

สานพลัง

สานพลังปึกแผ่น สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ



สร้างสมดุล
'สิทธิชุมชน'
กับโครงการพัฒนา
สร้างทางเลือก
นโยบาย ด้วย
'HIA'



ปีที่ ๑๒
พฤษภาคม ๒๕๖๔
www.nationalhealth.or.th



เรื่องเด่น ประจำ ฉบับ

๐๒

คุยกับเลขาธิการ คสช.

ศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจ
ชุมชนคลองเตย ตัวอย่าง
พลังพลเมืองที่ตื่นรู้กับ
การจัดระบบควบคุม-
ป้องกันโรคในชุมชน

๐๔

เรื่องจากปก

สร้างสมดุล 'สิทธิชุมชน'
กับโครงการพัฒนา
สร้างทางเลือกนโยบาย
ด้วย 'HIA'

๑๔

สัมภาษณ์พิเศษ

หลักเกณฑ์ฯ HIA ฉบับ ๓
'เป็นมิตร' กับผู้ใช้คุ้มครอง
ผู้ที่ได้ผลประโยชน์

๒๒

เกาะติด คสช.

ก.ย.นี้ชัดเจน! หลักเกณฑ์
ประเมินสุขภาพ ฉบับ ๓

๒๖

เรื่องเล่าจากพื้นที่

ภารกิจระดับ
คุณภาพชีวิตกลุ่ม
คนเปราะบาง

๒๘

แกะรอยโลก

กู้โลกจาก Covid อย่างไร
ให้แข็งแรง เปิดคัมภีร์ ๖ ข้อ

๓๐

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง

'เงาความเหลื่อมล้ำ' กับการพัฒนา
นโยบายสาธารณะบนฐาน
ความมั่นคงของทรัพยากร

๓๒

Right to Health

รับรองสิทธิด้านสุขภาพของ
ปัจเจกชนสู่สิทธิชุมชนใน
กระบวนการประเมินผลกระทบ
ด้านสุขภาพ

๓๔

นโยบายสร้างได้

KICK OFF ... การมีส่วนร่วมของ
'เครือข่ายคนรุ่นใหม่'ในสมัชชา
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

๓๘

เล่าให้ลึก

ถนนสายรมณีย์ (๒)

๓๒

คลิปดีที่ต๋องดู

โควิด-19 ความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม

รายชื่อกองบรรณาธิการ



...

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐
แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th

คุยกับ เลขาธิการ

ศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจชุมชนคลองเตย
ตัวอย่างพลีชีพพลีเมืองที่ตื่นรู้กับการจัด
ระบบควบคุม-ป้องกันโรคในชุมชน



๑

สวัสดิ์ครับเพื่อนภาคีเครือข่ายทุกท่าน สถานการณ์โควิด-19 ระลอกสามในเดือนเมษายน และพฤษภาคมนี้ ยังคงน่าวิตกอย่างยิ่ง ตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อวันมากกว่า ๑,๕๐๐ คนตั้งแต่วันที่ ๑๕ เมษายน และทะลุ ๒,๐๐๐ คนต่อเนื่องหลายวัน สูงสุดถึง ๒,๘๓๙ คนในวันที่ ๒๔ เมษายน โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ

มากไปกว่านั้น เมื่อวันที่ ๑ พฤษภาคม วันแรงงานแห่งชาติ ต่อเนื่องมาถึงวันที่ ๒ มีผู้ป่วยเสียชีวิตวันละ ๒๑ คน ตามด้วยวันที่ ๓ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๑ คน นับเป็นสถิติสูงสุดของไทย จากเชื้อกลายพันธุ์สายพันธุ์อังกฤษ ที่นักวิชาการว่าข้ามมาจากกัมพูชาทางชายแดนด้านตะวันออก ขณะที่สายพันธุ์อินเดียที่ระบาดหนักมาก กำลังจ่อชายแดนตะวันตกของไทยด้านเมียนมา และมีข่าวว่าที่มาเลเซียเพื่อนบ้านทางใต้พบผู้ติดเชื้อสายพันธุ์อาฟริกาได้จำนวนมากและมีโอกาสมากที่จะทะลุเข้าไทยทางจังหวัดภาคใต้

ทั้งสามสายพันธุ์ใหม่นี้ มีผลต่อประสิทธิภาพของวัคซีนทุกยี่ห้อที่ใช้เป็นอาวุธสำคัญสุดของโลกและเป็นปัญหาใหญ่ของไทยในการจัดหาให้พอ และทันกาลในขณะนี้

การระบาดของโควิด-19 ระลอกสามนี้ ถือเป็นวิกฤตใหญ่ที่กระทบประชาชนทุกกลุ่มมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มคนชั้นกลาง คนยากจน และกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ เพราะเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ประเทศชาติมีวิกฤตซ้อนวิกฤต มีข้อจำกัดการบริหารจัดการในภาวะวิกฤต ทำให้ทั้งปริมาณผู้ติดเชื้อ ความรุนแรงของโรค อัตราการเสียชีวิต และผลกระทบในการดำเนินชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทุกมิติ

การระบาดระลอกสามนี้มาตรการควบคุมโรคที่เป็นจุดแข็งของระบบสาธารณสุขไทย อาจไม่ใช่คำตอบสำคัญที่สุด เพราะทั่วโลกได้ขยับจากการ “ควบคุมโรค” ไปสู่การ “ป้องกันโรค” ด้วยการให้วัคซีนแก่ประชาชนให้ครอบคลุมมากที่สุดเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่

ทว่าในประเทศไทยขณะนี้ยังมีปัญหาการรอคอยวัคซีนที่แม้จะเริ่มให้กับรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นคนแรกได้ตั้งแต่วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ที่ผ่านมา แต่จนถึงขณะนี้ยังจัดครอบคลุมคนไทยได้น้อยมาก และยังคงรอวัคซีนล็อตใหญ่ที่คาดหวังว่าจะมาและเริ่มฉีดได้ในเดือนมิถุนายน

สถานการณ์ขณะนี้ระบบสาธารณสุขไทยต้องรับภาระหนัก จนใกล้ถึงขีดเกินความสามารถที่ระบบจะแบกรับไหว โดยเฉพาะเตียงและเครื่องมือไอซียูสำหรับรองรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการหนักกำลังขาดแคลน นำมาสู่ความโกลาหล ความตื่นตระหนกของประชาชน แม้รัฐบาลจะแก้ไขปัญหาด้วยการขยายเตียงในโรงพยาบาลสนาม และมีแนวคิดที่จะให้ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ยังไม่มีอาการ หรือที่ผ่านการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นให้กลับไปพักกักตัวที่บ้านพัก หรือที่เรียกว่า Home Isolation ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับสภาพการพักอาศัยและความพร้อมของ

ประชาชนกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะในชุมชนแออัดของเมืองใหญ่ที่แต่ละครอบครัวพักอาศัยรวมกันในบ้านที่คับแคบ และหลายบ้านสร้างอยู่ติดกันอย่างแออัด

เพื่อนภาคีเครือข่ายทุกท่านครับ ภายใต้วิกฤตยังมีโอกาส เมื่อภาคีเครือข่ายในหลายพื้นที่ได้ตั้งวงพูดคุยและสร้าง “ตัวอย่างการจัดระบบควบคุมและป้องกันโรคโดยชุมชน” ด้วยเชื่อว่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ชุมชนจะใช้พลังของตนในการสนับสนุนมาตรการของรัฐ และช่วยดูแลประชาชนด้วยกันเองให้ปลอดภัยและผ่านพ้นวิกฤตครั้งนี้ได้อย่างตรงจุด

ตัวอย่างเมื่อวันที่ ๓๐ เมษายนที่ผ่านมา ประชาชนได้เปิด “ศูนย์พักคอยใกล้บ้านใกล้ใจ ชุมชนคลองเตย” เป็นแห่งแรกในกรุงเทพฯ โดยปรับแนวคิดจาก Home Isolation เป็น Community isolation ด้วยการใช้พื้นที่ “วัดสะพาน” เป็นที่ตั้งศูนย์พักคอย และบริหารจัดการดูแลโดยคณะกรรมการของชุมชนที่มีเจ้าอาวาสวัดสะพานเป็นประธาน ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแยกตัวผู้ติดเชื้อรายใหม่ออกจากสมาชิกในบ้านพักและให้การดูแลเบื้องต้น รอคอยจัดหาเตียงและส่งตัวเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสนามหรือโรงพยาบาลหลักในพื้นที่

จากวิกฤตที่ประชาชนกลุ่มเปราะบางประสบ และจากประสบการณ์ของชุมชนคลองเตย ทำให้เห็นความหวังที่จะขยายไปยังพื้นที่ชุมชนแออัดอื่นๆ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวมทั้งขยายไปยังจังหวัดต่างๆ ซึ่งเพื่อนภาคีเครือข่ายสามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อรับมือวิกฤตโควิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของ“นิตยสารสานพลัง”ฉบับเดือนพฤษภาคมนี้ ผมตั้งใจจะพูดถึงความก้าวหน้าเรื่อง “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ ๓” หรือ “HIA ฉบับ ๓” ซึ่งขณะนี้คณะทำงานวิชาการได้กว้างแรงแสดงแล้ว พร้อมเข้าสู่การรับฟังความเห็นของภาคส่วนต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือทางวิชาการสนับสนุนการจัดทำนโยบายหรือโครงการขนาดใหญ่ของรัฐและเอกชน หรือโครงการย่อยในพื้นที่ ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เกิดและดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่ยอมรับของประชาชนในพื้นที่ ลดการเผชิญหน้า เกิดเป็นความสมดุลระหว่างการพัฒนากับการคุ้มครองสิทธิประชาชนอย่างยั่งยืน

สำหรับบทบาทของ สช. นอกจากกำลังจัดทำ “HIA ฉบับ ๓” ตามที่พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติเอาไว้แล้ว สช.ยังให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายสถาบันวิชาการ (HIA Consortium) เพื่อสนับสนุนการผลิตบุคลากรและพัฒนางานวิชาการในด้านนี้ รวมทั้งมีแผนจะร่วมกันจัดเวทีวิชาการระดับชาติ (HIA Forum) เมื่อสถานการณ์โควิด-19 ดีขึ้นครับ

๓

สร้างสมดุล
'สิทธิชุมชน'
กับโครงการพัฒนา
สร้างทางเลือก
นโยบาย ด้วย
'HIA'



ความต้องการที่แตกต่าง อาจนำไปสู่ความขัดแย้ง การเผชิญหน้า และการกระทบกระทั่ง โดยเฉพาะเมื่อ ประเทศไทยต้องการขยับตัวออกจากการติดอยู่ใน “กับดักรายได้ปานกลาง” ด้วยแล้ว จึงเป็นเรื่องยากที่จะผสานความต้องการของ ๒ ฝ่ายนี้ให้ลงรอยกันด้วยความสมานฉันท์

เช่นเดียวกับประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก การก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางจำเป็นต้องพึ่งพาเม็ดเงินจากการลงทุน นั่นทำให้ตลอดระยะเวลากว่า ๑๐ ปีมานี้ประเทศไทยจึงเต็มไปด้วย “โครงการพัฒนา” น้อยใหญ่ในแทบจะทุกพื้นที่ด้วยความปรารถนาอย่างถึงที่สุดว่า จะช่วยกระตุ้นผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (จีดีพี)

อย่างไรก็ดี ข้อเท็จจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้เลยก็คือ การเกิดขึ้นของโครงการพัฒนาเหล่านั้นล้วนแต่ต้องแลกมาด้วย “ต้นทุน” ที่มี โดยเฉพาะทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งเป็นสมบัติของชุมชนและคนทั่วทั้งประเทศ และที่ไม่อาจปฏิเสธได้ด้วยเช่นกันก็คือ การปกป้องพิทักษ์ไว้ซึ่งทรัพยากรของชุมชนเป็น “สิทธิ” ที่ได้รับรองตามกฎหมาย และเป็นหลักการสากลทั่วโลก



ความต้องการในการ “พัฒนา” และความต้องการ ปกป้องรักษาฐานทรัพยากรด้วย “สิทธิชุมชน” จึงเป็น ๒ ความต้องการที่สวนทางกันมาโดยตลอด ในอดีตจึง ปรากฏหลากหลายเหตุการณ์การเผชิญหน้าที่จะนำไปสู่ความรุนแรง-ความสูญเสีย

เพื่อที่จะประคับประคองทั้ง ๒ ความต้องการให้เกิด ความสมดุล และสามารถเดินร่วมทางกันไปได้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงได้กำหนดให้มีเครื่องมือ ที่เรียกว่า “การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” หรือ HIA ขึ้นมา

