบริษัทบุหรี่ และห้ามบริษัทบุหรี่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมเพื่อสังคม

ปัญหาที่สำคัญ

๑๘. ผลการวิจัยเกี่ยวกับการปรับกลยุทธ์การโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยวิธีการโฆษณาแฝง (Indirect advertising) ภาพผลิตภัณฑ์ ตรายี่ห้อ สัญลักษณ์และชื่อองค์กร ผ่านการให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมดนตรี กีฬา และที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเยาวชนรุ่นใหม่ หรือการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดโดยใช้สื่อออนไลน์และสื่อบุคคล เช่น สาวเชียร์เบียร์ปริตี้ เป็นต้น [๒๑] แสดงให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมที่อ้างว่าเป็น CSR (Corporate Social Responsibility) นั้นเป็นการใช้ CSR เพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจขององค์กรในการประชาสัมพันธ์ตรายี่ห้อและภาพพจน์องค์กรมากกว่าการคำนึงถึงผลประโยชน์ต่อสังคมอย่างแท้จริง

๑๙. นับจากวันที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายได้ฟ้องร้องและดำเนินคดีกับผู้ประกอบการและร้านค้าที่กระทำการโฆษณาฝ่าฝืนหรือละเมิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก เช่น การใช้ป้ายไวน์ลิต ตู้ไฟ ที่มีข้อความหรือรูปภาพเชิญชวนให้ดื่ม แต่ผู้ประกอบการก็ฟ้องร้องไปยังศาลรัฐธรรมนูญว่า เป็นการจำกัดเสรีภาพในการประกอบกิจการหรือประกอบอาชีพของบุคคล [๒๒] ทำให้ขั้นตอนการพิจารณาสอบสวนยืดเยื้อยาวนาน และหากยังไม่มีมาตรการตัดสินจนถึงขั้นเป็นคดีแดง ผู้ประกอบการและร้านค้าต่าง ๆ ก็ยังสามารถทำการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ต่อไป เท่ากับเป็นการเปิดช่องให้มีการโฆษณาและสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างกว้างขวางต่อไป

๒๐. กลไกการกำกับดูแลผ่านองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลสื่อ การโฆษณา และการสื่อสารการตลาด ยังคงเป็นเรื่องทั่ว ๆ ไป ไม่ลงลึกชัดเจน แม้จะปรากฏในมาตรการข้อ ๗๑ (๘) ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวดคุ้มครองผู้บริโภคที่เน้นการปลูกฝังจริยธรรมของการเป็นสื่อมวลชนที่ดี และมีความรับผิดชอบต่อการโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งยังไม่มีการกำกับดูแลเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น (ร่าง) หลักเกณฑ์กำกับเนื้อหารายการในวิทยุและโทรทัศน์ของ กสทช. ตามพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๓๗ บัญญัติลักษณะของรายการที่ต้องห้ามไว้อย่างกว้าง ๆ และเน้นเฉพาะเรื่องความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อย ศีลธรรมอันดี ลามกอนาจารที่มีผลให้เกิดความเสื่อมทรามทางจิตใจหรือสุขภาพของประชาชนอย่างร้ายแรงเท่านั้น [๒๓] หรือพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ๒๕๕๐ เพื่อกำกับดูแลและควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ต ในส่วนของการกำกับดูแลและป้องปรามด้านเนื้อหาสาระสำคัญของกฎหมายกำหนดความผิดเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลไว้อย่างคลุมเครือ เช่น ข้อมูลปลอม ข้อมูลเท็จ ข้อมูลอันเป็นความผิดเกี่ยวกับความมั่นคง หรือมีลักษณะลามก [๒๔] ในกรณีของสมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย พบว่ามีจรรยาบรรณในเรื่องของการโฆษณาโดยไม่ระบุแบรนด์ (UNBRAND ADVERTISING) ว่า การโฆษณาที่มีลักษณะดังกล่าวเข้าข่ายเป็นความพยายามที่จะสร้างให้ประชาชนเข้าใจผิดในสาระสำคัญ และขัดหรือเสี่ยงต่อกฎหมายด้วยเจตนาอันเป็นการปฏิบัติละเมิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพโฆษณา แต่ยังคงจำกัดเฉพาะกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหาร [๒๕]

แนวทางการแก้ไขปัญห

๒๑. พัฒนาข้อกำหนดจริยธรรม หรือ Code of Ethics (COE) และแนวทางปฏิบัติ หรือ Code of Conduct (COC) เพื่อเป็นเครื่องมือกำกับดูแลตนเองขององค์กรวิชาชีพ (self-regulation) ในการผลิตสื่อและการสื่อสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคู่กับกลไกการกำกับดูแลร่วม (co-regulation) โดยองค์กรภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ร่วมกับองค์กรวิชาชีพสื่อ เพื่อให้การกำกับดูแลสื่อมีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการสื่อสารและสร้างสรรค์งาน สามารถคุ้มครองประชาชนได้ ทั้งนี้ จะต้องครอบคลุมตามกฎหมายและช่องว่างทางกฎหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมกำหนดบทลงโทษทางสังคมหรืออื่น ๆ หากพบว่ามี การฝ่าฝืน

๒๒. พัฒนาศักยภาพผู้บริโภคเพื่อเสริมสร้างความรู้เท่าทันสื่อและทักษะการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด ทั้งการใช้ตราสินค้าและการใช้ชื่อบริษัทของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๒๓. สนับสนุนระบบเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์กรวิชาชีพสื่อ สถาบันวิชาการ ภาคประชาสังคม และองค์กรพัฒนาเอกชน และโดยเฉพาะในขั้นตอนการร้องเรียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดำเนินการทางกฎหมาย

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๕ การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

๑. นิษฐา หรุ่นเกษม. ๒๕๔๙. “แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรู้เท่าทันสื่อและสุขภาพ” ใน เปิดประตูสู่การรู้เท่าทันสื่อ : แนวคิดทฤษฎีและประสบการณ์รู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โครงการสื่อสร้างสรรค์สุขภาพ.
๒. ประกิต วาทีสาธกกิจ. ๒๕๕๑. ฉีกหน้ากากอุตสาหกรรมบุหรี Trust Us We're The Tobacco Industry. กรุงเทพฯ : มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี.
๓. ทักษพล ธรรมรังสี. ๒๕๕๒. ความต้องการและบทบาทของธุรกิจอุตสาหกรรมสุราในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
๔. รัฐบาลหลงกลผู้ผลิตเหล้า-เบียร์ ดีแม่ขบวนการน้ำเมา! 7-11 โชห่วย ผับ บาร์ รวยละ. ๒๕๕๓. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/mgrweekly/viewnews.aspx?NewsID=9530000126327>
๕. DAAT เผยข้อมูลทิศทางภาพรวมธุรกิจโฆษณาดิจิทัล ปี ๒๕๕๖. ๒๕๕๖. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.daat.in.th/index.php/daat-report2556/>
๖. ห้าม บ.บุหรี ทำ “ซีเอสอาร์” อนามัยโลกจี้สมาชิกคุมเข้ม - “หมอประกิต” ชี้บริษัทเพิ่มงบโฆษณา. ๒๕๕๖. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://www.hed.go.th/frontend/theme/content_frame.php?ID_Info=00022975

๗. ทักษพล ธรรมรังสี. ๒๕๕๒. ความต้องการและบทบาทของธุรกิจอุตสาหกรรมสุราในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
๘. การสำรวจการขายบุหรี่ออนไลน์ในประเทศไทย. ๒๕๕๕. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://www.ph.mahidol.ac.th/journal/42_3/03.pdf
๙. โครงการจับตา...โฆษณาธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๕. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
๑๐. ทักษพล ธรรมรังสี. ๒๕๕๒. ความต้องการและบทบาทของธุรกิจอุตสาหกรรมสุราในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
๑๑. Thomas F. Babor, PhD, MPH, Ziming Xuan, PhD, Donna Damon, BA, and Jonathan Noel, MPH. An Empirical Evaluation of the US Beer Institute's Self-Regulation Code Governing the Content of Beer Advertising. American Journal of Public Health. Published online ahead of print August 15, 2013.
๑๒. ศิริวรรณ อนันต์โท และคณะ. ๒๕๕๕. การวิจัยเรื่องจริยธรรมในวิชาชีพสื่อมวลชน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
๑๓. เปลี่ยนสมรภูมิธุรกิจเป็นสมรภูมิแห่งคุณธรรม [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.arunsawat.com/board/index.php?topic=10248.0;wap2>
๑๔. Thomas F. Babor, PhD, MPH, Ziming Xuan, PhD, Donna Damon, BA, and Jonathan Noel, MPH. An Empirical Evaluation of the US Beer Institute's Self-Regulation Code Governing the Content of Beer Advertising. American Journal of Public Health. Published online ahead of print August 15, 2013.
๑๕. ทักษพล ธรรมรังสี. ๒๕๕๖. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
๑๖. The ELSA project (2005 - 2007). Report on adherence to alcohol marketing regulations: ELSA project report on the adherence to codes of self-regulation, laws and regulatory systems.
๑๗. The ELSA project (2005 - 2007). Regulations of alcohol marketing in Europe. ELSA project overview on the existing regulations on advertising and marketing of alcohol.
๑๘. The ELSA project (2005 - 2007). Appendix: Regulations of alcohol marketing in 24 European countries.
๑๙. FCTC เพื่อสังคมไทยไร้ควันบุหรี่. ๒๕๕๔. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://www.trc.or.th/th/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=940
๒๐. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. ๒๕๕๓. รู้จักอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
๒๑. นงนุช ใจชื่น และ ทักษพล ธรรมรังสี. ๒๕๕๕. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเติมเต็มงานวิจัยเพื่อการจัดการปัญหาน้ำเมาในประเทศไทย : ก้าวต่อไปจาก GAPC วันที่ ๒๔-๒๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ บ้านอัมพวา รีสอร์ท แอนด์ สปา อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

๒๒. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์. (๒๕๕๖). รวบรวมคำพิพากษาตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑. กรุงเทพฯ : บริษัท โมโนโปรเจค จำกัด, หน้า ๒๙-๔๙.
๒๓. iLaw : แฉมร้างประกาศ กสทช. ๒๕๕๖. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://prachatai.com/journal/2013/07/47758>
๒๔. พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ ๒๕๕๐. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.yenta4.com/law/document.php>
๒๕. แนวทางการโฆษณาโดยไม่ระบุแบรนด์. ๒๕๕๖. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://www.adasso thai.com/index.php/main/law_regulation_detail/145

การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม*

รับทราบ ว่าการสร้างสุขภาพที่ดีของคนและสัตว์ รวมถึงความสมดุลของสิ่งแวดล้อม มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน

เห็นว่า แนวคิดเรื่อง “สุขภาพหนึ่งเดียว” เป็นแนวคิดสากลที่ควรได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณชนในวงกว้าง โดยต้องสร้างความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการดูแลสุขภาพของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม เพื่อบูรณาการการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

ชื่นชม ว่าประเทศไทยมีเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว ศูนย์ประสานงานเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว ซึ่งขณะนี้ มีสำนักงานตั้งอยู่ที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวของประเทศไทย และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ซึ่งดำเนินการในเบื้องต้นเพื่อประสานงานการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙)

ตระหนัก ว่าความร่วมมือในการทำงานภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ต้องเกิดจากความร่วมใจของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชน เพื่อประสานพลังความร่วมมือทั้งแนวราบและแนวดิ่งจนเกิดแผนงานและกิจกรรมร่วมกันที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการในพื้นที่ขยายการดำเนินงานจากวงวิชาการสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนแนวคิด หลักการของ “สุขภาพหนึ่งเดียว” และนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติ รวมถึงสร้างกลไกการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ทุกระดับทั้งชุมชนท้องถิ่น จังหวัด ภายในประเทศ และระหว่างประเทศ

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เช่น ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สภาองค์กรชุมชนตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน และภาคประชาสังคมพัฒนาทั่วโลกในระดับท้องถิ่น เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาสุขภาพคน สัตว์ และการสร้างสมดุลของสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว”

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๗

๓. ขอให้ศูนย์ประสานงานเครือข่าย “สุขภาพหนึ่งเดียว” เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานกับภาคราชการ และองค์กรของรัฐซึ่งมีแกนหลักในการดำเนินการของแต่ละหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

๓.๑ สร้างความเข้าใจระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมและประชาชน เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติของ “สุขภาพหนึ่งเดียว” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่เป็นทิศทางเดียวกัน

๓.๒ นำแนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ไปดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙) เพื่อเป็นอีกกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

๓.๓ สนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางของ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในทุกระดับ เพื่อการประสานงาน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของภาคส่วนต่าง ๆ และการพัฒนาประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่มีความเกี่ยวเนื่องระหว่างคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นโรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่นหรือที่เกิดขึ้นใหม่ และโรคที่เป็นผลกระทบมาจากสิ่งแวดล้อมที่เสียสมดุลและสารพิษ

๓.๔ สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการตรวจสอบ ติดตาม ประเมินผลการทำงาน แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ไปดำเนินการในระดับต่าง ๆ

๓.๕ สนับสนุนให้สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างจัดการความรู้ และพัฒนาศักยภาพของระบบวิจัยและระบบติดตามประเมินผลในทุกระดับ

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” โดยสอดแทรกสาระในหลักสูตรการศึกษาทุกระดับ

๕. ขอให้สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในประเทศไทยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมกับเครือข่ายมหาวิทยาลัยสุขภาพหนึ่งเดียวของประเทศไทย สร้างบัณฑิตรุ่นใหม่ที่มีหัวใจของการทำงานภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว”

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม

คำนิยาม

๑. “สุขภาพหนึ่งเดียว” หมายถึง ความสัมพันธ์ด้านสุขภาพระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงอย่างเป็นหนึ่งเดียวกัน คือ มีผลต่อกันและกันทั้งทางบวกและทางลบ [๑, ๒, ๓]
๒. แนวทางการทำงานเพื่อนำไปสู่ “สุขภาพหนึ่งเดียว” หมายถึง จากความตระหนักถึงธรรมชาติว่าสุขภาพของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกัน การแก้ปัญหาสุขภาพจึงต้องทำแบบองค์รวม และมีการประสานแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการบูรณาการข้ามสาขาวิชาและภาคส่วนทุกระดับให้เป็นหนึ่งเดียวอีกด้วย
๓. “สัตว์” หมายถึง สิ่งมีชีวิตที่มีใช้พรรณไม้และมนุษย์ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงจุลชีพ [๔]

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระราชดำรัสแก่ผู้เข้าร่วมประชุมนานาชาติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในการประชุมรางวัลเจ้าฟ้ามหิตล องค์ประธานมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ทรงมีพระราชดำรัสแก่ผู้เข้าร่วมประชุมนานาชาติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในการประชุมรางวัลเจ้าฟ้ามหิตล พ.ศ. ๒๕๕๖ ในชื่อ “รวมพลังต่อต้านโรคติดเชื้อ ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือ” ความตอนหนึ่งว่า “... โรคติดเชื้อยังคงคุกคามความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก โรคเหล่านี้ปรากฏและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วไป เศรษฐกิจ ความมั่นคง และการพัฒนา อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของภาคสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวไม่เพียงพอที่จะรับมือ เพราะโรคที่อุบัติใหม่หรือโรคที่ระบาดซ้ำและมีผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ ๒๑ เป็นต้นมานั้น ส่วนมากเป็นโรคที่เกิดมาจากสัตว์ ดังนั้น เราคงปฏิเสธไม่ได้ว่า ความเป็นอยู่ของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่งยวด และจำเป็นต้องอาศัยการแก้ไขที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน สิ่งที่น่ากังวลมิได้เจาะจงเฉพาะสุขภาพมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมเท่านั้น หากแต่หมายถึงสุขภาพโดยรวมของทุกชีวิตและทุกสรรพสิ่งบนโลก เป็นสุขภาพโดยรวม หัวข้อของการประชุมวิชาการในวันนี้จึงเป็นเรื่องที่ทันสมัยเหมาะสมกับสถานะที่เกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน”

๒. ทุกสรรพสิ่งบนโลกนี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง จากการเพิ่มจำนวนประชากรของมนุษย์ ทำให้วิถีชีวิตมนุษย์ได้เปลี่ยนแปลงไป ในอดีตมีการเลี้ยงสัตว์หลังบ้านเพื่อเป็นแหล่งอาหารในครัวเรือน เปลี่ยนไปเป็นระบบอุตสาหกรรมฟาร์มผลิตปศุสัตว์ขนาดใหญ่ที่มีการเลี้ยงสัตว์อย่างหนาแน่น พร้อมทั้งมีการใช้ยาปฏิชีวนะและฮอร์โมนเป็นสารเร่งการเจริญเติบโต มีการขยายตัวของชุมชนเมือง ทำให้ต้องมีการรื้อล้างพื้นที่ป่าธรรมชาติ อีกทั้งมนุษย์ยังล่าสัตว์ป่าด้วยค่านิยมที่ผิด เพื่อมาเป็นสัตว์เลี้ยงแปลกหรือใช้เป็นยาบำรุง และการทำลายระบบนิเวศจากอุบัติเหตุ เช่น ภาวะน้ำมันดิบรั่วไหลในทะเล ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อระบบนิเวศอย่างไม่สามารถหวนกลับ ด้วยปัจจัยดังกล่าวนี้ จึงไม่อาจปฏิเสธได้ว่าสุขภาพของมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับทั้งสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร สัตว์ป่า

และสิ่งแวดล้อม จากการปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น นำมาซึ่งโรคและภาวะคุกคามต่อสุขภาพต่าง ๆ หลายประการ ทั้งที่เป็นโรคติดเชื้อที่อาจระบาดได้ในวงกว้าง และโรคที่เกิดจากสารพิษและสิ่งแวดล้อมที่ถูกทำลาย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงกลับมายังมนุษย์ ทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อย่างไม่อาจจะหลีกเลี่ยงได้

๓. ภาวะวิกฤตของปัญหาการระบาดของโรคไข้หวัดนกในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ทำให้ประเทศไทยมีการยกระดับความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้มีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดนก โดยเมื่อมีการระบาดของโรคไข้หวัดนกจะต้องมีการจัดสมาชิกในการสอบสวนโรคที่ประกอบไปด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นักระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงสัตวแพทย์หรือผู้แทนกระทรวงเกษตรฯ และมีการติดต่อสื่อสารกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ประชาชนสัมพันธ์ความรู้ในการป้องกันตนเองให้กับประชาชนในพื้นที่ จากความร่วมมือนี้นำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคไข้หวัดนก ทำให้ประเทศไทยไม่มีรายงานพบโรคไข้หวัดนกในคนตั้งแต่เดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ [๕] ในขณะที่เพื่อนบ้าน เช่น กัมพูชา เวียดนาม และอินโดนีเซีย ยังมีรายงานการพบผู้ป่วยไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่องทุกปี

๔. ปัญหาโรคติดต่อจากเชื้อโรคนิวโมเนลลาซึ่งเป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินอาหารในคน (เช่น ท้องเสีย) จากการปนเปื้อนในพืชที่เป็นอาหารและสิ่งแวดล้อม และการแพร่เชื้อจากคนที่มีเชื้อนี้ในลำไส้ เชื้อโรคนิวโมเนลลาสามารถก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงได้ เช่น การติดเชื้อในเลือดและเยื่อหุ้มสมอง มีผลให้ถึงตายหรือสมองพิการ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียนี้มากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างมาก พบเชื้อโรคนิวโมเนลลาทั้งใน ๑) มนุษย์ที่มีเชื้อชนิดนี้ในลำไส้โดยมีหรือไม่มีอาการเจ็บป่วย ๒) สัตว์ ทั้งปศุสัตว์ สัตว์เลี้ยงปศุสัตว์ สัตว์ประจำบ้าน (จิ้งจก หนู แมลงสาบ ไส้เดือน ซึ่งติดเชื้อจากการกินอาหารที่หาได้จากสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อนี้) และ ๓) การปนเปื้อนของเชื้อโรคนิวโมเนลลาในสิ่งแวดล้อมและพืชผักหลายชนิด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ใช้มูลสัตว์และมนุษย์ที่มีเชื้อโรคนิวโมเนลลาเป็นปุ๋ย) การปนเปื้อนเชื้อโรคนิวโมเนลลาในสินค้าส่งออกประเภทอาหารเป็นสาเหตุของการส่งกลับสินค้าดังกล่าว ซึ่งเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง มาตรการป้องกันควบคุมโรคที่จะมีประสิทธิภาพจะทำได้ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างเป็น “หนึ่งเดียว” ระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๕. การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เนื่องด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์ที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุนัขที่เป็นพาหะ ในหลายพื้นที่มีการพัฒนาความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค อาทิเช่น โครงการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน ประจำปี ๒๕๕๔ [๖] ที่ดำเนินการโดย ๑) จัดตั้งคณะทำงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ๒) สร้างเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับปศุสัตว์และสาธารณสุข ทั้งการขึ้นทะเบียนสุนัขและแมว การทำฐานข้อมูล ทำวัคซีน และสร้างจิตสำนึกที่ดีในการเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบ ได้แก่ จัดกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการเลี้ยงสุนัขที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอผ่านสื่อ หอกระจายข่าว และป้ายโฆษณา ๓) สร้างความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วนในการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังโรคจากหน่วยงานปศุสัตว์ สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน สถาบันการศึกษา โรงเรียน วัด สื่อมวลชน องค์กรเอกชน ฯลฯ เมื่อมีเหตุคนถูกสุนัข/แมว/สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม กัด/ข่วน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สถานีอนามัยจะรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ ทั้งสาธารณสุขและปศุสัตว์ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้รับทราบเพื่อดำเนินการกักสัตว์ที่สงสัย และติดตามผู้สัมผัสเชื้อ ในการทำงานนี้เป็นการทำงานอย่างประสานกัน ร่วมกันคิดการดำเนินการ

กิจกรรมต่าง ๆ อย่างเป็น “หนึ่งเดียว” เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างสัมฤทธิ์ผล โดยมีเป้าหมายกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

๖. การทำลายระบบนิเวศจากเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติเหตุและการจัดการ ตัวอย่างเช่น กรณีการรั่วของท่อส่งน้ำมันดิบกลางทะเลในเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๖ ส่งผลให้น้ำมันดิบปริมาณ ๕๐,๐๐๐ - ๗๐,๐๐๐ ลิตร ไหลลงสู่ทะเลจังหวัดระยอง [๗] กระจายครอบคลุมพื้นที่เป็นบริเวณกว้าง เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ประเทศไทยได้ดำเนินการตาม “แผนป้องกันและขจัดมลพิษทางน้ำเนื่องจากน้ำมันแห่งชาติ” โดยมีกรมเจ้าท่าและกองทัพเรือเป็นแกนหลักในการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสนับสนุนภาครัฐ ในการดำเนินการจริง มีอาสาพิทักษ์สิ่งแวดล้อม เครือข่ายจิตอาสา เข้าร่วมในการขจัดคราบน้ำมันดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พบว่าการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนยังขาดการประสานงานที่ดี แยกส่วนกัน ภาคประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดหรือรับรู้ในมาตรการต่าง ๆ ทำให้สับสน จนเกิดภาวะเครียดจากผลกระทบที่เกิดจากการขาดรายได้และความปลอดภัย เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดภาวะวิกฤต จึงควรมีการตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจที่มาจากภาครัฐ เอกชน หน่วยงานทางการศึกษา นักวิชาการ องค์กรอิสระ และภาคประชาชน เพื่อให้การจัดทำแผนเกิดจากความเห็นชอบของทุกฝ่ายและสอดคล้องกัน [๘] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ที่ต้องการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาลักษณะนี้และการป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคต

การดำเนินการปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในประเทศไทย

๑. “เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียว” เกิดขึ้นระหว่างหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานระหว่างประเทศ ที่ร่วมมือกันเป็นภาคีเครือข่ายในระดับประเทศ ในการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และระบบนิเวศในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่ประโยชน์สาธารณะและสุขภาพที่ดีของทุกชีวิตในประเทศไทย โดยมีการประกาศเจตจำนง “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔ [๙] ต่อมา มีการเชื่อมต่อและพัฒนา “เครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวระดับจังหวัดและอำเภอ” ในพื้นที่ ๕ จังหวัดนำร่อง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา ชลบุรี กาญจนบุรี และสงขลา

๒. “ศูนย์ประสานความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียว” ได้รับการจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ภายใต้การขับเคลื่อนของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙) [๑๐] โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นศูนย์กลางการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ภายใต้หลักการ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ ด้วยความร่วมมือกันของส่วนราชการในประเทศไทย ได้แก่ ๑) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒) กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ๓) กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช และองค์การสวนสัตว์ในพระบรมราชูปถัมภ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ๔) มหาวิทยาลัย และ ๕) ภาคีสุขภาพต่าง ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างประเทศ ได้แก่ ๑) องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ๒) องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (USAID) ๓) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค สหรัฐอเมริกา (US-CDC) ศูนย์ประสานความร่วมมือฯ ดังกล่าว ทำหน้าที่ประสานงานการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมฯ ด้วยความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในแนวราบ เพื่อเสริมการปฏิบัติการแนวตั้งตามระบบราชการ พร้อมทั้งประสานและสนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ และแนวทางการฝึกอบรมบุคลากรระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสัตว์ สุขภาพสัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม และสาธารณสุข รวมทั้งการจัดทำแผนที่กิจกรรมการดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือ บริหาร และประสานแหล่งเงินทุน เพื่อพัฒนาและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ “สุขภาพหนึ่งเดียว” พร้อมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมในการ

กำหนดนโยบายระดับชาติภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว”

๓. เครือข่ายมหาวิทยาลัย “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของประเทศไทย (Thailand One Health University Network หรือ THOHUN) เป็นการร่วมมือกันระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID) มีเป้าหมายในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้บัณฑิตมีความรู้ความเข้าใจสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมร่วมกันต่อไป

๔. กลไกการทำงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว หรือ SRRT (Surveillance and Rapid Response Team) ประเทศไทยมีการพัฒนาทีม SRRT มาต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ โดยเป็นเครือข่ายการทำงานของสหสาขาวิชาชีพเพื่อรับมือกับโรคติดต่อ ตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัดและอำเภอ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [๑๑] โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์ ควบคุมกำกับและสนับสนุนทางวิชาการ ปัจจุบันมีทีม SRRT ระดับอำเภอ จำนวน ๙๔๖ ทีม และระดับตำบล ๙,๘๘๒ ทีม [๑๑] เพื่อดำเนินการประสานการเฝ้าระวังและสอบสวนควบคุมโรค ร่วมกับหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของทีมในการทำงานแข่งกับเวลาเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉิน

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๒) มีการรับรองมติโรคติดต่ออุบัติใหม่ [๑๒] ซึ่งมีการยกประเด็นให้เห็นความร่วมมือระหว่างสหสาขาซึ่งประกอบด้วยการคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของระบบนิเวศสุขภาพของมนุษย์และสุขภาพสัตว์ เพื่อเป็นหลักการที่ต้องคำนึงถึงเพื่อเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่

๒. กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวบรรจุลงในแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙) ที่ได้รับการรับรองจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ [๑๑] แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแผนปฏิบัติการแม่บทในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ซึ่งกระบวนการในการจัดทำแผนนั้นเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกองค์กรภาคีต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน โดยอิงสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ภายในประเทศ และกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นต้น แผนยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วย ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การจัดการระบบการเลี้ยงและสุขภาพสัตว์และสัตว์ป่าให้ปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัยพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงบูรณาการและเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่

ทั้งนี้ การดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียวระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ในแผนปฏิบัติการแม่บท ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙) มุ่งเน้น

ให้มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ระบบเฝ้าระวังโรค การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อจำกัดและการแก้ไขปัญหา

๑. จะเห็นได้ว่า แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวนั้นเป็นแนวคิดที่มีประโยชน์ และหน่วยงานหลายภาคส่วนมีความสนใจและสนับสนุนในการดำเนินการ หากแต่การดำเนินงานนั้นยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการอยู่หลายประการ แบ่งออกเป็น

๑.๑ ข้อจำกัดในการสร้างความเข้าใจต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ แม้ว่าแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวนั้นจะเป็นที่ยอมรับภายในนักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐด้านสาธารณสุข สุขภาพสัตว์เลี้ยงและสัตว์ป่าเป็นอย่างดี รวมทั้งได้มีการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก แต่แนวคิดนี้ยังไม่เป็นที่รับรู้ในวงกว้างของสาธารณชน หน่วยงานระดับท้องถิ่น ภาคเอกชน และชุมชนท้องถิ่น เนื่องจากยังเป็นคำศัพท์ใหม่ที่เริ่มนำมาใช้ในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ และเป็นแนวคิดที่ยังไม่ได้เผยแพร่ในวงกว้างเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน ดังนั้น การสร้างการมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดนี้จึงเป็นเรื่องที่ทำหาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการผลักดันให้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในชุมชน ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเป็นหน่วยสำคัญในการจัดการกับปัญหาสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

๑.๒ ข้อจำกัดในการขับเคลื่อนเชิงรุก การดำเนินงานภายใต้ศูนย์ประสานความร่วมมือสุขภาพหนึ่งเดียวนั้นจำเป็นต้องมีแผนงานการสอดประสานระหว่างหน่วยงานภายใต้ศูนย์ฯ ทั้งแนวตั้งและแนวนอน เพื่อให้เกิดพลังความร่วมมือสูงสุด หากแต่ในปัจจุบัน กลไกในการทำงานระหว่างหน่วยงานและสาขาวิชาในระดับท้องถิ่นยังไม่เป็นรูปธรรมในระดับที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

๒. การมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและชุมชน แม้ว่าแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวจะได้รับการยอมรับจากนักวิชาการ และผลักดันจนเกิดเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขและเกิดกิจกรรมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวนมาก แต่แนวคิดนี้มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับทั้งมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทอย่างสูงในการจัดการกับปัญหาสุขภาพคน ปศุสัตว์ และสัตว์ป่าที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ด้วยแนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” จึงเห็นควรผลักดันให้แนวคิดและการดำเนินการ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ให้เป็นนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๗ การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

๑. The American Veterinary Medical Association. 2008. "One Health: A New Professional Imperative". [cited May 1, 2013]. Available from: https://www.avma.org/KB/1Resources/Reports/Documents/onehealth_final.pdf
๒. An Eco-system Health Approach to Address Emerging Infectious Diseases in China: Report on the UN China One Health Event on 29-30 June 2011. [cited 2013 August 1]; Available from: <http://www.fao.org/docrep/015/an334e/an334e00.pdf>
๓. One Health Key Terms and Concepts: From glossary of one health science by Bruce A. Wilcox and Jennifer Steele. [cited 2013 August 1]; Available from: <http://www.thaionehealth.org/uploads/file/1-One%20Health%20Key%20Terms%20and%20Concepts.pdf>
๔. กรมปศุสัตว์ พระราชบัญญัติวิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๕
๕. สถานการณ์โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ A H7N9 และ H5N1 ในคน ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๖ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ออนไลน์. สืบค้นจาก : http://www.boe.moph.go.th/files/report/20130510_74533117.pdf [๑ สิงหาคม ๒๕๕๖]
๖. โครงการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน ประจำปี ๒๕๕๔ ออนไลน์. สืบค้นจาก : http://www.dld.go.th/pvlo_cri/sukapap/Handbook/project%20R...pdf. [๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖]
๗. ท่อส่งน้ำมันดิบรั่ว! กลางทะเลระยอง ออนไลน์. สืบค้นจาก : <http://www.komchadluek.net/detail/20130727/164418/ท่อส่งน้ำมันดิบรั่ว! กลางทะเลระยอง.html> [๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖]
๘. นิสิตปริญญาโท-เอก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา ๒๕๕๖ (การรับรู้ผลกระทบและการจัดการวิกฤติน้ำมันรั่วลงทะเลบริเวณอ่าวพร้าว เกาะเสม็ด จังหวัดระยอง ออนไลน์. สืบค้นจาก : <http://www.slideshare.net/thiraw/ss-25753773> [๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖]
๙. ประกาศเจตจำนงสุขภาพหนึ่งเดียว ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๔. ออนไลน์. สืบค้นจาก : <http://www.thaionehealth.org/contents/view/197> [๑ สิงหาคม ๒๕๕๖]
๑๐. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ ออนไลน์. สืบค้นจาก : http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/upload/eidnationplan56_59.pdf [๑ สิงหาคม ๒๕๕๖]
๑๑. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออนไลน์. สืบค้นจาก : <http://www.thailandlawyercenter.com/index.php?lay=show&ac=article&id=538973904&Ntype=19> [๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖]
๑๒. คู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). ออนไลน์. สืบค้นจาก : http://www.boe.moph.go.th/files/report/20121130_52632501.pdf [๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๖]
๑๓. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒ : มติโรคติดต่ออุบัติใหม่. ออนไลน์. สืบค้นจาก : <http://en.nationalhealth.or.th/sites/default/files/2-2009-1.pdf> [๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๖]

การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หก

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย^๑

รับทราบ สถานการณ์ บริบท และแนวโน้มของประเทศไทยและระบบสุขภาพ และได้พิจารณาเอกสาร “หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย”^๒ แล้ว

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยประธานกรรมการ (นายกรัฐมนตรี) พิจารณานำกลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และเครื่องมืออื่น ๆ สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และเครื่องมือตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๓ ไปปรับใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทย โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวางในทุกระดับ เท่าเทียมด้วยความปรองดองและสมานฉันท์

๒. เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำ “หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย”^๒ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ๖ จำนวน ๕๙ มติ มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ๖ มติ ไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมในทุกระดับภายในกรอบเวลาที่เหมาะสม และชัดเจน เพื่อตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูปประเทศไทยอย่างเต็มที่

๓. เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ โดยประธานกรรมการ (นายกรัฐมนตรี) นำข้อเสนอต่าง ๆ ของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑ - ๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ จำนวน ๒๑ มติ ไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการเพื่อการปฏิรูปประเทศไทย

๔. ขอให้ทุกภาคส่วนถือเป็นพันธะและร่วมรับผิดชอบในการนำหลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย มติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น สมัชชาปฏิรูประดับชาติ และข้อเสนอต่าง ๆ ของคณะกรรมการปฏิรูป ไปพิจารณาในกระบวนการปฏิรูปประเทศไทยและนำสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม

๕. การดำเนินการตามข้อ ๑ - ๔ ดังกล่าว ให้ยึดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ เป็นแนวทางสำคัญในการทำงาน

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖. มติ ๘. ผผนวก ๑

หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

๑. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ

๑.๑ ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนนำหลักการเรื่องสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in All Policies) มาแปลงสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการขยายความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้าง ตามคำจำกัดความใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และทิศทางระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม”

๑.๒ พัฒนาระบบงานและองค์กรที่ทำงานด้านระบาดวิทยา^๑ ทั้งด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และระบาดวิทยาสังคม (Social epidemiology) ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมและการสร้างเสริมสุขภาพนอกภาคบริการสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาและใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

๒. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพควรพิจารณาดำเนินการตามหลักการที่สำคัญ คือ

๒.๑ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล และระบบบริการสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health Systems) ควบคู่กับการส่งเสริมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long term care)

๒.๒ จัดให้มีการวางแผนระบบบริการสุขภาพ (Health Service Plan) ของประเทศให้มีความเสมอภาคในด้านมาตรฐานที่ครอบคลุมการบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนทุกระดับบริการ ได้แก่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบบริการเฉพาะทาง ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อและส่งกลับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงหนุนเสริมกันได้ทั้งระบบ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเพื่อเป็นการรองรับความต้องการบริการสุขภาพที่ยุ่ยากลำบากซับซ้อนที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care) ซึ่งจะเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบการพัฒนา และรับรองคุณภาพที่ดีเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่ไปด้วย

ในการดำเนินงานดังกล่าว ควรคำนึงถึงขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เหมาะสม ให้สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จในตัวเอง โดยเป็นการจัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเดี่ยวอย่างไร้รอยต่อ และมีระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมภายในเครือข่าย

^๑ การเฝ้าระวัง การสอบสวน การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

๒.๓ ทบทวนนโยบายความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชียให้เกิดความเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนไทย และเป็นไปตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่กำหนดว่า “รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ทางธุรกิจ” อีกทั้งให้มีมาตรการป้องกันผลกระทบจากบริการสุขภาพเชิงธุรกิจที่เพิ่มมากขึ้นด้วย เช่น การใช้มาตรการทางภาษีเพื่อนำรายได้จากการจัดเก็บภาษีดังกล่าวกลับมาจัดการลดผลกระทบ เป็นต้น

๒.๔ ส่งเสริมการพัฒนาและใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในการบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง มีคุณภาพและแพร่หลาย อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๕ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ ระบบการสร้างและจัดการความรู้ ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการสื่อสารด้านสุขภาพทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ ระบบการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ระบบการเงินการคลัง เป็นต้น

๓. การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

๓.๑ ให้ความสำคัญกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ อย่างครบถ้วนเพื่อสนับสนุนการบริการสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านประเภท ปริมาณ คุณภาพ และการกระจายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศไทย เช่น

๓.๑.๑ มีการวางแผนการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งในด้านประเภท ปริมาณ คุณภาพ การผลิต การกระจาย และการจ้างงาน การบรรจุ ซึ่งรวมถึงกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ ทั้งนี้ให้มีการศึกษาทบทวนถึงความจำเป็นและความเหมาะสมในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ เช่น พยาบาลเทคนิค ทันตภิบาล เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลน

๓.๑.๒ บริหารจัดการปริมาณผู้เชี่ยวชาญรายสาขาให้เกิดความสมดุลและเป็นไปตามความจำเป็น และควบคู่กับการเพิ่มปริมาณบุคลากรผู้ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขเป็นรูปแบบของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการและความเหลื่อมล้ำทางวิชาชีพ

๓.๑.๓ ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมทางวิชาชีพ และการสร้างฉันทะ แรงจูงใจ และขวัญกำลังใจ รวมถึงสนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ แก่บุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ เพิ่มกลไกการจัดการความปลอดภัย และการประกันความเสี่ยงของผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างเป็นรูปธรรม

๓.๒ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และพัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิผู้ได้รับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากบริการสุขภาพที่เป็นธรรมแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บนหลักการช่วยเหลือเกื้อกูลและสร้างความสมานฉันท์

๓.๓ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กร/ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เช่น เด็กและเยาวชน ผู้ป่วย และประชากรผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ โดยเฉพาะคนพิการ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพในระดับครอบครัว ชุมชน ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะ ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ

๔. การปฏิรูประบบการเงินการคลังและระบบหลักประกันด้านสุขภาพ

๔.๑ ปฏิรูประบบการเงินการคลังให้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้มาตรการทางภาษีสับสินค้าและบริการที่มีผลกระทบต่อ

ด้านลบและบวกต่อสุขภาพ การส่งเสริมการลงทุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การสนับสนุนและกระตุ้นการมีส่วนร่วมลงทุนจากชุมชนท้องถิ่น

๔.๒ ปรับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในการอภิบาลระบบให้มากขึ้น เพื่อดูแลภาพรวมและความยั่งยืนทางการคลัง ให้เกิดนโยบายการดำเนินการที่เป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ เกิดเอกภาพในการบริการ และให้เกิด “ความเสมอภาคในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน” ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

๔.๓ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมไปถึงหลักประกันสุขภาพของทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยใช้ทั้งหลักการด้านมนุษยธรรมและการร่วมจ่ายเงิน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเสริม เพื่อความยั่งยืนทางการเงินการคลัง และให้มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

๔.๔ ปรับปรุงการบริหารจัดการกองทุนภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ เพื่อลดความซ้ำซ้อนกับกองทุนสุขภาพอื่น และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มบทบาทหน้าที่ในด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อปรับปรุงกฎหมาย พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการ

๔.๕ สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร^๒ การพัฒนาองค์ความรู้และขีดความสามารถของบุคลากรของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ เพื่อรองรับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างเชื่อมโยง ต่อเนื่องและเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง

๕. การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

๕.๑ ให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย (Governance by network) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และ พ.ร.บ. อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส โดยเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาลระบบโดยรัฐ (Governance by State) และเชื่อมกับการอภิบาลระบบโดยตลาด (Governance by market) เช่น กลไกและกฎระเบียบทางการค้า การลงทุน ในทิศทางสร้างนำซ่อม และการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

๕.๒ ให้มีการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดเอกภาพในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการทำงานซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ อันจะเป็นการลดการรวมศูนย์การอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ (Governance by State)

๕.๓ กระจายอำนาจ ทุน และทรัพยากร ให้ชุมชนท้องถิ่นอย่างเพียงพอเพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพด้วยตนเองให้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดบทบาทของรัฐบาลส่วนกลางให้เป็นผู้สนับสนุนเท่าที่จำเป็น โดย

๕.๓.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ และระดับชุมชนท้องถิ่นอย่างจริงจัง

^๒ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพครอบคลุมการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล การมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ครอบคลุมการใช้ประโยชน์ และการเผยแพร่ข้อมูล

๕.๓.๒ ให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามสุขภาพได้มากขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการพัฒนาความเข้มแข็งของกิจกรรมสำคัญในชุมชน เช่น การจัดการกองทุนสุขภาพตำบล ระบบสวัสดิการชุมชน การดำเนินงานของสภาองค์กรชุมชนตำบล การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพะชุมชน เป็นต้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพคนและองค์กรในทุกกระดับ

๕.๓.๓ กำหนดแผนและขั้นตอนการถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมและมีขีดความสามารถเหมาะสมโดยเร็วในระยะเวลาที่ชัดเจน และให้มีการติดตามประเมินผลสถานพยาบาลที่ถ่ายโอนไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว รวมทั้งมีการศึกษารูปแบบการถ่ายโอนสถานบริการของรัฐที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และการมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน

๕.๓.๔ ปรับเปลี่ยนสถานบริการของรัฐให้เป็นระบบการบริหารจัดการที่คล่องตัว (Public Autonomous management unit) และให้มีการดำเนินการอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานบริการประชาชนให้ทั่วถึงครอบคลุมทั่วประเทศ และลดภาระกิจการบริหารจัดการของรัฐบาลกลางลง โดยให้การอุดหนุนทางการเงินที่เป็นธรรม ตามภาระที่สถานบริการแบกรับอยู่ ตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น ลักษณะการกระจายประชากร และภูมิประเทศ

รายชื่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ข้อเสนอจากคณะกรรมการปฏิรูป และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ ถึง ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

- ๑) มติ ๑.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- ๒) มติ ๑.๒ การเข้าถึงยาถ่วงน้ำหนักของประชากรไทย
- ๓) มติ ๑.๓ นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ๔) มติ ๑.๔ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี
- ๕) มติ ๑.๕ เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
- ๖) มติ ๑.๖ ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๗) มติ ๑.๗ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
- ๘) มติ ๑.๘ ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
- ๙) มติ ๑.๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๑๐) มติ ๑.๑๐ สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ๑๑) มติ ๑.๑๑ ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย
- ๑๒) มติ ๑.๑๒ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
- ๑๓) มติ ๑.๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์
- ๑๔) มติ ๑.๑๔ วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๒

- ๑๕) มติ ๒.๑ การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ๑๖) มติ ๒.๒ แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้
- ๑๗) มติ ๒.๓ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน
- ๑๘) มติ ๒.๔ ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพของผู้ป่วย
- ๑๙) มติ ๒.๕ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- ๒๐) มติ ๒.๖ โรคติดต่ออุบัติใหม่
- ๒๑) มติ ๒.๗ การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
ให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- ๒๒) มติ ๒.๘ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- ๒๓) มติ ๒.๙ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
- ๒๔) มติ ๒.๑๐ การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๒๕) มติ ๒.๑๑ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓

- ๒๖) มติ ๓.๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน
- ๒๗) มติ ๓.๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- ๒๘) มติ ๓.๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- ๒๙) มติ ๓.๔ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- ๓๐) มติ ๓.๕ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ
- ๓๑) มติ ๓.๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- ๓๒) มติ ๓.๗ ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ
- ๓๓) มติ ๓.๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- ๓๔) มติ ๓.๙ การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔

- ๓๕) มติ ๔.๑ ความปลอดภัยทางอาหาร : การจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ
- ๓๖) มติ ๔.๒ การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)
- ๓๗) มติ ๔.๓ การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง
- ๓๘) มติ ๔.๔ การบริหารจัดการทรัพยากรลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน
- ๓๙) มติ ๔.๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต
- ๔๐) มติ ๔.๖ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕

- ๔๑) มติ ๕.๑ การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- ๔๒) มติ ๕.๒ การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล
- ๔๓) มติ ๕.๓ การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย
- ๔๔) มติ ๕.๔ การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- ๔๕) มติ ๕.๕ ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- ๔๖) มติ ๕.๖ การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)
- ๔๗) มติ ๕.๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
- ๔๘) มติ ๕.๘ การพัฒนาเกลือและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบต่อสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร
- ๔๙) มติ ๕.๙ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที
- ๕๐) มติ ๕.๑๐ เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- ๕๑) มติ ๕.๑๑ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗

- ๕๒) มติ ๖.๑ นโยบายการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน
- ๕๓) มติ ๖.๒ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

- ๕๔) มติ ๖.๓ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติ ว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน
- ๕๕) มติ ๖.๔ แผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๖๑
- ๕๖) มติ ๖.๕ ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
- ๕๗) มติ ๖.๖ การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ๕๘) มติ ๖.๗ การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม
- ๕๙) มติ ๖.๘ การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

- ๑) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ
- ๒) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ.
- ๓) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙
- ๔) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยและจริยธรรมนาโนเทคโนโลยี (พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๙)
- ๕) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยการปฏิรูปการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขั้นต้นสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย
- ๖) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙

ข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.)

