

ร าย งาน การ คี ษ า

ประกอบกรปฏิรูประบบสุขภาพ และ

การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ

ผศ.ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ • ดร.อนุพงศ์ สุจริยากุล

จั ด ท ำ โ ด ย

คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

(Healthy Public Policy)

โดย ผศ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ดร.อนุพงศ์ สุจริยากุล

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2543

ฉบับแก้ไข พิมพ์ครั้งที่ 2: มีนาคม 2544

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ราคา 60 บาท

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์.

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.--นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.

83 หน้า

1. สุขภาพ--นโยบายของรัฐ. 2. สาธารณสุข--ไทย. I. อนุพงศ์ สุจริยากุล, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

362.109593

ISBN 974-299-065-4

ออกแบบ, พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

คำนำ

“สุขภาพ” หรือ “สุขภาพะ” หมายถึง ความประดีสุข ทั้งในมิติ ทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

สุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม

นโยบายของรัฐ ที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รวมทั้งต่อพฤติกรรมของคนในสังคม จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากนโยบายดังกล่าว มิได้คำนึงถึงสุขภาพ ย่อมคาดการณ์ได้ว่า นโยบายของรัฐน่าจะมีผลลบต่อสุขภาพมากกว่าผลบวก

หลายประเทศ มีความพยายามที่จะจัดระบบในสังคม เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ มีเป้าประสงค์ เพื่อความสุขของคนในสังคม นอกเหนือจากเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจมหัพภาคเท่านั้น

นั่นเป็นที่มาของ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

มีกรณีตัวอย่างมากมายในประเทศไทยในเรื่องนี้ เช่น กรณีปัญหาสุขภาพจากสารอันตรายในเขตอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก กรณีสารตะกั่วจากเหมืองคลิตี้ จ.กาญจนบุรี กรณีใช้ตำ จ.นครศรีธรรมราช หรือ กรณีการใช้มาตรการด้านภาษีเพื่อลดการบริโภคยาสูบ เป็นต้น

ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ เรื่อง “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เป็นประเด็นสำคัญอันหนึ่งที่ได้รับการหยิบยกขึ้นมา เพื่อแสวงหารูปธรรมที่ชัดเจนที่จะบรรจุไว้ใน “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” รวมทั้งเป็นประเด็นในการสร้างความตื่นตัวของสังคมด้วย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบในการ “สร้างและสังเคราะห์องค์ความรู้” เพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ขอให้นักวิชาการ 2 ท่าน ได้แก่ ผศ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ ดร.อนุพงศ์ สุจริยากุล ร่วมกันศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการต่างๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ เกี่ยวกับ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปและข้อเสนอสารบัญญัติ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติด้วย

ผลงานชิ้นนี้เป็นผลงานเบื้องต้นที่จะนำไปสู่งานวิจัยเชิงลึกอีกหลายเรื่อง อันจะต้องมีความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการในอนาคต

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานชิ้นนี้จะมีส่วนในการสร้างระบบและกลไก เพื่อให้มีความยั่งยืนของ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในประเทศไทยต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2543

สารบัญ

บทที่ 1	บทนำ	1
1.1	กรอบแนวความคิด	1
1.2	นิยามศัพท์	2
1.3	ความเป็นมา	3
1.4	ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	5
1.5	ประเภทของนโยบายสาธารณะ	6
บทที่ 2	บทเรียนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ	9
2.1	นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ	9
2.2	นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม	10
2.3	นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการว่างงาน และการจัดความยากจน	13
2.4	นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงาน	14
2.5	นโยบายสาธารณะด้านการขนส่งและคมนาคม	15
2.6	นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเกษตรกรรม และด้านอาหาร	20

2.7	นโยบายเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ บุคคล ชุมชน และประชาสังคม	23
2.8	นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อย และการกีดกันทางสังคม	26
2.9	นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการบริการพื้นฐาน โดยเฉพาะเด็กและสตรี	27
2.10	นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสารเสพติด แอลกอฮอล์ และบุหรี่	29
2.11	นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาการศึกษา	31
2.12	นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาข้อมูลข่าวสาร และสื่อเพื่อสุขภาพ	31
2.13	นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับประชากร และความเป็นเมือง	33
2.14	นโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อม	35
2.15	นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี	39
2.16	นโยบายสาธารณะด้านการต่างประเทศ	43
บทที่ 3	การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	45
3.1	พื้นฐานในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	45
3.2	การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ	46
3.3	รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันโดยรัฐบาลกลาง	47
3.4	รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันโดยรัฐบาลท้องถิ่น	55

3.5	รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันในระดับสถาบัน	59
3.6	รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันโดยชุมชน	60
3.7	ตัวอย่างรูปธรรมของนโยบายสาธารณะในประเทศไทย	61
บทที่ 4	บทสรุป	71
4.1	การเคลื่อนไหวสังคม	71
4.2	การจัดตั้งกลไกระดับชาติ	72
4.3	ข้อเสนอสารบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	73
4.4	ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษวิจัย	74
	บรรณานุกรม	77



บทที่ 1 บทนำ

1.1 กรอบแนวความคิด

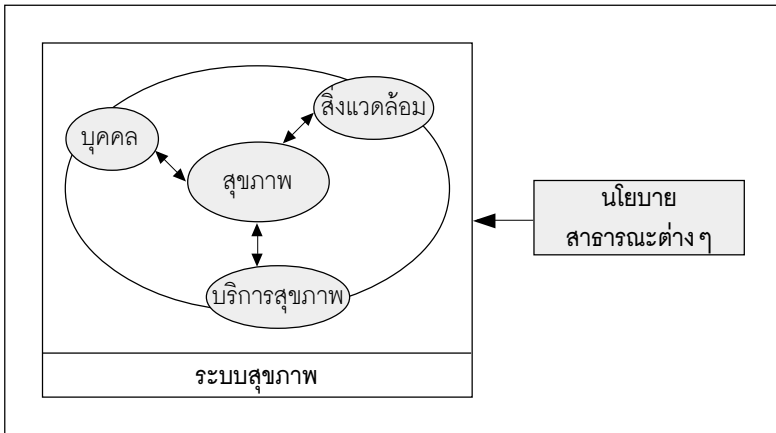
เนื่องจากสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล (กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ) และสภาพแวดล้อม เช่น ทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ จีวรภาพ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ การดำเนินการต่างๆ ของรัฐที่มีผลต่อปัจเจกบุคคลและสภาพแวดล้อมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยมาก เมื่อเทียบกับผลของนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคม ตัวอย่างเช่น นโยบายด้านการกระจายรายได้ อัตราค่าจ้าง อัตราเงินเฟ้อ การจัดที่อยู่อาศัย มาตรฐานที่อยู่อาศัย และการคมนาคมขนส่ง เป็นต้น นอกจากนั้น นโยบายที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้ที่ดิน การสัมปทานเหมืองแร่ และการเกษตร ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมากอีกด้วย

ดังนั้น เป้าหมายการพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่มุ่งสร้างระบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้

ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งจึงอยู่ที่การตัดสินใจในการดำเนินการทุกอย่างของรัฐ ซึ่งรวมเรียกว่า “นโยบายสาธารณะ” (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิด นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



1.2 นิยามศัพท์

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) (WHO, 1988) คือ

“นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น

เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี

เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี”

1.3 ความเป็นมา

1) พัฒนาการในเวทีระหว่างประเทศ

ประเทศต่างๆ ได้มีความพยายามและทุ่มเงินลงทุนจัดบริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก แต่ผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ สถานะสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีพอ และประสบปัญหาในคุณภาพชีวิตอย่างมาก แนวนโยบายระดับสากลเช่น Health for All by the Year 2000 ที่เน้นการสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญก็มีเขตแดนของความสำเร็จ มีปัญหาสุขภาพใหม่ๆ เกิดขึ้น

กระแสแนวคิดการพัฒนาสุขภาพอนามัยเริ่มมีการหันมาให้ความสำคัญกับปัจจัยอื่นๆ นอกกระบบบริการมากขึ้น เช่น ด้านเศรษฐกิจและสังคม เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าระบบบริการสุขภาพ ดังปรากฏในกฎบัตรรอตตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ (ค.ศ. 1986) ที่เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาเป็นข้อแรก มีการจัดประชุมระดับสากลหลายครั้ง ว่าด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพโดยการร่วมมือกันหลายสาขา การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาสังคมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป็นการแหวกกรอบแนวคิดเดิมๆ เกี่ยวกับการสาธารณสุข นำไปสู่ การสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health)

2) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ

พ.ศ. 2540

ประเทศไทยมีพัฒนาการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสิ่งที่เห็นเด่นชัดที่สุดคือ การประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วม

ร่วมของประชาชนและบุคคลหลากหลายอาชีพ มีบทบัญญัติที่ระบุถึงแนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหลายมาตรา ได้แก่

มาตราที่ 59 บัญญัติไว้ว่า “...บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือส่วนราชการท้องถิ่น ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับตนหรือชุมชนท้องถิ่น และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว...”

บทบัญญัติอื่นๆ ที่มีการระบุสิทธิของประชาชนซึ่งมีผลทำให้รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ต้องปรับเปลี่ยนนโยบายและวิธีการทำงาน ทั้งนี้เพื่อผลประโยชน์และสุขภาพของประชาชน ได้แก่ มาตราที่ 52, 53, 54, 55, 57, 82, 86, 170

การปฏิรูประบบสุขภาพจึงควรดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎหมายรัฐธรรมนูญ โดยการจัดทำกฎหมายย่อยที่เป็นเครื่องกำกับนโยบายของรัฐในทางที่สร้างเสริมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

นโยบายสาธารณะเป็นตัวกำหนดกิจกรรมและการใช้จ่ายทรัพยากรของรัฐบาลในทุกกระทรวง ทบวง กรม ผลจากนโยบายเหล่านี้กระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของคนในประเทศทั้งทางบวกและทางลบ การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ได้ผลจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบของนโยบาย มาตรการ และแผนงานสาขาต่างๆ ของรัฐบาล และหาทางปรับเปลี่ยนทิศทางของนโยบายเหล่านี้ให้เป็นไปในแนวทางที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ

1.4 ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะทุกเรื่องล้วนมีผลต่อสุขภาพทั้งสิ้น เพื่อให้ง่ายในการพิจารณาอาจจัดกลุ่มนโยบายสาธารณะได้ดังนี้

1) นโยบายด้านสังคม

เช่น นโยบายด้านการพัฒนาระบบการเมือง การปกครอง การกระจายอำนาจ การรักษาความมั่นคง การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม สาธารณสุข นโยบายเกี่ยวกับเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และชนกลุ่มน้อยต่างๆ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ข้อมูลข่าวสารและสื่อสารมวลชน การพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติ การควบคุมมลภาวะ การปฏิรูปที่ดิน เป็นต้น

2) นโยบายด้านเศรษฐกิจ

เช่น นโยบายด้านเศรษฐกิจมหภาค ภาษีอากร การพัฒนาอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การค้า การบริการ การคมนาคมขนส่ง การพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การพลังงาน การต่างประเทศ เป็นต้น

ภาพที่ 2 ขอบเขตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

คน : คุณภาพ ศักยภาพ ผลิதภาพ สุขภาพ มนุษยภาพ
การเมือง การปกครอง และกฎหมาย
เศรษฐกิจ พาณิชย์ เกษตร อุตสาหกรรม และต่างประเทศ
การศึกษา สังคม วัฒนธรรม และศาสนา
ประชากร สาธารณสุข และทรัพยากรมนุษย์
การโทรคมนาคม การจราจร และการขนส่ง
วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และพลังงาน
ระบบ : เสมอภาค เอกภาพ เสถียรภาพ (ดุลยภาพ) มีส่วนร่วม มุ่งพัฒนาให้ดีขึ้น

1.5 ประเภทของนโยบายสาธารณะ

(ดัดแปลงจาก Palmer and Short, 1994)

ประเภทของนโยบายสาธารณะอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม และ 4 มาตรการ ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเภทและมาตรการของนโยบายสาธารณะ

กลุ่มนโยบาย	มาตรการ			
	กฎหมาย	เศรษฐกิจ	สังคม	วิชาการ/เทคโนโลยี
1. เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร (Distributive and Re-distributive policies)	+	++++	++	++
2. เกี่ยวกับการควบคุมกำกับกิจกรรม ต่างๆ (Regulatory policies)	++++	+	+++	++

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร (Distributive and Re-distributive Policies) เช่น นโยบายการจัดสรรงบประมาณ นโยบายภาษี นโยบายการอุดหนุน

ตัวอย่างของนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมกำกับ (Regulatory policies) เช่น นโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการจัดตั้งองค์กรมหาชน นโยบายการปฏิรูประบบราชการ

นโยบายสาธารณะในเรื่องหนึ่งๆ นั้น อาจมีทั้งที่เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร และการควบคุมกำกับรวมกันอยู่ และอาจสามารถเลือกใช้มาตรการทั้ง 4 มาตรการผสมกันได้

บทที่ 2

บทเรียนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

2.1 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

สถานการณ์

มีหลักฐานเป็นที่ประจักษ์ว่า นโยบายเศรษฐกิจมหภาค (Macroeconomic policies) และมาตรการทางนโยบายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ เช่น การลดค่าของเงิน การลดค่าใช้จ่ายภาครัฐบาล ความเข้มงวดของมาตรการการเงิน การเปิดการค้าเสรี เป็นต้น มีผลทำให้ภาวะสุขภาพและโภชนาการของประชากรแย่ลง (Weil, 1990)

การวัดอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยใช้ค่า Gross Domestic Product (GDP) หรือ Gross National Product (GNP) เป็นสิ่งที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เพราะซ่อนต้นทุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการผลิตสินค้าและบริการ ไม่ได้บอกระยะเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ ไม่ได้ชี้ให้เห็นว่า ทรัพยากรรายได้ มลภาวะ กระจายไปให้ใครบ้างในสังคม (Miller, 1999)

นโยบายที่ควรมี

- 1) พัฒนาตัวชี้วัดการพัฒนาประเทศใหม่ ให้สามารถสะท้อนผลการพัฒนาที่แท้จริง ครอบคลุมทั้งด้านคุณภาพชีวิต คุณภาพสังคม และคุณภาพของสิ่งแวดล้อม สะท้อนถึงเป้าหมายของประเทศในเชิงระบบ เช่น ความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพแบบองค์รวม ความยั่งยืน เป็นต้น
- 2) สร้างเวทีให้ประชาชนมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ
- 3) ต้องมีนโยบายและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับนโยบายเศรษฐกิจเสรี มีมาตรการที่คานอำนาจ และตรวจสอบการดำเนินการทางธุรกิจได้ ไม่ปล่อยให้เกิดการผูกขาด เอาเปรียบประชาชน และสังคม

2.2 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม

สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศต่างๆ มุ่งพัฒนาอุตสาหกรรมที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม มีการออกกฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมที่เข้มงวด ทำให้ภาคอุตสาหกรรมต้องคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่สะอาด เช่น เครื่องยนต์ใช้ก๊าซ โรงถลุงเหล็กไม่ใช้ถ่านหิน มีการปฏิวัติระบบการรีไซเคิล มาตรการนี้นำไปขยายใช้กับสินค้าทุกชนิดเพื่อลดการใช้พลังงานและทรัพยากรธรรมชาติ มีการพัฒนาเทคโนโลยีโซลาร์เซลล์ ปิมน้ำพลังลม และพลังงานไฮโดรเจน และมีการขายเทคโนโลยีนี้ไปทั่วโลก

อาจจะแบ่งประเภทของอุตสาหกรรมเป็นดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่ม “อุตสาหกรรมรุ่งอรุณ” เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศอุตสาหกรรมใหม่

เป็นอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าเพิ่มสูง และมักมีเนื้อหาทางเทคโนโลยี เช่น อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมยาและสารอาหาร จากเทคโนโลยีชีวภาพ อุตสาหกรรมวัสดุและเคมีภัณฑ์เฉพาะทาง เป็นต้น

อุตสาหกรรมกลุ่มที่ 2 กลุ่ม “อุตสาหกรรมโพลีพลัส” เป็นกลุ่มอุตสาหกรรมเก่าที่ได้ใช้กันมาในยุคเดิม เมื่อวัตถุดิบและพลังงานยังหามาได้ง่าย และยังไม่มีผลกระทบเรื่องผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมมากเช่นในปัจจุบัน เป็นอุตสาหกรรมที่ไม่มีที่ยืน แม้จะยังมีความสำคัญอยู่มาก เนื่องจากเคยเป็นแกนในการผลิตสินค้าประเภทวัตถุดิบ เช่น เหล็กกล้า เคมีภัณฑ์ หนัก สิ่งทอ เพื่อป้อนอุตสาหกรรมอื่นๆ ต่อไป แต่นับวันมีแต่จะถูกแทนที่ไป โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมใหม่เข้ามาแทนที่ ซึ่งจะสามารถผลิตสินค้าเช่นเดียวกันหรือดีกว่าได้ โดยไม่ต้องใช้คนงานและพลังงานมาก หรือมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแบบเดิม

มีการย้ายถิ่นฐานโดยย้ายเครื่องจักรไปยังประเทศที่ยังด้อยการพัฒนามากว่า ซึ่งมีค่าแรงที่ถูกและมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมยังไม่เคร่งครัดนัก ในระยะยาวไม่ควรถือว่าอุตสาหกรรมกลุ่มนี้เป็นสิ่งที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทยในอนาคต และควรมีนโยบายเร่งให้มีการก้าวกระโดด เพื่อผลิตสินค้าประเภทเดียวกันได้ด้วยเทคโนโลยีที่ยั่งยืนกว่าและไม่ก่อปัญหาเท่าเดิม

นโยบายที่ควรมี

- 1) มุ่งสนับสนุนอุตสาหกรรมที่สะอาด และส่งเสริมการลงทุนในนิคมอุตสาหกรรม โดยส่งเสริมการใช้วัตถุดิบและกระบวนการผลิตที่มีพิษน้อย รวมทั้งการกระตุ้นให้มีการนำกลับมาใช้ซ้ำ



นักการเมืองและนักธุรกิจในเยอรมนีเห็นโอกาสทางธุรกิจของสินค้าปกป้องสิ่งแวดล้อม มูลค่าทางการตลาดในปี 1994 เท่ากับ 408,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมที่เข้มงวดทำให้อุตสาหกรรมในเยอรมนีคิดค้นเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่สะอาด เช่น เครื่องยนต์ใช้ก๊าซ โรงถลุงเหล็กไม่ใช้ถ่านหิน และขายเทคโนโลยีนี้ทั่วโลก

มีการทำสัญลักษณ์นางฟ้าติดที่สินค้ารับรองว่าไม่สร้างมลภาวะ บริษัทต่างชาติอื่นๆ เมื่อต้องการทดสอบสินค้าใหม่ที่ไม่สร้างมลภาวะจะมาที่เยอรมนี มีการปฏิวัติระบบการรีไซเคิล เช่น โรงงานผลิตรถยนต์ต้องรับผิดชอบในการเก็บคืนและรีไซเคิลรถยนต์ที่ตนผลิตขึ้น ส่วนรถทุกคันจะมีบาร์โค้ด โรงประกอบรถยนต์จะทำหน้าที่ถอดชิ้นส่วนรถทั้งคันได้ภายใน 20 นาที

มาตรการนี้นำไปขยายใช้กับสินค้าทุกชนิดเพื่อลดพลังงานและทรัพยากรธรรมชาติ

พร้อมกันนั้นยังกำลังขยายเทคโนโลยีการรีไซเคิลนี้ไปยังประเทศอื่น รัฐบาลเยอรมนีทุ่มทุนพัฒนาเทคโนโลยีโซล่าเซลล์และพลังงานไฮโดรเจนอย่างมาก ซึ่งเป็นพลังงานแห่งอนาคต มีการให้ทุนช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาปีละ 1,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อกระตุ้นการใช้โซล่าเซลล์และปั๊มน้ำพลังลมของเยอรมนี

- 2) การสนับสนุนอุตสาหกรรม ต้องมีกระบวนการรับฟังความเห็นสาธารณะ และคนในท้องถิ่นนั้นๆ จะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
- 3) มุ่งส่งเสริมสนับสนุนกลุ่ม “อุตสาหกรรมรุ่งอรุณ” มากกว่ากลุ่ม “อุตสาหกรรมโพล้เพล้”

2.3 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการว่างงาน

และการจัดความยากจน

หลักการ

ความมั่นคงในการทำงาน เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การว่างงานทำให้เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพ จากหลักฐานพบว่า ในพื้นที่ที่มีอัตราการว่างงานสูง จะมีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหสุขภาพสูงด้วย ข้อมูลจากหลายประเทศพบว่า คนว่างงานและครอบครัวมีอัตราตายสูงกว่า (แม้จะปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ แล้วก็ตาม) การว่างงานมีผลกระทบต่อทั้งปัญหสุขภาพจิตและปัญหาทางการเงินรวมทั้งหนี้สิน และมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมในที่สุด

ในช่วงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และตลาดแรงงาน ประชาชนจะรู้สึกว่หน้าที่การงานของตนไม่มั่นคงเพิ่มขึ้น ถ้ามีความรู้สึกนี้ยาวนานยิ่งทำให้อัตราการลางานและอัตราการใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ควรมีเป้าหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ 3 ประการสำคัญคือ 1) ป้องกันการเกิดภาวะว่างงาน และความไม่มั่นคงในการทำงาน 2) ลดผลกระทบที่เกิดจากการว่างงาน และ 3) ลดความถี่ในการย้ายงาน

นโยบายที่ควรมี (ดาร์งค์ บุญยืน, 2543; Marmot and Wilkinson, 1998)

- 1) ตั้งเป้าหมายการบริหารเศรษฐกิจของประเทศไม่ให้เกิดความผันผวนมากเกินไป ทั้งด้านสูงหรือต่ำ จะลดปัญหาการว่างงานได้
- 2) ต้องไม่ส่งเสริมอาชีพบางประเภทที่แม้ว่าจะแก้ปัญหาการว่างงานได้ แต่มีผลกระทบทางลบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง เช่น อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวที่ใช้การบริการทางเพศเป็นจุดขาย

- 3) ควรส่งเสริมโอกาสการจ้างงานและตำแหน่งงานที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ เพราะเมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจะประสบปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
- 4) ยกกระตือรือร้นการศึกษาของประชาชนให้สูงขึ้นและพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่อง

2.4 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงาน

หลักการ

ความเครียดในที่ทำงาน เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดจากการปวดหลัง และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจหลอดเลือดมักจะมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมในการทำงาน

การได้รับสิ่งตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับงานที่ทำมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจหลอดเลือด สภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งด้านกาย จิต และสังคม มีส่วนสำคัญกับการมีสุขภาพดี การพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานจะนำไปสู่การทำงานอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ มีผลผลิตในการทำงานสูงขึ้น และมีความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น

นโยบายที่ควรมี

- 1) ส่งเสริมให้สถานที่ทำงานต่างๆ ปรับรูปแบบของสถานที่ทำงาน เพื่อให้พนักงานสามารถควบคุมตนเอง ปรับให้มีความหลากหลายของลักษณะงานและโอกาสปรับปรุงงานของตนให้ดีขึ้น
- 2) พัฒนาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของพนักงานในทุกๆ ระดับ ซึ่งจะส่งผลดีทั้งต่องานและสุขภาพ

- 3) มีระบบการสร้างความมุ่งมั่นในการทำงาน ทั้งในรูปของงาน และรางวัลอื่นๆ ที่เหมาะสม
- 4) พัฒนาสถานที่ทำงานให้ถูกต้องตามหลัก ergonomics

2.5 นโยบายสาธารณะด้านการขนส่งและคมนาคม

หลักการ

การขนส่งโดยรถยนต์ส่วนตัวมีต้นทุนแฝงให้กับสังคมจำนวนมาก เช่น ค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเสียชีวิต มลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางเสียง การใช้ภาษีอุดหนุน ค่าน้ำมัน การแบ่งแยกคนในสังคม ภาวะเครียด การสูญเสียพื้นที่สีเขียวเพื่อสร้างถนน ซึ่งยิ่งขยายยังมีรุดมากขึ้น ความเร็วในการเดินทางลดลงเรื่อยๆ สูญเสียเวลาทำงาน ซึ่งคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจมหาศาล ทำให้เกิดการพึ่งพาพลังงานจากฟอสซิลคือน้ำมัน กล่าวสำหรับประเทศสหรัฐอเมริกายังมีต้นทุนทางการทหารเพื่อปกป้องแหล่งน้ำมันในตะวันออกกลางอีกด้วย มีต้นทุนแฝงรวมประมาณ 300,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี แต่การกระจายต้นทุนนี้กลับไปให้ผู้บริโภคมักจะทำได้ยาก

ควรส่งเสริมการใช้จักรยานและขนส่งมวลชน แต่ก็ทำได้ยาก เช่น ประเทศจีน ซึ่งเดิมใช้จักรยานเป็นพาหนะเป็นส่วนใหญ่ เมื่อคนมีรายได้มากขึ้น ก็ะหันมาใช้รถมอเตอร์ไซด์หรือรถยนต์แทน ในประเทศอินโดนีเซีย ห้ามใช้รถจักรยาน เพราะกีดขวางรถยนต์และต้องการแสดงให้เห็นว่าประเทศมีความเจริญ การขนส่งมวลชน เช่น รถไฟฟ้าใต้ดิน มีต้นทุนค่าก่อสร้างและการดำเนินการสูง ต้องอยู่ในเขตชุมชนหนาแน่นจึงจะมีกำไร และไม่ยืดหยุ่นด้านเส้นทาง การขนส่งมวลชนโดยใช้รถบัสหลายๆ ขนาดช่วยแก้ปัญหาได้ เช่น ที่เมืองคูริติบา ประเทศบราซิล (ดูกรณีศึกษา)



เมืองคูริติบา มีประชากร 2.1 ล้านคน เป็นเมืองที่สะอาดน่าอยู่และมีเศรษฐกิจดี มีต้นไม้ทั่วทุกหนแห่ง เพราะเจ้าหน้าที่แจกต้นไม้ให้ประชาชนปลูกและดูแล 1.5 ล้านต้น การตัดต้นไม้ต้องขออนุญาต ถ้าตัด 1 ต้นต้องปลูกทดแทน 2 ต้น เคยมีปัญหาน้ำท่วมยาวนานในช่วงปีทศวรรษ 1960 จึงมีการจำกัดการก่อสร้างบริเวณนั้น สร้างทะเลสาบเพื่อกักน้ำ ออกกฎหมายปกป้องทางระบายน้ำ เปลี่ยนริมฝั่งแม่น้ำให้เป็นสวนสาธารณะ หยุดปัญหาน้ำท่วมและกลับเพิ่มจำนวนพื้นที่สีเขียวต่อประชากร

อากาศที่นี่ยังสะอาด เพราะพึ่งพารถยนต์น้อย มีทางจักรยาน 145 กิโลเมตร และกำลังสร้างเพิ่มขึ้น ถนนบางสายใจกลางเมืองห้ามรถผ่าน โดยที่ร้านค้าต่างๆ ก็ร่วมมือ โรงงานร้างถูกเปลี่ยนเป็นโรงเล่นกีฬา และสถานพักผ่อน การละเล่นต่างๆ

ความสำเร็จของเมืองคูริติบา เกิดจากการวางแผนด้านการขนส่ง และการใช้ที่ดินอย่างผสมผสาน ระบบรถโดยสารได้รับการวางระบบอย่างสมบูรณ์ดีกว่ารถไฟใต้ดินหรือรถราง ซึ่งแพงและไม่ยืดหยุ่น และอาจจะถือว่าดีที่สุดในโลก

แนวคิดการวางระบบคือตกแต่งให้เมืองพัฒนาอยู่ในแนวทางหลัก 5 สาย ซึ่งแผ่รัศมีออกจากใจกลางเมืองเหมือนซี่ล้อรถจักรยาน เส้นทางหลักนี้จะมีบัสเลนโดยเฉพาะ ระบบรถโดยสารใช้รถบัส ซึ่งสะอาดและไม่ก่อให้เกิดมลภาวะ ขนคนวันละ 1.5 ล้านคน ตั๋วราคาถูกและไม่ต้องเสียเงินอีกเมื่อจะต่อรถสายอื่น อาคารที่อยู่อาศัยใกล้เส้นทางรถบัสสำคัญต้องเป็นตึกสูงเท่านั้น และต้องเหลือชั้นล่าง 2 ชั้น ทำเป็นร้านค้าเพื่อลดความจำเป็นในการเดินทาง เมืองนี้จึงมีมลภาวะทางอากาศต่ำมาก

เมืองนี้สามารถรีไซเคิลกระดาษได้มากกว่าร้อยละ 70 (เท่ากับ ต้นไม้ 1,200 ต้นต่อวัน) และครัวเรือนแยกขยะ โลหะ แก้ว พลาสติก นำไปรีไซเคิลได้มากกว่าร้อยละ 60 โดยนำไปขายคืนแก่อุตสาหกรรม มากกว่า 340 แห่งของเมือง

มีการซื้อที่ดินได้ทิศทางลม จัดเป็นนิคมอุตสาหกรรม มีถนน บ้านพัก โรงเรียน บริการต่างๆ รถบัส และออกกฎหมายควบคุมมลภาวะ ทางอากาศและน้ำอย่างเข้มงวด ซึ่งมีผลทำให้ดึงดูดนักลงทุน

ที่นี้ดูแลคนจนโดยการฝึกอบรมทักษะอาชีพให้ โดยใช้รถบัส เก่ามาดัดแปลงให้เป็นที่พักผ่อน เก็บค่าเรียนราคาถูก แต่ละจุดจะฝึกงาน ให้ 3 เดือน ก่อนย้ายไปที่อื่น คนจนจะมีรายได้จากการค้าของเก่า เพื่อ เป็นค่าอาหารและค่ารถ แต่จะได้รับบริการทางการแพทย์ฟรี มีศูนย์ เลี้ยงเด็ก 40 แห่ง อัตราตายของทารกลดลงมากกว่าร้อยละ 60 นับ จากปี 1977

แม้จะมีปัญหาการอพยพเข้าเมืองเพิ่มขึ้นและปัญหาสลัม เหมือนเมืองอื่น แต่ชาว Curitiba มีความภาคภูมิใจและอยากร่วมมือ กันพัฒนาเมืองให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และมีผู้บริหารเมืองที่ใส่ใจชีวิตและ ความเป็นอยู่ของประชาชน คือ นาย Jaime Lerner ซึ่งเคยเป็นสถาปนิก และครูในวิทยาลัย เป็นผู้นำที่กระตือรือร้น ได้เป็นนายกเทศมนตรีมา แล้ว 3 สมัย

การคมนาคมเพื่อสุขภาพ หมายถึง การลดการใช้รถยนต์ และสนับสนุนให้ใช้การเดินเท้าและจักรยาน พร้อมกับการมี ระบบขนส่งมวลชนที่ดี

จักรยานต่างๆ ลดการใช้แรงงาน ทั้งในที่ทำงาน และที่บ้าน ผู้คนต้องหาทางออกกำลังกายโดยวิธีอื่นๆโดยการลดการใช้รถยนต์ เพิ่มการเดินหรือใช้จักรยาน และขนส่งมวลชน การออกกำลังกาย

กายอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหัวใจและลดความอ้วน ซึ่งทำให้เป็นเบาหวานช้าลง ทำให้มีความรู้สึกสุขสบาย ทำให้คนแก่ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

การลดภาวะจราจรบนถนน ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุ แม้ว่าการขี่จักรยานจะมีอุบัติเหตุได้เช่นกัน แต่พบน้อย เมืองที่วางแผนสิ่งแวดล้อมอย่างดี มีการแยกทางเดินเท้า ช่องทางจักรยาน ออกจากถนนรถยนต์ทำให้เพิ่มความปลอดภัยสูงขึ้น

การใช้จักรยานและเดินเท้ากระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น รถยนต์แยกผู้คนและถนนแยกชุมชนสองฝั่งออกจากกัน จำนวนถนนที่มากขึ้นหมายถึงการแย่งที่ทางสังคม แย่งทางเดินเท้า ทำให้คนเดินเท้าลดลงและเปลี่ยน เขตชานเมืองต้องพึ่งพารถยนต์มาก คนที่ไม่มีรถยนต์ เช่น เด็กและคนชรา จะถูกโดดเดี่ยว เมื่อมีการโดดเดี่ยวทางสังคม และไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในชุมชน ทำให้สุขภาพแย่ลง

การลดการใช้รถยนต์ ทำให้ลดภาวะมลพิษทางอากาศ จากท่อไอเสีย ลดการใช้เชื้อเพลิง ซึ่งไม่มีทดแทน และไม่ทำให้โลกร้อนขึ้น

การใช้จักรยานและการเดินเท้าไม่ทำให้มีโรคจากมลภาวะทางอากาศ ไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ระบบนิเวศของเมืองไม่เสียสมดุล

การขี่จักรยาน การเดิน และการใช้ระบบขนส่งมวลชน ส่งเสริมสุขภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย ลดอุบัติเหตุ สร้างสรรค์การมีมนุษยสัมพันธ์ และลดปัญหามลพิษทางอากาศ