เครื่องมือนี้มุ่งหมายที่จะชักชวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ๓ ภาคส่วน ประกอบด้วย ๑. ผู้ประกอบการ-เจ้าของ โครงการ ๒. ผู้ได้รับผลกระทบ-ภาคประชาชน ๓. ผู้ควบคุมกฎเกณฑ์-รัฐ เข้ามา “พูดคุย” บนฐานข้อมูล ทางวิชาการภายใต้กระบวนการการมีส่วนร่วม เพื่อ “สกัด” ออกมาเป็นข้อเสนอ-แนวทาง ที่คนทั้ง ๓ ฝ่าย ยอมรับร่วมกัน

ข้อเสนอ-แนวทางเหล่านั้น อาจเป็นได้ตั้งแต่การเดินทาง หน้าโครงการ การยกเลิกโครงการ การเดินทางโครงการ ภายใต้งี้อื่นๆ ๑-๒-๓-๔-๕ ซึ่งแม้ว่าแต่ละฝ่ายอาจจะ ได้ไม่ตรงตามความต้องการของตัวเองทั้งหมด แต่ก็จะเป็น ข้อเสนอ-ทางเลือก ที่ “ดีทุกฝ่าย-ได้ทุกคน”

HIA เครื่องมือที่กฎหมายรับรอง

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ถือเป็นกฎหมาย ฉบับแรกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ “การประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ” ซึ่งครอบคลุมทั้งเรื่องสิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการการมีส่วนร่วม และกลไกการทำงาน

สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ HIA ซึ่งถูกบัญญัติไว้ใน กฎหมายฉบับนี้ ระบุเอาไว้ใน ๒ ประเด็นใหญ่ๆ ได้แก่

- ๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้ประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะได้ (มาตรา ๑๑) ซึ่งถือเป็นการ “รับรองสิทธิ” ของประชาชน-ชุมชน
- ๒ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เป็นผู้ “กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ” ซึ่งถือเป็นการ “กำหนดภาระกิจ-หน้าที่” ให้กับหน่วยงานดำเนินการ (มาตรา ๒๕(๕))

หากพิจารณาตามสาระสำคัญข้างต้นแล้ว จะพบว่า กฎหมายกำหนดให้ประชาชนมีสิทธิ และหน่วยงานมี หน้าที่ต้องทำ (จัดทำหลักเกณฑ์) แต่เมื่อจัดทำออกมา แล้วจะนำไปใช้ต่ออย่างไร กฎหมายไม่ได้ระบุเอาไว้

นั่นจึงเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงาน ที่จะกำหนด หลักเกณฑ์ฯ อันจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้จริง โดย กฎหมายระบุด้วย ต้องมีการทบทวนทุก ๕ ปี เพื่อให้ หลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าวมีความเท่าทันยุคสมัยและเท่า ทันความเปลี่ยนแปลงของสังคม

สำหรับหลักเกณฑ์ฯ ของประเทศไทย เกิดขึ้นครั้งแรก-ฉบับแรก ในปี ๒๕๕๒ โดยคณะทำงานจัดทำ หลักเกณฑ์ฯ หมายมั่นปั้นมือว่าหลักเกณฑ์ฯ นี้จะก่อให้เกิด กระบวนการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนเนื้อหาสาระ ที่ถูกเขียนออกมาจึงมีลักษณะเป็นการ “กำหนดกรอบ” มีความแข็งตัว ที่สุดแล้วจึงยากต่อการนำไปใช้ได้จริง

ด้วยข้อจำกัดของหลักเกณฑ์ฯ ฉบับแรก ทำให้ในปี ๒๕๕๙ มีการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่สองออกมา โดย ครั้งนี้ยังถูกตั้งข้อสังเกตว่ามีลักษณะ “ค่อนข้างกว้าง” และผู้นำไปใช้จำเป็นต้อง “ตีความเอง” นั้นทำให้เกิด อุปสรรคในแง่การใช้งานจริง

ทั้งนี้ทั้งนั้น เนื่องจากหนึ่งในภาคีที่นำหลักเกณฑ์ฯ ไปใช้คือ “หน่วยงานรัฐ” เช่น กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวง สาธารณสุข ฯลฯ ซึ่งแต่ละหน่วยงานก็มีกฎหมายที่ ตัวเองถืออยู่ จึงเป็นเรื่องยากที่จะนำหลักเกณฑ์ฯ ผนวก เข้าไปกับกฎหมายของตัวเอง

หลักเกณฑ์ฯ ฉบับ ๓ ที่ภาคีให้การต้อนรับ

ปัจจุบัน อยู่ในจังหวะก้าวของการจัดทำ “หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ฉบับที่ ๓” ซึ่งมี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานคณะทำงาน ร่างหลักเกณฑ์ฯ โดยคาดว่าจะแล้วเสร็จพร้อมประกาศ ใช้ได้ราวเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ หรือในช่วงงานสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

สำหรับหลักเกณฑ์ฉบับที่ ๓ นี้จะเป็นการนำจุดแข็ง และจุดอ่อนของฉบับที่ ๑-๒ มาทบทวนซึ่งคณะทำงานฯ ต้องการที่จะจัดทำหลักเกณฑ์ฉบับนี้ให้มีความยืดหยุ่น สามารถบูรณาการเข้ากับกฎหมายฉบับอื่นๆ ได้อย่าง เป็นเนื้อเดียว โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการนำไปประยุกต์ ใช้ได้จริง

น.พ.ณรงค์ศักดิ์ บอว่า หลักการสำคัญในการจัดทำหลักเกณฑ์ฉบับที่ ๓ คือหลัก '3E' อันประกอบด้วย Empowerment-Engagement- Enforcement ซึ่งจะนำไปสู่การสร้าง ความยืดหยุ่น ประกอบด้วย ๑. Empowerment ที่ เป็นคู่มือในลักษณะของการเสริมพลังความรู้ความเข้าใจเป็นคู่มือที่สามารถนำไป สอน แนะนำ เป็นคู่มือที่อ่านเพื่อทำความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติต่อไป

๒. Engagement เป็นคู่มือที่จะทำให้เห็นว่าใน ส่วนของกิจการ และการประกอบการนั้น มีส่วนรับผิดชอบ หรือมีภาระผูกพันอะไรที่จะต้องปฏิบัติ เช่น เมื่อเข้ามา ประกอบกิจการที่นี้ จะต้องทำอะไรเพื่อไม่ให้เกิด ความเดือดร้อน หรือในหน่วยงานก็จะมีภาระระบุว่า ถ้ามีการขออนุญาตประกอบการในเรื่องนี้ ในฐานะหน่วยงาน มีหน้าที่อย่างไรที่จะต้องกำกับ ดูแล เพื่อไม่ให้เกิด ความเดือดร้อน

๓. Enforcement เป็นคู่มือภาคบังคับว่าในสิ่งที่ผู้ ประกอบการจะทำนั้น เกี่ยวข้องกับกฎหมายอะไรบ้าง ในการประกอบการ นอกจาก Engagement แล้ว ยังมี ภาคบังคับในสิ่งที่ผู้ประกอบการจะต้องทำ และถ้า ไม่ทำจะเป็นอย่างไร

นางพรรณนิภา สิบสิงห์ ผู้อำนวยการกลุ่มงาน วิชาการและฐานข้อมูลกองพัฒนาระบบการวิเคราะห์ ผลกระทบสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) ระบุว่า ที่ผ่านมา สผ. ดูแลในส่วนของการประเมินผลกระทบ สิ่งแวดล้อม (EIA) ซึ่งมีขั้นตอน หลักเกณฑ์ และวิธีการ กำหนดไว้อย่างชัดเจนภายใต้ พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

สำหรับ EIA นั้นจะมีการประเมินใน ๔ ด้านหลัก ประกอบด้วยด้านกายภาพด้านชีวภาพด้านคุณค่าการใช้ ประโยชน์ของมนุษย์ และด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิต

ซึ่งในด้านสุดท้ายนี้เองที่มีประเด็นย่อยเป็นเรื่องของ สุขภาพรวมอยู่ด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อ สช. ได้มีการผลักดันและขับเคลื่อน HIA โดยได้มีความพยายามที่จะผนวกรวมกับ EIA เพื่อให้เกิดเป็น EHIA ขึ้น แม้ตาม พ.ร.บ.สิ่งแวดล้อมฯ จะไม่มีการใช้คำดังกล่าว และยังคงได้รับการเรียกเป็น EIA ตามเดิม แต่ สผ. ก็ได้มีการเพิ่มเติมประเด็นทาง สุขภาพที่มีความเข้มข้นมากขึ้น โดยพยายามปรับตัว หลักเกณฑ์ที่ สช. ประกาศไว้มาเป็นแนวทางของ EIA ด้วย

“ดังนั้นแนวทางประเมินทางสุขภาพใน EIA ที่ผ่าน มา สผ. ก็ได้พยายามรับหลักเกณฑ์ในแต่ละฉบับของ HIA มาใช้ เช่นเดียวกับหลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ ที่ สผ. ได้มี ส่วนร่วมในการจัดทำอยู่ขณะนี้ หากเมื่อสรุปแล้วเสร็จ และมีการประกาศออกมา ทาง สผ. ก็จะมีการนำประเด็น ใหม่ๆ หรือแนวทางด้านสุขภาพที่อาจยังไม่มี เข้ามา ปรับเพิ่มไว้ใน EIA เพื่อให้ไปด้วยกัน” นางพรรณนิภา ระบุ

นางพรรณนิภา กล่าวด้วยว่า จากทิศทางของการ ร่างหลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ ขณะนี้ สช.เองได้มีความ พยายามที่จะไม่กำหนดหลักเกณฑ์ใดขัดกับกฎหมาย อื่นที่มีอยู่ เนื่องจากเจตนาของ HIA จะถูกนำไปใช้ในการ ดำเนินงานตั้งแต่ระดับนโยบาย แผน มาจนถึง ระดับโครงการ ต่างจาก EIA ที่เป็นเครื่องมือใช้ใน ระดับโครงการ ดังนั้นภาพรวมจึงเชื่อว่าหลักเกณฑ์ที่ ออกมาจะไม่ขัดกันและสามารถหนุนเสริมไปในทิศทาง เดียวกันได้

นางพรรณนิภา
สิบสิงห์

๘๘

ดังนั้นแนวทางประเมินทางสุขภาพ ใน EIA ที่ผ่านมา สผ. ก็ได้พยายาม รับหลักเกณฑ์ในแต่ละฉบับของ HIA มาใช้ เช่นเดียวกับหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ ที่ สผ. ได้มีส่วนร่วม ในการจัดทำอยู่ขณะนี้ หากเมื่อสรุปแล้ว เสร็จแล้วจะมีการประกาศออกมา ทาง สผ. ก็จะมีการนำประเด็นใหม่ ๆ หรือแนวทางด้านสุขภาพที่ อาจยังไม่มี เข้ามาปรับเพิ่ม ไว้ใน EIA เพื่อให้ไปด้วยกัน

๘๙

ระบบนิเวศ HIA สำคัญกว่าหลักเกณฑ์ฯ

ดร.เดชรัต สุขกำเนิด คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ นักวิชาการที่คลุกคลีอยู่กับประเด็นสิทธิชุมชนและผลกระทบจากโครงการพัฒนา อดีตรองประธานกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Commission) แสดงความคิดเห็นว่า การจัดทำหลักเกณฑ์ฯ ที่ผ่านมา ในฉบับแรกเป็นการเกิดขึ้นเพื่อตอบโจทย์การดำเนินงานตามรัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐ และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ได้บรรจุเรื่องนี้เอาไว้ ขณะเดียวกันก็ได้ถูกนำมาใช้กับการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ซึ่งในเวลาต่อมาก็ได้มีความพยายามที่จะทำให้หลักเกณฑ์ฯ ของ HIA ไปใช้ในจุดอื่นเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ดี หากมองย้อนกลับไปจะพบว่าหลักเกณฑ์ฯ ในฉบับแรกอาจเน้นไปที่ตัวกระบวนการ มากกว่าหลักการที่เป็นสิทธิหรือความคิดที่อยู่เบื้องหลัง ทำให้วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานอาจไม่ค่อยชัดเจนมากนัก จึงมีคำแนะนำมาสู่การปรับปรุงฉบับที่ ๒ เพิ่มเติม เพื่อพยายามเน้นให้หน่วยงานต่างๆ สามารถนำหลักเกณฑ์ฯ ของ HIA ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหลักเกณฑ์ของตัวเองมากยิ่งขึ้น