ที่ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อเสนอที่จัดทำเสร็จและเสนอต่อสาธารณะแล้ว ได้แก่

- ๑) ข้อเสนอปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ
- ๒) ข้อเสนอการสร้างความเป็นธรรมในระบบงบประมาณเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- ๓) ข้อเสนอปฏิรูปการจัดการที่ดินเพื่อเกษตรกร
- ๔) ข้อเสนอการสร้างความเป็นธรรมในการจัดการทรัพยากรแร่

ข้อเสนอที่พัฒนาเป็นร่าง ได้แก่

- ๑) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปฐานทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนและเป็นธรรม
- ๒) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปนโยบายการจัดการน้ำ
- ๓) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง
- ๔) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูประบบแรงงาน

- ๕) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปการเกษตรเพื่อสังคมที่เป็นธรรม
- ๖) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปการจัดการศึกษาของประเทศ
- ๗) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปเพื่อคุณภาพชีวิตของคนในเมือง
- ๘) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมด้านสาธารณสุขในประเทศไทย
- ๙) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปความสัมพันธ์ระหว่างศาสนธรรมกับสังคม
- ๑๐) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูประบบการเกษตรแบบพันธสัญญา
- ๑๑) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูประบบการประกันความเสี่ยงของเกษตรกร
- ๑๒) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปการแก้ไขปัญหาหนี้สินเกษตรกร
- ๑๓) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูปตลาดสินค้าเกษตรและโครงสร้างการตลาด
- ๑๔) (ร่าง) ข้อเสนอการปฏิรูประบบพลังงาน

มติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑ - ๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖
ซึ่งดำเนินการจัดโดยคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) ที่ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. ๒๕๕๓

มติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๔

- ๑) มติ ๑ การปฏิรูปการจัดสรรทรัพยากรที่ดินอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน
- ๒) มติ ๒ การปฏิรูปโครงสร้างการจัดการทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง
- ๓) มติ ๓ การคืนความเป็นธรรมให้แก่ประชาชนในกรณีที่ดินและทรัพยากร
- ๔) มติ ๔ การปฏิรูประบบประกันสังคมเพื่อความเป็นธรรม
- ๕) มติ ๕ การสร้างระบบหลักประกันในการดำรงชีพและระบบสังคมที่สร้างเสริมสุขภาวะแก่ผู้สูงอายุ
- ๖) มติ ๖ การสร้างสังคมที่คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน
- ๗) มติ ๗ การปฏิรูปการกระจายอำนาจเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม
- ๘) มติ ๘ ศิลปวัฒนธรรมกับการสร้างสรรค์และเยียวยาสังคม

มติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๕

- ๙) มติ ๑ การปฏิรูประบบแรงงานและสวัสดิการ : การเพิ่มอำนาจต่อรองของแรงงาน การปรับโครงสร้างค่าจ้าง การเพิ่มผลิตภาพและคุ้มครองแรงงาน
- ๑๐) มติ ๒ การปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ : สู่การปรับดุลอำนาจที่เหมาะสมระหว่างรัฐบาลกับชุมชนท้องถิ่น
- ๑๑) มติ ๓ การปฏิรูประบบเกษตรกรรม : เพื่อความเป็นธรรมและความมั่นคงทางอาหาร
- ๑๒) มติ ๔ การปฏิรูประบบการเมือง : พัฒนาความเข้มแข็งของพลเมืองเพื่อปฏิรูปประเทศไทย
- ๑๓) มติ ๕ การปฏิรูปโครงสร้างและกฎหมายด้านที่ดิน : การบริหารจัดการที่ดิน
- ๑๔) มติ ๖ การปฏิรูปการศึกษา : ปรับทิศทางการศึกษาเพื่อสร้างคุณภาพและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

มติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๖

- ๑๕) มติ ๑ เพิ่มพลังพลเมือง ปฏิรูประบบป้องกันและปราบปรามการทุจริต
- ๑๖) มติ ๒ พลังพลเมือง ปฏิรูปสื่อเพื่อการปฏิรูปสังคม
- ๑๗) มติ ๓ การบริหารจัดการน้ำและแก้ไขอุทกภัยอย่างมีส่วนร่วมและบูรณาการ
- ๑๘) มติ ๔ ธรรมนูญเพื่อการจัดการตนเอง
- ๑๙) มติ ๕ การปฏิรูปพลังงานหมุนเวียน สิทธิ หน้าที่ การเข้าถึงและความเป็นธรรม เพื่อการพัฒนาพลังงานอย่างยั่งยืน
- ๒๐) มติ ๖ ปฏิรูปกลไกขับเคลื่อนความเสมอภาคระหว่างเพศ เสริมพลังพลเมืองสู่การปฏิรูปประเทศไทย
- ๒๑) มติ ๗ กลไกและกระบวนการในการปฏิรูปประเทศไทยระยะยาว

การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

๑. ความเป็นมา

๑.๑ ประเทศไทยได้พัฒนาและปฏิรูประบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ/สุขภาวะมาตั้งแต่ปี ๒๕๒๐ เริ่มจากการรับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในเรื่องการสาธารณสุข การปรับระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพโดยจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี ๒๕๔๔ และจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๕ การปรับปรุงระบบการอภิบาลระบบสุขภาพโดยออกกฎหมายสุขภาพแห่งชาติในปี ๒๕๕๐ ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่เป็นกลไกสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบเน้นการมีส่วนร่วม และการทดลองถ่ายโอนสถานีนอนาเมย์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จนกระทั่งล่าสุดในปี ๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นกลไกหลักในการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ (Governance by Government) ได้ปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างภายใน มีการจัดเขตบริการสาธารณสุข เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันของสถานพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เดียวกัน เป็นต้น (ลำดับเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพปรากฏตามเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผผนวก ๑)

๑.๒ “คณะกรรมการปฏิรูป” (คปร.) และ “คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป” (คสป.) ที่จัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๕๓ ได้พัฒนาข้อเสนอสำหรับการปฏิรูปประเทศไทยจำนวน ๑๘ เรื่อง และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑-๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ จำนวน ๒๑ มติ ในจำนวนนี้คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปเห็นว่า เรื่องสำคัญที่หากสามารถดำเนินการให้สำเร็จโดยเร็วจะช่วยลดเงื่อนไขความขัดแย้ง สามประการ ได้แก่ การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ชุมชนท้องถิ่น การลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง (สรุปข้อค้นพบโดยย่อตามเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๙ / ผผนวก ๑ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๙ / ผผนวก ๒ รายชื่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ข้อเสนอจากคณะกรรมการปฏิรูป และมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ)

๑.๓ ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เสนอผลการประชุมระดมสมองระหว่างกลุ่มผู้แทนเครือข่ายภาคีทุกภาคส่วน เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพและการปฏิรูปประเทศไทย ต่อคณะอนุกรรมการบริหาร ภายใต้คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ปี ๒๕๕๖ ซึ่งได้มีมติเห็นชอบให้บรรจุระเบียบวาระ “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” เพิ่มเติมอีก ๑ ระเบียบวาระ (ตามหลักเกณฑ์ข้อ ๑๒ ของการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖) เพื่อให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมกันพิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับหลักคิด ทิศทาง และแนวทางสำคัญ ๆ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทยต่อไป

๒. ภาพรวมบริบทและแนวโน้มของสถานการณ์ประเทศไทย

๒.๑ มิติด้านการเมืองและนโยบาย ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความไม่แน่นอนและความขัดแย้งทางการเมือง สังคมไม่ยอมรับการใช้อำนาจที่ไม่ชอบ ฉ้อฉล ทุจริตคอร์รัปชันด้วยรูปแบบต่าง ๆ พลังพลเมืองและประชาสังคมจะมีบทบาทมากขึ้น มีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ เรียกร้องประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเพื่อร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะที่กระทบต่อความเป็นอยู่ ชีวิตและสุขภาพประชาชนมากขึ้น ร่วมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม เรียกร้องการกระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง/จัดการกันเอง ดังนั้น เพื่อลดความขัดแย้งในสังคมจึงจำเป็นต้องมีระบบนโยบายสาธารณะที่เปิดให้มีการมีส่วนร่วมมากขึ้น

๒.๒ มิติด้านเศรษฐกิจ ภูมิภาคเอเชียจะทวีความสำคัญในเชิงเศรษฐกิจโลกเพิ่มขึ้น การรวมกลุ่มเศรษฐกิจประชาคมอาเซียนจะทำให้ประเทศสมาชิกพัฒนาก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ๒๕๕๖ หากเศรษฐกิจไทยขยายตัวตามศักยภาพ คาดว่าอัตราการเติบโตของผลผลิตมวลรวมของประเทศจะอยู่ที่ร้อยละ ๕.๓ หากยังคงติดกับดักปัญหาทางการเมืองต่อไป อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะอยู่ในช่วงร้อยละ ๓.๓ ถ้ามีการปรับโครงสร้างทั้งการศึกษา สังคม เศรษฐกิจและการเมือง ประเทศไทยจะมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ ๖.๖ และสามารถก้าวสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว^๑ อย่างไรก็ตาม การเติบโตทางเศรษฐกิจจากการเร่งกระตุ้นการบริโภคไม่เพียงบั่นทอนศักยภาพในการพึ่งตนเองของสังคมชนบท ยังทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำมากยิ่งขึ้น และขาดความมั่นคงในสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา ได้แก่ ปัญหาเยาวชน ยาเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรง สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ระบบคุณธรรม จริยธรรมและค่านิยมที่ดีเสื่อมลง ชีวิตคนเมืองแออัด เร่งรีบ แข่งขัน นำไปสู่การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ขาดสมดุลในชีวิต มีความเครียดสูง ผนวกกับแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคระบาด และอุบัติเหตุจากการเดินทาง ที่เป็นผลข้างเคียงจากการมีโครงข่ายการคมนาคมขนส่งทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายผู้คนและสินค้าข้ามพรมแดนอย่างสะดวก

๒.๓ มิติด้านสังคม ประเทศไทยจะมีภาระการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ๑ ใน ๔ ของประชากรไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่วิถีชีวิตเริ่มเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองและเลียนแบบประเทศตะวันตกมากขึ้น ตามกระแสโลกาภิวัตน์มากขึ้น โดยสังคมคนชั้นกลางจะเติบโตมากขึ้น ประชาชนจะเข้าถึงทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร มีการศึกษา มีอาชีพและรายได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การเคลื่อนย้ายประชากรเข้าเมืองทั้งจากชนบทและการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติที่เข้าออกประเทศง่ายและมากขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แบบแผนความต้องการบริการสุขภาพจะเปลี่ยนจากเดิมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยจะมีหลากหลายประเภทและซับซ้อนกว่าเดิม เช่น ต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุ ต้องการบริการเพื่อความงามและบริการส่วนเสริมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ประชาชน/ผู้ป่วยจะรู้จักเรียกร้องและรักษาสิทธิมากขึ้น

๒.๔ มิติด้านเทคโนโลยี เทคโนโลยีการสื่อสารที่พัฒนาและขยายครอบคลุมรวดเร็วทำให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศง่ายและกว้างขวางมากขึ้น สามารถสื่อสารเชื่อมโยงเครือข่ายได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางรับและส่งข้อมูลข่าวสารแยกตามกลุ่มความสนใจเฉพาะ แต่ก็อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ผลกระทบ

^๑ สมชัย จิตสุชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สกุลพาณิชย์, จิตสุชน และ ประสิทธิ์ศิริผล, ๒๕๕๖)

ในทางลบ เช่น การติดเทคโนโลยี การหลอกลวงชักจูงต่าง ๆ ผ่านการโฆษณาสินค้า ผลิตภัณฑ์ และบริการที่ไม่เหมาะสม ด้านบวก เช่น ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างไม่มีขีดจำกัด สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพและลดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางกายภาพ การสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างกลุ่มผู้บริโภคที่เข้มแข็ง สื่อสารเนื้อหาสาระเฉพาะกลุ่มได้ลึก เกิดชุมชนเสมือนจริง มีโอกาสในการเสริมงานด้านสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านความครอบคลุมโครงข่ายโทรคมนาคมพื้นฐานที่ยังไม่เพียงพอทำให้คนในพื้นที่ห่างไกล คนจน คนด้อยโอกาสยังเข้าถึงได้ยาก

๒.๕ มิติด้านสิ่งแวดล้อม สภาวะโลกร้อนที่ส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิที่รุนแรงมากขึ้นและแผ่ขยายไปทั่วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ เสี่ยงต่อการเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ได้แก่ ปัญหาคลื่นความร้อน น้ำท่วมรุนแรง ภัยแล้ง พายุ แผ่นดินไหว ดินถล่ม สึนามิ ภัยธรรมชาติอื่นที่ร้ายแรง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและห่วงโซ่อาหาร เกิดการขาดแคลนทรัพยากร มีการใช้พลังงานมากขึ้น และจะทำให้พลังงานมีราคาแพงขึ้น ซึ่งกระทบชีวิตความเป็นอยู่และจะเกิดเป็นปัญหาใหม่ ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ ประเทศมหาอำนาจซึ่งมีความรู้และโอกาสมากกว่าจะแก่งแย่งช่วงชิงทรัพยากร ทั้งที่ดิน น้ำ และอื่น ๆ เกิดเป็นความขัดแย้ง นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้เชื้อโรคมิวิวัฒนาการตามไปด้วย โรคจากสัตว์สู่คนจะมากขึ้น ชับซ้อนขึ้น ควบคุมได้ยากขึ้น เพราะคนและสัตว์เข้ามาอยู่ใกล้ชิดกันมากกว่าในอดีต

๓. สถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพ

๓.๑ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ^๒ การควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลอย่างสำคัญต่อระบบสุขภาพในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ได้แก่ โครงสร้างประชากรที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของชุมชนเมือง การเกิดภัยธรรมชาติที่จะมีความรุนแรงและมีความถี่มากขึ้น ความหลากหลายทางชีวภาพลดลง การเพิ่มความสำคัญกับเรื่องความมั่นคงและปลอดภัยของอาหาร การเกิดโรคอุบัติใหม่ในพืชและสัตว์ โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนมีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง ควบคุมยากขึ้น การเคลื่อนย้ายของประชากร การเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาติ ล้วนมีผลต่อแบบแผนการจัดการ ระบบการเฝ้าระวัง สร้างเสริมป้องกันโรค

นอกจากนี้ ปัจจัยคุกคามสุขภาพส่วนหนึ่งยังเกิดจากการดำเนินนโยบายของรัฐ เช่น การพัฒนาอุตสาหกรรม การสัมปทานเหมืองแร่ การส่งเสริมเกษตรที่ทำให้มีการใช้สารเคมีมากขึ้น เป็นต้น ในขณะที่ระบบการควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ไม่เข้มแข็ง จึงต้องพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมด้วย

๓.๒ ระบบบริการสุขภาพ ระบบคุณภาพ การแพทย์แผนไทย และการคุ้มครองผู้บริโภค

ภาระโรคของประชากรไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อย ๆ (ยกเว้นผู้ชายมีโรคที่เกิดจากการเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และอุบัติเหตุเป็นโรคที่มีการสูญเสียมากที่สุด) โรคติดต่ออุบัติใหม่ (รวมเชื้อโรคดื้อยา) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะสัตว์ป่า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและมีผู้ใช้บริการได้มากขึ้น จำเป็นต้องเน้นการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริการสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น การบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการในการประสาน

^๒ คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพในเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / หลัก ๑๐ / ผนวก ๔ นิยามศัพท์

ส่งต่อผู้ป่วย สถานบริการในชนบทยังคงประสบปัญหาเรื้อรังจากการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทห่างไกล ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ของไทยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ^๓ จึงมีแนวโน้มจะทำให้ระบบบริการสาธารณสุขกลายเป็นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การส่งเสริมนโยบายความเป็นเลิศด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชียมีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศผนวกกับแนวโน้มการแพทย์เชิงธุรกิจและการทำเวชปฏิบัติเสริมความงามที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ญาติกับแพทย์และโรงพยาบาล นำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาลที่ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดเวชปฏิบัติแบบปกป้องตนเอง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพและระบบบริการควบคู่กันไป และจะต้องพัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งควบคู่ไปด้วย

การแพทย์แผนไทยได้ถูกนำมาใช้ในบริการสุขภาพมากขึ้น จึงต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน พัฒนาบุคลากรเพื่อขยายบริการให้มากขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีความจำเป็นมากขึ้นตามลำดับ

๓.๓ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ^๔ และหลักประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพถ้วนหน้านับตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น ทว่าสภาพสังคมในอนาคตจะเปลี่ยนไปจากปัจจุบัน การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามแดนที่มากขึ้นมีผลต่อความต้องการบริการสุขภาพ^๕ และการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ปัจจุบันคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายและเป็นแรงงานในระบบจะมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสังคม ในส่วนคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย แม้ได้รับการผ่อนผันตามมติคณะรัฐมนตรีนั้น แต่ยังมีจำนวนมากที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ปัญหาสุขภาพอาจสร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ได้ (Externalities) ระบบหลักประกันสุขภาพจึงควรครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย

การอุดหนุนและสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังเหลื่อมล้ำกันอยู่ ซึ่งจะต้องบริหารจัดการให้เป็นธรรมมากยิ่งขึ้น จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙ ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด นับเป็นภาระทางการคลัง โดยอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมของประเทศสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ภาระรายจ่ายของระบบบริการสุขภาพจะกระทบความยั่งยืนทางการคลังหากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ

^๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีร้อยละ ๘๖.๒ ในจำนวนนี้ถ้าหักแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (เฉพาะวุฒิบัตร) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกันซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๕.๑ แล้ว จะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร้อยละ ๘๑.๑ (แพทยสภา Download ที่ website <http://www.tmc.or.th/statistics๐๓.php>)

^๔ ภาพรวมของการคลังสุขภาพจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทั้งในส่วนของการคลังด้านสุขภาพภาครัฐและค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพเอกชน โดยค่าเฉลี่ยรายจ่ายจากแหล่งการคลังภาครัฐอยู่ที่ร้อยละ ๗๖ ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (THE) ส่วนใหญ่มาจากระบบภาษี สัดส่วนค่าใช้จ่ายประกันสุขภาพเอกชนโดยสมัครใจอยู่ที่ร้อยละ ๘ โดยรายจ่ายสุขภาพรวมในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ คิดเป็นร้อยละ ๓.๙ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งถือได้ว่าไม่มากนัก แต่เป็นภาระทางการคลังพอสมควรกับรัฐบาล เนื่องจากเป็นรายจ่ายภาครัฐในระดับร้อยละ ๑๖.๙ ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด

^๕ งานวิจัยในประเทศอังกฤษมีการคาดการณ์ว่า ประชาชนจะมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ต้องการทางเลือกในการรับบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพเปลี่ยนบทบาทเป็นที่ปรึกษามากกว่าผู้ตัดสินใจ โดยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เทคโนโลยีชีวภาพ เป็นตัวผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ รวมทั้งรูปแบบการบริการสุขภาพเฉพาะตัวเป็นรายบุคคล (Wanless, ๒๐๐๒)

ของประเทศมีต่ำกว่าร้อยละ ๓.๓^๖ ปัจจุบันนี้ การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์จะได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่า มีการเกี่ยงภาระในการจ่ายค่าชดเชย มีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่ยุ่งยากซับซ้อน จนกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ทำให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและลูกจ้างต้องรับภาระมากขึ้น ในขณะที่บริษัทเอกชนซึ่งเป็นผู้เก็บเบี้ยประกันกลับไม่ต้องจ่ายเงินชดเชย อีกทั้งระบบการบริหารจัดการของบริษัทประกันภัยเอกชนเน้นผลกำไรทางธุรกิจมากกว่าประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้ การชดเชยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยจากการทำงานตามกฎหมายทดแทนของผู้ประกันตนยังมีความยุ่งยากในการพิสูจน์ว่าเป็นโรคจากการทำงาน^๗ จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพพร้อมกับการปฏิรูปกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐเพื่อช่วยลดภาระทางการคลังของรัฐ

๓.๔ การอภิบาลระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณะ

นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ เป็นกลไกหลักในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐ ตามแนวทางการอภิบาลโดยรัฐ โดยหน่วยงาน องค์กร ภาคอื่น ๆ มีบทบาทเป็นผู้ร่วม ส่วนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานประสานและสนับสนุนการดำเนินงาน ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ตามแนวทางการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย ในอนาคตระบบสุขภาพมีแนวโน้มที่ซับซ้อนและสัมพันธ์เชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น รวมทั้งได้รับอิทธิพลของกลไกตลาดและโลกาภิวัตน์ที่บางนโยบายอาจก่อผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ ซึ่งภาคสาธารณสุขอาจมีอำนาจต่อรองจำกัด จึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ โดยเครือข่าย และโดยตลาด บูรณาการการทำงานของส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติให้หนุนเสริมการทำงานซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในทิศทางสร้างนำซ่อม รวมทั้งกระจายอำนาจและทรัพยากรให้ชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพด้วยตนเองได้มากขึ้น

๔. ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

ปลายปี ๒๕๕๖ ต่อเนื่องถึงปี ๒๕๕๗ ประเทศไทยเกิดวิกฤตทางการเมืองครั้งใหญ่ ซึ่งเป็นผลจากความฉ้อฉลและความล้มเหลวในการบริหารประเทศอย่างรุนแรง ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในการเมืองการปกครอง ตามระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน เกิดความแตกแยกทางความคิดของคนในชาติ การสื่อสารสมัยใหม่จะทำให้

^๖ สมชัย จิตสุชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สกุลพาณิชย์, จิตสุชน และ ประสิทธิ์ศิริผล, ๒๕๕๖)

^๗ ที่มา : <http://ilaw.or.th/node/3218> การอภิบาลระบบสุขภาพมีสามรูปแบบ ได้แก่ การอภิบาลโดยรัฐ การอภิบาลโดยตลาด และการอภิบาลโดยเครือข่าย ที่ผ่านมา รัฐเป็นผู้อภิบาลระบบสุขภาพส่วนที่เป็นระบบสาธารณสุข (Public Health System) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลัก ระบบตลาดมีอิทธิพลมากขึ้นในการอภิบาลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบริการสุขภาพที่เติบโตอย่างรวดเร็ว การอภิบาลสุขภาพโดยเครือข่ายเริ่มชัดเจนขึ้น เมื่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. เฉพาะ เช่น สช./สวรส./สปสช./สสส./สพฉ./สรพ. ได้เปิดโอกาสและสนับสนุนบทบาทองค์กรภาคีอื่น ๆ ทั้งมูลนิธิ สมาคม และชมรมต่าง ๆ ให้ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น สำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแบ่งได้ ๒ ส่วน คือ นโยบายด้านสาธารณสุข (Public Health Policy) และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ดูนियามศัพท์ในภาคผนวก ๔

ผู้คนเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลข่าวสารเท่าเทียมกันมากขึ้น ทำให้สังคมโลกเชื่อมโยงกัน ทุกภาคส่วนเรียกร้องให้ปฏิรูประบบและโครงสร้างต่าง ๆ ของประเทศ เพื่อแก้วิกฤตนี้โดยเร็ว ระบบสุขภาพ (ที่ครอบคลุมทั้งระบบการแพทย์และสาธารณสุข และระบบสุขภาพทางสังคม) ไม่ได้เป็นระบบที่แยกอยู่อย่างโดด ๆ เมื่อบริบทสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นการสมควรที่จะได้ทบทวน เตรียมความพร้อม และเตรียมการปฏิรูประบบสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๖ / ร่างมติ ๙ การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย

บรรณานุกรม

๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ภาพอนาคตระบบสุขภาพ. ๒๕๕๖
๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ ๒๕๕๖
๓. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐” ธันวาคม ๒๕๕๒
๔. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒” ธันวาคม ๒๕๕๒
๕. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ – ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕, ๒๕๕๖
๖. สำนักงานปฏิรูป, รวมเล่มเอกสารหลักและมติสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๑-๓ พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ โดยคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป, ๒๕๕๖
๗. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ประเมินและทบทวนแนวคิดธรรมนูญสุขภาพ, ไม่ระบุปีที่พิมพ์
๘. คณะกรรมการปฏิรูป, สำนักงานปฏิรูป, แนวทางการปฏิรูปประเทศไทย ข้อเสนอต่อพรรคการเมืองและผู้มีสิทธิเลือกตั้ง, ๒๕๕๔
๙. Richard Wilkinson and Kate Pickett, “The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone” ความ(ไม่)เท่าเทียม : สฤณี อาชวานันทกุล แปล. สำนักพิมพ์ Openworlds ตุลาคม ๒๕๕๕ หน้า ๔๕.
๑๐. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๕๒, ๒๕๕๓
๑๑. สถาบันวิจัยประชาชนและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โครงการสุขภาพคนไทย ๒๕๕๖ ปฏิรูปประเทศไทย ปฏิรูปโครงสร้างอำนาจเพิ่มพลังพลเมือง. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๖ (หน้า ๑๕๔-๑๗๗) นครปฐม ๒๕๕๕
๑๒. สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาพ (สปส.) (๒๕๕๗). ประชาชนจัดการตนเอง : ๕ กรณีศึกษาจากภาคสนาม. ข้อเสนอจากเวทีภาคีพัฒนาประเทศไทย ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. กทม.

๑๓. ข้อเสนอการปฏิรูปการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อการเรียนรู้ศตวรรษที่ ๑๑ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๕๖
๑๔. ระดับการพัฒนาตามดัชนีความก้าวหน้าของคนในแต่ละจังหวัดมาจาก UNDP ๒๐๐๙. Thailand Human Development Report ๒๐๐๙. และ ๒) งบลงทุนทั้งหมดรายจังหวัด มาจากข้อมูลของ ดร.สกันธ์ วรรณัญญา วัฒนา จากรายงาน “Decentralization and the Budget for Social Services at TAO Level” (๒๐๐๘) สนับสนุนโดย UNICEF และ NESDB
๑๕. รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐, กรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, ๒๕๔๓.
๑๖. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕.
๑๗. พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔.
๑๘. สมชัย จิตสุชน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สกุลพานิชย์, จิตสุชน และ ประสิทธิ์ศิริผล, ๒๕๕๖)
๑๙. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ. รายงานการระโรคระดับเขตและภูมิภาคของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, ๒๕๕๖.

สรุปลำดับเหตุการณ์ปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

ปี พ.ศ. เหตุการณ์

- ๒๕๒๐ - ประเทศไทยรับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข มาดำเนินการและขยายผลสืบต่อมาจนถึงทุกวันนี้
- ๒๕๓๕ - ออกกฎหมายตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุนการสร้างความรู้เชิงระบบเพื่อรองรับการปฏิรูประบบและโครงสร้างต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ
- ๒๕๓๗ - กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการพัฒนางานสุขภาพจิตและการแพทย์แผนไทย โดยได้ปรับสถานะสถาบันสุขภาพจิตให้เป็นกรมเมื่อปี ๒๕๓๗
- ๒๕๔๐ - ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญ ฉบับประชาชน รับรองสิทธิของประชาชนและชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในมิติต่าง ๆ
- ๒๕๔๓ - กระทรวงสาธารณสุขทดลองปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลในสังกัดเป็นองค์กรมหาชน ๑ แห่ง ที่อำเภอบ้านแพ้ว และดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน แต่ไม่มีการขยายผล
 - คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จัดทำรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๔๐ เสนอระบบสุขภาพที่มีทิศทาง “สร้างนำซ่อม”
 - ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) จัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประเทศ
- ๒๕๔๔ - ออกกฎหมายตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เปิดศักราชการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนร่วมทำงานสร้างเสริมสุขภาพในมิติกาย ใจ สังคม และปัญญา
- ๒๕๔๕ - ออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรับระบบการเงินการคลังเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขใหม่ มีระบบการอภิบาลใหม่เป็นแบบมีส่วนร่วม
 - กระทรวงสาธารณสุขปรับโครงสร้างภายใน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การสนับสนุนบริการสุขภาพ งานสุขภาพภาคประชาชน (สาธารณสุขมูลฐานเดิม) จัดงานของกรมต่าง ๆ เป็นกลุ่มภารกิจ ๓ กลุ่ม
- ๒๕๕๐ - ออกกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ ให้ความหมาย “สุขภาพ” ว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม และ “ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 - กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการจาก ๓ ภาคส่วน ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบเน้นการมีส่วนร่วม ด้วย

ปี พ.ศ. เหตุการณ์

เครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพ เป็นต้น และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่อคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานต่าง ๆ เป็นการทำงานอภิบาลระบบแบบเครือข่าย (Governance by Networking) ที่เชื่อมโยงกับการอภิบาลโดยรัฐ

- ๒๕๕๐ - ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ยังคงให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิประชาชนและชุมชน มีการปรับปรุงเกี่ยวกับระบบการเมืองแบบตัวแทนและเกี่ยวกับองค์กรอิสระต่าง ๆ
- ๒๕๕๑ - กระทรวงสาธารณสุขทดลองถ่ายโอนสถานีนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒๘ แห่ง
 - ออกกฎหมายจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ และออกกฎหมายสุขภาพจิตแห่งชาติ
 - เริ่มจัด “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” เป็นทางการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy) จนถึงปี ๒๕๕๖ มีการพัฒนาและขับเคลื่อนมติข้อเสนอทางนโยบายไปแล้วรวม ๕๑ เรื่อง นอกจากนี้ก็ยังมีกรสนับสนุนกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั่วประเทศ ทำการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปแล้วไม่น้อยกว่า ๓๐๐ เรื่อง
- ๒๕๕๒ - เกิด “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐ และมีการขยายผลจัดทำเป็นธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ (อำเภอและตำบล) ทั่วประเทศประมาณ ๑๐๐ แห่ง
 - มีการออกหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพใช้เป็นครั้งแรก และมีการสนับสนุนให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพทั้งระดับนโยบาย แผนพัฒนา โครงการ และระดับชุมชนไปแล้วไม่น้อยกว่า ๑๐๐ เรื่อง
 - จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ขึ้นเป็นองค์กรมหาชนในกำกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลงานพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข ต่อยอดจากการทำงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ที่เคยอยู่ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๒
 - ในปีเดียวกัน มีการเริ่มจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยเอกเทศแห่งแรกที่จังหวัดสกลนคร ดำเนินงานโดยมีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร และต่อมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยในระบบโรงพยาบาลของกระทรวงฯ อีกจำนวน ๙ แห่ง
- ๒๕๕๓ - มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูป กำหนดให้มี “คณะกรรมการปฏิรูป” (คปร.) และ “คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป” (คสป.) ทำหน้าที่พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับการปฏิรูปประเทศไทย หลังจากประเทศไทยผ่านวิกฤตทางการเมืองมาก่อนหน้านั้นไม่นาน โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดตั้ง “สำนักงานปฏิรูป” (สปร.) ขึ้นทำหน้าที่หน่วยเลขานุการ มีระยะเวลาทำงาน ๓ ปี (ก.ค. ๕๓ - มิ.ย. ๕๖) มีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายรวมทั้งสิ้นจำนวน ๑๘ เรื่อง สนับสนุนการจัดสมัชชาปฏิรูปในระดับพื้นที่กว่า ๑๐๐ เวที มีผู้เข้าร่วมรวมทั้งสิ้นประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน มีการจัดสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ๓ ครั้ง ให้ความเห็นชอบมติสำคัญที่เกี่ยวกับการปฏิรูปไปแล้วจำนวน ๒๑ มติ

ปี พ.ศ. เหตุการณ์

- การปฏิรูปในความหมายตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี นี้ หมายความว่า “การใด ๆ ที่กระทำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและโครงสร้างในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นระบบคุณค่าของสังคม ระบบการจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ระบบภาษีและการเงินการคลัง ระบบเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา ระบบยุติธรรม ระบบการเมืองและการจัดการภาครัฐ ระบบการสื่อสาร ระบบสุขภาพ และระบบอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มสุขภาวะและความเป็นธรรมในสังคม”
- ๒๕๕๖ - กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างภายใน เน้นการสร้างเอกภาพการทำงานด้านนโยบายสาธารณสุขของประเทศ ในฐานะเป็นกลไกหลักของรัฐบาล ตามการอภิบาลระบบโดยรัฐ (Governance by Government) และมีการจัดเขตบริการสาธารณสุข เน้นมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันของสถานพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เดียวกัน

สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยและแนวโน้ม

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีปัญหาที่รุมเร้าทั้งจากเศรษฐกิจโลกและปัญหาภายในประเทศ ระบบเศรษฐกิจที่ไม่มีความสมดุลในการพัฒนา การกระจายรายได้ และการจัดการทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน ตลอดจนปัญหาทางการเมืองอ่อนแอ ความแตกแยกความคิดเห็นทางการเมือง ปัญหาสังคมอยู่ในภาวะวิกฤตแทบทุกด้าน ปัญหาเหล่านี้ล้วนมีพื้นฐานมาจากความเหลื่อมล้ำทางสังคม จากการศึกษาของ Richard Wilkinson และ Kate Pickett ได้ระบุว่า ในประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูง สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำมากจะมีปัญหาอื่น ๆ ตามมามากทุกด้าน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ทางประชากร การทำงาน วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้คน ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำทางสังคม จำแนกเป็นมิติได้ ๕ มิติ คือ

มิติที่ ๑ ความไม่เป็นธรรม ความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ รายได้ ทรัพย์สิน การออม ปัญหาการกระจายรายได้ และความเหลื่อมล้ำในสังคม ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีความแตกต่างกันสูงมาก คนรวยร้อยละ ๒๐ ถือครองรายได้เป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๕๔ ของรายได้ประเทศ ในขณะที่คนจนสุดร้อยละ ๒๐ ของประเทศ มีรายได้รวมกันเพียงร้อยละ ๔.๘

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ บัญชีเงินฝากธนาคารที่มีเงิน ๑๐ ล้านบาท มี ๗๐,๑๘๑ บัญชี เป็นของคน ๓๕,๐๐๐ คน เงินในบัญชีรวมกัน ๒.๙ ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของเงินฝากทั้งระบบ ในขณะที่บัญชีเงินฝากที่มีเงินไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท มี ๗๐.๑ ล้านบัญชี แต่มีเงินรวมกัน ๓๐๐,๘๗๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔ ของเงินฝากทั้งระบบเท่านั้น

มิติที่ ๒ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำด้านที่ดินและทรัพยากร จากข้อมูลการถือครองที่ดินประเทศ มีข้อมูลว่า ปัจจุบันมีผู้ครอบครองที่ดินโดยมีเอกสารสิทธิทั้งบุคคลธรรมดาและนิติบุคคลทั่วประเทศจำนวน ๑๕.๙ ล้านราย หากจำแนกผู้ถือครองที่ดิน โดยแบ่งกลุ่มผู้ถือครองที่ดินเป็นกลุ่มละ ๒๐% จำนวน ๕ กลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีที่ดินมากที่สุด ๒๐% แรก จำนวนการถือครองที่ดินต่างจากกลุ่มที่มีที่ดินน้อยสุดถึง ๓๒๕ เท่า โดยผู้ถือครองที่ดินสูงสุดมีที่ดินในครอบครองถึง ๖๓๐,๐๐๐ ไร่ และยังมีพบตัวเลขกลุ่มผู้ถือครองมากที่สุด ๑๐% ถือครองที่ดินเป็นสัดส่วนสูงถึง ๘๐% ของที่ดินมีโฉนดทั้งหมด ส่วนประชาชนกลุ่มที่เหลืออีก ๘๐% กลับถือครองที่ดินเพียง ๒๐% ของที่ดินมีโฉนดทั้งหมดเท่านั้น

ข้อมูลการถือครองที่ดินดังกล่าวได้รับการยืนยัน เมื่อคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ได้เปิดเผยบัญชีทรัพย์สินและหนี้สินของนักการเมือง (ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ) โดยนักการเมืองจะต้องยื่นบัญชีทรัพย์สินและหนี้สินที่ถือครองอยู่ก่อน ทำให้ทราบว่านักการเมืองที่อยู่ในสภาผู้แทนราษฎรมีการครอบครองที่ดินตั้งแต่รายละ ๑๐๐ ไร่ ไปจนถึง ๒,๐๐๐ ไร่ ทั้งนี้ยังไม่รวมที่ดินที่นักการเมืองเหล่านี้ถือครองในนามบริษัทหรือนิติบุคคล นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยของ ผศ. ดร.ดวงมณี เลาวกุล เรื่อง “การกระจุกตัวของความมั่งคั่งในสังคมไทย” ในโครงการวิจัย สู่สังคมไทยเสมอหน้า การศึกษาโครงสร้างความมั่งคั่งและ

โครงสร้างอำนาจเพื่อการปฏิรูป สนับสนุนโดย สกว. สกอ. และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในชุดทุนศาสตราจารย์ วิจัยดีเด่น ศ. ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร เป็นหัวหน้าโครงการของศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง ในปี ๒๕๕๕ พบว่า สังคมไทยมีการกระจุกตัวและเก็งกำไรจากการถือครองที่ดินสูงมาก ปัญหาการกระจุกตัวของที่ดินเป็นแรงกดดัน หรือบีบคั้นให้คนจนและเกษตรกรรายย่อยจำนวนมากเข้าไปจับจอง บุกเบิกที่ดินเอกชนที่ทิ้งร้างและที่ดินของรัฐ เพิ่มมากขึ้นเพื่อการทำเกษตรและการอยู่อาศัย เพราะที่ดินมีราคาสูงขึ้นมากกว่า ๑๐ เท่าตัว

การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง พบว่าร้อยละ ๙๑ ของสัตว์น้ำที่จับนั้น เป็นการจับ โดยเรือประมงเชิงพาณิชย์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๑๒ ของเรือประมงทั้งหมด ขณะที่ชุมชนประมงตามแนวชายฝั่ง ราว ๖,๐๐๐ ครั้วเรือน จับสัตว์น้ำเพียงร้อยละ ๙

มิติที่ ๓ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสทางการศึกษาปี พ.ศ. ๒๕๕๒ กระทรวง ศึกษาธิการจัดสรรงบประมาณรายหัวสำหรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ๒๔,๐๖๖ บาท/คน/ปี จัดสรรอุดหนุนนักศึกษา มหาวิทยาลัย ๓๔,๔๑๙ บาท/คน/ปี ซึ่งถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศสิงคโปร์ ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ ในการวัดผล สัมฤทธิ์ทางการศึกษาจากการทดสอบระดับชาติ พบว่าเด็กที่อยู่ในกรุงเทพฯ และหัวเมืองใหญ่ ๆ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ จะมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าคนชนบท แต่ได้รับงบอุดหนุนมากกว่า มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูงกว่าเด็กที่อยู่ใน ชนบท

มิติที่ ๔ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำทางสิทธิและกระบวนการยุติธรรม รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิพื้นฐานของบุคคลและชุมชนอย่างกว้างขวาง แต่ประชาชนส่วนมาก ยังไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้สิทธิได้อย่างเท่าเทียม เนื่องจากความไม่รู้สิทธิของตนเอง การใช้อิทธิพลเถื่อน การใช้ อำนาจที่มีขอบของเจ้าหน้าที่รัฐ ข้อจำกัดทางกฎหมายเพราะระเบียบการตีความกฎหมายที่ขัดกับหลักการ แห่งสิทธิตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติป่าไม้ พ.ศ. ๒๕๔๔ พระราชบัญญัติ อุทยานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๔ พระราชบัญญัติป่าสงวน พ.ศ. ๒๕๐๗ ที่ขัดกับสิทธิชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการ จัดการทรัพยากรธรรมชาติตามรัฐธรรมนูญ

ข้อมูลคดีของประชาชนกับหน่วยงานของรัฐพบว่า ในปี ๒๕๕๑ มีผู้ที่เข้าทำกินและอยู่อาศัยในพื้นที่ เขตป่าสงวนแห่งชาติ เขตอุทยานแห่งชาติ และเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าจำนวน ๔.๘ แสนราย ในพื้นที่ ๘.๕ ล้านไร่ และในพื้นที่ราชพัสดุอีก ๒.๑ ล้านไร่ ทั้งนี้มีข้อมูลระบุอีกว่า มีผู้ถูกดำเนินคดีทั้งหมด ๓๖๑ ราย จำนวน ๑๔๓ คดี เป็นคดีแพ่ง ๑๔๐ ราย ๘๗ คดี คดีอาญา ๒๒๑ ราย ๕๖ คดี โดยคดีอยู่ในชั้นบังคับคดีจำนวน ๑๑๙ ราย

การรวบรวมข้อมูลคดีความล่าสุดปี ๒๕๕๓ โดยทีมทนายความของเครือข่ายปฏิรูปที่ดินแห่งประเทศไทย (คปท.) พบว่ามีสมาชิกที่ถูกดำเนินคดีทั้งทางแพ่งและทางอาญา (ข้อหาบุกรุก) ทั้งหมด ๑๓๑ คดี จำนวน ๕๐๐ ราย จากทั่วประเทศ และได้จำแนกเป็นสมาชิกที่ถูกดำเนินคดีความทางแพ่ง ข้อหาทำให้โลกร้อน จำนวนทั้งสิ้น ๓๐ ราย มูลค่าความเสียหายโดยรวม ๑๗,๕๕๙,๔๓๔ บาท โดยเกษตรกรเหล่านี้ถูกฟ้องร้องคดีอาญาในข้อหาบุกรุก พื้นที่ป่าของรัฐ ทั้งพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติ พื้นที่อุทยานแห่งชาติ และเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่ามาแล้วทั้งสิ้น ก่อนที่จะ ถูกดำเนินคดีความทางแพ่ง ซึ่งส่งผลให้ในปี ๒๕๕๓ มีเกษตรกรถูกดำเนินคดีและถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำหรืออยู่ใน สภากาที่ต้องขังแล้ว ๘๓๖ ราย ประชาชนที่เกี่ยวข้องกับคดีคนจนที่อยู่ระหว่างการพิจารณาคดีและที่ยังไม่ได้เข้าสู่ กระบวนการยุติธรรมมีเป็นจำนวนหลายแสนครอบครัว

มิติที่ ๕ ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายงบประมาณเพื่อการพัฒนา จากข้อมูลการกระจายงบประมาณลงทุนทั้งหมดเมื่อเปรียบเทียบกับระดับการพัฒนาตามดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index) ในแต่ละจังหวัด พบว่า ๑๕ จังหวัด ที่มีระดับการพัฒนาสูงมาก โดยวัดจากดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index) ได้รับงบลงทุนต่อหัวสูงสุด ๗,๕๐๘.๕๒ บาท ในขณะที่ ๑๘ จังหวัด มีระดับการพัฒนาที่ต่ำมาก ได้รับงบลงทุนต่อหัวต่ำสุด ๒,๗๙๖.๓๐ บาท ซึ่งถ้าเป็นการจัดสรรงบประมาณเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ควรต้องจัดสรรให้จังหวัดที่มีระดับการพัฒนาต่ำควรต้องได้รับงบประมาณที่สูง

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ คณะกรรมการสมัชชาปฏิรูปเห็นว่า เพื่อลดเงื่อนไขของความขัดแย้ง สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม คณะกรรมการฯ จึงเสนอให้เรื่องสำคัญสามเรื่องที่ต้องการการปฏิรูปโดยด่วน ได้แก่

(๑) การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ชุมชนท้องถิ่น การรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่ส่วนกลางเป็นข้อจำกัดในการพัฒนา ดังนั้นจึงต้องเร่งดำเนินการจัดสมดุลเชิงอำนาจ โดยลดอำนาจการบริหารจัดการของการบริหารราชการส่วนกลางลงให้เหลือเพียงภารกิจหลักเท่าที่จำเป็น การกระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่น และการจัดการกระบวนการบริหารการพัฒนาพื้นที่แบบมีส่วนร่วมตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ โดยให้ชุมชนและประชาชนสามารถตัดสินใจ กำหนดทิศทางการพัฒนา มีการบริหารจัดการชุมชนของตนเองร่วมกับหน่วยงานและภาคีอื่น ๆ ทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม การศึกษา เป็นต้น

(๒) การลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ความเหลื่อมล้ำในสังคมที่ปรากฏชัดเจนจากความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ จากดัชนีชี้วัดจากการกระจายรายได้ การถือครองทรัพย์สิน รวมถึงความเหลื่อมล้ำในการเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต ที่มีผลต่อการสร้างรายได้ เช่น ที่ดิน เงินทุน โอกาสการศึกษา ความรู้และทักษะของแรงงาน การเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติ การขาดแคลนเงินทุน เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประชาชนจำนวนมากมีปัญหาหนี้สิน ทั้งในแง่หนี้สินในระบบและหนี้สินนอกระบบ ปัญหาการขาดแคลนที่ดินทำกินเป็นของตนเอง รัฐต้องให้ความสำคัญกับ “สิทธิชุมชน” การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการและการได้รับประโยชน์จากที่ดินและทรัพยากรธรรมชาติ ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ขณะเดียวกันควรใช้กลไกและมาตรการทางภาษีเพื่อลดการกระจุกตัวของที่ดินในกรณีมีความขัดแย้งจากโครงการฯ ของรัฐ หน่วยงานของรัฐเคารพในสิทธิชุมชนตามรัฐธรรมนูญ โดยมีการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างรอบด้าน ทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่สามารถกำหนดทางเลือกของการพัฒนาได้

(๓) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านไปหลายปีที่ผ่านมา การมีส่วนร่วมทางการเมืองและการได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรมสาธารณะของประชาชนมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปมาก ทั้งในเชิงรูปแบบและความเข้มข้น อันเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ควรสนับสนุนให้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น โดยประชาชนที่มีความตื่นตัวได้มีการแสดงออกถึงอำนาจของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช ๒๕๕๐ มาตรา ๓ เช่น การเคลื่อนไหวคัดค้านแผนพัฒนาภาคอุตสาหกรรมที่มีผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อม การพยายามแสดงออกถึงสิทธิชุมชนในการจัดการทรัพยากร ดิน น้ำ ป่า ซึ่งเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๖ และ ๖๗ การพัฒนาความเข้มแข็งของพลเมืองโดยต้องให้ประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองทุกระดับ และการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างมีคุณภาพนั้นต้องมีการเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชนใน ๓ ด้าน คือ (๑) การเปิดกลไกภาครัฐเพื่อให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (๒) การเสริมพลังพลเมืองผ่านกระบวนการกลุ่มเกลาทางสังคม และ (๓) การปฏิรูปกฎหมายเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน (อ้างอิง คณะกรรมการปฏิรูป ๒๕๕๕)

ภาพรวมบริบทและแนวโน้มของสถานการณ์ประเทศไทย

๑. มิติด้านการเมืองและนโยบาย

ประเทศไทยยังคงเผชิญกับความไม่แน่นอนและความขัดแย้งทางการเมือง อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านการเมือง การปกครองแบบรวมศูนย์ สังคมไม่ยอมรับการใช้อำนาจที่ไม่ชอบ ฉ้อฉล ททุจริตคอร์รัปชันด้วยรูปแบบต่าง ๆ จึงเกิดการเรียกร้องการมีส่วนร่วม การตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมตามแนวทางประชาธิปไตย แบบมีส่วนร่วม การเรียกร้องให้กระจายอำนาจให้ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเอง/จัดการกันเอง พลเมืองและประชาสังคม จะมีพลังและเกิดความตระหนักในสิทธิและหน้าที่มากขึ้น และจะมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการพัฒนาประเทศที่กระทบต่อความเป็นอยู่ ชีวิตและสุขภาพประชาชนมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีระบบนโยบายสาธารณะที่เปิดให้มีการมีส่วนร่วมมากขึ้นเพื่อลดความขัดแย้งในสังคม

