



# เรียนรู้สก ห่างไกลโรค

กรณีศึกษาการพัฒนาอนามัยสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประทศ



สานพลัง สร้างสุขภาวะ



# เรียนรูโลก ท่างไกลโรค

กรณีศึกษาการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ

## ที่ปรึกษา

อำพล จินดาวัฒน์  
กรรมการ บันเทิงจิต

## บรรณาธิการ

วิพุธ พูลเจริญ  
เดชรัตน์ สุขกำเนิด  
วิภา ชื่นชิต

## คณะผู้เขียน

วิพุธ พูลเจริญ  
นันทนา ทราบรัมย์  
วิภา ชื่นชิต  
รุ่งทิพย์ สุขกำเนิด  
ศุภกิจ นันทะวรการ  
เดชรัตน์ สุขกำเนิด  
สมบัติ เหลสกุล

## ประสานงาน

สมพร เพ็งคำ  
สุรศักดิ์ บุญเทียน  
จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๒ อาคาร ๘๘/๓๗ ติวานนท์ ๑๔ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๐-๒๓๐๔ โทรสาร ๐-๒๕๙๐-๒๓๑๑

[www.nationalhealth.or.th](http://www.nationalhealth.or.th)

พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๒

จำนวนพิมพ์ ๓,๐๐๐ เล่ม

ออกแบบปก/รูปเล่ม/ภาพประกอบ

วันทนีย์ มณีแดง

พิมพ์ที่

บริษัท คุณาไทย จำกัด (วันดาการพิมพ์)

โทรศัพท์ ๐๘-๑๗๘๓-๘๕๖๙

ISBN ๙๗๘-๙๗๔-๖๑๔-๖๐๕-๐



# คำนำ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy: HPP) เป็นวาทกรรมที่ปรากฏในกฎบัตรสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ ซึ่งเป็นกุศโลบายสำคัญที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงภารกิจในด้านสุขภาพให้กว้างกว่าระบบสุขภาพดั้งเดิมที่จำกัดขอบเขตเพียงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยขยายวงออกครอบคลุมกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง

กรอบความคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะในสังคมไทยปัจจุบัน ยังมีความแตกต่างกันอยู่หลายประการ นอกจากนี้กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพยังถูกนำไปใช้เป็นลี้ลาวาทะของรูปแบบกิจกรรมทางสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อสร้างสีสันให้กับกิจกรรมต่างๆ ตามยุคสมัยและแฟชั่นแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ จนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกส่วนกลายเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะไปจนหมดสิ้น ยังผลให้เกิดความสับสนในกรอบคิด ทั้งในหมู่ผู้กำหนดนโยบาย ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติการ ตลอดจนไปถึงประชาคมที่เริ่มหันเข้ามาสนใจและลองร่วมกระบวนการ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงสนับสนุนให้คณะนักวิจัยจากมูลนิธินโยบายสุขภาพฯ ทำการทบทวนกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนกันอยู่ในนานาประเทศ และจัดทำเป็นเอกสาร "เรียนรู้อะไรบ้างจากทั่วโลก" ขึ้น โดยหวังว่าบทเรียนเหล่านี้จะนำไปสู่การตั้งคำถามต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในสังคมไทยว่าเราจะพัฒนาไปในทิศทางใด รวมถึงการจุดประกายความคิดให้ภาคส่วนต่างๆ ร่วมมือกันพัฒนาระบบและกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

อนึ่ง เอกสารฉบับนี้คณะผู้เขียนได้เขียนเสร็จก่อนเหตุการณ์ปฏิรูปการปกครอง (๑๙ กันยายน ๒๕๔๙) และการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ดังนั้นจึงมีข้อความบางส่วนที่ยังอ้างอิงรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. ๒๕๕๐

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม ๒๕๕๐

# สารบัญ

## ภาค ๑ บทนำ

"นโยบายสาธารณะกับกระบวนการเรียนรู้"	๘
วิพุธ พูลเจริญ	

## ภาค ๒ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาพรวม

"มหัศจรรย์ควิภา: ศักยภาพของประเทศกำลังพัฒนา ในการสร้างสุขภาพและระบบเกษตรกรรมยั่งยืน"	๒๔
นันทนา ทราบรัมย์	
"สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ: ความเคลื่อนไหวของ ภาคประชาชนในกระแสโลก"	๔๒
วิภาว ชื่นชิต	
"ส่องความสุขชาวเดนมาร์ก: มองลวดรัฐสวัสดิการ เห็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรม"	๕๘
รุ่งทิพย์ สุขกำเนิด	

## ภาค ๓ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรายประเด็นและพื้นที่

"ก้าวอย่างที่แตกต่างกัน การพัฒนาพลังงานเพื่อความสุข ของประเทศอเมริกาและเดนมาร์ก"	๗๘
ศุภกิจ นันทะวารการ	
"เมื่อสุขภาพมีความหมาย: บทเรียนจากลอนดอน"	๙๘
เดชรัตน์ สุขกำเนิด	

"ขณะสร้างสุข: จะพัฒนานโยบายสาธารณะ  
จากฐานหลักคิดที่แตกต่างได้อย่างไร"  
สมบัติ เหลสกุล

๑๑๔

"หยุดรถ หยุดโรค: นโยบายสาธารณะ  
เพื่อสุขภาพด้านการขนส่งในทวีปยุโรป"  
เดชรัต สุขกำเนิด

๑๓๒

#### ภาค ๔ บทสังเคราะห์

"เรียนรู้โลก ห่วงไกลโรค: บทสังเคราะห์กรณีศึกษา  
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ"  
เดชรัต สุขกำเนิด และวิพุธ พูลเจริญ

๑๕๒

ประวัติของผู้เขียนโดยสังเขป

๑๖๕





ภาค ๑  
บทนำ

นโยบายสาธารณะ:  
กับกระบวนการเรียนรู้  
วิพุธ พูลเจริญ

"นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือ Healthy Public Policy" เป็นวาทกรรมที่สร้างพื้นที่เชื่อมโยงประชาคมภาคส่วนต่างๆ เข้ากับภารกิจทางสังคม การเมืองเพื่อขยายขอบเขตนิยามสุขภาพ และสุขภาพะให้ครอบคลุมปริมาณพลสาธารณะอย่างกว้างขวางและลุ่มลึก

องค์การอนามัยโลก พยายามขับเคลื่อนแนวคิดนี้ จากคำประกาศกฎบัตรสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter) ใน พ.ศ. ๒๕๒๙ ซึ่งมีส่วนผลักดันให้คำว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพกลายเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับเปิดพื้นที่ให้ภาคีเครือข่ายที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถเข้ามาร่วมมือกันในกรอบประเด็นที่กว้างขวางขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน การประยุกต์ใช้แนวคิดเหล่านี้ไปสู่รัฐธรรมนูญปฏิบัติในกลุ่มขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ในแต่ละประเทศ ก็ก่อให้เกิดความคลุมเครือสับสน เนื่องจากฐานรากและอุดมคติทางการเมืองของประชาคมในแต่ละประเทศ และแต่ละกลุ่มสังคมพัฒนามาจากภูมินิเวศทางวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ที่แตกต่างกัน

การบ่มเพาะและพัฒนาารูปแบบและวิธีการในการประสานความร่วมมือในหมู่ประชาคมต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะจึงต้องการช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละกลุ่มมีระดับพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่หลากหลาย

นอกจากนั้น ประชาคมกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสาธารณะแต่ละเรื่อง แต่ละเวลา และแต่ละสถานก็ยังมีสมรรถนะในการตีความหมายแง่มุมของกระบวนการนโยบายสาธารณะแต่ละด้านไม่เท่ากัน ส่งผลให้เห็นและแนวปฏิบัติแตกต่างกัน

ประชาสังคมไทยมีวิวัฒนาการทางสังคมการเมืองที่ก้าวกระโดดอย่างรวดเร็ว จากการถูกจำกัดได้การปกครองแบบรวมศูนย์ มาสู่ประชาธิปไตยแบบตัวแทน แล้วพลิกผันไปสู่กระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม การที่แนวคิดการมีส่วนร่วมในการกำหนดและกำกับนโยบายสาธารณะของกลุ่มต่างๆ ออกงามด้วยความเร็วที่ต่างกัน เป็นผลจากพื้นหลังและภูมิทัศน์ทางสังคมที่แตกต่างกัน ประกอบกับการเผชิญกับโครงสร้างพื้นฐานที่จำกัดขอบเขตกระบวนการนโยบายโดยภาครัฐ จึงมีผลย้อนกลับมานับทอนความมั่นใจและเชื่อมั่นในพัฒนาการของแนวคิดเหล่านี้ และสิ้นคลอนโอกาสที่จะใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นฐานรากในการพัฒนาสังคมไทย

ข้อได้แย้งสำคัญที่มักถูกอ้างขึ้นมาหักล้างข้อเสนอกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ ความแปลกแยกของแนวทางนี้ที่ห่างไกลจากวิถีชีวิตและวิถีคิดของคนไทยส่วนใหญ่ จึงต้องใช้เวลาอีกนานจึงสามารถปรับใช้แนวทางเหล่านี้ได้จริงในสังคมไทย

นอกจากนั้น กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพยังถูกนำไปใช้เป็นลีลาว่าทะของรูปแบบกิจกรรมทางสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อสร้างสีสันให้กับกิจกรรมต่างๆ ตามยุคสมัยและแฟชั่นแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ จนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกส่วนกลายเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะไปจนหมดสิ้น เหล่านี้เป็นการซ้ำเติมให้เกิดความสับสนในกรอบคิดทั้งในหมู่ ผู้กำหนดนโยบาย ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติการ ตลอดไปจนถึงประชาคมที่เริ่มหันเข้ามาสนใจและลองร่วมกระบวนการ

"สมัชชาสุขภาพ" จัดว่าเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะสำคัญที่มุ่งสร้างพื้นที่และสื่อสาธารณะสำหรับสานทอความร่วมมือของภาคประชาคมให้ผืนภวังเป็นแรงขับเคลื่อนนโยบายสำคัญที่จะนำสังคมสู่สุขภาพะ อันมีความหมายกว้างไกลกว่าคำว่าสุขภาพที่ใช้อยู่เดิม ดังนั้นการสร้างความเข้าใจกับมวลภาคีด้วยการร่วมพิจารณาแนวทางที่ประชาคมในนานาประเทศใช้กระบวนการ

นโยบายสาธารณะในการขับเคลื่อนพันธกิจของสังคมจึงเป็นบทเรียนสำคัญสำหรับสะท้อนคิด และนำกลับมาใช้เป็นพื้นฐานในการค้นหาวิธีการในการปรับใช้ให้สอดคล้องกับครรลองชีวิตและลักษณะปัญหาในสังคมไทย

## ๑) การสร้างวาทกรรมและการไถ่ถาม

หน่วยงานในสังกัดองค์การสหประชาชาติได้ใช้คำว่านโยบายที่มีสุขภาพ (Healthy Policy) เพื่อสื่อความหมายในคุณค่าของกระบวนการนโยบายที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการอย่างมีเหตุมีผล โปร่งใส เป็นที่รับรู้และยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ และคำนึงถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกระบวนการนโยบายเหล่านี้ แม้ว่าจะเป็กลุ่มน้อย โดยที่มีได้หมายถึงนโยบายเฉพาะด้านสุขภาพแต่อย่างใด

ต่อมอดักรพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) และ ธนาคารโลก (World Bank) ได้สร้างวาทกรรมที่มีเป้าประสงค์มุ่งให้ลดโทษของรัฐและสังคมในทุกประเทศมีการบริหารจัดการที่เรียกว่า ธรรมภิบาล (Good Governance) เพราะมีหลักฐานสื่อแสดงว่ากระบวนการปกครองในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ ถูกกร่อนทำลายจากปัญหาทุจริต และคอร์รัปชันจนลดทอนสมรรถนะในการพัฒนาประเทศ และไม่สามารถสร้างสรรค์สังคมให้มั่นคงและยั่งยืนได้

แนวคิดธรรมภิบาลมุ่งให้ประชาชนในทุกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและการกำหนดและดำเนินนโยบายของภาครัฐ ในขณะที่เรียกร้องให้กิจการทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจของภาครัฐเป็นไปอย่างโปร่งใส เปิดเผยให้สาธารณชนได้เข้าใจความเป็นมา ตลอดจนมีการชี้แจงเหตุผลในการดำเนินงานตามพันธกิจของรัฐที่พึงมีต่อประชาชนอย่างชัดเจน (Accountability) เหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญต่อการสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างมีสุขภาพ

การไถ่ถามของประเด็นและถ้อยคำที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะจึงเป็นกลวิธีสำคัญในการชี้นำวิวัฒนาการของกระบวนการทางสังคม ประชาธิปไตยภายใต้สังคมการสื่อความหมายในระดับโลก หรือ โลกาภิวัตน์

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการประชุมสร้างเสริมสุขภาพในระดับโลกอย่างต่อเนืองโดยยกประเด็นการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy

Public Policy) จึงเป็นกุศโลบายสำคัญในการเชื่อมโยงภารกิจในด้านสุขภาพให้กว้างขวางไปสู่ความรับผิดชอบในฐานะเป้าหมายอันเป็นอุดมการณ์ร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม ส่งผลให้ขอบเขตที่เคยจำกัดระบบสุขภาพดั้งเดิมในกรอบการจัดบริการสุขภาพขยายวงออกครอบคลุมกิจกรรมทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง

การให้นิยามนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้ส่งอิทธิพลต่อพัฒนาการแนวคิดทางสังคมและการเมืองในประเทศไทยอย่างกว้างขวางดังสะท้อนให้เห็นชัดเจนในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเร่งรัดให้ประชาคมทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการปกครองและบริหารทุกภารกิจในสังคมไทย ตลอดจนเป็นกรอบกำหนดพันธกิจของภาครัฐให้ตอบสนองต่อแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่ชัดเจนขึ้น

อย่างไรก็ตาม หากภาคประชาคมยังมีความเข้าใจต่อแนวทางนโยบายสาธารณะที่แตกต่างกัน และขาดทักษะในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ วาทกรรม และวิธีการในการจัดการนโยบายสาธารณะก็อาจถูกช่วงชิงและบิดเบือนไปใช้เพื่อสร้างผลประโยชน์ในกระบวนการนโยบายสาธารณะที่อิงแอบผลประโยชน์เฉพาะของบางกลุ่มโดยอาศัยช่องว่างที่ก่อตัวขึ้นระหว่างกรอบกติกาของภาครัฐ กับขีดจำกัดทางทักษะด้านนโยบายสาธารณะของประชาชน

## ๒) พัฒนาการรูปแบบนโยบายสาธารณะ

การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในโลกปัจจุบันก่อให้เกิดความสะดอกสบาย ความทันสมัย ความสมบูรณ์พูนสุขขึ้นกับคนกลุ่มหนึ่ง แต่ในขณะเดียวกันก็สู่มเสี่ยงต่อความสูญเสียทรัพย์สินและสุขภาพวะของคนบางกลุ่มในเวลาเดียวกัน ความขัดแย้งจึงกลายเป็นปรากฏการณ์ที่พบมากขึ้น เนื่องจากกิจกรรมของภาครัฐหรือสังคมที่จะสร้างสรรค้ขึ้นอาจไม่สามารถตอบสนองอย่างมีคุณภาพต่อเป้าหมายสำคัญ ๓ ประการของการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้แก่ การเติบโตทางเศรษฐกิจ(Economic Growth) ความสมานฉันท์ในสังคม (Social Cohesion) และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Ecological Improvement) อันจะช่วย

ให้เกิดสินทรัพย์ทางสังคม (Social Assets) ให้เพิ่มพูนงอกเงยขึ้น

นักคิดทางด้านสังคมทางตะวันตกมองภาวะล้มเหลวของการพัฒนาเศรษฐกิจในทศวรรษที่ผ่านแสดงลักษณะของ "สังคมความเสี่ยง" (Risk Society) อันก่อผลกระทบมาจากโครงสร้าง วิถีชีวิต และเทคโนโลยีใหม่ในสังคมรวมไปถึงโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดความเสี่ยงแปลกใหม่ขึ้น เช่น การแพร่ระบาดของโรคใช้หวัดนก การเผชิญกับภัยพิบัติธรรมชาติที่สร้างความสูญเสียกว้างใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ การก่อการร้ายสากล ฯลฯ นอกจากนี้ ความไม่แน่นอนของสังคมและเศรษฐกิจ ภาวะทางภูมิศาสตร์ และภูมิอากาศ ตลอดจนความขัดแย้งกันในเชิงการให้คุณค่าต่อเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงของคนในสังคมที่ต่างกันมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การรอบการตัดสินใจ และแนวการจัดการกับปัญหาของคนในสังคมซับซ้อนขึ้น จนเกิดข้อกังขาต่อกระบวนการตัดสินใจ หรือ กระบวนการทางนโยบายต่างๆ ตลอดเวลา เนื่องจากฐานความรู้ที่ใช้ในการตัดสินใจจำเป็นต้องประกอบด้วยวิธีคิดจากสาขาวิชาการที่หลากหลาย แต่ยังคงขาดความเข้าใจร่วมกันที่ชัดเจน จึงต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวงกว้างเข้ามามีส่วนร่วมกับการตัดสินใจในการดำเนินนโยบายมากขึ้น