“แม้จะมีฉบับที่ ๒ ออกมาแล้ว การดำเนินงานก็ยังมียึดติดขัดพอสมควร และการนำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๒ ไปประยุกต์ใช้ก็ไม่ได้เกิดขึ้นมากนัก ซึ่งอันที่จริงการมองที่ตัวหลักเกณฑ์ฯ อย่างเดียวอาจจะเป็นเรื่องรอง

๘๘

ดังนั้นจึงไม่อยากจะ
มองแต่การมีหลักเกณฑ์ฯ
เพียงอย่างเดียวนะ เพราะ
บริบททางสังคม หรือ
ในภาษาอังกฤษอาจเรียกว่า
เป็น ecosystem หรือ
ระบบนิเวศของกระบวนการ
HIA น่าจะเป็นสิ่งที่มีความ
สำคัญมากกว่า
ซึ่งในส่วนนี้แนวทางการ
ทำงานของ สว. เอง
ก็ช่วยได้

๘๘

ดร.เดชรัต
สุขกำเนิด

เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นคือการใช้ HIA ในแต่ละช่วงเวลาก็จะขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมด้วยเช่นกัน” ดร.เดชรัต ระบุ

ดร.เดชรัต ยกตัวอย่างว่า ในช่วงของฉบับแรกนั้น นอกจากจะมีการใช้ HIA เพื่อแก้ไขปัญหาตามรัฐธรรมนูญแล้ว ในช่วงปี ๒๕๕๓-๒๕๕๔ ยังเกิดการทำเรื่อง HIA ในระดับชุมชนทั่วไปกว้างขวาง ส่วนหนึ่งเพราะกลวิธีการทำงานที่ดีของ สช. และความตื่นตัวของสังคม ขณะที่ช่วงหลังเมื่อเข้าสู่หลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๒ การทำ HIA ระดับชุมชนอาจลดน้อยลง เพราะมีประเด็นในเรื่องการยกเลิกรัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐ ทำให้การปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญก็มีน้ำหนักลดลงตามไปด้วย

“ดังนั้นจึงไม่อยากจะให้มองแต่การมีหลักเกณฑ์ฯ เพียงอย่างเดียว เพราะบริบททางสังคม หรือในภาษาอังกฤษอาจเรียกว่าเป็น ecosystem หรือระบบนิเวศของกระบวนการ HIA น่าจะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่า ซึ่งในส่วนนี้แนวทางการทำงานของ สช. เองก็จะช่วยได้” ดร.เดชรัต ระบุ

นักวิชาการรายนี้ให้ความเห็นต่อไปว่า ในส่วนของหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ ซึ่งถูกยกวางอยู่ในขณะนี้ เชื่อว่าทีมยกร่างได้มีการศึกษาและวิเคราะห์ข้อเด่นข้อด้อยของฉบับที่ ๑-๒ มาแล้วเป็นอย่างดีแล้ว จึงไม่น่าหนักใจ แต่สุดท้ายแล้วสิ่งที่ทำให้กระบวนการ HIA เกิดขึ้นนั้น ไม่ใช่การมีหลักเกณฑ์ฯ ที่ดีเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีระบบนิเวศหรือองค์ประกอบอื่นๆ อีกหลายส่วนด้วย

“เช่นการทำ HIA ชุมชนในสมัยก่อน ซึ่ง สช. เป็นฝ่ายรุกเข้าไปหาชุมชนที่กำลังมีความสนใจใช้ และเมื่อใช้แล้วได้ผล ก็เกิดการทำให้ชุมชนอื่นอยากใช้มากขึ้น ฉะนั้น สช. คงต้องมองดูว่าจุดใดเป็นจุดสำคัญที่เราจะสามารถนำเอา HIA ไปใช้ได้” ดร.เดชรัต ทิ้งท้าย

ทางด้าน นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมโยงว่า หลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ จะมีความชัดเจนมากขึ้น คือจะมีการระบุไว้ว่า หากประชาชนต้องการใช้สิทธิตาม HIA จะต้องทำอย่างไรบ้าง ๑-๒-๓-๔-๕ เช่นเดียวกับฟากฝั่งผู้ประกอบการจะต้องดำเนินการอะไรบ้าง เช่น ต้องจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นที่เป็นที่ยอมรับ หรือ ๑-๒-๓-๔-๕ ขณะที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งถือกฎหมายต่างๆ ก็จะสามารถบูรณาการหลักเกณฑ์ฯ เข้าไปใช้ได้

“ถ้าเราทำเช่นนี้ ทำให้เป็นหลักเกณฑ์และแนวทางตามที่ถูกกฎหมายกำหนดเพื่อคุ้มครองสิทธิประชาชนและทำให้มีวิธีปฏิบัติว่าผู้ประกอบการ-เจ้าของโครงการต้องทำอะไร ขณะเดียวกันก็ไปบูรณาการร่วมกับเครื่องมืออื่น กฎหมายอื่น หน่วยงานอื่น

“ทำให้เนื้อหาสอดคล้องไปกันได้ทั้ง ๓ ฝ่าย โดยผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ผมคิดว่าจะทำให้พัฒนาการของประเทศ ทั้งในแง่การให้เกิดความก้าวหน้า เดินควบคู่ไปกับการคุ้มครองและรักษาสิทธิของประชาชนพอไปกันได้อย่างสมดุล” นพ.ประทีป ระบุ

สำหรับงานของ สช. ที่เกี่ยวข้องกับ HIA นั้น นอกจากการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ แล้ว สช.ยังได้ทำงานร่วมกับสถาบันการศึกษาทั่วประเทศ เพื่อผลิต “กำลังคน” ผลิตบุคลากรออกมาสนับสนุนชุมชนในการประเมิน HIA โดยเรียกงานในส่วนนี้ว่า (HIA Consortium) ขณะเดียวกันในฐานะองค์กรสถานพลัง สช.ก็ยังคงเดินหน้าจัดเวทีระดับชาติต่อไปด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้การกำหนดทิศทางโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Commission) ซึ่งมี **นพ.ชูชัย ศุภวงศ์** เป็นประธาน ๑๓



นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
ประธานคณะทำงานร่างหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓

หลักเกณฑ์ฯ HIA ฉบับ ๓ 'เป็นมิตร' กับผู้ใช้ คุ้มครองผู้ที่ ได้รับผลกระทบ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้ความสำคัญกับสุขภาพด้วยการรับรองสิทธิ“ประชาชน”เอาไว้ ด้วยการกำหนดให้มีเครื่องมือตามกฎหมายที่เรียกว่า “การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” (HIA)

เครื่องมือดังกล่าว เป็นเครื่องมือที่มุ่งหมายเพื่อ “หาทางออกร่วมกัน” ระหว่างความต้องการใน ๒ ขั้ว ได้แก่ ๑. การขับเคลื่อนการลงทุนและโครงการพัฒนา เพื่อให้ประเทศหลุดพ้นจากการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง ๒. การพิทักษ์รักษาไว้ซึ่งสิทธิชุมชน-สิทธิประชาชน ในฐานะเจ้าของทรัพยากรในพื้นที่

การพูดคุยบนพื้นฐานของวิชาการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม คือหัวใจของการทำ HIA ซึ่งจะนำไปสู่การสร้าง “ทางเลือก” ในการออกแบบอนาคตของพื้นที่โดยมีสุขภาพประชาชนเป็นที่ตั้ง

หมุดหมายสำคัญของ HIA คือการลดความขัดแย้ง ลดการเผชิญหน้า และสร้างความสมดุลระหว่างการพัฒนา สุขภาพ และสิทธิชุมชน

ประเทศไทยโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้สานพลังเพื่อจัดทำ “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” มาแล้ว ๒ ฉบับ โดยฉบับแรกในปี ๒๕๕๒ ซึ่งถูกตั้งข้อสงสัยเกณฑ์ว่ามีลักษณะ“แข็งตัว”จนเกินไปทำให้ยากต่อการปฏิบัติจริง ส่วนฉบับที่สอง ได้จัดทำในปี ๒๕๕๙ โดยถูกมองว่ามีลักษณะที่กว้างและคล้ายคลึงกับคู่มือมากเกินไป

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในจังหวะก้าวของการจัดทำ “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ฉบับที่ ๓” ที่จะถอดบทเรียนจาก ๒ ฉบับก่อนหน้านี้ เพื่อจัดทำให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด โดยคณะทำงานฯ มั่นใจมั่นว่าจะให้แล้วเสร็จและประกาศใช้ภายในสิ้นปี ๒๕๖๔ หรือในเดือนธันวาคมนี้

“กองบรรณาธิการสานพลัง” ได้มีการพูดคุยกับ **นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา** ประธานคณะทำงานร่างหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ โดยท่านระบุว่าหลักการ 3E จะเป็นหัวใจหลักในการจัดทำ เพื่อให้เกิดการคุ้มครองทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชน

‘สิ่งแวดล้อม’ ต้องขนานคู่ไปกับ ‘สุขภาพ’

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อธิบายว่า HIA เป็นหนึ่งในมาตราที่ถูกระบุไว้ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ว่าด้วยการปกป้องคุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติในเรื่องของผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยกำหนดให้ สช. นำโดยเลขาธิการเป็นเจ้าของเรื่อง ในการจัดทำเครื่องมือเพื่อวัดและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งกำหนดแนวทาง มาตรการ และเสนอกฎหมาย

อย่างไรก็ดี ด้วยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาก อาทิ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้นหลักเกณฑ์ ที่เขียนขึ้นจึงจะสัมพันธ์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย

เดิมที HIA จะเป็นส่วนหนึ่งใน EIA (Environmental Impact Assessment) ว่าด้วยการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจะเหมือนเป็นส่วนเล็กๆ อยู่ในกรอบใหญ่ของ EIA ซึ่งมีกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นคนถือกฎหมาย และมีกระทรวงอุตสาหกรรมเกี่ยวข้องด้วย

ทว่าในภายหลัง เริ่มเกิดเคสทางสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพมากขึ้น อาทิ กรณีสารอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอนในรูปของแก๊สและปนเปื้อนดิน-น้ำ ใน อ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช โดยพบว่าพืชผักที่ปลูกในพื้นที่และชาวบ้านในพื้นที่รับประทานนั้น มีสารหนูปนเปื้อน

นั่นทำให้เริ่มมีการพูดถึงความจำเป็น ที่จะต้องมีการดูในเรื่องของสุขภาพเป็นการเฉพาะ

“ตรงนั้นมีการทำเหมืองเก่า แล้วก็ร่อนเอาสารเคมีลงไปในลำธาร เข้าสู่พืชผัก สัตว์เลี้ยง ประชาชนที่ใช้ น้ำก็ได้รับผลกระทบ เริ่มล้มป่วย บางคนโชคร้ายก็ถึงขั้นป่วยเป็นมะเร็ง ตรงนี้คือสิ่งที่สะท้อนว่า ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมซึ่งตั้งต้นมาจากการประกอบการ เป็นเส้นทางเดียวกันอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง”

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อธิบายต่อไปว่า เมื่อ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกาศใช้ มีการพูดถึงการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ซึ่งจะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมิน



“ผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจาก
สิ่งแวดล้อม ซึ่งตั้งต้นมาจาก
การประกอบการ
เป็นเส้นทางเดียวกัน
อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง”

เราไม่มีอำนาจเหนือสถานประกอบการ
ไม่สามารถสั่งให้เขาทำอะไรได้ และไม่มี
งบประมาณที่จะลงมือทำเอง ฉะนั้น
เมื่อเราสร้างเครื่องมือขึ้นมาแล้ว เราก็จะต้อง
จัดเวทีเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง
บนฐานของการใช้เครื่องมือ HIA นี้



ผลกระทบด้านสุขภาพขึ้น โดยมีบุคคลที่เข้ามาทำงาน
ร่วมกันในรูปแบบสมัชชา

ในการสร้างเครื่องมือนั้น จะประกอบด้วยกัน ๒ ส่วน
ได้แก่ ๑. เครื่องมือพื้นฐานที่ไม่ได้มีความยุ่งยาก หรือ
กิจการที่ไม่ได้มีความซับซ้อน โดยจะเรียกว่าเป็นการ
ประเมินผลกระทบสุขภาพในระดับชุมชน (CHIA) ๒.
เครื่องมือที่จะนำไปใช้ในสถานประกอบการ หรือการ
ขออนุญาตประกอบการ ที่ไม่มีการกำหนดมาตรการ
เรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพตามกฎหมาย
ไว้อย่างชัดเจน