๒. มิติด้านเศรษฐกิจ

ภูมิภาคเอเชียจะทวีความสำคัญในเชิงเศรษฐกิจโลกเพิ่มขึ้น การรวมกลุ่มเศรษฐกิจประชาคมอาเซียนจะทำให้ประเทศสมาชิกมีการค้าชายแดนและข้ามพรมแดนมากขึ้นทำให้พัฒนาก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประเทศไทยอาจเผชิญกับกับดักประเทศรายได้ปานกลาง (middle income trap)^๑ จากการพัฒนาคุณภาพคนรองรับการเป็นเศรษฐกิจสร้างสรรค์ได้ไม่ทันต่อสถานการณ์

การเติบโตทางเศรษฐกิจ กระแสทุนนิยมมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของคนในยุคโลกาภิวัตน์ มีการพึ่งพิงเทคโนโลยีเพื่อการผลิตทั้งด้านเกษตรและอุตสาหกรรม การเปิดการค้าเสรี การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในด้านสุขภาพ แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายความเป็นเลิศด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย เป็นต้น ทว่าประเทศไทยยังขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศ อาจเพราะประเด็นสุขภาพได้รับความสนใจต่ำเมื่อเทียบกับประเด็นผลประโยชน์ด้านอื่น นอกจากนี้ การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติที่เข้าออกประเทศง่ายและมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและการจัดบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

๓. มิติด้านสังคม

ประเทศไทยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ ๑ ใน ๔ ของประชากรทั้งหมด (เพิ่มจาก ๑ ใน ๑๐ เมื่อปี ๒๕๕๐) ในขณะที่ไทยมีตลาดแรงงานลดลง

^๑ ธนาคารโลกจำแนกกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางคือ มีรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรอยู่ระหว่าง ๑,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ เหรียญสหรัฐต่อปี สำหรับประเทศที่ติดกับดักประเทศรายได้ปานกลางด้วยเหตุ (๑) มีสัดส่วนการลงทุนต่ำ (๒) การเติบโตของภาคอุตสาหกรรมค่อนข้างช้า (๓) ฐานการผลิตภาคอุตสาหกรรมมีจำกัด และ (๔) สถานการณ์ของตลาดแรงงานไม่เอื้อ การพัฒนาให้หลุดพ้นจากกับดักนี้จะต้องมีระบบการศึกษาที่มีคุณภาพสูง และเป็นระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์ หรือเกิดนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ภาระการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคมกลับเพิ่มขึ้นอย่างมาก จำเป็นต้องมีการลงทุนและพัฒนาระบบต่าง ๆ รองรับที่ดี

ประเทศไทยจะพัฒนาเป็นสังคมเมืองมากขึ้น โดยในทศวรรษถัดไปประชากรในเขตเมืองจะมากกว่าเขตชนบท สังคมคนชั้นกลางจะเติบโตมากขึ้น และเข้าถึงทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร มีการศึกษา มีอาชีพและรายได้ดีขึ้น มีการดำเนินวิถีชีวิตแบบคนเมืองและประเทศตะวันตกมากขึ้นตามกระแสโลกาภิวัตน์ การเคลื่อนย้ายประชากรเข้าเมือง ทั้งจากชนบทและต่างประเทศมีผลต่อปัจจัยที่กระทบกับสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ มีความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลายประเภท ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ อีกทั้งเกิดการเรียกร้องและรักษาสิทธิมากขึ้น

การเติบโตทางเศรษฐกิจจากการเร่งกระตุ้นการบริโภคจะบั่นทอนศักยภาพในการพึ่งตนเองของสังคมชนบท เกิดภาวะแก่งแย่งแข่งขันเพื่อสร้างรายได้ อาจมีผลให้ยังเกิดความเหลื่อมล้ำและขาดความมั่นคงในสังคม ส่งผลต่อเนืองให้เกิดปัญหาทางสังคม ได้แก่ ปัญหาเยาวชน ยาเสพติด อาชญากรรม ความรุนแรง นำไปสู่การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ระบบคุณธรรม จริยธรรมและค่านิยมที่ดีเสื่อมลง ชีวิตคนเมืองแออัด เร่งรีบ แข่งขัน ขาดสมดุลในชีวิต มีความเครียดสูง พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนไป ขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ มีปัญหาโรคอ้วน น้ำหนักเกิน โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง มีความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนกว่าเดิม รวมไปถึงบริการเพื่อความงามและบริการส่วนเสริมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

๔. มิติด้านเทคโนโลยี

เทคโนโลยีการสื่อสารได้รับการพัฒนาและขยายครอบคลุมรวดเร็ว ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศง่ายและกว้างขวางมากขึ้น โครงข่ายโทรคมนาคมที่เพิ่มขึ้นมากและใช้งานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว สามารถเชื่อมโยงการสื่อสารได้กว้างขวาง รวดเร็ว แยกตามกลุ่มความสนใจเฉพาะได้มาก มีผลกระทบต่อกระบวนดำเนินชีวิตอย่างมาก ทั้งด้านการรับและการส่งข้อมูลข่าวสาร บางอย่างกระทบในทางลบ เช่น การติดเทคโนโลยี การสื่อสารโฆษณาสินค้า ผลิตภัณฑ์และบริการที่ไม่เหมาะสม การหลอกลวงชักจูงต่าง ๆ ด้านบวก เช่น การสื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างกลุ่มผู้บริโภคที่เข้มแข็ง สื่อสารเนื้อหาสาระเฉพาะกลุ่มได้ลึก เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างไม่มีขีดจำกัด พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น เกิดชุมชนเสมือนจริง มีโอกาสในการเสริมงานด้านสุขภาพ สามารถติดต่อสื่อสารทางไกล ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางกายภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศไทยรับเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาอย่างรวดเร็ว แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงและโครงข่ายพื้นฐานที่ยังไม่เพียงพอ ทำให้คนในพื้นที่ห่างไกล คนจน คนด้อยโอกาส ยังเข้าถึงได้ยาก

๕. มิติด้านสิ่งแวดล้อม

สภาวะโลกร้อนที่ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงมากขึ้นและแผ่ขยายไปทั่วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ เสี่ยงต่อการเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ได้แก่ ปัญหาคลื่นความร้อน น้ำท่วมรุนแรง ภัยแล้ง พายุ แผ่นดินไหว ดินถล่ม สึนามิ ภัยธรรมชาติอื่นที่ร้ายแรง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและห่วงโซ่อาหาร เกิดการขาดแคลนทรัพยากร มีการใช้พลังงานมากขึ้น และจะทำให้พลังงานมีราคาแพงขึ้น ซึ่งกระทบชีวิตความเป็นอยู่ และจะเกิดเป็นปัญหาใหม่ ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ ประเทศมหาอำนาจซึ่งมีความรู้และโอกาสมากกว่าจะแก่งแย่งชิงทรัพยากร ทั้งที่ดิน น้ำ และอื่น ๆ เกิดเป็นความขัดแย้ง

นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้เชื้อโรคมิวิวัฒนาการตามไปด้วย โรคจากสัตว์สู่คนจะมากขึ้น ซับซ้อนขึ้น ควบคุมได้ยากขึ้น เพราะคนและสัตว์เข้ามาอยู่ใกล้ชิดกันมากกว่าในอดีต

นิยามศัพท์

๑. การสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทยได้ขยายขอบเขตจากการส่งเสริมสุขภาพ อนามัยส่วนบุคคล และอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชนให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชน รวมทั้งการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพทั้ง ๕ ข้อของกฎบัตรอตตาวา (ปี ๒๕๒๙) กฎบัตรกรุงเทพ (ปี ๒๕๔๘) ที่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และในการประชุมครั้งที่ ๘ ที่เฮลซิงกิ ฟินแลนด์ (๒๕๕๖) ที่ได้ประกาศ Helsinki Statement on Health in All Policies (HiAP) พยายามทำให้หลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” การสร้างเสริมสุขภาพจึงอาจไม่เพียงแต่ระบบย่อยของระบบสุขภาพ แต่จะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวมที่มีการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพที่ดีด้วย

๒. การอภิบาลระบบ หมายความว่า การดูแลระบบหรือการปกครอง (การบริหาร) ที่มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สูงสุดร่วมกันของทุกฝ่าย เกิดความสุขสงบร่มเย็นหรือสุขภาวะในสังคม

๓. นโยบายสาธารณะ หมายความว่า ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมเชื่อ หรือต้องการให้เป็นไปทางนั้น เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันประโยชน์ เกื้อกูลกัน และเกิดความสุขของคนในสังคม อาจเป็นนโยบายที่เป็นทางการ เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้

๔. การอภิบาลโดยรัฐ (Governance by Government) คือ การปกครอง/ดูแลระบบ/บริหารจัดการ โดยกลไกของรัฐ จากรัฐบาล ผ่านส่วนราชการลงไปยังประชาชน ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทน (Representative Democracy) โดยใช้ “พลังอำนาจรัฐ” (กฎหมายและงบประมาณ) เป็นเครื่องมือสำคัญ

๕. การอภิบาลโดยตลาด (Governance by Market) คือ การดูแลระบบ/บริหารจัดการโดยกลไกตลาดเป็นหลัก เป็นการอภิบาลระบบที่มองเห็นโครงสร้างและกลไกไม่ชัดเจนเหมือนการอภิบาลแบบแรก มีส่วนสัมพันธ์กับกระแสโลกาภิวัตน์และทุนนิยมเสรีอย่างมาก โดยใช้ “พลังอำนาจทุน” (เงินและการจัดการทางธุรกิจ) เป็นเครื่องมือสำคัญ

๖. การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network) คือ การปกครอง/ดูแลระบบ/บริหารจัดการ ด้วยการทำงานเชื่อมโยงถักทอกันเป็นเครือข่ายหลายมิติ มีผู้เล่นหลายภาคส่วน มีความสนใจและผลประโยชน์ที่แตกต่าง มีค่านิยมร่วม หลักการร่วม เป้าหมายร่วม/ทำงานร่วม/ทรัพยากรร่วมเป็นเรื่อง ๆ ไป ต้องอาศัยการพูดคุยเจรจาต่อรอง/ถกเถียงเป็นหลัก ไม่มีอำนาจบังคับ ไม่ขึ้นตรงต่อกัน การอภิบาลระบบแบบนี้เป็นไปตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม หรือประชาธิปไตยแบบถกเถียง (Participatory/Deliberative Democracy) ใช้ “พลังอำนาจทางสังคม” (Social Power) หรือพลังแห่งความร่วมมือและเจตนารมณ์ร่วมของสังคม เป็นเครื่องมือสำคัญ

๗. **นโยบายด้านสาธารณสุข** เป็นนโยบายเกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพ นโยบายการเข้าถึงยาถ่วงหน้า นโยบายการควบคุมป้องกันโรคต่าง ๆ นโยบายด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

๘. **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** เป็นนโยบายในทุกสาขาที่ให้ความสำคัญต่อมิติด้านสุขภาพด้วย พร้อมทั้งจะป้องกัน ควบคุม หรือลดผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายเหล่านั้น เช่น นโยบายการลดสารตะกั่วในน้ำมัน นโยบายการจัดการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมการเกษตรปลอดภัย นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน นโยบายการจัดสวนและพื้นที่สาธารณะในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเรื่องนี้เป็นตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และแนวคิดเรื่องการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies: HiAP)

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗

- มติ ๑ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง
สมัชชาสุขภาพ ๗. มติ ๑. ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑ / ผนวก ๑
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑ / ผนวก ๒
- มติ ๒ การพัฒนากระบวนการประเมินและตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๓
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๓ / ผนวก ๑
- มติ ๓ การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๔
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๔ / ผนวก ๑
- มติ ๔ การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๒
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๒ / ผนวก ๑
- มติ ๕ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย
สมัชชาสุขภาพ ๗. มติ ๕. ผนวก ๑
ภาคผนวก ๑ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ
ภาคผนวก ๒ ตัวย่อและชื่อหน่วยงาน
สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๕

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบุรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เจ็ด

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบุรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง^๑

ตระหนัก ว่าปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในปัจจุบันมีอยู่เป็นจำนวนมาก เป็นปัญหาที่ซับซ้อน และยังคงทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ และยังส่งผลให้เด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบไม่สามารถมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาที่เหมาะสมอย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลให้ไม่เกิดสุขภาวะในครอบครัวอย่างแท้จริง

รับทราบ ว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและคุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวอยู่อย่างต่อเนื่อง มีหลายรูปแบบ อันได้แก่ ด้านความรุนแรง ด้านการพนัน ด้านสิ่งเสพติด ด้านสุขภาวะทางเพศ ด้านสื่อที่ไม่ปลอดภัยและไม่สร้างสรรค์ ด้านเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก ด้านแรงงานและการค้ามนุษย์ ด้านความพิการ ด้านชาติพันธุ์ ด้านเด็กในกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

รับทราบและชื่นชม ว่าประเทศไทยได้ดำเนินงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่สอดคล้องกับนโยบายหรือแนวปฏิบัติร่วมกันในระดับนานาชาติ และมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยงหลายมติ ตั้งแต่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๕๑ จนถึงสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ในปี ๒๕๕๕ รวม ๕ มติ พร้อมทั้งมีกลไกด้านกฎหมายไม่น้อยที่คุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง โดยมีหน่วยงานตามกฎหมายที่ทำงานอยู่ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น แต่พบว่ามีการจำกัดที่ยังขาดกลไกติดตามภาพรวมของการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อให้กลไกทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพได้

กังวล ว่าการแก้ปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงผ่านกลไกระดับชาติและระดับท้องถิ่นยังต้องเผชิญอุปสรรคหลายประการที่ขัดการติดตามภาพรวมของการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งด้านความไม่ชัดเจนของหน้าที่และความรับผิดชอบของหน่วยงานต่าง ๆ ด้านการประสานงานและเชื่อมโยงงานของหน่วยงาน ด้านทัศนคติ ค่านิยม และการไม่รู้สิทธิหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชนในสังคมด้านการตีความกฎหมาย ตลอดจนด้านเนื้อหาของกฎหมายที่ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในสังคม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑

ตระหนัก ว่าหากมีการวางแผนยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว จากปัจจัยเสี่ยง โดยใช้ความรู้และฐานข้อมูลในแต่ละชุมชนเป็นพื้นฐาน มีการสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ถูกต้อง และจัดกระบวนการกลไกที่มีประสิทธิภาพในการบูรณาการให้สังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้เพื่อดำเนินการส่งเสริม และพัฒนา ป้องกัน สงเคราะห์ ช่วยเหลือ และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น และสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะสามารถคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจาก ปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. เห็นชอบร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์เพื่อบูรณาการกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจาก ปัจจัยเสี่ยง (พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) ตามภาคผนวกแนบท้ายมตินี้^๒

๒. ระดับชาติ

๒.๑ ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พิจารณาจัดตั้งคณะทำงานบูรณาการ นโยบายและกำกับดูแลกลไกการคุ้มครองด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยเลขานุการของ คณะกรรมการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องทุกฉบับ โดยมีหน้าที่สร้างความเชื่อมโยงเชิงนโยบายและแนวทางการ ปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงาน คณะกรรมการและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยกำกับดูแลให้สามารถคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎหมาย แต่ละฉบับได้อย่างทั่วถึง ลดความซ้ำซ้อนบางส่วน และเพิ่มการสนับสนุนงานซึ่งกันและกันของหน่วยงาน และการปฏิบัติงานตามนโยบายของคณะกรรมการด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวในระดับต่าง ๆ พร้อมทั้งติดตาม ประเมินผลการทำงานของกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้เกิดประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน โดย ดำเนินการให้เป็นไปตามข้อเสนอยุทธศาสตร์เพื่อบูรณาการกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจาก ปัจจัยเสี่ยง ตามภาคผนวกแนบท้ายมตินี้ ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

๒.๒ ขอให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทบพชนและปรับปรุงกฎหมาย และระเบียบปฏิบัติ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานและสนับสนุนการดำเนินงานของ เครือข่ายที่ทำงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ทั้งจากภาครัฐและภาคประชาสังคม ตลอดจนศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีทรัพยากรในการ ปฏิบัติงานที่เพียงพอและเป็นไปตามมาตรฐานการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ที่กำหนด ในกฎหมายแต่ละฉบับ

๒.๓ ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย (สกว.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และกองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และ กิจการโทรคมนาคม เพื่อประโยชน์สาธารณะ (กทปส.) สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการบูรณาการกลไก คุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ในระดับต่าง ๆ อย่างครบถ้วน

^๒ สมัชชาสุขภาพ ๗. มติ ๑. ผนวก ๑

๓. ระดับท้องถิ่น

๓.๑ ขอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานคร จัดตั้งคณะทำงานบูรณาการกลไก คุ่มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว ระดับจังหวัดร่วมกับตัวแทนหน่วยงานรัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) / สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เป็นฝ่ายเลขานุการ คณะทำงานมีบทบาทหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ เพื่อการบูรณาการระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร เพื่อบริหารจัดการและติดตามประเมินผล ตลอดจนเพิ่ม ประสิทธิภาพศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ทั้งในเขตเมืองและชนบท เครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาสังคม ให้สามารถเป็นกลไกระดับพื้นที่ที่ส่งเสริมความเป็นครอบครัว ดูแลป้องกันปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้มีความเป็นอิสระมากยิ่งขึ้น โดยดำเนินการให้สอดคล้องกับ ข้อเสนอยุทธศาสตร์เพื่อบูรณาการกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง (พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐) ตามภาคผนวกแนบท้ายมตินี้

๓.๒ ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมงาน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านการส่งเสริมและพัฒนา ๒) ด้านการป้องกัน ๓) ด้านการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ และ ๔) ด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือเยียวยา

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐

ยุทธศาสตร์เพื่อบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว จากปัจจัยเสี่ยง (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐)

๑. ความเป็นมา

สภาพการณ์ที่เด็ก เยาวชน และครอบครัว เผชิญอยู่ในปัจจุบัน มีความซับซ้อนและมีปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากไม่น้อยที่คุกคามอยู่อย่างเห็นได้ชัดมาโดยตลอด ส่งผลให้เด็กและเยาวชนไม่สามารถมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ที่เหมาะสมอย่างเต็มศักยภาพ ทำให้สุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่แท้จริงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ และเนื่องจากสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว มีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาชุมชน สังคม และประเทศชาติ เพื่อสร้างการเติบโตในทุกด้านให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ดังนั้น การพัฒนา กลไกเพื่อสร้างศักยภาพให้สังคมเพื่อคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว จึงเป็นเรื่องจำเป็น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เคยมีมติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัว หลายมติ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ ในปี ๒๕๕๑ มติที่ ๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว และ มติที่ ๑๐ สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ส่วนครั้งที่ ๒ ในปี ๒๕๕๒ มติที่ ๑๐ เรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว นอกจากนี้ ยังปรากฏในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ ในปี ๒๕๕๓ มติที่ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่น ไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และพบมติที่ ๙ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ในปี ๒๕๕๕ เกี่ยวกับการจัดการ สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที ซึ่งจากการติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชา สุขภาพแห่งชาติในประเด็นเด็กและเยาวชน พบว่ามีการดำเนินการพัฒนามาตรการตามประเด็นของปัญหาตามที่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานได้ดำเนินการตามภารกิจที่ได้มีการเสนอไว้ แต่มีข้อจำกัดที่ยังขาดกลไกที่ สนับสนุนการดำเนินการและติดตามประเมินผลภาพรวมของการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวในระดับ ต่าง ๆ ให้สามารถดำเนินการเป็นไปตามแนวปฏิบัติและมาตรฐานการดำเนินการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังดำเนินงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว สอดคล้องกับนโยบายหรือ แนวปฏิบัติร่วมกันในระดับนานาชาติ ทั้งจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) มติองค์การสหประชาชาติ (United Nations) เนื่องในโอกาสวันครอบครัวสากลครบรอบ ๒๐ ปี ในปี ค.ศ. ๒๐๑๔ นี้ โดยมีหัวข้อหลัก ๓ หัวข้อ คือ ๑) การเผชิญหน้าของครอบครัวกับความยากจนและการถูกกีดกันทาง สังคม ๒) การสร้างความสมดุลในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว และ ๓) การพัฒนาการบูรณาการทางสังคม และความสามัคคีของสมาชิกต่างรุ่นวัยในครอบครัวและชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากสภาพการณ์ที่พบในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและคุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัว อยู่อย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงขึ้นทุกวัน ยังคงปรากฏให้เห็นหลายด้าน อันได้แก่ ด้านการถูกระทำ ความรุนแรง ซึ่งปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในทุกประเทศทั่วโลก โดยตัวเลขความรุนแรงที่ปรากฏสู่สาธารณะมักจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มาก เพราะความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดที่บ้านและผู้กระทำเป็นสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น สมาชิกในครอบครัวมักช่วยกันปกปิดเพื่อไม่ให้เรื่องราวขยายใหญ่โตออกนอกครอบครัว

สำหรับประเทศไทย มีจำนวนครัวเรือนอยู่ที่ ๒๒.๘๓ ล้านครัวเรือน โดยมีจำนวนเด็กและเยาวชนที่มีช่วงอายุระหว่างแรกเกิดถึง ๒๕ ปี จำนวน ๒๑.๔๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๓ ของประชากรทั้งประเทศ ปรากฏว่ามี การกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นในลำดับต้น ๆ ของโลก โดยข้อมูลจากสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (๒๕๕๓) ระบุว่า ประเทศไทยมีการทำร้ายกันของคู่สมรสอยู่ประมาณอันดับที่ ๓๐ โดยที่ผู้ชายทำร้าย ผู้หญิงสูงเป็นอันดับ ๗ ของโลก

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทางเพศยังคงมีความสำคัญและเป็นปัญหาสังคมที่สั่งสมมานาน ปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วยปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรถ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องโรคเอดส์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสถิติพบว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วน ๑๖๖๓ ในช่วง ๑ กันยายน ๒๕๕๖ ถึง ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ มี ผู้รับบริการที่โทรเข้ามาปรึกษาทั้งหมด ๒๒,๘๘๖ ราย ส่วนใหญ่โทรมาด้วยประเด็นโรคเอดส์จำนวน ๑๙,๔๔๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕ และประเด็นท้องไม่พร้อมจำนวน ๓,๔๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕ จากการสอบถามและลง บันทึกรายชื่อข้อมูลทั้งหมด ๑,๕๘๘ คน ส่วนใหญ่ไม่มีเงินเลี้ยงดู คิดเป็นร้อยละ ๓๖ รองลงมา ยังเรียนหนังสือ และการ ตั้งครรถ์เป็นอุปสรรคต่ออาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๒๙ และ ๑๘ ตามลำดับ ปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มขยายตัวอย่าง รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายใจและสังคม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรถ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สื่อทุกรูปแบบที่มีเนื้อหาผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น

ดังนั้น จึงพบว่า การรับสื่อทุกรูปแบบที่ไม่ปลอดภัยและไม่สร้างสรรค์เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวมาอย่างต่อเนื่องและนับวันจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ สาขาวิชา จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ให้ข้อมูลว่า ปรากฏการณ์เด็กติดสื่อทั้งโทรทัศน์และสื่ออินเทอร์เน็ต มีสาเหตุเพราะเข้าถึงง่าย มีให้เลือกชมหลากหลายช่องทาง ถูกปลูกเร้าในเชิงลบ ยากต่อการควบคุม ส่วนใหญ่เป็น เด็กที่ครอบครัวไม่มีเวลา ดังนั้น เมื่อเด็กใช้เวลาอยู่กับสื่อเหล่านี้มากเกินไปจะถูกชักจูงได้ง่าย โดยสิ่งที่น่าห่วงคือ เกือบทั้งหมดของเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศที่มาขอรับการรักษามีสาเหตุมาจากสื่อเป็นปัจจัยร่วมแทบทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงด้านการพนัน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นปัญหาสืบเนื่องจากการที่เด็กติดเกม และใช้สื่อ ทางอินเทอร์เน็ตซึ่งทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงการพนันออนไลน์ได้โดยง่าย เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนันได้สำรวจพบว่า เด็กเล่นการพนันครั้งแรกอายุน้อยสุด คือ ๗ ขวบ ส่วนรูปแบบการพนัน ที่เด็กเล่นมากที่สุด คือ ไพ่ บิงโก หวยใต้ดิน หวยรัฐ และฟุตบอล ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญต่อเด็กซึ่งถือว่าเป็น ทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคตว่าจะเป็นเช่นไร แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายที่มีข้อบัญญัติเรื่อง การคุ้มครองเด็กที่เกี่ยวกับการพนันอยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมพอที่จะดูแลเด็กจากการพนันและผลกระทบต่าง ๆ อันเนื่องจากการเล่นพนัน

นอกจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น ๆ อีกไม่น้อยที่ปรากฏเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน อันได้แก่ กรณีเกี่ยวข้องกับสารเสพติด กรณี กำพรว้า กรณีเร่ร่อน กรณีเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม กรณีชาวเขา กรณียากจน กรณีชุมชนแออัด กรณีค้ามนุษย์ กรณีแรงงานเด็ก เป็นต้น

ถึงแม้ว่ารัฐบาลได้ออกกฎหมายกำหนดนโยบาย ตลอดจนจัดให้มีหน่วยงาน องค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการทำงานและมีจุดแข็งบางประการในการดำเนินการในด้านการปฏิบัติ ต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวไปแล้ว แต่ยังคงมีปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยกลไกที่มีอยู่ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว และคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามกฎหมายหลายฉบับ ตลอดจนเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น

๒. กลไกการคุ้มครองที่มีอยู่

๒.๑ กลไกระดับชาติ

กลไกระดับชาติประกอบด้วยหลายส่วน ดังต่อไปนี้

(๑) กฎหมายและกลไกที่ดำเนินการป้องกันเด็ก เยาวชน และครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เป็นฝ่ายเลขานุการ

(๑.๑) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) เป็นสัญญาด้าน สิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่ได้รับความเห็นชอบมากที่สุดในโลก โดยทุกประเทศได้ให้สัตยาบัน ยกเว้นประเทศ สหรัฐอเมริกาและโซมาเลีย ซึ่งประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยอนุสัญญานี้ระบุรายละเอียด ของสิทธิขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ไว้ว่า ทุกประเทศต้องรับประกันสิทธิเด็กในประเทศของตนใน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) สิทธิที่จะ มีชีวิตรอด ๒) สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา ๓) สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง ๔) สิทธิในการมีส่วนร่วม โดยทุก ๆ ๕ ปี แต่ละประเทศจะต้องจัดทำรายงานความก้าวหน้าเสนอต่อคณะกรรมการสิทธิเด็กซึ่งประจำอยู่ที่กรุงเจนีวา และมีหน้าที่กำกับดูแลและตรวจสอบการดำเนินงานของแต่ละประเทศในการรับประกันสิทธิต่าง ๆ ของเด็กที่ระบุ ไว้ในอนุสัญญา

(๑.๒) พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยคณะกรรมการ ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและ พินิจเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เป็นฝ่ายเลขานุการ และมีสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรที่เป็นตัวแทนของเด็กและเยาวชน ในการเสนอข้อคิดเห็นในนโยบายของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน

(๑.๓) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ มี สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

(๑.๔) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ มี สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.) เป็นหน่วยงานดำเนินงานตามกฎหมาย และมีคณะกรรมการ นโยบายและยุทธศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ (กยค.) ซึ่งตั้งโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี และมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน

(๑.๕) พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการในการป้องกันและปราบปราม รวมทั้งกำกับดูแลการดำเนินการตามกฎหมาย มีคณะกรรมการประสานและกำกับการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน มีหน้าที่ในการกำกับดูแลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการ และกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามกฎหมาย

(๒) กฎหมายและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยง

(๒.๑) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มีคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

(๒.๒) พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๕๓๘ ดำเนินการโดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

(๒.๓) พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดำเนินการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

(๒.๔) พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยคณะกรรมการภาพยนตร์และวีดิทัศน์แห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และสำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรมเป็นฝ่ายเลขานุการ

(๒.๕) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ดำเนินการโดยกระทรวงศึกษาธิการ

(๒.๖) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข มีคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีกลไกในระดับท้องถิ่น ผ่านคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน

(๒.๗) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

(๒.๘) พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข

(๒.๙) พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑ หมวดการใช้แรงงานเด็ก มาตรา ๔๔ - ๕๒ อนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๑๘๒ ว่าด้วยการห้ามและการดำเนินการโดยทันที เพื่อขจัดรูปแบบที่เลวร้ายที่สุดของการใช้แรงงานเด็ก ดำเนินการโดยกระทรวงแรงงาน

(๓) แผนยุทธศาสตร์และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แก่

(๓.๑) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ได้เสนอแนวคิดในการพัฒนาทุนมนุษย์ให้มีภูมิคุ้มกันในการดำรงชีวิตและปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑ โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างคุณลักษณะคนให้มีจิตสาธารณะ ๕ ประการ ประกอบด้วย ๑) จิตแห่งวิทยาการ ได้แก่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต คิดเป็น ทำเป็น ๒) จิตแห่งการสังเคราะห์ คือ การสังสม ต่อยอด และสร้างนวัตกรรมความรู้ ๓) จิตแห่งการสร้างสรรค์ ที่เชื่อว่าการคิดสร้างสรรค์สามารถสร้างได้ด้วยการหมั่นฝึกฝน ๔) จิตแห่งความเคารพ หมายถึงการเปิดใจกว้างพร้อมรับฟังทุกความคิดเห็น และ ๕) จิตแห่งคุณธรรม มีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนา

(๓.๒) แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ มีเป้าหมายหลักให้เด็กและเยาวชนมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต มีความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ มีคุณธรรม จริยธรรม มีสำนึกความเป็นพลเมืองกล้าคิดและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ตามวิถีประชาธิปไตย และมีความสุข

(๓.๓) นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ ด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทางโลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๐ – ๒๕๕๙ โดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๐ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาเด็กของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความสำคัญอย่างต่อเนื่องกับแผนและยุทธศาสตร์สำหรับการพัฒนาเด็ก โดยมีแนวทางการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ การบูรณาการการทำงานของกลไกระดับชาติ การสร้างระบบช่วยครอบครัวที่มีปัญหา การส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะเด็ก การสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง และพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ และการพัฒนาระบบกลไกป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

(๓.๔) นโยบายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พลตำรวจเอก อดุลย์ แสงสิงแก้ว) มีนโยบายในการพัฒนาเด็กตามพันธกิจด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ๑) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและเยาวชนในระดับจังหวัดและท้องถิ่น ๒) เสริมสร้างความเข้มแข็งของสภาเด็กและเยาวชน รวมทั้งองค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ ให้เป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ๓) เสริมสร้างกลไกการปฏิบัติงานและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ทั่วประเทศเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครอง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ๔) แต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีที่รับผิดชอบงานด้านสังคม เป็นประธาน และมีองค์ประกอบคณะกรรมการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ระบบเลขานุการร่วมเพื่อให้เกิดการบูรณาการภารกิจด้านการพัฒนาสังคมอย่างมีเอกภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชน ร่วมเป็นองค์ประกอบ

๒.๒ กลไกระดับท้องถิ่น

กลไกระดับท้องถิ่นประกอบด้วยหลายส่วน อาทิ

(๑) กลไกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นผู้ดำเนินการประสานงานและเป็นเลขานุการ ได้แก่ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด และคณะกรรมการคุ้มครองเด็กกรุงเทพมหานคร คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัวจังหวัด สภาเด็กและเยาวชนในระดับพื้นที่ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) เป็นต้น

(๒) กลไกด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ

(๓) กลไกด้านการเยียวยา ให้คำปรึกษา โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น

(๔) กลไกประชาสังคมด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในพื้นที่

๓. สภาพปัญหาที่พบ

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากลไกในการทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง มีมากมายและน่าจะแก้ปัญหาดังกล่าวได้ไม่ยาก เพื่อสังคม ชุมชน และครอบครัวที่อยู่ดีมีสุข แต่แท้จริงแล้วการทำงานของกลไกต่าง ๆ ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเพราะเกิดจาก

๓.๑ ปัญหาความไม่ชัดเจนของการรับผิดชอบงานและการบูรณาการการทำงาน

ในทางปฏิบัติได้เกิดปัญหาความไม่ชัดเจนในการรับผิดชอบงานระหว่างหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รวมทั้งความไม่ชัดเจนในการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง ทั้งยังมีประเด็นปัญหาในการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิและใช้ประโยชน์จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ที่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ประชาชนจึงอาจไม่ทราบช่องทางการรับแจ้งเหตุ และไม่ทราบบทบาทของชุมชนในการแจ้งเหตุดังกล่าวด้วย

นอกจากนี้ จากโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังขาดการบูรณาการในการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนกลางและระดับท้องถิ่น มีการแบ่งงานออกในเชิงกลุ่มเป้าหมาย เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรี ครอบครัว งานอาสาสมัครต่าง ๆ ทั้งอาสาสมัครพัฒนาสังคม (อพม.) อาสาสมัครเพื่อผู้พิการ (อพก.) ฯลฯ ซึ่งอาจยังไม่เหมาะสมในการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านสตรีและครอบครัวโดยตรง มีแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ชัดเจน แต่เป็นหน่วยงานในส่วนกลางเท่านั้น ไม่มีหน่วยงานปฏิบัติในพื้นที่ทั้งระดับจังหวัดและระดับตำบล งานด้านครอบครัวจึงอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานอื่นทั้งในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานอื่น เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานจัดการเรียนรู้ครอบครัวเข้มแข็ง ภาคประชาสังคมที่ทำงานในพื้นที่ เป็นต้น

๓.๒ ปัญหาการตีความกฎหมาย

จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้พบว่ามีปัญหาหลายประการ เนื่องจากแม้กฎหมายดังกล่าวจะมีเพียง ๑๘ มาตรา แต่แทบทุกมาตราต้องมีการตีความ เช่น คำนิยามของบุคคลในครอบครัวว่ารวมถึงอดีตภรรยาหรืออดีตสามีหรือไม่ ต้องขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์หรือผลกระทบที่อาจเกิดกับบุตรของคู่กรณี คำนิยามของคำว่าความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งหมายถึงรวมถึงความรุนแรงทางจิตใจด้วย หากแต่ความรุนแรงทางจิตใจเป็นลักษณะอาการที่วัดได้ยาก และต้องมีบรรทัดฐานในการให้คำนิยามที่ชัดเจนว่ามีความหมายถึงขั้นสลบหมดสติหรือเสียชีวิตหรือไม่

ในความเป็นจริงแล้ว ความรุนแรงในครอบครัวต้องการความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จึงมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมายหลายคนแสดงความเห็นไว้ว่า การทำร้ายทางจิตใจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม หรือสภาวะ หรือสุขภาพของผู้ถูกกระทำ เช่น เหม่อลอย คิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีการใช้ชีวิตประจำวันผิดปกติไป สิ่งเหล่านี้ อาจต้องมีใบรับรองแพทย์มายืนยันประกอบไปด้วย

ทั้งยังมีปัญหาในการตีความและการปรับใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพินันออนไลน์ ซึ่งมีประเด็นในเรื่องความสับสนเกี่ยวกับขอบเขตอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและปราบปรามการพินันออนไลน์

๓.๓ ปัญหาสาระสำคัญของกฎหมายที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์

ปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหาของกฎหมายที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์หรือล้าสมัย เช่น พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ ซึ่งมีเนื้อหาและบทลงโทษที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การพนันในปัจจุบัน เช่น ปัญหาการปรับใช้ฐานความผิดกับบทลงโทษที่เหมาะสมระหว่างผู้จัดให้เล่นและผู้เล่น บทลงโทษที่ล้าสมัย อัตราการลงโทษที่ต่ำมาก ย้อนหลังไปกว่า ๘๐ ปี จึงไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน และไม่มีบทบัญญัติที่คุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการเล่นพนันที่เข้มข้นเป็นการเฉพาะ

ทั้งยังพบปัญหาในการคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในร่างพระราชบัญญัติการพนัน ซึ่งรัฐบาลชุดที่ผ่านมา มีมติรับหลักการในช่วงมหาอุทกภัยปี ๒๕๕๔ และกำลังอยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา ไม่มีบทบัญญัติที่เป็นมาตรการคุ้มครองเด็กและเยาวชนแต่อย่างใด แตกต่างจากพระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ กล่าวคือในร่างพระราชบัญญัติการพนัน มาตรา ๑๓ ยังอนุญาตให้เยาวชนหรือผู้มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี สามารถเล่นพนันประเภทสลากกินแบ่ง สลากกินรวบ หรือลอตโต้ (Lotto) ได้ เด็กหรือเยาวชนที่อยู่ในวัยเรียนอายุ ๑๕-๑๘ ปี สามารถซื้อหวยได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องอย่างยิ่ง เพราะกฎหมายในหลายประเทศมีบทบัญญัติห้ามเด็กในวัยดังกล่าวเล่นพนันในลักษณะนี้ จึงไม่ควรมิบทยกเว้น ตามมาตรา ๑๓ อีกทั้งร่างกฎหมายดังกล่าว ยังไม่มีบทบัญญัติที่ห้ามการโฆษณา การเชิญชวน หรือการส่งเสริมการเล่นพนันหรือธุรกิจพนันที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็ก เยาวชน หรือบุคคลทั่วไป ซึ่งในกฎหมายการพนันในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว จะให้ความสำคัญในเรื่องนี้ มีการบัญญัติห้ามไว้อย่างชัดเจน และมีบทลงโทษที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย เนื่องจากมีผลเสียต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวทั่วไปอย่างมาก ทำนองเดียวกันกับการห้ามโฆษณาบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีกฎหมายบัญญัติไว้

๓.๔ ปัญหาที่เกิดจากกลไกระดับท้องถิ่น

ปัญหาที่เกิดจากกลไกระดับท้องถิ่นประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๓.๔.๑ ปัญหาการประสานงานและเชื่อมโยงงานของหน่วยงาน

การทำงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองครอบครัวในระดับท้องถิ่น ยังคงเกาะเกี่ยวเชื่อมโยงกับหน่วยงานมากมายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ไม่นับรวมงานจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ในยุทธศาสตร์รั้วครอบครัว เป็นต้น แต่สถานภาพของ ศพค. ยังมีความแตกต่างและขาดความเข้มแข็งที่จะทำงานให้บรรลุภารกิจได้อย่างแท้จริง แต่แบกรับความคาดหวังสูงเมื่อเทียบกับงบประมาณสนับสนุนและกระบวนการหนุนเสริมที่มีไม่มากนัก

นอกจากนี้ หน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาสังคมในระดับจังหวัดของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังมีข้อจำกัดในการทำงานระหว่างกัน เช่น ศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัด บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สถานสงเคราะห์บ้านต่าง ๆ ฯลฯ

๓.๔.๒ ปัญหาความไม่รู้กฎหมาย และสิทธิหน้าที่ของประชาชน

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง คือประชาชนในท้องถิ่นต่าง ๆ ยังไม่รู้และไม่เข้าใจสาระสำคัญของบทบัญญัติในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงในสังคม เช่น หลายกรณีที่ผู้เสียหายอาจยังไม่ทราบว่ามียกเลิกที่มุ่งเน้นการคุ้มครองสิทธิผู้ถูกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวในกฎหมายจึงไม่ได้ใช้ประโยชน์จากกฎหมายได้อย่างเต็มที่

รูปแบบหนึ่งในกลไกระดับท้องถิ่นที่ยังเป็นปัญหาอยู่ นั่นคือ กลไกครอบครัว โดยในปัจจุบันมีการรวมกลุ่มกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มากกว่าการเรียกร้องสิทธิและสวัสดิการที่ควรจะได้รับจากรัฐ เช่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวที่มีลูกพิการ ครอบครัวที่มีลูกติดเกม ครอบครัวที่มีปัญหาพนัน สุรา ยาเสพติด ฯลฯ ในขณะที่ครอบครัวลักษณะเฉพาะบางกลุ่มต้องการทักษะ การเรียนรู้ และการแก้ปัญหาที่เท่าทันเพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความอบอุ่น และเข้มแข็งมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการสูญสลายของความเป็นครอบครัว เช่น ครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวแห้วกลาง ครอบครัวที่มีลูกติดยาต้องโทษ ครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง ครอบครัวที่ติดอบายมุข ครอบครัวที่มีหนี้สิน เป็นต้น

๓.๕ ความท้าทายในการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ในอนาคตรอนไกล หลายสถานการณ์กำลังท้าทายสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘ อันจะส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรในประเทศภูมิภาคอาเซียนจำนวนมากเข้าสู่ชุมชนไทย การเปิดเขตการค้าเสรี (FTA) ระหว่างประเทศไทยและประเทศคู่ค้าต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อวิถีการผลิต ในชุมชนหลายพื้นที่ รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาครอบครัวมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เช่น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหา ยาเสพติดและการพนัน ปัญหาสุขภาพทางเพศ ปัญหาสื่อไม่ปลอดภัยและไม่สร้างสรรค์ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านการใช้ยานพาหนะ และการเข้าไม่ถึงโอกาสต่าง ๆ ที่เป็นสิทธิประโยชน์ของเด็ก เช่น สิทธิด้านการศึกษา สิทธิในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ฯลฯ

การพัฒนาโลกทำให้เกิดนวัตกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในเชิงบูรณาการโดยใช้ความรู้เป็นฐาน มีการสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ถูกต้อง และจัดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการหลอมรวมให้สังคมทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้ เพื่อดำเนินการส่งเสริมและพัฒนา ป้องกัน สงเคราะห์ช่วยเหลือ และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบ และสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน จะสามารถคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

๔. เป้าหมาย

รัฐบาลต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมและกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติอย่างชัดเจนในการให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและสิทธิมนุษยชนว่าเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการพัฒนาประเทศ และต้องมีนโยบายที่กำกับให้มีการปรับปรุงและบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลสัมฤทธิ์ในทางปฏิบัติอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ตลอดจนแสดงเจตนารมณ์อย่างจริงจังและชัดเจนในการป้องกันไม่ให้องค์กร/หน่วยงานเพิกเฉยหรือละเลยในการปฏิบัติงานเพื่อคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

๕. ยุทธศาสตร์

การบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๔ ด้าน รายละเอียดดังนี้

- ๑) ด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบสนับสนุนกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง
- ๒) ด้านการป้องกันและคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง
- ๓) ด้านการเฝ้าระวังภัยจากปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว
- ๔) ด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือเยียวยาแก่เด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

๑) ด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบสนับสนุนกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ระดับชาติ

๑.๑) ให้คณะทำงานบูรณาการนโยบายและกำกับดูแลกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทำหน้าที่เชื่อมโยงนโยบาย สร้างแนวทางปฏิบัติร่วมภายใต้มาตรฐานการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว กำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของกลไกการคุ้มครอง

๑.๒) ให้คณะทำงานบูรณาการนโยบายและกำกับดูแลกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว จัดทำและดำเนินการและติดตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว จากปัจจัยเสี่ยง โดยให้สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยหลักในการประสานงาน

๑.๓) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายที่ทำงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนศูนย์พัฒนา ครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทรัพยากรในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ และเป็นไปตาม มาตรฐานการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ที่กำหนดในกฎหมายแต่ละฉบับ

๑.๔) ให้หน่วยงานภาครัฐที่เทียบเท่าในระดับกระทรวง กรม หน่วยงานด้านวิชาการ หน่วยงานภาคเอกชน และหน่วยงานภาคประชาสังคม ให้การสนับสนุนการบูรณาการกลไกระดับท้องถิ่นให้ทำงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน และเป็นการเสริมสร้างครอบครัว เข้มแข็งในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

ระดับท้องถิ่น

๑.๕) ให้คณะกรรมการติดตามและประเมินผลการบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในระดับจังหวัด จัดเตรียมข้อมูลด้านประชากรกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงของจังหวัด และฐานข้อมูล เครือข่ายการสนับสนุนการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๑.๖) ให้คณะทำงานที่มีตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยให้พัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นเลขานุการ มีบทบาทในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อบริหารจัดการและติดตามประเมินผล ตลอดจน เพิ่มประสิทธิภาพศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ทั้งในเขตเมืองและชนบท และเครือข่ายภาคประชาสังคม หน่วยงานที่ดำเนินการด้านเด็ก เยาวชน ให้สามารถเป็นกลไกระดับพื้นที่ที่ส่งเสริมความเป็นครอบครัว ดูแลป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว และมีความเป็นอิสระมากยิ่งขึ้น โดยดำเนินการให้ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

๑.๗) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการและสนับสนุนการปฏิบัติงานของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว

๒) ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

ระดับชาติ

๒.๑) ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยว และกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ สร้างทัศนคติ ค่านิยม ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง แก่เจ้าหน้าที่รัฐทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ตลอดจนภาคประชาสังคม และประชาชน เพื่อให้เข้าใจสิทธิ หน้าที่ และการคุ้มครองตามกฎหมาย ที่ครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกันปัญหา ครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยงให้กว้างขวางและลึกซึ้งมากขึ้น

๒.๒) ให้หน่วยงานภาครัฐที่เทียบเท่าในระดับกระทรวง กรม หน่วยงานด้านวิชาการ หน่วยงานภาคเอกชน และหน่วยงานภาคประชาสังคม ส่งเสริมสนับสนุน ร่วมดำเนินการและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว อย่างเป็นระบบต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เร่งรัดการดำเนินการตามจุดมุ่งหมายของคณะกรรมการฯ แต่ละชุด เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันจากปัจจัยเสี่ยงและก่อให้เกิดกลไกการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวขึ้นอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

๒.๓) ให้สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรวิชาชีพสื่อมวลชน หน่วยงานภาคประชาสังคม และหน่วยงานภาคเอกชน ทรนรงค์สร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศในสังคม รวมทั้งปลูกฝังให้เด็ก เยาวชน ครอบครัว และชุมชนมีความรับผิดชอบในเรื่องเพศ รู้จักเคารพในบทบาทหญิงชาย ปลูกฝังจริยธรรมและศีลธรรม ตลอดจนดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมสื่อต่าง ๆ ที่นำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศและความรุนแรงอย่างจริงจัง