ทั้งนี้ ช่องว่างจากความรู้และข้อมูลที่ขาดความสมบูรณ์ครบถ้วนส่งผลให้การตัดสินใจในเชิงนโยบายต้องอาศัยการเจรจาต่อรองเป็นเครื่องมือคือคลายข้อขัดแย้งภายใต้สังคมความเสี่ยง เนื่องจากการเจรจาต่อรองก่อให้เกิดการกระจายผลประโยชน์และความเสี่ยงที่ผู้คนแต่ละกลุ่มในสังคมพึงได้รับ รวมทั้งเป็นการเปิดพื้นที่เพื่อการเรียนรู้และการทำความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้นในสังคม โดยผ่านการทำความเข้าใจกับการให้ความหมาย และการให้เหตุผลที่แตกต่างกันของกลุ่มคนในสังคม อันเป็นผลจากฐานคิด คุณค่า และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้คนในสังคม

ปรากฏการณ์ที่เกิดควบคู่กับสังคมความเสี่ยงคือ "สังคมเครือข่าย" อันเป็นสังคมที่สมาชิกหลากหลายในสังคมสมัครใจที่จะแสดงบทบาทสำคัญที่มีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายต่างๆ แทนที่จะปล่อยให้เป็นที่ของตัวแทน และสถาบันทางการเมืองดังที่เคยผ่านมา กลุ่มสมาชิกที่เข้ามาช่วยกันเป็นเครือข่ายนี้มีเป้าหมายทางนโยบายที่จะพิทักษ์รักษาวิถีชีวิตและคุณค่าที่ตนเองยึดถือ กลุ่มเครือข่ายเหล่านี้จึงเกิดขึ้นมาเพื่อปรับแก้กระบวนการนโยบายมิให้ก่อ

ผลกระทบ หรือ สร้างความเสี่ยงให้กับวิถีชีวิต หรือ คุณค่าที่ยึดถือ

นอกจากนั้น โลกแห่งการแข่งขันยุคปัจจุบัน ภาครัฐและภาคเอกชนที่มีแรงขับเคลื่อนมุ่งเป้าหมายเชิงการตลาด (Market forces) เป็นพลังสำคัญที่สร้างเงื่อนไขและแรงขับเคลื่อนในกระบวนการนโยบายสาธารณะโดยใช้สัญญานิยม (Political Brand) ที่ดึงดูดใจแต่ขาดความชัดเจนในการดำเนินและกำกับนโยบาย รวมทั้งมักจะเป็นการเคลื่อนไหวเฉพาะในแต่ละภาคส่วนทำให้ไม่สามารถจัดการให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ ดังนั้น การสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรและกลไกต่างๆ ในสังคมจึงกลายเป็นฐานคิดสำคัญในการดำเนินการให้เกิดประโยชน์สุขและลดความเสี่ยงของสังคมที่เพิ่งเกิดขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนในเรื่องนี้ปรากฏขึ้นในทุกสังคมทั่วโลก

ดังนั้น นักคิดและนักวิชาการในนานาประเทศจึงร่วมกันค้นหาแนวทางที่จะมุ่งลดผลกระทบในเชิงลบของนโยบาย หรือ กิจกรรมอันอาจเกิดขึ้นต่อสาธารณะ ด้วยพื้นฐานความเชื่อว่าการตัดสินใจในเชิงนโยบายที่มีเหตุมีผลก็จะช่วยให้ป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ต่างๆ ลงได้ ตลอดจนช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดต่อชีวิตมนุษย์และสังคม หากแต่การตัดสินใจของร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีพื้นฐาน แนวคิด และวิถีการให้เหตุผลที่แตกต่างกันในสังคม เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความสับสนและซับซ้อนจนยากที่จะเปิดให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมตัดสินใจในนโยบายที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมและชุมชนได้อย่างทั่วถึง ด้วยเหตุผลสำคัญ ๒ ประการ คือ

- ๑) ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมทุกวันนี้มีความซับซ้อนมากขึ้น ฉะนั้นจึงจำต้องมองปัญหาจากแนวการให้เหตุผลที่หลากหลาย (Multi-rational) แต่การใช้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายอาจก่อให้เกิดความสับสนในการตัดสินใจ ทั้งยังไม่เอื้อให้ลดความขัดแย้งในแนวทางให้เหตุผลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียลงได้
- ๒) การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำต้องพัฒนาวิธีที่ปรับเปลี่ยนไปตลอดเวลาในขณะที่การสื่อสารมีการใช้อารมณ์และเงื่อนไขเชิงผลประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวกับเหตุผลทำให้การนำเสนอข้อมูลและหลักฐานเป็นเพียงแค่การสนับสนุนสิ่งที่เป็นประโยชน์ของแต่ละกลุ่มเป็นสำคัญ



แนวคิดที่ต่องการวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ตัดสินใจโดยเฉพาะผู้ตัดสินใจในการดำเนินนโยบาย แผนงาน หรือโครงการแสดงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจทั้งในแง่ของการรับผิดชอบต่อการชี้แจงปัจจัยเหตุผลของการตัดสินใจ (Accountability) และความรับผิดชอบต่อการใช้ความเสียหายที่อาจเกิดขึ้น (Liability) อันจะช่วยให้กระบวนการนโยบายที่เกิดขึ้นมีเหตุมีผล (Rationality) และมีการไต่ร่องอย่างรอบคอบ

### ๓) พัฒนาการของนโยบายสาธารณะในภาคส่วนสุขภาพ

คำประกาศร่วมกันขององค์การอนามัยโลกเพื่อสร้างกระแสสาธารณสุขมูลฐานที่ Alma Ata ใน พ.ศ. ๒๕๑๘ และนำมาเสนอเป็นข้อสรุป "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ของสมัชชาขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. ๒๕๒๐ ได้ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวในประเทศต่างๆ ทั่วโลกเพื่อมุ่งสู่การจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน หากแต่การประยุกต์ใช้แนวทางนี้ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันตามเงื่อนไขทางวัฒนธรรมทางการเมือง และสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ

ในประเทศไทย รัฐบาลได้ปรับหลักคิดนี้มาขับเคลื่อนนโยบายภาครัฐในการสร้างขยายโรงพยาบาล และสถานพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยเฉพาะได้สร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขลงเพื่อเชื่อมโยงลงไปถึงการให้บริการสุขภาพในระดับหมู่บ้านและกลุ่มของครัวเรือน ทำให้การจัดบริการทางด้านสาธารณสุขกระจายลงไปทุกชุมชนอย่างทั่วถึงเมื่อถึง พ.ศ. ๒๕๔๓ (เป้าบรรลุลผล ที่ ค.ศ. ๒๐๐๐)

หากหันไปมองดูการปรับใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในยุโรป และคานาดา ซึ่งมีพัฒนาการของโครงสร้างสังคมการเมืองบนพื้นฐานรัฐสวัสดิการ และตื่นตัวจากรายงานของ La Londe ต่อรัฐบาลประเทศคานาดา ใน พ.ศ. ๒๕๑๗ ซึ่งสะท้อนข้อค้นพบที่ชี้ชัดว่าพัฒนาการเฉพาะโครงสร้างการจัดบริการทางสุขภาพและการแพทย์เพียงส่วนเดียวไม่ใช่หนทางที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากแต่จำเป็นต้องส่งเสริมให้ทุกภาคส่วน (นอกภาคส่วนสาธารณสุข) หันเข้ามาร่วมมือกันปกป้องสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง

องค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป (EURO) ได้รับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานโดยคำนึงถึงเงื่อนไขขัดแย้งกันระหว่างการพัฒนาทางสังคมกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ จึงมุ่งใช้แนวคิดการพัฒนาสุขภาพเป็นเครื่องมือประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ความพยายามปรับกระแสนโยบายระหว่างประเทศดังกล่าวได้แสดงออกเป็นคำประกาศออตตาวา (Ottawa Charter) ใน พ.ศ. ๒๕๒๙ เรียกร้องให้สังคมโลกตระหนักในผลกระทบจากการตัดสินใจเชิงนโยบายในทุกภาคส่วนที่พึงจะมีต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชน และสังคม และกลายเป็นการชูแนวทางนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ขึ้นในกระแสการสาธารณสุขนานาชาติ

ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ (ค.ศ. ๒๐๐๐) องค์การอนามัยโลกภายใต้ความร่วมมือกับองค์กรการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมหลากหลายหน่วยงานได้จัดตั้งกรมการพิเศษขึ้นมาศึกษาผลกระทบของพัฒนาการทางเศรษฐกิจมหภาคกับสุขภาพ และได้นำเสนอข้อชี้แนะนานาประเทศให้ร่วมกันลดความยากจนในหมู่ประชากรโดยการพัฒนาเศรษฐกิจที่กระจายทรัพยากรให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงอันจะเป็นเส้นทางสำคัญนำไปสู่สุขภาพ

รูปแบบการดำเนินงานของนโยบายสาธารณสุขมูลฐานในยุโรปจึงแตกต่างจากในประเทศไทยในแง่ที่มุ่งสู่การสร้างเครือข่ายทางสุขภาพ จัดวางโครงสร้างเชิงการเมืองในระดับท้องถิ่น เช่น การสนับสนุนให้จันนครแห่งสุขภาพ (Healthy City) จนในที่สุดได้วางเป้าหมายว่าใน พ.ศ. ๒๕๖๓ (ค.ศ. ๒๐๒๐) **ประเทศที่เป็นสมาชิกของประชาคมยุโรปจะต้องจัดวางกลไกสำหรับประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถชี้แจงและแสดงเหตุผล (Accountability) ว่าการตัดสินใจและดำเนินการเชิงนโยบายของทุกฝ่ายได้คำนึงถึงผลที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของปัจเจก ชุมชน และสังคมอย่างรอบคอบ**

คำประกาศกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) จึงถือได้ว่าเป็นการจุดประกายข้อเสนอที่ฉีกแนวจากการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม ด้วยเครื่องมือสำคัญ คือ นโยบายสาธารณะที่พัฒนาขึ้นมาอย่างมีส่วนร่วม โปร่งใส และ **เอื้อต่อสุขภาพ** (Healthy Public Policy) คำเสนอดังกล่าวเกิดจากการรอบการคิดซึ่งมีวิวัฒนาการภายใต้แนวโน้มท่ามกลางกระแสสังคมของวิถีประชาคมและ

วัฒนธรรมตะวันตก ที่ประชาชนมีการศึกษาสูง มีจิตสำนึกสาธารณะ และผ่านกระบวนการพัฒนาระบบการเมืองและการปกครองมายาวนาน และอาจดูเหมือนเป็นหลักคิดที่แปลกแยกจากวิถีทางการเมืองของประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ที่มักจะถูกครอบงำปกครองภายใต้การกำกับทางราชการมายาวนาน เนื่องจากประชาชนให้ความสำคัญกับกลไกการจัดการระบบสุขภาพภายใต้กลไกของรัฐบาล อีกทั้งยังคุ้นเคยกับการให้บริการทางสุขภาพที่มีการสนับสนุนและควบคุมทรัพยากรและกำลังคนโดยภาครัฐ การพลิกฟื้นใช้ยุทธศาสตร์นโยบายสาธารณะเพื่อให้เกิดบรรยากาศการสร้างเสริมสุขภาพจึงเกิดขึ้นยากในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยที่กำลังพัฒนาขึ้นไปอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ประชาชาติในระดับกลาง (Middle Income Country)

ในระดับนานาชาติ วิวัฒนาการของแนวคิดและนิยามของคำว่า "สุขภาพ" ได้ส่งผลให้มีการให้คุณค่ากับการยกระดับคุณภาพชีวิตของมนุษย์ คำประกาศ **"กฎบัตรสร้างเสริมสุขภาพ"** ที่เมืองออตตาวา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๙ มีอิทธิพลต่อการปรับทัศนคติของประชาคมโลก ส่งผลให้สุขภาพมีคุณค่าและเป็นทรัพยากรสำคัญสำหรับชีวิตมนุษย์ ต่างไปจากทัศนคติเดิมที่มองสุขภาพเป็นเพียงเป้าหมายชีวิต ทั้งยังขยายกรอบแนวคิดเชิงบวกของสุขภาพให้ครอบคลุมไปถึงวิถีชีวิตทั้งในระดับส่วนตัวและในระดับสังคม นอกเหนือจากลักษณะทางกายภาพและจิตใจของบุคคล

การสร้างเสริมสุขภาพจึงกลายเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนมิใช่จำกัดอยู่ในวงของภาคส่วนสาธารณสุขดังที่เคยเป็นมา เนื่องจากจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างวิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ (Wellbeing) ทั้งในระดับปัจเจก ระดับชุมชน สังคม และในสังคมโลก ดังนั้น การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาวะ (Healthy Public Policy) สำหรับองค์กรในทุกภาคส่วน นอกภาคส่วนสาธารณสุข จึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการขับเคลื่อนนิเวศวิทยาเชิงสังคมให้เสริมหนุนวิถีชีวิตของคนสู่สุขภาวะ

## ๔) ทัศนคติของภาคส่วนต่างๆ

ใน พ.ศ. ๒๕๒๐ (ค.ศ. ๑๙๗๗) คณะกรรมการการโลกว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาได้จัดทำรายงานเรื่อง "อนาคตร่วมกันของเรา (Our Common Future)" แสดงความจำเป็นที่ต้องมีสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจที่สามารถเอื้อให้ประชากรโลกอีกสี่ในห้าที่ยังอยู่ในสภาวะยากจนให้มีโอกาสบรรลุถึงสุขภาวะพอเพียง หรืออยู่ในระดับที่สมเหตุสมผล โดยสร้างความมั่นใจว่าการพัฒนาเศรษฐกิจจะต้องไม่ก่อความเสื่อมโทรมให้กับสิ่งแวดล้อม จากคำประกาศดังกล่าวสะท้อนความตระหนักของประชาคมนานาชาติที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสิ่งแวดล้อมและสถานะทางสุขภาพของประชากร

การประชุมขององค์การสหประชาชาติในหัวข้อเรื่องสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ Rio de Janeiro เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๕ (ค.ศ. ๑๙๙๒) ให้ข้อสรุปที่ชี้ชัดว่า "มนุษยชาติเป็นศูนย์กลางการพัฒนาที่ยั่งยืน คนทุกคนจึงมีสิทธิที่จะมีชีวิตที่มีสุขภาพและสร้างผลิตผลได้อย่างกลมกลืนกับธรรมชาติ (Human beings are at the centre of concerns for sustainable development. They are entitled to a healthy and productive life in harmony with nature)" พัฒนาการของวาทกรรมเหล่านี้ได้ก่ออิทธิพลต่อแนวคิดของกระบวนการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทยจนแสดงเป้าหมายการพัฒนาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ และ ๙ อย่างชัดเจน

องค์กรนำทางการเงินและเศรษฐกิจโลกเช่นธนาคารโลก (World Bank) ได้แสดงจุดยืนชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะที่เอื้อสุขภาพ สะท้อนจากรายงานประจำปีในพ.ศ. ๒๕๓๖ (ค.ศ. ๑๙๙๓) ด้วยการประกาศที่จะลดความยากจนในหมู่ประชากรโลก โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ยากจนได้มีโอกาสนำเสนอปัญหาและแสดงข้อคิดเห็นในเวทีระดับโลกต่างๆ โดยเฉพาะต่อนโยบายและยุทธศาสตร์โลกที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิต การเจรจาต่อรองกับองค์การการค้าโลก (World Trade Organization) เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการเคลื่อนไหวในลักษณะนี้ส่งผลให้มีการยอมรับประเด็นสิทธิที่จำเป็นต้องได้รับยาอย่างทั่วถึงของประชาชนในประเทศยากจนเข้าบรรจุอยู่ในการเจรจาการค้าว่าด้วยสิทธิบัตรทางปัญญา (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights หรือ

## TRIPS)

การเคลื่อนไหวนโยบายระดับโลกดังที่กล่าวมาแล้วได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในองค์กรสังกัดองค์กรสหประชาชาติ เพื่อมุ่งหวังให้เปิดช่องว่างระหว่างสถานะทางสุขภาพของประชาชนกับการพัฒนาอย่างเร่งรีบ จนส่งผลมาถึงการประกาศเป้าหมายการพัฒนาในสหัสวรรษขององค์การสหประชาชาติ (UN Millennium Development Goals) ที่จะต้องร่วมมือให้บรรลุผลภายใน พ.ศ. ๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๐๑๕) เป็นแบบอย่างของการนำประเด็นทางสุขภาพมาวางเป็นเป้าหมายการพัฒนา

นอกจากนั้น ในการประชุมสุดยอดสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (World Summit on Sustainable Development) ที่เมือง Johannesburg เลขาธิการสหประชาชาติ ได้ชี้ชัดถึงเป้าหมายสำคัญ ๕ ด้าน ที่ต้องให้ความสนใจ ได้แก่ ทรัพยากรน้ำ พลังงาน สุขภาพ การเกษตร และความหลากหลายทางชีวภาพ

กล่าวได้ว่า ความยอมรับในประเด็นสุขภาพของคน และคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาถูกขยายไปสู่ภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะภาคส่วนด้านเศรษฐกิจ ได้อย่างกว้างขวาง เงื่อนไขสำคัญในการขับเคลื่อนอุดมการณ์เหล่านี้ให้แปลไปสู่กิจกรรมเชิงปฏิบัติได้จริงจึงขึ้นอยู่กับทักษะและสมรรถนะของภาคประชาสังคมที่จะช่วยกันสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงคุณค่าของสุขภาพะ ประสพการณ์จากวิวัฒนาการของกระบวนการภาคประชาชนในตะวันตก และประเทศกำลังพัฒนาบางแห่งอาจจะเป็นแนวทางสำหรับช่วยให้ภาคีสมาชิกของสมัชชาสุขภาพไทยได้ใช้เป็นแรงบันดาลใจในการสร้างรูปแบบกระบวนการนโยบายสาธารณะภาคประชาชนขึ้นมา