ว่ากันเฉพาะส่วนที่สองนั้นคือการสร้างเครื่องมือเพื่อ
ให้สามารถนำไปผนวกเพิ่มในเงื่อนไขที่ผู้ประกอบการ
จะต้องทำตามวิธีการที่ได้กำหนดขึ้นโดยพ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติ หรือคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

“เราไม่มีอำนาจเหนือสถานประกอบการไม่สามารถ
สั่งให้เขาทำอะไรได้ และไม่มียกงบประมาณที่จะลงมือ
ทำเอง ฉะนั้นเมื่อเราสร้างเครื่องมือขึ้นมาแล้ว เราก็จะ
ต้องจัดเวทีเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องบน
ฐานของการใช้เครื่องมือ HIA นี้”

นั่นจะเป็นการทำให้ผู้ที่ถือกฎหมายหรือผู้มีอำนาจ
เกี่ยวข้องนำเครื่องมือตรงนี้ไปใช้ ตามเขตอำนาจที่มีอยู่
ซึ่งทำงานก็จะมีกรชักชวนผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงาน
ร่วมกัน เมื่อได้ข้อสรุปก็ต้องพูดคุยกับภาคประชา
สังคมต่อไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกื้อหนุนกัน

หลักเกณฑ์ฯ ก็จะต้อง นำไปสู่การใช้ได้จริง

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อธิบายถึงการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ
ว่า เป็นการทำงานในลักษณะของการสานพลัง คือนำ
ผู้ที่เกี่ยวข้อง-ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรง นักวิชาการที่มี
ความเชี่ยวชาญรวมถึงภาคอุตสาหกรรมผู้ประกอบการ
ภาคประชาสังคม ตัวแทนชุมชน หน่วยงานที่ทำหน้าที่
ปกป้องคุ้มครองดูแลประชาชน เข้ามาพูดคุยกันถึง
จุดประสงค์ที่ต้องการ และคุ้มครองในเรื่องของ
สิ่งแวดล้อม และสุขภาพที่มีความกังวล

“เมื่อหน่วยงานหลักถือกฎหมายอยู่ เช่น กฎหมาย
EIA ที่ถือโดยกระทรวงทรัพยากรฯ เราก็จะชักชวนหน่วยงาน

เหล่านั้นเข้ามาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการเขียนคู่มือ-
แนวปฏิบัติ ว่าควรเขียนไปในทิศทางใดที่จะสามารถ
นำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับกฎหมายนั้นๆ ได้ คือไม่ใช่
เขียนดีแต่ไม่รู้เอาไปใช้ได้อย่างไร หรือเขียนดีแต่ไม่
สอดคล้องกับกฎหมายที่แต่ละหน่วยงานมีอยู่ ตรงนี้ก็
เป็นเหตุที่ทำให้เกิดการสานพลังด้วยเช่นกัน”

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อธิบายต่อไปว่า ในบางเรื่องทาง
หน่วยราชการก็อาจจะไม่ได้ลงลึก ฉะนั้นทางคณะ
กรรมการฯ นักวิชาการที่อยู่สายวิชาการที่ติดตามเรื่อง
นั้นๆ หรือมีความใกล้ชิดกับทางต่างประเทศ ก็จะช่วย
บอกได้ว่าในต่างประเทศดำเนินการไปถึงจุดไหน หรือ
ตอนนี้กำลังติดตามเรื่องอะไร ก็จะมาช่วยกันให้ความเห็น
ซึ่งแน่นอนว่า นี่เป็นเรื่องถนัดของ สช.

“เราทำเหมือนเป็นพ่อค้าคนกลาง จัดเวทีให้คนที่
มีความต้องการได้มีการพูดคุยและทำงานด้วยกัน ใช้
กระบวนการการมีส่วนร่วม และเป็นการร่วมแบบมีพลัง
คือเป็นพลังทางสังคม บริหารจัดการ นโยบาย หรือทาง
อำนาจปกครองบ้านเมือง และก็มีพลังทางวิชาการ ซึ่ง
ก็จะได้ผลผลิตออกมาที่เป็นเครื่องมือคู่มือ แนวทางที่
เป็นของกลางที่หยิบไปใช้ด้วยกัน”

บทเรียนจาก หลักเกณฑ์ฯ ๒ ฉบับ

ปัจจุบัน อยู่ระหว่างการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓
“นพ.ณรงค์ศักดิ์” อธิบายความเป็นมาและจุดเริ่มต้นว่า
ภายใต้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) จะ
มีการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจว่า
จะต้องทำอะไร โดยกฎหมายกำหนดให้เป็นหน้าที่
ของ สช. ในการดำเนินการ และให้บททวนทุกๆ ๕ ปี

สำหรับหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๑ เกิดขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๒
ด้วยความที่ยังไม่มีประสบการณ์ จึงเป็นการเขียนใน
ลักษณะที่ฟันธง มีกรอบ และระยะเวลาที่ชัดเจน จึง
ถูกติงว่าเป็นฉบับที่แข็ง ไม่ยืดหยุ่น นำไปประยุกต์ใช้
ได้ยาก

เรื่อยมาจนถึงปี ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ
ฉบับที่ ๒ โดยมีการนำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับแรกมาปรับ แต่
ที่สุดแล้วก็ถูกท้วงว่าเป็นการเขียนที่กว้าง ต้องอาศัย
การตีความ ไม่มีการบอชัดเจน แต่ก็ยังมีข้อดีคือไม่ได้

เป็นการเขียนในลักษณะพันธะ เพราะถ้าพันธะก็จะทำให้ตัวหลักเกณฑ์นี้แข็งแกร่งไป

“เครื่องมือนี้จะถูกนำไปใช้ในหลายหน่วยงาน สัมพันธ์กับกฎหมายหลายฉบับ ฉะนั้นถ้าแข็งแกร่งไปก็จะเป็นเรื่องยาก เพราะบางกฎหมายอาจประยุกต์ใช้ได้ แต่บางกฎหมายอาจจะมีปัญหา”

เดินหน้าสู่ฉบับ ๓ ด้วยหลักการ ‘3E’

นพ.ณรงค์ศักดิ์ กล่าวต่อไปถึงแนวทางการจัดทำหลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ โดยมีหลักการสำคัญคือ ‘3E’ อันประกอบด้วย Empowerment-Engagement-Enforcement ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างคามยืดหยุ่นและเกิดรูปธรรมการประยุกต์ใช้ได้จริง

ทั้งนี้ประกอบด้วย

๑ Empowerment

ที่เป็นเครื่องมือในลักษณะของการเสริมพลัง ความรู้ ความเข้าใจเป็นเครื่องมือที่สามารถนำไปสอนแนะนำเป็นเครื่องมือที่อ่านเพื่อทำความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติต่อไป

๒ Engagement

เป็นเครื่องมือที่จะทำให้เห็นว่าในส่วนของกิจการ และการประกอบการนั้น มีส่วนรับผิดชอบ หรือมีภาระผูกพันอะไรที่จะต้องปฏิบัติ เช่น เมื่อเข้ามาประกอบกิจการที่นี้จะต้องทำอะไรเพื่อไม่ให้เกิดความเดือดร้อนหรือในหน่วยงานก็จะมีภาระระบุว่า ถ้ามีการขออนุญาตประกอบการในเรื่องนี้ ในฐานะหน่วยงานมีหน้าที่อย่างไรที่จะต้องกำกับ ดูแล เพื่อไม่ให้เกิดความเดือดร้อน

๓ Enforcement

เป็นเครื่องมือภาคบังคับว่าในสิ่งที่ผู้ประกอบการจะทำนั้นเกี่ยวข้องกับกฎหมายอะไรบ้าง ในการประกอบการ นอกจาก Engagement แล้วยังมีภาคบังคับในสิ่งที่ผู้ประกอบการจะต้องทำ และถ้าไม่ทำจะเป็นอย่างไร

“แนวทางภาพใหญ่คือจะสามารถใช้ได้กฎหมายของทุกหน่วยงาน ฉะนั้นถ้าจะเขียนคู่มือตรงนี้ ก็จะต้องคำนึงไม่ให้เขียนอะไรที่เป็นกรอบมากเกินไป เพราะส่วนราชการในแต่ละส่วนอาจยึดกฎหมายคนละฉบับ และอาจจะมีบางอย่างที่เหลื่อมกันอยู่ ฉะนั้นเราจะปรับ



๘๘
เราออกตรงนี้มาแล้ว
เราก็จะต้องสร้าง
ตัวคู่มือ และ
เมื่อสร้างคู่มือเสร็จ
ก็จะต้องมีเรื่อง
ของการพัฒนา
อบรม ซึ่งก็ระหว่างกัน
ต่อไปในส่วนของการปฏิบัติ
๘๘

ถ้อยคำเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น เป็นการฟังความเห็นด้วยวิธีการที่สามารถทำให้หน่วยที่มีกฎหมายไปกำหนดของเขาเอง โดยใช้หลัก 3E เป็นหลักการ”

เครื่องมือที่ ‘เป็นมิตร’ กับผู้ใช้

นพ.ณรงค์ศักดิ์ บอกเล่าถึงการดำเนินงานในขณะนี้ว่า ขณะนี้ก็ยังมีการทบทวนร่างหลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ และรับฟังความเห็นจากภาคีเครือข่ายที่ร่วมทำกันมา เพื่อดูอีกครั้งว่า หลักการ 3E นั้นยังสอดคล้องอยู่หรือไม่ สอดคล้องกับทั้งภาคประชาสังคม-ภาคผู้ประกอบการหรือไม่

อย่างไรก็ดี ในขั้นของการร่างหลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ นี้ แม้ว่าการดำเนินการใกล้จะเสร็จสิ้น แต่ขณะนี้ยังมีข้อเสนอแนะ ทำให้คณะทำงานจำเป็นต้องกลับไปปรับปรุงอีกรอบเพื่อให้สมบูรณ์มากที่สุด หลังจากนั้นก็จะเข้าสู่กระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อไป ซึ่งเมื่อรับฟังความคิดเห็นเสร็จแล้ว ก็จะนำความคิดเห็นที่ได้กลับมาปรับปรุงหลักเกณฑ์ อีกครั้ง เพื่อให้เป็นฉบับสมบูรณ์

สำหรับหลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ นี้ เชื่อว่าจะเป็นการสร้างเครื่องมือ-แนวทางการดำเนินการที่ภาคีเครือข่ายจะนำไปประยุกต์ใช้ได้โดยไม่ไปขัดแย้งกับมาตรการข้อกฎหมายบทบาทหน้าที่หรืออำนาจหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ

ฉะนั้น หลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ นี้ ก็จะเป็นเครื่องมือที่ “เป็นมิตรกับผู้ใช้” และเป็นประโยชน์กับผู้ที่เราจะต้องปกป้อง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบ และถ้ามีผลกระทบก็ต้องมีวิธีการจัดการเพื่อที่จะไม่ทำให้เกิดความรุนแรงหรือเสียหาย

“เราออกตรงนี้มาแล้ว เราก็จะต้องสร้างตัวคู่มือ และเมื่อสร้างคู่มือเสร็จก็จะต้องมีเรื่องของการพัฒนาอบรม ซึ่งก็ระหว่างกันต่อไปในส่วนของการปฏิบัติ”

นพ.ณรงค์ศักดิ์ บอกว่า หลักเกณฑ์ ฉบับที่ ๓ จะมีส่วนสำคัญในการคลี่คลายสถานการณ์ความขัดแย้งในพื้นที่ได้ และเชื่อว่า แม้จะมีความเห็นที่ต่าง แต่ก็เห็นเป็นความเห็นต่างที่คุยกันด้วยวิชาการ-เหตุผล ทำให้เกิดความรู้ที่กว้าง และลึกขึ้น 🌱

เกาะติด คสช.