ระดับท้องถิ่น

ให้คณะกรรมการและหน่วยงานที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ระดับอำเภอและเขต ระดับตำบลและชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงสมาชิกสภาพระระดับจังหวัด ดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๔) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการบูรณาการการทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ผ่านโครงการและกิจกรรมเพื่อสร้างการรู้เท่าทันและสร้างทักษะในการใช้ชีวิต เพื่อป้องกันตนเองจากปัญหาอันเกิดจากปัจจัยเสี่ยงในชุมชนต่าง ๆ แก่เด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างทั่วถึงและหลากหลาย ตลอดจนจัดหาพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชนทั้งภายในอาคารและกลางแจ้งเพื่อให้เด็กและเยาวชนได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ได้ทำความดี และมีความภาคภูมิใจในตนเอง

๒.๕) ปฏิบัติงานในลักษณะการเป็นพี่เลี้ยงให้แก่หน่วยงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวในระดับเล็กลงไป และจัดกลุ่ม/แยกแยะลักษณะงานที่ได้รับมอบหมายจากระดับนโยบาย ก่อนถ่ายทอดต่อไปยังหน่วยงานระดับเล็กลงไปอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ

๒.๖) พัฒนาคุณภาพและศักยภาพของเจ้าหน้าที่รัฐที่ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นทั้งในด้านความเข้าใจในสาระสำคัญของกฎหมายและวิธีปฏิบัติ ทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในเด็ก เยาวชน และครอบครัว และเร่งสร้างความไว้วางใจและความน่าเชื่อถือให้เกิดแก่องค์กรของตน โดยจัดการอบรมเป็นการเฉพาะ พร้อมทั้งมีการประเมินผลและรับรองความรู้ความสามารถอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

๒.๗) เผยแพร่ความรู้ด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง ไปสู่ระดับครอบครัว ในแต่ละชุมชนให้ทั่วถึง ผ่านการสื่อสารสาธารณะในหลากหลายรูปแบบ เพื่อรณรงค์ให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน

๓) ยุทธศาสตร์ด้านการเฝ้าระวังภัยจากปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว

ระดับชาติ

๓.๑) ให้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมเพื่อประโยชน์สาธารณะ สนับสนุนการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ในการตอบสนองต่อปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างครบถ้วน รอบด้าน และมีประสิทธิภาพ ทันท่วงทีต่อสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน เช่น การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับการรู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยง การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนาฐานข้อมูล และการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๓.๒) ให้กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ร่วมกับคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การวิชาชีพสื่อ และองค์กรสื่อภาคประชาสังคม สนับสนุนและเร่งรัดให้เกิดกลไกในการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ให้ปรากฏสู่สังคมอย่างทั่วถึงและกว้างขวางมากขึ้น ตลอดจนติดตามประเมินผลและเฝ้าระวังสื่อร้าย ขยายสื่อดี เพื่อลดโอกาสการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่อาจก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัว ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ระดับท้องถิ่น

ให้คณะกรรมการและหน่วยงานที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ระดับอำเภอและเขต ระดับตำบลและชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรระดับจังหวัด ดำเนินการดังต่อไปนี้

๓.๓) สนับสนุนให้มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอันเป็นปัจจัยเสี่ยงในเด็กและเยาวชนในระดับท้องถิ่นเป็นประจำ

๓.๔) พัฒนากลไกให้ความช่วยเหลือและการรับแจ้งเหตุแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงในระดับท้องถิ่น ให้ได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสมในการวางแผนรับมือกับปัญหาอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ ด้วยกลไกการทำงาน และกฎหมายที่หลากหลาย

๔) ยุทธศาสตร์ด้านการสงเคราะห์ช่วยเหลือและเยียวยาแก่เด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

ระดับชาติ

๔.๑) ให้คณะทำงานบูรณาการนโยบายและกำกับดูแลกลไกการคุ้มครองด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ร่วมกับคณะกรรมการและหน่วยงานที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว กำหนดมาตรฐานและกระบวนการในการเยียวยาแก่เด็ก เยาวชน และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างรวดเร็ว ทันท่วงทีและเป็นธรรม

๔.๒) ให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ในฐานะเป็นผู้ประกอบกิจการการพนันตามพระราชบัญญัติสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. ๒๕๑๗ รับผิดชอบ สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินการจัดให้มีระบบการสงเคราะห์ ช่วยเหลือเยียวยาแก่เด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

ระดับท้องถิ่น

ให้คณะกรรมการและหน่วยงานที่ทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวระดับจังหวัด และกรุงเทพมหานคร ระดับอำเภอและเขต ระดับตำบลและชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรระดับจังหวัด ดำเนินการดังต่อไปนี้

๔.๓) สนับสนุนและจัดทำแผนเพื่อเสนอให้มีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กในระดับตำบลและชุมชน และคณะกรรมการคุ้มครองเด็กระดับอำเภอและเขต เพื่อให้การทำงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวในแต่ละพื้นที่เป็นไปอย่างทั่วถึง และเกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุด

๔.๔) สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพในการทำงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้แก่สหวิชาชีพ ในระดับอำเภอและเขต และระดับตำบลและชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลจัดการปัญหาได้ด้วยตัวเองในลักษณะ Case Manager ก่อนส่งต่อในระดับสูงขึ้นไป

๔.๕) ให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดทำระบบฐานข้อมูลชุมชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวในแต่ละพื้นที่ ให้เป็นปัจจุบันและสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบุรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

๑. สถานการณ์การคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

๑.๑ ปัจจัยเสี่ยงของเด็ก เยาวชน และครอบครัว

สภาพการณ์ของเด็ก เยาวชน และครอบครัวเผชิญอยู่ในปัจจุบันมีความซับซ้อนและมีปัจจัยเสี่ยงจำนวนมากไม่น้อยที่คุกคามอยู่อย่างเห็นได้ชัดมาโดยตลอด ส่งผลให้เด็กและเยาวชนไม่สามารถมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญาที่เหมาะสมอย่างเต็มศักยภาพ ทำให้สุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่แท้จริงไม่สามารถเกิดขึ้นได้ และเนื่องจากสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัวมีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาชุมชน สังคม และประเทศชาติ เพื่อสร้างการเติบโตในทุกด้านให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ดังนั้น การพัฒนาการกลไกเพื่อสร้างศักยภาพให้สังคมเพื่อคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจึงเป็นเรื่องจำเป็น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้เคยมีมติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัว หลายมติ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ในปี ๒๕๕๑ มติที่ ๙ ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว และ มติที่ ๑๐ สุขภาวะทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนครั้งที่ ๒ ในปี ๒๕๕๒ มติที่ ๑๐ เป็นเรื่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว นอกจากนี้ ยังปรากฏในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ ในปี ๒๕๕๓ มติที่ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และพบมติที่ ๙ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕ ในปี ๒๕๕๕ เกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที ซึ่งจากการติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเด็นเด็กและเยาวชน พบว่ามีการดำเนินการพัฒนาตามประเด็นของปัญหาตามที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานได้ดำเนินการตามภารกิจที่ได้เสนอไว้ แต่มีข้อจำกัดที่ยังขาดการบูรณาการกลไกที่ติดตามภาพรวมของการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อให้กลไกทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่นสามารถดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังดำเนินงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่สอดคล้องกับนโยบายหรือแนวปฏิบัติร่วมกันในระดับนานาชาติ ทั้งจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) มติองค์การสหประชาชาติ (United Nations) เนื่องในโอกาสที่วันครอบครัวสากลครบรอบ ๒๐ ปี ในปี ค.ศ. ๒๐๑๔ นี้ โดยมีหัวข้อหลัก ๓ หัวข้อ คือ ๑) การเผชิญหน้าของครอบครัวกับความยากจนและการถูกกีดกันทางสังคม ๒) การสร้างความสมดุลในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว และ ๓) การพัฒนาการบูรณาการทางสังคม และความสามัคคีของสมาชิกต่างรุ่นวัยในครอบครัวและชุมชน ทั้งยังมี “แถลงการณ์บูรณาการสุขภาพเพื่อสร้างความสมดุลระหว่างหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว” (Ensuring Work Family Balance) และสอดคล้องกับ

(ร่าง) แถลงการณ์เบอร์ลินในการประชุมสุดยอดครอบครัวโลก ครั้งที่ ๑๐ ที่กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมนี ที่ยอมรับผลการประชุม the Rio + ๒๐ รายงานของสหประชาชาติ (UN SG Report) เรื่อง “ชีวิตที่มีศักดิ์ศรีของทุกคน” และรายงานจากการประชุม SG High Level Panel of Eminent Persons เรื่องวาระการพัฒนาหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ซึ่งมีวิสัยทัศน์และกรอบงานเพื่อการพัฒนาหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ที่เน้นย้ำถึงการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของประชาชน

อย่างไรก็ตาม จากสภาพการณ์ที่พบในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและคุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงขึ้นทุกวัน ยังคงปรากฏให้เห็นหลายด้าน อันได้แก่ ด้านการถูกระทำ ความรุนแรง ซึ่งปัญหาความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในทุกประเทศทั่วโลก โดยตัวเลขความรุนแรงที่ปรากฏสู่สาธารณะมักจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มาก เพราะความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดที่บ้านและผู้กระทำเป็นสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้น สมาชิกในครอบครัวมักช่วยกันปกปิดเพื่อไม่ให้เรื่องราวขยายใหญ่โตออกนอกครอบครัว

สำหรับประเทศไทย มีจำนวนครัวเรือนอยู่ที่ ๒๒.๘๓ ล้านครัวเรือน โดยมีจำนวนเด็กและเยาวชนที่มีช่วงอายุระหว่างแรกเกิดถึง ๒๕ ปี จำนวน ๒๑.๔๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๓ ของประชากรทั้งประเทศ ปรากฏว่าการถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นในลำดับต้น ๆ ของโลก โดยข้อมูลจากสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (๒๕๕๗) ระบุว่า ประเทศไทยมีการทำร้ายกันของคู่สมรสอยู่ประมาณอันดับที่ ๓๐ โดยที่ผู้ชายทำร้ายผู้หญิงสูงเป็นอันดับ ๗ ของโลก

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทางเพศยังคงมีความสำคัญและเป็นปัญหาสังคมที่สั่งสมมานาน ปัญหาดังกล่าวประกอบด้วยปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคเอดส์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสถิติพบว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการสายด่วน ๑๖๖๓ ในช่วง ๑ กันยายน ๒๕๕๖ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ มีผู้รับบริการที่โทรเข้ามาปรึกษาทั้งหมด ๒๒,๘๘๖ ราย ส่วนใหญ่โทรมาด้วยประเด็นโรคเอดส์ จำนวน ๑๙,๔๔๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕ และประเด็นท้องไม่พร้อม จำนวน ๓,๔๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕ จากการสอบถามและลงบันทึกข้อมูลทั้งหมด ๑,๕๘๘ คน ส่วนใหญ่ไม่มีเงินเลี้ยงดู คิดเป็นร้อยละ ๓๖ รองลงมา ยังเรียนหนังสือ และการตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคต่ออาชีพ คิดเป็นร้อยละ ๒๙ และ ๑๘ ตามลำดับ ปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มขยายตัวอย่างรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สื่อทุกรูปแบบที่มีเนื้อหาผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น

ดังนั้น จึงพบว่าการรับสื่อทุกรูปแบบที่ไม่ปลอดภัยและไม่สร้างสรรค์เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่องและนับวันจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น นักสังคมสงเคราะห์เชี่ยวชาญ สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ให้ข้อมูลว่า ปรากฏการณ์เด็กติดสื่อทั้งโทรทัศน์และสื่ออินเทอร์เน็ต มีสาเหตุเพราะเข้าถึงง่าย มีให้เลือกชมหลากหลายช่องทาง ถูกปลุกเร้าในเชิงลบ ยากต่อการควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่ครอบครัวไม่มีเวลา ดังนั้น เมื่อเด็กใช้เวลาอยู่กับสื่อเหล่านี้มากเกินไปจะถูกชักจูงได้ง่าย โดยสิ่งที่น่าสนใจคือ เกือบ ๑๐๐% ของเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางเพศที่มาขอรับการรักษามีสาเหตุมาจากสื่อเป็นปัจจัยร่วมแทบทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงด้านการพนัน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นปัญหาสืบเนื่องจากการที่เด็กติดเกม และใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ตซึ่งทำให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงการพนันออนไลน์ได้โดยง่าย เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สำรวจพบว่า เด็กไทยเล่นพนันมากถึง ๒.๘ ล้านคน

อายุน้อยสุดที่เล่นคือ ๗ ขวบ ส่วนรูปแบบการพนันที่เด็กเล่นมากที่สุด คือ ไพ่ บิงโก หวยใต้ดิน หวยรัฐ และฟุตบอล หากแนวโน้มสถิตินี้ยังไม่ชะลอหรือลดลง เด็กซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคตจะเป็น เช่นไร แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายที่มีข้อบัญญัติเรื่องการคุ้มครองเด็กที่เกี่ยวกับการพนันอยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมพอที่จะดูแลเด็กจากการพนันและผลกระทบต่าง ๆ อันเนื่องจากการเล่นพนัน

นอกจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงด้านอื่น ๆ อีกไม่น้อยที่ยังปรากฏเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ กรณีเกี่ยวข้องกับสารเสพติด กรณี กำพ้อ กรณีเร่ร่อน กรณีเด็กและเยาวชนในกระบวนการยุติธรรม กรณีชาวเขา กรณียากจน กรณีชุมชนแออัด กรณีค้ามนุษย์ กรณีแรงงานเด็ก เป็นต้น

ถึงแม้ว่ารัฐได้ออกกฎหมาย กำหนดนโยบาย ตลอดจนจัดให้มีหน่วยงาน องค์กรจากภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามา มีส่วนร่วมเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการทำงานและมีจุดแข็งบางประการในการดำเนินการในด้านการปฏิบัติต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัวไปแล้ว แต่ยังคงมีปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็ก เยาวชน และครอบครัวอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยกลไกที่มีอยู่ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เยาวชน และครอบครัว และคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามกฎหมายหลายฉบับ ตลอดจนเครือข่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

๑.๒ กลไกการคุ้มครองที่มีอยู่

๑.๒.๑ กลไกระดับชาติ

กลไกระดับชาติประกอบด้วยหลายส่วน ดังต่อไปนี้

๑) **กฎหมายและกลไกที่ดำเนินการป้องกันเด็ก เยาวชน และครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นฝ่ายเลขานุการ**

๑.๑) **อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child)** เป็นสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่ได้รับความเห็นชอบมากที่สุดในโลก ซึ่งประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยอนุสัญญานี้ระบุรายละเอียดของสิทธิขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ไว้ว่า ทุกประเทศต้องรับประกันเด็กในประเทศของตนใน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) สิทธิที่จะมีชีวิตรอด ๒) สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา ๓) สิทธิที่จะได้รับการปกป้องคุ้มครอง ๔) สิทธิในการมีส่วนร่วม โดยทุก ๆ ๕ ปี แต่ละประเทศจะต้องจัดทำรายงานความก้าวหน้าเสนอต่อคณะกรรมการสิทธิเด็ก

๑.๒) **พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐** โดย คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เป็นฝ่ายเลขานุการ และมีสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยเป็นองค์กรที่เป็นตัวแทนของเด็ก และเยาวชน ในการเสนอข้อคิดเห็นในนโยบายของรัฐเพื่อการพัฒนาเด็กและเยาวชน

๑.๓) **พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖** มีกลไกการบังคับใช้กฎหมาย คือ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ และมีสำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

๑.๔) **พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐** มีสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (สค.) เป็นหน่วยงานดำเนินงานตามกฎหมาย และมีคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ครอบครัวแห่งชาติ (กยค.) ซึ่งตั้งโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

๑.๕) พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการในการป้องกันและปราบปราม รวมทั้งกำกับดูแลการดำเนินการตามกฎหมาย มีคณะกรรมการประสานและกำกับการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ มีรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน มีหน้าที่ในการกำกับกับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์และมาตรการ และกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการตามกฎหมาย

๒) กฎหมายและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยง

๒.๑) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

๒.๒) พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ ดำเนินการโดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๒.๓) พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ ดำเนินการโดยสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

๒.๔) พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการภาพยนตร์และวีดิทัศน์แห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีสำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรมเป็นฝ่ายเลขานุการ

๒.๕) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ดำเนินการโดยกระทรวงศึกษาธิการ

๓) แผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ได้แก่

๓.๑) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ได้เสนอแนวคิดในการพัฒนาทุนมนุษย์ให้มีภูมิคุ้มกันในการดำรงชีวิตและปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคศตวรรษที่ ๒๑ โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างคุณลักษณะคนให้มีจิตสาธารณะ ๕ ประการ ประกอบด้วย ๑) จิตแห่งวิชาการ ได้แก่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต คิดเป็น ทำเป็น ๒) จิตแห่งการสังเคราะห์ คือ การสังสม ต่อยอด และสร้างนวัตกรรมความรู้ ๓) จิตแห่งการสร้างสรรค์ ที่เชื่อว่า ความคิดสร้างสรรค์สามารถสร้างได้ด้วยการทำงานหนัก ๔) จิตแห่งความเคารพ หมายถึง การเปิดใจกว้างพร้อมรับฟังทุกความคิดเห็น และ ๕) จิตแห่งคุณธรรม คือ มีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนา

๓.๒) แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ โดยมีเป้าหมายหลักให้เด็กและเยาวชนมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต มีความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ มีคุณธรรม จริยธรรม มีสำนึกความเป็นพลเมือง กล้าคิดและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ตามวิถีประชาธิปไตย และมีความสุข โดยมีคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบประสานและติดตามและเกิดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว

๑.๒.๒ กลไกระดับท้องถิ่น

กลไกระดับท้องถิ่นประกอบด้วยหลายส่วน อาทิ

๑) กลไกโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นผู้ประสานงานและเป็นเลขานุการ ได้แก่ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด และคณะกรรมการคุ้มครองเด็กกรุงเทพมหานคร คณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาครอบครัวจังหวัด สภาเด็กและเยาวชนในระดับพื้นที่ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) เป็นต้น

๒) กลไกด้านการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ

๓) กลไกด้านการเยียวยา ให้คำปรึกษา โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์ฟังใจในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น

๔) กลไกประชาสังคมด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในพื้นที่

๒. ปัญหาและอุปสรรคในการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

๒.๑ ปัญหาความไม่ชัดเจนของการรับผิดชอบงานและการบูรณาการการทำงาน

ในทางปฏิบัติได้เกิดปัญหาความไม่ชัดเจนในการรับผิดชอบงานระหว่างหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกิดขึ้นตามกฎหมายบางฉบับ และจากโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังขาดการบูรณาการในการทำงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวร่วมกันทั้งในส่วนกลางและระดับท้องถิ่น มีการแบ่งงานออกในเชิงกลุ่มเป้าหมาย เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรี ครอบครัวยุทธอาสาสมัครต่าง ๆ ทั้งอาสาสมัครพัฒนาสังคม (อพม.) อาสาสมัครเพื่อผู้พิการ (อพก.) ฯลฯ ซึ่งอาจยังไม่เหมาะสมในการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าแนวการปฏิบัติงานด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีเนื้อหาที่ควรมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลในทางปฏิบัติ เนื่องจากต้องดำเนินการต่อเด็กทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษ และประการสำคัญคือ ยังขาดแผนยุทธศาสตร์เพื่อบูรณาการงานที่ครอบคลุมด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยงที่กำลังคุกคามสังคมอย่างหนักเป็นการเฉพาะ

นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำงานของศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองครอบครัวในระดับท้องถิ่น ยังคงเกาะเกี่ยวเชื่อมโยงกับหน่วยงานมากมายของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ไม่นับรวมงานจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่สำคัญได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ในยุทธศาสตร์รั้วครอบครัว เป็นต้น แต่สถานภาพของ ศพค. ยังมีความแตกต่างและขาดความเข้มแข็งที่จะทำงานให้บรรลุภารกิจได้อย่างแท้จริง แต่แบกรับความคาดหวังสูงเมื่อเทียบกับงบประมาณสนับสนุนและกระบวนการหนุนเสริมที่มีไม่มากนัก

๒.๒ ปัญหาการตีความกฎหมาย

จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้พบปัญหาหลายประการ เนื่องจากแม้กฎหมายจะมีเพียง ๑๘ มาตรา แต่แทบทุกมาตราต้องมีการตีความ เช่น คำนิยามของบุคคลในครอบครัวว่ารวมถึงอดีตภรรยาหรืออดีตสามีหรือไม่ ต้องขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์หรือผลกระทบที่อาจเกิดกับบุตรของคู่กรณี นิยามของคำว่า “ความรุนแรงในครอบครัว” ซึ่งหมายรวมถึงความรุนแรงด้านจิตใจด้วย หากแต่ความรุนแรงทางจิตใจเป็นลักษณะอาการที่วัดได้ยาก และต้องมีบรรทัดฐานในการให้คำนิยามที่ชัดเจน ว่ามีความหมายถึงขั้นสลบ หมดสติ หรือเสียจริตหรือไม่

ทั้งยังมีปัญหาในการตีความและการปรับใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพินัยออนไลน์ ซึ่งมีประเด็นในเรื่องความสับสนเกี่ยวกับขอบเขตอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและปราบปรามการพินัยออนไลน์

๒.๓ ปัญหาสาระสำคัญของกฎหมายที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์

ปัญหาเกี่ยวกับเนื้อหาของกฎหมายที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์หรือล้าสมัย เช่น พระราชบัญญัติการพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ ซึ่งมีเนื้อหาและบทลงโทษที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การพนันในปัจจุบัน เช่น ปัญหาการปรับใช้ฐานความผิดกับบทลงโทษที่เหมาะสมระหว่างผู้จัดให้เล่นและผู้เล่น บทลงโทษที่ล้าสมัย อัตราการลงโทษที่ต่ำมาก ย้อนหลังไปกว่า ๘๐ ปี จึงไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน และไม่มีบทบัญญัติที่คุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการเล่นพนันที่เข้มข้นเป็นการเฉพาะ

๒.๔ ปัญหาความไม่รู้กฎหมาย และสิทธิ หน้าที่ของประชาชน

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ประชาชนในท้องถิ่นต่าง ๆ ยังไม่รู้และไม่เข้าใจสาระสำคัญของบัญญัติไว้ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงในสังคม เช่น หลายกรณีที่ถูกผู้เสียหายอาจยังไม่ทราบว่าม็กลไกที่มุ่งเน้นการคุ้มครองสิทธิผู้ถูกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวในกฎหมาย จึงไม่ได้ใช้ประโยชน์จากกฎหมายได้อย่างเต็มที่

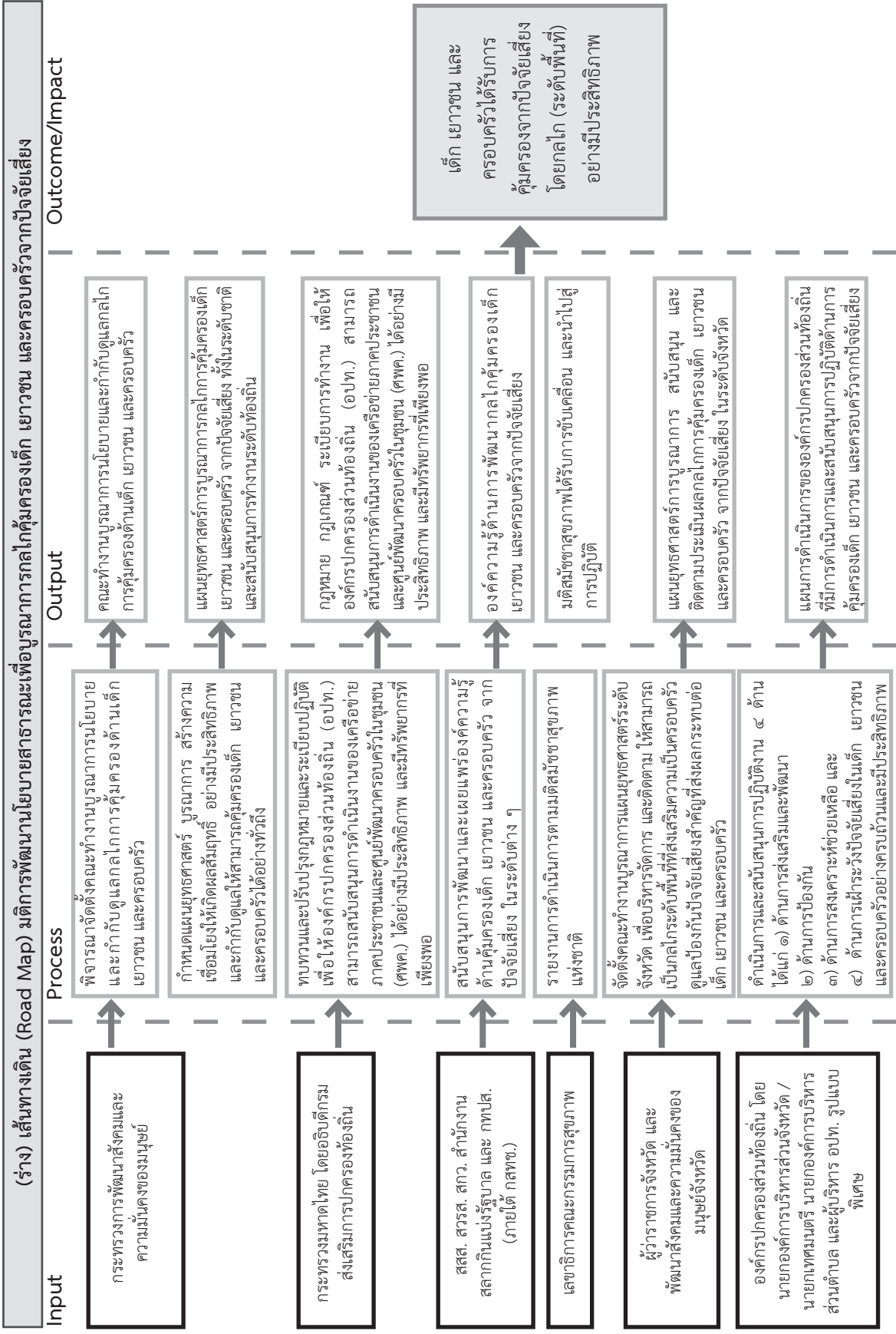
ดังนั้น จากสภาพการณ์ของปัญหาอันเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามเด็ก เยาวชน และครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากยิ่งขึ้น ท่ามกลางสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘ อันจะส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรของประเทศในภูมิภาคอาเซียนจำนวนมาก เข้าสู่ชุมชนไทย การเปิดเขตการค้าเสรี (FTA) ระหว่างประเทศไทยและประเทศคู่ค้าต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อวิถีการผลิตในชุมชนหลายพื้นที่ จึงเห็นสมควรให้มีการร่วมบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง เพื่อแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๓. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / ร่างมติ ๑ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗
ระเบียบวาระที่ ๒.๑

สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลักร ๑ / หมวด ๑
๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๗



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗
ระเบียบวาระที่ ๒.๑

สมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๑ / หมวด ๒
๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

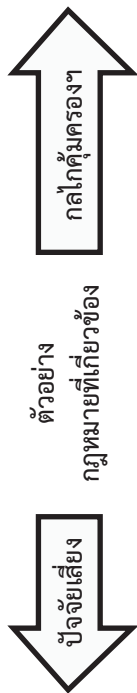
(ร่าง) ฝั่งหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านการคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

พ.ร.บ.การพนัน พ.ศ. ๒๕๓๘

พ.ร.บ.ภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑

พ.ร.บ.การกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐

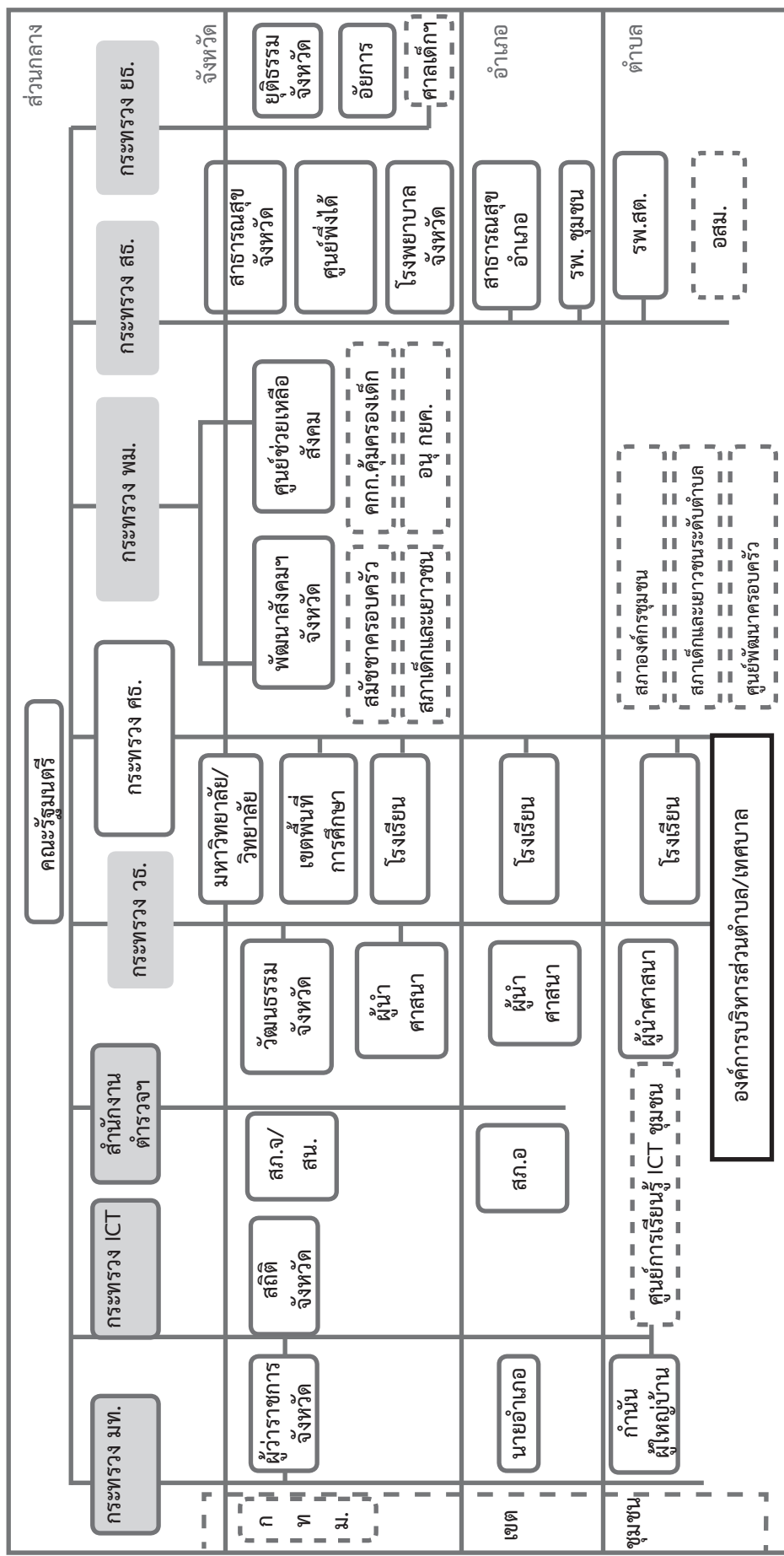
(ร่าง) พ.ร.บ.กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์



พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๒

พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. ๒๕๕๐



การพัฒนากระบวนการประเมินและตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เจ็ด

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การพัฒนากระบวนการประเมินและตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ^๑

รับทราบและตระหนัก ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มสูงขึ้น โดยค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งถูกใช้ไปกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่มีประโยชน์ ดังนั้น การตัดสินใจที่สมเหตุสมผลจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้การลงทุนด้านสุขภาพของประเทศมีประสิทธิภาพมากที่สุด และทำให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการสุขภาพที่มีประโยชน์นั้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลักฐานและข้อมูลเชิงวิชาการ รวมถึงผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ผ่านกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน ได้รับการยอมรับทางวิชาการ เชื่อถือได้และมีความยุติธรรม และต้องมีกระบวนการตัดสินใจที่โปร่งใส เป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วน และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมทั้งประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ

ห่วงใย ว่าการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพยังกระจุกกระจายอยู่ตามสถาบันหน่วยงานต่าง ๆ ไม่มีหลักประกันในความยั่งยืนและยังพึ่งพางบประมาณจากหลากหลายแหล่ง ซึ่งส่งผลให้สถาบันหน่วยงานเหล่านั้นทำงานตามวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนมากกว่าความต้องการของประเทศ อีกทั้งผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรที่ควรจะใช้ผลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับโรงพยาบาล และระดับเวชปฏิบัติ ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมิน รวมทั้งผู้ประเมินยังขาดความเหมาะสมและความเชี่ยวชาญซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพไม่ถูกนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ

ชื่นชม ต่อความพยายามของหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศไทยที่จะแก้ไขปัญหาการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างไม่สมเหตุสมผลอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งหน่วยงานหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เห็นว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ เพื่อเป็นหลักประกันให้มีหลักฐานหรือข้อมูลที่ได้จากการศึกษา การวิจัยหรือการวิเคราะห์ ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์สำหรับนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบายสาธารณะและการเลือกใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม โดยคำนึงถึงผลกระทบจากนโยบายสาธารณะและการใช้เทคโนโลยีอย่างรอบด้าน ทั้งด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม จริยธรรม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๓

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพแห่งชาติขึ้นที่ประกอบด้วยผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง^๒ เช่น ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ นักวิชาการอุตสาหกรรม ตัวแทนองค์กรผู้ป่วยที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการจากทั้งสามกองทุนสุขภาพ^๓ ประชาสังคมและประชาชนทั่วไป เป็นต้น เพื่อดำเนินการในกิจกรรมดังต่อไปนี้

๑.๑ การพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ตั้งแต่การศึกษาและสรุปปัญหาสิ่งที่ผ่านมาในอดีต การตั้งคำถามในการประเมิน กระบวนการประเมิน การตัดสินใจทางนโยบาย การเปิดเผยข้อมูลการพิจารณา จนถึงการประเมินหลังจากมีการดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาแนวทาง (guidelines) วิธีการ (methods) ข้อกำหนดมาตรฐาน (requirements) เครื่องมือ (tools) ซึ่งเป็นมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานในระดับประเทศ เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพไทย

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งนักวิจัย องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยงานวิจัย สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ และสถานพยาบาล ให้สามารถทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และให้ได้มาซึ่งข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐานการประเมินให้สอดคล้องกับบริบทของไทย

๑.๓ การจัดให้มีศูนย์กลางระดับชาติในการรวบรวมและบริการข้อมูลด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและการนำไปใช้ ทั้งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ข้อมูลจากการประเมินฯ และการนำผลการประเมินฯ ไปใช้ ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ เพื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และเป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้แก่ประชาชนและผู้สนใจ โดยมีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย

๑.๔ การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตัดสินใจคัดเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ใช้ประโยชน์จากผลการประเมินกลุ่มอื่น ๆ รวมทั้งสื่อมวลชน ประชาชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้พิการทางการมองเห็น และทางการได้ยิน อย่างต่อเนื่อง

๑.๕ การประสานเพื่อสร้างเครือข่ายนักวิจัย ระหว่างองค์กรหรือผู้ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพกับหน่วยงานวิจัยสาขาที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรและที่แสวงหาผลกำไร และองค์กรที่ทำหน้าที่จัดการงานวิจัยเพื่อสนับสนุนทุนวิจัย ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมถึงการขยายศักยภาพเครือข่ายการประเมิน พร้อมทั้งควบคุมคุณภาพนักวิจัยและผลงานวิจัย

^๒ ยกตัวอย่าง เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/กรมบัญชีกลาง/สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานที่ทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์/สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน/สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก ฯลฯ ตลอดจนราชวิทยาลัยต่าง ๆ กลุ่มองค์กรอิสระไม่แสวงหากำไร เช่น มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มผู้พิการต่าง ๆ กลุ่มองค์กรในชุมชน สื่อมวลชน ฯลฯ

^๓ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยี ด้านสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งองค์กรพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๓. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง รวมทั้งหน่วยงานที่มีบทบาทในการกำหนดสิทธิประโยชน์ทุกหน่วยงาน และขอให้ตัวแทนสมัชชาสุขภาพได้เข้าร่วมในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนารอบแนวทางการตัดสินใจ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน นอกเหนือจากความรู้ คุ่มค่า ตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละหน่วยงาน

๔. ขอให้สมาชิกเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและเครือข่ายอื่น ๆ ร่วมติดตาม ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการประเมินและตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมทั้งร่วมมือในการวิจัยหรือเก็บข้อมูล ในส่วนของพื้นที่

๕. ขอให้สถาบันการศึกษาที่มีการเรียนการสอนด้านสุขภาพทำการพัฒนาหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการนำข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้

๖. ขอให้หน่วยงานสนับสนุนการวิจัย เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัย ฯลฯ สนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ และครั้งที่ ๙

การพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

“เทคโนโลยีด้านสุขภาพ” หมายถึง การนำวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพ ทั้งในรูปของวัตถุ (เช่น ยา วัคซีน และเครื่องมือแพทย์) หัตถการ (การลงมือปฏิบัติ) กระบวนการ หรือ มาตรการ (การตัดสินใจ การดำเนินการ) ที่ใช้ในการตรวจ การรักษา การป้องกันโรค และการฟื้นฟูความสามารถซึ่งลดอาการเจ็บป่วยลง (๑) โดยหมายรวมทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและนวัตกรรมในท้องถิ่นด้วย^๑

“การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ” หมายถึง การประเมินคุณค่าและผลเสียจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้น ๆ โดยกระบวนการศึกษา วิเคราะห์ และวิจัย อย่างเป็นระบบ มีแบบแผนและเหตุผล เพื่อให้ได้หลักฐานหรือข้อมูลที่แสดงผลกระทบจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งที่เป็นผลกระทบด้านการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม จริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (๒, ๓)

๒. ความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใด ๆ ย่อมมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในด้านบวก เช่น เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ส่วนด้านลบ เช่น ค่าใช้จ่าย เสียเวลา ผลเสียต่อสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้น การที่จะนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพใด ๆ มาใช้ จึงสมควรที่จะทบทวนวิเคราะห์ว่าได้คุ้มเสียไหม หรือการใช้เงินในเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดที่ให้ผลในจุดมุ่งหมายเดียวกัน จะมีความคุ้มค่ามากกว่ากัน เป็นต้น

การตัดสินใจจากการประเมินดังกล่าวเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ เช่น การตัดสินใจของตนเอง โดยตนเองเป็นผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายและผลที่เกิดขึ้น การตัดสินใจเพื่อวางแผนทางการปฏิบัติในกลุ่มแพทย์ หรือการตัดสินใจที่กำหนดเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็นการใช้งบประมาณจากประชาชนโดยส่วนรวม เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม

ตัวอย่างเช่น มีผู้ชักชวนให้ไปรับการรักษาโรคแบบใหม่ หรือวัคซีนชนิดใหม่ที่ราคาแพงซึ่งต้องตัดสินใจด้วยตัวเองว่าควรจะไปรับและจ่ายเงินจำนวนนั้นหรือไม่ การที่แพทย์จะเลือกการตรวจรักษาด้วยวิธีใดให้คนไข้ เช่น การรักษาโรคมะเร็งที่ต้องใช้เงินหลายล้านและมีโอกาสหายหนึ่งในหมื่น โดยจ่ายเงินของคนไข้เอง หรือใช้เงินของส่วนรวม และต้องมีข้อมูลที่จะให้คนไข้และญาติได้ร่วมตัดสินใจ ซึ่งควรจะมีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ

^๑จากข้อเสนอแนะในการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็น “การพัฒนากระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ” เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๗ ณ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

เปรียบเทียบเพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดเป็นแนวทางปฏิบัติ การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะตัดสินใจว่าการผ่าตัดต่อกระดูกควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ ก็ต้องพิจารณาว่าหากจะใช้งบประมาณในการผ่าตัดต่อกระดูกจะคุ้มค่าไหม และใช้ในคนกลุ่มไหนจึงจะเหมาะสมที่สุด เป็นต้น

ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจให้ตนเอง แพทย์ตัดสินใจให้ หรือการตัดสินใจการใช้งบประมาณของประเทศ การประเมินและตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบและใช้ข้อมูลที่ดี มีความสำคัญมากทั้งสิ้น และการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพหรือมาตรการที่เป็นโครงการใหญ่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก ได้แก่ โครงการต่าง ๆ ในระบบประกันสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพที่มีการตรวจหลากหลาย การตัดสินใจการใช้ยาหรือการรักษา ราคาแพง เป็นต้น จำเป็นต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญมาก แต่ทั้งนี้ความเข้าใจพื้นฐานเป็นสิ่งที่ประชาชนทั่วไปควรรับทราบ

๓. กระบวนการประเมินและการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

โดยหลัก ๆ ประกอบด้วยการตั้งคำถาม (เช่น ควรมีการฉีดวัคซีนคอตีบซ้ำในผู้ใหญ่ไหม และเมื่ออายุเท่าไร จะใช้วัคซีนชนิดไหน) การหาข้อมูลที่บอกถึงผลดีผลเสียในแต่ละวิธี การจัดระบบข้อมูล นำไปสู่การวิเคราะห์ การสรุปผล การตัดสินใจ และการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ เพราะกรอบที่สำคัญคือเงินทอง ทรัพยากรมีจำกัด เมื่อต้องเฉลี่ยกันใช้ ต้องตัดสินใจใช้แนวทางที่เหมาะสม

คนที่ต้องตัดสินใจ คนที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจ คนที่ต้องร่วมใช้ทรัพยากรด้วยกัน ฯลฯ มีส่วนร่วมในกระบวนการนี้ ทั้งการตั้งคำถามเพื่อนำไปสู่การประเมิน หรือการหาคำตอบจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว การรับทราบถึงเหตุผลโดยการขอความรู้ข้อมูล การตรวจสอบความโปร่งใสในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ เป็นต้น

๔. ปัญหาสถานการณ์และแนวโน้ม

เทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับประชาชนทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตัวอย่างของเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่คุ้นเคยหรือรู้จักกันดี ได้แก่ ยา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ กระบวนการผ่าตัด การตรวจคัดกรอง เป็นต้น ทั้งนี้เทคโนโลยีด้านสุขภาพเปรียบเสมือนดาบสองคม คือมีทั้งประโยชน์และโทษ เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีประโยชน์มากมาย เช่น ช่วยบำบัด บรรเทารักษาโรค สร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนช่วยให้ค้นพบโรคได้ตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้การรักษามีโอกาสสำเร็จสูงขึ้น ในขณะที่ตัวอย่างของโทษจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น อาจเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา วัคซีน หรือเครื่องมือแพทย์ ตลอดจนการแพ้ยา เป็นต้น ทั้งนี้ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือใช้ไม่ได้ผลยังส่งผลเสียต่อสุขภาพ และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีราคาแพงและไม่คุ้มค่ายังทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณโดยไม่จำเป็น

ในประเทศไทยการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือในที่นี้หมายถึง การที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น ยา วัคซีน หรือการใช้เครื่องมือแพทย์บางชนิดจะสามารถเบิกได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุน (กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มีแนวคิด หลักการและกระบวนการที่แตกต่างกัน ทำให้เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพชนิดหนึ่งสามารถเบิกได้ในผู้ใช้สิทธิบางประเภทเท่านั้น ในขณะที่ประชาชนที่ใช้สิทธิอื่นไม่สามารถเบิกได้ ซึ่งหากเป็นเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความจำเป็น การเข้าไม่ถึงบริการ/เทคโนโลยีนั้น นอกจาก

จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยแล้วยังอาจมีผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจนถึงขั้นล้มละลายในบางกรณี ทั้งนี้ในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบกระบวนการพิจารณาว่า เทคโนโลยีด้านสุขภาพใดสามารถเบิกได้หรือไม่ได้นั้น มีขั้นตอนหรือวิธีการอย่างไร นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนยังมีความต้องการที่จะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ยังไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์หรือเบิกไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยและมีราคาแพง และมีข้อดีข้อใจว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพดังกล่าวจึงไม่สามารถเบิกได้

ในมุมมองของผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ด้วยเหตุที่งบประมาณของประเทศมีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่ความต้องการใช้งบประมาณเพื่อการดำเนินการต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น สำหรับในประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๓.๙ ของผลผลิตมวลรวมในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ (๔) เป็นประมาณร้อยละ ๕-๖ ของผลผลิตมวลรวมในประเทศในขณะนี้ (พ.ศ. ๒๕๕๗) และรัฐบาลไทยลงทุนด้านสุขภาพถึงประมาณร้อยละ ๑๓-๑๔ ของงบประมาณแผ่นดินในแต่ละปี เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ซึ่งโดยทั่วไปมีรายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ ของงบประมาณทั้งหมด จึงถือว่ารัฐบาลไทยมีการลงทุนด้านสุขภาพที่สูงอยู่แล้ว โอกาสที่รัฐบาลไทยจะลงทุนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นไปได้ยาก ดังนั้นการใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ การตัดสินใจว่าเทคโนโลยีใดควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หรือนุมัติให้มีการเบิกจ่ายได้ ควรพิจารณาถึงผลดี ผลเสียของเทคโนโลยีในด้านต่าง ๆ อย่างรอบด้าน ทั้งในด้านการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม จริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (๕) ระบุว่า การใช้จ่ายด้านสุขภาพของโลกถูกใช้ไปอย่างไร้ประโยชน์ถึงร้อยละ ๔๐ เช่น การซื้อ ส่งจ่ายยาหรือใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่มีหลักฐานพิสูจน์ว่าเกิดประโยชน์ แสดงให้เห็นถึงความสิ้นเปลืองในการลงทุนด้านสุขภาพของประเทศและความจำเป็นของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสม โปร่งใส อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์และมีความยุติธรรม