## ๕) ประชาคมกับนโยบายสาธารณะ

พัฒนาการของแนวคิดและวิธีวิเคราะห์นโยบายสาธารณะในนานาประเทศมีรูปแบบ แนวทาง และโครงสร้างที่แตกต่างกัน แต่มีเงื่อนไขและบริบทของการดำเนินการที่คล้ายคลึงกันอันเป็นผลจากกระบวนการโลกาภิวัตน์ที่ขับเคลื่อนการขยายตัวของข่าวสารที่ช่วยก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่ประชาคมของชุมชนต่างๆ แม้จะอยู่ห่างไกลกัน หากแต่วิวัฒนาการของ

นักวิชาการ (Technocrat) ที่อาศัยหลักวิชาการเฉพาะด้านที่ลุ่มลึกและเลือกเฉพาะประเด็นที่ตรงกับเงื่อนไขของหลักทฤษฎีเฉพาะกลุ่มเข้ามาใช้ในกระบวนการนโยบายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ในขณะที่กลุ่มประชาคม (Civil Society) กลับถูกทิ้งห่างและไม่สามารถเข้าร่วมเป็นส่วนสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในแต่ละประเด็นได้ จึงเกิดข้อจำกัดที่ไม่สามารถสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมที่กลุ่มประชาคมทำงานกับนักวิชาการอย่างใกล้ชิดได้

อย่างไรก็ตาม นักคิดและนักสังคมในโลกตะวันตกได้เริ่มมองเห็นข้อจำกัดของการพัฒนานโยบายบนฐานของทฤษฎีเฉพาะด้าน เช่น เศรษฐศาสตร์ ระบาดวิทยา การเงิน การคลัง รัฐประศาสนศาสตร์ หรือวิทยาการจัดการ เพียงอย่างเดียวได้ เนื่องจากพบว่า การใช้หลักวิชาเหล่านี้ในการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเฉพาะด้านโดยไม่เชื่อมโยงสัมพันธ์กับสิ่งที่นักวิชาการเหล่านี้มองว่าเป็นปัจจัยภายนอก (Externality) หรือ ตัวแปรที่ไม่สามารถใช้ความรู้ทางวิชาการในสาขาใดสาขาหนึ่งเข้าไปวิเคราะห์และประเมินได้ เหล่านี้เป็นเหตุให้ผลการวางแผนในการแก้ไขปัญหา หรือ ผลักดันโครงการพัฒนาทางสังคมไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากปัจจัยภายนอกกลับกลายเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สร้างปัญหาแปลกใหม่ขึ้นมาได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอของนักวิชาการกลุ่มนี้จึงนำไปสู่การเปิดโอกาสให้ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ (Learning Process) ที่มีภาคีหลากหลายฝ่ายเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบาย

แนวคิดดังกล่าวน่าจะช่วยให้คลี่คลายความตึงเครียดในกลุ่มที่วางตัวเป็นเจ้าของนโยบาย เช่น รัฐบาล กระทรวง ทบวง กรม และเป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะให้กับภาคส่วนต่างๆ ทั้งประชาสังคม และนักวิชาการสาขาต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาวิเคราะห์ และประเมินความเป็นจริงได้ของกิจกรรมตามนโยบายที่กำหนดเอาไว้ ทำให้เกิดความยอมรับว่านโยบาย และยุทธศาสตร์ทุกด้านที่กำหนดเอาไว้จะต้องมีการปรับแก้ อันจะเป็นฐานสำคัญในการร่วมเรียนรู้เพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายให้เข้มแข็งและยั่งยืนขึ้น

แต่ในโลกแห่งความเป็นจริง รัฐบาล และหน่วยราชการยังคงคุ้นเคยกับการเป็นเจ้าของนโยบาย เป็นเจ้าของโครงการ และเป็นเจ้าของเงินงบประมาณ

ที่จะจัดสรรลงไปสู่กิจกรรมต่างๆในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ ดังนั้น ความเป็นอัตโนมัติเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการสร้างการเรียนรู้ในกระบวนการนโยบาย สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อจำกัดเหล่านี้ยังถูกซ้ำเติมด้วยความเชื่อ และรูปแบบการเคลื่อนไหวที่มุ่งเข้าหาศูนย์กลางของอำนาจทางการเมืองเพื่อให้ข้อเสนอทางนโยบาย และมุ่งหวังให้กลุ่มนักการเมืองเหล่านี้ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่น เป็นผู้ผลักดันข้อเสนอเหล่านั้นลงไปเป็นรูปธรรมของกระบวนการทางนโยบาย

การปรับเปลี่ยนกระบวนการทางนโยบายให้แปลงสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีภาคส่วนต่างๆที่เสมอภาคจึงไม่อาจเกิดขึ้นโดยง่าย

การทบทวนกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนกันอยู่ในนานาประเทศจึงอาจจะเป็นช่องทางการเรียนรู้ที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งที่จะเอื้อให้ภาคีที่มีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพได้หันมาฉุกละเอม และรวมใจ ผนึกพลังสติปัญญากันพัฒนาแนวคิด กระบวนทัศน์ และโครงสร้างสำหรับจัดวางกลไกสมัชชาสุขภาพให้เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันในการเสริมหนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะบนฐานของภาคประชาคมให้เข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป.





ภาค ๒

นโยบายสาธารณะ:  
เพื่อสุขภาพในภาพรวม



## สุขภาพดี มิได้ขึ้นอยู่กับระบบเศรษฐกิจเท่านั้น

แต่เดิมเรามักเชื่อกันเพียงว่าประเทศที่ร่ำรวยและพัฒนาแล้วเท่านั้นที่ประชาชนในประเทศจะมีสุขภาพดี หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุยืนยาว แต่มีข้อมูลที่น่าสนใจว่า แม้แต่ประเทศกำลังพัฒนาอย่างคิวบาก็สามารถพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศของตนได้อย่างดีเยี่ยมและน่าอัศจรรย์ ชาวคิวบามีความเป็นอยู่อย่างเท่าเทียมกัน มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากและมีอายุยืนยาวไม่แพ้ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ดัชนีสุขภาพของชาวคิวบาสวนใหญ่จึงใกล้เคียง (หรือบางตัวสูงกว่า) ประเทศที่พัฒนาแล้วเสียอีก

หากเปรียบเทียบฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศคิวบาจะพบว่า คิวบาถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีฐานะยากจน มีระดับรายได้ต่ำ กล่าวคือมีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวต่ำกว่า ๕,๐๐๐ เหรียญสหรัฐ/คน/ปี (หรือประมาณ ๑๙๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี<sup>๑</sup>) แต่กลับพบว่า ชาวคิวบามีอายุขัยโดยเฉลี่ยสูง (ประมาณ ๗๗ ปี)

<sup>๑</sup> คำนวณที่อัตรา ๑ เหรียญสหรัฐ = ๓๔ บาท

ซึ่งสูงกว่าหลายประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าเสียอีก เช่น สูงกว่าประเทศกาตาร์ซึ่งมีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวสูงกว่าคิดมาถึง ๓-๔ เท่า หรือแม้แต่สูงกว่าประเทศไทยทั้งที่คิดว่ามีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวต่ำกว่าไทย

นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายของทารกในควิบาอยู่ในระดับต่ำมากต่ำกว่าประเทศอินเดียและอินโดนีเซียซึ่งมีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน และต่ำกว่าประเทศไทย ตุรกี รัสเซีย และกาตาร์ซึ่งต่างก็มีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวสูงกว่าควิบา สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ควิบาเป็นประเทศที่มีดัชนีความเท่าเทียมกันในสังคมสูงมาก (รองจากสวีเดนและญี่ปุ่น) และยังพบว่ายังเป็นประเทศที่มีดัชนีความมั่นคงทางอาหารสูงเช่นกัน โดยหากเปรียบเทียบกับประเทศแอฟริกาใต้ซึ่งมีรายได้สูงกว่าควิบาอย่างมาก แต่กลับมีความมั่นคงด้านอาหารน้อยกว่า<sup>1</sup>

จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดสุขภาพของชาวควิบาดีมากในเกือบทุกด้าน ทั้งๆ ที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีฐานะยากจน ควิบาจึงเป็นแบบอย่างของประเทศกำลังพัฒนาที่แสดงให้เห็นว่า การสร้างสังคมสุขภาวะไม่ได้ขึ้นกับความมั่งคั่งทางด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก หากแต่อยู่ที่การสร้างสรรค์สังคมแห่งความเท่าเทียมและเป็นธรรม ซึ่งเราจะได้มาดูรายละเอียดของการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ของสังคมแห่งนี้

## ควิบา: อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ที่เน้นการเข้าถึงอย่างเท่าเทียม

ในช่วงปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ควิบามีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV-positive ที่ลงทะเบียนไว้กว่า ๔,๕๑๗ ราย โดยมีอัตราการแพร่เชื้อต่ำกว่า ๐.๐๕ เปอร์เซ็นต์ ควิบาเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาเพียงไม่กี่ประเทศที่มีหลักประกันในการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV/AIDS ทุกคนอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นต้นมา หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จะได้รับยาต้านไวรัส AZT รวมทั้งสารทดแทนน้ำนมแม่เพื่อป้องกันทารกแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ผู้ป่วยชาวควิบาที่มีเชื้อ HIV-positive ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงยา HAART ได้

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นมา จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์และโอกาสในการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับ HIV/AIDS ก็ลดลง จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่เข้าโรงพยาบาลลดลงจาก ๙๐ รายต่อเดือนในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เหลือ ๑๒ รายต่อเดือนในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ในเดือนมิถุนายนในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ลงทะเบียนเพียง ๑,๕๓๓ รายเท่านั้น<sup>ii</sup> คิวบาจึงเป็นประเทศที่มีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมชาติสำหรับประชาชนทุกกลุ่มไม่ว่าจะยากดีมีจนอย่างไร

บทความนี้จะนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับประเทศคิวบา ซึ่งครั้งหนึ่งเคยประสบวิกฤติเศรษฐกิจอย่างหนักหนาสาหัส จนเกิดภาวะขาดแคลนอาหารอย่างรุนแรงภายในประเทศ แต่ในที่สุดคิวบาก็สามารถนำพาประเทศก้าวพ้นวิกฤติดังกล่าวไปได้อย่างเหลือเชื่อ คิวบาสามารถพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพยอดเยี่ยม รวมทั้งสามารถพัฒนาระบบเกษตรกรรมยั่งยืนที่อยู่บนฐานของการพึ่งตนเองได้อย่างประสบผลสำเร็จ ประสบการณ์ของประเทศคิวบาจึงเป็นกำลังใจและตัวแบบที่สำคัญ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย รวมทั้งประเทศไทยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงมาก ในการที่จะสร้างสังคมแห่งสุขภาพะบนฐานของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างแท้จริง ลองมาดูกันว่าคิวบาสามารถพัฒนาโยบายสาธารณะในเรื่องเหล่านี้ได้อย่างไร

## ประวัติศาสตร์คิวบาโดยสังเขป

คิวบาเป็นเกาะเล็กๆ เกาะหนึ่งอยู่ในภูมิภาคละตินอเมริกา อยู่ห่างจากสหรัฐอเมริกาเพียง ๒๐๐ กิโลเมตร คิวบาเป็นอาณานิคมของสเปน ต่อมาเมื่อสหรัฐอเมริกาชนะสเปนในปี พ.ศ. ๒๔๔๒ จึงเข้าไปยึดครองคิวบา คิวบาจึงตกเป็นอาณานิคมของสหรัฐไปอย่างกลายๆ (คล้ายกับสถานการณ์ในประเทศอิรักทุกวันนี้) สหรัฐได้เข้าไปช่วยเหลือเผด็จการบาดิสต้าให้ได้เป็นรัฐบาลปกครองคิวบา บาดิสต้าเป็นเผด็จการที่ปกครองอย่างโหดเหี้ยมมากและอยู่ในอำนาจเป็นเวลานาน กระทั่งเมื่อปี พ.ศ.๒๕๐๒ คิวบาจึงได้ทำการปฏิวัติขับไล่เผด็จการบาดิสต้าได้สำเร็จ อิทธิพลของสหรัฐก็ถูกขับออกไปด้วย ฟิเดล คาสโตรจึงขึ้นเป็นประธานาธิบดีคนแรกของคิวบาภายหลังการปฏิวัติ<sup>iii</sup>



ภาพที่ ๑ แผนที่แสดงที่ตั้งประเทศคิวบา

นับตั้งแต่มีการปฏิวัติในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เป็นต้นมา สหรัฐได้คว่ำบาตรและโดดเดี่ยวทางการเมืองและเศรษฐกิจต่อคิวบา ส่งผลให้คิวบาต้องหันไปเข้าร่วมกับประเทศในกลุ่มสังคมนิยม โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๐๒-๒๕๓๓ คิวบาจึงมีความสัมพันธ์ทางการค้าที่ดีกับกลุ่มประเทศคอมมิวนิสต์ในยุโรป

คิวบาได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจากโซเวียตเป็นอย่างมาก ดังเช่น การรับซื้อน้ำตาลจากคิวบาในราคาที่สูงกว่าราคาตลาดโลกถึง ๕.๔ เท่า คิวบายังมีรายได้สำคัญจากการส่งออกน้ำมันที่นำเข้ามาในราคาถูกจากโซเวียต นอกจากนี้ยังได้รับสิทธิพิเศษทางการค้าจึงทำให้สามารถซื้อปัจจัยการผลิตทางการเกษตรอย่างเช่นรถแทรกเตอร์ได้ในราคาที่ถูกลงกว่าประเทศละตินอเมริกาอื่นๆ ที่ค้าขายกับสหรัฐ คิวบาจึงมีดุลการค้าที่ดีกว่าประเทศอื่นๆ ในแถบภูมิภาคเดียวกัน ส่งผลให้คิวบาสามารถพัฒนาเศรษฐกิจได้มากกว่า<sup>iv</sup>

ก่อนที่จะมีการปฏิวัติในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ คิวบามีปัญหาความเหลื่อมล้ำในสังคมและปัญหาความยากจนมาก ดังนั้นภายหลังจากการปฏิวัติ รัฐบาลคอมมิวนิสต์ของคิวบาก็ยึดมั่นและทุ่มเทในเรื่องความยุติธรรมทางสังคมมาอย่างต่อเนื่อง และในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๓ เป็นต้นมา รัฐบาลคิวบาก็สามารถขจัดความยากจนให้หมดไปได้โดยสิ้นเชิง

แม้คิวบาจะเป็นประเทศสังคมนิยม แต่ก็มีความสัมพันธ์ทางการค้ากับประเทศทุนนิยมอยู่บ้าง โดยมีการส่งออกสินค้าการเกษตร แล้วนำเข้ามาสินค้า

อุตสาหกรรม รวมทั้งผลิตภัณฑ์ทางด้านอาหาร ในช่วงทศวรรษ ๒๕๒๓ คิวบา จึงเป็นชาติอันดับหนึ่งของการพัฒนาระบบเศรษฐกิจในภูมิภาคแถบนี้<sup>vii</sup>

## ระบบเศรษฐกิจที่พึ่งพา: หนทางสู่ความเติบโต เมื่อต้องเผชิญวิกฤติ

ระบบเศรษฐกิจหลักของคิวบาชั้นกับการผลิตน้ำตาลและการนำเข้าน้ำมัน เพื่อนำไปขายต่อ คิวบาจึงต้องพึ่งพาความสัมพันธ์ทางการค้ากับโซเวียตสูงถึง ๘๕ เปอร์เซ็นต์<sup>viii</sup> และเนื่องด้วยคิวบาสสามารถขายน้ำตาลได้ในราคาสูงกว่าราคาตลาดโลกมาก เป็นผลทำให้ยังมีการขยายพื้นที่การปลูกอ้อยในคิวบามากกว่าพืชอาหาร ซึ่งคิดเป็นพื้นที่ถึง ๓ ต่อ ๑ คิวบาจึงต้องนำเข้าอาหารสำหรับการบริโภคภายในประเทศสูงถึง ๕๗ เปอร์เซ็นต์

เนื่องด้วยระบบการเกษตรในคิวบาเน้นการปลูกพืชเชิงเดี่ยว (น้ำตาล) เพื่อการส่งออกเป็นหลัก คิวบาจึงต้องพึ่งพาการนำเข้าปัจจัยการผลิตทางการเกษตร ทั้งปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง เมล็ดพันธุ์ เครื่องจักร และเชื้อเพลิงจากภายนอกเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ภาคการเกษตรในคิวบายังมีการใช้เครื่องจักรสูงกว่าประเทศละตินอเมริกาอื่นๆ

ในปลายปี พ.ศ. ๒๕๓๒ ความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างคิวบากับโซเวียต ต้องพังทลายลงอันเป็นผลมาจากการล่มสลายของโซเวียต คิวบาจึงต้องประสบวิกฤติทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง เริ่มจากในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ การนำเข้าน้ำมันของคิวบาลดลงอย่างฉับพลันทันทีถึง ๕๓ เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีผลทำให้ประเทศขาดแคลนเงินตราต่างประเทศที่ได้จากการส่งน้ำมันไปขายต่อ