ก.ย.นี้ชัดเจน! หลักเกณฑ์ ประเมินสุขภาพ ฉบับ ๓

หน้าหน้า



พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของประชาชนไว้ โดยเฉพาะในตอนหนึ่งของมาตรา ๑๑ ที่บัญญัติเอาไว้ว่า “บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ ... ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน”

เป็นเวลาเกือบ ๑๕ ปี นับตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ที่กฎหมายรับรองสิทธิดังกล่าวเอาไว้ จนถึงขณะนี้ประเทศไทยมี “หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ” มาแล้ว ๒ ฉบับ

ฉบับแรกเกิดขึ้นในปี ๒๕๕๒ โดยขณะนั้นพบว่าหลักเกณฑ์ฯ ที่เขียนขึ้นค่อนข้างแข็งตัวและไม่เอื้อต่อการนำไปประยุกต์ใช้จริง นำมาซึ่งการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๒ ในปี ๒๕๕๙ แต่นั่นก็ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากยังขาดแนวทางที่กลไกต่างๆ จะนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี

ขณะนี้ ณ ปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจึงอยู่ระหว่างการจัดทำหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ฉบับที่ ๓ โดยมุ่งหวังถึงความครอบคลุมรอบด้าน ยึดหยุ่น มุ่งไปสู่การสานพลังเพื่อเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และเป็นมิตรกับประชาชน-สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการ 3E อันได้แก่ Empowerment Engagement และ Enforcement จึงถูกนำมาใช้เป็นหัวใจในการพัฒนาหลักเกณฑ์ฯ ซึ่งความคืบหน้าของการจัดทำทั้งหมด ถูกนำมาเสนอต่อที่ประชุมบอร์ดสุขภาพระดับชาติ หรือที่มีชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๖๔ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี **นายสาธิต ปิตุเตชะ** รมช.สาธารณสุข (สธ.) เป็นประธาน ได้รับทราบถึง “การพัฒนารอบเนื้อหาสาระ” และ “การจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็น” ซึ่งจะมีด้วยกัน ๓ ครั้ง ก่อนจะนำสิ่งที่ได้จากการรับฟังมาประมวลอีกครั้ง ขึ้นรูปเป็น หลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ เพื่อเสนอให้ คสช. พิจารณาภายในเดือนกันยายนนี้

นางสุวรรณา บุญกล้า กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ คสช. ตั้งข้อสังเกตว่า ทุกวันนี้มีกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก และมีกลุ่มที่เกิดขึ้นใหม่ๆ อาทิ เครือข่ายชนเผ่า วิสาหกิจเพื่อสังคม ฯลฯ จึงอยากให้มีการสำรวจเครือข่ายที่เกิดขึ้นใหม่เหล่านี้ และรับฟังความคิดเห็นให้ครอบคลุมรอบด้าน และอยากให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สรุปบทเรียนของผลงานที่เคยทำไป เช่น กรณี มาบตาพุด จ.ระยอง เพื่อเชื่อมโยงไปสู่รูปธรรมการประยุกต์ใช้ได้ในอนาคต

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานกรรมการบริหาร สช. ให้มุมมองว่า การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ถือเป็นความก้าวหน้าอีกขั้นในการประเมินผลกระทบของคน จากเดิมที่ประเมินผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ฉะนั้นหลักเกณฑ์ฯ ควรอิงกับรัฐธรรมนูญ และที่สำคัญคือ HIA ควรเลือกทำกับเรื่องใหญ่และมีผลกระทบ เนื่องจากใช้งบประมาณค่อนข้างสูง ฉะนั้นจำเป็นต้องจัดทำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ ให้เหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

ที่ประชุมยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่น่าสนใจ อาทิ เสนอให้มีการทำ HIA ก่อนการอนุมัติ-อนุญาตโครงการฯ และหลังกระบวนการ ต้องมีกระบวนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล และควรให้น้ำหนักความสำคัญกับทั้ง ผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย คือคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

นอกจากนี้ หากผู้ที่ได้รับผลกระทบไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประชาพิจารณ์ให้เปิดช่องทางร้องเรียน ควรมีการกำหนดบทลงโทษและปรับ หากผู้ประกอบการไม่ส่งรายงานการติดตามผลการดำเนินงาน และเพื่อให้เกิดรูปธรรมในการประยุกต์ใช้ ควรทำการสื่อสารกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในพื้นที่ เพื่อให้รับทราบและสามารถนำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ได้ ๒



Empowerment

เสริมพลัง ความรู้ ความเข้าใจให้กับหน่วยงาน/ภาคีและเครือข่ายในการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ ๓ ให้กับหน่วยงาน/ภาคีและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

Engagement

การสนับสนุนข้อมูลเพื่อใช้ในการประกอบ การตัดสินใจของหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น

Enforcement

การเชื่อมโยงไปสู่กลไกหรือกระบวนที่ เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบังคับใช้การดำเนินการตาม กฎหมาย

เรื่องเล่าจากพื้นที่

ภารกิจระดับคุณภาพชีวิต กลุ่มคนเปราะบาง

บัณฑิต มั่นคง

เพราะนโยบายสร้างสุขภาพที่ดีและภารกิจยกระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มคนเปราะบาง **“ทำเพียงคนเดียวไม่ได้”** การผสานพลังของทุกภาคส่วน จึงเป็นหัวใจหลักของการทำงานของกลไกที่เรียกว่าเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๑๒ จังหวัดสงขลา โดยยึดหัวใจการทำงานคือไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง มาใช้ในการทำงานที่เรียกกันสั้นๆ ว่า “Save คนเปราะบาง” ได้อย่างโดดเด่นและมีพลังร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

การทำงานกับกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยทั้งความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม โดยเฉพาะจากตัวผู้เปราะบางเองที่จะต้องเป็นผู้ร่วมอยู่ในทุกระบวนการ ทั้งการให้ข้อมูล การกำหนดแผนแนวทางร่วม การทำเสนอเชิงนโยบายในระดับต่างๆ สิ่งที่สำคัญคือต้องนิยามกลุ่มเปราะบางให้ชัดว่าคือกลุ่มไหนที่มีความเร่งด่วนที่จะต้องช่วยกัน Save และยกระดับให้ไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

กลุ่มเปราะบาง หมายถึงกลุ่มคนที่ขาดความสามารถในการดูแลปกป้องตนเองจากภัยต่างๆ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกชักจูง ครอบงำ และคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น วงจรชีวิต สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ

คณะทำงานขป. เขต ๑๒ ได้จำแนกกลุ่มเปราะบางออกได้อย่างชัดเจนได้แก่ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ยากไร้ ผู้พิการ เด็กกำพร้า แม่เลี้ยงเดี่ยว อดีตผู้ต้องขัง และยังมีหมายรวมถึงกลุ่มพี่น้องชาติพันธุ์

ที่มียังเข้าถึงระบบสุขภาพได้ยากลำบากอีกด้วย รูปแบบการทำงานกับกลุ่มเปราะบางทางสังคม เพื่อยกระดับไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งระบบ กำหนดออกมาได้ ๒ แนวทาง ได้แก่ **“พัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ”** โดยเริ่มจากการประสานความร่วมมือกับกลไกต่างๆ ทั้งระดับตำบล จังหวัด ที่มีอยู่ในพื้นที่ ผ่านการจัดทำระบบข้อมูลกลาง

เพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แอปพลิเคชันกลางที่ใช้ร่วมกันคือ iMed@home

ตั้งต้นนำเข้าสู่ข้อมูล ประมวลผลวางแผนงานโครงการหาตัวแบบระดับตำบลที่ขับเคลื่อนด้วยกัน ใน ๓-๔ ปีที่ผ่านมาข้อมูลกลุ่มเปราะบางที่เกิดจากการบันทึกเมื่อลงไปเยี่ยมบ้านมากถึง ๑๔,๘๕๐ ราย เรียกว่าสามารถนำไปสู่การวางแผนการทำงานร่วมกันได้ของทุกภาคีเครือข่ายได้อย่างครอบคลุมทีเดียว

รูปแบบที่สองคือ **“ชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน”** เป็นการทำงานที่ก่อตัวโดยแบบ ชุมชนนาราชการตาม เน้นแก้ปัญหาให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงไม่ถึงสิทธิ์ หรือชุมชนในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งพอที่จะเป็นผู้นำ อาทิกิจกรรมห้องเรียนประจำเดือน สอนผักคนเมือง ปลูกผักในป่าสน ศูนย์ผ้าแม่บ้าน เป็นต้น รูปแบบนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมต่างๆ เสริมด้วยความรู้พื้นฐานอื่นๆ กระทั่งนำไปสู่การดูแลข้ามชุมชน เรียกได้ว่าเป็น ชุมชนเปราะบางดูแลคนเปราะบาง

สอดคล้องกับบทเรียนและข้อเสนอจากวงประเมินผลและวงปรึกษากับคณะทำงานจังหวัดปัตตานี เมื่อวันที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๔ ที่ย้ำให้เห็นถึงเป้าหมายหลักคือ กลุ่มคนเปราะบางต้องไม่ตกหล่นไปจากระบบสุขภาพของไทย โดยมีข้อเสนอร่วมกันที่สำคัญดังนี้

๐ ทำงานบนหลักการประสานสรรพกำลัง งบประมาณ เครื่องมือ ของแต่ละหน่วยงานเพื่อลดช่องว่าง ต่างหนุนเสริมเติมต่อการทำงานกัน เขตสุขภาพเพื่อประชาชนทำหน้าที่แค่เพียงกลไกที่กระตุ้นและเปิดพื้นที่ให้แต่ละเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่มาร่วมกันทำงาน โดยเลขาฯร่วมทั้ง ๔ ส. ต้องร่วมมือกันให้มากยิ่งขึ้น

๐ ใช้แนวทางแสวงหาความร่วมมือร่วม สร้างพื้นที่ต้นแบบในแต่ละจังหวัด อำเภอ ตำบล ขยายผลรูปแบบนำไปสู่การ โซวี่ แชร้ เชื่อม จัดการความรู้พื้นที่ต้นแบบของแต่ละภาคีและขยายผลกับเครือข่าย

๐ ไม่ทิ้งจุดเน้นที่เป็นสารตั้งต้น ๔ ระบบกลาง คือ ระบบสารสนเทศกลาง กองทุนกลาง กลไกกลาง กติกากลาง บนกลไกความร่วมมือระดับจังหวัดและตำบล ไปพร้อมๆ กัน

ภารกิจในการยกระดับคุณภาพชีวิตกลุ่มคนเปราะบาง เกิดจากความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๑๒ ทั้ง ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่างซึ่งกำลังจะสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้กับกลุ่มคนเปราะบางทางสังคมเพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพของคนทั้งประเทศ ๑



แกะรอยโลก

กู้โลกจาก Covid อย่างไรให้แจ่มใส เปิดคัมภีร์ ๖ ข้อแนะนำจาก WHO

ฝรั่งแซ่อึม

โลกเราอยู่กับโควิดมาเกินกว่า ๑ ปีและมีที่ท้าวว่าจะต้องอยู่ร่วมกันไปอีกพักใหญ่ หลายคนเริ่มวางแผนถึงการใช้ชีวิตในโลกยุคหลังโควิด และเริ่มปรับตัวกันไปบ้างแล้ว ขณะเดียวกันในภาพของระดับโลกก็เริ่มพูดถึงคัมภีร์ที่ควรนำไปใช้พัฒนาประเทศหลังการแพร่ระบาดของไวรัสชนิดนี้เป็นอย่างดีมีสุขภาพดีด้วยเช่นกัน

องค์การอนามัยโลก (WHO) พี่ใหญ่ของวงการด้านสุขภาพของโลก ที่มองการณ์ไกลไปไกลกว่าด้านสุขภาพ ได้คลอดแถลงการณ์การฟื้นฟูโลกหลังโควิด-19 อย่างมีสุขภาพดีและยั่งยืน โดยเน้นที่ ๖ ประเด็นสำคัญที่ทุกประเทศควรใช้เป็น “คัมภีร์” เพื่อซ่อมแซมประเทศอย่างยั่งยืน และ ๖ ประเด็นสำคัญนั้นก็คือ



โลกควรรักษาธรรมชาติที่เป็นต้นทุนสุขภาพของมนุษย์ :

ควรมุ่งดูแลสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ต้นทางไม่ว่าจะเป็น ดิน น้ำ ป่า สัตว์ป่า ซึ่งถ้าหากสิ่งเหล่านี้เสื่อมโทรมก็จะเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรค โดยปัจจุบันกว่า ๖๐% ของโรคระบาดทั่วโลกมีสัตว์ป่าเป็นพาหะ และต้องทบทวนกิจกรรมของมนุษย์ที่รบกวนธรรมชาติ อันจะเป็นการรักษาธรรมชาติที่เป็นต้นทุนสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่ต้นทาง