นโยบายที่ควรมี

- 1) ให้ความสำคัญกับจักรยานและการเดินเท้า สำหรับการเดินทางในระยะสั้นโดยเฉพาะในเขตเมือง สำหรับการคมนาคมที่ไกลมากขึ้นควรมีระบบขนส่งมวลชนมารองรับ และเชื่อมโยงกับพื้นที่นอกเขตเมือง
- 2) ควรใช้ระบบการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการเดินทาง เช่น ลดการสนับสนุนในด้านสร้างถนน เพิ่มการสนับสนุนในระบบขนส่งมวลชน เพิ่มภาษีรถยนต์ และเพิ่มราคาค่าจอดรถ
- 3) ปรับระบบการใช้ประโยชน์จากที่ดิน เช่น เพิ่มพื้นที่สีเขียวบนถนน ลดขนาดของที่จอดรถ เพิ่มพื้นที่ผิวทางจักรยานและเดินเท้า เพิ่มช่องทางเดินรถประจำทาง
- 4) ในการขยายถนนและสร้างเครือข่ายถนนทั่วประเทศ ต้องถือเป็นนโยบายที่จะลงทุนในการออกแบบและการก่อสร้างที่ทำให้เกิดความปลอดภัยในการเดินทาง โดยเฉพาะการออกแบบก่อสร้างบริเวณสะพาน ทางโค้ง ทางแยก รวมทั้งการติดตั้งป้ายสัญญาณจราจรและไฟส่องสว่าง นอกจากนี้ยังควรมีมาตรการเสริม เช่น การบังคับใช้กฎหมายหมวกกันน็อคและเข็มขัดนิรภัย
- 5) เร่งรัดดำเนินการแก้ไขถนนบริเวณที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยทั่วประเทศ ให้ถูกหลักวิศวกรรมจราจร
- 6) การประกาศระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายที่ถือว่าผิดกฎหมายถ้าขับขี่ยานพาหนะ อุบัติภัยยานยนต์จากการขับขีด้วยฤทธิ์แอลกอฮอล์ เป็นอุบัติเหตุยานยนต์ชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย (ไพบุลย์ สุริยวงค์ไพศาล, 2540; ชูชัย และคณะ, 2538)

2.6 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาเกษตรกรรมและด้านอาหาร

หลักการ

“อาหารดี เป็นประเด็นทางการเมือง” การมีอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ เป็นแกนกลางที่สำคัญต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพดีและสุขสบาย การขาดอาหารและการบริโภคอย่างไม่ครบถ้วนทำให้เกิดโรค การบริโภคมากเกินไปทำให้เกิดโรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง โรคตาเสื่อม อ้วนและฟันผุ ประเทศต่างๆ จะพบทั้งปัญหาภาวะขาดอาหาร และภาวะอาหารล้นเกิน

ประเด็นสำคัญของงานสาธารณสุขคือ การมีอาหารที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอและราคาเหมาะสม การสามารถเข้าถึงหรือซื้ออาหารได้มีผลต่อพฤติกรรมการกินมากกว่าโครงการสุขศึกษาด้านอาหาร

การเปลี่ยนผ่านของลักษณะของทางระบาดวิทยาของโรคในประเทศอุตสาหกรรม จากโรคติดเชื้อไปสู่โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง และมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเปลี่ยนผ่านของลักษณะของอาหาร ซึ่งพบว่ามีบริโภคน้ำมัน น้ำตาล มาก

เป็นเรื่องแปลกที่พบว่า โรคอ้วนพบในคนจนมากกว่าคนรวย

การค้าขายอาหารเป็นอุตสาหกรรมใหญ่ของโลก มีผลต่ออุปทานด้านอาหาร คณะกรรมการระหว่างประเทศซึ่งทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร คือ Codex Alimentarius เป็นตัวแทนของผู้ผลิตมากกว่าประชาชน

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อความแตกต่างของคุณค่าของอาหารที่บริโภค แล้วมีผลต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพในที่สุด คนจนกินอาหารสำเร็จรูปแทนอาหารสดมาก

ขึ้น คนแก่ คนดงงาน และครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักจะกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ แต่ทุกกลุ่มกินอาหารที่มีไขมันสูง ทั้งคนรวยและคนจน

เป้าหมายของงานโภชนาการเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ต้องเน้นที่การกินผักสด ผลไม้สด พืชตระกูลถั่ว ธัญพืชที่ไม่ขัดสี และต้องลดการกินเนื้อสัตว์ น้ำตาลและเกลือ

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 100 คนะ เห็นด้วยกับแนวทางนี้



● ในประเทศออสเตรเลีย การเพิ่มการผลิตเนื้อไม่มีมัน (lean meat) ของผู้ผลิตเนื้อ เป็นนโยบายที่ริเริ่มโดยภาคเอกชนที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดการบริโภคไขมัน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยที่รัฐบาลโดยกระทรวงพาณิชย์ยอมรับให้มีมาตรการภาษีเพื่อส่งเสริมการผลิตเนื้อไม่มีมัน นโยบายลดภาษีในกรณีนี้ถือเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งที่นโยบายนี้ไม่ได้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

● ในหลายประเทศ เช่น บังคลาเทศ เอล ซัลวาดอร์ อินเดีย เคนยา และเปรู มีการศึกษาที่ยืนยันชัดเจนว่า โครงการพัฒนาที่ทำกิน และการถือครองที่ดิน (Land policy and resettlement) ขนาดของการถือครองที่ดิน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในเชิงบวกกับระดับรายได้ การบริโภค และภาวะสุขภาพ

● ในกรณีของไทยยังมีปัญหาการมุ่งปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยว ซึ่งทำให้เกิดความไม่มั่นคงและผลกระทบทางลบ ทั้งด้านอาหาร ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ของชุมชนทั่วประเทศอย่างรุนแรง

นโยบายที่ควรมี

- 1) ส่งเสริมการจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง สด ใหม่ สำหรับทุกคน
- 2) ให้ผู้บริโภคมีส่วนในการติดตาม กำกับ ตรวจสอบ การออก ภาวะเบี้ยบบ้านอาหาร
- 3) ส่งเสริมการเกษตรและอุตสาหกรรมอาหาร ที่รักษาธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม
- 4) ปกป้องผู้ผลิตอาหารในระดับท้องถิ่น จากกลุ่มการค้าอาหาร ในระดับโลก
- 5) ให้ความรู้ประชาชนในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทาง โภชนาการ เสริมทักษะการเตรียมอาหาร
- 6) ใช้นโยบายภาษีเพื่อส่งเสริมการผลิตเนื้อไม่มีไขมัน
- 7) สนับสนุนการทำให้สวนผสมเพื่อผลิตอาหารที่ปลอดภัยและ ส่งเสริมสุขภาพ
- 8) ให้ข้อมูลแก่เกษตรกรเรื่องการปลูกพืชปลอดสารพิษอย่าง จริงจังและต่อเนื่อง
- 9) เข้มงวดกวัดขั้นกับผู้ประกอบการผลิตสารกำจัดศัตรูพืช ให้ มีค่าเตือนและวิธีการใช้ที่ชัดเจน
- 10) ศึกษาวิจัยให้มีการพัฒนาการใช้ปุ๋ยชีวภาพและใช้สารที่ สกัดจากธรรมชาติในการกำจัดศัตรูพืช
- 11) พัฒนานโยบายเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ โดยใช้องค์ ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์

2.7 นโยบายเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน และประชาสังคม

สถานการณ์และหลักการ

ประชากรกลุ่มด้อยโอกาสจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในทุกช่วงการเปลี่ยนผ่านของชีวิต จะมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยที่รุนแรงและตายก่อนวัยอันสมควร อย่างน้อย 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่อยู่ในสถานะทางสังคมสูงหรือค่อนข้างสูง อัตราการรอดชีวิตหลังจากเกิดโรคหัวใจขาดเลือดต่ำ อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่า อัตราการเกิดความพิการเมื่อเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่า

การด้อยโอกาสในด้านวัตถุ พิจารณาได้ทั้งในเชิงสัมบูรณ์และสัมพัทธ์ ตัวอย่างเช่น มีสินทรัพย์น้อย การศึกษาต่ำ ว่างานสภาพที่อยู่ไม่เหมาะสม เป็นต้น การด้อยโอกาสเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะกระจุกตัวในคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ดังนั้น เมื่อคนกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับภาวะความเครียดจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมอยู่ตลอดเวลา พวกเขาจะประสบปัญหาต่างๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพที่รุนแรงไม่สิ้นสุด ปัญหาของคนเหล่านี้สามารถทุเลาเบาบางลงได้ ถ้ามีเครื่องพุงทางสังคมรองรับ

เครื่องพุงทางสังคมและความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนได้แก่ มิตรภาพ สัมพันธภาพที่ดี และเครือข่ายที่เข้มแข็ง จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกระดับทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน เป็นทั้งทรัพยากรในทางอารมณ์และในทางปฏิบัติแก่ผู้คน แรงยึดเหนี่ยวทางสังคมช่วยปกป้องบุคคลและสุขภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลในสังคมมีการไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกัน การเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการสื่อสารและการยึดถือค่านิยมร่วมกัน ทำให้คนมี

ความรู้สึกว่าได้รับการดูแล ได้รับการรัก มีความภาคภูมิใจ และรู้สึกชีวิตมีค่า สิ่งนี้ช่วยปกป้องสุขภาพ

มีการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์พบว่า ชุมชนที่มีแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมสูงจะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำ และจะกลับไปมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเมื่อแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมลดลง

การศึกษาเชิงทดลอง ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีสามารถที่จะลดความเครียดของกลุ่มทดลองซึ่งมีความเสี่ยงสูง เมื่อได้รับการส่งเสริมทางสังคม ทำให้ผลการรักษาโรคหัวใจได้ผลดี ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุยืนยาวขึ้น และผลการตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงออกมาดี

การเข้าถึงเครื่องพยุงทางสังคม ผันแปรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล คนยากจนมักถูกกีดกันและโดดเดี่ยว สังคมที่มีช่องว่างทางรายได้สูง มีแนวโน้มที่จะมีแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมต่ำ มีอาชญากรรมรุนแรงสูง และอัตราตายสูง

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน และประชาสังคม เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน การลดช่องว่างของรายได้ และภาวะการกีดกันทางสังคม จะช่วยให้สังคมมีความร่วมมือกัน และสุขภาพดีขึ้น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน จะทำให้ประชาชนเห็นคุณค่าของสุขภาพของตน

ในอดีตที่ผ่านมา ชุมชนถูกกระทำให้อ่อนแอลงจนไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนพัฒนาที่ผ่านมา ล้วนแล้วแต่ถูกกำหนดจากส่วนกลางทั้งสิ้น ได้ละเลยเพิกเฉยต่อการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น

ในปัจจุบัน นโยบายด้านการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นสิ่งที่กำหนดไว้แล้วในกฎหมาย องค์กรในท้องถิ่นทั้งที่เป็นองค์กรของรัฐท้องถิ่น และองค์กรชุมชนท้องถิ่น มีความเหมาะสมมากที่สุดในการแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเอง เช่น ปัญหาสังคม ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากชุมชนเหล่านี้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาดังกล่าว

นโยบายที่ควรมี

- 1) ส่งเสริมองค์กรชุมชนท้องถิ่น ทั้งที่เป็นองค์กรของรัฐและที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐให้มีความเข้มแข็ง สนับสนุนทั้งด้านการเงิน วิชาการ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ให้มีความคิดริเริ่ม มีความสามารถตัดสินใจ เพื่อลดหรือคลี่คลายปัญหาต่างๆ ได้แก่ ความล้มเหลวทางการศึกษา ความไม่มั่นคงปลอดภัยในงาน และช่องว่างรายได้ของคนในสังคม บรรเทาปัญหาและปรับปรุงสภาพชีวิตให้ดีขึ้น
- 2) กระจายอำนาจโดยการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรของรัฐท้องถิ่น และให้กับองค์กรชุมชนท้องถิ่น ให้สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 3) พัฒนาองค์กรชุมชนท้องถิ่นควบคู่ไปกับองค์กรของรัฐท้องถิ่น เพื่อให้มีศักยภาพในการทำหน้าที่ตรวจสอบ กำกับ และประเมินผลองค์กรของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) พัฒนาความเป็นประชาสังคมในท้องถิ่นต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ในหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น โดยการพัฒนากลยุทธ์ของกระบวนการระดมพลังในสังคม (Social Mobilization) การพัฒนาประเพณีวัฒนธรรมที่มีคุณค่า การศึกษาประวัติศาสตร์ของท้องถิ่น การสร้างศูนย์

วัฒนธรรม ในระดับท้องถิ่น และการพัฒนาสถาบันศาสนา ในระดับท้องถิ่น เพื่อระดมศักยภาพของทุกส่วนในการสร้าง ชุมชนรูปแบบใหม่ๆ ที่จะมาร่วมกันพัฒนาสังคม

- 5) สนับสนุนและอุดหนุนให้ชุมชนสามารถจ้างบุคลากรด้านสุขภาพเอง
- 6) สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้สูงอายุที่ยังช่วยตัวเองได้ ได้ช่วยกันดูแลผู้ที่ช่วยตัวเองไม่ได้
- 7) รัฐจะต้องหลีกเลี่ยงการเข้าไปรับภาระการจัดบริการด้วยตนเอง ในเรื่องที่ประชาชนหรือชุมชนสามารถช่วยตัวเองหรือจัดบริการได้

2.8 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อย

และการกีดกันทางสังคม

หลักการ

ปัญหาความยากจน การว่างงาน คนเร่ร่อน ผู้อพยพ ชนกลุ่มน้อย ชาวเขา เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในหลาย ประเทศ รวมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วบางแห่ง กลุ่มคนเหล่านี้ รวมถึงลูกหลานมักจะถูกกีดกันจากสังคม เช่น สิทธิการเป็นพลเมือง โอกาสการทำงาน โอกาสทางการศึกษา เป็นต้น ก่อให้เกิดปัญหา ตามมามากมาย รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ

การกีดกันทางสังคมทำให้เกิดทุกข์และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การกีดกันทางสังคมส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการตาย ก่อนวัยอันควร ไม่เพียงแต่ความขาดแคลนทางกายภาพ ยังส่ง ผลต่อสภาวะทางสังคม สภาพจิตใจ และปัญหาอื่นๆ ในการ ดำรงชีวิต

สังคมที่ยึดถือนโยบายหลักความเท่าเทียมกัน มักจะมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนดีกว่า

นโยบายที่ควรมี

- 1) มาตรการทางกฎหมาย เพื่อช่วยป้องกันสิทธิของผู้ป่วย และชนกลุ่มน้อย และการแบ่งแยกชนชั้น
- 2) มาตรการทางสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสวัสดิการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต
- 3) สนับสนุนทางการเงิน ได้แก่ ค่าแรงขั้นต่ำที่เหมาะสม การศึกษา และนโยบายที่เกี่ยวกับการว่างงาน
- 4) มีนโยบายในการกระจายรายได้และความมั่งคั่งอย่างเป็นธรรม

2.9 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการบริการพื้นฐาน โดยเฉพาะเด็กและสตรี

หลักการ

“การเริ่มต้นชีวิตที่ดี หมายถึงการส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็ก” สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น สูบบุหรี่ ได้คุณค่าทางอาหารไม่เพียงพอ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ เช่น ทารกที่มีพัฒนาการช้าในระยะแรก มีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบหัวใจ หลอดเลือด ทางเดินหายใจ ไต และตับอ่อน ในวัยผู้ใหญ่ มารดาที่สูบบุหรี่ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจของเด็ก ซึ่งจะลดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

นโยบายที่ควรมี

- 1) ลดจำนวนผู้ปกครองที่สูบบุหรี่
- 2) ให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เข้าใจพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็ก
- 3) จัดโปรแกรมการศึกษาไว้ก่อนเข้าเรียน เพื่อกระตุ้นการพัฒนาทางสติปัญญาและพฤติกรรม
- 4) ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนก่อนวัยเรียน เพื่อเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก
- 5) ส่งเสริมให้แม่ทุกคนมีโอกาสอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสม
- 6) เพิ่มโอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชนทุกวัย เนื่องจากการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ และการดูแลตนเองเบื้องต้น
- 7) ขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมบริการสุขภาพจำเป็นพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน และจะต้องไปให้ถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งในเมืองและชนบท
- 8) ขยายการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ไปสู่กลุ่มที่มีอาชีพอิสระ โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้ประกอบกรรขายย่อย

2.10 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสารเสพติด แอลกอฮอล์ และบุหรื