นอกจากนี้การนำเข้าปุ๋ยเคมีและสารเคมีการเกษตรก็ลดลงกว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์ และเนื่องด้วยระบบการเกษตรในคิวบาต้องพึ่งพาปัจจัยการผลิตจากภายนอกจำนวนมาก เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถนำเข้าเครื่องจักรและอะไหล่ต่างๆ ได้ ไม่มีน้ำมัน รถแทรกเตอร์จึงไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีปุ๋ยเคมี ไม่มีสารเคมีการเกษตร ไม่มีอาหารสัตว์ที่ต้องนำเข้าจากเยอรมันตะวันออกมาเลี้ยงวัว ไม่มียาปฏิชีวนะ ไม่มีฮอร์โมนเลี้ยงวัว ทำให้วัวในคิวบาล้มตายถึง ๖๐ เปอร์เซ็นต์<sup>viii</sup> ส่งผลให้การเกษตรของคิวบาต้องเผชิญกับความตกต่ำของผลผลิต

มากกว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์

ผลกระทบที่สำคัญยิ่งคือ ครัวบาต้องลดการนำเข้าข้าวสาลีและธัญพืชอื่นๆ ลงมากกว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนอาหารขึ้นทั่วประเทศ ชาวครัวบาจึงเจ็บป่วยด้วยภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรง โดยเฉพาะผู้ชาย เพราะรัฐบาลเน้นการแบ่งปันอาหารให้เด็ก สตรีมีครรภ์ และคนแก่ก่อนคนอื่น<sup>ix</sup> ทั้งประเทศต้องเผชิญวิกฤติอาหารนานถึง ๕ ปีเต็ม นับตั้งแต่วันที่ พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๓๘ ประชากรชาวครัวบาจึงต้องกินอาหารน้อยลงกว่าที่เคยกินมาก่อน ทำให้หลายคนผอมลงจนเหลือตัวเล็กนิดเดียว ไม่เว้นแม้แต่ประธานาธิบดีของประเทศ<sup>x</sup>

และผลจากการขาดแคลนอาหารอย่างรุนแรงในช่วงเวลาดังกล่าว ประกอบกับไม่สามารถนำเข้ายารักษาโรคได้ ทำให้เกิดโรคประสาทตาอักเสบในครัวบาเพิ่มขึ้นจำนวนมาก บางคนเป็นมากจนถึงขั้นต้องตาบอดไปตลอดชีวิต มีรายงานว่าในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ มีคนเป็นโรคนี้อันตราย ๑,๐๐๐ คน แล้วเพิ่มขึ้นสูงถึง ๕๐,๐๐๐ คน ในปีถัดมา ซึ่งพบว่าโรคดังกล่าวเกิดจากการขาดวิตามินเอ วิตามินบี วิตามินโพลิค เพราะคนไข้ได้ทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์น้อย เฉลี่ยเพียงแค่ ๓ มื้อในรอบ ๖ เดือน<sup>xi</sup> ประเทศจึงเข้าสู่ภาวะวิกฤติอย่างรุนแรง จนรัฐบาลต้องประกาศ 'ช่วงพิเศษในสภาวะสันติ' (Special Period in Peacetime) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งก็คือการนำประเทศเข้าสู่โครงการรัดเข็มขัดทางเศรษฐกิจในยามสงครามนั่นเอง<sup>xii</sup>

อย่างไรก็ดี ภายใต้สภาวะวิกฤติเช่นนี้รัฐบาลครัวบาได้พยายามรักษานโยบายให้ทุกคนได้เข้าถึงสิ่งที่ยังพอเหลืออยู่ได้อย่างเสมอภาค ประชาชนได้รับการปันอาหารตามภาวะความจำเป็น จึงทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งหรือการลุกฮือของประชาชนขึ้นในสังคม เพราะต่างตระหนักดีว่าทุกคนต่างเผชิญวิกฤติเหมือนกัน

## ระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม: ฐานรากสำคัญของระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง

ภายหลังจากที่มีการปฏิวัติในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ เป็นต้นมา รัฐบาลครัวบาได้หันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาความเป็นธรรมในสังคมอย่างจริงจัง ทำให้ชาวครัวบาทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีเงื่อนไข โดยเริ่มต้นจากองค์กรชุมชนต่างๆ ทำการสำรวจจัดมေးในประชากร



และการเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านระบาดวิทยา นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน การให้วัคซีนป้องกันโรคต่างๆ รวมทั้งการรณรงค์ด้านอื่นๆ เช่น การพัฒนาให้คนรู้หนังสือมากขึ้นอีกด้วย

โดยมีสถานบริการทางการแพทย์ที่เรียกว่า "โพลีคลินิก" คอยให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งรวมถึงปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ คลินิกเหล่านี้จะกระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ในประเทศ

จนกระทั่งในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ คิวบาเริ่มบริการสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่า "คลินิกใกล้บ้าน" (neighborhood/home clinic) ซึ่งจะมีหมอและพยาบาลให้การรักษาและดูแลเยี่ยมเยียนถึงที่บ้าน โดยจะเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้หมอและพยาบาลเหล่านี้จะอาศัยอยู่ภายในชุมชนด้วย โดยหมอและพยาบาลจะต้องทำงานวิจัยและนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าหรือตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ระบบบริการสุขภาพตามแนวทางนี้จึงมีลักษณะเป็นองค์รวมสำหรับชุมชนอย่างแท้จริง

ภายใต้ระบบบริการสุขภาพแบบนี้ ๙๕ เปอร์เซ็นต์ของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ จะมีบุคลากรทางสุขภาพมาตรวจเยี่ยมภายในช่วง ๓ เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และจะได้รับการตรวจเยี่ยมทุกๆ เดือนหลังจากนั้น เว้นแต่ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาในการตั้งครรภ์ จะได้รับการตรวจเยี่ยมเป็นพิเศษทุกสัปดาห์ ทารกจะได้รับการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีในทุกๆ เดือน<sup>xiv</sup>



ภาพที่ ๒ หมอคิวบาจะไปตรวจรักษาและเยี่ยมเยียนคนไข้ถึงที่บ้าน<sup>xv</sup>

ในช่วงเวลาที่ไชเวียตยังไม่ล่มสลาย คิวบาจึงประสบความสำเร็จอย่างมาก ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยจะเห็นได้จาก ตัวชี้วัดต่างๆ เช่น ภาวะโภชนาการ อายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากร ระดับการศึกษาของสตรี จำนวนแพทย์ และยังเป็นประเทศละตินอเมริกาที่มีจำนวนผู้ สำเร็จระดับปริญญาเอกสูงเป็นอันดับหนึ่ง มีอัตราการตายของทารกต่ำ คุณภาพ ของที่อยู่อาศัย อัตราการเข้าเรียนมัธยมอยู่ในเกณฑ์สูง รวมทั้งมีการเข้าร่วม กิจกรรมทางวัฒนธรรมต่างๆ เป็นจำนวนมาก <sup>xvi</sup>

## จากระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง สู่ภูมิคุ้มกันสุขภาพจากวิกฤติ

หลังจากการล่มสลายของไชเวียตในปลายปี พ.ศ. ๒๕๓๒ ประเทศคิวบา ก็ประสบวิกฤติเศรษฐกิจอย่างรุนแรง นอกจากจะไม่สามารถนำเข้าน้ำมัน ปุ๋ยเคมี สารเคมีการเกษตร เครื่องจักรกล และเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ ได้แล้ว ยังไม่สามารถนำเข้ายารักษาโรคได้อีกด้วย เนื่องจากในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ รัฐสภา ของสหรัฐฯ ได้ผ่านกฎหมายที่เรียกว่า "ประชาธิปไตยของคิวบา" (Cuban Democracy Act) ซึ่งห้ามประเทศต่างๆ จำหน่ายอาหาร ยารักษาโรค วัสดุดิบต่างๆ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้คิวบา และมีการกำหนดมาตรการลงโทษสำหรับ ประเทศโลกที่สามใดก็ตามที่ส่งผลิตภัณฑ์ยา และสินค้าต่างๆ ไปให้คิวบา เป็น ผลให้เกิดการขาดแคลนยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในคิวบาเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังขาดแคลนแม้กระทั่งกระดาษที่จะใช้สำหรับพิมพ์วารสารทางการแพทย์และพยาบาล คิวบาจึงหันมาให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพและการ ศึกษาเป็นอันดับต้นๆ ในการพัฒนาและฟื้นฟูประเทศภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจ

แม้ว่าคิวบาต้องเผชิญปัญหาในการห้ามนำเข้าสินค้าจากสหรัฐฯและประเทศ ต่างๆ โดยเฉพาะยารักษาโรค แต่ในภาพรวมประชาชนชาวคิวบาก็ยังมีสุขภาพ ที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากคิวบามีโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพที่ เข้มแข็ง ตัวชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญ เช่น อัตราการตายของทารกในคิวบาลดลง อย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๘ อัตราการตายของทารกเท่ากับ ๑๕ ต่อ ประชากรแรกเกิดที่มีชีวิตรอด ๑,๐๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ อัตราการตาย ของทารกเป็น ๑๐.๗ และในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เท่ากับ ๗.๒ แต่ในด้านการเพิ่มขึ้น

ของโรคติดเชื้อ ยังไม่สามารถควบคุมได้และเป็นปัญหาสำคัญในช่วงเวลาดังกล่าว<sup>xvii</sup>

นอกจากนี้ การที่รัฐบาลคิวบาให้ความสำคัญกับการลงทุนในการพัฒนาทรัพยากรคนมาอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา จึงทำให้มีนักวิทยาศาสตร์และนักวิจัยในประเทศจำนวนมาก โดยคิดเป็นสัดส่วนถึง ๑๑ เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มประเทศละตินอเมริกา ในขณะที่มีประชากรแค่เพียง ๒ เปอร์เซ็นต์ของภูมิภาคนี้<sup>xviii</sup> ทำให้มีความพยายามที่จะพึ่งตนเองด้านการแพทย์มากขึ้น เช่น มีการพัฒนายาสมุนไพรสำหรับใช้อย่างแพร่หลายทั้งในโรงพยาบาลและคลินิกต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางเภสัชได้อีกหลายชนิด มีการผลิตวัคซีนใช้เองภายในประเทศและยังสามารถส่งออกได้ด้วย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ คิวบามีรายได้จากการส่งออกเภสัชภัณฑ์มากเป็นอันดับที่ ๓ รองจากน้ำตาลและแร่เหล็ก<sup>xix</sup>

เหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ระบบสุขภาพของคิวบาได้รับผลกระทบไม่รุนแรงมากนักจากวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น เนื่องด้วยรัฐบาลให้ความสำคัญกับภาคสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง และช่วงที่ประเทศประสบวิกฤติ รัฐบาลก็ได้เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อเป็นการคุ้มครองสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงจากการได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๓ และ ๒๕๔๐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคิวบาได้เพิ่มขึ้นจาก ๖.๖ เปอร์เซ็นต์ เป็น ๑๐.๙ เปอร์เซ็นต์ของรายจ่ายรัฐบาลกลาง<sup>xx</sup>

## การเกษตรรายย่อยกับการเอาชนะวิกฤติ

หลังจากคิวบาประสบวิกฤติเศรษฐกิจอย่างรุนแรงภายหลังการล่มสลายของโซเวียต ระบบการเกษตรในคิวบาก็ได้รับความเสียหายอย่างหนักเช่นกัน เนื่องจากไม่สามารถนำเข้าปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง เครื่องจักรกลและน้ำมันได้ ทำให้รัฐบาลคิวบาต้องตัดสินใจปรับเปลี่ยนทิศทางการเกษตรแบบหันหลังกลับ ๓๖๐ องศา โดยหันมาพัฒนาระบบการเกษตรแบบพึ่งตนเองมากขึ้น มีการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นในการทำการเกษตรแบบดั้งเดิม และหันมาพัฒนาวิธีการทางชีวภาพเพื่อควบคุมแมลงศัตรูพืช เช่น ใช้แบคทีเรีย ตัวห้ำ ตัวเบียน

ปุ๋ยเคมีถูกแทนที่ด้วยปุ๋ยชีวภาพ ไล่เดือน ปุ๋ยอินทรีย์ หินฟอสเฟตธรรมชาติ มูลสัตว์ และยังมีการสนับสนุนให้มีการปลูกพืชหมุนเวียน หรือปลูกแบบผสมผสานแทนการปลูกพืชเชิงเดี่ยว มีการหันกลับมาใช้วัสดุภายในแทนการใช้รถแทรกเตอร์

อย่างไรก็ดี แม้รัฐบาลจะได้ปรับเปลี่ยนระบบการผลิตทางการเกษตรมาพึ่งตนเองมากขึ้น มีการเพิ่มปริมาณหัวในการใช้แรงงานมากขึ้น มีการพัฒนาปัจจัยการผลิตขึ้นใช้เองในฟาร์ม แต่กลับพบว่าผลผลิตในแปลงเกษตรขนาดใหญ่ของรัฐก็ยังไม่เพิ่มขึ้นเลย ในขณะที่เกษตรกรรายย่อย ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศ (ประมาณ ๒๐ เปอร์เซ็นต์) กลับสามารถเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรได้มากกว่าที่ๆ ที่ใช้วิธีการผลิตแบบดั้งเดิม<sup>xxi</sup>

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกษตรกรรายย่อยสามารถปรับตัวและประสบความสำเร็จในการเพิ่มผลผลิตก็เพราะมีประสบการณ์และความชำนาญในการทำการเกษตรแบบดั้งเดิมอยู่ก่อนแล้ว จึงสามารถผสมผสานเทคนิคชีวภาพและความรู้ต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสมลงตัว ประกอบกับแปลงเพาะปลูกของเกษตรกรรายย่อยมีขนาดเล็ก จึงทำให้สามารถดูแลเอาใจใส่ผลผลิตได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ผลผลิตของเกษตรกรรายย่อยจึงสูงกว่าผลผลิตของรัฐบาลในแปลงเกษตรขนาดใหญ่

## จากแปลงเกษตรขนาดใหญ่ สู่ระบบการผลิตแบบมีส่วนร่วม ในแปลงขนาดเล็ก

เหตุผลหลักที่แปลงเกษตรขนาดใหญ่ของรัฐไม่สามารถปรับตัวไปใช้เทคนิคการเกษตรแบบดั้งเดิมได้ เพราะภายใต้ระบบการผลิตแบบนี้ จะมีการแบ่งหน้าที่กันทำเป็นฝ่ายๆ เช่น การเตรียมดิน การปลูก การกำจัดวัชพืช การดูแลรักษา การเก็บเกี่ยว ไม่มีใครมีโอกาสเห็นกระบวนการเพาะปลูกในทุกขั้นตอน ดังนั้นจึงไม่มีใครสักคนสามารถเข้าใจผลต่อเนื่องจากกระบวนการเพาะปลูกบางอย่างที่ผิดพลาด หรือในทางกลับกันไม่มีใครมีโอกาสได้ชื่นชมกับผลิตผลจากแรงงานของพวกเขาเอง<sup>xxii</sup> นอกจากนี้ภายใต้ระบบการเพาะปลูกในแปลงขนาดใหญ่เช่นนี้ เกษตรกรทำงานในฐานะลูกจ้างของรัฐ จึงทำให้ไม่เกิดแรง

จูงใจที่จะพัฒนาและปรับปรุงการเพาะปลูกให้ดีขึ้น เพราะทำที่สุดผลผลิตที่ได้ก็ไม่ใช้ของตัวเอง

ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลจึงได้พยายามทดลองโครงการฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างคนงานกับผืนดิน โดยแบ่งการจัดกลุ่มคนงานให้เล็กลง และให้ทุกคนร่วมรับผิดชอบการผลิตทุกขั้นตอนในที่ดินขนาดเล็กที่จัดไว้ให้ มีการจ่ายค่าตอบแทนที่สัมพันธ์กับผลผลิต ซึ่งปรากฏว่ามีผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่วิธีการนี้ก็ยังไม่แพร่หลายนักหากเทียบกับการผลิตในแปลงขนาดใหญ่แบบเดิม ทั้งนี้เนื่องจากมีวิธีการที่ง่ายและสะดวกกว่าเพราะใช้นักเทคนิคเพียงคนเดียวก็สามารถควบคุมการผลิตได้หลายพันเฮกเตอร์ เพียงแต่ทำตามสูตรที่กำหนดไว้และควบคุมเครื่องจักรเท่านั้น<sup>xxiii</sup>

ในปลายปี พ.ศ. ๒๕๓๖ รัฐบาลคิวบาจึงเริ่มปรับเปลี่ยนองค์กรการผลิตแบบใหม่ โดยแบ่งแปลงเพาะปลูกขนาดใหญ่ออกเป็นแปลงเล็กๆ แล้วส่งเสริมให้เกษตรกรรายย่อยร่วมกันผลิตในระบบสหกรณ์อย่างจริงจัง เรียกว่า "สหกรณ์การผลิตพื้นฐาน" (Basic Unit Cooperation Production, UBPCs) ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ถึง ๘๐ เปอร์เซ็นต์ของพื้นที่ของรัฐ มีระบบการให้เช่าที่ดินเป็นกลุ่ม และให้จัดระบบบริหารจัดการกันเอง มีระบบโควต้าการผลิต ถ้าเกษตรกรกลุ่มใดสามารถผลิตได้เกินโควต้าสามารถนำไปขายในตลาดได้แทนการนำไปขายในตลาดมืด และนำเงินมาพัฒนาการผลิตต่อไป และเนื่องด้วยเกษตรกรรายย่อยในคิวบามีการใช้พื้นที่ทุกตารางนิ้วอย่างเป็นประโยชน์ จึงทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ต่อมาในกลางปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ปัญหาการขาดแคลนอาหารในคิวบาก็หมดไป<sup>xxiv</sup> คิวบาใช้เวลาเพียง ๕ ปีก็สามารถฟื้นฟูระบบการเกษตรของประเทศให้รอดพ้นจากวิกฤติได้