โลกควรลงทุนเรื่องบริการที่จำเป็น ตั้งแต่ น้ำ สุขาภิบาล ไป

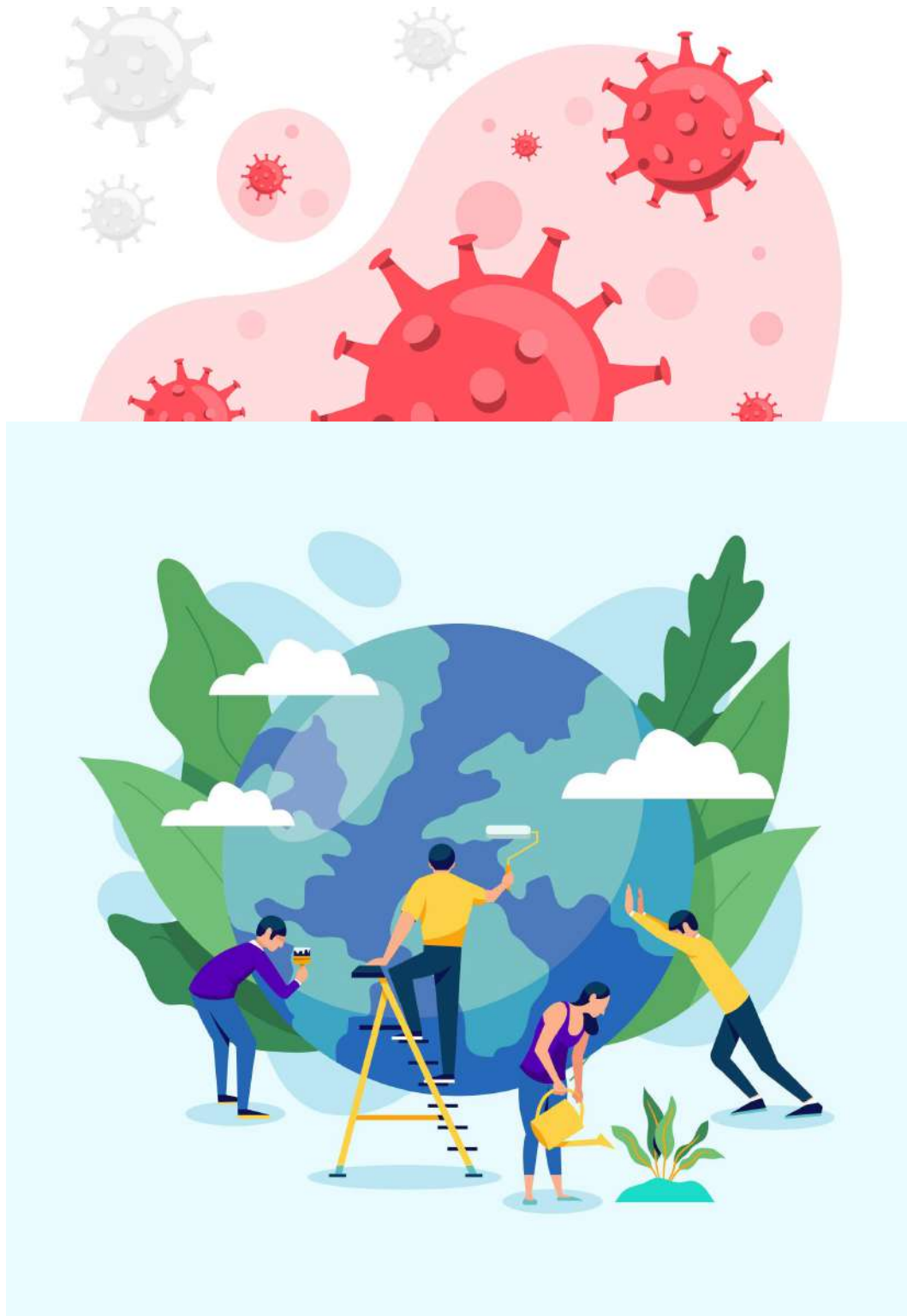
จนถึงพลังงานสะอาดในสถานบริการสาธารณสุข :

ปัจจุบันผู้คนนับล้านคนทั่วโลกยังเข้าไม่ถึงบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการป้องกันสุขภาพ เช่น กว่า ๔๐% ของครอบครัวทั่วโลกยังขาดอ่างล้างมือที่จำเป็นต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ หรือ ๑ ใน ๔ ของคนทั่วโลกเสียชีวิตจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น มลพิษทางอากาศ และโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ



โลกควรควรเร่งเปลี่ยนแปลงพลังงานที่ดีและรวดเร็ว :

ปัจจุบันกว่า ๙๐% ของคนทั่วโลกที่อยู่กลางแจ้งหายใจด้วยอากาศปนเปื้อนมลพิษ และเกินกว่ามาตรฐานของ WHO ในขณะที่เชื้อเพลิงสำหรับพลังงานสะอาดมีแนวโน้มที่จะถูกลง และการเปลี่ยนมาใช้



พลังงานสะอาดไม่เพียงแต่จะทำให้โลกบรรลุข้อตกลงปารีสว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ที่ต้องการลดอุณหภูมิโลกอย่างน้อย ๒ องศา ยังทำให้คนทั่วโลกมีสุขภาพดีขึ้นด้วย เพราะการลงทุนด้านสุขภาพย่อมให้ผลลัพธ์คูณสองเสมอ



โลกควรสนับสนุนระบบอาหารที่ดีและยั่งยืน :

ปัจจุบันคนทั่วโลกเจ็บป่วยโดยมีสาเหตุหลักมาจากการขาดอาหาร การรับประทานอาหารขยะ อาหารที่มีแคลอรีสูง หรืออาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และ ๑ ใน ๔ ของปริมาณก๊าซเรือนกระจกทั่วโลกเกิดจากการทำปศุสัตว์ และการเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดินส่งผลต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคระบาด



โลกควรสร้างเมืองสุขภาพดีและน่าอยู่ :

กว่าครึ่งของประชากรโลกอาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ และกลุ่มคนเหล่านี้คือฟันเฟืองสำคัญที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ในขณะเดียวกันก็สร้างปัญหาสิ่งแวดล้อมด้วย และสิ่งที่ตามมากับเมืองใหญ่คือปัญหาจราจรและความหนาแน่น ทั้งนี้ในช่วงโควิด หลายเมืองใหญ่ในโลก เช่น ปารีส มิลาน ลอนดอน ก็มีการขยายเลนจักรยานเพื่อช่วยเรื่องการเดินทางที่วันระยะห่างทางสังคม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาวด้วย



โลกควรหยุดใช้ภาษีที่ก่อมลพิษ :

ในภาพรวมระดับโลก เราใช้เงินกว่า ๔๐๐ ล้านเหรียญสหรัฐไปกับพลังงานฟอสซิล และทิศทางการเร่งพัฒนาเศรษฐกิจหลังวิกฤตนี้ ดูเหมือนจะพุ่งเป้าไปที่การกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยพลังงานฟอสซิลที่ส่งผลต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหามลพิษทางอากาศ ดังนั้นเราไม่ควรที่จะสร้างเศรษฐกิจบนความสูญเสียทางสุขภาพ

เห็นได้ชัดว่า “คัมภีร์ฟื้นฟูโลก” ของ WHO ไปไกลเกินกว่าเรื่องสุขภาพและยังให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและหลายประเทศที่ได้รับผลกระทบอย่างหนักจากการแพร่ระบาดของโควิด เช่น อิตาลี สเปน นิวซีแลนด์ เกาหลีใต้ ก็นำเรื่องการพัฒนาสีเขียว ที่ให้ความสำคัญเรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การฟื้นฟูประเทศหลังโควิด-19

สอดคล้องกับความเห็นของประชากรโลกส่วนใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม เห็นได้จากผลสำรวจจอนไลน์ระดับโลกต่อความเห็นของประชาชน จัดทำโดยบริษัทด้านการวิจัยทางการตลาดและความเห็นของสังคมระหว่างประเทศ หรือ Ipsos ระบุว่า ๒ ใน ๓ ของพลเมืองโลก ต้องการให้เรื่องการแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นหนึ่งในประเด็นฟื้นฟูเศรษฐกิจโลกในยุคหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 และพวกเขายังเห็นว่าปัญหาโลกร้อนสำคัญและเข้าขั้นวิกฤตไม่แพ้กับโควิด-19 อีกด้วย 🌱

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง

‘เวาควนเหมียง’ กับการพัฒนา นโยบายสาธารณะบนฐานความมั่นคง ของทรัพยากร

รัตนา เويبัก



๓๐

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์มากมาย ทุกสถานการณ์ล้วนส่งผลกระทบต่อมนุษย์ นำมาซึ่งความเสียหาย ความสูญเสีย ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึง การส่งผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติ

หลายๆครั้งเราได้เห็นการลุกขึ้นมาของชุมชนในการ จัดการเรื่องทรัพยากรในพื้นที่ด้วยตัวเอง ดังเช่น **กรณี เขตพื้นที่อุตสาหกรรมเหมืองหินบริเวณเทือกเขาควนเหมียง ต.ปากแจ่ม อ.ห้วยยอด จ.ตรัง** ที่มีการ ยื่นขอใช้สิทธิตามมาตรา ๑๑ ภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ให้การรับรองสิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพของประชาชนไว้

มาตรา ๑๑ บัญญัติไว้ว่า บุคคลหรือคณะบุคคล มีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมใน กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจาก นโยบายสาธารณะ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิที่ได้รับ ข้อมูลคำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรม ใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

ลักษณะของพื้นที่ “เขาควนเหมียง” เป็นป่าเขา หินปูน เมื่อมองในมุมของเศรษฐกิจ ที่นี้มีศักยภาพใน การทำเหมืองหิน จึงถูกประกาศเป็นแนวเขตหินเพื่อ อุตสาหกรรม ทำให้ถูกขอสัมปทานเพื่อทำเหมืองหิน อุตสาหกรรมมาโดยตลอด

แตกต่างไปจากวิถีคิดของคนในชุมชน ที่มองเขา ควนเหมียงในมิติอื่นๆ ด้วยทั้งด้านความหลากหลาย ทางชีวภาพ ความสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ ที่ มีทั้งสัตว์ป่า ต้นไม้ แหล่งน้ำซับ น้ำผุด และสมุนไพร หรือความสัมพันธ์ของพื้นที่กับมิติทางสังคมและ

เศรษฐกิจ ที่ชุมชนยังพึ่งพิงกับฐานทรัพยากรจากเขา ควนเหมียงทั้งการประกอบอาชีพ วิถีชีวิตที่เกี่ยวข้อง กับพื้นที่ป่า หรือทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับ เขาถ้ำแรด พิธีกรรม ฯลฯ

กรณีเขาควนเหมียงมีการนำเครื่องมือการประเมิน ผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Community Health Impact Assessment : CHIA) เข้ามาใช้ประเมินผล กระทบด้านสุขภาพในการปกป้องสิทธิด้านสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่

กลุ่มชาวบ้าน “เครือข่ายรักษ์เขาถ้ำแรด” ร่วมกับ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อย่างมูลนิธิทรัพยากรชายฝั่ง เอเชีย สกว.ท้องถิ่น วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จ.ตรัง และผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วน ตำบลปากแจ่ม เขตห้ามล่าสัตว์ป่าเขาน้ำพรายเจ้าหน้าที่ ป่าไม้และสำนักศิลปากรที่๑๑สงขลาทำการวิเคราะห์ “ผลกระทบและทางเลือกเชิงนโยบาย” ที่ชี้ให้เห็น อนาคตและภาพพึงประสงค์ร่วมกันของชุมชน

จากการทำ CHIA ทำให้เห็นศักยภาพของพื้นที่ ทั้งด้านทรัพยากรธรรมชาติในหลายๆ ด้าน ซึ่งรวมทั้ง เรื่องของสัตว์ป่าหายากและใกล้สูญพันธุ์ระดับโลก ความหลากหลายของชนิดพันธุ์พืช อีกทั้งค้นพบแหล่ง โบราณคดียุคก่อนประวัติศาสตร์

จากศักยภาพดังกล่าวทำให้ชุมชนได้ร่วมกันเสนอ ทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาพื้นที่บนพื้นฐาน ความมั่นคงของทรัพยากร ได้แก่

- ๑ การอนุรักษ์ พื้นที่ชุ่มน้ำ และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปะ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมและจารีตประเพณี อันดีงามของท้องถิ่นและของชาติ
- ๒ การอนุรักษ์คุ้มครองบำรุงรักษาพื้นที่ชุ่มน้ำบริหารจัดการ และใช้หรือจัดให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากร

ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทาง ชีวภาพ ให้เกิดประโยชน์อย่างสมดุลและยั่งยืนอย่าง เป็นรูปธรรมต่อไป