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นการศึกษาผลกระทบจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งที่เป็นผลกระทบด้านการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม จริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ หรือกล่าวให้เข้าใจได้ง่ายว่า การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพก็คือ การประเมินว่าเทคโนโลยี เช่น ยา เครื่องมือแพทย์ วัคซีน หรือการรักษาดังกล่าวใช้ได้ผลจริงหรือไม่ ใช้แล้วปลอดภัยหรือไม่ ส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณเพียงใด มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์หรือไม่ การใช้เทคโนโลยีดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาสังคม/จริยธรรมหรือไม่ ตลอดจนมีความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีนั้นมาใช้ได้จริงในประเทศมากน้อยเพียงใด เป็นต้น

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมนี และสหราชอาณาจักรได้มีการจัดตั้งระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนหลักฐานและข้อมูลให้กับผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรสุขภาพ และสาธารณชน ในการพิจารณาว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดสมควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ หรือเบิกได้ โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบการศึกษาวิจัย และเชื่อมโยงผลการประเมินเข้ากับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายและด้านอื่น ๆ อย่างเป็นทางการ มีกฎหมายรองรับ มีการจัดสรรกำลังคนและงบประมาณให้อย่างเพียงพอ โดยใช้กระบวนการ หลักเกณฑ์การประเมินและตัดสินใจที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการพัฒนาเครือข่ายสถาบันวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมทั้งประชาชนทั่วไปได้มีส่วนร่วม ตลอดจนมีการกำกับดูแลติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล ผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้ถูกนำไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ การพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาโรค การพัฒนามาตรฐานด้านคุณภาพการรักษายาบาล การออกแบบโครงการด้านสุขภาพ และการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์และบริการ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทยที่ผ่านมาหลายฝ่ายได้มีความพยายามที่จะจัดตั้งองค์กรเพื่อให้มีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบขึ้นในประเทศไทย โดยปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น สำนักประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการในมหาวิทยาลัย เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพนี้ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมและเกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เช่น

- การพิจารณาคัดเลือกยาสำหรับบัญชียาหลักแห่งชาติ ตัวอย่างเช่น การเพิ่มยา Pegylated interferon ซึ่งเป็นยาสำหรับรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ยา Nilotinib และยา Dasatinib ซึ่งเป็นยาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดไม้อีลอยด์ เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ หลังจากผลการประเมินพบว่ายาดังกล่าวเป็นยาจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับ
- การต่อรองราคายา ตัวอย่างเช่น การที่ สปสช. และคณะอนุกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ นำผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่บ่งชี้ถึงราคาที่เหมาะสมเมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันภายใต้มาตรฐานของความคุ้มค่าที่กำหนดไว้ใช้ในทางนโยบายไปใช้เป็นข้อมูลในการต่อรองราคายา Tenofovir ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสเอดส์ และยารักษาไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี Pegylated Interferon alpha 2a ซึ่งสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไปได้ปีละ ๓๗๕ และ ๖๐๐ ล้านบาท ตามลำดับ
- การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น “การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสายตาคิดปกติและประกอบแว่นสายตา สำหรับเด็กวัยก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษาในประเทศไทย” โดยที่ผ่านมาประเทศไทยส่วนหนึ่งที่มีปัญหาภาวะสายตาคิดปกติ แต่ไม่ได้รับการแก้ไข เพราะมีจักษุแพทย์ไม่เพียงพอต่อการตรวจคัดกรอง จากการประมาณการข้อมูลจำนวนเด็กอายุ ๔-๑๒ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พบว่าเด็กไทยเกือบ ๕ แสนคนมีสายตาคิดปกติ เด็ก ๒.๘ แสนคนจำเป็นต้องใส่แว่นสายตา แต่มีเด็กเพียงร้อยละ ๖ เท่านั้นที่มีแว่นสายตาที่ถูกต้องใส่ ทั้งนี้ จากผลการประเมินพบว่า การตรวจภาวะสายตาคิดปกติในเด็ก โดยครูที่ได้รับการอบรมจากจักษุแพทย์มีประสิทธิภาพและมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน (๖) ซึ่งต่อมา สปสช. ได้นำผลการประเมินดังกล่าวมาดำเนินการต่อยอดโดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้ดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองและแก้ไขภาวะสายตาคิดปกติสำหรับเด็กในประเทศไทยใน ๑๐ จังหวัด ทำการคัดกรองสายตาคิดปกติจำนวน ๓๐,๐๐๐ คน โดยให้ครูประจำชั้นเป็นผู้คัดกรอง และหลังจากนี้จะดำเนินการขยายโครงการไปทั่วประเทศเพื่อให้เด็กไทยที่มีสายตาคิดปกติได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (๗)

เหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจลงทุนด้านสุขภาพของประเทศให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

๕. ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและดำเนินการเชื่อมโยงกับภาครัฐ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เชื่อมโยงผลการประเมินเข้ากับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายและด้านอื่น ๆ

อย่างเป็นทางการ และยังไม่มีความหมายรองรับ นอกจากนี้การทำงานยังกระจุกกระจายอยู่ตามสถาบัน/หน่วยงานต่าง ๆ ไม่มีหลักประกันในความยั่งยืน และยังพึ่งพางบประมาณจากหลากหลายแหล่ง ซึ่งส่งผลให้สถาบัน/หน่วยงานเหล่านั้นทำงานตามวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนมากกว่าความต้องการของประเทศ ขีดความสามารถของบุคลากรและจำนวนบุคลากรที่ทำการประเมินยังมีจำกัด อีกทั้งการที่กลไกการตัดสินใจใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับนโยบายก็ยังคงกระจายอยู่ทั้งภายใต้คณะอนุกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งกลไกภายใต้ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยที่ยังไม่มีกลไกกลางที่จะพัฒนามาตรฐานและแนวทางกลางในการทำการประเมินเทคโนโลยี ส่งผลให้การใช้ประโยชน์จากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่และมีความแตกต่างกันในระหว่างกองทุน

นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรที่ควรจะใช้ผลจากการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับโรงพยาบาล และระดับเวชปฏิบัติส่วนใหญ่ รวมถึงประชาชนทั่วไป ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ตลอดจนบทบาทของการประเมินเทคโนโลยีต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพมีข้อสงสัยถึงวิธีการตัดสินใจเชิงนโยบายในปัจจุบัน ขาดความไว้วางใจต่อวิธีการซึ่งไม่มีมาตรฐานเดียวกัน ขาดการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ขาดการมีส่วนร่วม และยังไม่เห็นความสำคัญของเรื่องนี้ ทำให้เป็นอุปสรรคในการที่จะสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในการตัดสินใจคัดเลือกเทคโนโลยีและการนำข้อมูลจากการประเมินเทคโนโลยีไปใช้ประโยชน์

๖. นโยบายมาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๖.๑ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ระบุถึงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ โดยในมาตรา ๖ (๘) ระบุไว้ว่า “รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการเครื่องมือแพทย์ มีอำนาจประกาศกำหนดเครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีการประเมินเทคโนโลยี” และในมาตรา ๒๒ “หากผู้จดทะเบียนสถานประกอบการที่ประสงค์จะผลิต หรือนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่ต้องมีการประเมินเทคโนโลยี ต้องให้มีการยื่นคำขอเพื่อให้มีการประเมินว่าเครื่องมือแพทย์ดังกล่าวมีประสิทธิภาพ คุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยในการใช้ รวมทั้งการประเมินผลกระทบและความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย เพื่อให้การใช้เครื่องมือแพทย์เป็นไปอย่างเหมาะสมทั่วถึงและเป็นธรรม” (๘)

๖.๒ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้ให้ความสำคัญกับการมีกลไกระดับชาติเพื่อช่วยกำกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยในหมวด ๖ ข้อ ๕๒ ระบุว่า “ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งกลไกอื่นที่มีความจำเป็นด้วย”

๖.๓ เทคโนโลยีด้านสุขภาพเคยได้รับการคัดเลือกให้เข้าเป็นระเบียบวาระหนึ่งในสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๐ พ.ศ. ๒๕๕๐ มติสมัชชาฯ WHA 60.29 โดยได้เล็งเห็นถึงปัญหาของเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในหลายประเด็น เช่น การสูญเสียทรัพยากรจากการลงทุนในเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ รวมถึงไม่เหมาะสมกับโครงสร้างพื้นฐานหรือกำลังคนที่มีอยู่ ซึ่งหนึ่งในมาตรการที่มติสมัชชาอนามัยโลกกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกดำเนินการ คือ “การสร้างกลยุทธ์หรือแผนระดับชาติเพื่อให้เกิดระบบในการประเมิน วางแผน จัดทำ และจัดการเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยร่วมกับการดำเนินงานด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และวิศวกรรมชีวการแพทย์” (๑) ต่อมาสมัชชาอนามัยโลก

สมัยที่ ๖๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้มีมติสมัชชาฯ WHA 67.23 เรื่อง การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกล่าวถึงความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในการที่จะทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยเสนอให้ประเทศสมาชิกดำเนินการในด้านต่าง ๆ เช่น พิจารณาให้มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติทำการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย การทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่ได้จากการประเมินเทคโนโลยีและการนำไปใช้ การพัฒนาวิธีการประเมินเทคโนโลยีที่ได้รับการยอมรับเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่โปร่งใสและมีคุณภาพ การพัฒนาขีดความสามารถในการประเมินเทคโนโลยีทั้งการพัฒนาในส่วนของ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น (๙)

๖.๔ นโยบายการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ. นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) ปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๗) ข้อที่ ๖.๒ ได้ระบุถึงการสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนให้กับกลไกการพัฒนาระบบยาและเทคโนโลยีของประเทศ โดยศึกษาทบทวนกลไกการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กลไกการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาวัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม คำนึงรวมทั้งการสนับสนุนอุตสาหกรรมในประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของภาครัฐในการมีกลไกระดับชาติเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบยาและเทคโนโลยีของประเทศอย่างยั่งยืน

๗. บทบาทขององค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๗.๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาคัดเลือกรายการยา รวมถึงพิจารณาแก้ไขปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นผู้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ) มาใช้ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยจะนำข้อมูลมาอ้างอิงทั้งในการพิจารณาความคุ้มค่าของยา ผลกระทบด้านงบประมาณ รวมถึงในการต่อรองราคา

๗.๒ คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เป็นผู้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการพิจารณาการบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม เพื่อบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาระบบบริการ และสร้างความเสมอภาคระหว่างการบริการสุขภาพทั้ง ๓ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

๗.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม เป็นหน่วยงานที่ดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม ตามลำดับ เป็นผู้ใช้ข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพช่วยในการตัดสินใจ รวมถึงช่วยให้เกิดการจัดสรรงบประมาณเบิกจ่ายที่เป็นธรรมและเหมาะสม

๗.๔ หน่วยงานที่ทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น สำนักประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และนักวิชาการในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ

๗.๕ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร มีสมาชิกที่เป็นบริษัทที่ดูแลเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาขายนำเข้า ยาที่ผลิตภายในประเทศ และเครื่องมือแพทย์ ตามลำดับ ซึ่งการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น การกำหนดราคา การวิจัยและพัฒนาใหม่ การดำเนินงานด้านการตลาด เป็นต้น

๗.๖ กลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานวิชาชีพต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ ตลอดจน ราชวิทยาลัยต่าง ๆ โดยการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นข้อมูลที่จะช่วยพัฒนาแนวทางการทำเวชปฏิบัติ รวมถึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา หรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ของผู้ประกอบการวิชาชีพ

๗.๗ กลุ่มองค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร เช่น มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ข้อมูลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทำให้ภาคประชาชนมีข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาตรวจสอบความโปร่งใสได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความยุติธรรมในการรับบริการด้านสุขภาพ และลดอันตรายจากการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ

๘. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้กลไกการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง มีระบบจัดการที่มีส่วนร่วมและพัฒนาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงเสนอให้มีการจัดตั้งกลไกหน่วยงานกลางขึ้นเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ (๑๐) ระบุว่า รูปแบบองค์กรในลักษณะขององค์กรมหาชนจะมีความเป็นอิสระและมีความคล่องตัวในการดำเนินงานต่าง ๆ รวมถึงมีความมั่นคงและคล่องตัวในด้านการเงิน เนื่องจากรัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณ ดังนั้นจึงเสนอให้มีการออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กรเพื่อการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพขึ้นในรูปแบบองค์กรมหาชน เพื่อเป็นกลไกของรัฐที่ไม่ใช่ราชการ มีการทำงานอิสระ ต่อเนื่องและยั่งยืน มีงบประมาณขององค์กรเอง และสามารถดึงดูดผู้มีความรู้ความสามารถมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / ร่างมติ ๓ การพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Health technologies ๒๕๕๐ [cited 2557 ๑๕ ตุลาคม]; Available from: http://www.who.int/medical_devices/resolution_wha60_29-en1.pdf?ua=1.
๒. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. HTA Tools & Resources. [cited 2557 ๑๕ ตุลาคม]; Available from: <http://www.inahta.org/hta-tools-resources/>.
๓. International Network of Agencies for Health Technology Assessment and Health Technology Assessment international. health technology assessment (HTA) [cited 2557 ๑๕ ตุลาคม]; Available from: <http://htaglossary.net/Health+Technology+Assessment+%28HTA%29&highlight=health%20technology>.
๔. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. ๒๕๕๖. นนทบุรี : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗.
๕. World Health Organization. The World Health Report 2013: Research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization 2013.

๖. กัลยา ตีระวัฒนานนท์, ขวัญใจ วงศกิตติรักษ์, Chaw Yin Myint, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การพัฒนาระบบคัดกรองภาวะสายตาสั้นผิดปกติและประกอบแว่นสายตาสำหรับเด็กก่อนวัยประถมศึกษาและประถมศึกษาในประเทศไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; ๒๕๕๕.
๗. ASTV ผู้จัดการออนไลน์. อึ้ง! เด็กไทยมีภาวะตาบอดเกินเกณฑ์เท่าตัว สปสช. เทงบ ๑๐ ล. คัดกรอง. ๒๕๕๗ [cited 2557 ๑๕ ตุลาคม]; Available from: <http://www.manager.co.th/QoL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000038652>.
๘. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑. [cited 2557 ๑๕ ตุลาคม]; Available from: <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/HTML/PRODUCT/mdcd/law/25.pdf>.
๙. World Health Organization. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage. 2557 [cited 2557 ๑๕ ตุลาคม]; Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R23-en.pdf.
๑๐. กัลยา ตีระวัฒนานนท์ และ คัคนางค์ โตสงวน. การศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบองค์กรของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. นนทบุรี : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ๒๕๕๔.

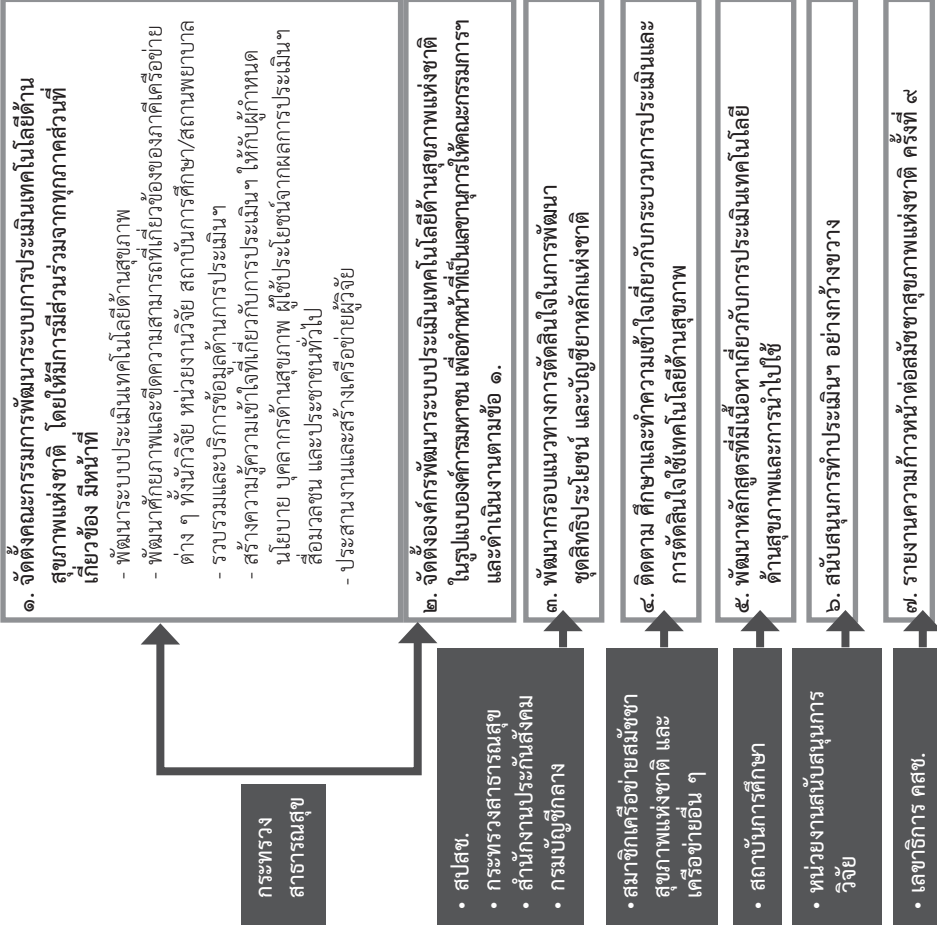
(ร่าง) เส้นทางเดิน (Road map) มติการพัฒนากระบวนการประเมินและภาคีการตัดสินใจด้านสุขภาพ

ปัจจัยนำเข้า/กลไก

กระบวนการ

ผลผลิต/ตัวชี้วัด

ผลลัพธ์/ผลกระทบ



การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เจ็ด

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน^๑

ตระหนัก ว่าการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนเป็นประโยชน์ในการลดการป่วยและการตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ป้องกันและรักษาได้หากค้นพบอาการแรกเริ่มได้เร็ว แต่ต้องเป็นการดำเนินการแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านวัฒนธรรม การป้องกันมิให้มีการปนเปื้อนของอุจจาระในแหล่งน้ำทุกประเภทเพื่อให้ปลาปลอดพยาธิใบไม้ตับ ปลุกฝังค่านิยมและสร้างวัฒนธรรมให้กับทุกเพศและทุกกลุ่มวัยในการกินปลาที่ปรุงสุก ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้เป็นพยาธิใบไม้ตับ มีระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโดยใช้ชุมชนและโรงเรียนเป็นฐาน โดยการรวมพลังความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง ไปจนถึงการรักษา การดูแลในชุมชน ตลอดจนระบบข้อมูลสุขภาพ

กังวลและห่วงใย ว่าที่ผ่านมาการดำเนินการแก้ปัญหายังไม่ต่อเนื่องจริงจัง และขาดความร่วมมือจากหน่วยงานราชการและภาคีเครือข่าย ขาดความเป็นเอกภาพในการจัดวางระบบงาน ขาดความชัดเจนของทิศทางนโยบาย ขาดการพัฒนาศักยภาพของระบบสุขภาพ รวมถึงระบบข้อมูลสุขภาพ และที่สำคัญประชาชนขาดความตระหนักถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปลอดภัย หากสามารถทำให้ปัญหานี้เป็นวาระแห่งชาติได้ มีโอกาสที่ประเทศจะกำจัดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี และปัญหาการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีจะลดจำนวนลงมากกว่าครึ่งในอีก ๒๐ ปีข้างหน้า จนกระทั่งไม่เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข

ชื่นชม ว่าหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต กระทรวงศึกษาธิการ สถาบันอุดมศึกษา มูลนิธิและองค์กรเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ดำเนินการเพื่อควบคุมปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างจริงจังและต่อเนื่อง แต่ยังมีช่องว่างในการพัฒนาอีก

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยกรมปศุสัตว์ และกรมประมง เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงาน

^๑เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๔

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หน่วยงานวิชาการ และหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ประชาชน และเอกชน ร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษก้ำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้เสร็จภายใน ๓ เดือน หลังเสนอมติต่อคณะรัฐมนตรี

๒. เพื่อให้การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอให้หน่วยงานต่าง ๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในประเด็นต่อไปนี้

๒.๑ กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป เป็นแกนหลักในการผลักดัน ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษก้ำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พัฒนาองค์ความรู้ จัดระบบเฝ้าระวังโรค ตรวจสอบคัดกรอง สนับสนุนด้านวิชาการในการป้องกันควบคุมโรค และติดตามความก้าวหน้าตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาสังคม

๒.๒ กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พัฒนาระบบทะเบียนมะเร็งท่อน้ำดีและสนับสนุนวิชาการ การฝึกอบรมบุคลากร ผลักดันการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีให้ได้ในระยะแรกเริ่ม

๒.๓ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ ให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน มีความรู้ในการป้องกันโรค จัดระบบขนส่งสุขนิตย และร่วมกับผู้นำท้องถิ่นจัดกิจกรรมรณรงค์ ตลอดจนทำตัวเป็นแบบอย่างในพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

๒.๔ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการในการตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง และการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรที่มีทักษะทั้งในด้านการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และให้มีระบบในการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มีการฝึกอบรมศัลยแพทย์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดที่มีปัญหา ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อการตรวจรักษาในพื้นที่ของตนเองได้และไม่เป็นภาระด้านการเงินกับผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๕ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็งสกลนคร อโรคยศาล วัดคำประมง และสถานพยาบาลที่มีความพร้อมด้านแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก เป็นโรงพยาบาลนำร่ององค์กรภาคีเครือข่ายและจิตอาสา ซึ่งมีบทบาทและเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สมุนไพรไทยและภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย ร่วมกับการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

๒.๖ กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านให้มีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติให้ถูกสุขลักษณะ และขอความร่วมมือให้มีจำหน่ายอาหารเมนูปลาดิบ (ปลาน้ำจืดมีเกล็ด) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับสู่อาหาร และสนับสนุนส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีข้อบัญญัติ หรือมาตรการสังคมในการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมภายในท้องถิ่น

๓. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในพื้นที่กำหนดเรื่องนี้เป็นปัญหาสำคัญ และสนับสนุนงบประมาณให้ภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริม ป้องกัน ควบคุมและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

๔. ขอให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมในแต่ละพื้นที่ ในการส่งเสริมสนับสนุนให้ท้องถิ่นออกข้อบัญญัติหรือมาตรการสังคมในการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล การรักษาความสะอาดในที่สาธารณะ รวมทั้งมีระบบการเฝ้าระวังการดูแลรักษาสภาพแวดล้อมภายในท้องถิ่น ตลอดจนแก้ไขปัญหาเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยง ตามศักยภาพและสถานะทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง

๕. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการในประเด็นต่อไปนี้

๕.๑ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนการเรียนรู้สำหรับโรงเรียนให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้เด็กเตรียมอนุบาล วัยเรียน วัยรุ่น มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักและมีค่านิยมในการกินอาหารที่ปลอดภัย ไม่กินอาหารเสี่ยงและปรุงดิบ

๕.๒ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) สถาบันอุดมศึกษา การศึกษาอาชีวศึกษา วิทยาลัยชุมชน จัดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้หนักศึกษาและประชาชนมีความรู้และเกิดความตระหนักและมีค่านิยมไม่กินอาหารปรุงดิบ

๖. ขอให้กระทรวงคมนาคมมีมาตรการในการจัดการสิ่งปฏิกูลที่มีประสิทธิภาพในระบบคมนาคมขนส่งทางบกและทางน้ำ โดยเฉพาะทางรถไฟ รถประจำทาง และเรือโดยสาร

๗. ขอให้สถาบันอุดมศึกษา ร่วมกับกรมปศุสัตว์ กรมประมง กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมมือศึกษาวิจัยทางสังคม พฤติกรรม นิเวศวิทยา การเกิดโรคและการรักษา และการได้มาซึ่งความรู้จะนำไปสู่การกำจัดปัญหานี้ รวมถึงส่งเสริมการนำผลวิจัยไปใช้กำหนดนโยบาย มาตรการสังคมและท้องถิ่น

๘. ขอให้กรมประชาสัมพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะ ร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ให้ประชาชนรับรู้เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง ป้องกันตนเองจากการติดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม

๙. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้จัดสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ ส่งเสริมและติดตามผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าในพื้นที่ของตนเอง

๑๐. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘

การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

๑. นิยาม

พยาธิใบไม้ตับ หมายถึง หนอนพยาธิที่มีรูปร่างคล้ายใบไม้ พยาธิตัวเต็มวัยอยู่ในร่างกายคนเราตรวจพบอยู่ในทางเดินท่อน้ำดีทั้งในและนอกตับ พยาธิเข้าสู่ร่างกายจากการที่คนกินอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาว (ตระกูลปลาตะเพียน) เช่น ปลาชิว ปลาฝิวใบไม้ ปลาสร้อยขาว ปลากระมัง ปลาตะเพียนขาว ปลากระสูบจุด เป็นต้น ที่มีตัวอ่อนพยาธิที่มีชีวิตอยู่เข้าไปโดยไม่ทำให้สุกด้วยความร้อน

มะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุทางเดินน้ำดีมีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติโดยอาจพบมะเร็งท่อน้ำดีในเนื้อตับและมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับหรือร่วมกัน คนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าคนที่ไม่เคยมีพยาธิ ๑๖ เท่า ในประเทศไทยมะเร็งท่อน้ำดีเกิดจากหลายสาเหตุ แตกต่างกันไป และมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องสารเคมีทางการเกษตร และสารก่อมะเร็งที่พบในอาหารหมักดอง

ข้อเสนอเพื่อการควบคุมกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงการระดมพลังทางวิชาการ พลังทางสังคม และพลังการบริหารจัดการเพื่อกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนให้ลดลงจนเป็นเรื่องที่พบเห็นได้ยากในทศวรรษหน้า และการป้องกันมะเร็งท่อน้ำดีจำเป็นต้องลดความเสี่ยงจากสารก่อมะเร็งควบคู่ไปด้วย โดยดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนและลดการใช้สารเคมีในเกษตรกรรม ต้องมีสัญญาประชาคมในการร่วมกันลดละเลิกใช้สารเคมี เช่น ปุ๋ยเคมี สารกำจัดศัตรูพืช ฮอริโมนเร่งการเจริญเติบโต เป็นต้น ควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย เช่น พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ อย่างเคร่งครัด

๒. ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๒.๑ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย พบว่า ในเพศชายมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากเป็นอันดับ ๑ (๔๐.๓ ต่อประชากรแสนคน) ส่วนเพศหญิงพบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ ๓ (๑๖.๖ ต่อประชากรแสนคน) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทั้งเพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ ๑^(๑) นอกจากนี้ ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน ๑๔,๔๖๙ คน คิดเป็นอัตรา ๒๒.๕ ต่อแสนประชากร (วันละ ๓๖ ราย) เป็นเพศชาย ๑๐,๓๘๐ คน เพศหญิง ๔,๐๘๙ คน^(๒) นอกจากนี้ พบว่าทั่วประเทศมี ๒๗ จังหวัด ที่อัตราตายสูงกว่า ๒๐ ต่อแสนประชากร โดยพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑๗ จังหวัด ภาคเหนือ ๙ จังหวัด ภาคตะวันออก ๑ จังหวัด ตามลำดับ ส่วนภาคใต้มี ๕ จังหวัดที่อัตราตายสูงกว่า ๑๐ ต่อแสนประชากร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ทำให้จำนวนผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ได้ถูกรายงานในระบบของกระทรวงสาธารณสุข และคาดว่าประมาณ ๗๐% ของรายงานมะเร็งดังกล่าวเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นในแต่ละปีจะมี

ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีไม่ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ คน^(๓) แม้จะพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือยังคงสูงกว่าภาคกลางและภาคใต้ แต่ก็มีความโน้มเอียงที่จะพบในภาคอื่น ๆ มากขึ้น อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายประชากร

๒.๒ ประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจากการกินอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาว (ตระกูลปลาตะเพียน) เม่นปู รังคูนหรือสุก ๆ ดิบ ๆ หรือที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน และกลุ่มที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และมีโอกาสเสียชีวิตได้ ซึ่งขณะนี้ประชาชนในประเทศไทยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีประมาณ ๖ ล้านคน และประชาชนกลุ่มนี้จะพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ ๒๐-๓๐ ปีข้างหน้า^(๔) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้เป็นพยาธิใบไม้ตับ ๑๘.๖% (โดยในบางพื้นที่สูงถึง ๘๕%) ภาคเหนือ ๑๐.๐% (โดยในบางพื้นที่สูงถึง ๔๖%) ภาคกลาง และภาคใต้ พบต่ำกว่า ๕%^(๕) จากรายงานการศึกษาวินิจฉัย^(๖) พบว่าอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับในอีสานเหนือมีค่าเฉลี่ย ๒๒.๕% อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ๘๐% เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายกลุ่มอายุ พบว่า ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับสูงกว่า ๒๐% และจากการสำรวจพฤติกรรม การบริโภคปลาดิบของประชาชนในพื้นที่ ยังพบว่า ประชาชน ๔๙.๗% ยังบริโภคส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ๔๓.๖% บริโภคปลาจ่อมดิบ ๒๙.๒% บริโภคลาบปลาดิบ ๒๘.๒% บริโภคก้อยปลาดิบ โดยให้เหตุผลว่า อร่อย เคี้ยว กินกันมานานแล้ว และบางส่วนมีความเชื่อว่า เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วไม่เป็นไร กินยาถ่ายพยาธิก็หายแล้วกินใหม่ได้อีก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งสิ้น

๒.๓ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีตัวบ่งชี้จำเพาะของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี (อยู่ในระหว่างการวิจัย) ดังนั้นการเจาะเลือดตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีจึงไม่สามารถที่จะวินิจฉัยโรคนี้ได้ แต่ก็ยังมีเครื่องมือที่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคนี้ได้ แม่นยำ สะดวก ปลอดภัยและราคาไม่แพง คือการใช้อัลตราซาวด์ตรวจช่องท้องด้านบน^(๗) ซึ่งเป็นการตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีทั้งชนิดในตับและนอกตับได้ดี มีความไวและความจำเพาะต่อโรคมะเร็ง^(๘) นอกจากนี้ก็มีเครื่องมืออื่นที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ช่วยในการยืนยันโรค การแยกโรค และช่วยในการวางแผนการรักษาที่สำคัญมาก และในปัจจุบันเครื่องมือเหล่านี้ได้รับการพัฒนาดีขึ้นมากทำให้การวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้รับประโยชน์สูงสุด ส่วนเครื่องมือใหม่ ๆ ยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษา

๒.๔ มะเร็งท่อน้ำดีสามารถรักษาให้ได้ผลดี และในบางรายหายขาดได้เหมือนกับการรักษามะเร็งอื่น ๆ การรักษาที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัดเอามะเร็งออกให้หมดในระยะแรก ๆ ของโรคเท่านั้น^(๙, ๑๐) เพราะการผ่าตัดรักษาโรคในระยะที่ลุกลามแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นการให้การรักษาแบบประคับประคอง จากผลการศึกษาตั้งแต่ ๒๕๒๕ - ๒๕๕๕ พบว่ามีวิวัฒนาการด้านการรักษาที่ดีขึ้นมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่การวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และการผ่าตัด รวมถึงการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การผ่าตัดต้องใช้เวลาและมีความประสพการณ์มากพอ ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัย และการทำงานเป็นทีมเป็นสิ่งจำเป็นมาก อนึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดียังสามารถที่จะพัฒนาให้ได้ผลดีกว่านี้ได้

๒.๕ จากการสำรวจอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย ตั้งแต่ปี ๒๕๐๐ ๒๕๒๔ ๒๕๓๔ ๒๕๓๙ ๒๕๔๔ ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๗ พบว่า อัตราความชุกมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๖๒.๙, ๕๔.๗, ๔๑.๗, ๓๕.๐, ๒๒.๕, ๑๘.๑, ๘.๙ ตามลำดับ แต่ก็ยังเป็นไปอย่างช้า ๆ และยังคงเกินเป้าหมายที่กำหนด^(๑๑) จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในปี ๒๕๕๗ ประเทศไทย พบว่า มีจังหวัดที่มีความชุกสูงกว่าร้อยละ ๑๐ จำนวน ๑๒ จังหวัด ได้แก่ นครพนม (ร้อยละ ๒๓.๒) บุรีรัมย์ (ร้อยละ ๑๗.๖) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ ๑๕.๕) น่าน (ร้อยละ ๑๔.๙) ศรีสะเกษ (ร้อยละ ๑๔.๓) สุรินทร์ (ร้อยละ ๑๔.๓) มหาสารคาม (ร้อยละ ๑๓.๑) สระแก้ว (ร้อยละ ๑๒.๗) มุกดาหาร (ร้อยละ ๑๑.๙) กาฬสินธุ์ (ร้อยละ ๑๑.๕) เชียงใหม่ (ร้อยละ ๑๐.๘) ลำปาง (ร้อยละ ๑๐.๕) ตามลำดับ สอดคล้องกับ

รายงานการวิจัยอื่น^(๑๑) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนในปี ๒๕๕๖ พบว่า ๔ ใน ๗ จังหวัดมีอัตราความชุกสูงกว่าร้อยละ ๒๐ ได้แก่ นครพนม (ร้อยละ ๔๐.๙) สกลนคร (ร้อยละ ๒๗.๙) หนองคาย (ร้อยละ ๒๒.๕) และหนองบัวลำภู (ร้อยละ ๒๒.๑) ค่าเฉลี่ยของอัตราการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ ๒๒.๕ โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อสูงสุดร้อยละ ๘๐ ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการติดเชื้อมากกว่าร้อยละ ๒๐ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาวัยอื่นที่พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๐-๘๐^(๑๒, ๑๓) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้แก่ เพศ อายุ และการกินอาหารเมนูเสี่ยง ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ปลาต้มดิบ ส้มตำปลา ร้าดิบ^(๑๑, ๑๔, ๑๕) จะเห็นได้ว่าการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวที่มีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับในเนื้อปลาเมื่อปรุงดิบเป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยพฤติกรรม การกินดิบนี้กลายเป็นวิถีชีวิตปกติของประชาชน การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา และคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม การทำความเข้าใจต่อวิถีชีวิต รวมถึงกระบวนการผลิต การเตรียม การปรุง และเครือข่ายผู้ประกอบการและผู้ขายในท้องถิ่น (หาบเร่ แผงลอย ร้านค้า ร้านชำ ร้านอาหาร เป็นต้น)^(๑๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่กล่าวถึงเรื่องนี้มีน้อยมาก และในจำนวนนี้ งานหลายชิ้นก็เพียงแต่เป็นการศึกษาจากเอกสารอื่น ๆ ทำให้ประเด็นต่าง ๆ คำถามต่าง ๆ ยังหาคำอธิบายได้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

๒.๖ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือหลายประการ เช่น การจัดการความเจ็บปวด การจัดการแผลเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งต้องมีการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพปัญญา โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งรัดการจัดระบบบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือขององค์กรและจิตอาสาต่าง ๆ

๓. นโยบายมาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ ปัจจุบัน รถตุ๊กตุ๊กได้มีการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ที่รกร้าง ที่นาของประชาชน โดยที่ยังไม่มีการบำบัดให้ถูกต้องก่อน ก่อให้เกิดการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับในสิ่งแวดล้อม ได้ทั้ง ๆ ที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งปฏิกูล คือ

๓.๑.๑ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไข พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๘ ที่กำหนดให้การจัดการสิ่งปฏิกูลเป็นอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่น และมาตรา ๑๙ กำหนดให้กิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูล โดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับผลประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ ต้องได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น แต่ปัจจุบันยังมีท้องถิ่นจำนวนมากที่ไม่ได้ให้ความสำคัญในการจัดให้มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง รวมทั้งยังขาดความตระหนักในการดำเนินการควบคุมผู้ได้รับอนุญาตประกอบกิจการสุขสิ่งปฏิกูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองในการนำสิ่งปฏิกูลไปบำบัดอย่างถูกต้อง

๓.๑.๒ พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕^(๒๐) เป็นพระราชบัญญัติที่มอบอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจในการจัดการในเรื่องความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง หมวดที่ ๑ การรักษาความสะอาดในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ มาตรา ๑๔ ห้ามมิให้ผู้ใดปล่อยสัตว์ถ่ายมูลบนถนน และมีได้ขจัดมูลดังกล่าวให้หมดไป และมาตรา ๒๙ ห้ามมิให้ผู้ใดถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะลงในที่สาธารณะหรือสถานสาธารณะซึ่งมิใช่สถานที่ที่ราชการส่วนท้องถิ่นได้จัดไว้เพื่อการนั้น และมาตรา ๓๐ ห้ามมิให้ผู้ใด เท ปล่อยหรือระบายอุจจาระหรือปัสสาวะ

จากอาคารหรือยานพาหนะลงในทางน้ำ และมาตรา ๓๑ ห้ามมิให้ผู้ใดทิ้งสิ่งปฏิกูลมูลฝอยในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ แต่การปฏิบัติเพื่อให้บังคับใช้ทางกฎหมายยังไม่สามารถดำเนินการได้

๓.๒ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฉบับที่ ๒๘๑ กำหนดปริมาณการใช้เกลือไนเตรตหรือไนโตรเจนในผลิตภัณฑ์เนื้อหมัก โดยให้ใช้เกลือโซเดียมไนเตรตได้ปริมาณไม่เกิน ๑๒.๕ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และโซเดียมไนเตรตได้ปริมาณไม่เกิน ๕๐๐ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม จากการตรวจหาปริมาณการปนเปื้อนของไนเตรตและไนโตรเจนในผักผลไม้และอาหารประเภทเนื้อสัตว์แปรรูปพบว่าการปนเปื้อนของไนเตรตสูง^(๒๑) มากกว่าอาหารประเภทอื่น นอกจากนี้ พบว่าปลาร้าปลาตากแห้งเป็นอาหารที่มีการปนเปื้อนของไนโตรซามีนสูงถึง ๖๖.๕ ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม^(๒๒) และพบว่าหากมีพยาธิใบไม้ในตับในอาหารร่วมกับไนโตรซามีนก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้มากขึ้น ในปัจจุบันประเทศไทย โดยแต่ที่น้ำเป็นห่วงคือผู้ผลิตพวกผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านที่อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้อย่างถูกต้องหรือใช้เกินปริมาณที่กำหนด และไม่มีการติดฉลากส่วนผสมต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลผู้บริโภค

๓.๓ ปัจจุบันนโยบายการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ. นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์) ข้อ ๗ ว่าด้วยเรื่องการจัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ ข้อ ๗.๓ ได้เร่งรัดและดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนในการกำจัด กวาดล้างและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยเฉพาะโรคโปลิโอ หัด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยแมลง โรคตับอักเสบ และพยาธิใบไม้ในตับ

๔. บทบาทขององค์กรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๔.๑ การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียน มีหลายจังหวัดที่ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ อาทิเช่น จังหวัดสกลนครมีการออกแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละระดับชั้น เช่น นักเรียนระดับปฐมวัยมีการผลิตสื่อการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปลา ระดับชั้นประถมศึกษาทำเป็นบทเรียนสำเร็จรูป ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสร้างบทเรียนสำเร็จรูปชั้นสูง ผลที่เกิดขึ้นคือ เกิดการตระหนักรู้ในพิษภัยของโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้ไม่กินอาหารที่ทำจากปลาดิบโดยเด็ดขาด หรือจังหวัดขอนแก่นร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ใช้หลักสูตรพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๓ ถึง ๖ มากกว่า ๓ ปี ใน ๓๕ โรงเรียนนาร่อง

๔.๒ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ให้ลด ละ เลิกการกินปลาดิบ มีการดำเนินงานในหลายพื้นที่ อาทิเช่น จังหวัดสกลนครมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่

๔.๓ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันขับเคลื่อน “ยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ในตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี” ซึ่งเป็นวาระคนอีสาน เริ่มนาร่องในปี ๒๕๕๕ ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต (สคร.๕, ๖ และ ๗) ได้ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพัฒนาตัวชี้วัดในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านเวทีการนิเทศติดตามของผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้นมา เพื่อเป็นแกนในการประสานการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน

๔.๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพื้นที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ และมีบางจังหวัดที่จัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่มาเพื่อแก้ไขปัญหาตนเอง

๔.๕ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และหน่วยงานในพื้นที่ได้ขับเคลื่อน กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

๔.๕.๑ การพัฒนาตำบลต้นแบบ “ละว้าโมเดล” เพื่อเป็นกรณีศึกษาการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับแบบ บูรณาการวิถีชีวิตสุขภาพ/สุขภาพหนึ่งเดียว ณ แก่งละว้า อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น หรือ สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) โดยอาศัยหลักการบูรณาการความรู้หลากหลาย (แพทย์ สัตวแพทย์ สาธารณสุข วิทยาศาสตร์ ฯลฯ) ใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เช่น ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน ครู พระสงฆ์ อสม. เจ้าหน้าที่ อนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการ ฯลฯ และดำเนินการครอบคลุมทุกมิติ (ผู้ใหญ่ เด็ก คนชรา ทุกสถานะการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ) ผลการดำเนินงานผ่านไป ๕ ปี พบว่า ประชาชนในพื้นที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงเกินครึ่ง และปลาในแก่งละว้าติดพยาธิใบไม้ตับลดลงจากร้อยละ ๗๐ เหลือเพียงน้อยกว่า ร้อยละ ๑ ในปัจจุบัน

๔.๕.๒ การพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ซอฟต์แวร์ ในการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นอกจากนี้ยังสามารถลงข้อมูลกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจากโรงพยาบาล (รพ.) ชุมชน ตลอดจนข้อมูลการตรวจวินิจฉัยและรักษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี เป็นการเฝ้าระวังเชิงรุกใช้ระบบตัวเลข ๑๓ หลัก เมื่อผู้ป่วยไปตรวจอัลตราซาวด์ ไม่ว่าจะที่ รพ.สต. แห่งใดก็ตาม หากผู้ป่วยอนุญาตให้ แพทย์ได้เข้าถึงข้อมูล ก็จะสามารถสร้างความต่อเนื่องของการรักษาได้ทันที โครงการนี้ได้ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แพทย์ประจำ รพ.ชุมชน ศัลยแพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อให้สามารถคัดกรองและเฝ้าระวังตลอดจนการ รักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบนี้จะช่วยรองรับยุทธศาสตร์การต่อสู้กับปัญหานี้ได้ในอนาคต

๔.๕.๓ การรณรงค์จัดกิจกรรมสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในวงกว้างต่าง ๆ การรณรงค์ “อาหารปลอดภัย ปลาไร้ต้ม ส้มตำแซบ”

๔.๖ โรงพยาบาลศูนย์ส่วนหนึ่งในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล ขอนแก่น เป็นต้น ได้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมทะเบียนมะเร็งเพื่อจัดเก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มตาย ด้วยมะเร็งทุกชนิดในพื้นที่

๔.๗ มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับภาครัฐและเอกชนในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา โดยได้ลงนามความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน) เพื่อการแก้ไขปัญหา แบบมีส่วนร่วม และบูรณาการ นับว่าเป็นมิติใหม่ในการแก้ไขปัญหาโดยภาคประชาชนสังคมและภาครัฐอย่างเป็น รูปธรรม

๕. ข้อจำกัดในการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา

การดำเนินงานเพื่อกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมีข้อจำกัด ดังนี้

๕.๑ ประชาชนทั้งในกลุ่มคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจตระหนักและละเอียดถึงโทษ พิษภัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้อง จากข้อจำกัดในการ

สื่อสารสู่สาธารณะในรูปแบบต่าง ๆ และช่องทางสื่อสารยังขาดประสิทธิภาพ ขาดการรวมพลังเครือข่ายสื่อสารทุกภาคส่วนในทุกระดับ ในการหนุนเสริมการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายทั่วไป ไม่เหมาะสมกับบริบทและภูมิปัญญาของสังคมไทย ทำให้ไม่สามารถสร้างกระแสความตระหนักรู้ความเสี่ยง จิตสำนึกในด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน เพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทยได้ อนึ่งบุคลากรทางการแพทย์ก็ยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอยู่ ยังคิดและเชื่อว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่รักษาไม่ได้ “ผ่าก็ตาย ไม่ผ่าก็ตาย” หรือคิดว่าการให้การรักษาดูแลด้วยการให้ยาถ่ายพยาธิช่วยแก้ปัญหาได้

๕.๒ นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ขาดความเป็นเอกภาพในด้านการหนุนเสริมการปรับเปลี่ยนค่านิยม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ไม่กินปลาดิบ ไม่กินเนื้อดิบ ในขณะที่การสร้างนโยบายสาธารณะในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เฉพาะก็ยังมีข้อจำกัดในการขยายผลสู่ระดับประชากรในวงกว้าง ซึ่งจำเป็นต้องมีความชัดเจนของทิศทางนโยบาย แผน และแนวปฏิบัติ ในการลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเสี่ยง โดยใช้มาตรการที่เน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคมประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลข่าวสาร

๕.๓ ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยไม่ครอบคลุมและไม่เป็นระบบเนื่องจากยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการบูรณาการและการจัดวางระบบงาน การพัฒนาระบบข้อมูลการเฝ้าระวังติดตามควบคุม ป้องกันโรคและการใช้ประโยชน์ในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงในระดับชาติ ขาดความรู้ ทักษะและความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยส่วนใหญ่การคัดกรองเป็นเพียงเพื่อหาผู้ป่วย มิใช่เพื่อการหากลุ่มเสี่ยงและเตรียมการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้น และการดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ มักเป็นการแนะนำให้ตรวจซ้ำ แต่การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

๕.๔ ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพไม่เพียงพอ ในกรณีของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรอการผ่าตัด เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมากกว่าที่มัลติแพथย์และทีมรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเจ็บป่วยและต้องรับการรักษา

๕.๕ การบริหารจัดการความรู้ยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากองค์ความรู้ที่มีอยู่กระจุกกระจายอยู่ในแต่ละหน่วยงาน องค์กร เฉพาะพื้นที่ ขาดความจำเพาะและการใช้ประโยชน์ร่วมกัน จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการรวบรวม สังเคราะห์ วิจัยพัฒนา และการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนา การบริหารจัดการแผนงานโครงการ ระบบงาน การบริหารจัดการทรัพยากร การพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการติดตามประเมินผล ที่ลดความซ้ำซ้อน มีความเชื่อมโยงในภาพรวมแบบบูรณาการครบวงจรที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทแวดล้อมของพื้นที่ และมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / ร่างมติ ๔ การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Cancer in Thailand 2007-2009. Retrieved November 2, 2014 from http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
๒. กลุ่มสถานะสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๕. สถิติการเกิดและสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทยปี ๒๕๕๕. Retrieved October 10, 2014 from <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=๕>
๓. Sriamporn S, Parkin DM, Pisani P, et al (2005). A prospective study of diet, lifestyle, and genetic factors and the risk of cancer in Khon Kaen Province, northeast Thailand: description of the cohort. *Asian Pac J Cancer Prev*, 6, 295-303.
๔. Sriipa B, Pairojkul C (2008). Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. *Curr Opin Gastroenterol*, 24, 349 - 56.
๕. ฐิติมา วงศาโรจน์, และคณะ. การศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในลำไส้ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒. The 96 Years of Opisthorchiasis: Past, Present and Future International Congress of Liver Flukes 7-8 March 2011 (2554), Pullman Raja Orchid Hotel, KhonKaen, Thailand.
๖. Wonga N, Thaewnongiew K, Laithavewat L, Singthong S, KutchamartS, Tangsawad S, Phothimol S. Prevalence of OV Infection and Behavior for Prevention and Control of OV and CCA among People Upper Northeast, 2013. Proceeding in Joint International Tropical Medicine Meeting 2013 (JITMM 2013) 11-13 December 2013 Centara Grand & Bangkok Convention Centre at Central World.
๗. Supanee Sriamporn, DM Parkin, P Pisani, V Vatanasapt, K Suwanrungruang, S Kamsa-ard, P Pengsaa, O Kritpetcharat, V Pipitgool, P Vatanasapt. A Prospective Study of Diet, Lifestyle, and Genetic Factors and the Risk of Cancer in KhonKaen Province, Northeast Thailand: Description of the Cohort. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 20056, 295-303.
๘. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. 2004. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol*, Jul ; 130 (7): 417-22.
๙. Khuntikeo N, Pugkhem A, Bhudhisawasdi V, et al (2008). Major hepatic resection for hilar cholangiocarcinoma without preoperative biliary drainage. *Asian Pac J Cancer Prev*, 9, 83-5.
๑๐. Khuntikeo N, Pugkhem A, Titapun A, et al (2014). Surgical management of perihilar cholangiocarcinoma: a Khon Kaen experience. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 21, 512-4.
๑๑. Kesorn Thaewnongiew, Seri Singthong, Saowalux Kutchamart, Sasithorn Tangsawad, Supanee Promthet, Supan Sailugkum, Narong Wongba. Prevalence and Risk Factors for Opisthorchisviverrini Infections in Upper Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (16), 6609-6612.
๑๒. Sithithaworn P, Andrews RH, Van De N, et al (2012). The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong basin. *Parasitology Int*, 61, 10-6.