## การปรับเปลี่ยนระบบการผลิตทั้งประเทศ: หัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบเกษตรที่ยั่งยืน

นอกเหนือจากการปรับเปลี่ยนระบบการผลิตจากแปลงขนาดใหญ่มาเป็นแปลงขนาดเล็กที่ให้เกษตรกรมีส่วนร่วมมากขึ้นแล้ว ยังมีการสนับสนุนจากรัฐบาลในด้านอื่นๆ อย่างเต็มที่ ทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ

ในการทำเกษตรกรรมชาติ และการเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวผ่านระบบการศึกษาในระดับต่างๆ อาทิ

รัฐบาลสนับสนุนให้สถาบันวิจัยเครื่องจักรกลที่ใช้ในการเกษตร ซึ่งก่อนหน้านี้เคยออกแบบเครื่องจักรกลสำหรับใช้ร่วมกับแทรกเตอร์ แต่ตอนนี้วิศวกรสมัยใหม่ได้ออกแบบคันไถสำหรับใช้กับวัวได้ เป็นคันไถเอนกประสงค์ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างเทคโนโลยีสมัยใหม่กับความรู้พื้นบ้านในการใช้วัว มีการสร้างเครือข่ายนักศึกษาขึ้นเพื่อฝึกอบรมให้รู้วิธีการที่จะทำงานกับวัว มีการจ้างเกษตรกรที่ปลดเกษียณแล้วมาฝึกอบรมวิธีการใช้วัวให้กับนักศึกษา<sup>xxv</sup>

รวมทั้งยังมีการสร้างศูนย์ควบคุมศัตรูพืชแบบชีวภาพ มีการผลิตแบคทีเรียหรือเชื้อราสำหรับใช้ต่อต้านศัตรูพืช ผลิตแมลงศัตรูธรรมชาติ ศูนย์ดังกล่าวเป็นวิสาหกิจของสหกรณ์การเกษตร โดยกระทรวงเกษตรให้กู้เงินสร้างอาคารและซื้ออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการฝึกอบรม โดยทั่วไปเจ้าของศูนย์จะอบรมให้เกษตรกรฟรี โดยรายได้ที่ได้มากจะจ่ายคืนเงินกู้ให้แก่รัฐบาล และจ่ายเป็นเงินเดือนให้เจ้าหน้าที่ ปัจจุบันมีศูนย์ดังกล่าวทั้งสิ้น ๒๒๗ ศูนย์ทั่วประเทศ นอกจากนี้ตามฟาร์มต่างๆ หลายแห่งในคิวบาจะมีห้องทดลองและห้องผลิตสารชีวภาพสำหรับกำจัดศัตรูพืช โดยความร่วมมือกันอย่างเข้มข้นระหว่างนักวิทยาศาสตร์ของประเทศกับเกษตรกร

ที่สำคัญรัฐบาลยังส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับเกษตรกรรมยั่งยืนในโรงเรียนและสถาบันการศึกษาต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยเริ่มจากการเปลี่ยนหลักสูตรของโรงเรียนมัธยมชนบทให้สอนเรื่องเกษตรอินทรีย์ ในมหาวิทยาลัยด้านการเกษตรก็มีการเปลี่ยนหลักสูตรให้เน้นด้านนิเวศวิทยามากขึ้น นอกจากนี้ยังมีโครงการนิเวศเกษตรที่ให้เกษตรกรเรียนรู้ด้านเกษตรและนิเวศวิทยาประมาณหนึ่งเดือน โดยเกษตรกรต้องทำแผนว่าเวลากลับไปทำเกษตรที่หมู่บ้านแล้ว จะนำข้อมูลที่เรียนรู้มาส่งต่อให้เกษตรกรคนอื่นๆ เรียนรู้ได้อย่างไร เป็นการถ่ายทอดจากตัวเกษตรกรสู่เกษตรกรเอง<sup>xxvi</sup>

การปรับเปลี่ยนระบบการเกษตรทั้งประเทศในทุกระดับอย่างจริงจัง ส่งผลให้คิวบาประสบความสำเร็จอย่างมากในการทำเกษตรอินทรีย์ทั้งประเทศ ปัจจุบันระบบการเกษตรของคิวบาไม่มีการใช้ปุ๋ยเคมีหรือสารเคมีใดๆ เลย



ภาพที่ ๓ ภาพดินที่อุดมสมบูรณ์ขึ้นหลังจากปรับเปลี่ยนจาก  
เกษตรเคมีแบบเข้มข้นมาเป็นเกษตรธรรมชาติ<sup>xxvii</sup>

## ระบบการเกษตรในเมือง: ทางเลือก ทางรอด สำหรับคนเมือง

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในคิวบาคือ การทำการเกษตรในเมือง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ ทำให้ไม่มีน้ำมันที่จะเอาผลผลิตเข้ามาในเมือง คนในเมืองจึงพยายามหาทางออกโดยการปลูกพืชผักกินเอง ซึ่งภายหลังรัฐบาลก็มีนโยบายสนับสนุนการเกษตรในเมืองอย่างเต็มที่ และเนื่องจากผลผลิตการเกษตรขายได้ราคาดี สร้างรายได้สูงกว่ารายได้โดยเฉลี่ยทั่วไปถึงประมาณ ๓ เท่า ทำให้พื้นที่ว่างเปล่าในเมืองไม่ว่าแปลงไหนก็มีการทำการเกษตรกันไปทั่ว เกษตรกรบางคนจึงมีรายได้มากกว่ารัฐมนตรีกระทรวงเกษตรเสียอีก

จึงส่งผลให้ผลผลิตผักในเมืองสูงขึ้นมาก ตัวอย่างเช่น เมืองฮาวาน่า เมืองหลวงของคิวบา ผลผลิตผัก ๙๐ เปอร์เซ็นต์มาจากฟาร์มเกษตรในตัวของเมือง รัฐบาลของฮาวาน่าตั้งสำนักงานเกษตรขึ้นและจ้างนักการเกษตรเข้ามาทำงานส่งเสริมการเกษตร ทำศูนย์ปุ๋ยชีวภาพ ศูนย์ปราบศัตรูพืชแบบชีวภาพ มีคลินิกดูแลสัตว์เลี้ยงทั่วว่ ไก่ หมู ถึง ๒๓ แห่ง ในแต่ละชุมชนมีร้านขายสินค้าเกษตร มีห้องสมุดให้ยืมหนังสือเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์ และมีนักการเกษตรให้คำปรึกษาและไปดูแลแปลงให้โดยจ่ายค่าตอบแทนเพียงเล็กน้อย<sup>xxviii</sup>

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีการส่งเสริมระบบเศรษฐกิจแบบสมานฉันท์ คือ การผลักดันจูงใจให้เกษตรกรในเมืองมีบทบาทเชิงบวกกับสังคมและชุมชนของ

ตนเอง มีการส่งเสริมให้มีศูนย์เลี้ยงเด็ก มีโรงเรียน และมีบ้านสำหรับคนแก่ มี  
อนามัย มีโรงพยาบาล โดยให้ธุรกิจเอกชนจัดหาผลผลิตต่างๆ ๒๐ เปอร์เซ็นต์  
ให้กับสถานที่เหล่านี้

จากความสำเร็จอย่างมากในการปรับเปลี่ยนระบบการผลิตของประเทศ  
จากระบบเกษตรเคมีเชิงเดี่ยวที่พึ่งพาปัจจัยการผลิตจากภายนอก มาสู่ระบบ  
เกษตรอินทรีย์ที่อยู่บนฐานของการพึ่งตนเองอย่างแท้จริง ส่งผลให้ชาวคิวบา  
มีความมั่นคงทางอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมาก คุณภาพชีวิตของชาวคิวบาจึงดีขึ้น  
เป็นลำดับ



ภาพที่ ๔ ผลผลิตผักอินทรีย์ที่มีการปลูกกันอย่างแพร่หลาย  
ในตัวเมืองต่างๆ ของคิวบา<sup>xxix</sup>

## บทส่งท้าย

แม้คิวบาจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาเล็กๆ แต่ก็สามารถแสดงศักยภาพให้  
ชาวโลกได้ประจักษ์ว่า การพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม  
ความเท่าเทียม และการพึ่งตนเองบนพื้นฐานของการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญา  
ท้องถิ่น สามารถนำพาประเทศไปสู่ความผาสุกของคนในสังคมได้ ถึงแม้ว่า  
ประเทศจะไม่ได้ร่ำรวยมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ซึ่งแนวทางในการพัฒนาประเทศ  
ดังกล่าวได้พิสูจน์ให้เราเห็นแล้วว่า สามารถนำพาประเทศชาติให้รอดพ้นวิกฤติ  
ต่างๆ ได้อย่างน่าอัศจรรย์ คิวบาจึงเป็นรูปธรรมที่สำคัญอย่างยิ่งของการพัฒนา  
ประเทศตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงอย่างแท้จริง



บทเรียนที่สำคัญจากประเทศคิวบาที่ประเทศไทยเราน่าจะนำมาปรับใช้ คือ การให้ความสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างจริงจัง ทั้งระบบการศึกษา การวิจัย รวมทั้งการเรียนรู้จากการประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาประเทศบนฐานของการพึ่งพาตนเองโดยให้ความสำคัญกับการประยุกต์ใช้ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การฟื้นฟูแพทย์พื้นบ้าน และการเกษตรทางเลือกต่างๆ อย่างจริงจัง

ที่สำคัญคือ การเสริมสร้างอุดมการณ์ของสังคมไทยในเรื่องความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในสังคม แทนที่จะมุ่งสร้างแต่การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว เพื่อให้แนวนโยบายของรัฐไม่ปล่อยปละละเลยการทำลายฐานทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และการชูดรีดเอาไรด์เอาเปรียบเพื่อความมั่งคั่งแต่ละบุคคล แต่มุ่งฟื้นฟูและพัฒนาฐานทรัพยากรต่างๆ และขีดความสามารถของประชาชนทุกกลุ่ม เพื่อความมั่นคงและยั่งยืนของสังคมโดยภาพรวม การพัฒนาบนหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คงไม่ใช่ความฝันที่ไกลเกินจริงสำหรับสังคมไทยอีกต่อไป ตราบใดที่บทเรียนจากคิวบาได้ถูกนำมาสะท้อนคิดและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยอย่างจริงจัง.

---

<sup>i</sup> เดชรัต สุขกำเนิด และรุ่งทิพย์ สุขกำเนิด. ๒๕๔๗. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีสุขภาวะและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพในระดับมหภาค. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

<sup>ii</sup> Arachu Castro and Paul Farmer, ๒๐๐๕. International Public Health Pitfalls and Economic Arguments: The Fight Against AIDS in Cuba and Haiti. From Rethinking the Public in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence and Epidemics of Inequality in Latin America, Working Papers of the Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS). San Diego; University of California at San Diego. [www.medicc.org](http://www.medicc.org)

- iii คณะทำงานวาระทางสังคม. ๒๕๔๗. **เกษตรกรรมคือยา..ประเทศที่ถูกบังคับให้พึ่งตนเอง**. เที่ยบเรียงและแปลจากการเสวนาระหว่างปีเตอร์ รอสส์เล็ด ผู้อำนวยการร่วมของสถาบันนโยบายอาหารและการพัฒนา (หรือ Food First) ร่วมกับเกษตรกรและนักพัฒนาภาคีอีสาน เมื่อวันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๔๗ ณ จังหวัดขอนแก่น. [www.midnightuniv.org/midnight๒๕๔๕/document๙๗๖๖.html](http://www.midnightuniv.org/midnight๒๕๔๕/document๙๗๖๖.html)
- iv กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **คิวบา: ทางเลือกโลกหลังทุนนิยม?**. จุลสารรายเดือน ป.ป. ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒๙ เดือนเมษายน ๒๕๔๖.
- v คณะทำงานวาระทางสังคม. ๒๕๔๗. **อ้างแล้ว**
- vi กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **อ้างแล้ว**
- vii Arachu Castro and Paul Farmer, ๒๐๐๕. **อ้างแล้ว**
- viii คณะทำงานวาระทางสังคม. ๒๕๔๗. **อ้างแล้ว**
- ix ปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. ๒๕๔๕. **จิตวิญญาณการเกษตร ท่ามกลางกระแสโลกอลเวง: บทเรียนจากคิวบา**. รวมบทความประกอบการประชุมห้องย่อยวิชาการจิตวิญญาณการเกษตร: ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์และสังคม. งานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๕-๗ สิงหาคม ๒๕๔๕.
- x คณะทำงานวาระทางสังคม. ๒๕๔๗. **อ้างแล้ว**
- xi ปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. ๒๕๔๕. **อ้างแล้ว**
- xii กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **อ้างแล้ว**
- xiii คณะทำงานวาระทางสังคม. ๒๕๔๗. **อ้างแล้ว**
- xiv Swanson KA, Swanson JM, Gill AE and Walter C, ๑๙๙๕. **Primary care in Cuba: a public health approach**. [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- xv <http://news.bbc.co.uk/๑/hi/business/๔๕๘๓๖๖๘.stm>
- xvi กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **อ้างแล้ว**
- xvii Arachu Castro and Paul Farmer, ๒๐๐๕. **อ้างแล้ว**
- xviii กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **อ้างแล้ว**
- xxiv ปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. ๒๕๔๕. **อ้างแล้ว**
- xx Arachu Castro and Paul Farmer, ๒๐๐๕.
- xxi ปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. ๒๕๔๕. **อ้างแล้ว**
- xxii กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **อ้างแล้ว**
- xxiii ปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. ๒๕๔๕. **อ้างแล้ว**
- xxiv กลุ่มประชาธิปไตยเพื่อประชาชน. ๒๕๔๖. **อ้างแล้ว**
- xxv **เพิ่งอ้าง**
- xxvi ปัดพงษ์ เกษสมบุญณ์. ๒๕๔๕. **อ้างแล้ว**
- xxvii **ที่มา** <http://www.cityfarmer.org/cubacastro.html>
- xxviii คณะทำงานวาระทางสังคม. ๒๕๔๗. **อ้างแล้ว**
- xxix **เพิ่งอ้าง**



สิทธิมนุษยชนกับสุขภาพ:  
ความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนในกระแสโลก  
วิภา ธีรเชิด

## เรื่องสยองหลัง แลหน้า เรามาได้ไกลแค่ไหน?

ในปี ค.ศ. ๑๙๙๖ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า โลกจะสามารถบรรลุเป้าหมายของการมี "สุขภาพดีถ้วนหน้า" ได้ภายในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ จนถึงขณะนี้ เวลาได้ล่วงเลยมากกว่า ๖ ปีแล้ว และดูเหมือนว่าเรายังอยู่ห่างไกลจากเป้าหมายดังกล่าวอีกมาก หลักฐานที่ชัดเจนที่สุดคือ ถึงแม้เราจะประสบความสำเร็จในการผลิตวัคซีนนวัตกรรมใหม่ๆ อันล้ำสมัยเพื่อใช้ป้องกันและรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ แต่บ่อยครั้งที่นวัตกรรมเหล่านั้นไปไม่ถึงมือของผู้ที่ต้องการการเยียวยา รักษาและจำนวนผู้ป่วยก็ไม่ได้ลดลง ในบางกรณีกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ยิ่งไปกว่านั้น เรื่องตลกร้ายมักจะมาเยือนวงการสาธารณสุขอยู่เป็นประจำ เป็นต้นว่า เมื่อใดที่เราค้นพบวิธีในการรักษา การวินิจฉัย และ/หรือการป้องกันโรคชนิดใดชนิดหนึ่งและพากันแช่ซึ้งยินดีกับความเร็จดังกล่าว ไม่นานเข้าเรามักได้ยินข่าวการสำรวจพบเชื้อโรคหรือโรคภัยไข้เจ็บชนิดใหม่ๆ ตามมาเสมอๆ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับความเสียหายทางด้านสุขภาพมากมายทั้งใหม่และเก่า ความเจ็บป่วยหลายชนิดเป็นผลมาจากพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมสมัยใหม่ เช่น ความเครียด โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนเป็นผลมาจากภัยพิบัติทั้งทางธรรมชาติและที่มาจากกรกระทำของ

มนุษย์ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านอาหารและถิ่นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ในหลายพื้นที่ รวมทั้งการล้มป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารของผู้ที่อาศัยอยู่ในลุ่มบริเวณที่มีการทำเหมืองแร่ เป็นต้น นอกจากนี้เรายังไม่สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยบางชนิดที่คร่าชีวิตผู้คนจำนวนมากอย่างต่อเนื่องได้ ตัวอย่างเช่น เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

ปรากฏการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งยืนยันว่า การดำเนินงานในระยะที่ผ่านมาเพื่อบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นประสบความสำเร็จเพียงเล็กน้อยอย่างสิ้นเชิง เรากำลังถูกรายล้อมรอบด้านด้วยโรคภัยไข้เจ็บนานาชนิด คำถามที่ตามมาก็คือ อะไรเป็นสาเหตุของสถานการณ์ที่เรากำลังประสบอยู่นี้ และจะทำอย่างไรเพื่อให้การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นได้มากกว่าเจตนารมณ์หรืออุดมคติ

## ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ: โจทย์ที่ต้องตอบ

ในส่วนของคำถามแรกนั้น เหตุผลหลายประการนับตั้งแต่ปัจจัยทางวัฒนธรรม ระดับการศึกษา และพฤติกรรมของมนุษย์ ไปจนถึงการขาดแคลนทรัพยากร ถูกยกขึ้นมาอ้างเกี่ยวกับความล้มเหลวในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชากรของโลก โดยเฉพาะประเด็นหลังนั้นดูเหมือนจะได้รับการยอมรับอย่างชอบธรรมจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับภาคสาธารณสุข แต่การกล่าวอ้างเช่นนั้นเท่ากับเราต้องตกอยู่ในภาวะของการยอมจำนนต่อภาวะเงื่อนไขที่มีอยู่ก่อนแล้วและยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งถ้าเป็นจริงเช่นนั้นแล้ว เราก็ไม่อาจวาดหวังถึงวันพรุ่งนี้ที่ดีกว่าได้เลย

อย่างไรก็ตาม งานวิชาการหลายชิ้นและเสียงสะท้อนที่ดังยิ่งขึ้นในระยะที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า ประเด็นการขาดแคลนทรัพยากรนั้นเป็นมายาคติแท้ที่จริงแล้วโลกยังมีทรัพยากรอย่างมั่งคั่งมหาศาล แต่ปัญหาอยู่ที่การจัดสรรปันส่วนทรัพยากรเหล่านั้นอย่างเป็นธรรมต่างหาก กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความล้มพันธุเชิงอำนาจทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่ไม่เท่าเทียมได้ทำให้คนบางกลุ่ม (เช่น ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา และคนยากจนในประเทศพัฒนาแล้ว) ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรและบริการด้านสุขภาพที่มี

คุณภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่คนหรือประเทศเหล่านั้นกำลังเผชิญได้ในขณะที่คนอีกกลุ่ม (เช่น ประชาชนในประเทศพัฒนาแล้ว และคนรวยในประเทศกำลังพัฒนา) กลับมีทรัพยากรให้ใช้อย่างเหลือเฟือและไม่เคยรู้ด้วยซ้ำว่ายังมีความเจ็บป่วยชนิดอื่นๆ อยู่ในโลก

หากจะเข้าใจเรื่องของความเหลื่อมล้ำในหมู่ประชากรโลกและผลกระทบต่อสุขภาพของพวกเขาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ขอให้ลองศึกษาแนวทางการกำจัดโรคออกเป็น ๓ ประเภท โดยใช้การตีความขอบเขตของโรคที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนาและคนยากจนในประเทศพัฒนาแล้วอย่างผิดปกติไม่ได้สัดส่วน ซึ่งระบุไว้ในรายงานของคณะกรรมการการเศรษฐกิจมหภาคและสุขภาพ (Commission on Macroeconomics and Health-CMH) องค์การอนามัยโลก ดังต่อไปนี้

- ประเภทที่ ๑ โรคที่เกิดทั้งในประเทศยากจนและในประเทศร่ำรวย มีประชากรกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากในทั้งสองกลุ่มประเทศ ตัวอย่างที่เป็นโรคติดต่อได้แก่ ไข้ วัณโรคชนิดบี และ Haemophilus influenzae type b (Hib) และโรคไม่ติดต่ออีกมากมาย เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากยาสูบ วัคซีนมากมายสำหรับโรคประเภทที่ ๑ ได้รับการพัฒนาขึ้นใน ๒๐ ปีที่ผ่านมาแต่ไม่สามารถแพร่หลายในประเทศยากจนเพราะราคาแพงเกินไปสำหรับคนจน
  - ประเภทที่ ๒ โรคที่เกิดทั้งในประเทศยากจนและในประเทศร่ำรวย แต่มีสัดส่วนสูงในประเทศยากจน โดยมากกว่าร้อยละ ๙๐ อยู่ในประเทศยากจน ตัวอย่างเช่น เอชไอวี/เอดส์ และวัณโรค
  - ประเภทที่ ๓ โรคที่ผูกขาดเฉพาะในประเทศยากจน เช่น โรคเหงาหลับ (African sleeping sickness/trypanosomiasis) และ African river blindness/onchocerciasis โรคเหล่านี้มีงานวิจัยน้อยมาก เพราะไม่มีแรงจูงใจในเชิงพาณิชย์ เมื่อมีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ขึ้น มันมักจะเป็นเรื่องของความบังเอิญหรือโชคช่วย เช่น วงการสัตวแพทย์ที่พัฒนาขึ้นโดยบริษัทเมอร์ค (Merck) พบว่า ivermectin มีประสิทธิภาพในการควบคุม onchocerciasis ในมนุษย์ได้ด้วย
- ถ้าเราเรียกโรคประเภทที่ ๒ ว่า โรคที่ถูกทอดทิ้ง (Neglected Disease)

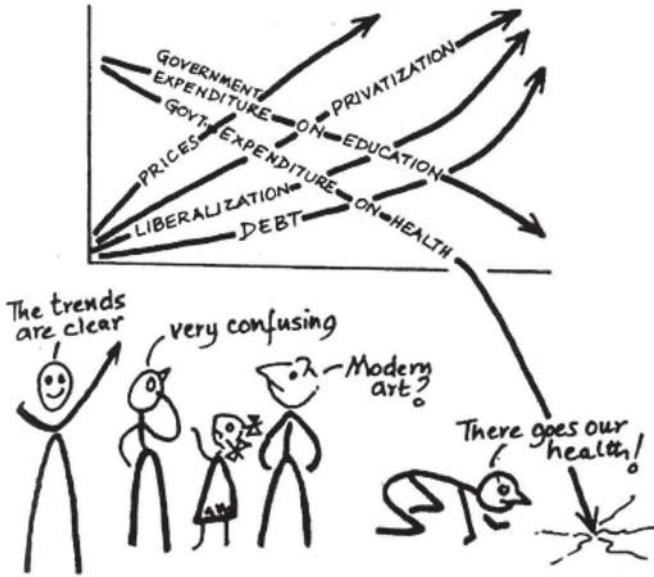
ก็ต้องเรียกโรคในประเภทที่ ๓ นี้ว่า โรคที่ถูกทอดทิ้งมากๆ (Very Neglected Disease).

องค์การอนามัยโลกชี้แนวโน้มว่า มีโรคในประเภทที่ ๑ หลายโรคกำลังเปลี่ยนมาอยู่ในกลุ่มประเภทที่ ๒ กล่าวคือ แต่เดิมเคยแพร่หลายในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่กำลังเริ่มส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา และเนื่องมาจากวิธีการแก้ไขปัญหามาแบบอย่างของประเทศที่พัฒนาแล้ว ใช้ไม่ได้กับสถานการณ์ในประเทศกำลังพัฒนา

จากการจำแนกกลุ่มโรคข้างต้น เราอาจพอคาดเดาได้ว่า ทิศทางการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขย่อมโน้มเอียงไปตามความต้องการของประเทศพัฒนาแล้วมากกว่า ทั้งนี้เพราะประชาชนมีอำนาจการใช้จ่ายสูง และบริษัทด้านเวชภัณฑ์มีโอกาสในการสร้างผลกำไรได้มากกว่า ในกรณีของกลุ่มโรคประเภทที่ ๑ ซึ่งเป็นโรคที่ประชาชนทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้วเผชิญอยู่ร่วมกัน ประเทศกำลังพัฒนาอาจได้รับอานิสงส์จากงานวิจัยที่บริษัทได้คิดค้นขึ้นสำหรับผู้ป่วยในประเทศพัฒนาแล้ว แต่หลายครั้งที่ตัวยาและวิธีการรักษาที่ถูกค้นพบไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เช่น มีราคาแพงเกินไป มีวิธีการใช้ที่ซับซ้อนเกินไป เป็นต้น

ดังนั้น แม้ว่าประเทศกำลังพัฒนาจะมีอุปสงค์ แต่เมื่อประชาชนไม่มีกำลังซื้อเพียงพอ อีกทั้งรัฐบาลก็ไม่มียบประมาณหรือเจตจำนงที่จะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายใต้ระบบเสรีนิยมใหม่ ซึ่งรัฐบาลของประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่เร่งเดินหน้าพัฒนาเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการปรับโครงสร้างและการควบคุมรายจ่ายที่กำหนดโดยองค์กรทางการเงินระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก(World Bank) และกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund-IMF) ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาจึงแทบไม่มีโอกาสในการกำหนดชะตากรรมทางสุขภาพของตนเองเลย





ในภาพนี้ เส้นกราฟที่พุ่งขึ้นแสดงถึงราคาสินค้า การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ การเปิดเสรีทางเศรษฐกิจ และหนี้สินที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เส้นกราฟที่โค้งลงแสดงถึงค่าใช้จ่ายของรัฐในด้านการศึกษา และสุขภาพที่ลดลง ซึ่งหมายถึงบริการสุขภาพที่กำลังเข้าขั้นวิกฤติ

โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ

(ที่มา: Global Health Watch ๒๐๐๕-๒๐๐๖)

ในการทำงานเดียวกัน สำหรับกลุ่มโรคประเภทที่ ๒ โอกาสของประเทศกำลังพัฒนาที่จะได้ใช้ยาและเทคโนโลยีต่างๆก็ยิ่งต้องขึ้นอยู่กับกระแสความต้องการในประเทศพัฒนาแล้วมากเข้าไปอีก ตัวอย่างที่ชัดเจนก็คือ ยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์แพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนาได้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเทศพัฒนาแล้วยังต้องการยาดังกล่าวเพื่อใช้รักษาผู้ป่วยของตนอยู่ ในทางกลับกัน ยาสำหรับรักษาวัณโรคและมาลาเรียมียังไม่มากนักก็เพราะประเทศพัฒนาแล้วต้องการการป้องกันมากกว่าการรักษา

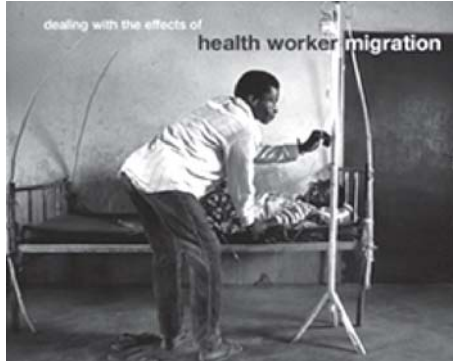
สำหรับกลุ่มโรคประเภทที่ ๓ นั้น แทบจะไม่มีแรงจูงใจในการคิดค้นนวัตกรรมเลย จะมีอยู่บ้างก็เป็นเรื่องบังเอิญดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ในบางกรณีการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่มีความปลอดภัยหรือไม่มีประสิทธิผลเพียงพอ

ตัวอย่างเช่น melasoprol ที่ใช้สำหรับรักษา sleeping sickness นั้นมีผลข้างเคียงสูงและไม่มีการพัฒนาตัวยาให้ดีขึ้นเลยนับตั้งแต่ถูกคิดค้นขึ้นในครั้งแรก

อย่างไรก็ตาม เราคงไม่อาจกล่าวโทษแต่เพียงธุรกิจและอุตสาหกรรมด้านเวชภัณฑ์เท่านั้น (แม้จะมีข้อเท็จจริงที่น่าเชื่อถืออยู่มากกว่า บริษัทเหล่านี้ได้บวกกำไรมหาศาลเข้าไปในราคาขาย ซึ่งสูงกว่าต้นทุนที่แท้จริงมาก ในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๙๕-๒๐๐๐ ธุรกิจยาเป็นธุรกิจที่สามารถทำกำไรได้สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งในสหรัฐอเมริกา) ทั้งนี้ นายแพทย์พอล ฟาร์เมอร์ ซึ่งเป็นแพทย์ชาวอเมริกันที่อุทิศตัวทำงานในพื้นที่ชุมชนยากจนในประเทศต่างๆ มานานกว่า ๒๐ ปี ได้กล่าวถึงทัศนคติและความถือตัวในวงการแพทย์ที่นำไปสู่การซ้ำเติมปัญหาสุขภาพของคนจน กล่าวคือ แพทย์มีแนวโน้มที่จะโทษว่าความล้มเหลวในการรักษามาจากคุณสมบัติต่างๆ ของคนไข้ เช่น การขาดการศึกษา ความยากจน ความเชื่อในสิ่งลึกลับ และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มากกว่าจะวิเคราะห์ถึงปัจจัยทางสังคมต่างๆ ที่บีบคั้นการดำรงชีวิตของพวกเขา

ยิ่งไปกว่านั้น ในกรณีที่รัฐมีนโยบายในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน เรายังคงพบเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างคนต่างชนชั้นและคนต่างชาติพันธุ์ บริการทางสาธารณสุขที่ไม่เท่าเทียมและไม่ทั่วถึงสามารถเห็นได้จากตัวอย่างของสหรัฐอเมริกา แม้ว่าจะเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย แต่ในคนบางกลุ่ม เช่น นักโทษและคนผิวสี สิ่งเหล่านั้นไม่เคยไปถึงพวกเขา ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยวัณโรคสามารถสืบสาวประวัติไปได้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับเรือนจำ และเรายังพบว่า ในขณะที่ตัวเลขระดับประเทศของผู้ติดเชื้อวัณโรคลดลงเหลือร้อยละ ๔.๒ แต่ในคนผิวดำ ตัวเลขการติดเชื้อสูงมากอยู่ที่ร้อยละ ๖.๘ และในชุมชนฮิสปานิก (ชาวอเมริกันเชื้อสายสเปน) ร้อยละ ๑๒.๙

จากกรณีต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว การมีสุขภาพดียังคงเป็นเรื่องที่ห่างไกลความเป็นจริงสำหรับประชากรจำนวนมากบนโลกใบนี้ โดยเฉพาะคนยากจนและคนด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ ในสังคม เราจึงมาสู่คำถามที่สองว่า แล้วจะทำอย่างไรเพื่อให้ทุกคนสามารถมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อย่างเท่าเทียมกันได้ คำตอบคงไม่ได้อยู่ที่การเรียกร้องสวัสดิการให้แก่คนจนหรือคนด้อยโอกาส เพราะนั่นหมายความว่า คนเหล่านี้ยังอยู่ในฐานะของผู้คอยรับบริการ ซึ่งย่อม



ในประเทศกำลังพัฒนา ประชาชนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีได้ ภาพนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงสาเหตุประการหนึ่งคือ ปัญหาการ "สมองไหล" ของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขจากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว (ที่มา: [http://www.medact.org/hpcd\\_brain\\_drain.php](http://www.medact.org/hpcd_brain_drain.php))

ต้องขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการ (เช่น รัฐ) เสมอไป โดยที่เราได้เห็นมาแล้วว่า ช่องโหว่ในทางปฏิบัติของรัฐนั้นมีอยู่มากมาย

อย่างไรก็ตาม แม้กระทั่งคณะกรรมการสิทธิการเศรษฐกิจมหภาคและสุขภาพ (CMH) องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นผู้จำแนกกลุ่มประเภทของโรคดั่งที่กล่าวมาแล้ว ก็ไม่ได้เสนอแนวทางการลดช่องว่างระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา ที่แตกต่างไปจากนี้มากนัก โดย CMH ได้เรียกร้องให้ผู้บริจาคจากนานาประเทศมอบเงินช่วยเหลือและทรัพยากรต่างๆ ให้แก่ประเทศที่มีรายได้ต่ำมากขึ้น เพื่อใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและพัฒนางานวิจัยและบริการสาธารณสุขอื่นๆ CMH ได้ประมาณการว่า ยอดเงินบริจาคโดยรวมที่ต้องการในปี ค.ศ. ๒๐๐๗ คือ สองหมื่นเจ็ดพันล้านเหรียญสหรัฐฯ และในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ คือ สามหมื่นแปดพันล้านเหรียญสหรัฐฯ นอกจากนี้ CMH ยังเรียกร้องให้ธนาคารโลกและธนาคารเพื่อการพัฒนาในระดับภูมิภาคต่างๆ อนุมัติเงินกู้แก่ประเทศที่มีรายได้ปานกลางเพื่อยกระดับระบบสุขภาพ

แต่ประเทศกำลังพัฒนาจะต้องพึ่งพาเงินช่วยเหลือเหล่านั้นอีกนานแค่ไหนแล้วจะมีผู้บริจาคใจดีรายใดที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือตลอดไปหรือไม่?