๓๓ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแหล่งโบราณสถาน และเครือข่าย ๖ อำเภอที่มีความเชื่อมโยงกันเป็น อารยธรรมในยุคก่อนประวัติศาสตร์ เพื่อเตรียมการ เสนอต่อองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม แห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ในการเป็นเมือง สร้างสรรค์หรือมรดกของมวลมนุษยชาติ

๔ การใช้ศักยภาพพื้นที่ในการบูรณาการชุมชนเพื่อ การจัดการท่องเที่ยวเชิงนิเวศวัฒนธรรมโดยใช้ ศักยภาพแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ในพื้นที่

กรณีของพื้นที่เขาควนเหมียงในการพัฒนา นโยบายสาธารณะบนฐานความมั่นคงของทรัพยากร นี้ เป็นตัวอย่างหนึ่งการดำเนินการที่สอดคล้องกับ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ว่าด้วยเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและ บังคับใช้กฎหมายสุขภาพ โดยมีหลักการสำคัญที่ให้มีการ นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ใช้ ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้อย่าง รอบคอบและรอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบาย สาธารณะ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่ คุกคามสุขภาพ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

อีกทั้งในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเพื่อ การพัฒนานโยบายสาธารณะมีการกำหนดขอบเขต เรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างเชื่อมโยงกับปัจจัยสังคม ที่กำหนดสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม รวมถึง ศักยภาพในการรองรับของพื้นที่

การใช้ข้อมูลที่มีคุณภาพและอย่างเหมาะสมจาก หลากหลายสาขาวิชา รวมถึงองค์ความรู้ที่ยึดโยงสัมพันธ์ กับบริบทของชุมชน เพื่อให้การประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพที่รอบคอบและรอบด้าน ครอบคลุมทั้งปัจจัย เสี่ยงด้านสุขภาพในทุกมิติ เป็นการประเมินศักยภาพ ในการรองรับของพื้นที่ (Carrying capacity) ที่นำไปสู่ การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ นโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมระดับพื้นที่ไปจนถึง นโยบายสาธารณะระดับชาติหรือระหว่างประเทศ

จากกรณีของเขาควนเหมียง จะเห็นได้ว่า เป็น กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะบนฐาน ความมั่นคงของทรัพยากรที่ตอบโจทย์ของชุมชน ในทุกมิติ บนพื้นฐานสิทธิ ความต้องการ การมี ส่วนร่วม และบริบทของชุมชนเพื่อนำไปสู่ระบบ สุขภาพของชุมชน เพื่อสร้างความเป็นธรรม (Equity) ลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ อย่างแท้จริง ๕

๓๑

Right to Health

รับรองสิทธิด้านสุขภาพของปัจเจกชน สู่สิทธิชุมชนในกระบวนการประเมิน ผลกระทบด้านสุขภาพ

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกดิน



พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ไม่ได้เป็นกฎหมายที่รับรองสิทธิด้านสุขภาพของปัจเจกชนไว้เท่า่นั้น แต่ก็ยังรับรองสิทธิด้านสุขภาพของชุมชนไว้ด้วยเช่นกัน^๑

กฎหมายได้กำหนดหลักการไว้ในมาตรา ๕ และมาตรา ๖^๒ ซึ่งกล่าวโดยสรุป คือกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม

เหตุที่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้วางกรอบแนวคิดในเรื่องสุขภาพตั้งแต่ระดับปัจเจกชนไปสู่ชุมชนนั้น เนื่องมาจากแนวคิดของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม

จากหลักการดังกล่าวทำให้เกิดการคลี่กระจายของหลักการในเรื่องสิทธิด้านสุขภาพในมิติต่างๆ อันได้แก่ มิติปัจเจกชนที่จะมุ่งเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นหลัก^๓ ไปสู่สิทธิของชุมชนที่มุ่งไปที่การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนกับรัฐในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพและกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA)^๔

หากพิจารณาเฉพาะกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนั้นพบว่ากระบวนการดังกล่าวคือการใช้วิธีการและเครื่องมือที่หลากหลายซึ่งใช้ในการคาดการณ์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นแล้วจากนโยบายหรือแผนงานโครงการของรัฐที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระดับต่างๆ (ทั้งระดับประเด็นระดับพื้นที่หรือระดับชาติ)

โดยกระบวนการนี้มีพื้นฐานมาจากหลักสิทธิมนุษยชน

หลักธรรมาภิบาล และขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมไปพร้อมๆ กัน โดยวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง หากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน มีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการดำเนินการร่วมกันของหลายภาคส่วน โดยมีหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่กำหนดตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง หรือจากผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ ที่สามารถสื่อสารข้อมูลจากข้อเท็จจริงเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจดำเนินงานและการวางแผนการดำเนินงาน โดยในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนี้ก็นำเอาแนวคิดในเรื่องสิทธิด้านสุขภาพของปัจเจกชนมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ^๕

^๑ ในการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับอิทธิพลและแนวคิดจากบทความ “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของ ศ.ดร บัณฑิต อึ้งผากรณ์ ที่กล่าวถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนตาย จะกลายเป็นกฎหมายให้ทำงานเชิงนโยบายในระดับต่างๆ ได้ตั้งคำถามว่ารัฐควรจะมีบทบาทในการสร้างรากฐานชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนอย่างไรบ้าง

^๒ มาตรา ๕ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพบุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง มาตรา ๖ สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์มีความจำเป็น ขั้วขึ้นและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการส่งเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

^๓ สิทธิของปัจเจกชนในเรื่องการรักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิในข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยทางการแพทย์ สิทธิในการรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล และสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

^๔ สิทธิของชุมชนและสังคมในเรื่องการมีส่วนร่วมกับรัฐในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเด็น ชุมชน และระดับชาติ ได้แก่ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน รวมทั้งให้ประชาชนเข้ามามีสิทธิร่วมกับรัฐในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ นอกจากนั้นหากนโยบายเหล่านั้นอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนปัจเจกชนหรือชุมชนมีสิทธิเรียกร้องให้หน่วยงานของรัฐเปิดเผยข้อมูลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและวิธีป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นให้ประชาชนทราบ

นโยบายสร้างได้

KICK OFF ... การมีส่วนร่วมของ ‘เครือข่ายคนรุ่นใหม่’ ใน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔

วริฐฐา แก้วเกตุ

คลิกชมวิดีโอ
สมัชชาครั้งที่ ๑๔



เพราะการร่วม ... คือจุดเริ่ม
ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้จากการปฏิบัติ
ร่วมเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ
ร่วมสานพลัง สู่การพัฒนาและขับเคลื่อน
“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม”

เมื่อต้นเดือนเมษายน ๒๕๖๔ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) “แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของคนรุ่นใหม่ในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔” ณ โรงแรมแกรนด์ ไฮแอท เอราวัณ กรุงเทพมหานคร (กทม.) โดยมีตัวแทนองค์กร/เครือข่ายคนรุ่นใหม่จากภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ตัวแทนองค์กรนิสิต นักศึกษา เข้าร่วมกว่า ๕๐ คน

เครือข่ายคนรุ่นใหม่เหล่านี้ได้ร่วมระดมความเห็นกันใน ๔ ประเด็นหลัก “ปลูก ปรับ เปลี่ยน บัง” เพื่อออกแบบแนวทางการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ปลูก

waiเมืองตื่นรู้ (Active Citizen)

- รู้เท่าทัน ตระหนักรู้ปัญหาที่เป็นผลกระทบ ต่อตนเองและผู้อื่น
- รู้จักตั้งข้อสังเกต กระตุ้นความคิดในการ แก้ไขปัญหาร่วมกัน
- มีความสนใจร่วมกัน และสร้างความรู้สึกร่วม
- มีจิตสำนึกร่วม ลงมือทำอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นพฤติกรรม
- เรียนรู้ผ่านการแชร์ปัญหา และประสบการณ์ ร่วมกัน
- สื่อสารให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย มี Influencer Blogger ช่วยเสริม

ปรับ

แนวคิดต่อยอดนโยบายสาธารณะ ใน ยุคหลังโควิด-19

- จากวิกฤตโควิด-19 ทำให้เกิดปัญหา เศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ของครอบครัว ที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กและ เยาวชนที่ทำให้คนส่วนหนึ่งหลุดออกจากระบบการศึกษา (ในระบบ) ส่งผล ต่ออนาคต
- ปัญหากลุ่มเปราะบางในการได้รับการ ยอมรับจากสังคม และการจ้างงาน
- ปัญหาการสื่อสารทางสังคม และปัญหา ช่องว่างระหว่างวัย (Gen Gap)
- ปัญหาพื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ของเด็กและเยาวชน
- เมื่อมีหลายปัญหาที่ซับซ้อนทับถม จึงกลายเป็นสภาพแวดล้อมสังคมที่มีแต่ ปัญหาทั้งระบบ (Eco System)
- อยากเห็นการทำงานแก้ไขปัญหาแบบ เรียนรู้และหนุนเสริมกันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

เปลี่ยน

บทบาทการมีส่วนร่วมของคนรุ่นใหม่

- เปิดใจ ยอมรับความแตกต่างหลากหลายกัน อย่างแท้จริง
- การเปิดโอกาส และเรียนรู้กันระหว่าง คนรุ่นเก่า-รุ่นใหม่
- การบริหารจัดการความขัดแย้ง และช่องว่างระหว่างวัย
- ผู้ใหญ่ต้องไม่ตีกรอบ รับฟังความต้องการแบบ เปิดกว้าง “เด็กไม่ต้องเดินตามผู้ใหญ่ แต่เดินไปพร้อมกันได้”
- มีรูปแบบกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย ทำให้เห็นคุณค่าของตนเองในสังคม
- เพิ่มพื้นที่ทางสังคมให้เด็ก เยาวชน คนรุ่นใหม่ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ลงมือทำ และรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน
- ทุกคนเห็นประโยชน์จากสิ่งที่ทำร่วมกัน

ปัง

ด้วยพลังของคนรุ่นใหม่ เข้าถึงได้ ด้วยช่องทางที่หลากหลาย

- สร้างสภาพแวดล้อมใหม่ในยุควิถีใหม่ ให้เป็นพื้นที่สร้างสรรค์
- สร้างเครือข่ายการทำงานแบบ “เพื่อน” ชวนกันคิด ช่วยกันทำ
- มีวงเสวนา สนทนา อภิปราย แลกเปลี่ยนกันในประเด็นต่างๆ
- มีตัวอย่างที่ดี Role Model Influencer, Idol ที่สร้างพลังการเปลี่ยนแปลง
- ใช้สื่อหลายรูปแบบ Social Media, Application และ Platforms ใหม่ ๆ
- ใช้แบบสอบถาม และมีการติดตาม/ประเมินผล รวมทั้งสร้างการรับรู้ต่อสาธารณะ



นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะต่อแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคนรุ่นใหม่ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๔ ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมในเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อข้อเสนอแนะนโยบาย หรือที่เรียกว่า “เอกสารระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ” การสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิญชวนกลุ่มประชาชนกลุ่มผู้เปราะบางนักศึกษาและคนรุ่นใหม่

งานสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๔ จะมีกิจกรรมที่หลากหลายตลอดทั้งปี โดยในปีนี้เป็นปีที่เสี่ยงของเยาวชนกลุ่มคนรุ่นใหม่มีพลังและมีความหมายอย่างยิ่งต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในยุคชีวิตวิถีใหม่ 🍀

ตัวแทนเยาวชนคนรุ่นใหม่

ตัวแทนคนรุ่นใหม่จากเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดและเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ผู้ที่เคยผ่านการอบรมโครงการ “Young ทำได้” สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย สมาชิกเครือข่ายส่งเสริมการพัฒนาและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย (สสดย.) สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สมาคมเยาวชนพัฒนาบ้านเกิด (Pemuda Pembina Selatan :PPS) ในพื้นที่ชายแดนใต้

นักพัฒนารุ่นใหม่จากแผนงานพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โครงการ Youth In Charge (YIC) โดยบริษัท อิน เดอะ ลีด (วิสาหกิจเพื่อสังคม) จำกัด ฝ่าย Adolescent Development and Participation ขององค์กร UNICEF เครือข่ายยังชนกลุ่มสถาปนิกจากบริษัท CROSS กลุ่มสถาปนิกชุมชนจากโครงการต่อจุด เชื่อมเมือง (สนับสนุนโดย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน)