๑๓. Wattanayingcharoenchai S, Nithikathkul C, Wongsaroj T, et al (2011). Geographic information system of Opisthorchisviverrini in northeast Thailand. Asian Biomedicine, 687-91.
๑๔. Saengsawang P, Promthet S, Bradshaw P (2012). Prevalence of OV infection in Yasothon province, Northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev, 13 , 3399-402.
๑๕. Rangsin R, Mungthin M, Taamasri P et al (2009). Incidence and risk factors of Opisthorchisviverrini infections in rural community in Thailand. Am J Trop Med Hyg, 81, 152-5.
๑๖. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (ม.ป.ป.). บริโภคนิสัย : แนวคิดและแนวทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ. ในมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุศึกษา การประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ ๑๔-๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี.
๑๗. วลัยทิพย์ สาชวลวิจารณ์. (ม.ป.ป.). บริโภคนิสัย : แนวคิดและแนวทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ. ในมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุศึกษา การประชุมเชิงปฏิบัติการ ๑๔-๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี.
๑๘. พิษณุ อุตตมะเวทิน และคณะ. (๒๕๔๓). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่นำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
๑๙. สันติ ศรมณี. (ม.ป.ป.). แนวคิดและการดำเนินงานเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของมหาวิทยาลัยมหิดล. ในมหาวิทยาลัยมหิดลและกระทรวงสาธารณสุข. โรคพยาธิใบไม้ตับ : บริโภคนิสัยกับแนวคิดและการแก้ไขทางสังคมศาสตร์และสุศึกษา การประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ ๑๔-๑๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา ชลบุรี.
๒๐. พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕. Retrieved November 7, 2014. From <http://law.longdo.com/law/474/>
๒๑. Migasena P, Reaunsuwan W, Changbumrung S. Nitrates and nitrites in local Thai preserved protein foods. J Med Asso Thai 1980; 63: 500-5.
๒๒. Mitacek EJ, Brunnemann KD, Suttajit M, Martin N, Limsila T, Ohshima H, et al. Exposure to N-nitroso compounds in a population of high liver cancer regions in Thailand: volatile nitrosamine (VNA) levels in Thai food. Food Chem Toxicol 1999; 37: 297-305.

(ร่าง) เส้นทางเดินการขับเคลื่อนมติ การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ศรราชกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <ul style="list-style-type: none"> • กระทรวงสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> - กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์ - กรมอนามัย - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - สำนักงานปลัดกระทรวง • สาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> - กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย • และการแพทย์ทางเลือก • กระทรวงศึกษาธิการ <ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงวัฒนธรรม - กรมปศุสัตว์ • กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น <ul style="list-style-type: none"> - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - สถาบันวิชาการ - สปสช. - สช. 	<p>การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ศรราชกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเสร็จภายใน ๓ เดือน หลังจากผ่านมติของกรม.</p>	<p>ผลผลิต : แผนงานโครงการระดับชาติ/จังหวัด ตัวชี้วัด : จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินงานตามแผนงาน</p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">เป้าหมาย : การเสียชีวิต ด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ลดลงถึงในสาม ในปี ๒๕๗๘</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; margin: 10px auto;"> ← → </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">อัตราความชุก ของโรคพยาธิใบไม้ตับ 'ไม่เกินร้อยละ ๕ ในปี ๒๕๖๘</div> </div>

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
การเฝ้าระวัง การคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษา			
<p>กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นแกนหลักในการผลักดันการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี - พัฒนางองค์ความรู้ - จัดระบบเฝ้าระวังโรคและการคัดกรอง - สนับสนุนวิชาการในการควบคุมโรค ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน 	<p>ผลผลิต :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่เป้าหมาย ๒. จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองตัวชี้วัด : ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ ๕ ในระดับหมู่บ้าน (สำรวจอย่างน้อยทุก ๒ ปี) ส่วนการทำ National survey ครบดำเนินการทุก ๕ ปี 	
<p>กรมการแพทย์โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและระบบทะเบียนมะเร็งท่อน้ำดีและสนับสนุนวิชาการผลักดัน การคัดกรอง วินิจฉัย รักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้ในระยะแรกเริ่ม (ดำเนินการภายในระยะเวลา ๒ ปีแรก หลังจากผ่านมติของ ครม.)</p>	<p>ผลผลิต :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพ และครอบคลุม ๒. มีการพัฒนาทะเบียนมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาล (ให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ) ๓. มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวดเร็วทันเวลา มีศูนย์ส่งต่อมีคุณภาพ 	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p>	<p>พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ทำบจัดการสุขภาพ ให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน มีความรู้ในการป้องกันโรค จัดกระบวนการสร้างสุขนิสัย และร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์ ตลอดจนทำตัวเป็นแบบอย่างในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่นำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่</p>	<p>ผลผลิต :</p> <ol style="list-style-type: none"> อสม. มีความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีและการป้องกันควบคุมโรค จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการคัดกรองด้วย verbal screening จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ การคัดกรองและคำแนะนำ <p>ตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> พบผู้ป่วยในระยะแรกเพิ่มขึ้น ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและดีต่อสุขภาพ “เพิ่มขึ้น” 	
		<p>ผลผลิต/ตัวชี้วัด</p> <ol style="list-style-type: none"> มีการพัฒนาบุคลากรด้านกิจกรรม/ รั้งสรีรศึกษา/เคมีบำบัด/การพยาบาล และด้านอื่น ๆ <p>ตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> พบผู้ป่วยในระยะแรกเพิ่มมากขึ้น ความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดี “ไม่เพิ่ม” 	

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการในการตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง และการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ - จัดให้ระบบในการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ - พัฒนาศักยภาพของศัลยแพทย์เพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างดีในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดที่มีปัญหาให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อการตรวจรักษาได้ในพื้นที่ของตนเอง และไม่เป็นภาระด้านการเงินของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการในการตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง และการรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ - จัดให้ระบบในการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ - พัฒนาศักยภาพของศัลยแพทย์เพื่อให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้อย่างดีในโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดที่มีปัญหาให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อการตรวจรักษาได้ในพื้นที่ของตนเอง และไม่เป็นภาระด้านการเงินของผู้ป่วย 	<p>ผลผลิต : กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น และได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม</p> <p>ตัวชี้วัด : จำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตเพิ่มขึ้น (เริ่มเห็นผลในปีที่ ๓ เป็นต้นไป)</p>	
การสร้างกลไกในชุมชนจัดการปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและบังคับใช้กฎหมาย			
<p>กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้สมุนไพรไทยและภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย 	<p>ผลผลิต : กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น และได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม</p>	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มีการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว - จัดให้มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง 	<p>ตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จำนวนหน่วยงานที่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับสถานบริการมีโครงสร้างองค์กรระบบงานบุคลากรและระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับครอบครัวและชุมชนที่มีสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือกับท้องถิ่น ๓. จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ๔. ระดับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (เริ่มเห็นผลในปีที่ ๓) 	
<p>กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>พัฒนาศักยภาพสถานประกอบการด้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารที่บ้าน ให้ความรู้ตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติให้ถูกต้องลักษณะและขอความร่วมมือให้มีการจำหน่ายอาหารเมนูปลาดิบ (ปลาน้ำจืดมี</p>	<p>ผลผลิต :</p> <p>อาหารที่มีเมนูปลาดิบลด</p> <p>ตัวชี้วัด :</p> <p>ปลาดีทยายใจไม่ดับน้อยลง</p>	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - กรมปศุสัตว์ 	<p>เกิด) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับสู่อาหาร และสนับสนุนส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีข้อบัญญัติหรือมาตรการส่งเสริมในการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องสุขาภิบาล</p> <p>ส่งเสริมสนับสนุนให้มีข้อบัญญัติหรือมาตรการส่งเสริมในการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องสุขาภิบาล การรักษาความสะอาดในที่สาธารณะและสถานสาธารณะ ตลอดจนแก้ไขปัญหาเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยงตามศักยภาพและสถานะทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่ง</p>	<p>ผลผลิต :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จำนวนท้องถิ่นมีนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมอาหารที่มีการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับ สารก่อมะเร็งและสิ่งปนเปื้อนอื่น ๆ ๒. จำนวนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นฯ <p>ตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การปนเปื้อนจุลจากระเนสิ่งแวดล้อมน้อยลง ๒. ศูนย์/แมวมติเด็ขอพยาธิใบไม้ตับลดลง 	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
การจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา			
<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงศึกษาธิการ <ul style="list-style-type: none"> สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย 	<ul style="list-style-type: none"> จัดกระบวนการเรียนการสอนในโรงเรียนที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้เด็กเตรียมอนุบาล วัยเรียน วัยรุ่น ตระหนักและมีค่านิยมการกินใหม่ ไม่กินอาหารเมนูเสี่ยงและปรุงดิบ จัดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้ให้นักศึกษา กศน. และประชาชน ตระหนักและมีค่านิยมการกินใหม่ ไม่กินอาหารปรุงดิบ การจัดทำหลักสูตรในพื้นที่เสี่ยง และจะดำเนินการภายใน ๒ ปี 	<p>ผลผลิต : มีการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา</p> <p>ตัวชี้วัด : ความสุขของโรคพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ ๕ ในระดับหมู่บ้าน</p>	
การศึกษาวิจัยทางสังคม พฤติกรรมและนิเวศวิทยา			
<ul style="list-style-type: none"> ทบวงมหาวิทยาลัย <ul style="list-style-type: none"> สถาบันอุดมศึกษา กระทรวงสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ <ul style="list-style-type: none"> กรมปศุสัตว์ 	<p>ศึกษาวิจัยทางสังคม พฤติกรรม นิเวศวิทยา และการได้มาซึ่งความรู้อันนำไปสู่การแก้ปัญหา ส่งเสริมการนำผลไปใช้กำหนดนโยบาย มาตรการสังคม</p>	<p>ผลผลิต : มีแนวทางในการดำเนินงาน</p> <p>ตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> ประชาชนรับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบและอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีเรื้อรังลดลง 	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
การขับเคลื่อนทางสังคมและการสื่อสารสาธารณะ			
<ul style="list-style-type: none"> - กรมประชาสัมพันธ์ - สำนักนายกรัฐมนตรี - กระทรวงวัฒนธรรม - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 	<p>สนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ให้ประชาชนรับรู้เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง ป้องกันตนเองจากการติดพยาธิใบไม้ตับ และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคม</p>	<p>ผลผลิต : สื่อและระบบการสื่อสารแบบบูรณาการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ</p> <p>ตัวชี้วัด :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชาชนรับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ๒. ประชาชนมีพฤติกรรมลดการกินปลาดิบและอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาเร็งลดลง 	
งบประมาณ			
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่	<p>ผลผลิต : มีแผนงานโครงการระดับชาติ/จังหวัด</p> <p>ตัวชี้วัด : จำนวนจังหวัดที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณ</p>	

การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เจ็ด

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย*

รับทราบ ว่าสเตอรอยด์มีประโยชน์มากในทางการแพทย์ เช่น ใช้บรรเทาการแพ้หรือลดการอักเสบที่รุนแรง รักษาโรคบางชนิดที่เกิดจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ มีจำหน่ายในหลายรูปแบบ เช่น ชนิดรับประทาน ชนิดฉีด ชนิดทาภายนอก แต่การใช้นี้อาจทำให้เกิดอันตรายรุนแรง จึงต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ สเตอรอยด์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดมากเป็นยาจำพวก “คอร์ติโคสเตอรอยด์” โดยเฉพาะเตกซาเมทาโซนและเพรดนิโซโลน มีการจำหน่ายในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งจัดเป็นยาชุดหรือผสมเข้าไปในยาลูกกลอน ยาแผนโบราณ เครื่องดื่มสุขภาพ หรือเครื่องสำอาง ร่วมกับการโฆษณาชวนเชื่อหรือขายตรง ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากในทุกภาคของประเทศบริโภคสเตอรอยด์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เกิดปัญหาร้ายแรงต่อสุขภาพจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้รุนแรง อาจถึงขั้นทะลุ กระดูกพรุนแตกหักง่าย กดภูมิคุ้มกันของร่างกายและติดเชื้อรุนแรง การลดหรือหยุดยาทันทีอาจทำให้มีอาการขาดยา ความดันเลือดต่ำ หมดสติ หรือเกิดอาการทางจิตได้

กังวล ว่าการนำสเตอรอยด์ไปใช้ในทางที่ผิดทำให้ประชาชนจำนวนมากในทุกภาคของประเทศบริโภคสเตอรอยด์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และมีการใช้ยาสเตอรอยด์ที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้เรื่องพิษของยา ทั้งยังมีการกล่าวอ้างโฆษณาสรรพคุณเกินจริงและการระบาดของสเตอรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณที่ไม่มีเลขทะเบียนยา และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ

ห่วงใย ว่าประชาชนจะได้รับอันตราย เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ จากการใช้ยาสเตอรอยด์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของสเตอรอยด์ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ตระหนัก ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาสเตอรอยด์อย่างยั่งยืน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันปราบปรามการใช้ยาสเตอรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ รวมทั้งคัดกรองและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาของประชาชนให้ใช้อย่างสมเหตุสมผล และไม่ใช้สเตอรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ตระหนัก ถึงกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีฉบับที่ใช้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ทันต่อสถานการณ์ปัญหา

เห็นว่า ทุกภาคส่วนมีหน้าที่สำคัญในการช่วยแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ได้แก่ ภาคราชการ องค์กรวิชาชีพ องค์กรที่ดูแลการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยบริการสุขภาพ ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม สื่อมวลชน ภาคประชาชน และประชาสังคม

* เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๒

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีคณะกรรมการระดับชาติเพื่อจัดการปัญหาสเตอรอยด์ โดยมีองค์ประกอบที่มาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อดำเนินการประสาน กำหนดนโยบาย มาตรการและกฎหมาย ติดตามและประเมินผลการจัดการปัญหาสเตอรอยด์ในภาพรวมอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม

๒. ขอให้กระทรวงพาณิชย์ โดยกรมการค้าต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง ดำเนินการพัฒนากฎหมายให้สเตอรอยด์ (ทั้งวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป) เป็นสินค้าที่ต้องขออนุญาตนำเข้าและส่งออกจากกระทรวงพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติการส่งออก ไปนอกและการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. ๒๕๒๒ เพื่อเข้มงวดการตรวจปล่อยสเตอรอยด์ ณ ด่านศุลกากร และเพิ่มบทลงโทษทางแพ่งและอาญาแก่ผู้ฝ่าฝืน

๓. ขอให้กรมศุลกากร ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันโดย กำหนดมาตรการและตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบและเฝ้าระวังการลักลอบนำเข้าและส่งออกสเตอรอยด์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การนำติดตัวเข้ามา การไม่แจ้งในใบรายการสินค้า เป็นต้น

๔. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔.๑ เร่งดำเนินการจัดทำกฎหมายระดับรองจากกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เพื่อจำกัดช่องทางการจำหน่าย จำกัดปริมาณการผลิต นำเข้าและจำหน่ายยาสเตอรอยด์ (ทั้งวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป) และทบทวนทะเบียนตำรับสเตอรอยด์ เช่น ลักษณะยา รูปแบบของยา หรือสัญลักษณ์ รวมทั้งยกเลิกทะเบียนตำรับยาเม็ดเบต้าเมทาโซน ให้เอื้อต่อการนำไปใช้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นด้านสุขภาพ

๔.๒ ออกกฎหมายให้ผู้รับอนุญาตผลิต นำเข้า และขายยา ต้องรายงานการผลิต นำเข้า และขายยาสเตอรอยด์ (ทั้งวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป)

๔.๓ ดำเนินการร่วมกับกรมศุลกากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ประกอบการผลิต นำเข้าและจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน และสมาคมภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาการจัดการฐานข้อมูลการกระจายสเตอรอยด์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อมโยงกันและเป็นปัจจุบัน ตรวจสอบย้อนกลับได้ ตั้งแต่การนำเข้าวัตถุดิบ การผลิตยาสำเร็จรูป และการจำหน่ายของแหล่งกระจายยา เช่น ร้านยา สถานบริการสุขภาพ

๔.๔ เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบรายงานและประเมินผลมาตรการการจัดการสเตอรอยด์ ในภาพรวมของประเทศเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาวิจัย เพื่อรองรับการรายงาน โดยมีการร่วมมือกับภาคประชาชนและเผยแพร่รายงานสู่สาธารณะเป็นระยะ

๔.๕ ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานพยาบาล ร่วมกันพัฒนาระบบการรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสเตอรอยด์และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของสเตอรอยด์ให้มีประสิทธิภาพ ที่สามารถรวบรวม วิเคราะห์ คั่นข้อมูล เพื่อประเมินสถานการณ์ในภาพรวมและนำมาประกอบการวางแผนแก้ไขปัญหาได้

๔.๖ เป็นศูนย์จัดการปัญหาสเตอร์รอยด์ในการเผยแพร่ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปน สเตอร์รอยด์ การโฆษณาและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตอร์รอยด์ รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ตลอดจนรับแจ้งเรื่องร้องเรียน ข้อมูลเบาะแส และการกระจายสเตอร์รอยด์ที่ไม่เหมาะสม หรือการปลอมปนสเตอร์รอยด์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๕. ขอให้สภาเภสัชกรรมและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสเตอร์รอยด์ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพในการป้องกันและแก้ไขปัญหา รวมทั้งกำกับดูแล และดำเนินการด้านจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัดกับผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำผิดเกี่ยวกับการใช้สเตอร์รอยด์

๖. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสเตอร์รอยด์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้ดำเนินกิจการสถานพยาบาล ผู้ประกอบการด้านยา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม./อสส.) และประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายในการใช้สเตอร์รอยด์

๗. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเร่งผลิตชุดตรวจการปลอมปนสารสเตอร์รอยด์ ออกจำหน่ายแก่หน่วยงานและประชาชนทั่วไปอย่างแพร่หลาย โดยมีราคาที่เหมาะสม

๘. ขอให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรทางศาสนาที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด สำนักจุฬาราชมนตรี ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายผู้นำทางศาสนา ร่วมกันสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายด้านการผลิต จำหน่ายและใช้ยา รวมทั้งอันตรายจากการใช้สเตอร์รอยด์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย

๙. ขอให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกันจัดทำแผนบูรณาการเพื่อป้องกัน เฝ้าระวังและปราบปรามผู้ฝ่าฝืนกฎหมายหรือปลอมปนสเตอร์รอยด์ ให้สามารถสืบสวนสอบสวนเชิงลึกและบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ครอบคลุมแหล่งกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยง

๑๐. ขอให้ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน เครือข่ายสื่อมวลชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม./อสส.) ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรและหน่วยงานด้านสาธารณสุขและด้านการเกษตร ในการเป็นกลไกพื้นที่ดำเนินการตรวจเฝ้าระวังและจัดการปัญหาสเตอร์รอยด์ และแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

๑๑. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายและให้การสนับสนุนการดำเนินงานวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณให้หน่วยงานหรือเครือข่ายในพื้นที่ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในการดำเนินการจัดการปัญหาสเตอร์รอยด์ นำไปสู่การยกระดับระบบการตรวจ เฝ้าระวัง และจัดการปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสเตอร์รอยด์

๑๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสภาวิชาชีพ สถานพยาบาล ทั้งของรัฐและเอกชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการด้านยา

๑๒.๑ ร่วมกับภาคประชาชน พัฒนาระบบค้นหา ดูแล คัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสเตอร์รอยด์

๑๒.๒ พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรทางการแพทย์ ในการ ค้นหา คัดกรอง และรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์

๑๓. ขอให้ผู้ประกอบการด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้ประกอบการสถานพยาบาล และสมาคม ชมรม เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบการ (สถานพยาบาล ผลิตยา ขายยา และนำเข้ายา)

๑๓.๑ รณรงค์และขอความร่วมมือกับสมาชิกให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

๑๓.๒ ให้ความร่วมมือในการรายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์ ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ/หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๑๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีหลักสูตรการสอนทุกระดับเรื่อง อันตรายจากการใช้สเตอรอยด์และสถานการณ์ปัญหาสเตอรอยด์

๑๕. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและสถานพยาบาลของรัฐ ต้องรายงานการขาย จำหน่าย และการใช้ยาสเตอรอยด์ รวมทั้งดำเนินการจัดการลงโทษกับผู้ที่มีได้รายงาน หรือ กระทำการฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สเตอรอยด์

๑๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

“สเตอรอยด์” (Steroid) หรือ “สเตียรอยด์” เป็นสารเคมีชนิดหนึ่ง ซึ่งมีประโยชน์มากในทางการแพทย์ เช่น ใช้บรรเทาการแพ้หรือลดการอักเสบที่รุนแรง รักษาโรคบางชนิดที่เกิดจากภูมิคุ้มกันผิดปกติ มีจำหน่ายในหลายรูปแบบ เช่น ชนิดรับประทาน ชนิดฉีด ชนิดทาภายนอก แต่การใช้นี้อาจทำให้เกิดอันตรายรุนแรง จึงต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ สเตอรอยด์ที่นำไปใช้ในทางที่ผิดมากเป็นยาจำพวก “คอร์ติโคสเตอรอยด์” โดยเฉพาะเดกซาเมทาโซนและเพรดนิโซโลน มีการจำหน่ายในรูปแบบที่หลากหลายทั้งจัดเป็นยาชุด หรือผสมเข้าไปในยาลูกกลอน ยาแผนโบราณ เครื่องดื่มสุขภาพ หรือเครื่องสำอาง

“ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” หมายถึงผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานโดยตรง นอกเหนือจากการรับประทาน อาหารหลักตามปกติ เพื่อเสริมสารบางอย่าง มักอยู่ในรูปลักษณะเป็นเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลว หรือลักษณะอื่น และมีจุดมุ่งหมายสำหรับบุคคลทั่วไปที่มีสุขภาพปกติ มิใช่สำหรับผู้ป่วย และไม่ควรมีเด็กและสตรีมีครรภ์รับประทาน

๒. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

การระบาดของสเตอรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ขยายให้ประชาชนซื้อรับประทานเองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยา จนติดสเตอรอยด์โดยไม่รู้ เป็นปัญหาต่อเนื่องมานาน ซ้ำซ้อน หลากหลาย และมีพลวัต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชาชนที่มีการศึกษาและรายได้น้อย ซึ่งถือว่าเป็นกระดูกสันหลังของประเทศ พบว่าโรคที่เกิดจากการใช้ยาสเตอรอยด์ โดยแพทย์ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นปัญหาเรื้อรังที่มีมานานกว่าสามสิบปี และดูเหมือนจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ

๒.๑ ผลกระทบต่อสุขภาพ

ในภาพรวมประชาชน ๑,๐๐๐ คน มีปัญหาทางคลินิกจากการใช้สเตอรอยด์ที่ไม่เหมาะสมประมาณ ๙๓ คน และมีอัตราการตายจากการใช้สเตอรอยด์ที่ไม่เหมาะสมร้อยละ ๖.๔ ปัญหาทางคลินิก เช่น รูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปแบบคุชชิง (Cushing's syndrome) (๔๘/๑๐๐๐), การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิก (metabolic disorders) (๔๓/๑๐๐๐), การกุดการทำงานของต่อมหมวกไตซึ่งส่งผลต่อระบบการทำงานของฮอร์โมน (adrenal insufficiency) (๙/๑๐๐๐), โอกาสติดเชื้อและเลือดออกในทางเดินอาหารเป็น ๔.๘ และ ๓ เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับสเตอรอยด์ ปัญหาดังกล่าวกระจายในทุกภาคของประเทศ (ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง ตะวันออก และใต้ ๑๐๐, ๖๑, ๙๖, ๑๐๑, ๑๓๑ ต่อ ๑,๐๐๐ คน ตามลำดับ)^๑

๒.๒ ต้นทุนทางตรงจากการใช้ยาสเตอรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาสเตอรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ จะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อครั้ง ๗.๖๗ วัน และนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นประมาณ ๒.๑๙ วัน คิดเป็นค่าใช้จ่ายเพิ่ม ๔,๔๕๕ บาท หรือ ๑,๙๐๐ ล้านบาทต่อปี^๒

๒.๓ สถานการณ์การผลิตและกระจายยาสเตอรอยด์

ยาสเตอรอยด์ที่พบว่าเป็นปัญหาในประเทศไทย ได้แก่ ยาเพรดนิโซโลน และยาเดกซาเมทาโซน ในปี ๒๕๕๔ พบว่ามีบริษัทผู้ผลิตยาเพรดนิโซโลน ๕๔ แห่ง จำนวน ๑๒๙ ตำรับ มีบริษัทผู้ผลิต/นำเข้ายาเดกซาเมทาโซน ๓๖ แห่ง จำนวน ๑๒๘ ตำรับ และปี ๒๕๕๕ พบปริมาณผลิตและนำเข้ายาสำเร็จรูปที่มีเพรดนิโซโลนเป็นส่วนประกอบมีจำนวน ๑๙๘ ล้านเม็ด/แคปซูล และมีเดกซาเมทาโซนเป็นส่วนประกอบมีจำนวน ๕๕๗ ล้านเม็ด/แคปซูล (ตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ ปริมาณผลิตและนำเข้ายาสำเร็จรูปที่มีเพรดนิโซโลน และเดกซาเมทาโซน เป็นส่วนประกอบ ในรูปแบบยาเม็ดหรือแคปซูล ในปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕ : หน่วย ล้านเม็ด/แคปซูล

ยา	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕
เพรดนิโซโลน	๒๒๓	๒๑๗	๒๐๗	๒๕๗	๑๙๘
เดกซาเมทาโซน	๓๑๔	๓๐๕	๔๑๗	๕๕๖	๕๕๗
รวม	๕๓๗	๕๒๒	๖๒๔	๘๑๓	๗๕๕

จากข้อมูลการกระจายยาปี ๒๕๕๑ (มกราคม-เมษายน) พบว่า การกระจายยาเพรดนิโซโลนในประเทศจากปริมาณ ๒๘.๔๔ ล้านเม็ด ไปยังโรงพยาบาลและคลินิก คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๑ มีปริมาณที่เสี่ยงรั่วไหลไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมร้อยละ ๕๓.๘ และมีการกระจายยาเดกซาเมทาโซนในประเทศ จากปริมาณ ๑๑๘.๑ ล้านเม็ด ไปยังโรงพยาบาลและคลินิก คิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ปริมาณที่เสี่ยงรั่วไหลไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมร้อยละ ๙๗.๔ มีความสอดคล้องกับข้อมูลว่า ยาเดกซาเมทาโซนในโรงพยาบาลเป็นยาที่มีการสั่งใช้น้อยมากในผู้ป่วย เนื่องจากมีผลข้างเคียงสูงจึงทำให้ไม่ค่อยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรค และคาดการณ์ได้ว่ายาเดกซาเมทาโซนที่ผลิตในประเทศไทยจำนวนมากไปอยู่นอกระบบโรงพยาบาลเพื่อนำไปผลิตยาชุดหรือผสมในยาลูกกลอน/ยาแผนโบราณ^๓ เมื่อเทียบข้อมูลการกระจายยาเพรดนิโซโลนและเดกซาเมทาโซนในปี ๒๕๕๗ (ตารางที่ ๒) พบว่า แม้จะมีการจัดทำรายงานการกระจายสเตอรอยด์จากผู้ผลิตไปยังสถานประกอบการต่าง ๆ เพื่อลดช่องทางการรั่วไหล แต่รายงานการกระจายจากสถานประกอบการเหล่านี้ไปยังผู้ป่วยก็ยังไม่มีการรวบรวมได้อย่างแน่นอนชัดเจน ทำให้การทวนสอบเพื่อตรวจสอบทั้งระบบว่า ปริมาณที่ผลิต/นำเข้า และกระจาย (รับ-จ่าย-คงเหลือ) ยังทำไม่ได้ จึงมีความเป็นไปได้ว่าจะมีปริมาณยาบางส่วนที่เสี่ยงรั่วไหลไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการเฝ้าระวังของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจุบันยังคงมีการนำสเตอรอยด์ทั้ง ๒ ชนิดปนปลอมในผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยาชุด ยาแผนโบราณที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นต้น

ตารางที่ ๒ รายงานข้อมูลการกระจายยาเพรดนิโซโลนและเดกซาเมทาโซน

แหล่งกระจายยา	เพรดนิโซโลน		เดกซาเมทาโซน	
	ม.ค. - เม.ย. ๕๑ ล้านเม็ด (ร้อยละ)	ต.ค. ๕๖ - ส.ค. ๕๗ ล้านเม็ด (ร้อยละ)	ม.ค. - เม.ย. ๕๑ ล้านเม็ด (ร้อยละ)	ต.ค. ๕๖ - ส.ค. ๕๗ ล้านเม็ด (ร้อยละ)
๑. ภายในประเทศ	๒๘.๔๔	๑๑๐.๖๐	๑๑๘.๑	๑๕.๔๐
๑.๑ โรงพยาบาล	(๑๕.๐)	๔๓.๔๗ (๓๙.๓๐)	(๐.๘)	๑.๙๘ (๑๒.๘๗)
๑.๒ คลินิก	(๓๑.๑)	๕๕.๙๓ (๕๐.๕๗)	(๑.๘)	๘.๖๐ (๕๕.๘๗)
๑.๓ ร้านขายยา	(๑๑.๘)	๑๑.๒๐ (๑๐.๑๒)	(๓.๒)	๔.๘๑ (๓๑.๒๖)
๑.๔ บริษัท	(๔.๒)	-	(๙๔.๒)	-
๒. ส่งออก	๑.๑๖	๑๗.๕๙	๒๒.๓	๓๘๐.๗๓
๓. รวม	๒๙.๖	๑๒๘.๑๙	๑๔๐.๔	๓๙๖.๑๓

ที่มา : ระบบรายงานที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจัดทำขึ้น : ระบบ FDA reporter และรายงานการขายยาตามแบบ ขย.๘

๒.๔ พฤติกรรมของผู้ใช้ยา

การศึกษาของรัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ (๒๕๕๐) ระบุพยากรณ์ผู้ป่วยเลือกทานเองมากที่สุด ได้แก่ ยาชุด (ร้อยละ ๒๖.๓) ยาหม้อ (ร้อยละ ๒๓.๕) และยาลูกกลอน (ร้อยละ ๒๑.๘) ตามลำดับ สาเหตุหลักที่เลือกใช้ยาก็คือ รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ (ร้อยละ ๔๓.๖)

หลังปี ๒๕๕๓ เกิดการแพร่ระบาดของยาน้ำแผนโบราณที่มีการปลอมปนสเตอรอยด์จำนวนมากขึ้น อีกทั้งมีผู้ผลิตหน้าใหม่เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งที่น่าสนใจคือช่วง ๓ ปีของการลดลงของสเตอรอยด์ในระบบ กลับพบปัญหาของสเตอรอยด์นอกระบบการกำกับดูแล มีสเตอรอยด์ที่ไม่ทราบแหล่งที่มาจำนวนมากปรากฏให้เร่ต่าง ๆ สามารถซื้อหามาใช้ได้ และปลอมปนอยู่ในผลิตภัณฑ์สุขภาพรูปแบบต่าง ๆ เช่น เครื่องดื่มสมุนไพร ลูกอม เครื่องสำอาง^๕ ส่งผลให้ผู้บริโภคได้สเตอรอยด์โดยไม่รู้ตัว

๒.๕ ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ผสมสเตอรอยด์

ห้องปฏิบัติการสำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เช่น ยาผง ยาลูกกลอน ยาน้ำสมุนไพร ยาเม็ด ยากวิน และแคปซูล จากผู้ส่งตรวจคือประชาชน และหน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง ข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗ พบว่ามีจำนวนตัวอย่างส่งตรวจทั้งหมด ๖๗๐ ตัวอย่าง ตรวจพบสเตอรอยด์ คือ เพรดนิโซโลน และ/หรือ เดกซาเมทาโซน และบางตัวอย่างตรวจพบยาแผนปัจจุบันอื่น ๆ ร่วมด้วย รวมจำนวน ๑๑๘ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๑๗.๖) (ตารางที่ ๓) ซึ่งทุกตัวอย่างที่ตรวจพบสเตอรอยด์เป็นยาไม่มีทะเบียน และพบว่าเดกซาเมทาโซนเป็นสเตอรอยด์ที่นำมาปลอมมากกว่าเพรดนิโซโลน สำหรับยาแผนปัจจุบันที่พบบนปลอมร่วมด้วย คือ พาราเซตามอล (paracetamol), เฟนิลิวทาโซน (phenylbutazone), ไดโคลฟีแนก (diclofenac), อินโดเมทาซิน (indomethacin), คลอเฟนิรามีน (chlorpheniramine) และ ไดอะซีแพม (diazepam) เป็นต้น^๕

ตารางที่ ๓ ข้อมูลผลการตรวจสอบสเตอรอยด์ที่ปนปลอมในยาแผนโบราณซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีทะเบียนยา โดยห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ปีงบประมาณ	จำนวนตัวอย่างทั้งหมด/ จำนวนตัวอย่างตรวจพบ สเตอรอยด์ (ร้อยละ)	จำแนกประเภทตัวอย่าง ที่ตรวจพบสเตอรอยด์ (ตัวอย่าง)		
		เดกซาเมทาโซน และผสมยาอื่น ๆ	เพรดนิโซโลน และผสมยาอื่น ๆ	เดกซาเมทาโซน +เพรดนิโซโลน และผสมยาอื่น ๆ
๒๕๕๓	๑๙๐/๓๑ (๑๖.๓)	๒๒	๓	๖
๒๕๕๔	๑๓๓/๒๙ (๒๑.๘)	๒๔	๒	๓
๒๕๕๕	๑๖๑/๓๕ (๒๑.๗)	๒๗	๒	๖
๒๕๕๖	๑๒๕/๑๖ (๑๒.๘)	๘	๐	๘
๒๕๕๗	๖๑/๗ (๑๑.๕)	๔	๐	๓
รวม	๖๗๐/๑๑๘ (๑๗.๖)	๘๕	๗	๒๖

๓. นโยบายและมาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบัน

๓.๑ มาตรการทางกฎหมาย

ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ เป็นต้นมา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ผลักดันให้มีการปรับปรุงทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วยยาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการกระจายยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อควบคุมสถานการณ์ปัญหาการกระจายสเตอรอยด์ ๓ ฉบับ ดังนั้น ปัจจุบันมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการกระจายยาสเตอรอยด์ ดังนี้

๑. กฎกระทรวงว่าด้วยการขึ้นทะเบียนตำรับยา พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยกำหนดให้ผู้รับอนุญาตผลิต นำหรือสั่งยาต้องมาขึ้นทะเบียนตำรับยา ทำสัญลักษณ์บนเม็ดยา เพื่อลดปัญหาการใช้ยาเพราะความไม่รู้ของประชาชน ช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายและการประชาสัมพันธ์ต่อสาธารณะ

๒. กฎกระทรวงกำหนดหน้าที่ของผู้รับอนุญาตเกี่ยวกับเภสัชเคมีภัณฑ์ที่เป็นสารออกฤทธิ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของสารออกฤทธิ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ เพื่อควบคุมการนำเข้าเภสัชเคมีภัณฑ์

๓. กฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและออกใบอนุญาตร้านขายยา พ.ศ. ๒๕๕๖ มีบทบัญญัติเพื่อควบคุมการขายส่งยาสำเร็จรูปที่ผลิต นำเข้า และให้รายงานการขายยา ในรูปแบบ วิธีการ โดยรายงานออนไลน์ ผ่านระบบ FDA Reporter

เนื่องด้วยกฎกระทรวง ๓ ฉบับ ต้องรอกระบวนการออกกฎหมายรอง ขึ้นประกาศกระทรวงฯ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามมาหลายฉบับ และต้องผ่านกระบวนการตาม Good Regulatory Practice : GRP จึงต้องการเวลา อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ดำเนินการมาตรการต่าง ๆ โดยการขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการควบคุมไประยะเวลาหนึ่งแล้ว

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน^๖

๑. การนำเข้าทางด่านศุลกากรและด่านชายแดน

การนำเข้าสารเคมีที่ใช้ในการผลิตสเตอรอยด์ และการนำเข้าสเตอรอยด์สำเร็จรูป/เภสัชเคมีภัณฑ์ พบว่าอาจมีการแจ้งแจ้งข้อมูลนำเข้าที่เป็นเท็จ หลีกเลี่ยงการนำเข้าโดยการแสดงว่าเป็นส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิตอาหารสัตว์ ยาสัตว์หรือสารเคมีอื่น ๆ โดยส่วนหนึ่งพบข้อมูลว่ามีกรลักลอบนำเข้าด่านชายแดนชั่วคราวในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งมีขั้นตอนการตรวจสอบที่ไม่เข้มงวดมากนัก

๒. การผลิตสเตอรอยด์จากโรงงานผลิตยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้กำหนดให้ผู้นำเข้าและผู้ผลิตยาสเตอรอยด์ทุกแห่งต้องรายงานการผลิต การนำเข้าและการกระจายยาและสารเคมีที่ใช้ในการผลิต มายังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา FDA Reporter Raw Material to Finished Product แต่จากการเฝ้าระวังข้อมูลการผลิต นำเข้าและกระจายสเตอรอยด์ พบว่า ๑) มีสเตอรอยด์ที่ไม่มีฉลาก ๒) พบสเตอรอยด์ที่ไม่แสดงเลขทะเบียนยา ๓) พบสเตอรอยด์ที่บรรจุอยู่ในกระปุกยาชนิดยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ (NSAIDs) เช่น บรรจุอยู่ในกระปุกยาไพโรอิกซิคแอม (Piroxicam) ที่ปิดสนิท ไม่มีร่องรอยฉีกขาดของซีลพลาสติกที่ห่อบรรจุภัณฑ์ ซึ่งตรงกับข้อมูลในการเฝ้าระวังซึ่งพบว่ามีแหล่งผลิตจำนวนหนึ่งลักลอบใช้สารเคมีที่นำเข้าโดยไม่ถูกต้อง มาผลิตสเตอรอยด์และส่งขายให้ร้านขายยา โดยเฉพาะร้านขายยาประเภท ๒ และสถานพยาบาลบางกลุ่ม

๓. การกระจายจากแหล่งผลิต

การกระจายสเตอรอยด์ไปยังแหล่งกระจายในพื้นที่ต่าง ๆ พบว่าจะมีเซลส์ยาทำหน้าที่นำเข้าสารเคมีติดต่อซื้อขายและจัดส่งให้ที่ร้านยาหรือสถานพยาบาลในรูปแบบ “บิลขาว” มีข้อมูลปรากฏพบว่าเซลส์ยาเป็นตัวกลางประสานงานติดต่อให้อีกหลายโรงงาน “บิ๋มยา” ให้เหมือนของบริษัทอื่น ๆ ที่มีในท้องตลาด หรือจะทำขึ้นใหม่ให้มีรูปแบบเม็ดที่แตกต่าง

๔. ระบบการกำกับดูแล

ระบบการกำกับดูแลตาม FDA Reporter Raw Material to Finished Product ซึ่งเป็นระบบกำกับติดตามซึ่ื่อนำเข้า ผลิตและกระจายตามปกติ ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกแบบและกำหนดขึ้นนั้น ถือว่าเป็นระบบในการเฝ้าระวังการรั่วไหลและติดตามที่ดีมากในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามในระบบการเลื่อนไหลของสเตอรอยด์เถื่อนซึ่งไม่มีรายงานการนำเข้าและผลิตนั้น ยังไม่มีระบบการจัดการที่ชัดเจน จึงมีความเป็นไปได้ว่าความเสี่ยงข้อนี้จะกลายเป็นอีกหนึ่งจุดวิกฤติสำคัญในระบบที่ทำให้เกิดการรั่วไหลและไม่สามารถจัดการปัญหาได้อย่างแท้จริง

๕. ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสเตอรอยด์^๗

การแก้ปัญหาที่ผ่านมามุ่งเน้นไปจัดการกับแหล่งกระจายยา แต่ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสเตอรอยด์ยังมีน้อย จากงานวิจัยในพื้นที่จึงมีข้อเสนอให้มีการพัฒนาระบบการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่เกิดอันตรายจากการได้รับสเตอรอยด์ เน้นประชากรกลุ่มเสี่ยงกล่าวคือผู้ที่มีโอกาสเข้าถึงสเตอรอยด์ได้ง่ายซึ่งมักได้รับสเตอรอยด์โดยไม่รู้ตัว

๓.๒ มาตรการทางวิชาการและมาตรการทางสังคม

มีการนำองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยที่จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการปัญหาสเตรอยด์หลายระดับ ตั้งแต่การศึกษาวิจัยเพื่อให้เห็นสภาพปัญหา และขนาดของปัญหาจากผลกระทบของการนำสเตรอยด์มาใช้ อย่าง ผิดวัตถุประสงค์ในในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาความรุนแรงของการกระจายสเตรอยด์ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งยา อาหาร และเครื่องสำอาง ซึ่งได้ข้อค้นพบที่สำคัญดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แม้ว่าการศึกษาต่าง ๆ ที่ดำเนินการศึกษาจะทำ กันมานานแล้ว แต่ผลการศึกษาในปัจจุบันหลายชิ้นยืนยันสถานการณ์ปัญหาไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก

นอกจากนี้จากความรุนแรงของการกระจายสเตรอยด์ที่ปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะเภสัชกร ได้เร่งทำการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบต่อผู้บริโภคที่บริโภคผลิตภัณฑ์ เหล่านั้น กิจกรรมที่ดำเนินการ เช่น การจัดระบบการคัดกรองผู้ป่วยจากพิษสเตรอยด์ในชุมชน ผ่านการทำงานที่ ประสานเชื่อมโยงกันตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การส่งต่อ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชนในการดูแล หากพบ คนไข้ที่เกิดอันตรายและต้องการหยุดการใช้สเตรอยด์ เพื่อลดอาการถอนยา (Withdrawal syndromes) จนเกิด เป็นรูปแบบสำคัญในการคัดกรองพื้นที่ หรือเรียกว่ารูปแบบการสแกนพื้นที่ จากพื้นที่ต้นแบบในอำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ กระจายไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ ทั่วเขตภาคอีสานและภาคเหนือบางส่วน

ในการจัดการปัญหาสเตรอยด์ที่ผ่านมา บุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เช่น สมาคมเภสัชกรรมชุมชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ชมรม อสม. แห่งประเทศไทย ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ชมรมเภสัช ชนบท แผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และ การทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยได้ให้ความสำคัญกับปัญหานี้ โดยการรณรงค์แก้ไขปัญหายาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเกิดขึ้นของเครือข่ายรณรงค์เพื่อการใช้สเตรอยด์อย่างเหมาะสมและปลอดภัย โครงการจัดการสเตรอยด์โดย เครือข่ายชุมชน โครงการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการใช้ยาสเตรอยด์ที่ไม่เหมาะสม ในเขต ๕ โครงการพัฒนา กลไกเฝ้าระวังการกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตรอยด์ ในพื้นที่ ๒๐ จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาสเตรอยด์ โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น^๔

นอกจากนี้เครือข่ายยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสเตรอยด์ต่อสาธารณะ ผ่านการสื่อสารในช่องทางต่าง ๆ อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ ผ่านการพัฒนาแอปพลิเคชัน และระบบแจ้งเตือนภัยฐานข้อมูล คุณภาพความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ^๖ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสเตรอยด์มากขึ้น

ปัจจุบันในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้าน การใช้ยาปลอดภัยในชุมชน เพื่อไม่ให้มีการใช้ยาสเตรอยด์หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจมีการปนเปื้อนสเตรอยด์ โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงาน รับผิดชอบหลัก ในปีแรกกำหนดเป้าหมายให้แต่ละจังหวัดดำเนินการอย่างน้อย ๑ ตำบล กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ จัดทำโครงการการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน พัฒนาศักยภาพการใช้ยาของครัวเรือนและโรงเรียน เฝ้าระวังและ ควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน คัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยาและส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกในการจัดการตนเองในระยะ ต่อไป