ด้วยเหตุนี้แนวคิดเรื่องสุขภาพในฐานะสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์จึงได้รับการนำเสนอและสนับสนุนอย่างแพร่หลายในระยะเวลาที่ผ่านมา ในทางหลักการแนวคิดทำนองนี้เคยถูกผนวกรวมไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (The Universal Declaration on Human Rights) มาตรา ๒๕ ซึ่งระบุว่า "ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานความเป็นอยู่ที่พอเพียงเพื่อให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของเขาและครอบครัว ซึ่งรวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล และการบริการทางสังคมที่จำเป็น และสิทธิในความมั่นคงแม้จะอยู่ในช่วงว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด เป็นม่าย ขรา หรือขาดซึ่งวิถีชีวิตที่อยู่นอกเหนือจากการควบคุมของเขา" แต่หลังจากนั้น แนวคิดนี้ไม่ได้ถูกแปรไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมเท่าใดนัก

### สิทธิมนุษยชน: คำตอบสุดท้ายของสุขภาพดีถ้วนหน้า

ภายใต้แรงกดดันจากสถานการณ์ด้านสุขภาพในบริเวณต่างๆ ของโลก ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ได้เกิดการรวมตัวเป็นเครือข่ายของภาคประชาสังคมในส่วนต่างๆ ทั้งนักทรงคเค์เคลื่อนไหว องค์การพัฒนาเอกชน ชุมชนท้องถิ่น ผู้ปฏิบัติงานในภาคสาธารณสุข และนักวิชาการ เพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพโดยอาศัยฐานความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ โดยใช้ชื่อว่า ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพของประชาชน (People's Health Movement - PHM) PHM อ้างว่าเครือข่ายของตนเป็นกระบวนกรระดมสรรพกำลังของภาคประชาสังคมเพื่อจัดการกับประเด็นด้านสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดเท่าที่เคยมีมา ซึ่งก็น่าจะเป็นไปได้จริง ทั้งนี้ ในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ ผู้คนกว่า ๑,๕๐๐ คนจาก ๗๕ ประเทศทั่วโลกได้มารวมตัวกันในเวทีสมัชชาสุขภาพของประชาชนครั้งที่หนึ่ง (The First People's Health Assembly) ซึ่งจัดขึ้นที่เมือง Savar ประเทศบังกลาเทศ ผลผลิตที่สำคัญของเวทีนี้คือ กฎบัตรเพื่อสุขภาพของประชาชน (People's Charter for Health) ซึ่งได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากผู้เข้าประชุมและถือเป็นเอกสารด้านสุขภาพที่ได้รับการรับรองอย่างกว้างขวางที่สุดนับตั้งแต่ปฏิญญาอัลมา อาตา (Alma Ata Declaration) ในปีค.ศ. ๑๙๗๘ ซึ่งมุ่งเน้นการใช้แนวทางบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ (Primary Health Care

Approach-PHC) เพื่อการบรรลุเป้าหมายของ "สุขภาพดีถ้วนหน้า"

ตามแนวคิดของ PHM ในเรื่องสิทธิด้านสุขภาพนั้น สิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึงสิทธิในการเข้าถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ เช่น น้ำ ความมั่นคงด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย สุขอนามัย การศึกษา สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัยและการทำงาน ที่ปลอดภัย เป็นต้น อีกประการหนึ่งคือ สิทธิในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ทั้งในแง่ของบริการด้านการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู ตลอดจนการศึกษา และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในส่วนของสิทธิการเข้าถึงบริการทางสุขภาพนี้เองที่ PHM ได้พยายามชี้ให้เห็นและท้าทายชุดวาทกรรมระดับโลกที่มองบริการทางสุขภาพเป็นสินค้า (สำหรับคนรวย) และเป็นตาข่ายนิรภัยสำหรับรองรับผู้ที่ต้องกระเด็นออกจากกองผลประโยชน์ (อีกนัยหนึ่งคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรและความมั่งคั่ง)

เป้าหมายของ PHM นอกจากการลบล้างชุดวาทกรรมเดิมอันทรงอิทธิพลแล้ว คือการจัดตั้งบรรทัดฐานสากล (universal norms) เกี่ยวกับมาตรฐานเบื้องต้นของบริการทางสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจะต้องได้รับการประกัน รวมทั้งการกระจายทรัพยากร (ซึ่งรวมถึงทรัพยากรบุคคล) อย่างเป็นธรรมโดยใช้เกณฑ์ของความต้อการที่จำเป็น ไม่ใช่เกณฑ์ของความสามารถในการใช้จ่ายเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรเหล่านั้น เพราะถ้าเป็นไปตามเกณฑ์อย่างหลังแล้ว ทรัพยากรทั้งหลายจะถูกดูดไปรวมอยู่ที่คนร่ำรวยอย่างไม่ต้องสงสัย

เครือข่าย PHM มีแนวทางการทำงานที่กล่าวได้ว่าเป็นเชิงรุก พวกเขา มักจะเน้นย้ำเสมอว่า "สิทธิจะไม่มีวันถูกหยิบยื่นให้ นอกเสียจากเราจะต่อสู้เพื่อให้ได้มาเท่านั้น" (Rights are never given; they have to be fought for!) พวกเขา ยังกล่าวด้วยว่า พวกเขาไม่ได้ต้องการนโยบายสุขภาพที่เอาใจคนจน แต่ต้องการนโยบายขจัดปัญหาความยากจนที่ตระหนักถึงปัจจัยทางสังคมที่ทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม และที่สำคัญคือ พวกเขาจะไม่รอให้การเปลี่ยนแปลงมาถึง แต่จะทำให้มันเกิดขึ้นโดยอาศัยกฎหมายระหว่างประเทศที่มีอยู่และมีผลบังคับใช้ในประเทศต่างๆ ที่พวกเขาดำเนินงาน แม้คำพูดเหล่านี้จะดูทะเยอทะยาน แต่เราคงปฏิเสธไม่ได้ว่ามันได้ผ่านการถกเถียงและขบคิดมาอย่างลุ่มลึกพอควร ทั้งนี้ PHM เชื่อว่า การรณรงค์เพื่อสิทธิในการเข้าถึงสุขภาพที่ดีนั้นมีศักยภาพในการระดมสรรพกำลังทางสังคมค่อนข้างสูง โดยให้

เหตุผลว่า ๑.) แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนได้รับการหนุนเสริมโดยกระบวนการ  
นิติบัญญัติระหว่างประเทศ ๒.) ความเป็นสิทธิมนุษยชนมีนัยของความรับผิดชอบ  
ร่วมกันที่เป็นสากลและแบ่งแยกมิได้ ๓.) แนวทางของสิทธิด้านสุขภาพนี้กำหนด  
ให้ผู้ตัดสินใจเป็นผู้ต้องรับผิดชอบ และ ๔.) แนวทางด้านสิทธิมนุษยชนมุ่งเน้นที่  
กระบวนการซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

กิจกรรมเชิงรุกที่ PHM ได้จัดทำและวางแผนที่จะทำนั้นเมื่ออยู่หลายกิจกรรม  
แต่ที่ที่มีความน่าสนใจและมีศักยภาพสูงซึ่งผู้เขียนเห็นว่าน่าจะยกมาเล่าสู่กันฟัง  
ได้ในคราวนี้ ได้แก่ การประชุมสมัชชาสุขภาพของประชาชน การจัดทำรายงาน  
สถานการณ์สุขภาพโลก (Global Health Watch) และการจัดหลักสูตรต่างๆ  
ภายใต้การดำเนินงานของ International People's Health University เพื่อเพิ่ม  
ขีดความสามารถแก่นักทรงศเคลื่อนไหวด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มาจาก  
ประเทศโลกที่สาม

ในส่วนของกิจกรรมแรกนั้น เช่นเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกและรัฐบาล  
ของประเทศต่างๆ ที่เป็นสมาชิก (โดยมีรัฐมนตรีด้านสาธารณสุขเป็นผู้แทน) ได้  
จัดให้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ซึ่งเป็นกลไก  
สูงสุดในการตัดสินใจทางนโยบาย ภาคประชาสังคมเองก็มีเวทีสมัชชาสุขภาพของ  
ประชาชน ซึ่งแม้จะถือกำเนิดขึ้นมาเมื่อไม่นานมานี้ แต่ก็มีบทบาทอันโดดเด่นใน  
การเรียกร้องและผลักดันวาระเร่งด่วนด้านสุขภาพต่างๆ ที่ประชากรของโลกโดย  
เฉพาะประชาชนในประเทศกำลังพัฒนากำลังเผชิญอยู่ อีกทั้งเวทีนี้ยังเป็นพื้นที่  
สำหรับภาคประชาสังคมในการสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับปัญหาและแสวงหา  
หนทางแก้ไขและป้องกันร่วมกัน การที่ผู้คนมากมายจากทุกสารทิศทั่วโลกมา  
รวมตัวกันเช่นนี้ ในอีกแง่หนึ่งถือได้ว่าเป็นโอกาสสำคัญในการดึงดูความสนใจ  
จากสื่อมวลชน ทำให้ประเด็นทางสุขภาพเป็นที่รับรู้ของคนทั่วไปมากขึ้น

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพของประชาชนครั้งที่หนึ่ง ซึ่งจัดขึ้นที่ประเทศ  
บังกลาเทศในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ ผู้เข้าประชุมได้ร่วมกันวิพากษ์วิจารณ์สถาบัน  
ระหว่างประเทศ บรรษัทข้ามชาติ และรัฐบาลของประเทศต่างๆ ที่ดำเนินนโยบาย  
ไม่เป็นมิตรต่อประชาชน โดยที่บรรษัทข้ามชาติได้เน้นการทำกำไรมากกว่าสนใจ  
ความเป็นไปของผู้คน เช่นเดียวกับที่ผู้สนับสนุนการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจได้  
เสนอแนะให้รัฐบาลตัดทอนค่าใช้จ่ายในด้านสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาและ



การประชุมของประชาชนในงานสมัชชาสุขภาพของประชาชนครั้งที่หนึ่ง  
ณ ประเทศบังกลาเทศ ในปี ๒๐๐๐  
(ที่มา: <http://www.phmovement.org/en/resources/pha>)

สุขภาพ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพของประชาชน จึงนำมาสู่กฎบัตรเพื่อสุขภาพของประชาชนดังที่กล่าวมาแล้วและในการประชุมสมัชชาสุขภาพครั้งที่สองซึ่งจัดขึ้นที่เมือง Cuenca ประเทศเอกวาดอร์ในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ผู้เข้าร่วมจากประเทศต่างๆ กว่า ๘๐ ประเทศได้สานต่อข้อเรียกร้องจากเวทีครั้งแรก โดยได้เรียกร้องให้ "สุขภาพดีถ้วนหน้า" เป็นเป้าหมายและภารกิจสำคัญลำดับแรกๆ ของการทำงานในทุกภาคส่วนและในทุกระดับ (Health for All Now!) เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมด้านสุขภาพและบริการทางสุขภาพอย่างแท้จริงและในขนาดอันใกล้ที่สุด

นอกจากการประชุมสมัชชาสุขภาพของประชาชนในระดับโลกแล้ว PHM ยังเตรียมการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพในระดับภูมิภาคเพื่อสะท้อนความต้องการและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพและการละเมิดสิทธิดังกล่าวในภูมิภาคต่างๆ และจัดทำเป็นข้อสรุปเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสิทธิในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ รวมถึงจัดทำเป็นมติเพื่อให้ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพโลก (World Health Assembly) ในปี ค.ศ. ๒๐๐๘ รับรองเป็นปฏิญญาว่าด้วยสิทธิในการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Declaration on the Right to Health for All) ต่อไป

ในส่วนของ Global Health Watch PHM เรียกมันว่า เป็นรายงานสถานการณ์สุขภาพโลกฉบับทางเลือก เพราะเนื้อหาของรายงานฉบับนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์วิจารณ์เศรษฐกิจการเมืองของสุขภาพและบริการทางสุขภาพโดยอาศัยหลักฐานที่ปรากฏเป็นหลัก ซึ่งในอีกนัยหนึ่งถือเป็นการท้าทายกลไกระดับ

โลก (เช่น ธนาคารโลก องค์การอนามัยโลก กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือที่รู้จักกันในนามองค์การยูนิเซฟ) ที่มีอิทธิพลต่อประเด็นสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้รายงานดังกล่าวยังนำเสนอองค์ความรู้ มุมมอง ข้อเท็จจริง และข้อเสนอแนะในประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จึงกล่าวได้ว่าเป็นหนังสือที่ช่วยเปิดโลกทัศน์ให้แก่ผู้อ่านได้มากพอควร

ในปีค.ศ.๒๐๐๗ที่กำลังจะมาถึงนี้ รายงานฉบับดังกล่าวจะเน้นไปที่เรื่องสิทธิในการเข้าถึงสุขภาพที่ดี เราคงต้องจับตามองต่อไปว่า เนื้อหาของรายงานฉบับนี้จะก่อให้เกิดแรงสะท้อนและผลที่เป็นรูปธรรมจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้มากน้อยเพียงใด

สำหรับส่วนสุดท้ายคือการดำเนินงานของ International People's Health University (IPHU) ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งของสภาสุขภาพประชาชนระหว่างประเทศ (International People's Health Council) และเป็นส่วนหนึ่งของ PHM คำว่า university หรือมหาวิทยาลัยที่ปรากฏในชื่อ อาจชวนให้หลายคนนึกสงสัยว่ามหาวิทยาลัยแห่งนี้ตั้งอยู่ที่ประเทศใด จะไปสมัครเรียนบ้างได้หรือไม่ ขอชี้แจงให้ทราบว่ามหาวิทยาลัยแห่งนี้ไม่มีสถานที่ตั้งอยู่ ณ ที่ใดที่หนึ่ง แต่เน้นการจัดหลักสูตรระยะสั้น รวมทั้งจัดหาทรัพยากรให้แก่ภัครนรงค์เคลื่อนไหวและองค์กรภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านสุขภาพโดยเฉพาะที่มาจากประเทศกำลังพัฒนา ในโอกาสและสถานที่ต่างๆ โดยประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยหรือกลุ่มเคลื่อนไหวในท้องถิ่น ดังนั้นหากผู้เรียนต้องการให้การเข้าเรียนในหลักสูตรเหล่านี้เป็นหน่วยการเรียนรู้ที่สามารถใช้อ้างอิงทางการศึกษาได้ ทาง IPHU ก็จำเป็นต้องเจรจาต่อรองกับเครือข่ายของมหาวิทยาลัยที่เป็นหุ้นส่วนเสียก่อน

นอกจากนี้ IPHU ยังนำเสนอบทเรียนผ่านทางเว็บไซต์ของมหาวิทยาลัย เพื่อให้คนทั่วไปที่มีความสนใจสามารถเข้ามาศึกษาได้ ในอนาคต IPHU วางแผนที่จะจัดหลักสูตรระยะสั้นให้ถี่ขึ้นและเพิ่มการจัดทำหลักสูตรระยะยาว โดยให้เนื้อหาการเรียนรู้ และพื้นที่การดำเนินงานมีความหลากหลายมากขึ้นด้วย



## เราเรียนรู้อะไรบ้างจาก PHM

บทความชิ้นนี้มุ่งเน้นการนำเสนอภาพของการขับเคลื่อนกระบวนการมากกว่าให้สูตรสำเร็จ ในแง่นี้ขบวนการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพของประชาชน หรือ People's Health Movement ถือเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่การรณรงค์และเคลื่อนไหวในระดับย่อยต่างๆ การรู้จักวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินแนวโน้มการรู้จักตั้งเป้าหมายและวางแผนการทำงานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และการแสวงหาช่องทางการทำงานที่หลากหลาย น่าจะเป็นจุดแข็งที่ทำให้ PHM สามารถเติบโตขึ้นมาได้อย่างรวดเร็ว ยิ่งไปกว่านั้น หากเรามองความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาพรวม การทำงานของ PHM นับได้ว่าเป็นก้าวที่สำคัญของภาคประชาชนในการผลักดันให้สุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิพื้นฐานประการหนึ่งของมนุษย์ทุกคน ในที่นี้ กรอบความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนจึงเป็นทั้งเป้าหมายในระดับปฏิบัติการและเป็นกลไกหรือเครื่องมือในการบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ นั่นเอง

เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว คำถามคงไม่ได้จบแค่ว่าจะทำให้สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ได้รับการรับรองได้หรือไม่ แต่เราอาจต้องตั้งคำถามต่อไปด้วยว่า จะทำให้ประชาชนทุกคนบนโลกใบนี้รู้ว่าตนเองมีสิทธิดังกล่าวได้อย่างไร

## ก้าวต่อไปของความเคลื่อนไหวต่อต้านสุขภาพของภาคประชาชนในสังคมไทย

บางที นี่อาจจะเป็นโอกาสเหมาะสำหรับกระบวนการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพในระดับประเทศ ที่จะได้เรียนรู้จากมุมมองและประสบการณ์ในระดับโลกซึ่งมีขอบเขตของประเด็นปัญหา ตัวแสดง และเงื่อนไขต่างๆ ที่หลากหลาย และซับซ้อนยิ่งกว่า ในประเทศไทย กลุ่มต่างๆที่เข้ามามีส่วนร่วมในสมัชชาสุขภาพมีความหลากหลายทั้งในแง่พื้นที่และประเด็น เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพด้านนโยบายการเกษตร หรือด้านนโยบายเหมืองแร่ เป็นต้น แต่ละกลุ่มล้วนมีข้อเรียกร้องที่ต้องการจะผลักดันแตกต่างกันไป แต่หากปราศจากธงหรือเป้าหมายหลักในการทำงานร่วมกันแล้ว สมัชชาสุขภาพของไทย

จะคงอยู่ได้ตราบเท่าที่แต่ละกลุ่มยังรู้สึกว่ "ช่องทาง" นี้ทำให้เสียงของพวกเขาเป็นที่รับฟังจากผู้อื่นเท่านั้นเอง ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นแล้ว คงไม่มีใครสามารถรับประกันได้ว่า สมัชชาสุขภาพจะยืนหยัดอยู่ในสังคมไทยได้นานแค่ไหน

หากเราบักธงได้แล้ว ประเด็นที่จะตามมาอย่ามหนีไม่พ้นเรื่องของวิธีการที่จะไปถึงจุดมุ่งหมาย สิ่งสำคัญที่เราได้เรียนรู้จาก PHM คือ ความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของสมัชชาสุขภาพเท่านั้น เราสามารถออกแบบกิจกรรมได้มากมายเพื่อกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย โดยไม่จำเป็นต้องละทิ้งจุดมุ่งหมายที่มีร่วมกัน

---

#### เอกสารอ้างอิง

Commission on Macroeconomics and Health (๒๐๐๑). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva. World Health Organization.