ทีมงาน TedxBangkok เครือข่ายสาธารณะศึกษา โครงการ Smile plan บันความรัก บันความรู้ สุวอยยิ้ม (ครูอาสา) สมาชิกนิสิตนักศึกษาแพทยนานาชาติ (IFMSA) เครือข่ายนิสิตนักศึกษาอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย และองค์กรนิสิตนักศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐในกรุงเทพมหานคร



เล่าให้ลึก

ถนนสายรมณีย์ (๒)

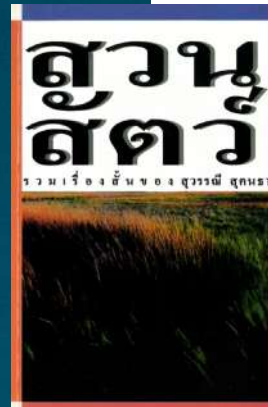
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

งานวรรณกรรมเรื่อง “ถนนสายรมณีย์” ทยอยเขียนและตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกใน “ลลนา” ซึ่งเป็นนิตยสารรายปักษ์ที่สุวรรณีเป็นบรรณาธิการ และ “น้ำแพ๊พ” เป็นบรรณาธิการฝ่ายศิลป์ต่อมารวมพิมพ์เป็นพ็อคเกตบุ๊กเล่มจบความยาวรวมทั้งสิ้นถึง ๘๓๑ หน้า แบ่งเป็น ๔๘ ตอน

เรื่องราวส่วนใหญ่เป็นเรื่องชีวิตของชาวบ้านที่ “น้ำแพ๊พ” รู้จักมักคุ้น ตั้งแต่ยังเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ผู้คนที่มาเป็น “ตัวละคร” ในหนังสือเรื่องนี้บางคนก็จบในตอนเดียว หลายคนมีเรื่องราวยาวหลายตอน

เรื่องราวของแต่ละคนจึงมีลักษณะเหมือนเรื่องสั้น (short stories) แต่มีลักษณะเป็น “เรื่องเล่า” (narratives) มากกว่า เพราะเป็นเรื่องราวจากชีวิตจริง มิใช่เรื่องแต่ง (fiction) และถ้าเปรียบเทียบกับเรื่องเล่าในงานเขียนเล่มเล็กๆ อีกชิ้นหนึ่งของสุวรรณี สุคนธา คือ “สวนสัตว์” ที่ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของสัตว์เลี้ยงที่ผู้เขียนมีประสบการณ์ในวัยเยาว์ และนำมาเล่าจากความทรงจำโดยเขียนเล่าอย่างมี “วรรณศิลป์” ทำให้มีลักษณะเป็นเหมือนเรื่องสั้น

เมื่อรวมพิมพ์เป็นเล่ม สำนักพิมพ์ ก็จัดเป็น “รวมเรื่องสั้น” ขณะที่ผู้เขียนเองระบุว่าเป็น “ข้อเขียนเชิงบันเทิง” (สวนสัตว์ ฉบับรวมเล่ม พ.ศ. ๒๕๕๕ หน้า ๘๐)



“ถนนสายรมณีย์” แตกต่างจาก “สวนสัตว์” หลายประการ นอกจากความยาวที่มากกว่ากันราว ๔ เท่าแล้ว “สวนสัตว์” เป็นประสบการณ์ตรงของผู้เขียน แต่ “ถนนสายรมณีย์” เขียนจากคำบอกเล่าของ “น้ำแพ๊พ” โดยเขียนออกมาในลักษณะเป็นเรื่องเล่าจากปากคำของ “น้ำแพ๊พ” เอง ตั้งแต่นั้นจนจบ

ชีวิตผู้คนส่วนใหญ่ใน “ถนนสายรมณีย์” มีจุดจบแบบเศร้า (sad ending) หรือเป็นโศกนาฏกรรม (tragedy) แทบทั้งหมด เริ่มต้นจาก “พี่เม่น” พี่ชายคนละแม่ของ “น้ำแพ๊พ” ซึ่งเป็น “เด็กดาวน์” (Down's Syndrome) จึง “โตะแต่ตัว แต่สมอง” แยกหลุดเจริญตั้งแต่อายุเก้าขวบสิบขวบ” และมีใบหน้าเป็น “คนหน้ายิ้ม” ตัวโตะแต่เสียงเล็กและเบามาก ครุคนแรกเป็นคนใจดี เมื่อรู้ว่าเขาเป็นคนเสี่ยงค้อยโดยธรรมชาติ จึงเลื่อนให้ไปนั่งข้างหน้า แม้จะตัวโตะ ซึ่งตามหลักจะต้องไปนั่งหลัง ห้องจะได้ไม่บังคนอื่น พอเรียนจบ ครูย้ายตามชั้นนักเรียน ขึ้นไปเรื่อยๆ พอเรียนได้สักสามปี ครูลาออกไปแต่งงาน พี่เม่นได้ครุคนใหม่ นิสัยเจ้าระเบียบ เสียงดังและแหลม และไม่เข้าใจว่า “ยังมีคนเสี่ยงค้อยอยู่ในโลกนี้”

ครุคนใหม่จัดระเบียบห้องใหม่ตามหลักคนตัวโตะต้องไปนั่งข้างหลัง คนตัวเล็กนั่งข้างหน้า

สามวันต่อมา ครุให้พี่เม่นท่องสูตรคูณ พี่เม่นท่องแต่ครุไม่ได้ยิน ครุขึ้นเสียงแหลมสูงและดังบอกให้ “ตะโกนท่องสิ” แต่พี่เม่นก็ยังท่องสูตรคูณด้วยเสียงกระซิบอยู่นั่นเอง

ครุจึงใช้วิธีเรียกให้ออกมาหน้าชั้นแล้วตีมือหนึ่งที่วันรุ่งขึ้น ดูเหมือนครุจะอาฆาตเขาอยู่คนเดียว ครูก็ตีตามเคย ตีแรงๆ พร้อมดุด่า ว่าประจาน หาวว่าเขานั้น “ดื้อเหมือนควาย”

เขาร้องไห้ น้ำตาไหลพรากเสียวๆ และไม่พูดกับใครเลย เมื่อกลับถึงบ้าน ต่อมาก็เริ่มเก ไม่ไปโรงเรียน

พอถือเป็นเรื่องใหญ่มากที่ลูกเกโรงเรียน และบังคับให้เขาไปในวันรุ่งขึ้น โดยเดินไปส่งเขาถึงหน้าประตูวัดเลย พร้อมกำชับ “มึงอย่าหนีโรงเรียนอีกนะ” แล้วพอก็ขยับไม่ไหว....

ที่โรงเรียน เม่นถูกครุจับมัดโยกไว้กับเสา แล้วบังคับต่างๆ นานาให้เขาพูดให้ดังขึ้น เด็กทุกคนในชั้นเริ่มขบขันที่มีคนถูกทรมาน ครุบอกให้ใครคนหนึ่งในชั้นไปหาฝรั่งมดแดงที่ได้ดั้นมะม่วงในวัดมา เด็กคนนั้นวิ่งออกไปอย่างปรีดาที่ได้เห็นคนทุกข์ ทุกคนในชั้นเริ่มหัวเราะ

บ้านปลายชีวิต เม่นไปนั่งเล่นกับเพื่อนพ้องบนราวสะพานข้ามคลองในคืนวันหนึ่ง วันนั้นเขาปล่อยน้ำเหลือน้ำโคลนดำเหม็น “ไม่เมาก็สนุกจัง ... พี่เม่นลอยละลือลงไปแล้ว...”

เป็นหนึ่งในชีวิตบน “ถนนสายรมณีย์”

อีกชีวิตหนึ่ง เป็นหญิงสาวสวยรุ่นพี่ที่ “น้ำแพ๊พ” วัย ๑๔ ปี แอบหลงรัก ชื่อ จรินทร์ เป็นลูกสาวทนาย เป็น “สาวสังคม” มีคู่รักแล้ว “อกหัก” ต่อมามีคนรักใหม่เปลี่ยนหน้าไป และสมัยนั้นยังไม่มีायคูกำเนิด จึงเกิดปัญหาที่หญิงสาวทุกคนกลัวมาก คือ “มีเด็ก” สุดท้ายกลายเป็นสาวใหญ่ “นิสิตสาวรุ่นน้องชายในรถสาธารณะ”

“ข้าวมืออยู่ว่า หลอนขับรถไปทางถนนตก แล้วลงเรือไป พระประแดง ไม่มีใครรู้ว่าหลอนไปทำไม อาจจะไปตามหาพ่อเด็กในท้องหรืออะไรทำนองนั้น วันนั้นแฉอุเป็นวันหยุดหลอนเอน้องๆ ดิตรรถไปด้วยหลายคน ทุกคนข้ามเรือไปพร้อมกับพี่สาวยกเว้นน้องชายคนเล็ก ... ที่รออยู่ในรถที่ปิดกระจกหมดทุกด้าน รถนั้นจอดอยู่กลางแดด โอแดดที่ร้อนรุ่มคงจะเผาเหมือนอยู่ในเตาอบ ชาวบ้านพากันมาดูเด็กที่ชักแห้งๆ จนกระทั่งหมดลมหายใจไปโดยไม่มีการผ่าทศพจนกระทั่งช่วยชีวิตเด็กเลย”

บน “ถนนสายรมณีย์” ไม่ไกลนักมีภูเขาทองซึ่งสมัยนั้นยังไม่ได้บูรณะ หนทางขึ้นมีต้นไม้ขึ้นรกข้างทางเป็นที่ที่ “เจ๊กไปผูกคอตาย” และไม่มีใครไปเห็นจนศพแห้งตายซาก ต่อมาครุสาวของน้ำแพ๊พที่อกหักจากครุพละหม่ม ซึ่งสลัดรักไปแต่งงานกับครุสาวอีกคนที่ฐานะดีกว่า ครุสาวท้องและหายตัวไปนานหลายวัน น้ำแพ๊พซึ่งเป็นลูกศิษย์ไปพบร่างของเธอห้อยอยู่บนกิ่งไม้ข้างทางขึ้นภูเขาทอง พร้อมผ้าผืนสวยที่แพ๊พชอบ

เรื่องราวลักษณะนี้มีอีกหลายเรื่องในงานวรรณกรรมสองเล่มจบนี้

จึงน่าสนใจว่าทำไมถนนสายนั้น ผู้เขียนจึงเรียกว่า “ถนนสายรมณีย์” ❀

จรินทร์



๓๑

พี่เม่น



คลิปที่ต้องดู

Eye View

โควิด-19 ความเสี่ยง ในสิ่งแวดล้อม

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ระลอก ๓ มีความรวดเร็วและรุนแรงเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากเชื้อจะเป็นสายพันธุ์ใหม่แล้ว ยังพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมแตกต่างไปจากเดิม

ในครั้งนี้นี้ คลัสเตอร์การระบาดอยู่ที่ “คนเมือง” ซึ่งมีการเดินทางและพบปะผู้คนจำนวนมาก แตกต่างจากระลอกที่แล้ว ซึ่งแพร่ระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติซึ่งพำนักอยู่ในพื้นที่ค่อนข้างจำกัด

ความร้ายกาจของโควิด-19 ไม่ใช่เพียงแค่ระบาดจากคนสู่คนเท่านั้น หากแต่เชื้อยังยังเกาะอยู่บนพื้นผิวต่างๆ ด้วย ความเสี่ยงจากการสัมผัสในชีวิตประจำวันจึงมีมาก

“คลิปที่ต้องดู” ฉบับนี้ จะชวนทุกท่านมาดูกันว่าเชื้อไวรัสโควิด-19 จะอยู่ในสภาพแวดล้อมได้นานแค่ไหน 🧐



เกร็ดความรู้สุขภาพ
| โควิด-19 อยู่บนพื้นผิวต่าง ๆ



เจ้าของ ที่ปรึกษา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา	พัชรา อุบลสวัสดิ์
บรรณาธิการบริหาร	นพ.ปรีดา แต้อารักษ์
บรรณาธิการ	บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
กองบรรณาธิการ	ชนิษฐา แซ่เอี้ยว แคทริยา การาม ทองพล ตูละทา นภินทร ศิริไทย นันณฎฐ์ ฤงปัญญา บัณฑิต มั่นคง พิสิษฐ์ ศรีอัคคโคติน ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์ สุรัชย์ กลั่นวารี

EDITORIAL TEAM

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ติดต่อกองบรรณาธิการ

บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
กทม. ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



สช. ขอส่งพลังความรัก ความห่วงใย และกำลังใจ
ให้บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะนี้
ขอบคุณที่ทุ่มเท เสียสละ เพื่ออนาคตของทุกคน
เราจะผ่านพ้นวิกฤตโควิด-19 นี้ไปด้วยกัน