หลักการ

ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้น ทำให้ประชาชนพึ่งพาแอลกอฮอล์ ยาเสพติด และบุหรืมากยิ่งขึ้น การใช้สารเสพติดเป็นผลจากการแตกสลายของสังคมและเป็นปัจจัยทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ มันเป็นเพียงการหลีกเลี่ยงจากภาวะเครียดชั่วขณะ แต่ทำให้ปัญหาเลวร้ายลง

การติดสุรา ยาเสพติด และบุหรื ล้วนแล้วแต่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านลบทางเศรษฐกิจ และสังคม ในประเทศรัสเซียพบว่าในช่วง 10 ปีที่มีความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม อัตราตายที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก (อุบัติเหตุ ความรุนแรง พิษสุรา การบาดเจ็บ และการฆ่าตัวตาย) ประเทศอื่นๆ ก็พบเช่นเดียวกัน

การสูบบุหรืก็เช่นกัน อัตราการสูบบุหรืที่สูงและเลิกยากพบว่าสัมพันธ์กับปัจจัยด้านลบทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าจะเป็นวัดโดยใช้เครื่องชี้วัดใด (สภาพบ้าน รายได้ต่ำ หย่าร้าง ตกงาน ไร้บ้าน)

การสูบบุหรืเป็นแหล่งดูดยาได้ของคนจน เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพและการตายก่อนวัยอันควร นิโคตินในบุหรืไม่ได้ช่วยลดความเครียดหรือช่วยปรับอารมณ์แต่อย่างใด

การโฆษณาเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ในเมืองไทยได้รับอนุญาตให้ทำอย่างแพร่หลายมาก ก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุจากรและปัญหาทางสังคม เช่น การทะเลาะเบาะแว้ง ผิดหลักศีลธรรมในหลายศาสนา

ในกรณีของประเทศไทย การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทยได้นำเอามาตรการต่างๆ มาใช้ ได้แก่ การขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่วประเทศ การห้ามหน่วยงานของรัฐรับการอุปถัมภ์จากบริษัทบุหรี่ การพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ การห้ามแพร่ภาพการสูบบุหรี่ทางสื่อมวลชนทุกชนิด การปรับโครงสร้างระบบบริการทุกระดับเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย สนับสนุนการสร้างเครือข่ายสุขภาพ การเฝ้าระวังราคามูลค่าบุหรี่ต่างประเทศ และการใช้มาตรการการภาษีบุหรี่อย่างเหมาะสม เป็นต้น

นโยบายที่ควรมี

- 1) การควบคุมกำกับไม่ให้สิ่งเสพติดแพร่หลาย โดยผ่านทางกลไกราคา ภาษี การขึ้นทะเบียน การห้ามโฆษณา อย่างเข้มแข็งต่อไป และต้องกีดกันการมีอิทธิพลของบริษัทบุหรี่ต่อการตัดสินใจทางนโยบาย
- 2) ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับพิษภัยของยาเสพติด บุหรี่ และสุรา
- 3) ส่งเสริมการศึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นติดยาเสพติด บุหรี่ และสุรา
- 4) มีนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้มแข็ง เพราะนโยบายการป้องกันปราบปรามยาเสพติดจะสัมฤทธิ์ผลก็ต่อเมื่อนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เข้มแข็งรองรับ

2.11 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาการศึกษา

หลักการ

การศึกษาเป็นเครื่องเพิ่มพลังและศักยภาพที่สำคัญของสังคม แต่ปัจจุบันมีความอ่อนแออย่างมาก ขณะนี้มีพระราชบัญญัติปฏิรูปการศึกษาเกิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

นโยบายที่ควรมี

- 1) กระจายการศึกษาอย่างทั่วถึง ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ ทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน
- 2) หลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนเป็นไปเพื่อให้มีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมเพื่อประโยชน์สุขของชุมชน สร้างจิตสำนึกในการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนเอง
- 3) มุ่งเน้นพัฒนาให้เด็กไทยรับผิดชอบสภาพตนเอง โดยการสร้างพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
- 4) มุ่งสร้างภูมิปัญญาที่ให้คนไทยสามารถคิด มีวิจารณ์ญาณ และตัดสินใจด้วยตนเองในการบริโภค ไม่ตกเป็นเหยื่อการโฆษณา ระบบการตลาด และการส่งเสริมการขาย

2.12 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาข้อมูลข่าวสารและสื่อเพื่อสุขภาพ

หลักการ

ระบบข้อมูลข่าวสารและสื่อสารมวลชนเป็นเครื่องมือการศึกษาอันอกระบบที่มีอิทธิพลสูงมาก มีศักยภาพสูงที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพได้ แต่ปัจจุบัน

ยังคงอยู่ได้อิทธิพลของระบบการค้าและการตลาดแบบเสรี ซึ่งก่อให้เกิดค่านิยมบริโภคนิยมและวัตถุนิยม รวมทั้งการครอบงำของวัฒนธรรมจากต่างประเทศอย่างมาก นโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อมวลชนควรมุ่งเน้นการขยายโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

นโยบายที่ควรมี

- 1) จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ โดยรูปแบบของสื่อที่ใช้จะต้องมีประสิทธิภาพสูง ครอบคลุมกว้างขวาง ทั้งนี้จะต้องมุ่งเน้นสัมฤทธิ์ผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการมุ่งเน้นที่การวัดจำนวนกิจกรรม
- 2) ต้องมีการดำเนินการทุกวิถีทางที่จะทำให้คนไทยทุกคนมีสัมมาทิวะเกี่ยวกับสุขภาพ มีค่านิยมในการที่จะมีสุขภาพดี เห็นความสำคัญของการสร้างพฤติกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี และป้องกันมิให้เจ็บป่วย เช่น ส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อสุขภาพ สนับสนุนการณรงค์ให้เกิดพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก
- 3) การกำหนดมาตรการจูงใจและบังคับให้ภาคเอกชนได้จัดทำและมีส่วนในการระดมพลังในการเผยแพร่ข้อมูล เช่น รายการสุขภาพในสถานีวิทยุ โทรทัศน์ต่างๆ
- 4) กำกับดูแลหรือควบคุมข่าวสารต่างๆ โดยเฉพาะโฆษณาที่สื่อไปถึงประชาชน ให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นธรรม และครบถ้วน ห้ามการโฆษณาบริการหรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- 5) พัฒนาศักยภาพขององค์กรประชาชนและชุมชนให้เข้ามามี

ส่วนร่วมในการใช้สื่อสารมวลชนเพื่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ
ทั้งโดยการสนับสนุนงบประมาณและมาตรการทางกฎหมาย
(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540)

2.13 นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับประชากรและความเป็นเมือง

สถานการณ์

ระหว่างปี ค.ศ. 1950 ถึง ค.ศ. 1997 จำนวนประชากร
ที่อยู่ในเขตเมืองทั่วโลกเพิ่มขึ้น 12 เท่า จาก 200 ล้านคนเป็น
2,500 ล้านคน คาดว่าภายในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มเป็น 5,500
ล้านคน เท่ากับจำนวนประชากรทั้งหมดของโลกในปัจจุบัน
จำนวนประชากรในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นเป็น
2 เท่า ภายใน 20 ปี ซึ่งมีแนวโน้มสำคัญ ดังนี้

- 1) จำนวนประชากรในเขตเมืองทั่วโลกจะคิดเป็นร้อยละ 63 ในปี
ค.ศ. 2025
- 2) จำนวนประชากรในเขตเมืองในประเทศกำลังพัฒนา จะคิด
เป็นร้อยละ 57 ในปี ค.ศ. 2025 และโตขึ้นในเมืองเดิม ซึ่งมี
ปัญหาความขาดแคลนน้ำ อาหาร ที่อยู่อาศัย งาน ระบบ
สุขภาพ และบริการพื้นฐานต่างๆ อย่างมากอยู่แล้ว
- 3) คนจนจะอพยพไปอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้น จะมีคนจนทั่วโลก
จำนวนรวม 1,000 ล้านคน อาศัยอยู่ในเขตสลัม

การประชุมของสหประชาชาติในปี ค.ศ. 1994 ที่เมืองโคโร
ประเทศอียิปต์ เรื่องประชากรและการพัฒนา มีประเทศต่างๆ 180
ประเทศเข้าร่วมประชุม ได้ตั้งเป้าหมายด้านประชากรไว้ว่าจะ
รักษาจำนวนประชากรโลกไว้ไม่ให้เกิน 7,800 ล้านคนในปี ค.ศ.
2050 แทนที่จะเป็น 11,000-12,500 ล้านคน



เม็กซิโกซิตีมีประชากร 15.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละ 750,000 คน มีอัตราการว่างงานร้อยละ 50 มีปัญหาอาชญากรรมสูง มีมลภาวะทางเสียงและอากาศมาก ประชากร 1 ใน 3 อยู่ในเขตสลัม ซึ่งไม่มีน้ำประปา ไฟฟ้า ระบบสุขาภิบาล อัตราการเกิดโรค Dysentary และ Hepatitis สูง มีรถยนต์ 4 ล้านคัน มีโรงงาน 30,000 แห่ง มีมลภาวะทางอากาศสูง ไม่มีทางระบายออก เพราะเมืองตั้งอยู่ระหว่างภูเขา การหายใจในอากาศที่นี้เทียบได้กับการสูบบุหรี่ 2 มวนต่อวัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากปัญหามลภาวะทางอากาศ คิดเป็น 1,500 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี กุมารแพทย์ประมาณว่าการเจ็บป่วยของเด็กที่นี้ร้อยละ 85 เกิดจากปัญหามลพิษในอากาศ บริษัทและหน่วยงานที่จ้างคนจากประเทศอื่นเข้ามาทำงาน ต้องจ่ายเงินพิเศษเพื่อชดเชยความเสี่ยงต่อมลภาวะนี้ และมีคนประมาณ 100,000 คนต่อปีตายก่อนวัยอันสมควร เพราะปัญหามลพิษทางอากาศและทางน้ำ

นโยบายที่ควรมี

- 1) ให้บริการฟรีด้านการคุมกำเนิด
- 2) ปรับปรุงบริการอนามัยแม่และเด็ก
- 3) บรรจุเอานโยบายด้านประชากรเข้าไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในทุกระดับ
- 4) ส่งเสริมสถานะและการศึกษาของสตรีและเด็กผู้หญิง
- 5) เพิ่มบทบาทผู้ชายในการเลี้ยงดูลูกและการคุมกำเนิด
- 6) ขจัดความยากจน
- 7) ลดและขจัดพฤติกรรมการผลิตและการบริโภคที่ทำลายสิ่งแวดล้อมมาก

2.14 นโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์

ผลกระทบจากการพัฒนาที่มีต่อสิ่งแวดล้อมมีขอบเขตแผ่กระจายไปทั่วโลก ซึ่งในที่สุดจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของคน Miller (1999) ได้สรุปแนวโน้มและสภาพปัญหาของสิ่งแวดล้อมในระดับโลก ไว้ดังนี้

- 1) ประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 5,840 ล้านคนในปี ค.ศ.1997 เป็น 8,000 ล้านคนในปี ค.ศ.2025
- 2) อายุขัยเฉลี่ยของคนในประเทศกำลังพัฒนาน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 10 ปี และอัตราการตายของเด็กทารกสูงกว่า 7.1 เท่า
- 3) อัตราเพิ่มของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา 69 ประเทศ สูงเกินกว่าอัตราการผลิธัญพืช
- 4) จากปี ค.ศ. 1988 ถึง ค.ศ. 1995 ทั่วโลกจับปลาได้ลดลงร้อยละ 7.5
- 5) จำนวนคนที่ไม่มีอาหารไม่พอกิน เพิ่มขึ้นทั่วโลก 1 ล้านคนต่อปี
- 6) การบริโภคทรัพยากรของคนเมือง มีผลต่อพื้นที่การเกษตร ป่าไม้ การประมง การทำเหมืองในพื้นที่ห่างไกลออกไป มีผลกระทบต่อความหลากหลายทางชีวภาพ และการเสื่อมคุณภาพของสิ่งแวดล้อม
- 7) ทุก ๆ 1 ชั่วโมง สิ่งมีชีวิตต่าง ๆ จะสูญพันธุ์ไป 2-8 ชนิด จากกิจกรรมของมนุษย์
- 8) จำนวนป่าไม้ที่เพิ่มขึ้นในบางพื้นที่ เป็นเพียงป่าไม้เพื่อตัดขายหาความหลากหลายทางชีวภาพ
- 9) อัตราการทำลายป่าไม้ธรรมชาติยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถ้ายังคงอัตรานี้ ป่าจะหมดภายใน 30-50 ปี ป่าธรรมชาติ



บทเรียนด้านกฎหมายสิ่งแวดล้อมของสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีการออกกฎหมายสิ่งแวดล้อมมากมายหลายฉบับ ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ กฎหมายสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป 2 ฉบับ พลังงาน 4 ฉบับ คุณภาพน้ำ 8 ฉบับ คุณภาพอากาศ 2 ฉบับ ความคุ้มครอง 2 ฉบับ การจัดการของเสียและทรัพยากรธรรมชาติ 4 ฉบับ การควบคุมสารพิษและขยะนิวเคลียร์ 5 ฉบับ การควบคุมสารกำจัดศัตรูพืช 1 ฉบับ การคุ้มครองสัตว์ป่า 16 ฉบับ การอนุรักษ์และการใช้พื้นที่ดิน 17 ฉบับ

มาตรการต่างๆ ที่กฎหมายเหล่านี้ใช้ เพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อมแบ่งได้เป็นดังนี้

- 1) กำหนดมาตรฐานหรือเพดานหรือระดับการปล่อยมลภาวะชนิดต่างๆ (เช่น Federal water Pollution Control Act และ Clean Air Acts)
 - 2) ตรวจสอบความปลอดภัยของสารใหม่ๆ ก่อนนำไปใช้อย่างแพร่หลาย (เช่น Toxic Substance Control Act)
 - 3) กำหนดให้มีการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างครบถ้วนรอบด้าน ก่อนจัดทำโครงการที่รับผิดชอบโดยรัฐบาล (เช่น National Environmental Policy Act)
 - 4) ประกาศเขตสงวนเพื่อแยกหรือปกป้องระบบนิเวศ ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งมีชีวิตจากอันตรายหรือการถูกทำลาย (เช่น Wilderness Act and Endangered Species Act)
 - 5) ส่งเสริมการอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ (เช่น Resource Conservation and Recovery Act และ National Energy Act)
- บทเรียนการใช้กฎหมายเหล่านี้พบว่า กฎหมายหลายฉบับมีแต่สำนวนโวหารเกี่ยวกับเป้าหมายแต่ไม่มีขั้นตอนวิธีการบรรลุเป้าหมายปล่อยให้เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่และศาลเป็นผู้ตัดสิน

เป็นแหล่งที่อยู่ของสิ่งมีชีวิตสายพันธุ์ต่างๆ มากกว่าร้อยละ 50 ของโลก

- 10) การสูญเสียหน้าดินที่อุดมสมบูรณ์ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 11) แมลงต่างๆ ดื้อต่อยาฆ่าแมลงเพิ่มขึ้น
- 12) ปัญหาโลกร้อนกำลังมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ
- 13) สิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม และความหลากหลายทางชีวภาพ ที่ลดลงเป็นต้นทุนที่มหาศาลของสังคม
- 14) ปัจจุบันมีคนขาดแคลนน้ำดื่มจำนวน 1,200 ล้านคน
- 15) ภายในปี ค.ศ. 2025 จะมีคนจำนวนอย่างน้อย 3,000 ล้านคน ใน 90 ประเทศ ขาดแคลนน้ำอย่างเรื้อรัง
- 16) เชื้อโรคและระบบชลประทานขนาดใหญ่นำไปสู่ปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง
- 17) อัตราการใช้พลังงานจากฟอสซิลและสินแร่ มีความเร็วแบบ Exponential มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างหนักในด้านมลภาวะต่อดิน น้ำ และอากาศ
- 18) ราคาของพลังงานจากฟอสซิลไม่ได้รวมต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพไว้ด้วย ทำให้ราคาถูกเกินจริง เป็นการกระตุ้นการใช้เกินจำเป็น และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น
- 19) การกำจัดหรือนำขยะกลับมาใช้ซ้ำส่วนใหญ่เป็นขยะจากเมือง ซึ่งเป็นเพียงส่วนน้อย ขยะส่วนใหญ่มาจากการทำเหมืองจากการผลิตพลังงานจากฟอสซิล จากการเกษตร จากอุตสาหกรรม และเป็นส่วนที่ยังไม่มีการนำกลับมาใช้ซ้ำ
- 20) ผลร้ายต่อสุขภาพของสารเคมีส่วนใหญ่ (ต่อระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และต่อมไร้ท่อ) มักจะถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง
- 21) ความสำเร็จในการควบคุมมลภาวะของบางประเทศ มีผลทำ



รัฐบาลของ 11 ประเทศในยุโรปแต่งตั้งทีมวิจัยที่มีนักวิทยาศาสตร์และวิศวกรที่ดีที่สุด 11 ทีม มาประเมินความเสี่ยงของโรงงานเล็กๆ แห่งหนึ่งซึ่งมีสารพิษเพียงอย่างเดียวคือ แอมโมเนีย ผลปรากฏว่ามีความเห็นขัดแย้งซึ่งกันและกันและให้ความเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรงงานนี้ถึง 25,000 แบบ โดยอิงสมมติฐานและความน่าจะเป็นต่างๆ เปรียบเสมือนการใช้ปืนเรดาร์วัดความเร็วของรถยนต์คันหนึ่งซึ่งวิ่งด้วยความเร็ว 160 กม. ต่อ ชม. แล้วรายงานว่าวัดได้ 0.16-160,000 กม. ต่อ ชม.