๓.๓ ข้อจำกัดในการดำเนินการ

๑. การปราบปรามการปลอมปนสเตียรอยด์จำเป็นต้องมีการสืบสวน หาหลักฐาน ขณะที่ อย. ไม่ได้เป็นหน่วยงานด้านความมั่นคง จึงไม่สามารถของบประมาณที่จำเป็นในการดำเนินการ เช่น งบราชการลับ การจ้างนักสืบติดตาม ข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นพลเรือน ไม่ได้รับการฝึกฝนที่จะทำงานในลักษณะดังกล่าว

๒. ข้อจำกัดทางกฎหมายและความซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทั้งหน่วยงานด้านความมั่นคง กองบัญชาการปราบปรามคดีผู้บริโภค กรมศุลกากรที่ทำหน้าที่ในการตรวจปล่อยสินค้า

๓. การลักลอบผิดกฎหมายที่มีการข้ามพื้นที่ของจังหวัด

๔. ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลสเตียรอยด์ที่ยังไม่สามารถทวนสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

๔. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / ร่างมติ ๒ การจัดการสเตียรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย

อ้างอิง

^๑ รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ. (๒๕๕๐). การศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารที่มีสเตียรอยด์ปะปนโดยไม่มีการขออนุญาตทางการแพทย์ (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

^๒ เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, กฤติยา ชื่นงูเหลือม, อัมรินทร์ ทักขิณเสถียร, รัชตะ รัชตะนาวิน. การศึกษาดัชนีทางตรงจากการใช้ยาสเตียรอยด์โดยไม่ขออนุญาตทางการแพทย์ในประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล vol. 17, supp. (June 2007)

^๓ ภูญ. เนาวรัตน์ ทิพย์อุทัย (๒๕๕๖). โครงการศึกษาความคิดเห็นต่อมาตรการกำหนดรูปแบบหรือการแสดงสัญลักษณ์ของยา steroid รูปแบบรับประทาน : แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

^๔ ระบบแจ้งเตือนภัยฐานข้อมูลคุณภาพความปลอดภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <http://tumdee.org/alert/index.php>

^๕ มาศวลัย ลิขิตธนเศรษฐ์, รายงานสถานการณ์ห้องปฏิบัติการ เรื่องผลตรวจสเตียรอยด์ในยาแผนโบราณ, สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (๑๒ กันยายน ๒๕๕๗)

^๖ สุกัญญา ประเสริฐสุข และคณะ, โครงการพัฒนากลไกเฝ้าระวังการกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี ๒๕๕๗, เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเครือข่ายจัดการปัญหาสเตียรอยด์ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)

^๗ โครงการ “การจัดการสเตียรอยด์โดยเครือข่ายชุมชน” แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)

^๘ ภาณุโชติ ทองยัง และคณะ, อยาปลอมให้สเตียรอยด์ลายนวล, แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (สิงหาคม ๒๕๕๕)

^๙ รุ่งนภา กวางษ์ (๒๕๕๖). โครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาสเตียรอยด์ โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี : แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)

(ร่าง) เส้นทางการจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพของคนไทย

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
การควบคุมการนำเข้าสเตอรอยด์			
<ul style="list-style-type: none"> กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนากฎหมายให้สเตอรอยด์ (วัตถุพิษและยาสำเร็จรูป) เป็นสินค้าที่ต้องขออนุญาตนำเข้าจากกระทรวงพาณิชย์ ตาม พ.ร.บ.การส่งออกไปนอก และการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. ๒๕๒๒ เพื่อเข้มงวดการตรวจสอบสเตอรอยด์ ณ ด่านศุลกากร และเพิ่มบทลงโทษทางแพ่งและอาญาแก่ผู้ฝ่าฝืน ยกระดับความสำคัญในการตรวจสอบและเฝ้าระวังการลักลอบนำเข้าสเตอรอยด์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การนำติดตัวเข้ามา ไม่แจ้งใบรายการสินค้า (invoice) ทำให้หลุดลอดผ่านด่านตรวจสินค้าได้ 	<ul style="list-style-type: none"> มีประกาศกระทรวงพาณิชย์ควบคุมการนำเข้าสเตอรอยด์ทั้งวัตถุพิษและยาสำเร็จรูป ให้เป็นสินค้าที่ต้องขออนุญาตนำเข้าจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ มีมาตรการและตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังการลักลอบนำเข้าสเตอรอยด์ที่ชัดเจน 	<p>เป้าหมาย</p> <p>ประชาชนไม่เจ็บป่วยจากการได้รับสเตอรอยด์โดยไม่จำเป็น ตัวชี้วัด</p> <p>ความชุกของปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสเตอรอยด์ลดลง</p>
การควบคุมการกระจายสเตอรอยด์			
<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 	<ul style="list-style-type: none"> จำกัดช่องทางจำหน่ายให้เหมาะสมกับหลักวิชาการและความจำเป็นด้านสุขภาพ จำกัดปริมาณการผลิต นำเข้า จำหน่าย ยกเลิกเรจูลูและเคมีภัณฑ์ ให้สอดคล้องกับปริมาณความต้องการใช้ในสถานพยาบาล ทบทวนทะเบียนตำรับยาสเตอรอยด์เพื่อควบคุมความเสี่ยงจากการใช้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> มีการออกกฎหมายควบคุมการกระจายยาสเตอรอยด์ โดยจำกัดช่องทางจำหน่ายและจำกัดปริมาณการผลิต นำเข้าและจำหน่าย มีการทบทวนเรื่องรูปลักษณะของยาสเตอรอยด์ 	<p>มีการป้องกันและควบคุมการใช้สเตอรอยด์ในทางที่ผิด ตัวชี้วัด</p> <p>จำนวนครัวเรือนที่มีผลิตภัณฑ์สเตอรอยด์</p>

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> • สภาวิชาชีพ • กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 	<ul style="list-style-type: none"> • สภาเภสัชกรรมและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รมรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพในการป้องกันและแก้ไข ปัญหา รวมทั้งกำกับดูแลและดำเนินการด้านจรรยาบรรณกับผู้ประกอบวิชาชีพที่กระทำผิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด • กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รมรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขให้แก่ผู้ประกอบการสถานพยาบาลแผนไทย เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายในการใช้สเตอรอยด์หรือผลิตภัณฑ์ผสมสเตอรอยด์ 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการดำเนินการทางจรรยาบรรณกับผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสเตอรอยด์ • ผู้ประกอบ การและ ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ 	
<ul style="list-style-type: none"> • สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา • สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด • สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ • สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด • เครือข่ายพระสงฆ์ต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> • สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ เครือข่ายพระสงฆ์ต่าง ๆ และสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด จัดทำแผนงานและกำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน ในการสร้างความรู้ ความเข้าใจของวัดและพระสงฆ์เกี่ยวกับกฎหมายด้านการผลิตจำหน่ายและใช้ยา รวมทั้งอันตรายจากการใช้สเตอรอยด์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจไม่พบการใช้สเตอรอยด์ในการผลิตยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ผลิตหรือจำหน่ายโดยวัดหรือพระสงฆ์ รวมทั้งน้ามนต์ • มีแผนและตัวชี้วัดในการสร้างความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือของวัดและพระสงฆ์ในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิต จำหน่ายและใช้ยา 	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> กรมตุลาการ กระทรวงพาณิชย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ผู้ประกอบการผลิต นำเข้าจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน และสมาคมภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดการข้อมูลการกระจายยาสเตอร์รอยด์ โดย <ul style="list-style-type: none"> ออกกฎหมายเพื่อบังคับให้ผู้รับอนุญาตยาต้องรายงานการขาย ผลิต นำเข้ายาสเตอร์รอยด์ทั้งวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป ในรูปแบบ วิธีการ และความถี่ที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ พัฒนาและจัดมาตรฐานข้อมูลการกระจายยาสเตอร์รอยด์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อมโยงกันและเป็นปัจจุบัน ตั้งแต่การนำเข้าวัตถุดิบ การผลิต ยาสำเร็จรูป และการจำหน่ายของแหล่งกระจายยา เช่น ร้านยา สถานบริการสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงกันเพื่อใช้ควบคุมและตรวจสอบย้อนกลับการนำเข้า ผลิตและจำหน่ายยาสเตอร์รอยด์ ทั้งวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป มีกฎหมายบังคับให้ผู้รับอนุญาตต้องรายงานการขาย ผลิตและนำเข้ายาสเตอร์รอยด์ 	
เฝ้าระวัง ปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย			
<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยกองบังคับการปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับคุ้มครองผู้บริโภค กรมตุลาการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล กลไกของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> สร้างมาตรการสืบสวน สอบสวนเชิงลึกเพื่อป้องกันและปราบปรามผู้ฝ่าฝืนกฎหมายหรือปนสเตอร์รอยด์ โดยทำงานเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายของหน่วยงานในส่วนกลางและจังหวัด ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมแหล่งกระจายที่มีความเสี่ยง และเคร่งครัดในการบังคับใช้กฎหมาย จัดทำคู่มือพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบเฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับยาสเตอร์รอยด์ 	<ul style="list-style-type: none"> มีแผนบูรณาการป้องกัน เฝ้าระวังและปราบปรามผู้ฝ่าฝืน มีคู่มือพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบ เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับยาสเตอร์รอยด์ มีทีมเฉพาะกิจเพื่อสืบสวนหาข่าวเชิงลึก จับกุมและปราบปรามแหล่งผลิต/กระจายยาผลิตภัณฑ์ปนสเตอร์รอยด์ 	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาสาสมัครประจำบ้านหมู่บ้าน (อสม. เขียวชาญด้านคุ้มครองผู้บริโภค) กองทุนสุขภาพตำบล ศูนย์หลักประกันสุขภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน กลไกของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> สนับสนุนส่งเสริมให้มีการตรวจเฝ้าระวังและจัดการปัญหาตลอดรอยantaiในพื้นที่ โดย <ul style="list-style-type: none"> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายให้กองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนบทบาทการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาตลอดรอยantaiในพื้นที่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพพัฒนา อสม. ให้มีขีดความสามารถในการตรวจสอบ เฝ้าระวังและจัดการปัญหาตลอดรอยantai กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจริยผลการทดสอบตลอดรอยantaiของ อสม. โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ร่วมกับศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภคและอาสาสมัครประจำบ้านหมู่บ้าน ตรวจสอบเฝ้าระวังในพื้นที่ จัดการปัญหาตลอดรอยantaiในพื้นที่ และแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำบ้านในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาตลอดรอยantaiในพื้นที่ มีกิจกรรมเฝ้าระวัง ควบคุมแหล่งกระจายยา และจัดการปัญหาสเตอรอยด์ในชุมชน 	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
สร้างกลไกชุมชนจัดการยาตลอดรอยantai			
<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงมหาดไทย ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อบจ. อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการคัดกรอง รักษาและส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์โดยไม่รู้ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของ อสม. และบุคลากรทางการแพทย์ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> มีการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยา และส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีการพัฒนา 	ผลลัพธ์/ผลกระทบ

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<ul style="list-style-type: none"> กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สสจ. สสอ. รพ.สต. รพช. รพท. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> สร้างกลไกพัฒนาพื้นที่ที่มีกลไกของชุมชนเพื่อทำหน้าที่ป้องกัน เฝ้าระวัง และแจ้งปัญหาการระบาดของสเตรอยด์เข้าสู่ระบบแจ้งเตือนภัยสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> กลไกในการจัดการตนเองในระยะต่อไป มีการประชาสัมพันธ์และสื่อรณรงค์เรื่องยาสเตรอยด์ มีการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ที่อาจผสมสเตรอยด์ และรายงานเข้า single window เพื่อเตือนภัยการปนเปื้อนสเตรอยด์ 	
การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน			
<ul style="list-style-type: none"> ผู้ประกอบการผลิต นำเข้า จำหน่ายยา ผู้ประกอบการสถานพยาบาล สมาคม ชมรม เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบการค้าขายและสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ปฏิบัติตามกฎหมาย รณรงค์และขอความร่วมมือให้สมาชิกปฏิบัติตามกฎหมาย มีส่วนร่วมในการควบคุมให้มีการจำหน่ายและใช้สเตรอยด์เป็นไปตามกฎหมาย และ/หรือ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ รายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตรอยด์ในสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการควบคุมการใช้และกระจายสเตรอยด์ให้เป็นไปตามกฎหมาย ผู้ประกอบการและผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามกฎหมาย 	
การติดตาม ประเมินผล			
<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบรายงานประเมินผลมาตรการการจัดการสเตรอยด์ในภาพรวมของประเทศ ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน 	<ul style="list-style-type: none"> มีระบบรายงานประเมินผล มาตรการการจัดการสเตรอยด์ในภาพรวมของประเทศ 	

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สสจ. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน ชมรมร้านขายยา แห่งประเทศไทย สมาคมร้านขายยา ร้านยาคลินิก โรงพยาบาล</p>	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการรายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์ในโรงพยาบาล และการรายงานของกลไกของชุมชน เพื่อให้ทราบสถานการณ์การระบาดในชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> สถานการณ์การระบาดของสเตอรอยด์ในชุมชนที่ทันการณ์ มีระบบการรายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์ในโรงพยาบาลและชุมชน 	

*สเตอรอยด์ (Steroid) ในที่นี้หมายถึง ยากลุ่มสเตอรอยด์จำพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ ซึ่งเป็นสารที่มีคุณสมบัติต้านการอักเสบและกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่นิยมใช้และมีปัญหาการใช้ในทางที่ผิดมาก เช่น เดกซาเมทาโซน เพรดนิโซโลน เป็นต้น

เส้นทางเดินของมติการจัดการสาธารณสุขของคนไทย	
ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ
<p>1. ควบคุมการนำเข้าสเตอรอยด์</p> <p>กรมศุลกากร อย. กรมการค้าต่างประเทศ อย.</p> <p>2. ควบคุมการกระจายสเตอรอยด์</p> <p>อย.</p>	<p>1. ให้สเตอรอยด์เป็นสินค้าที่ต้องขออนุญาตนำเข้าจากกระทรวงพาณิชย์</p> <p>2. ยกระดับความสำคัญการตรวจสอบ/เฝ้าระวังการลักลอบนำเข้าสเตอรอยด์</p> <p>• จำกัดช่องทางจำหน่าย/ปริมาณการผลิต นำเข้า จำกัดสเตอรอยด์</p> <p>• ทบทวนทะเบียนตำรับยา</p> <p>• เฝ้าระวังควบคุมกระจายของผู้ประกอบวิชาชีพ</p> <p>• รณรงค์ สร้างความตระหนักรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพและให้ข้อมูลประชาชน</p> <p>• จัดทำแผนงานและกำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน ในการสร้างความรู้ความเข้าใจของจิตและพระสงฆ์เกี่ยวกับกฎหมายด้านการผลิตจำหน่ายและใช้ยา รวมทั้งอันตรายจากการใช้สเตอรอยด์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย</p> <p>• การจัดการข้อมูลการกระจายสเตอรอยด์ โดยออกกฎหมายบังคับให้ผู้ประกอบการจัดทำรายงาน และพัฒนาระบบข้อมูล ให้เชื่อมโยงกันทั้งวงจกร เป็นปัจจุบัน</p>
<p>สภาวิชาชีพ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ</p> <p>สำนักงานพระพุทธศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด เครือข่ายพระสงฆ์</p> <p>กรมศุลกากร อย. สสจ. ผู้ประกอบเภสัชกร สมาคมภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>• ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามกฎหมาย/จรรยาบรรณ และลงโทษผู้กระทำผิด</p> <p>• ตรวจไม่พบสเตอรอยด์ในการผลิตยา/นำมณฑ ที่วัดผลิต/จำหน่าย มีแผนและตัวชี้วัดในการสร้างความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายการผลิต จำหน่ายและใช้ยา</p> <p>• ข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงกันเพื่อใช้ควบคุมและตรวจสอบย้อนกลับการนำเข้า ผลิตและจำหน่าย สเตอรอยด์ ทั้งวัดเถิดขันธ์และยาสำเร็จรูป</p> <p>• มีกฎหมายบังคับให้ผู้ประกอบการรายงานการขาย ผลิตและนำเข้าสเตอรอยด์</p>
<p>3. เฝ้าระวัง ปราบปรามและบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>อย. สสจ. กองบังคับการปราบปรามคดีผู้บริโภค กรมศุลกากร องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล กลไกของชุมชน</p> <p>• สบสช. • กรมส่งเสริมการปกครอง • กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ • กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ • อสม. • กองทุนสุขภาพตำบล • ศูนย์ศึกษาสุขภาพ เครือข่าย • ศูนย์ศึกษาสุขภาพประชาชน • กลไกชุมชน</p>	<p>• สร้างมาตรการสืบสวน สอบสวนเชิงลึกที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เพื่อป้องกันและปราบปรามผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย</p> <p>• เพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมแหล่งกระจายที่มีความเสี่ยง และเคร่งครัดในการบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>• ให้กองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนบทบาทการเฝ้าระวัง สเตอรอยด์ในพื้นที่</p> <p>• พัฒนาศีตคติความสามาร อสม. ในการตรวจสอบ เฝ้าระวังและจัดการปัญหาสเตอรอยด์</p> <p>• สนับสนุนตรวจยืนยันผลการทดสอบสเตอรอยด์ของ อสม. โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และแจ้ง อย./สสจ.</p> <p>• อสม. ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ศูนย์คุ้มครองผู้บริโภค ตรวจ เฝ้าระวัง และจัดการปัญหาในพื้นที่ และแจ้งเจ้าหน้าที่</p>
	<p>ผลผลิต/ตัวชี้วัด</p> <p>• ประกาศกระทรวงพาณิชย์ควบคุมการนำเข้าสเตอรอยด์ทุกชนิด</p> <p>• มีมาตรการและตัวชี้วัดในการเฝ้าระวังการลักลอบนำเข้าสเตอรอยด์</p> <p>• มีกฎหมายจำกัดช่องทางจำหน่าย/ปริมาณผลิต นำเข้า จำกัดสเตอรอยด์</p> <p>• มีการทบทวนเรื่องรูปเล่มของยาสเตอรอยด์</p> <p>• ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามกฎหมาย/จรรยาบรรณ และลงโทษผู้กระทำผิด</p> <p>• ตรวจไม่พบสเตอรอยด์ในการผลิตยา/นำมณฑ ที่วัดผลิต/จำหน่าย มีแผนและตัวชี้วัดในการสร้างความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายการผลิต จำหน่ายและใช้ยา</p> <p>• ข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงกันเพื่อใช้ควบคุมและตรวจสอบย้อนกลับการนำเข้า ผลิตและจำหน่าย สเตอรอยด์ ทั้งวัดเถิดขันธ์และยาสำเร็จรูป</p> <p>• มีกฎหมายบังคับให้ผู้ประกอบการรายงานการขาย ผลิตและนำเข้าสเตอรอยด์</p> <p>• แผนบูรณาการป้องกัน เฝ้าระวังและปราบปรามผู้ฝ่าฝืน</p> <p>• ศีตคติพนักงานเจ้าหน้าที่ในการตรวจสอบ เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับยาสเตอรอยด์</p> <p>• ทีมเฉพาะกิจสืบสวนหาข่าวเชิงลึก จับกุม/ปราบปรามแหล่งผลิต/กระจายผลิตภัณฑ์สเตอรอยด์</p> <p>• มีกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม.</p> <p>• มีกิจกรรมเฝ้าระวัง ควบคุมแหล่งกระจายยา และจัดการปัญหาสเตอรอยด์ในชุมชน</p>

ปัจจัยนำเข้า

4. สร้างกลไกชุมชนจัดการยาเสพติด

- กระทรวงมหาดไทย ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อบจ. อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)
- กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สสจ. สสอ. รพ.สต. รพช. รพท. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- สปสช.

5. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

- ผู้ประกอบการผลิต นำเข้า จำหน่าย
- ผู้ประกอบการสถานพยาบาล
- สมาคม ชมรม เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการด้านสถานพยาบาล

6. การติดตาม ประเมินผล

- อย. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- อย. สสจ. สสมค./ชมรมด้านยาหรือวิชาชีพ รานยา คลินิก โรงพยาบาล

กระบวนการ

- พัฒนาระบบการค้นหา คัดกรอง รักษาและส่งต่อผู้ป่วยจากการใช้สเตอรอยด์ และศักยภาพของ อสม./บุคลากรทางการแพทย์ ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- สร้างกลไกของชุมชนเพื่อป้องกัน เฝ้าระวังและแจ้งปัญหาการระบาดของสเตอรอยด์เข้าระบบแจ้งเตือนภัย สื่อสาร ประชาสัมพันธ์แก่ชุมชน

- ปฏิบัติตามกฎหมาย
- รณรงค์ให้สมาชิกปฏิบัติตามกฎหมาย
- มีส่วนร่วมในการควบคุมการจำหน่ายและใช้สเตอรอยด์
- รายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์

- พัฒนาระบบรายงานประเมิณผลมาตรการจัดการสเตอรอยด์ของประเทศไทย

- พัฒนาระบบการรายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์ รวมทั้งการรายงานของกลไกของชุมชน ให้ทราบสถานการณ์การระบาด

ผลลัพธ์/ผลกระทบ

เป้าหมาย ประชาชนไม่เจ็บป่วยจากการได้รับสเตอรอยด์โดยไม่จำเป็น ตัวชี้วัด ความสุขของปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสเตอรอยด์ลดลง

มีการป้องกันและควบคุมการใช้สเตอรอยด์ในทางที่ผิด ตัวชี้วัด จำนวนครัวเรือนที่ไม่มีผลิตภัณฑ์สเตอรอยด์

ผลผลิต/ตัวชี้วัด

- มีการคัดกรอง/ส่งต่อผู้ป่วยจากการใช้สเตอรอยด์
- กิจกรรมรณรงค์เปลี่ยนเรียนรู้กระตุ้นให้ชุมชนพัฒนากลไกการจัดการจัดการตนเอง
- มีสื่อรณรงค์และการประชาสัมพันธ์เรื่องยาเสพติด
- มีการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ต้องสงสัย และรายงานเตือนภัยการปนเสเตอรอยด์

- ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการควบคุมการใช้และกระจายสเตอรอยด์ให้เป็นไปตามกฎหมาย
- ผู้ประกอบการและผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติตามกฎหมาย

- มีระบบรายงานประเมิณผลมาตรการจัดการสเตอรอยด์ของประเทศไทยต่อเนื่อง

- สถานการณ์การระบาดของสเตอรอยด์ในชุมชนที่ทันการณ
- ระบบการรายงานและสอบสวนสาเหตุผู้ได้รับอันตรายจากสเตอรอยด์ในโรงพยาบาลและชุมชน

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เจ็ด

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย^๑

กังวล ต่อการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ข้ามพรมแดน โรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพข้ามพรมแดน และการเปลี่ยนแปลงทั้งที่เกิดขึ้นเป็นภัยโดยธรรมชาติและโดยมนุษย์ โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพและความกินดีอยู่ดีของประชาชนไทยและประชาชนในทุกภูมิภาคของโลก

ตระหนัก ว่าการติดต่อเชื่อมโยงระหว่างประเทศเนื่องจากการเดินทางไปมาหาสู่กันมากขึ้น โดยเฉพาะในประชาคมอาเซียน จะทำให้โรคติดต่อขยายตัวรวดเร็วหากไม่มีมาตรการรองรับ

ตระหนัก ว่าการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขภัยคุกคามสุขภาพจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากพฤติกรรม เช่น การบริโภคยาสูบ สุรา หรือยาเสพติด ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และภัยจากเทคโนโลยี ไม่สามารถกระทำได้โดยประเทศหนึ่งประเทศใดเพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกประเทศ

ตระหนัก ว่ายังมีปัญหาด้านสุขภาพหลายประการที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว ผู้อพยพ ผู้ลี้ภัย คนไร้รัฐ ผู้ต้องกัก และผู้ลี้ภัยเข้าเมืองที่เข้ามาในประเทศไทย และคนไทยที่ไปทำงานในต่างประเทศทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย จำเป็นต้องแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในประเทศและระหว่างประเทศ

ตระหนัก ว่าผู้มีบทบาทในการกำหนดทิศทางด้านสุขภาพและดำเนินการให้ได้ผล ไม่ได้จำกัดเพียงรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ทำงานด้านสุขภาพโดยเฉพาะ แต่มาจากหลายภาคส่วน เช่น ภาครัฐทั้งในและนอกภาคสุขภาพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงกลไกสุขภาพระดับท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก ซึ่งเกี่ยวข้องกันกับองค์กรระหว่างประเทศเป็นจำนวนมาก

รับทราบ ว่าประเทศไทยได้พัฒนาระบบการจัดการความร่วมมือภายในประเทศและต่างประเทศในการจัดการปัญหาภัยต่อสุขภาพได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ เช่น การควบคุมการระบาดของโรคซาร์ส การเฝ้าระวังและการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการระบาดของไวรัสอีโบล่า การกำจัดคราบน้ำมันในน่านน้ำทางทะเล ซึ่งหากมีความเข้าใจ มีการเตรียมพร้อม และมีความร่วมมือมากขึ้นจากทุกภาคส่วนและจากสังคมสุขภาพโลก จะทำให้การดำเนินการราบรื่นและปัญหาน้อยลงกว่าเดิม

รับทราบ ว่าประเทศไทยได้แสดงบทบาทนำสำคัญในเวทีสุขภาพโลก (ทั้งทวีภาคี อนุภูมิภาค ภูมิภาค และระดับโลก) เฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดและผลักดันวาระสุขภาพที่สำคัญ ๆ การมีจุดยืนรักษาผลประโยชน์และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนา เช่น การผลักดันกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ การผลักดันหลักประกัน

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / หลัก ๕

สุขภาพถ้วนหน้า การผลักดันการแบ่งปันผลประโยชน์จากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ซึ่งเป็นฐานการพัฒนาวัคซีน การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ระหว่างประเทศ เพื่อการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุข การให้ความช่วยเหลือในกรณีภัยพิบัติธรรมชาติ เช่น ใต้ฝุ่นในพม่า และเฮติ และกรณีอีโบล่าในประเทศแอฟริกาตะวันตก

รับทราบ ว่าประเทศไทยได้ให้ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศสมาชิกอาเซียน ตลอดจนประเทศในภูมิภาคอื่น ๆ อาทิ ประเทศในแอฟริกาและหมู่เกาะแปซิฟิก การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบาดวิทยา การป้องกันโรคติดต่อ ตลอดจนให้การรักษายาบาลประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน

ตระหนัก ว่าการดำเนินการด้านสุขภาพมีผลต่อเศรษฐกิจของประเทศและประชาชนไทย เช่น การนำการดูแลสุขภาพแผนไทยออกสู่เวทีสุขภาพโลก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการปกป้องสิทธิทางภูมิปัญญาด้วย ขณะเดียวกัน การดำเนินนโยบายการค้าระหว่างประเทศ การเจรจาข้อตกลงการค้าเสรี และข้อตกลงระหว่างประเทศ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะสินค้าที่ทำลายสุขภาพหรือไม่ปลอดภัย หรือทำลายสิ่งแวดล้อม และการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา จึงมีความจำเป็นต้องมีระบบการประสานงานกัน อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้การดำเนินงานนโยบายต่าง ๆ มีความสอดคล้องกัน โดยรักษาผลประโยชน์ของประเทศและประชาชนไทยในภาพรวม

เล็งเห็น ความสำคัญของการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพโลก การพัฒนาบุคลากร การมีกลไกประสานงานให้ประเทศไทยสามารถรักษาความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนไทย และสามารถแสดงบทบาทนำสำคัญในเวทีสุขภาพโลกต่าง ๆ เวทีการเจรจาการค้าที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ

เล็งเห็น ว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยเป็นกรอบทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทย สร้างประโยชน์ต่อสังคมโลก ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ เป้าหมายแห่งสหประชาชาติ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อทั้งคนไทยและประชากรโลก

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรองแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ ตามผนวกแนบท้ายมตินี้^๒ และมีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างเต็มที่

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ เป็นกรอบในการดำเนินการของประเทศต่อไป

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนกระบวนการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก โดยมีองค์ประกอบจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงอื่น ๆ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ให้แล้วเสร็จภายใน ๖ เดือน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดกลไกการดำเนินการสนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าและประเมินผล รวมทั้งสื่อสารการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์ อย่างเป็นรูปธรรมร่วมกัน ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี นับจากวันที่การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลกแล้วเสร็จ

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

^๒ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗. มติ ๕. ผนวก ๑

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๓ (Thailand Global Health Strategies 2015 – 2020)

คำจำกัดความ

สุขภาพโลก (Global Health) หมายถึง ปัญหาหรือข้อกังวลด้านสุขภาพที่ข้ามพรมแดน หรือผลจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนอกพรมแดน และเกินขอบเขตและความสามารถของรัฐใดรัฐหนึ่งที่จะดำเนินการได้สำเร็จ ต้องการกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระดับภูมิภาคหรือระดับโลก เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดปัญหาเหล่านั้น

ระบบสุขภาพโลก (Global Health System) หมายถึง ระบบและกลไกการจัดการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ข้ามพรมแดน ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และความร่วมมือระหว่างประเทศ

๑. สถานการณ์และความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาค

โลกาภิวัตน์ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา ได้แก่ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดต่อต่าง ๆ การขาดสารอาหาร การขาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี ไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก และล่าสุดคืออีโบล่า การแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยาปฏิชีวนะ แนวนอนโรคไม่ติดต่อ และโรคเรื้อรัง รวมทั้งความพิกการ ที่เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะโลกร้อน และการตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ นอกจากนี้ ประเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งเทคโนโลยีมากขึ้น ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น จึงเกิดประเด็นใหม่ ๆ ด้านสุขภาพขึ้น เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับปัญหาสุขภาพที่ขาดการเหลียวแล (neglected health problems) ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน คนไร้รัฐ ผู้ลี้ภัย ปัญหาการบริการด้านสุขภาพภาคเอกชนที่มุ่งต้องตามมาตรฐาน เป็นต้น

ประเด็นปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแก้ไขได้โดยลำพังจากภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขของประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือองค์กรระหว่างประเทศองค์กรใดองค์กรหนึ่ง เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับภารกิจและอำนาจหน้าที่ของหลายกระทรวง หลายองค์กรระหว่างประเทศ รวมทั้งภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาสังคม/ชุมชน เป็นอย่างมาก

๑.๒ การเปลี่ยนแปลงของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในทุกระดับ

องค์กรและกลไกที่มีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทขององค์การอนามัยโลก หรือองค์กรภายใต้สหประชาชาติ ซึ่งเป็นกลไกอภิบาลที่ยึดโยงกับรัฐ ได้แก่ รัฐบาลและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก อีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งภูมิรัฐศาสตร์ ทำให้มีองค์กรระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ธนาคารโลก องค์การการค้าโลก องค์การชำนาญพิเศษต่าง ๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บริษัทข้ามชาติ กองทุนพัฒนาที่จัดตั้งโดยรัฐบาลของประเทศมั่งคั่ง เป็นต้น องค์กรเหล่านี้มีทั้งที่เข้าดำเนินการด้วยตนเอง และร่วมกันจัดตั้งภาคีเครือข่ายการพัฒนาสุขภาพระดับโลกขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น การจัดตั้งกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ซึ่งสามารถระดมทุนดำเนินการได้ถึงเกือบหนึ่งล้านล้านบาทในช่วงสิบปีที่ผ่านมา

นอกจากนี้ ยังมีการรวมตัวกันเป็นประชาคมของประเทศในระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป ประชาคมอาเซียน และกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ หรือมีข้อตกลงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมากมาย เช่น ความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก (Asia-Pacific Economic Cooperation หรือ APEC) การประชุมรัฐมนตรีต่างประเทศเอเชีย-ยุโรป (Asia-Europe Meeting หรือ ASEM) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรอบความร่วมมือทางวิชาการและเศรษฐกิจระหว่าง ๗ ประเทศในอ่าวเบงกอล (Bay of Bengal Initiative for Multi-Sectoral Technical and Economic Cooperation หรือ BIMSTEC) เป็นต้น บทบาทและการดำเนินการของกลไกเหล่านี้มีผลกระทบทำให้บทบาทขององค์กรที่เคยเป็นหลักด้านสุขภาพในระดับโลกและประเทศ คือองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ได้ปรับเปลี่ยนไปจากกลไกที่เป็นระบบอภิบาลโดยรัฐเพียงอย่างเดียวไปสู่กลไกที่เป็นระบบอภิบาลแบบเครือข่าย หรือแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

๑.๓ ความเชื่อมโยงระหว่างงานด้านสุขภาพกับการต่างประเทศ

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพและกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปดังกล่าว มีผลกระทบต่อ การสร้างภาพลักษณ์ของประเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การรักษาผลประโยชน์ของประเทศในเวทีโลก และระบบสันติภาพและความมั่นคงในโลก ซึ่งล้วนเป็นภารกิจหลักของกระทรวงการต่างประเทศ โดยการสนับสนุนของกระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข จึงส่งผลให้ประเด็นสุขภาพโลกกลายเป็นประเด็นนโยบายต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จากการที่หลายประเทศมีการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก มีการตั้งทูตพิเศษด้านสุขภาพ (Health Ambassadors) มีการตั้งกองสุขภาพโลกในกระทรวงการต่างประเทศ มีการกำหนดตำแหน่งผู้ช่วยทูตด้านสาธารณสุข (Health Attache) ในสถานทูตต่าง ๆ บางประเทศยังเคยกำหนดให้ผู้ดูแลเรื่องสุขภาพระหว่างประเทศในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารที่มาจากกระทรวงการต่างประเทศ และมีการกำหนดให้หน่วยงานด้านสุขภาพโลกในกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานระดับกรมด้วย

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๙ กระทรวงการต่างประเทศ ๗ ประเทศ ซึ่งเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพโลก ได้ร่วมกันจัดตั้งเครือข่าย “นโยบายต่างประเทศและสุขภาพโลก” (Foreign Policy and Global Health – FPGH) ขึ้น โดยมีสมาชิกคือ บราซิล ฝรั่งเศส อินโดนีเซีย นอร์เวย์ เซเนกัล สหภาพแอฟริกาใต้ และไทย เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนประเด็นสำคัญด้านสุขภาพเข้าสู่เวทีระหว่างประเทศ เช่น ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้ประสบความสำเร็จในการผลักดันมติสมัชชาสหประชาชาติเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

นอกจากนี้ ศักยภาพ ทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาของไทยด้านสุขภาพ ยังได้รับการยอมรับในระดับภูมิภาคและระดับโลกเป็นอย่างสูง ทั้งในเรื่องการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพ การแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะความสำเร็จในด้านการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุนเหล่านี้สามารถระดมมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายด้านต่างประเทศได้เป็นอย่างดี

๑.๔ การมีสุขภาพที่ดีเอื้อต่อการพัฒนา

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษได้รวมเป้าหมายด้านสุขภาพไว้ด้วย ในฐานะที่สุขภาพที่ดีของประชาชนสามารถส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติได้ ทั้งนี้ เป้าหมายแห่งสหัสวรรษจะครบวาระในปี ๒๕๕๘ และประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้ร่วมกันจัดทำเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งได้บรรจุประเด็นสาธารณสุขเป็น ๑ ใน ๑๗ เป้าหมาย ที่ครอบคลุมการผลักดันการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขจัดโรคเอดส์ การควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่น ๆ การลดอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ และการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น ทั้งนี้ ปัจจุบันประเทศสมาชิกสหประชาชาติกำลังหารือและเจรจาเป้าหมายเหล่านี้เพื่อบรรจุเข้าเป็นวาระเพื่อการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (Post-2015 Development Agenda) ที่จะเป็นการรอบการพัฒนาที่สำคัญให้นานาชาติทั่วโลกใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

นอกจากนั้น ประเทศไทยยังตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมีพลวัตสูง และกำลังพัฒนาไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือกันถึงความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ซึ่งประกอบด้วย ๒๑ ประเด็นสำคัญ ภายใต้ ๔ กลุ่มการพัฒนาสุขภาพ ได้แก่ (๑) การส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (๒) การตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ (๓) การเสริมสร้างระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ และ (๔) การตรวจสอบคุณภาพและความไม่ปลอดภัยทางอาหารและยา การสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร ซึ่งการดำเนินงานในประเด็นสำคัญดังกล่าวให้ได้ผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยศักยภาพ ความพร้อม และความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ภายในประเทศด้วย

๒. บทบาทของประเทศไทยในเวทีสุขภาพระดับโลกและระดับภูมิภาค

ประเทศไทยแสดงบทบาทนำในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ ตั้งแต่ระดับความร่วมมือทวิภาคี กรอบอนุภูมิภาค ระดับภูมิภาค จนถึงระดับโลก ทั้งในด้านการกำหนดวาระ การออกแบบสาระสำคัญของนโยบาย การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การพัฒนาาระบบสุขภาพ การเป็นแหล่งศึกษาดูงานด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของนานาประเทศ และการให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมแก่ประเทศที่ประสบภัยพิบัติหรือการระบาดของโรคติดต่อ เป็นต้น

ประเทศไทยได้ให้ความร่วมมือด้านสาธารณสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศสมาชิกอาเซียน ตลอดจนประเทศในภูมิภาคอื่น ๆ อาทิ ประเทศในแอฟริกาและหมู่เกาะแปซิฟิก ในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การระบอดวิทยา การป้องกันโรคติดต่อ ตลอดจนการรักษาพยาบาลประชาชนของประเทศเพื่อนบ้านตามแนวชายแดน และมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม เช่น กรณีโรคไข้หวัดนก กรณีอีโบล่า ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เฮติ เป็นต้น

ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดวาระและนโยบายสุขภาพโลกที่มีจุดยืนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพทั้งภายในประเทศและระดับโลก ที่ช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ตัวอย่างเช่น

- **การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์** ซึ่งประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินการหลายด้าน เช่น โครงการรณรงค์ ๑๐๐ เปอร์เซนต์ ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ประชาชนทั่วไป การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคอย่างทั่วถึง การมีระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ประโยชน์ในการวางแผนและการประเมินผลงานได้เป็นอย่างดี การจัดบริการยาต้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง การบริการยาต้านไวรัสแก่แรงงานต่างด้าวมากกว่า ๓,๐๐๐ ราย โดยใช้งบประมาณจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย สนับสนุนค่ายาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากภายในประเทศในสัดส่วนสูงถึงเกือบร้อยละ ๙๐ ของงบประมาณดำเนินงานทั้งหมด แสดงออกถึงความมุ่งมั่นอย่างจริงจังในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกมิติ ทำให้งานเอดส์ของประเทศไทยมีความก้าวหน้า สามารถลดปัญหาและผลกระทบได้อย่างชัดเจน และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ

- **การประสบความสำเร็จในการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** ให้เป็นผลสำเร็จภายในประเทศ แม้องค์กรด้านนโยบายเศรษฐกิจระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก จะคัดค้านว่านโยบายดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงสำหรับประเทศกำลังพัฒนา โดยอาจส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศล้มละลายได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงมากขึ้น ซึ่งความสำเร็จของนโยบายนี้ทำให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำ และเป็นการจุดประกายให้หลายประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงหรือต่ำกว่าประเทศไทยเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะทำให้สำเร็จ ทำให้หลายประเทศเริ่มมีเป้าหมายในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและได้รับการป้องกันโรคและการรักษาอย่างเหมาะสม เช่น การผ่าตัดต่อกระดูก การได้รับยาต้านไวรัสที่เหมาะสมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การล้างไต การสวนหัวใจช่วยชีวิตผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น ประเทศไทยจึงได้ร่วมกับประเทศสมาชิกเครือข่าย “นโยบายต่างประเทศและสุขภาพโลก” ผลักดันให้เกิดมติสมัชชาสหประชาชาติในเรื่องนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และกำลังร่วมกันผลักดันให้บรรลุเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้เป็นเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน และคาดว่าจะได้รับการบรรจุเข้าเป็นวาระเพื่อการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕

- **การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ** เช่น การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากภาษีบุหรี่และสุรา และการร่วมผลักดันกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งประเทศไทยได้นำกรอบอนุสัญญานี้มาพัฒนาเพื่อใช้ในประเทศอย่างเหมาะสม จนได้รับการยอมรับและจัดให้เป็นประเทศแถวหน้าที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งมีงบประมาณในการสนับสนุนการรณรงค์ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ และส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับประเทศอื่น ๆ

- **การบังคับใช้สิทธิสำหรับยาที่มีสิทธิบัตร** ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้มากขึ้น เนื่องจากราคายาลดลง เป็นการช่วยประหยัดงบประมาณและเป็นแบบอย่างให้ประเทศต่าง ๆ นำไปปฏิบัติ ส่งผลให้บริษัทยาต้นแบบทั่วโลกประกาศลดราคายาลงถึงร้อยละ ๑๐๐

- **การร่วมผลักดันเรื่องการแบ่งปันผลประโยชน์จากเชื้อไวรัสไข้หวัดนก** ที่ประเทศต่าง ๆ ร่วมกันส่งไปเก็บรักษาไว้ ณ ห้องปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก ซึ่งบริษัทผู้ผลิตวัคซีนสามารถนำเชื้อเหล่านี้ไปใช้ผลิตวัคซีนและนำกลับมาขายในราคาสูง โดยที่ประเทศต่าง ๆ ที่ร่วมส่งไวรัสไม่ได้รับประโยชน์ตอบแทน การต่อสู้ในระดับ

นโยบายเรื่องนี้ประสบความสำเร็จโดยใช้ระยะเวลายาวนานกว่า ๙ ปี โดยในที่สุดบริษัทผู้ผลิตวัคซีนยวมลงเงินทุนเข้าในกองทุน เพื่อนำมาพัฒนาการเตรียมความพร้อมรับการระบาดของโรคในประเทศกำลังพัฒนาในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะ เป็นรากฐานสำคัญสำหรับการป้องกันควบคุมการระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่ในอนาคต

ในขณะที่การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพสามารถนำมาซึ่งผลประโยชน์เชิงเศรษฐกิจต่อประเทศและ ประชาชนไทยได้ การดำเนินนโยบายด้านเศรษฐกิจ เช่น การเจรจาความตกลงเขตการค้าเสรี หรือกรอบการค้า ระหว่างประเทศต่าง ๆ ก็สามารถมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้เช่นเดียวกัน จึงควรต้องประสานงานกัน อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานและประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกัน สามารถ รักษาและส่งเสริมผลประโยชน์ของประเทศไทยได้ โดยควรต้องรับฟังความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วย

๓. ความท้าทายในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทยที่ผ่านมา

ภายใต้บริบทของสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีขอบเขต กว้างไกลกว่าภาคสุขภาพ การมีโครงสร้างและกลไกสุขภาพโลกที่มีวิวัฒนาการตามลำดับ มีองค์กรที่เกี่ยวข้อง จำนวนมาก การมีวาระระดับโลกและระดับภูมิภาคที่ให้ความสำคัญต่อด้านสุขภาพ ตลอดจนมีการแข่งขันระหว่าง ประเทศโดยใช้ด้านสาธารณสุขเป็นเครื่องมือ ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุก โดยกำหนดวิสัยทัศน์และ จุดยืนประเด็นด้านสุขภาพโลก ตลอดจนปรับปรุงกลไกต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากร สร้างความมั่นคง ทางสาธารณสุขให้กับประเทศ ซึ่งจะมีผลในการช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย และสนับสนุน การพัฒนาของภูมิภาคและโลก

การดำเนินการอย่างเป็นระบบจะเกิดผลดีต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ส่งเสริมบทบาทไทย ในเวทีระหว่างประเทศ และเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของไทยในระดับนานาชาติ ให้ไทยสามารถรับ ประโยชน์จากประชาคมอาเซียนได้อย่างเต็มที่ และมีภูมิคุ้มกันต่อผลกระทบในทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากโลกาภิวัตน์

ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สวิตเซอร์แลนด์ อังกฤษ นอร์เวย์ ญี่ปุ่น มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเป็นกรอบ การทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเป็นระบบเพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรในประเทศ ผ่านการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพในประเทศอื่น ภายใต้กลไกและมาตรการต่าง ๆ ทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคี ในการส่งเสริมนโยบายการต่างประเทศ นโยบายสุขภาพ และภาพลักษณ์ของประเทศ

๔. ความจำเป็นของการมีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

แผนยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาค เอกชนและประชาสังคม เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย และแสดงการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบ ด้านสุขภาพต่อประชาคมโลก ซึ่งจะส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในสังคมโลก

๔.๑ ประชาชนไทยและประชาชนในภูมิภาคมีความมั่นคงทางสุขภาพร่วมกัน เนื่องจากไม่มีพรมแดนขวางกั้น การแพร่ระบาดของโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ดังนั้น การร่วมมือพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน ในภูมิภาคโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านจึงส่งผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทยด้วย เช่น ความร่วมมือ ระหว่างประเทศผ่านเวทีสุขภาพโลก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของสารเสพติด ยาสูบ สุรา สารออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาท อาหารปนเปื้อนไม่ปลอดภัย รวมทั้งเรื่องหลักประกันสุขภาพ (ซึ่งจะช่วยให้ไทยลดภาระปัญหาสุขภาพ จากแรงงานและคนอพยพ)

๔.๒ ความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะภายในและภายนอกประเทศ นโยบายการค้าการลงทุนทั้งภาครัฐและเอกชนจากภายในและภายนอกประเทศย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีเวทีเพื่อให้นโยบายเหล่านี้มีความสอดคล้องกัน และมีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้า รายได้ของภาคเอกชนและรัฐบาลกับสุขภาพของคนในชาติ ขณะเดียวกัน ภาคเอกชนของไทยที่ไปลงทุนธุรกิจการค้าและบริการในต่างประเทศย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชาตินั้น ก็ย่อมมีความจำเป็นต้องปกป้องสุขภาพของคนในชาตินั้นด้วย เฉกเช่นเดียวกับการปกป้องสุขภาพของคนในประเทศไทย กรอบยุทธศาสตร์นี้จึงเป็นฐานของความร่วมมือภายในประเทศ ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นฐานของความร่วมมือระหว่างประเทศผ่านระบบสุขภาพโลก เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างนโยบายต่าง ๆ กับสุขภาพของประชาชน