ให้ประชาชนละเลยการป้องกัน และมีแนวโน้มใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น

ปัญหาสิ่งแวดล้อมของไทย ซึ่งมีทำเลที่ตั้งและสภาพภูมิอากาศที่เอื้ออำนวยต่อความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ ความหลากหลายทางชีวภาพของพรรณพืชและสัตว์ป่า และมีความเหมาะสมต่อการทำการเกษตร แต่ความอุดมสมบูรณ์นี้เปรียบเสมือนดาบสองคมเพราะทำให้เราเคยชินต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างไม่คำนึงถึงอนาคตและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่จะตามมา

ปัจจุบัน ประเทศไทยจึงต้องเผชิญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติอย่างรุนแรง ปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาตินี้ เป็นปัญหาที่กว้างและครอบคลุมไปถึงหลายๆ ด้าน อันได้แก่ ปัญหามลพิษทางอากาศ ทั้งในรูปของก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ก๊าซมีเทน ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ฝุ่นละออง ไข้หวัดและอื่นๆ

แม้จะมีการตั้งกระทรวงใหม่มาดูแลด้านสิ่งแวดล้อมโดยตรง และมีกฎหมายสิ่งแวดล้อมขึ้นมา ก็ยังไม่สามารถจัดปัญหาต่างๆ ให้หมดหรือทุเลาไปได้โดยง่าย จำเป็นที่จะต้องศึกษาบทเรียนจากที่ต่างๆ และบทเรียนในอดีต

นโยบายที่ควรมี

- 1) ศึกษาวิจัยค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดในการใช้มาตรการหลายๆ มาตรการผสมผสานกัน เพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อม
- 2) มีนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจที่คำนึงถึงความสมดุลของระบบนิเวศและสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ป้องกันการเอาเปรียบ และผลกระทบให้กับสังคมและสิ่งแวดล้อม
- 3) เร่งส่งเสริมการผลิตเทคโนโลยีและการประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสิ่งแวดล้อม
- 4) ปลุกฝังให้คนในสังคมตระหนักและใส่ใจต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม (Ecocentric-minded citizen) ตั้งแต่เด็ก

2.15 นโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

หลักการ

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมจะเป็นคำตอบให้แก่ประเทศในการแก้ปัญหาต่างๆ แต่ต้องจัดการให้เหมาะสม หน่วยงานและกลุ่มบุคคลต่างๆ มีบทบาทที่แตกต่างกัน ในอันที่จะปลุกฝังและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และนำมาใช้ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเหมาะสม

ประเทศไทยควรมีเป้าหมายและแนวทางในอนาคตบางประการที่คนทุกกลุ่มในชาติควรได้ร่วมกันมุ่งไปให้ถึงภายใน 20



Genetic Engineering

วิศวกรรมพันธุศาสตร์โดยเทคโนโลยี Recombinant DNA สามารถใส่ยีนส์ของคนที่ผลิต Growth Hormone เข้าไปในหนูทำให้หนูตัวโตกว่าปกติ สามารถทำให้แบคทีเรียทำลายสารพิษ ใช้แบคทีเรียในการสกัดโลหะ ใช้ผลิตวัคซีนยารักษาโรคหัวใจ ยาโรคเบาหวาน ยาโรคมะเร็ง ใช้วินิจฉัยโรคเอดส์และโรคมะเร็ง ใช้ผลิตฮอร์โมนทำให้พืชโตกว่าปกติ ทนแมลง อยู่ได้นาน

แต่เทคโนโลยีเหล่านี้อาจมีผลกระทบที่คาดไม่ถึงได้ การใช้ฮอร์โมนจากการแต่ง DNA เพื่อให้วัวเร่งผลิตนมได้มากขึ้น ทำให้ได้นมอีกเสบง่าย จึงต้องเพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้เกิดภาวะเชื้อแบคทีเรียดื้อยาแพร่กระจายยิ่งขึ้น ความหลากหลายทางชีวภาพจะลดลง เพราะถูกแทนที่โดยพันธุ์ที่ตกแต่งยีนส์ ซึ่งในที่สุดคือการลดทางเลือกในการผสมข้ามพันธุ์ ปัจจุบันธัญพืชสำคัญ 20 ชนิดของโลกมีความหลากหลายของพันธุ์ลดลงไปแล้วร้อยละ 70

มีงานวิจัยเมื่อเร็วๆ นี้ ศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่มี Lymphoma พบว่าเชื้อ HIV สามารถเจาะเข้าไปในเซลล์และกระตุ้นยีนส์ที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งได้ ถ้าเป็นจริงการทดลองวัคซีนป้องกันโรคเอดส์อาจกระตุ้นการเกิดโรคมะเร็งได้

ปีข้างหน้า อันจะเป็นการก้าวไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยใช้ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือสำคัญ

นโยบายที่ควรมี (ยงยุทธ ยุทธวงศ์, 2540; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540)

- 1) กำหนดเป้าหมายในด้านต่างๆ และหาทางใช้การพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาช่วยทำให้บรรลุเป้าหมาย

ได้แก่

- เป้าหมายด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม : ให้มีปลาในแม่น้ำเจ้าพระยาช่วงกรุงเทพฯ ภายใน พ.ศ. 2550 ให้ปริมาณขยะต่อคนลดลงครึ่งหนึ่งจากปัจจุบัน และให้มีการหมุนเวียนกลับมาใช้อย่างจริงจังภายใน พ.ศ. 2550
- เป้าหมายด้านสารสนเทศ : ให้มีดาวเทียมของไทยที่วิศวกรและนักวิทยาศาสตร์ของไทยเป็นผู้ร่วมออกแบบและสร้างภายใน พ.ศ. 2550 ให้มีโทรศัพท์หนึ่งเครื่องต่อ 5 คนภายใน พ.ศ. 2545 และ หนึ่งเครื่องต่อ 2 คน ภายใน พ.ศ.2555
- เป้าหมายด้านพลังงาน : ให้มีการใช้พลังงานที่หมุนเวียนได้ (แสงอาทิตย์ ลม ชีวมวล) อย่างจริงจังภายใน พ.ศ. 2550 ให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีประสิทธิภาพในการใช้พลังงานดีที่สุดในโลก และลดมลพิษจากการใช้เชื้อเพลิงให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วภายใน พ.ศ. 2555
- เป้าหมายด้านการจราจร : ให้มีระบบวางแผนและควบคุมการจราจรโดยคอมพิวเตอร์ในเมืองสำคัญทุกเมืองภายใน พ.ศ. 2545 ให้ประชาชนโดยทั่วไปใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมงในการเดินทางในระยะ 10 กิโลเมตรในกรุงเทพฯ ภายใน พ.ศ. 2555
- เป้าหมายด้านการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั่วไป : ให้การศึกษาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั้งในระดับโรงเรียนและสูงกว่านั้นมีคุณภาพดีในระดับแนวหน้าของภูมิภาค ระบบอุดมศึกษาของประเทศผลิตบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของทั้งหมด โดยเน้นการกระจายอย่างทั่วถึงกัน ภายใน พ.ศ. 2545 ให้นักวิจัยไทยมีผลงานตีพิมพ์ในข่ายได้รับรางวัลโนเบล

ภายใน พ.ศ. 2555

- 2) จัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีให้สอดคล้องกับเป้าหมาย
- 3) ในส่วนของการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ควรลงทุนในการวิจัยและพัฒนาอย่างเต็มที่ โดยควรจัดสรรงบประมาณไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2 ของงบประมาณด้านสุขภาพ หรืออาจใช้บางส่วนของมูลค่าการขายยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ร้อยละ 0.2 ของยอดขาย (แบบญี่ปุ่น) เพื่อสนับสนุนการวิจัย ทั้งนี้ควรมีกองทุนที่มีขนาดใหญ่พอที่จะกำหนดทิศทางการวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาในด้านนี้ของประเทศได้ โดยให้สถาบันการศึกษา สถาบันวิชาการต่างๆ รวมทั้งภาคเอกชนสามารถขอทุนวิจัยได้
- 4) สร้างแรงจูงใจให้แก่นักวิจัยและธุรกิจเอกชนในการลงทุนทำวิจัยในด้านนี้
- 5) ลงทุนในการพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 6) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการผลิตผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้บริโภค เช่น ยา เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ และสามารถเป็นธุรกิจส่งออกได้โดยเฉพาะการพัฒนาสมุนไพร เพื่อการส่งออกทั้งนี้จะต้องมุ่งพัฒนาคุณภาพทั้งด้านตัวผลิตภัณฑ์ บริการ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งราคาที่เป็นธรรมและมีจริยธรรมในทางธุรกิจด้วย
- 7) เร่งพัฒนาองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งของรัฐ องค์กรเอกชน และองค์กรประชาชน ให้มีความเข้มแข็งทางวิชาการ เพื่อที่

จะช่วยกันกำกับ และตรวจสอบพฤติกรรมของผู้ประกอบ
ธุรกิจด้วย

2.16 นโยบายสาธารณะด้านการต่างประเทศ

หลักการ

ปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประเทศหนึ่งๆ มีผลกระทบไปถึงประเทศอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากการติดต่อเดินทางทำได้อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน จะพบโรคเขตร้อนได้ทั่วไป ไม่จำกัดเฉพาะประเทศในเขตร้อนเท่านั้น

นอกจากนี้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของโลกก็กำลังส่งผลกระทบไปทั่วโลก เพราะเกี่ยวโยงกันไปหมด เช่น ปัญหาโลกร้อนขึ้น อัตราการใช้ไม้ของประเทศญี่ปุ่นทำให้การทำลายป่าของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การระดมพลังทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้จึงมีอาจจำกัดเฉพาะสังคมภายในประเทศเท่านั้น การร่วมมือต่างประเทศเพื่อระดมพลังจัดปัญหาสุขภาพร่วมกัน ก็มีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการมากขึ้น เช่น ความร่วมมือในระดับประเทศเพื่อนบ้านและประเทศภูมิภาคเดียวกัน หรือภายใต้องค์กรโลก เช่น WHO, WTO เนื่องจากในปัจจุบันธุรกิจและการค้ามีลักษณะข้ามชาติ บทบาทขององค์การการค้าโลกจึงสำคัญมาก เพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อมและสุขภาพมนุษย์

นโยบายที่ควรมี

ควรผลักดันให้องค์การการค้าโลกปฏิบัติดังนี้

- 1) ลดภาษีหรือยกเว้นภาษีนำเข้าแก่ประเทศที่คิดต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมทั้งหมดในราคาสินค้า

- 2) ข้อตกลงทางการค้าควรพิจารณาที่ประโยชน์ที่จะเกิดแก่สิ่งแวดล้อม คนงาน และคนจนที่สุดที่มีจำนวนร้อยละ 40
- 3) ตั้งมาตรฐานขั้นต่ำด้านสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค และสุขภาพคนงานให้กับทุกประเทศที่เข้าร่วม
- 4) อนุญาตให้แต่ละประเทศตั้งกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดกว่าข้อ 3 ได้
- 5) กรรมการกำหนดมาตรฐานต้องมีตัวแทนจากนักสิ่งแวดล้อม ผู้บริโภค นักสุขภาพ และแรงงาน ทั้งจากประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว
- 6) เปิดประชาพิจารณ์ระดับโลก
- 7) เมื่อมีความขัดแย้งต้องยึดถือมาตรฐานข้อตกลงด้านสิ่งแวดล้อมโลก

บทที่ 3

การสร้างนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ

3.1 พื้นฐานในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

หัวใจสำคัญของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องประกอบด้วย

1) การมีภาวะผู้นำ (Political leadership, Leadership of government departments) ผู้นำต้องประกาศนโยบายในเรื่องนี้ออกมาอย่างชัดเจน ทำหน้าที่เป็นหัวจักรขับเคลื่อนโอกาสสำเร็จจึงจะสูง

2) การแสดงเจตจำนงแน่วแน่ (Commitment from the top) พร้อมทั้งจะลงทุนและอุทิศตัวผลักดันหรือดำเนินการตามนโยบาย

3) การสร้างพลังด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน (Empowering the people) ทั้งในรูปแบบกฎหมายให้อำนาจและการติดตามทางปัญญา

4) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพดี (Healthy settings) ในทุก ๆ ที่ที่มีคนอยู่ รวมทั้งกับระบบนิเวศโดยรวม

5) การสร้างภาคีเพื่อสุขภาพ (Health partnerships, Health

alliances) ต้องอาศัยการทำงานร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น และความรับผิดชอบของสาธารณชนในเรื่องสุขภาพ จะเป็นพลังสำคัญที่จะผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ

6) การมีพันธะที่จะรับผิดชอบ (Accountability) รัฐบาลและองค์กรต่างๆ ในฐานะที่มีหน้าที่ควบคุมทรัพยากรจะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนในผลพวงอันเนื่องมาจากนโยบายต่างๆ ของตนเอง หรือจากการขาดนโยบายที่สำคัญ และรัฐบาลต้องมีพันธะที่จะวัดผลกระทบด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายต่างๆ ของตนเอง และรายงานต่อสาธารณะชนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ได้ผล จะต้องอาศัยมาตรการที่หลากหลายประสานสอดคล้องกัน

3.2 การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะมีความสำคัญมาก เพราะหมายถึงการจัดสรรทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาจะได้สอดคล้องกัน ถึงกระนั้นก็ยังพบว่า การจัดสรรทรัพยากรของโลกและประเทศต่างๆ มีลักษณะ 10/90 หมายถึงปัญหาที่มีความสำคัญเพียงร้อยละ 10 แต่ได้ทรัพยากรไปถึงร้อยละ 90 ดังนั้นจึงควรมีกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายที่เหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้าน นั่นคือต้องมีการลงทุนศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง รวมทั้งการให้ผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบายเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณา

3.3 รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันโดยรัฐบาลกลาง

3.3.1 ทำให้เรื่องสุขภาพเป็นประเด็นทางการเมืองและ สาธารณะ

*การจัดทำเอกสารมุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพของชาว
แคนาดา*

แคนาดาเป็นประเทศที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าสองทศวรรษ และประสบความสำเร็จจนได้ชื่อว่าเป็นผู้นำทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพได้กลายเป็นประเด็นทางการเมืองในประเทศแคนาดาเมื่อปี พ.ศ. 2517 เมื่อมีการนำเสนอเอกสารชื่อ “มุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวแคนาดา” หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า “รายงานลาลองเด” ของนายมาร์ก ลาลองเด รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในขณะนั้น

นอกเหนือจากรายงานของลาลองเด ยังมีกฎบัตรออกตาวาและเอกสารเรื่อง “การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า: กรอบแนวคิดแห่งการส่งเสริมสุขภาพ” ถือเป็นแนวคิดสำคัญที่เร่งเร้าให้รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นหันมาปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดั้งเดิมที่เน้นการให้สุศึกษาเพื่อเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล มาเน้นเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ การทำงาน และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

3.3.2 มุ่งพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแบบองค์รวม

1) *การจัดทำนโยบายสาธารณะแบบองค์รวมของประเทศสกอตแลนด์ (The Possible Scot: a healthier Scotland)* (Scottish Office Department of Health, 1998)

รัฐบาลสกอตแลนด์ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอเอกสารปกเขียว เรื่อง “Working Together for a Healthier Scotland” มีใจความสำคัญว่า นโยบายสุขภาพอยู่นอกเหนือขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาสาธารณสุขในสกอตแลนด์เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพสังคมที่ย่ำแย่ การขาดทักษะการดำเนินชีวิตที่ดี ความไม่เท่าเทียมกันในระดับรายได้และความมั่งคั่ง และการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรม และพฤติกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมที่ทำเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และเพื่อปรับปรุงความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น ย่อมส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้การนำของรัฐบาลสกอตแลนด์ และมูลนิธิสภาของสกอตแลนด์ (Scottish Council Foundation) ได้ริเริ่มเสนอแนวคิดและมาตรการในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพดังนี้ (Scottish Council Foundation, 1998)

- 1) เสนอให้การดำเนินกิจกรรมของรัฐบาลต้องมีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic Government)
- 2) มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐมากขึ้น (Cross-departmental)
- 3) มีประสานงานกันกับบุคคลนอกภาครัฐบาลมากขึ้น (Non-governmental actors)

นโยบายสาธารณะจึงมีลักษณะเป็นนโยบายที่มองในองค์รวม มีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงนโยบายของรัฐทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นเข้าด้วยกัน โดยมีเป้าประสงค์คือทำให้นโยบายสาธารณะทุกด้าน เป็นนโยบายที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการมองปัญหาสุขภาพว่าเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย (a new model of health)

2) การกำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาแบบองค์รวม

ประเทศสกอตแลนด์ได้มีการกำหนดกลุ่มตัวชี้วัดที่เรียกว่า a Scotland index ในการติดตามประเมินความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง และรายงานทุกปี

ตัวชี้วัดเหล่านี้ ครอบคลุมปัจจัยที่กำหนดการมีสุขภาพดี ทุกๆ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง กายภาพ และจิตวิญญาณ

นอกจากนั้น มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เรียกว่า The Possible Scot บนพื้นฐานปรัชญาที่ว่า ประชาชนชาวสกอตทุกคน ควรมีโอกาสทราบถึงเป้าประสงค์ชีวิตตัวเอง และเขาเหล่านั้นจะอุทิศชีวิตให้กับสังคม

นโยบายสาธารณะหลายด้านที่เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความไม่เป็นธรรมในสังคมได้รับการกล่าวถึง ได้แก่ นโยบายด้านขนส่ง นโยบายด้านที่อยู่อาศัย นโยบายด้านการศึกษา และนโยบายด้านการกระจายรายได้ เป็นต้น

3) กำหนดเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศออสเตรเลีย มีการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ 2 ครั้งเพื่อพัฒนาสภาวะสุขภาพของชาวออสเตรเลีย และลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Nutbeam and Wise, 1996)

ครั้งแรกดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2531 ได้ตั้งจุดมุ่งหมาย และเป้าหมายทางสุขภาพไว้ 3 ด้าน (20 goals 65 targets) ได้แก่ เน้นกลุ่มประชากรที่ด้อยฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ และโรค/ภาวะที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และได้จัดอันดับความสำคัญ 5 อันดับแรกคือ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การส่งเสริมโภชนาการ การป้องกันการ

บาดเจ็บ สุขภาพผู้สูงอายุ และการป้องกันมะเร็ง มาตรการส่วนใหญ่ เป็นมุมมองด้านการแพทย์ ยังมุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มโรค เป็นมาตรการภายในระบบสาธารณสุข มากกว่ามาตรการระหว่างสาขา

ต่อมาได้มีการกำหนดเป้าหมายสุขภาพครั้งที่สอง เมื่อปี พ.ศ. 2536 โดยครั้งนี้ได้มีการปรับปรุงให้สำคัญแก่ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical factors) ให้มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพมากขึ้น และเปิดโอกาสให้หน่วยงานรัฐบาล หน่วยงานอื่นๆที่ไม่ใช่รัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชน/กลุ่มผู้สนใจมาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย จุดมุ่งหมายและเป้าหมายทางสุขภาพที่ตั้งใหม่ (ชุดที่ 2) มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การตายและการป่วยที่ป้องกันได้ 2) วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง 3) ความรู้และทักษะด้านสุขภาพ และ 4) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

3.3.3 สร้างกลไก/องค์กรระดับชาติเพื่อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

1) การกำหนดให้มีมาตรการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย (Health Impact Assessment-HIA) ในโครงการลงทุนขนาดใหญ่

นโยบายและโครงการพัฒนาจำนวนมากมีผลกระทบสุขภาพ ในบางกรณี โครงการที่มีประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน บางครั้งก็มิได้ผลเสียต่อสุขภาพอย่างคาดคิดไม่ถึง (World Bank, 1997)

การออกกฎหมายกำหนดให้มีการรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย (Health Impact Assessment) จะเป็นกลไกสำคัญที่สามารถใช้หยุดยั้งนโยบายสาธารณะที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ คล้ายๆ กับการรายงานการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อม

การรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย เป็นเครื่องมือของรัฐบาลเพื่อใช้ตรวจสอบนโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขก่อนพิจารณาอนุมัติโครงการ โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ ได้ศึกษาและตรวจสอบว่า จะไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากโครงการดังกล่าว

มีการระบุในมาตรา 152 ของ The Amsterdam Treaty กำหนดให้ประเทศในสหภาพยุโรป จัดทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย (HIA) ของนโยบายสำคัญ นอกจากนี้ รัฐบาลของประเทศสหราชอาณาจักรยังตอบรับข้อเสนอของ Sir Donald Acheson ซึ่งได้เสนอในรายงาน Inequalities in health ให้มีการจัดทำ HIA ของนโยบายหลักๆ ของรัฐบาล

ในประเทศออสเตรเลีย การรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอนามัย จะถูกรวมอยู่กับการรายงานการประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพราะให้ความสำคัญกับประเด็นด้านสุขภาพของประชาชนมากพอๆ กับมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้นการรวมรายงานทั้งสองเข้าด้วยกัน จะช่วยให้การอนุมัติโครงการมีความโปร่งใสมากขึ้น

2) การกำหนดระบบภาษีเพื่อสุขภาพ

มีการกำหนดมาตรการภาษีสรรพสามิตเพื่อนำรายได้ส่วนนี้สนับสนุนกองทุนส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนในหลายประเทศ ตัวอย่างเช่น

VicHealth ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย (Tobacco Act 1987) รายได้มาจากเงินภาษีพิเศษ เรียกว่า ภาษีส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเก็บมาจากฐานภาษีบุหรี่หรือภาษีนี้นเป็นส่วนหนึ่งของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย (Victorian License Fee)

Western Australia Health promotion foundation ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย (Tobacco Control 1990) มีรายได้จากเงินภาษีสรรพสามิตบุหรี่ที่กักไว้โดยเฉพาะ เงินที่รัฐสภาให้เป็นครั้งคราว และเงินอื่นๆ ที่มูลนิธิรับมา หรือหาได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

Health Sponsorship Council (New Zealand) ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย (Smoke-free Environment Act 1990) รายได้มาจากงบประมาณอุดหนุนประจำปี เน้นโครงการหลัก 3 โครงการที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ไม่สูบบุหรี่ เน้นที่วัยรุ่นชาวเมารี และบุคคลทั่วไป ลดอุบัติเหตุจากรถ และต่อต้านโรคมะเร็งผิวหนังจากแสงแดด (Smoke-free, Street-skills, Sunsmart)

Finland มีนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และได้ออกกฎหมาย (Tobacco Control Act 1976) กำหนดให้จัดตั้งกองทุน Health Education Fund โดยรัฐจัดสรรเงินงบประมาณจากรายได้ภาษีสรรพสามิตในอัตราที่แน่นอน

California of the US มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎหมาย California Tobacco Tax and Health Promotion Act 1988 มีการจัดตั้งกองทุน Cigarettes and Tobacco Products Surtax Fund ซึ่งเป็นเงินจากภาษีพิเศษที่จัดเก็บจากผู้จำหน่ายบุหรี่ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ

Canada ไม่มีกฎหมายจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพโดยตรง แต่มีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ (Tobacco Product Control Act 1988) มี Health Promotion Branch เป็นผู้บริหารโครงการ Tobacco Demand Reduction Strategy ซึ่งได้รับเงินทุนสนับสนุนจากภาษีพิเศษจากกำไรการผลิตบุหรี่

โดยภาพรวม ประเทศต่างๆ ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อเป็นแหล่งรายได้ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม

สุขภาพ ผ่านทางกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เช่น การนำภาษีสรรพสามิตร้อยละ 1-2 ที่เก็บจากบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มาเป็นรายได้ของกองทุนส่งเสริมสุขภาพ

3) การจัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นแหล่งทุนอุดหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

รัฐบาลในระดับมลรัฐหรือเขตปกครองของออสเตรเลีย จัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นแหล่งทุนอุดหนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เช่น มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งวิกตอเรีย (VicHealth) ในมลรัฐวิกตอเรีย, มูลนิธิออสเตรเลียใต้ ในมลรัฐออสเตรเลียใต้, มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพ ในมลรัฐออสเตรเลียตะวันตก เป็นต้น ทั้งหมดได้รับทุนสนับสนุนจากภาษีบุหรี่และพระราชบัญญัติเกี่ยวกับยาสูบ นอกจากนั้นยังมีโครงการที่สนใจในเขตปกครองเหนือ คือ โครงการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ (มีการจัดเก็บภาษีเพิ่ม ถ้าจำหน่ายแอลกอฮอล์เข้มข้นเกินร้อยละ 3)

กองทุนส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย (Victoria Health Promotion Foundation - VicHealth) จัดตั้งปี พ.ศ. 2530 มีรายได้ หรืองบประมาณการดำเนินกิจกรรมมาจากเงินร้อยละ 5 ที่ได้จากภาษีบุหรี่ (ภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่) คิดเป็นประมาณ 20 ล้านเหรียญออสเตรเลีย หรือกว่า 500 ล้านบาท เป็นองค์กรที่มีกฎหมายรองรับ (กฎหมายยาสูบ ปี 2530) มีโครงสร้างบริหารคล่องตัวอย่างเอกชน แต่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐในรูปของคณะกรรมการ มีหน้าที่หลักในการวางแผนสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน โดยสนับสนุนทุนการดำเนินงานให้โครงการที่สนับสนุนครอบคลุมทุกด้าน มีกระบวนการการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing) มาใช้ในการโฆษณาเพื่อสุขภาพ คือขายพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิตที่จะ

นำมาซึ่งการมีสุขภาพดีให้แก่สังคมโดยอาศัยกีฬาและศิลปะเป็นสื่อ

3.3.4 กำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ

1) กำหนดยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

ออสเตรเลียใช้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพเป็นหัวหอกการพัฒนา มีการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพของชนเผ่าพื้นเมือง และนโยบายสุขภาพของสตรี ยุทธศาสตร์สุขภาพของสตรีที่ไม่รู้ภาษาอังกฤษ ยุทธศาสตร์อนามัยชนบท จัดตั้งองค์กรระดับชาติรับผิดชอบในการประสานงานและดำเนินการเรื่องอนามัยชนบท กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านอาหารและโภชนาการ จัดทำโครงการรณรงค์ต่อต้านสิ่งเสพติดแห่งชาติ โครงการรณรงค์โรคเอดส์แห่งชาติ โครงการปฏิรูปสุขภาพจิตแห่งชาติ และโครงการเมืองสุขภาพดี เป็นต้น

ออสเตรเลียประสบความสำเร็จอย่างมากในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากนอกภาคสาธารณสุข เช่น การเคหะ การคมนาคม การศึกษา และการเกษตร กิจกรรมร่วมระหว่างภาคที่สำคัญ ได้แก่ โครงการปรับปรุงโภชนาการของชาวออสเตรเลีย โครงการลดอุบัติเหตุจราจร โครงการเมื่อน้ำอยู่ และโครงการเมืองสุขภาพดี เป็นต้น

2) มุ่งเน้นการปฏิบัติกร่วมกันกับหน่วยงานสาขาต่างๆ

รัฐบาลกลางของแคนาดาได้มีการกำหนดกลยุทธ์ที่เน้นการปฏิบัติการร่วมกันกับหน่วยงานสาขาต่างๆ มีขอบข่ายกว้างขวางในการแก้ปัญหาสาธารณสุข มีการดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การให้สิทธิถือครองที่ดิน การปกครองตนเองของชนเผ่าพื้นเมือง การพัฒนาชุมชนเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดและแอลกอฮอล์ การคุ้มครองสัตว์ป่า การควบคุมการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3.4 รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันโดยรัฐบาลท้องถิ่น

3.4.1 แคนาดา “การสร้างคู่มือและโครงสร้างสำหรับผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

รัฐบาลบริติชโคลัมเบีย ของแคนาดา มีการสร้างคู่มือและจัดตั้งองค์กรสำหรับผลักดันและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สร้างกระบวนการเชื่อมโยงการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกับนโยบายสาธารณะต่างๆ จัดทำคู่มือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินโครงการสำคัญซึ่งได้รับทุนอุดหนุนจากรัฐบาลโดยตรง เช่น โครงการเสริมสร้างอนามัยชุมชน และโครงการชุมชนสุขภาพดี

มีการเสริมสร้างโครงการส่งเสริมสุขภาพในระดับจังหวัดหรือเขตปกครองให้เข้มแข็ง โดยกลวิธีผสมผสาน มีการปฏิบัติการตามฐานชุมชน (setting approach) บางจังหวัด เช่น จังหวัดยูคอน มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งยูคอน มีโครงการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญได้แก่ การแก้ไขปัญหายาเสพติด บุหรี่ อุบัติเหตุจราจร และเอดส์ โครงการป้องกันโรคหัวใจ ส่งเสริมโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ ลดการบริโภคยาสูบ มะเร็งเต้านม ยุทธศาสตร์ยาระดับชาติ โครงการพัฒนาเด็กที่มุ่งขจัดความยากจนและส่งเสริมสุขภาพของเด็ก โครงการพัฒนาสังคมในการป้องกันอาชญากรรม

3.4.2 ประเทศสเปน “Valencian Strategic Health Plan”

ในปี ค.ศ.1990 ชุมชนบาเลนเซีย ประเทศสเปน ได้ริเริ่มทำแผนงาน/โครงการเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จากการวิเคราะห์สถานะสุขภาพของชาวบาเลนเซียพบว่า ปัญหาทางสาธารณสุข

ส่วนใหญ่ อยู่นอกภาคสาธารณสุข ดังนั้น การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี ต้องอาศัยความรับผิดชอบทุกกระทรวง ทบวง กรม ของรัฐบาล ไม่ใช่เพียงแค่กระทรวงสาธารณสุข

การที่จะสามารถบรรลุซึ่งความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประชาชนชาวบาเลนเซียให้ได้เฉกเช่นประเทศในภูมิภาคยุโรป จำเป็นต้องสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อจูงใจให้คนในสังคมตระหนักและเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งทางกายและสังคม และระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ในยุทธศาสตร์บาเลนเซีย ได้ระบุเรื่องการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ” มีการกำหนดเป้าหมายระดับชาติที่ชัดเจน ดังที่ปรากฏในเป้าหมายอันดับสอง ในแผนยุทธศาสตร์ว่า “ภายในปี ค.ศ. 2000 ทุกหน่วยงานของรัฐบาลบาเลนเซีย จะสร้างนโยบายที่มีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานหลายสาขา โดยมีปรัชญาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน” (Valenecian, 1996)

ในเดือนกันยายน ค.ศ. 1994 โครงการการลงทุนเพื่อสุขภาพ ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เศรษฐกิจของบาเลนเซีย มีรายได้หลักจากภาคการท่องเที่ยวและภาคการเกษตร นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและการเกษตรมักมีผลกระทบต่อสุขภาพ ประเด็นและสิ่งท้าทายคือ

จะต้องวิเคราะห์เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ร่วม (shared goals) ที่กระทรวงที่เกี่ยวข้องทั้งสามได้ประโยชน์ร่วมกัน และมีผลดีต่อสุขภาพ แล้วกำหนดเป็นนโยบายเพื่อปฏิบัติ (a common agenda) โดยแต่ละกระทรวงต้องวิเคราะห์ภารกิจที่กระทรวงสนใจจะทำ และกำหนดภารกิจใหม่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ในที่ประชุมเชิงปฏิบัติการ จะต้องนำเสนอมาตรการทางนโยบายต่อผู้บริหารระดับสูง ทั้ง 3 กระทรวง เพื่อแสดงว่า ถ้าดำเนินการตามนโยบายแล้ว กระทรวงการท่องเที่ยว กระทรวงการเกษตร และกระทรวงสาธารณสุข จะได้ประโยชน์อะไรบ้าง โดยวิธีการดังกล่าว พื้นที่สองแห่งถูกกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายในโครงการนำร่อง ได้ดำเนินการ 3 โครงการ ได้แก่ โครงการเกี่ยวกับอาหาร (Food) โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยว (Inland Tourism) และโครงการการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพดี (Healthy Tourism) มาตรการต่างๆ ที่ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาชีวอนามัย และคุณภาพชีวิตของแรงงานภาคเกษตร ภัยอันตรายที่อาจเกิดกับนักท่องเที่ยว ผลกระทบจากการผลิตอาหารต่อสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ

3.4.3 โครงการเมืองนำอยู่ “Healthy City Project”