๔.๓ ระบบสาธารณสุขไทยที่เข้มแข็งสามารถแผ่และเป็นแบบอย่างไปปรับใช้ในประเทศอื่น องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกยกย่องประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าของโลกของการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความเป็นธรรม และมีนวัตกรรมทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมและแก้ปัญหาโรคเอดส์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ล้วนแต่ประสบผลสำเร็จด้วยดี แสดงถึงศักยภาพด้านการพัฒนาสิทธิมนุษยชน การส่งเสริมสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ นวัตกรรมและประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งเพื่อแบ่งปันให้ประเทศอื่นสามารถปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งและเป็นธรรม เพื่อบรรลุสุขภาพดีของคนในภูมิภาค

๔.๔ การเสริมสร้างเกียรติภูมิและภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในฐานะประเทศที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพต่อประชาคมโลก โดยที่ประสบการณ์และความสำเร็จของระบบสาธารณสุขไทย เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการการศึกษาหลังปริญญาในสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคต่าง ๆ บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชน ได้ถูกเผยแพร่เป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศ ทำให้ประชาชนในประเทศเหล่านั้นโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านมีสุขภาพดี ซึ่งช่วยยับยั้งโรคระบาดมาสู่ไทย จึงกล่าวได้ว่าประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์กับต่างประเทศ (Health as foreign policy instrument) เพื่อช่วยรักษาผลประโยชน์ของชาติ นอกจากนี้ ภาคสาธารณสุขยังได้ร่วมมือกับภาคการทูตและการต่างประเทศในการผลักดันวาระสุขภาพสำคัญต่าง ๆ ในระดับโลก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพของประเทศไทยเองและของนานาชาติ (Foreign policy is an instrument to advocate global health agenda) การแสดงความรับผิดชอบของไทยต่อประชาคมโลกในรูปแบบทั้งสองล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีตลอดจนเกียรติภูมิของประเทศอย่างยั่งยืนในเวทีสากล

๕. หลักการในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกฯ

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์นี้จำเป็นต้องอาศัยความสอดคล้องระหว่างนโยบายต่าง ๆ ภายในประเทศ และระหว่างนโยบายภายในประเทศกับนโยบายสุขภาพโลก โดยอ้างอิงหลักการต่อไปนี้

๑. **หลักการสิทธิมนุษยชน** หมายถึง สิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์พึงมีโดยเสมอภาคกัน ตามที่กำหนดในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยได้ให้สัตยาบันไว้ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๑

๒. **หลักการความมั่นคงของมนุษย์** หมายถึง ประชาชนได้รับหลักประกันด้านสิทธิ ความปลอดภัย การสนองตอบต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งรวมถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม การเมือง และการปกครอง

๓. **หลักการคุ้มครองทางสังคม** หมายถึง การดำเนินงานเพื่อให้ความคุ้มครองหรือให้หลักประกันทางสังคมในด้านต่าง ๆ อาทิ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ระบบประกันและบริการสังคม

๔. **หลักการการพัฒนาอย่างยั่งยืน** หมายถึง การพัฒนาที่สนองความต้องการของประชาชนในปัจจุบันโดยไม่ทำลายทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และไม่สร้างความเหลื่อมล้ำในสังคมด้วย

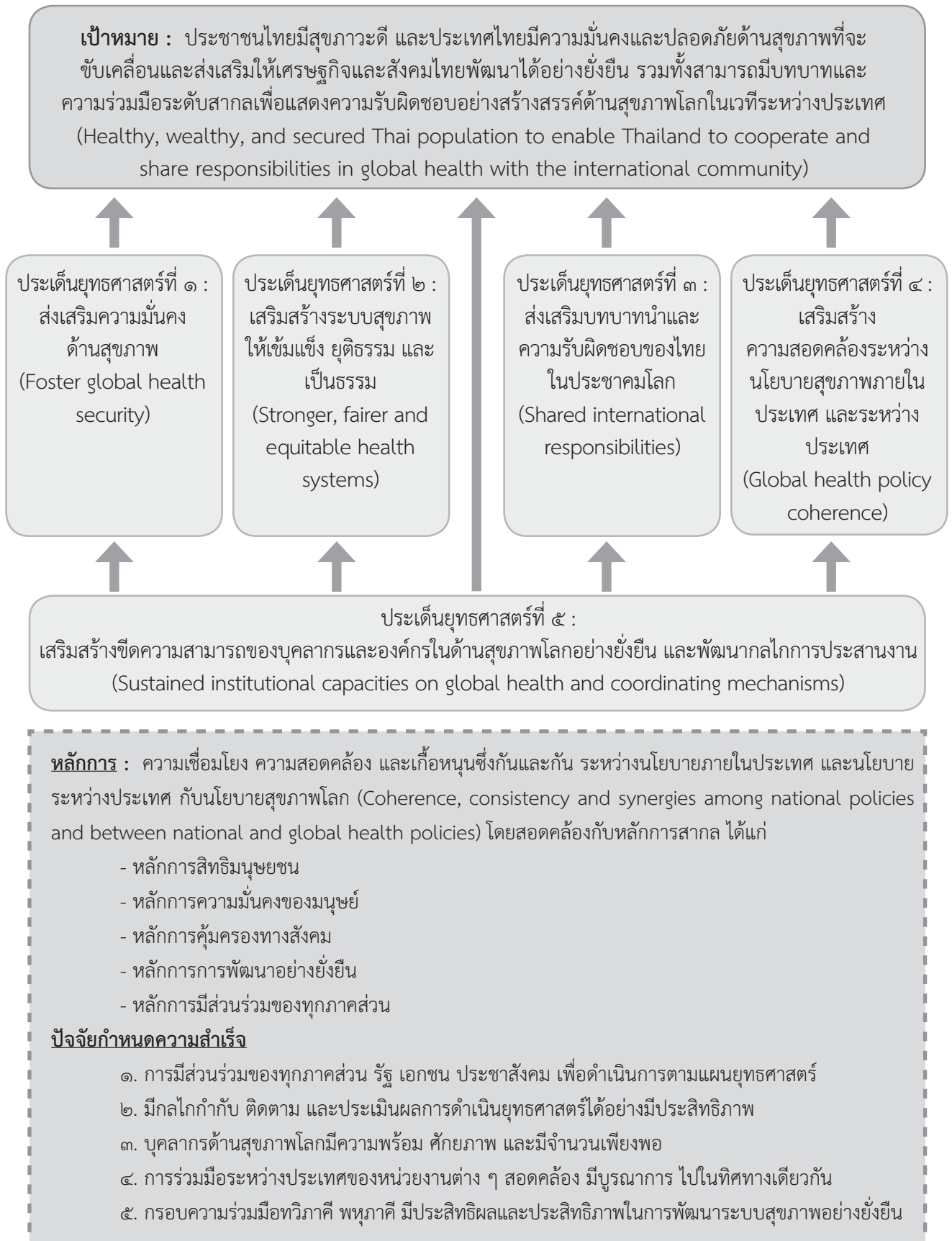
๕. **หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** หมายถึง ผู้มีส่วนได้เสียในภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์นี้

๖. วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และปัจจัยคุกคาม (SWOT Analysis)

ประเทศไทยมีจุดแข็ง ข้อได้เปรียบหลายประการในระดับโลก แต่เนื่องจากสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านโอกาสและปัจจัยคุกคามต่าง ๆ จึงไม่ควรถูกมองข้าม

จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	ปัจจัยคุกคาม
๑) การมีทุนทางปัญญาและทุนทางสังคมในด้านสุขภาพสูงจากความสำเร็จที่ผ่านมา เช่น การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ การสร้างหลักประกันสุขภาพสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กลไกของหน่วยงานอิสระด้านสุขภาพ เช่น สสส. เป็นต้น	๑) กลไกการประสานนโยบายสาธารณะภายในประเทศขาดประสิทธิภาพ ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	๑) ประเทศเพื่อนบ้านมุ่งมั่นเพื่อก้าวไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมุ่งหวังที่จะศึกษาแบบอย่างการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จของประเทศไทย	๑) โลกาภิวัตน์และการขยายตัวของข้อตกลงการค้า การลงทุนมีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย
๒) ภูมิรัฐศาสตร์ ซึ่งสะดวกในการคมนาคมขนส่ง และมีสำนักงานองค์การระหว่างประเทศตั้งอยู่มาก	๒) บุคลากรที่มีขีดความสามารถสูงด้านสุขภาพโลกมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความท้าทายต่าง ๆ และขาดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	๒) กลไกความร่วมมือระหว่างประเทศหลากหลายทั้งทวีป ภูมิภาค กรอบอาเซียน พหุภาคี และสหประชาชาติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลไกอภilateral ในลักษณะมีส่วนร่วม	๒) กลไกภายใต้กรอบสหประชาชาติและอาเซียน ซับซ้อน ล้าหลังและด้อยประสิทธิภาพ
๓) ความร่วมมือที่เข้มแข็งและยาวนาน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงอื่น ๆ และภาคประชาสังคม	๓) กลไกการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในกระบวนการหารือก่อนการเจรจาการค้าเสรี หรือความร่วมมือระหว่างประเทศต่าง ๆ ยังไม่เข้มแข็ง	๓) เทคโนโลยีพัฒนา มีความก้าวหน้าในทุก ๆ ด้าน	๓) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ กระทบต่อความต้องการและค่าใช้จ่าย
	๔) การเมืองการปกครองที่ขาดเสถียรภาพ ไม่เอื้อต่อการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง	๔) มีกลไกด้านสุขภาพใหม่ ๆ ในประเทศไทยที่ส่งเสริมการจัดการแบบมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ	๔) ปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน
		๕) องค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลกมีนโยบายที่คำนึงถึงผลกระทบของการค้าระหว่างประเทศต่อสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น	๕) ความสูญเสียทรัพยากรภายในประเทศเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติที่อาจกระทบต่อการให้บริการประชาชนไทยได้อย่างทั่วถึง

๗. กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



๘. เป้าหมาย (Goal)

ประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดี และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสุขภาพที่จะขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากล เพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ

๙. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว กำหนดให้มีวัตถุประสงค์ ๕ ประการ คือ

(๑) สนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ภัยที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ ภัยธรรมชาติ และภัยจากเทคโนโลยี โดยเฉพาะที่มีแนวโน้มแพร่ระบาดทั่วโลก และปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญระดับโลกตามที่องค์การสหประชาชาติจะกำหนดเป็นวาระเพื่อการพัฒนาภายหลัง ค.ศ. ๒๐๑๕

(๒) สนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพและหลักประกันสุขภาพให้มีความเข้มแข็งและเป็นธรรม

(๓) สร้างเสริมบทบาท ภาพลักษณ์และความรับผิดชอบของประเทศไทยต่อประชาคมโลก เช่น การเป็นศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ เป็นต้น

(๔) สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ โดยกลไกที่มีส่วนร่วม

(๕) พัฒนาขีดความสามารถอย่างยั่งยืนในด้านสุขภาพโลก ทั้งในด้านบุคคล องค์กร และกลไกการทำงาน รวมทั้งเครือข่าย

๑๐. ยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

กิจกรรมหลัก	การดำเนินการ	กรอบความร่วมมือ ^๑	หน่วยงาน ^๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ			
๑. การลดภัยคุกคามและปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพระดับโลก	<ul style="list-style-type: none"> - เสริมสร้างระบบภายในประเทศและพัฒนาร่วมกับภูมิภาคเพื่อลดโอกาสการระบาดของโรคและปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ข้ามพรมแดน โดยเฉพาะจากการเดินทางเข้าออกของคนต่างด้าว - เสริมสร้างความร่วมมือกับประเทศพัฒนาแล้วและองค์กรระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของไทยในการให้ความร่วมมือระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน 	ภายในประเทศ ทวิภาคี กรอบอาเซียน ความร่วมมือสามฝ่าย (Tri-lateral approach)	สธ. กต. ตม. พส. รง. อก. มท. ทอท. สสส. สปสช. สช. สพฉ. องค์กรท้องถิ่น ภาคประชาสังคม
๒. การเสริมสร้างความเข้มแข็งและสมรรถนะในการดำเนินการ การประเมิน และการป้องกันตามกฎหมาย หรือข้อตกลงระหว่างประเทศที่มีความสำคัญ และมีผลกระทบด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามพันธสัญญา - แลกเปลี่ยน เรียนรู้ พัฒนาศักยภาพประเทศในภูมิภาค ในการประเมินและป้องกันมาตรการระหว่างประเทศที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ 	ภายในประเทศ สหประชาชาติ	สธ. คค. กต. พณ. สสส. สปสช. สช. กฤษฎีกา ยธ.

^๑ คำว่า *กรอบความร่วมมือ* หมายถึง ระดับการดำเนินการสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ว่าจะมีการร่วมมือภายในประเทศ (ส่วนใหญ่สำหรับการบริหารจัดการระบบของไทย) หรือระหว่างประเทศ ซึ่งได้ระบุไว้ว่าควรรวมกับประเทศ (เช่น ประเทศเพื่อนบ้าน) กลุ่มประเทศ/กลุ่มความร่วมมือระหว่างประเทศ (เช่น อาเซียน) หรือองค์การระหว่างประเทศ (เช่น สหประชาชาติ) ใดบ้าง ตามความเหมาะสมของกิจกรรมว่าอาศัยความร่วมมือกว้างไกลเท่าใด เช่น ความร่วมมือ ๒ ฝ่าย (ทวิภาคี) ๓ ฝ่าย (ไตรภาคี) หรือความร่วมมือพหุภาคี (หลายฝ่าย) ที่อาจเป็นระดับอนุภูมิภาค ระดับภูมิภาค หรือระดับโลก

^๒ ดูชื่อเต็มของหน่วยงานในภาคผนวก ๒

กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน	กรอบความร่วมมือ ^๑	หน่วยงาน ^๒
<p>๓. การสร้างเสริมศักยภาพอย่างยั่งยืนขององค์กรในการป้องกัน การค้นหา และการตอบสนองต่อภัยสุขภาพ และภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ ธรรมชาติ และเทคโนโลยี</p>	<p>การพัฒนาขีดความสามารถเพื่อขยายการดำเนินงานของเครือข่ายการฝึกอบรมนักระบาดวิทยา และการฝึกอบรมระหว่างประเทศด้านการควบคุมโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้งสำนักงานประสานงานการวิจัยด้านโรคระบบประสาทระหว่างประเทศ - พัฒนาปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อและกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทันสมัย และบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ - พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการการตรวจพิสูจน์เชื้อโรค และสิ่งที่เป็นภัยต่อสุขภาพ - พัฒนาคือข่ายความร่วมมือภายใต้กรอบอาเซียน กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกรอบความร่วมมือความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก - การดำเนินการเพื่อเพิ่มความพร้อมในการรองรับภัยพิบัติและภัยธรรมชาติทุกประเภท - การสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาสังคมและวิชาการในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อภัยสุขภาพ 	<p>ภายในประเทศ อาเซียน เอเชีย+โลก</p>	<p>สธ. กต. กช. ศธ. สสส. สพฉ. สถาบันอุดมศึกษา สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ</p>
<p>๔. การส่งเสริมให้เกิดกลไกความร่วมมือในระดับภูมิภาคในเรื่องการวิจัยและพัฒนา โดยเฉพาะยา จำเป็น และยาก็พำ (ยากำพร้า หมายรวมถึงยาใหม่สำหรับโรคที่ถูกละเลย และยาจำเป็นที่โดยผลิตและจำหน่ายแต่ยกเลิกไป)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาให้มีเครื่องมือที่จะระดมทุนมาสนับสนุนการทำงานกลไกนี้ เช่น Tobin tax, Financial transaction tax เป็นต้น 	<p>ภายในประเทศ อาเซียน โลก</p>	<p>สธ. กค. วช. อภ.</p>

กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน	กรอบความร่วมมือ	หน่วยงาน ^๖
๕. การจัดการผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภูมิอากาศที่มีผลต่อสุขภาพประชาชนไทยและประชากรโลก	ประเมินเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินการตามพันธสัญญาระหว่างประเทศด้าน climate changes เพื่อป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือผลกระทบด้านสาธารณสุขจากปรากฏการณ์ดังกล่าว ซึ่งรวมถึงอุบัติภัยทางธรรมชาติประเภทต่าง ๆ	ภายในประเทศ อาเซียน สหประชาชาติ	สช. utsch. สสส. สพฉ. องค์กรท้องถิ่น สถาบันอุดมศึกษา ภาคประชาสังคม
๖. การเสริมสร้างความร่วมมือและการดำเนินการด้านสุขภาพมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ	ประสานงาน ส่งเสริม และสนับสนุนการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพปี ๒๕๕๖ เรื่อง สุขภาพหนึ่งเดียว (One health) และแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแผนยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่	ภายในประเทศ อาเซียน ภูมิภาค	utsch. สช. กต. สสส. สช. สวรส. ภาคประชาสังคม สถาบันอุดมศึกษา
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ เสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และเป็นธรรม			
๑. การเสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<ul style="list-style-type: none"> - เรียนรู้ประสบการณ์ระบบสุขภาพและระบบหลักประกันที่มีประสิทธิภาพจากนานาชาติเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทย และถ่ายทอดประสบการณ์ รวมถึงร่วมพัฒนาขีดความสามารถให้ประเทศอื่น ๆ ดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ - สร้างความมั่นคงของระบบยา โดยเน้นที่การผลิตหรือจัดให้มียาจำเป็นตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาด้านสารพิษต่าง ๆ และยาต้านพิษฯ และความเป็นไปได้ในการแบ่งปันยาเหล่านี้ให้แก่ประเทศอื่น ๆ 	ภายในประเทศ ภูมิภาค โลก Tri-lateral approach	สช. กต. สสช. สสส. สรพ. ฝ่ายเลขานุการของ ASEAN+3 UHC Network

กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน	กรอบความร่วมมือ ^๑	หน่วยงาน ^๒
	<p>การดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินการต่อราคา ยาร่วมกันในระดับภูมิภาค - การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐในการเจรจาการค้าเสรี เพื่อป้องกันผลกระทบต่อการเข้าถึง การบริการสุขภาพ - ส่งเสริมการใช้มาตรการยืดหยุ่นของความตกลงว่า ด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า เช่น มาตรการการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) มากขึ้นในการเพิ่มการเข้าถึงยา - ผลักดันให้เกิดระบบการแบ่งปันข้อมูลสิทธิบัตรยา และการคัดค้านคำขอสิทธิบัตรยากับประเทศต่าง ๆ เพื่อป้องกันคำขอสิทธิบัตรยาที่ไม่มีวันหมดอายุและ ไม่สมควรได้รับสิทธิบัตร (ever-greening patent) และส่งเสริมการแข่งขันของยาชื่อสามัญ - สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และความโปร่งใสในการเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรี โดยให้ข้อมูลอย่างรอบด้านและรับฟังความคิดเห็น จากประชาชนทั้งก่อนและในขณะเจรจา รวมถึงแจ้ง ความคืบหน้าและนัยสำคัญของผลการเจรจาแต่ละรอบ ให้สาธารณชนรับทราบ 		

กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน	กรอบความร่วมมือ	หน่วยงาน ^๒
<p>๒. สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยข้ามพรมแดน ผู้ลี้ภัย ผู้ต้องกัก กลุ่มคนไร้รัฐ และกลุ่มคนที่รอพิสูจน์สัญชาติ ให้เข้าถึงการบริการและป้องกันภัยสุขภาพอย่างเหมาะสม</p>	<p>การดำเนินงานและประสานระหว่างภาคแรงงาน สาธารณสุข แพทย์การคลัง เพื่อจัดระบบบริการที่เป็นมิตรกับแรงงานต่างด้าวหรือผู้อพยพ และระบบการเฝ้าระวัง การตรวจคัดกรอง และการป้องกัน การแพร่กระจายโรค</p> <p>แสวงหาความเป็นไปในด้านการผลักดันให้เกิดกลไก ประกันสุขภาพร่วมในภูมิภาคอาเซียน และการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชายแดน</p>	<p>ภายในประเทศ อาเซียน</p>	<p>สธ. รง. ตม. กต. ภาคเอกชน สศช. สปสช. สสส. สวรส. อปท. ภาคประชาสังคม สำนักงานประกันสังคม</p>
<p>๓. เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศที่เป็นธรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมบทบาทเอกชนลงทุนสถานบริการสุขภาพในบริเวณชายแดนประเทศเพื่อนบ้านเพื่อให้บริการประชาชน และลดความจำเป็นที่จะต้องข้ามพรมแดนเข้ามาเพื่อเป็นการลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อโรค - ส่งเสริมและสนับสนุนการยกระดับการบริการสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านให้มีมาตรฐาน - ส่งเสริมความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการป้องกันโรคติดต่อ - สนับสนุนการค้าเงินงานของมูลนิธิและองค์กรที่มิหวังผลกำไรในการให้บริการสุขภาพตามบริเวณชายแดน - ประเมินผลกระทบอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนา นโยบายและจุดยืนที่เหมาะสมและมีความสมดุลสำหรับประเทศไทย 	<p>ภายในประเทศ อาเซียน</p>	<p>สธ. พณ. ปีไอไอ สวรส. ภาคเอกชน/ภาคธุรกิจ สมาชิวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรที่มิหวังผลกำไร มูลนิธิ ภาคประชาสังคม</p>

กิจกรรมหลัก	การดำเนินการ	กรอบความร่วมมือ ^๑	หน่วยงาน ^๒
<p>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก</p> <p>๑. กำหนดยุทธศาสตร์และพัฒนากระบวนการร่วมมือระหว่างประเทศให้มีบูรณาการ</p>	<p>การดำเนินการ</p> <p>ปรับนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ให้เป็นทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับวาระและหลักการระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อให้การดูแลสุขภาพของคนกลุ่มต่าง ๆ ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>ประเมินเพื่อพัฒนาความร่วมมือทวิภาคี ไตรภาคี พหุภาคี ด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศเป้าหมาย</p> <p>ให้ประเทศไทยเป็นผู้นำการส่งเสริมการปกป้องสุขภาพของประชาชน โดยใช้หลักการ Health in All Policies เช่น การผลักดันให้คณะทำงานด้านทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับคณะทำงานด้านระบบสุขภาพในอาเซียนประชุมและหารือร่วมกันเพื่อที่จะป้องกันผลกระทบที่เกิดจากระบบทรัพย์สินทางปัญญาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา</p>	<p>ภายในประเทศ</p>	<p>กท. กต. สธ. กสธ. ยธ. พณ. รง. อก. สตช. ตม. สพร. ภาคประชาสังคม</p>
<p>๒. สนับสนุน เผยแพร่นวัตกรรมด้านสุขภาพและขีดความสามารถอื่นของไทยให้เป็นที่ยอมรับในเวทีระหว่างประเทศ</p>	<p>ประเมินขีดความสามารถและนวัตกรรมสุขภาพพัฒนาความพร้อมเพื่อแลกเปลี่ยนความร่วมมือระหว่างประเทศ (อาหารส่งออก การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพศักยภาพห้องปฏิบัติการ หลักระกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินเทคโนโลยี การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นต้น)</p>	<p>ภายในประเทศ อาเซียน องค์การระหว่างประเทศ Tri-lateral approach</p>	<p>สธ. กต. พณ. อก. กษ. ศธ. สสส. สรพ. สพฉ. สปสช. ภาคประชาสังคม</p>

กิจกรรมหลัก	การดำเนินการ	กรอบความร่วมมือ	หน่วยงาน ^๒
๓. สร้างเสริมบทบาทนำของไทยในประชาคมโลกและประชาคมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบสุขภาพ ความสามารถของบุคคลและองค์กร ให้ผู้แทนไทยมีความเชี่ยวชาญสามารถแสดงบทบาทนำได้อย่างสร้างสรรค์และต่อเนื่อง เพื่อร่วมในการกำหนดวาระสุขภาพโลก การปฏิรูประบบอภิบาลระบบสุขภาพโลก (Global Health Governance) การกำหนดนโยบายข้อตกลงระหว่างประเทศด้านสุขภาพ และการกำหนดข้อตกลงทางด้านวิชาการ (global recommendations, guidelines) 	<p>กรอบอาเซียน องค์การอนามัยโลก สมัชชาสหประชาชาติ กรอบเครือข่ายนโยบายต่างประเทศและสุขภาพโลก (Foreign Policy and Global Health) และเครือข่ายความมั่นคงทางมนุษย์ (Human Security Network)</p>	<p>กต. สธ. ศธ. รง. กษ. สสส. สปสช. สช. ภาคประชาสังคม</p>
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่างประเทศ			
๑. ความสอดคล้องของนโยบายเพื่อสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าและสุขภาพประชาชน	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนา/ปรับปรุงกลไกประสานนโยบายรัฐหรือเอกชนที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน มีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้า การลงทุน และสุขภาพของประชาชน - ประเมินและพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติตามพันธสัญญาด้านสุขภาพโลก เช่น ข้อมติจากสมัชชาสหประชาชาติ สมัชชาอนามัยโลก คณะกรรมการภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก และข้อมติ/ข้อตกลงต่าง ๆ ภายใต้กรอบอาเซียน - เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐในกระบวนการเจรจาการค้าเสรี และการจัดทำนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องหรืออาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 	<p>ภายในประเทศ</p>	<p>สธ. กต. พณ. อภ. สสส. สวรส. ประชาสังคม</p>

กิจกรรมหลัก	การดำเนินการ	กรอบความร่วมมือ ^๑	หน่วยงาน ^๒
<p>๒. อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งส่งออก นำเข้า และบริโภคภายในประเทศ ได้มาตรฐานและปลอดภัย</p> <p>๓. นโยบายสาธารณสุขทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการค้า การลงทุน ภาครัฐและเอกชน มีการคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและมีการดำเนินการป้องกันสุขภาพของประชาชน รวมทั้งมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายเหล่านั้น (Health impact assessment หรือ HIA)</p>	<p>การดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรการตรวจรับรองคุณภาพ ความปลอดภัย สินค้าสุขภาพรวมทั้งอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งส่งออกและนำเข้า ให้เป็นไปตามมาตรฐานระหว่างประเทศ เพื่อความปลอดภัยของประชาชน - พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการทดสอบคุณภาพ - สร้างเสริมกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายต่าง ๆ และให้มีการดำเนินการ HIA โดยสม่ำเสมอ - พัฒนากลไกติดตามประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของนโยบายสาธารณะต่าง ๆ - การป้องกันการค้าแทรกแซงนโยบายสุขภาพของอุตสาหกรรมสินค้าที่เป็นพิษภัยต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกประเทศ - ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้ด้าน HIA กับประชาชนและองค์กรต่าง ๆ ประเทศเพื่อนบ้านและประเทศอื่น ๆ เพื่อให้กระบวนการ HIA ปฏิบัติได้จริง 	<p>ภายในประเทศ</p> <p>ภูมิภาค</p> <p>โลก</p>	<p>สธ. กต. กษ. อก. (สถาบันอาหาร) สถาบันอุดมศึกษา</p> <p>สธ. อก. พม. สสส. สช. ทส. อปท. ภาคประชาสังคม สถาบันอุดมศึกษา</p>

กิจกรรมหลัก	การดำเนินการ	กรอบความร่วมมือ	หน่วยงาน ^๒
<p>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรในด้านสุขภาพโลกอย่างยั่งยืนและพัฒนาโลกการประสานงาน</p> <p>๑. การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพโลก</p>	<p>การดำเนินการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินและพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพโลก ทั้งจำนวนและความรู้ความสามารถในระดับบุคคลและองค์กร - ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่อง - การส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรไปทำงานในองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก - การพัฒนาหลักสูตรการเรียน การสอน การวิจัยด้านสุขภาพโลก รวมทั้งการฝึกอบรมระยะสั้นเรื่องการทูตสุขภาพโลก และขยายการสนับสนุนเพื่อพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกแก่ประเทศอื่นเพื่อให้เกิดความกลมกลืนในระดับภูมิภาคและระดับโลก - เสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรและหน่วยงานในประเทศเพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพโลกบนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์รวบรวมหลักฐาน และนำเสนอในเวทีสุขภาพโลกต่าง ๆ 	<p>กรอบความร่วมมือ</p> <p>ภายในประเทศ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้</p> <p>อนุภูมิภาคและภูมิภาค</p>	<p>หน่วยงาน</p> <p>กต. สธ. ศธ. พณ. อก. กษ. ทส. กพ. สสส. สวรส. สปสช. สช. สถาบันอุดมศึกษา ภาคประชาสังคม</p>

กิจกรรมหลัก	การดำเนินงาน	กรอบความร่วมมือ	หน่วยงาน ^๑
<p>๒. การพัฒนากลไกการสนับสนุนติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์</p>	<p>การดำเนินงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนกระบวนการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลก โดยมีองค์ประกอบจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงอื่น ๆ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ให้แล้วเสร็จภายใน ๖ เดือน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดกลไกการดำเนินการ สนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าและประเมินผล รวมทั้งสื่อสารการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างเป็นรูปธรรมร่วมกัน ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี นับจากวันที่การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพโลกแล้วเสร็จ - การจัดตั้งกลไกการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนฯ - จัดทำระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโลกเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก โดยให้ทุกกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโลกได้ 	<p>ภายในประเทศ</p>	<p>สช. สธ. กต. สสส. สบสช. เอกชน ประชาสังคม</p>

๑๑. กลไกการสนับสนุน ติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ฯ

เพื่อให้การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ของโลกที่มีพลวัตสูง จึงให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศเป็นหน่วยงานหลักประสานกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดกลไกการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ อย่างเป็นรูปธรรม และกำหนดกลไกในระดับนโยบายเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ การประเมินผลเป็นระยะเพื่อปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมและทันสมัย

๑๒. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

๑. ประชาชนไทยและประชาชนในภูมิภาคมีสุขภาพดี มีความมั่นคงทางสุขภาพพร้อมกัน ในภาวะที่ปัจจัยกำหนดสุขภาพและโรคติดต่อมีลักษณะไร้พรมแดน
๒. ระบบสุขภาพไทยมีความเข้มแข็ง ยุติธรรมและเป็นธรรม และสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อพัฒนาให้ระบบสุขภาพของประเทศในภูมิภาคมีความเข้มแข็ง
๓. ประเทศไทยมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น สามารถแสดงบทบาทนำที่เสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศได้ ตลอดจนสามารถร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพระดับภูมิภาคและระดับโลก และแสดงความรับผิดชอบต่อประชาคมโลก
๔. นโยบายต่าง ๆ มีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าการลงทุนกับสุขภาพของประชาชน

ภาคผนวก ๑ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีลำดับเหตุการณ์ดังนี้

กรกฎาคม ๒๕๕๗	การหารือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย
๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๗	การจัดอภิปรายหรือช่วงอาหารกลางวัน (lunch talk) เรื่องประเด็นร้อนด้านสุขภาพในระดับโลก ที่กระทรวงการต่างประเทศ โดยวิทยากรจากกระทรวงสาธารณสุข
๒๓-๒๔ สิงหาคม ๒๕๕๗	การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ณ โรงแรมสามพรานริเวอร์ไซด์ จังหวัดนครปฐม ซึ่งได้หารือประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ และร่างกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย
กันยายน ๒๕๕๗	รัฐมนตรีว่าการและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายให้การสนับสนุนความร่วมมือด้านสุขภาพโลกเป็นหนึ่งในนโยบายของรัฐมนตรี
๒๒ กันยายน ๒๕๕๗	การนำประเด็นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
กันยายน-ตุลาคม ๒๕๕๗	การจัดทำร่างเอกสารหลัก ร่างมติ และร่างแผนยุทธศาสตร์
๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๗	การจัดรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในภาครัฐ
๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗	การจัดรับฟังความคิดเห็นจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน
๒๔-๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๗	การรับรองโดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗

ภาคผนวก ๒ ตัวย่อและชื่อหน่วยงาน

กค.	กระทรวงการคลัง
กต.	กระทรวงการต่างประเทศ
กพ.	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
กฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
กษ.	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
กท.	กระทรวงกลาโหม
ตม.	สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง
ทส.	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ทอท.	บริษัทท่าอากาศยานแห่งประเทศไทย
บีโอไอ	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน
พณ.	กระทรวงพาณิชย์
พม.	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
มท.	กระทรวงมหาดไทย
ยธ.	กระทรวงยุติธรรม
รง.	กระทรวงแรงงาน
วช.	สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ศธ.	กระทรวงศึกษาธิการ
สช.	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สตช.	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
สธ.	กระทรวงสาธารณสุข
สปส.	สำนักงานประกันสังคม
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สพฉ.	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สรพ.	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
สวรส.	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
อก.	กระทรวงอุตสาหกรรม
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อก.	องค์การเภสัชกรรม

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

๑. คำจำกัดความ

๑.๑ สุขภาพโลก (Global Health) หมายถึง ปัญหาหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนที่ข้ามพรมแดน และเกินความสามารถของรัฐใดรัฐหนึ่งที่จะดำเนินการได้สำเร็จ ต้องการกลไกระดับโลกหรือระดับภูมิภาคที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพและปัจจัยกำหนดปัญหาเหล่านั้น

๑.๒ ระบบสุขภาพโลก (Global Health System) หมายถึง ระบบและกลไกในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่ข้ามพรมแดน ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการ

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ สถานการณ์และความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพในระดับโลก

ในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเดินทาง ติดต่อกัน เชื่อมโยงข้ามพรมแดนมากขึ้น มีภัยคุกคามทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนอย่างหลากหลายตัวอย่าง เช่น

- ปัญหาโรคติดต่อ เช่น มาลาเรีย วัณโรค และเอชไอวี และการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบัน เช่น อีโบล่า ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่
- ปัญหาเชื้อจุลชีพดื้อยาปฏิชีวนะ ทำให้โรครักษาหายได้ยากขึ้น และสามารถแพร่กระจายได้กว้างไกลมากขึ้น
- ปัญหาจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ และปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหามลพิษในอากาศที่เกิดจากหมอกควัน ซึ่งกระจายข้ามพรมแดน และส่งผลกระทบต่อประชาชนข้ามประเทศ ปัญหาน้ำท่วม ปัญหาการปนเปื้อนสารพิษในแหล่งน้ำ ปัญหาการรั่วไหลของน้ำมันในทะเล ที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศวิทยา และทำลายทรัพยากรและแหล่งอาหารทางทะเล เป็นต้น

- ปัญหาโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน มะเร็ง ตับแข็ง อ้วนลงพุง ที่มีผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมที่เป็นอันตราย และสินค้าที่ทำลายสุขภาพ เช่น การบริโภคยาสูบ สุรา ยาเสพติด อาหารน้ำตาล/ไขมันสูง

๒.๒ ปัญหาสุขภาพ : ปัญหาข้ามพรมแดน

โลกาภิวัตน์ทำให้ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา เช่น การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา และโรคจากสัตว์สู่มนุษย์ การดื้อยาปฏิชีวนะ การเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของสินค้าที่เป็นภัยต่อสุขภาพข้ามพรมแดน ผ่านกลไกการค้าเสรีและความร่วมมือทางเศรษฐกิจในระดับภูมิภาค เป็นต้น ซึ่งภัยคุกคามความมั่นคงของมนุษย์เหล่านี้ไม่สามารถดำเนินการโดยประเทศหนึ่ง ๆ ตามลำพังได้ จำเป็นต้องมีความร่วมมือของกลไกสุขภาพระดับท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก และเกี่ยวข้องกับองค์กร

ระหว่างประเทศจำนวนมาก ในการแก้ไข และจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และการจัดการภัยคุกคามเหล่านี้ในระดับประเทศจำเป็นต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น ภาครัฐทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุข ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

๒.๓ ปัจจัยเพิ่มภัยคุกคามสุขภาพ

ปัญหาเหล่านี้ในวันจะทวีความรุนแรงขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น การติดต่อเชื่อมโยงระหว่างประเทศ เนื่องจากในการเดินทางไปมาหาสู่กันมากขึ้นจากการเปิดพรมแดนถึงกันอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น ดังกรณีประชาคมอาเซียน การขยายตัวของการค้าระหว่างประเทศโดยเฉพาะสินค้าที่ทำลายสุขภาพหรือไม่ปลอดภัยหรือทำลายสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate change) เป็นต้น หากขาดมาตรการรองรับที่ดี นานาประเทศรวมทั้งประเทศไทยจะได้รับผลเชิงลบทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมหาศาล

๒.๔ ตัวแสดงที่หลากหลายในงานสุขภาพโลก

นอกเหนือจากรัฐที่ทำหน้าที่จัดการด้านสุขภาพโลกแล้วยังมีองค์กรที่มีลักษณะและขอบเขตการทำงานข้ามชาติเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก และต่างเข้ามามีบทบาทสำคัญในแวดวงสุขภาพโลก เช่น ธนาкарโลก กองทุนโลก องค์การการค้าโลก องค์การชำนาญพิเศษต่าง ๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บริษัทข้ามชาติ กลุ่มธุรกิจ เป็นต้น การดำเนินการขององค์กรเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสาธารณสุขของรัฐ และระหว่างรัฐ โดยรัฐไม่สามารถดำเนินการโดยไม่คำนึงถึงองค์กรเหล่านี้ ที่กลายมาเป็นตัวแสดงสำคัญของสุขภาพโลก

๒.๕ การดำเนินการของไทยด้านสุขภาพโลก

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้พัฒนาระบบการจัดการความร่วมมือภายในประเทศ เพื่อจัดปัญหาภัยต่อสุขภาพได้ดีขึ้นเป็นลำดับ เห็นได้จากตัวอย่างเช่น การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเอดส์โดยเฉพาะการเข้าถึงยารักษาโรคในราคาถูกลง รวมทั้งได้ดำเนินความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในประเทศเพื่อนบ้านเพื่อช่วยยับยั้งการระบาดของโรคเข้ามาในประเทศไทย ในขณะเดียวกัน ไทยยังร่วมในการกำหนดและผลักดันวาระสุขภาพที่สำคัญระดับโลกที่มุ่งรักษาผลประโยชน์และแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ด้วย เช่น ด้านเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่เพื่อเป็นฐานการพัฒนาวัคซีน เป็นต้น นอกจากนี้ ไทยยังให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขในกรณีภัยพิบัติธรรมชาติ เช่น ในเหตุการณ์ไต้ฝุ่นในเมียนมาร์ และเหตุการณ์แผ่นดินไหวในเฮติ ที่เป็นการแสดงบทบาทสร้างสรรค์ด้านสาธารณสุขของไทยในเวทีระหว่างประเทศ

การดำเนินการข้างต้นของไทยล้วนมีเป้าหมายในการเตรียมระบบของไทยให้พร้อมรับมือกับภัยคุกคามสุขภาพด้านต่าง ๆ ตลอดจนความเปลี่ยนแปลงในอนาคต กล่าวคือสร้างความมั่นคงของระบบสาธารณสุขที่จะสร้างความปลอดภัยในชีวิตและสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนชาวไทย ที่จะสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งการดำเนินการอย่างเป็นระบบจะส่งผลเชิงบวกต่อประเทศไทยและในขณะเดียวกันยังช่วยในการส่งเสริมบทบาทไทยในเวทีระหว่างประเทศ

๒.๖ วาระโลก : สร้างสุขภาพที่ดีเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา

ปัจจุบันยังมีความตระหนักถึงภัยเชิงบวก ที่การพัฒนาระบบสาธารณสุขมีต่อการสร้างเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจให้ก้าวหน้า ทำให้ประเด็นสาธารณสุขถูกกำหนดในวาระการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ตั้งแต่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๐ ที่ได้รวมเป้าหมายด้านสุขภาพไว้ เนื่องจากสุขภาพที่ดีของประชาชน

สามารถส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติได้ และโดยที่เป้าหมายแห่งสหประชาชาติจะครบวาระในปี ๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๐๑๕) เป้าหมายที่ถูกร่างขึ้นมาใหม่ ได้แก่ เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่จะพัฒนาไปสู่วาระเพื่อการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (Post-2015 Development Agenda) ที่จะเป็นการกรอบการพัฒนาที่สำคัญ ประเทศทั่วโลกจะใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนาของประเทศต่อไป ก็ยังคงบรรจุประเด็นสาธารณสุขเป็น ๑ ใน ๑๗ เป้าหมาย ครอบคลุมการผลักดันการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขจัดโรคติดต่อ เอชไอ วีณโรค มาลาเรีย การลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ และการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น

๒.๗ กระแสการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สวิตเซอร์แลนด์ อังกฤษ นอร์เวย์ ญี่ปุ่น ต่างมีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก เป็นกรอบการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรในประเทศ ผ่านการให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพในประเทศอื่น ภายใต้กลไกและมาตรการต่าง ๆ ทั้งระดับทวิภาคี พหุภาคี ในการส่งเสริมนโยบายการต่างประเทศ นโยบายสุขภาพ และภาพลักษณ์ของประเทศ

ภายใต้บริบทข้างต้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกโดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลก เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์และจุดยืนประเด็นด้านสุขภาพโลกของไทย ตลอดจนปรับปรุงกลไกต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากร สร้างความมั่นคงทางสาธารณสุขให้กับประเทศ ที่จะช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย และสนับสนุนการพัฒนาของภูมิภาคและโลก และเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของไทยในระดับนานาชาติ ให้ไทยสามารถรับประโยชน์จากประชาคมอาเซียนได้อย่างเต็มที่ และมีภูมิคุ้มกันผลกระทบในทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากโลกาภิวัตน์

๓. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ทวีความสำคัญขึ้นเป็นลำดับทั้งในภายในและระหว่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไทยได้ประกาศนโยบายสนับสนุนกลไกสุขภาพโลกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยกำหนดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓ ให้แล้วเสร็จภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

แผนยุทธศาสตร์ฯ มีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดี และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสาธารณสุขที่จะขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์ฯ จะเน้นการดำเนินงานใน ๕ ด้านหลัก ดังนี้

๓.๑ การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ

๓.๒ การเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และความเสมอภาค

๓.๓ ส่งเสริมบทบาทนำ และความรับผิดชอบต่อไทยในประชาคมโลก

๓.๔ เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพโลก

๓.๕ เสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลก และกลไกการประสานงานการดำเนินการ

ทั้งนี้ การจัดเตรียมร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ เน้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างในทุกระบวนการ โดยได้มีการยกย่องชื่นชมในการประชุมปฏิบัติการร่วม ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ และได้ขอรับข้อคิดเห็นจากหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ที่รับผิดชอบประเด็นภายใต้แผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งได้มีการหารือกับผู้แทนภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการด้วย

๔. ประโยชน์ที่ประชาชนไทยและประเทศไทยจะได้รับจากแผนยุทธศาสตร์

๔.๑ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ประเทศมีความมั่นคงด้านสุขภาพ การมียุทธศาสตร์สุขภาพโลกจะวางระบบการแก้ไขและจัดการปัญหาด้านสุขภาพในหลากหลายมิติ เช่น การป้องกันและรับมือโรคติดต่อ ความปลอดภัยด้านอาหาร น้ำ งานสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงด้านเวชภัณฑ์ ยาและวัคซีน และความพร้อมทางการแพทย์ต่อปัญหาภัยพิบัติต่าง ๆ ที่จะสร้างเสริมให้ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสาธารณสุข และประชาชนไทยดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ เป็นสุข และมีสุขภาพดี เนื่องจากภัยคุกคามสุขภาพต่าง ๆ ได้รับการบริหารจัดการให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนไทยในระดับต่ำ

๔.๒ ระบบสาธารณสุขไทยเข้มแข็ง เป็นธรรม และเสมอภาค ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นพื้นฐานระบบสาธารณสุขของไทยได้รับการพัฒนาต่อยอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสำหรับประชาชนไทย รวมทั้งมีการพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ที่มีชาวต่างชาติโยกย้ายถิ่นฐานมาพำนัก ทำงานในประเทศไทยและบริเวณชายแดนไทยเพิ่มขึ้น โดยอาศัยการจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม เพื่อให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงสำหรับประชากรไทยและชาวต่างชาติอื่น ๆ เพื่อป้องกันการระบาดของโรครมาสู่ประชาชนไทย

๔.๓ การเจรจาการค้าระหว่างประเทศและความร่วมมือกับนานาชาติ มีบูรณาการ สามารถปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในประเทศได้ แผนยุทธศาสตร์ฯ มุ่งพัฒนาและปรับปรุงกลไกประสานการประสานระหว่างภาครัฐกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีบูรณาการ ผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ กำหนดแนวทางการเจรจาทางการค้าและการทูต การสร้างเครือข่ายและแสวงหาประเทศผู้สนับสนุน เพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของประเทศและป้องกันภัยคุกคาม และสมดุระหว่างผลประโยชน์ทางการค้า การลงทุน ให้ลดโทษ สร้างประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน

๔.๔ ไทยสามารถแสดงบทบาท ร่วมกำหนดนโยบายสาธารณสุข และแสดงความรับผิดชอบในเวทีโลกได้อย่างสร้างสรรค์ต่อเนื่อง แผนยุทธศาสตร์ฯ มุ่งพัฒนาขีดความสามารถการดำเนินการด้านสาธารณสุขของไทย ในขณะเดียวกันมุ่งประเมินและระบุสาขาที่ไทยมีประสบการณ์ ประสบความสำเร็จ และพร้อมแลกเปลี่ยน ให้ความร่วมมือระหว่างประเทศ ทั้งในระดับทวิภาคี ไตรภาคี และพหุภาคี กับประเทศและองค์การระหว่างประเทศต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวถือเป็นเครื่องมือสานความสัมพันธ์กับประเทศต่าง ๆ ตั้งแต่ประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศในภูมิภาค ตลอดจนประเทศทั่วโลก ผ่านการอบรม การจัดให้มีการศึกษาดูงาน และช่วยพัฒนาระบบในประเทศต่าง ๆ ซึ่งเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือและการยอมรับ รวมทั้งบทบาทความเป็นผู้นำของประเทศไทยในเวทีโลก ซึ่งการระบุสาขาที่ไทยมีความโดดเด่นในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกอาจสามารถพัฒนาไปสู่โอกาสทางเศรษฐกิจ ที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยและประเทศไทยได้ต่อไปด้วย

๔.๕ การประสานงานระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพ และมีทิศทางการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน และก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการทำงาน เพื่อรักษาและส่งเสริมผลประโยชน์ของประเทศและประชาชนไทย

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๗ / ร่างมติ ๕ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

๑. Kickbush I (2006). The need for a European strategy on global health. Scand J Public Health 34: 561-5.
๒. Beaglehole, R. and R. Bonita (2010). “What is global health?” Global Health Action 3(0).
๓. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (๒๕๕๔). การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ (บทที่ ๑๕). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า ๔๘๕-๔๙๔.