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ผลักดันให้มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยเสนอให้มีการดำเนินโครงการเมืองนำอยู่หรือเมืองสุขภาพดี เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เน้นให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีการร่วมมือในลักษณะพหุภาคี เพื่อร่วมกันดำเนินนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โครงการเมืองสุขภาพดีได้ตอกย้ำถึงความจำเป็นต้องมีความร่วมมือของหุ้นส่วนสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน และการดำเนินการมีทิศทางชัดเจน เพื่อลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพของชนชั้นต่างๆ ในสังคมด้วย

(Wass, 1994)

โครงการเมืองสุขภาพดี เป็นความพยายามในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในเมืองหลัก โดยเน้นความร่วมมือของภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ผ่านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในปี ค.ศ.1992 WHO ได้มีการจัดประชุมเกี่ยวกับติดตามความก้าวหน้าของโครงการ Healthy Cities Project ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของโครงการ การประชุมได้ให้ความสำคัญการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และทบทวนสิ่งที่เมืองสุขภาพดีที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้ปฏิบัติ

ที่ประชุมได้ครอบคลุมประเด็นในการกำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ ในด้านต่างๆ เช่น การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการจราจร นโยบายการขยายตัวของเขตเมือง และโครงการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ กว่า 40 กรณีตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ

เงื่อนไขแห่งความสำเร็จของโครงการ คือ 1) มีการวางแผนที่ดี ได้รับการยอมรับและผลักดันจากนักการเมือง มีการสร้างพหุภาคี และการมีส่วนร่วมของประชาชน 2) แนวคิดและกลวิธีในการดำเนินการต้องมีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และง่ายต่อการปฏิบัติ 3) เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 4) เสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนระดับชาติและระดับท้องถิ่นให้เข้มแข็ง และขยายแนวคิดไปทั่วภูมิภาค 5) สร้างกลไกการประสานกับภาคีอื่นที่มีผลต่อการขยายตัวของเขตเมือง และ 6) ส่งเสริมให้มีองค์การระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวโครงการ

3.5 รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

จากการพลักดันในระดับสถาบัน

นอกจากนโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยรัฐบาล นโยบายอีกจำนวนมากที่กำหนดโดยตัวองค์กรและสถาบัน สามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในองค์กรและสถาบันนั้น เช่น นโยบายของที่ทำงาน โรงเรียน และโรงพยาบาล เป็นต้น มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกเนื่องจากสมาชิกต้องมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับตัวองค์กร

ขณะเดียวกัน ยังส่งผลกระทบต่อคนที่อยู่ในชุมชน แม้ว่าไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับตัวองค์กรก็ตาม ดังเช่นกรณีตัวอย่างคนงานที่สัมผัสหรือปนเปื้อนสารก่อมลพิษในที่ทำงาน ต้องเจ็บป่วยล้มตายจำนวนมาก ขณะที่คนงานกลับไปบ้าน สมาชิกในครอบครัวก็ได้รับผลกระทบจากเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนสารก่อมลพิษ

วิธีการสร้างนโยบายสาธารณะในระดับสถาบัน (Healthy institutional policy) จะแตกต่างไปตามสถาบัน ความสัมพันธ์ของสถาบันกับสาธารณะ และความสัมพันธ์ของสมาชิกกับสถาบัน การดำเนินการต้องเป็นไปตามบรรทัดฐานในการสื่อสารของสมาชิกในองค์กรและสถาบัน สมาชิกสามารถเขียนจดหมายถึงกรรมการ ผู้จัดการ หรือสื่อสารถึงผู้บริหารที่รับผิดชอบประเด็นที่สนใจ การกระทำเช่นนี้โดยสมาชิกในองค์กรจำนวนมาก จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายได้ เช่น โครงการ Healthy workplace, Health Promoting Hospital, Health Promoting School (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2540)

3.6 รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จากการผลักดันโดยชุมชน

3.6.1 การรณรงค์การออกเสียงเลือกตั้งเพื่อสุขภาพ “Vote For Health”

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าในระดับชาติ นโยบายสาธารณะที่กำหนดและตัดสินใจโดยรัฐบาลท้องถิ่น เช่น การใช้ที่ดิน สถานที่ตั้งโรงงานอุตสาหกรรม มาตรฐานที่อยู่อาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ท่าเลที่ตั้งศูนย์การค้า ล้วนแต่เกิดขึ้นในระดับท้องถิ่น จึงควรเสริมสร้างความเข้มแข็งในบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ

ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวเพื่อปรับเปลี่ยนนโยบายในระดับชาติและระดับภาค ประชาชนในท้องถิ่นก็สามารถผลักดันให้มีการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นได้ โดยผ่านทางสื่อมวลชน ด้วยการเขียนจดหมายถึงบรรณาธิการ และขึ้นนำประเด็นที่สนใจแก่โทรทัศน์ท้องถิ่น สื่อวิทยุและผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ ขึ้นนำหรือต่อรองกับผู้บริหารท้องถิ่นที่สนใจในประเด็นเดียวกัน

ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น โครงการรณรงค์การออกเสียงเลือกตั้งเพื่อสุขภาพ “Vote For Health” ในการเลือกตั้งรัฐบาลระดับท้องถิ่น ที่ดำเนินการโดย Park Community Health Service ในรัฐออสเตเลียใต้ กิจกรรมรณรงค์ในโครงการนี้ เน้นการให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าควรเลือกผู้บริหารท้องถิ่นอย่างไร และวิพากษ์ถึงบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน ตลอดจนตีแผ่หรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า

ผู้สมัครเลือกตั้งแต่ละคนมีทัศนคติต่อเรื่องสุขภาพอย่างไร (Langford, 1996)

3.6.2 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยชุมชนและองค์กรเอกชน “Health Action”

Health Action เป็นองค์กรที่ริเริ่มโดยชุมชนในประเทศนิวซีแลนด์ มุ่งดำเนินการเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมบรรยากาศทางสังคมและการเมืองที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของกลุ่มผู้บริหารสาธารณสุข และกลุ่มต่างๆ ที่สนใจปัญหานี้ในระดับท้องถิ่น

องค์กร Health Action ปรับเปลี่ยนวิธีการส่งเสริมสุขภาพโดยการหันมาจัดการปัญหาโรคมะเร็งผิวหนังที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วยการงดและหลีกเลี่ยงการใช้สารคลอโรฟลูออโรคาร์บอนที่มีผลทำลายโอโซนในชั้นบรรยากาศ แทนที่จะใช้กลวิธีณรงค์ให้สูดศึกษาเรื่องภัยจากแสงแดดอย่างที่เคยปฏิบัติมา

มีการชี้แนะหรือต่อรองกับผู้บริหารท้องถิ่นให้มียุทธศาสตร์ลดการใช้สารคลอโรฟลูออโรคาร์บอนที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้มีการออกกฎหมายป้องกันการทำลายโอโซนในชั้นบรรยากาศ ส่งเสริมให้ร้านค้าต่างๆ หันมาใช้/ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ทำลายโอโซนในระดับประเทศ ในเวลาต่อมา

3.7 ตัวอย่างรูปธรรมของนโยบายสาธารณะในประเทศไทย

3.7.1 การทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment - EIA)

แนวความคิดเพื่อสิ่งแวดล้อมถือว่า สิ่งแวดล้อมเป็นสมบัติของทุกคน มิใช่เป็นของคนใดคนหนึ่ง เพราะฉะนั้นทุกคนมีสิทธิที่จะปกป้องรักษาให้สภาพสิ่งแวดล้อมของโลกดำรงอยู่เพื่อ

มวลมนุษยชาติตลอดไป รวมไปถึงการเรียกร้องมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดมาทำลายให้สิ่งแวดล้อมและสภาวะแวดล้อมเสียไป

แนวคิดนี้พัฒนามาจากหลักสิทธิมนุษยชนที่ว่า มนุษย์มีสิทธิที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี รัฐจะต้องเข้ารับการระดมดำเนินการจัดให้มีหลักประกันขั้นต่ำที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความผาสุก (วีระ โลจายะ, 2540)

กฎหมายรัฐธรรมนูญปัจจุบัน มีบทบัญญัติที่กล่าวถึงคุณภาพสิ่งแวดล้อมหลายมาตรา (ธีรพล อรุณกสิกร, 2540) ดังเช่น ในหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 79 บัญญัติว่า รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลรวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

บทบัญญัติในกฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนดว่า การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่จะก่อผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ต้องทำอย่างน้อย 2 อย่าง

1) รายงานศึกษาและประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม และต้องให้องค์การอิสระ คือตัวแทนขององค์การพัฒนาเอกชน และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม ให้ความเห็นประกอบโครงการดังกล่าวถึงผลดีผลเสียทางเศรษฐกิจและสังคมก่อน

2) การที่องค์การดังกล่าวจะให้ความเห็นชอบได้ ประชาชนและภาคประชาสังคมซึ่งจะได้รับผลจากโครงการดังกล่าว จะมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงาน และมี

สิทธิแสดงความคิดเห็นผ่านทางกระบวนการประชาพิจารณ์ ตาม มาตรา 59 หรือ ผ่านการให้ความเห็นขององค์การอิสระที่ ประกอบด้วยองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม และสถาบันอุดมศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม (สุนีย์ มัลลิกะมาส, 2542)

พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 กำหนดประเภทของโรงงานอุตสาหกรรมไว้ 22 ประเภทที่ต้องจัดทำรายงาน EIA ด้วยลักษณะสภาพของโครงการมีอัตราความเสี่ยงสูงการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งกองทุนทดแทนความเสียหายต่อสุขภาพจากมลพิษ (สุนีย์ มัลลิกะมาส, 2543)

แต่สภาพปัญหาปัจจุบันพบว่า ไม่ได้มีการทำ EIA อย่างแท้จริง เป็นเพียงการมุ่งให้ได้ใบรับรองเพื่อการอนุมัติโครงการเท่านั้น

3.7.2 การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ประเทศไทยสามารถผลักดันให้มีการออก พระราชบัญญัติ ยาสูบ 2 ฉบับ (ได้แก่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535) และนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่ ด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพครั้งแรก ต่อมาแม้จะมีการขึ้นภาษีบุหรี่อีกหลายครั้งแต่เพราะเหตุผลเพื่อชดเชยรายได้ของรัฐบาลอันเนื่องมาจากปัญหาราคาน้ำมัน (หทัย ขิดานนท์, 2543)

ตัวอย่างกิจกรรมและโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยที่ได้มีการดำเนินการได้แก่

- 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการเลิกสูบบุหรี่ โดย นพ. โรเจอร์ เนลสัน โรงพยาบาลมิชชั่น
- 2) โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ของมูลนิธิหมอชาวบ้าน

- 3) วิจารณ์เรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท
- 4) ให้ความรู้เรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ ให้ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะในรูปแบบใหม่ผ่านทางสื่อมวลชนทุกแขนง ใช้กลวิธี social marketing ในการเชื่อมโยงทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์
- 5) สร้างค่านิยมใหม่ จากที่สังคมยึดถือ การสูบบุหรี่เป็นเสรีภาพของผู้สูบ (การสูบบุหรี่เป็นของโก้เก๋) ไปสู่สังคมที่ยึดถือและเคารพสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่
- 6) จัดสัมมนาระดับชาติ พัฒนารู้นข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ
- 7) มาตรการเกี่ยวกับการโฆษณาบุหรี่ ห้ามการโฆษณาบุหรี่ในที่สาธารณะและสื่อทุกชนิด ทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 8) กำหนดให้บุหรี่เป็นสินค้าควบคุมฉลากและห้ามโฆษณา
- 9) ให้องค์กรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เป็นเขตปลอดบุหรี่
- 10) รณรงค์คัดค้านบรรษัทข้ามชาติในสหรัฐฯ ที่ต้องการขยายตลาดบุหรี่
- 11) การบินไทย ประกาศให้เที่ยวบินภายในประเทศเป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี่
- 12) จัดตั้งคลินิกช่วยแก้ปัญหาผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง
- 13) รัฐสภาผ่านร่าง พ.ร.บ. ยาสูบ 2 ฉบับ เพื่อควบคุม

บริโภคนโยบาย

- 14) รัฐบาลยินยอมให้ตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคนโยบาย และจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการทุกปี
- 15) รัฐบาลขึ้นภาษีหรือด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพ มีเป้าหมายที่กลุ่มเยาวชน
- 16) การออกกฎกระทรวงให้เปิดเผยส่วนประกอบของบุหรี่
ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

- 1) การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน และการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างต่อเนื่อง
- 2) มีผู้นำที่สามารถ
- 3) มีการประสานงานกับพันธมิตรนานาชาติ ด้วยเครือข่ายคอมพิวเตอร์ Globalink ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา
- 4) มีการดำเนินงานบนฐานของความรู้ มีการทบทวนรวบรวมองค์ความรู้จากทั่วโลก รวมทั้งการศึกษาวิจัยและพัฒนาภายในประเทศ
- 5) การดำเนินงานไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง แต่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ
- 6) มีกลวิธีที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน คือ การให้สุขศึกษาและข้อมูลต่อสาธารณะ
- 7) มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ กำหนดค่าเตือนบนซองบุหรี่ กำหนดเขตปลอดบุหรี่ และมีนโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

- 1) การจัดตั้งหน่วยงาน (สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ) ภายใตระบบราชการ
- 2) กลไกภาครัฐไม่ได้แสดงบทบาทที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
- 3) นโยบายของภาครัฐขาดความต่อเนื่อง กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร เช่น การขายบุหรี่แก่เยาวชน และการดูแลตามข้อกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่

3.7.3 กรณีการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2541)

ตัวอย่างกิจกรรมและโครงการรณรงค์เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

- 1) เปิดกว้างให้สังคมได้รับรู้เข้าใจสถานการณ์ และแง่มุมต่างๆ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (สร้างการมีส่วนร่วมในภาคสังคมประชารัฐ)
- 2) มีการเฝ้าระวังโรคเอดส์ในทุกจังหวัด และปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ
- 3) เปลี่ยนแนวคิดจากการแก้ปัญหาโรคซึ่งเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุข มาเป็นประเด็นทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นภารกิจของสังคมประชารัฐ
- 4) ระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรเอกชน องค์กรพัฒนาชุมชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาเอดส์ ให้มาผนึกกำลังกับภาคราชการ ในฐานะพันธมิตร

- 5) รัฐบาลนายอานันท์ ประกาศว่าเอดส์เป็นปัญหาและความท้าทายของสังคม และได้กำหนดโครงสร้างทางนโยบายหลายส่วน (การจัดองค์กรบริหารนโยบายด้านเอดส์ โดยมีตัวแทนภาคราชการ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน และตัวแทนผู้ติดเชื้อ อยู่ในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และอนุกรรมการทุกคณะ และยังมีกลไกระดับรอง กระจายอยู่ทั่วทุกจังหวัด ลงไปถึงระดับท้องถิ่น) เน้นการสร้างกระแสสังคม และสนับสนุนบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนอย่างชัดเจน รวมทั้งให้ความรู้แก่สาธารณชนโดยกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางงบประมาณป้องกันและแก้ไขโรคเอดส์ จากที่เคยจัดงบประมาณตามแผนงาน/โครงการย่อยๆ เป็นแผนงบประมาณด้านสังคม และแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข ตามโครงสร้างของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชน และชุมชนรวมอยู่ด้วย

3.7.4 กรณีป้องกันอุบัติเหตุจราจร (บัญชา แก้วส่อง และคณะ, 2541; วิทยา ขาติบัญญัติ, 2540)

มีกฎหมายแม่บทเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรมี 3 ฉบับ คือ พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522, พ.ร.บ. ขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 และ พ.ร.บ. รถยนต์ พ.ศ. 2522 แผนป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ ถูกบรรจุครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 นอกจากนี้ยังมีกฎหมายอื่นๆ ที่ออกมาภายหลังเพื่อเสริมการป้องกันและบรรเทาปัญหาจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ การออกกฎหมายบังคับให้สวมหมวกกันน็อค การออกกฎหมาย

บังคับให้คาดเข็มขัดนิรภัย การออกกฎหมายกำหนดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่

ตัวอย่างกิจกรรมและโครงการรณรงค์ เพื่อควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจราจร

- 1) มีการจัดตั้งหน่วยประสานงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และจัดทำแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน
- 2) มีกฎหมายและมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในการจราจรมากขึ้น
- 3) มีการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อจราจรที่ปลอดภัย เช่น ขยายถนนเป็น 4 ช่องจราจร(แม้ว่าอาจจะไม่ใช่เหตุผลหลักเพื่อลดอุบัติเหตุ แต่เพื่อรองรับความหนาแน่นของยานพาหนะมากกว่า) การแก้ไขจุดอันตรายบนถนน ระบบตรวจสอบการออกแบบถนน

ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อความสำเร็จ

- 1) ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงาน คณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุฯ ไม่มีบทบาทในการดำเนินงานโดยตรง งบประมาณเป็นของหน่วยงานต่างๆ ขาดการประสานงานที่เป็นระบบ
- 2) มีโครงสร้างของคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในระดับจังหวัดที่ดี แต่ขาดกลไกหรือทีมงานป้องกันอุบัติเหตุในระดับปฏิบัติการ
- 3) มีกฎหมายจราจร แต่ขาดการบังคับใช้กฎหมาย
- 4) ไม่มีมาตรการนโยบายสาธารณะ ได้แก่ กฎระเบียบ และมาตรการทางกฎหมายที่มีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ตรวจจับความเร็ว ห้ามขับรถขณะมึนเมา การกำหนดชั่วโมงการทำงานของ

พนักงานขับรถ

3.7.5 กรณีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเป็นการจัดตั้งองค์กรหรือกลไกเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างกลไกระดับชาติที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชาชนผ่านภาคีต่างๆ ในสังคมไทย โดยมุ่งพัฒนาสมรรถนะของประเทศไทยที่จะมีโครงการและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีสัมฤทธิ์ผลสูงด้วยต้นทุนต่ำ ปลูกฝังความตระหนักและส่งเสริมค่านิยมของคนไทยที่จะมีสุขภาพดี มากกว่าเน้นการรักษาเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว

ทำหน้าที่สนับสนุนบุคคล หน่วยงาน และองค์กรจากภาคีต่างๆ ให้ดำเนินงานร่วมกันในลักษณะประชาคม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนคนไทยโดยจัดระบบโครงสร้างองค์กรและสนับสนุนทางการเงินเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่องและเข้มแข็ง ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง โดยได้มีกระบวนการจัดทำข้อเสนอเพื่อจัดตั้ง สถาบันและกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สกก.) ตั้งแต่กฎหมายปี 2539

ในร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มีเงื่อนไขสำคัญ คือ เป็นองค์กรมหาชน (Executive agency) ขนาดเล็ก ต้องมีความคล่องตัวในการบริหารงาน มีประสิทธิภาพสูง ปราศจากการแทรกแซงทางการเมือง และมีงบประมาณจำนวนที่แน่นอนและต่อเนื่อง แหล่งรายได้ของกองทุน มาจากเงินงบประมาณ โดยมี 3 แนวทาง คือ ทุนประเดิมจากงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินอุดหนุนประจำปี และงบประมาณจากการผูกพันภาษีหรือกับการส่งเสริมสุขภาพ (ภาษีค่าแอสแตมปียาสูบ หรือกำหนดภาษีใหม่ - Surtax)

ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน เน้นให้ความรู้วิชาการ ปรับ สิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างภาพลักษณ์ สุขภาพ และสนับสนุนองค์กรประชาชน ตลอดจนการวิเคราะห์ มาตรการภาษีสรรพสามิตที่นำมาผูกพันกับการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (กรณีภาษีบุหรี่) การผูกพันภาษีบุหรี่เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยสร้างมโนทัศน์ และกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงภาระของสังคมที่มาจากบุหรี่ และสร้างความเข้าใจว่า สิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมิใช่เรื่อง เฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคม

จากตัวอย่างข้างต้น มีข้อสังเกตที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต้องมีการประสานงาน กันหลายฝ่าย ตัวอย่างเช่น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง กับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย มีลักษณะ นโยบายที่เกิดขึ้นโดยการกำหนดร่วมกันจากหลายๆ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น การขึ้นราคาบุหรี่ เกิดจากการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัยจากองค์กรพัฒนาเอกชน และกระทรวงสาธารณสุข ร่วม กับความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง เป็นต้น

บทที่ 4

บทสรุป

เอกสารฉบับนี้ได้ทบทวนประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ครอบคลุมประเด็น นิยาม ประเภท กรอบแนวความคิด กระบวนการจัดทำนโยบาย และบทเรียนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ สุดท้ายผู้ทบทวนขอเสนอแนะเพื่อการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนี้

4.1 การเคลื่อนไหวสังคม

เพื่อให้ “สุขภาพ” เป็น “เป้าหมายแห่งชาติ (National goal)” ซึ่งจะทำให้ทุกคนทุกฝ่ายหันมาสนใจและร่วมกันสนับสนุนระบบที่จะเสริมสร้างสุขภาพ (All for Health)

การดำเนินการในส่วนนี้อาจทำได้โดยการใช้สื่อสาธารณะรวมทั้งการจัดเวทีและการประชุมต่างๆ เช่น การประชุม “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ”, การประชุมประจำปีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ศูนย์ประชุมไบเทค เป็นต้น โดยจะต้องจับประเด็นวิกฤตระบบสุขภาพที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ

ในโอกาสที่จะมีการเลือกตั้งครั้งใหญ่ ควรจะเคลื่อนไหวให้ประเด็นสุขภาพ และ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” อยู่ใน “วาระแห่งชาติ” ที่จะเสนอให้พรรคการเมืองต่างๆ ประกาศก่อนการเลือกตั้งว่าเป็นนโยบายที่จะดำเนินการ (commitment) และมีระบบการตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นและแจ้งต่อสาธารณะด้วย

4.2 การจัดตั้งกลไกระดับชาติ

เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการ ควรจะจัดตั้งกลไกระดับชาติในการดูแลสุขภาพในภาพรวม กลไกนี้ควรจะเป็นองค์กรอิสระที่ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย โดยอาจเรียกว่า “สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)” โดยมีภาระหน้าที่ ดังนี้

- 1) กำหนดนโยบาย จัดทำมาตรฐาน ตัวชี้วัด และติดตามกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบายและมาตรฐาน
- 2) กำหนด National Health Goals and Targets ที่ชัดเจนและเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและนอกภาคสาธารณสุข (Intersectoral collaboration)
- 3) จัดทำรายงานหรือเอกสารวิชาการ Annual Health Reports เสนอต่อรัฐบาล รัฐสภา สาธารณะ ประชาชนทั่วไป วงการวิชาชีพ และผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายทั้งในภาคสุขภาพและนอกภาคสุขภาพ ดังเช่น “รายงานของลาลองเด” ที่เสนอต่อรัฐบาลแคนาดา
- 4) กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขต่างๆ ที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

กลไกระดับชาตินี้ จะเป็นผู้กำหนดให้มีและทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรอิสระที่จะทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ “นโยบาย

สาธารณะเพื่อสุขภาพ” เช่น สถาบันพัฒนาระบบการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

4.3 ข้อเสนอสารบัญญัติใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

1) กำหนดหลักการและแนวคิดที่ชัดเจน โดยเฉพาะในนิยามศัพท์ของคำว่า “สุขภาพ” เพื่อชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ

2) กำหนดข้อความที่แสดงเจตนารมณ์อย่างชัดเจนในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบโครงสร้างที่สนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

3) กำหนดหลักการให้เป็นหน้าที่ของรัฐและองค์กรทุกฝ่ายที่จะต้องร่วมกันสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินกิจกรรมของตน

4) กำหนดสิทธิของประชาชนที่จะมีทางเลือกและเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดำเนินการในเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

5) กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ เช่น สภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council)

6) กำหนดให้มีการจัดตั้ง “สถาบันพัฒนาระบบการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ” (Health Impact Assessment Institute - HIAI) เป็นสถาบันของรัฐที่มีการบริหารงานอย่างคล่องตัวทำหน้าที่สนับสนุนสภาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ และทำหน้าที่ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

รวมทั้งรับรองมาตรฐานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแห่งชาติ

7) กำหนดกลไกระดับปฏิบัติที่จำเป็นในการสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายสุขภาพ (National Institute of Health Intelligence)

4.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

1. วิจัยพัฒนาวิธีการและกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

โดยให้ความสำคัญกับ 2 ประเด็น คือ

- 1) วิธีการศึกษาหรือระบุปัญหาสุขภาพ โดยมีทางเลือกต่างๆ เช่น ใช้ข้อมูลอุบัติการณ์หรือความทุกข์ของโรค อัตราตาย ความสูญเสียรวม (เช่น DALY, YPLL)
- 2) วิธีการจัดลำดับความสำคัญ มีทางเลือกในการจัดลำดับความสำคัญแบบต่างๆ เช่น การกำหนดเกณฑ์บอกความรุนแรงของปัญหา การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาในอนาคต ประสิทธิภาพของวิธีแก้ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันและอนาคต การจัดลำดับความสำคัญจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดสภาพ 10/90 (ปัญหาที่มีน้ำหนักร้อยละ 90 ได้ทรัพยากรเพียงร้อยละ 10)

2. วิจัยพัฒนาเพื่อสร้างหรือสนับสนุนบทบาทของสังคมในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ และการศึกษาผลกระทบของนโยบายสาธารณะโดยประชาชน

การมีส่วนร่วมของสาธารณะในการกำหนดนโยบายสาธารณะมีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ และมีความสำคัญของ

ความยั่งยืนของนโยบายสาธารณะนั้นๆ ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนา กลวิธี และกระบวนการที่จะพัฒนาศักยภาพและเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

3. วิจัยพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น เรื่องสื่อสารมวลชน การสร้างความเข้มแข็งทางสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจแบบนิเวศ การพัฒนาเทคโนโลยี การกระจายรายได้ การแก้ปัญหาความยากจน และการบังคับใช้กฎหมาย

4. วิจัยและพัฒนาเงื่อนไข ระบบ กลไกของการประเมินผลกระทบของนโยบายต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment-HIA) ที่ดำเนินการอย่างรอบด้าน โปร่งใส และมองผลระยะยาว ทั้งนี้ อาจศึกษาเทียบเคียงจากการประเมินผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมด้วย

บรรณานุกรม

- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2538.
- จิระ พันธุมวนิช. วิสัยทัศน์ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม : จะเหลืออะไร (หรือไม่) ใน 25 ปี ข้างหน้า. ใน สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. 2540.
- จิรพล อรุณกลสิกร และคณะ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. รัฐธรรมนูญน่ารู้ : รวมสาระและคำบรรยายหลักกฎหมายรัฐธรรมนูญ กรุงเทพฯ : วิญญูชน. 2542.
- บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ. วิวัฒนาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ : อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.

ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องมาตรการป้องกัน และควบคุมอุบัติเหตุจากรถ. ใน วิทยา ขาดิปัญญาชัย และคณะ. โครงการควบคุมอุบัติเหตุจากรถ จังหวัดขอนแก่น. โรงพยาบาล ขอนแก่น. 2540.

ยงยุทธ ยุทธวงศ์. นโยบายสาธารณะด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโดย รวม : ปัจจัยของการสร้างสังคมอนาคต. ใน สมาคมนักเรียนทุน รัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียน ทุนรัฐบาลไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. 2540.

วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.

วีระ โลจายะ. กฎหมายสิทธิมนุษยชน กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย รามคำแหง. 2522.

ศุภชัย ยาวะประภาษ. นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2540.

สุนีย์ มัลลิกะมาส. การบังคับใช้กฎหมายสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศูนย์กฎหมายและการพัฒนาสิ่งแวดล้อม คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักพิมพ์นิติธรรม. 2542.

สุนีย์ มัลลิกะมาส และคณะ. การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้ง กองทุนทดแทนความเสียหายต่อสุขภาพจากมลพิษ. 2543.

สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. 2540.

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพพระดัตถ์นานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์

- ทางวิชาการ. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. วิสัยทัศน์ระบบสาธารณสุขไทย. ใน สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. วิสัยทัศน์ประเทศไทย มุมมองของสมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมนักเรียนทุนรัฐบาลไทย. สำนักงาน ก.พ. 2540.
- Health Cities Australia : Starting Out. Australia Commonwealth Health Association. Sydney. 1992.
- Langford B. Community action in Health Promotion, in Healthy Environments in the 90's: the community health approach. Papers from the 3rd National Conference of the Australian Community Health Association, Sydney. 1990.
- Miller, G.T. Environmental science : working with the earth. 7th edition Wadsworth Publishing Company. Belmont, CA.1999.
- Marmot, M. and Wilkinson, R (eds) Social determinant of health : The solid facts. WHO.EUROPE, Jeneva. 1998.
- Nutbeam, D. and Wise, M. Australia : Planning for better health, Opportunities for health promotion through the development of national health goals and targets. In Health Promotion: an Anthology. Pan American Health Organization. Scientific Publication No. 557. 1997.
- Palmer, G.R. and Short , S.D. Health care and public policy, 2 nd edition MacMillan Education Australia, South Melbourne, 1994.
- Phillips-Ree S, Sanderson C, Herriot M, May A. The Changing face of Health: a primary health care casebook. South Aus-

- tralian Health Commission and South Australian Community Health Association. Adelaide 1992: 54-55.
- Scottish Council Foundation. Holistic Government : Option for a devolved Scotland Edinburgh. 1998. Scottish Office Department of Health. Working Together for a Healthier Scotland. Edinburgh. The Stationery Office, 1998.
- Tesh, S. Disease Causality and Politics. Journal of Health Politics: Policy and Law. 1981, 6(3), 369-390.
- Valenecian. Building healthy public policies with tourism and agricultural as partners: Notes from the first Phase of a WHO / Europe demonstration project in the Community, Spain, Region for Health Leading Edge No 2, July 1996.
- Wass, A. Promoting Health: The Primary Health Care Approach. Sydney Harcourt Brace Company. 1994.
- WHO. Adelaide Recommendations on healthy public policy. WHO Geneva. 1988.
- World Bank. UPDATE: Health Aspects of Environmental Assessment. Environmental Assessment Sourcebook. Environment Department: The World Bank. No. 18, July 1997.

รายนาม คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานวิชาการ

คณะอนุกรรมการวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

1. ศ.เกษม วัฒนชัย	ประธานอนุกรรมการ
2. ศ.จิตร สิทธีอมร	รองประธานอนุกรรมการ
3. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	รองประธานอนุกรรมการ
4. นายวิฑูร พูลเจริญ	รองประธานอนุกรรมการ
5. รศ.กฤตยา อาชวนิจกุล	อนุกรรมการ
6. นายชาติรี บานชื่น	อนุกรรมการ
7. นายดำรงค์ บุญเย็น	อนุกรรมการ
8. นายพงษ์พัฒน์ ปธานวนิช	อนุกรรมการ
9. นายพลเดช ปิ่นประทีป	อนุกรรมการ
10. ศ.ภิรมย์ กมลรัตนกุล	อนุกรรมการ
11. นางสาวรสนา โตสิตระกูล	อนุกรรมการ
12. รศ.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อนุกรรมการ
13. รศ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	อนุกรรมการ
14. นายวุฒิพงษ์ เพียบจรรย์วัฒน์	อนุกรรมการ
15. ผศ.วุฒิสาร ดันไย	อนุกรรมการ

16. นายศิริชัย ไพโรจน์บริบูรณ์ อนุกรรมการ
17. รศ.ศุภชัย ยาวะประภา อนุกรรมการ
18. นายสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อนุกรรมการ
19. นายสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ อนุกรรมการ
20. รศ.สุรพล นิติไกรพจน์ อนุกรรมการ
21. นายสุวิทย์ อุดมพาณิชย์ อนุกรรมการ
22. นายอนุช อภากริม อนุกรรมการ
23. นายอำพล จินดาวัฒนะ อนุกรรมการ
24. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อนุกรรมการและ
เลขานุการ
25. นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร อนุกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ
26. นางสาวเพ็ญแข ลากยี่ง อนุกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ
27. นางสาวดวงพร เสงบุญพันธ์ อนุกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

1. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะกรรมการ
2. ผศ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ คณะทำงาน
3. ผศ.ชื่อนฤทัย กาญจนะจิตรา คณะทำงาน
4. ผศ.ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ คณะทำงาน
5. นายบุญชัย สมุทรักษ์ คณะทำงาน
6. ผศ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ คณะทำงาน
7. ผศ.ปาริชาติ สถาปิตานนท์-สโรบล คณะทำงาน
8. ศ.ปิยทัศน์ ทิศนาวิวัฒน์ คณะทำงาน
9. นายพงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข คณะทำงาน
10. ผศ.มนต์ชัย ขาลาประวรรตน์ คณะทำงาน
11. นายวิโรจน์ ณ ระนอง คณะทำงาน
12. นายวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร คณะทำงาน
13. นางสุวิจิ กู๊ด คณะทำงาน
14. รศ.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ คณะทำงาน
15. นายอนุพงศ์ สุจริยากุล คณะทำงาน
16. นางสาวเพ็ญแข ลากยั้ง คณะทำงานและ
เลขานุการ
17. นางสาวดวงพร เฮงบุญพันธ์ คณะทำงานและ
เลขานุการร่วม