People's Health Movement, Global Equity Gauge Alliance, Medact (๒๐๐๕). *Global Health Watch ๒๐๐๕-๒๐๐๖*. London. Zed Books.

Sachs W, ed. (๑๙๙๙). *Global ecology: A new arena of political conflict*. London. Zed Books.

People's Health Movement (๒๐๐๕). *Proposal for a global 'Right to Health and Health Care Campaign'*. ([http://www.phmovement.org/files/Global\\_RTH\\_PHM\\_proposal.pdf](http://www.phmovement.org/files/Global_RTH_PHM_proposal.pdf), ค้นหาข้อมูลวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๔๙).

"Health, Poverty and Development," ([http://www.medact.org/hpd\\_brain\\_drain.php](http://www.medact.org/hpd_brain_drain.php), ค้นหาข้อมูลวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๔๙).

"International People's Health University," (<http://www.iphcglobal.org/iphu.org/index.htm>, ค้นหาข้อมูลวันที่ ๒ กันยายน ๒๕๔๙).

"People's Health Assembly," (<http://www.phmovement.org/en/resources/pha>, ค้นหาข้อมูลวันที่ ๔ กันยายน ๒๕๔๙).

กรรณิการ์ กิจดิเวชกุล (๒๕๔๙). "อำนาจที่ทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย (Power & Health)" กรุงเทพฯ. โครงการพัฒนาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนจน มูลนิธินโยบายสุขภาพ.



ส่องความสุขชาวเดนมาร์ก:  
มองล่อครรัฐสวัสดิการ  
เห็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรรม  
รุ่งทิพย์ สุขกำเนิด

ขึ้นชื่อว่า "ความสุข" ใครๆ ก็อยากมี คุณเป็นอีกคนหนึ่งใช่ไหมที่กำลังไล่ล่าหาความสุขอยู่? ถ้าใช่ลองมาติดตามค้นหาความสุขของชาวเดนมาร์กประเทศซึ่งได้ขึ้นชื่อว่า "มีความสุขที่สุดในโลก" กันเถอะ

"แผนที่โลกแห่งความสุข หรือ World Map of Happiness" เป็นงานวิจัยชิ้นสำคัญของนายเอเดรียน ไวท์ (Adrian White) นักจิตวิทยาสังคมวิเคราะห์ จากมหาวิทยาลัยเลสเตอร์ (University of Leicester) ประเทศอังกฤษ โดยเขาได้หาความสัมพันธ์ระหว่างความมั่งคั่ง สุขภาพ และการศึกษา กับตัวแปรด้านความสุข (ความพึงพอใจในชีวิต) หนึ่งในข้อสรุปที่ได้พบว่าตัวแปรด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์สูงกับตัวแปรความสุข รองลงมาคือความมั่งคั่ง และการศึกษา ตามลำดับ<sup>1</sup> หรือกล่าวได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตหรือการมีความสุขของคนทั่วไปนั้นมาจากการมีสุขภาพดี มากกว่าความร่ำรวยและการมีการศึกษาสูงเสียอีก และนั่นเป็นที่มาของการจัดอันดับความสุขของประเทศต่างๆ ในโลก รวมถึงประเทศเดนมาร์ก เมื่อประมาณต้นปี ๒๕๔๙

## ความสุขที่รัฐมอบให้

ปี ค.ศ. ๑๘๘๓ เยอรมนีเป็นประเทศแรกในโลกที่รัฐริเริ่มนำแนวคิดด้านประกันสังคมมาใช้ ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นในการผลักดันให้รัฐบาลประเทศต่างๆ ในยุโรป รวมถึงประเทศแถบสแกนดิเนเวีย อย่างเดนมาร์ก ต้องจัดการประกันสังคมที่มีคุณภาพสูงขึ้นเข้าไปในวาระทางการเมืองด้วย

จากแรงผลักดันทางการเมืองภายนอกประเทศดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับความไม่สามารถตอบสนองของความต้องการของประชาชนของระบบสวัสดิการสุขภาพแบบเดิม ในการกำจัดความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ และสงครามในแถบยุโรป ทำให้เกิดแรงกดดันเพื่อการแก้ไขปัญหาลูกขึ้นในประเทศเดนมาร์กในหลายด้าน อาทิ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และการปฏิรูปด้านการเมือง ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๖๐-๘๐

ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ประกอบกับการค้นพบแหล่งน้ำมันดิบในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้เศรษฐกิจในประเทศเดนมาร์กมีการขยายตัวสูงขึ้นและมีการว่างงานต่ำ ในขณะที่การปฏิรูปทางการเมืองทำให้เดนมาร์กมีรัฐบาลแบบผสม พรรคสังคมนิยมประชาธิปไตย เป็นพรรคการเมืองสำคัญในขณะนั้น ซึ่งทั้งสองเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญในการปฏิรูปและดำรงอยู่ของระบบสวัสดิการสังคมใหม่ในช่วงเวลาต่อมา "

ในปี ๑๙๕๕ พรรคสังคมนิยมประชาธิปไตย ซึ่งเป็นรัฐบาลของประเทศเดนมาร์กในขณะนั้น ได้มีการเสนอเรื่องการจัดสวัสดิการสังคมใหม่ แต่เนื่องจากเศรษฐกิจของประเทศขณะนั้นไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิรูปนโยบาย จนในช่วงกลางทศวรรษที่ ๑๙๕๐ จึงได้มีนโยบายด้านสวัสดิการสังคมซึ่งครอบคลุมเรื่องบำนาญ (ปี ๑๙๕๖) ค่าชดเชยการเจ็บป่วย (ปี ๑๙๖๐) ประกันทุพพลภาพ (ปี ๑๙๖๕) และผลประโยชน์จากการตกงาน ในพระราชบัญญัติสังคมใหม่ (a new social statute) และในระหว่างปี ๑๙๗๑-๗๓ ได้มีการปฏิรูปการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และนำเสนอกฎหมายเรื่องการประกันสุขภาพ พร้อมกับยกเลิกกองทุนช่วยเหลือเรื่องการเจ็บป่วย (the contributory sickness funds) และเสนอให้ใช้กองทุนภาษีประกันสุขภาพแห่งชาติแทน (tax-funded national health insurance) ซึ่งการปฏิรูปทางสังคมและสุขภาพทั้งหมดถูกทำขึ้นภายใต้

กฎหมายว่าด้วยความช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance Act) ในปี ๑๙๗๔<sup>III</sup>

เดนมาร์ก (รวมถึงสวีเดนและนอร์เวย์) ได้เลือกใช้การจัดสวัสดิการในรูปแบบ "สวัสดิการสแกนดิเนเวีย" หรือ "Scandinavian Welfare Model"<sup>๑</sup> โดยรัฐจะมีบทบาทในการบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณของระบบความมั่นคงปลอดภัยของสังคม บริการสุขภาพ และการศึกษา ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายมากกว่าประเทศอื่นๆ ในยุโรป ด้วยเหตุผลดังกล่าว ระบบสวัสดิการในเดนมาร์กจึงถูกดำเนินการคู่ไปกับระบบภาษีที่สูง นอกจากนี้รูปแบบการจัดการองค์กรแบบสแกนดิเนเวีย ยังถูกทำให้ง่ายและรวดเร็วกว่าประเทศอื่นๆ ในยุโรป

หัวใจหลักของ "Scandinavian Welfare Model" คือ **ผลประโยชน์ทั้งหลายจะต้องนำสู่พลเมืองเพื่อบรรลุสถานะที่เหมาะสมโดยใช้หลักความเท่าเทียมกัน และปราศจากการแบ่งแยกสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม** โดยระบบจะครอบคลุมถึงทุกคนและผลประโยชน์ทั้งหลายจะต้องถูกจัดสรรให้แบบรายบุคคล เช่น สิทธิของผลประโยชน์ของหญิงที่แต่งงานแล้วต้องแยกจากสิทธิประโยชน์ของสามี เป็นต้น

ระบบสวัสดิการของประเทศเดนมาร์กนั้น ครอบคลุมบริการฟรีด้านสุขภาพและการศึกษาสำหรับพลเมืองทุกคน และผลประโยชน์เพิ่มเติมที่ครอบคลุมเรื่องการดูแลเด็กที่ถูกทอดทิ้ง การเจ็บป่วย และเบี้ยบำนาญ กรณีผ่านข้อตกลงว่าด้วยการสะสมเงินของนายจ้างและลูกจ้างในตลาดแรงงานของประเทศสแกนดิเนเวียด้วย<sup>IV</sup>

## องค์กรชุมชน สร้างเสริมความสุข

ขณะที่ภาครัฐได้จัดสวัสดิการสังคมในภาพรวม ในส่วนของภาคประชาชนเองก็ได้มีการสะสมทุนทางสังคมขึ้นอย่างเข้มแข็งและกว้างขวางในสังคมเดนมาร์กมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐ โดยเดนมาร์กถูกวิเคราะห้ว่ามีโครงสร้างทุนทางสังคม (social capital) ที่เข้มแข็ง ทั้งนี้เนื่องมาจากแต่เดิมนั้นประเทศเดนมาร์ก

<sup>๑</sup> บางครั้งถูกเรียกว่า Nordic model หรือ Social Democratic model หรือ Institutional model

เป็นประเทศเกษตรกรรมที่มีลักษณะเป็นฟาร์มเดี่ยว ที่ประชากร ยึดมั่นในขนบธรรมเนียมอย่างเคร่งครัด แต่ก็มีกรรวมกลุ่มอย่างเข้มแข็งของประชาชนในชนบท โดยเฉพาะกลุ่มชาวนา และเกษตรกรในรูปสหกรณ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงจุดเริ่มต้นการสะสมทุนทางสังคมและการเคลื่อนไหวของชนชั้นชาวนาซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันอำนาจการบังคับควบคุมจากทุนนิยม

จุดเริ่มของการรวมกลุ่มของเกษตรกร เนื่องมาจากการเป็นเกษตรกรรายเดี่ยวที่ถูกเอาเปรียบจากพ่อค้าคนกลาง ทั้งจากการถูกกดราคาสินค้าเกษตร และในอีกด้านหนึ่งก็ต้องซื้อวัสดุทางการเกษตรในราคาแพง ดังนั้นการรวมกลุ่มในลักษณะสหกรณ์การเกษตรเท่ากับเป็นการเพิ่มอำนาจต่อรองในการซื้อและขายสินค้า เมื่อการเคลื่อนไหวในการต่อรองสำเร็จ จึงก่อให้เกิดการจัดตั้งกลุ่มสหกรณ์ต่างๆ เพิ่มขึ้นตามมา เช่น ในปี ๑๘๘๒ มีการตั้งสหกรณ์ผลิตภัณฑ์นมและสหกรณ์การเกษตรด้านอื่นๆ ในปี ๑๘๘๓ มีการตั้งสหพันธ์ผู้ซื้อหญ้าแห้ง ปี ๑๘๘๗ ตั้งสหกรณ์โรงฆ่าสัตว์ และมีการตั้งสหกรณ์ธนาคาร ซึ่งมีสาขาในเมืองต่างๆ ในปี ๑๙๑๔ ซึ่งในความรู้สึกรักของชาวเดนมาร์กแล้วการจัดตั้งสหกรณ์นั้นเป็นเหมือนองค์กรรมดาดาที่เป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของประชาชนในชนบทของเดนมาร์ก<sup>๒</sup>

การเคลื่อนไหวของกลุ่มสหกรณ์ในเดนมาร์กจัดว่ามีความคึกคักและกว้างขวางมากที่สุดในบรรดาประเทศแถบสแกนดิเนเวียด้วยกัน ซึ่งการเคลื่อนไหวของขบวนการชาวนานี้ยังเชื่อมโยงไปถึงการทำงานของพรรคเกษตรกร (farmer's party) และการเคลื่อนไหวทางวัฒนธรรมของชนบท (rural cultural movement) ในเดนมาร์ก เช่น การเคลื่อนไหวของชุมชนและโบสถ์ที่ชุมชนเป็นผู้จัดการและรัฐสนับสนุนงบประมาณบางส่วน และการเคลื่อนไหวของวิทยาลัยชุมชนที่ชุมชนหรือองค์กรภาคประชาสังคมเป็นเจ้าของและรัฐให้การสนับสนุนส่วนหนึ่งอีกด้วย

<sup>๒</sup> หลักสำคัญของระบบสหกรณ์ในเดนมาร์ก ๖ ประการคือ ๑)การเป็นสมาชิกเป็นไปโดยเปิดกว้างและสมัครใจ ๒)ใช้หลักประชาธิปไตยในการออกเสียงคือ ๑ คน ๑ เสียง ๓)มีการจำกัดการถือหุ้น ๔)มีการแบ่งปันกำไรส่วนเกิน (surplus) อย่างเท่าเทียมโดยตั้งอยู่บนฐานของการทำธุรกิจร่วมกับสหกรณ์ ๕)ผลประโยชน์ส่วนหนึ่งจะต้องจัดสรรไว้เพื่อการศึกษา ๖)สหกรณ์ต้องประสานระหว่างสหกรณ์ด้วยกัน



เป็นที่ชัดเจนว่าการเคลื่อนไหวของชาวนา (เกษตรกร) เป็นพลังจากเบื้องล่าง จากสังคมชนบทของกลุ่มคนที่มี "จิตใจสาธารณะ" หรือ "Public-spirited" โดยมีลักษณะเป็นงานอาสาสมัคร เป็นคนกันเองที่รู้จักกัน สามารถพูดคุยแบบจับเข่าคุยกันได้ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์ในระดับใหญ่ขึ้นข้ามกลุ่มและเชื่อมโยงในลักษณะเครือข่ายสมาคมสหกรณ์ มีความไว้วางใจในตัวแทนซึ่งเป็นกรรมการ เหล่านี้ประกอบกันจนเห็นถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ทั้งความเป็น "เกษตรกรรมเท่าๆ" กับความเป็นวัฒนธรรมสมาคม" ซึ่งส่งผลให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจและมาตรฐานการศึกษาของประชาชนในชนบทที่สูงกว่าปกติ และเกิดการพัฒนาทางการศึกษาเฉพาะทางในอาชีพของเขาที่ลึกและเป็นประโยชน์กับองค์การของเขาโดยองค์การของเขาเอง<sup>5</sup> และความไว้วางใจที่เห็นได้ชัดได้นำมาซึ่งความปลอดภัยในสังคม

## "สังคมนิยม" ความหมายที่แตกต่าง ความสุขที่แตกต่าง

จากที่เล่ามาแล้วข้างต้น เราคงจะพอเห็นเค้าลางว่า ที่มาของความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตของชาวเดนมาร์กที่ถูกจัดไว้เป็นอันดับต้นๆโดยมหาวิทยาลัยเลสเตอร์นั้นน่าจะมียุคประกอบอย่างไบบ้าง การได้รับสวัสดิการสังคมที่ดีซึ่งจัดให้โดยรัฐ และการสร้างระบบธุรกิจในรูปแบบที่ที่สามารถป้องกันการเอาเปรียบจากทุนนิยมอื่น (และแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเท่าเทียม) จนสานต่อไปถึงความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นในสังคม ซึ่งทั้งสองสิ่งข้างต้นนั้นตรงกับหลักปรัชญาของ "สังคมนิยม" ที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศที่มีการปกครองแบบประชาธิปไตยแบบมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขอย่างประเทศเดนมาร์ก

โดยปรัชญาคำว่า "สังคมนิยม" มีความหมายว่าเป็นสังคมที่นิยมความเท่าเทียม หรือตรงกับภาษาอังกฤษว่า Egalitarian คือการให้คุณค่ากับความเท่าเทียมกันมากกว่าการให้คุณค่ากับความโดดเด่นหรือความร่ำรวยของบุคคลบางคนในสังคม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือสังคมนิยมความเท่าเทียมมักจะทนไม่ได้ที่จะเห็นคนไร้ที่อยู่อาศัย ไร้การศึกษา หรือต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ เนื่องจากไม่มีเงินไปจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งตรงข้ามกับบางสังคมนิยมความเท่าเทียมเช่นกัน แต่คนทั่วไปกลับให้คุณค่ากับบุคคล

ที่ประสบความสำเร็จทางธุรกิจจนร่ำรวยเป็นมหาเศรษฐี ในขณะที่ละเลยที่จะให้ความสนใจกับคนที่ยากจน ไร้ที่อยู่อาศัย โดยคิดว่าเป็นกรรมเก่า หรือการที่คนในสังคมส่วนใหญ่ให้คุณค่ากับคนที่ได้เหรียญทองโอลิมปิกทางวิชาการ แต่ไม่สนใจกับการมีคนที่ไม่รู้หนังสือในสังคมของตน เป็นต้น

คนไทยทั่วไปมักตีความว่า สังคมนิยมจะต้องดำเนินการโดยรัฐ ในรูปแบบของการยึดเอาทรัพยากรการผลิตจากคนต่างๆ ในสังคมมาดำเนินการสร้างผลผลิตแล้วแบ่งปันผลประโยชน์ออกไปอย่างเท่าเทียมกัน (ดังตัวอย่างประเทศคอมมิวนิสต์) เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการครอบครองทรัพยากรการผลิต อย่างไรก็ตามในสังคมเดนมาร์กและอีกหลายประเทศในยุโรปกลับตีความต่างออกไป รัฐบาลเดนมาร์กไม่สนใจเรื่องความไม่เท่าเทียมกันของการครอบครองทรัพยากรการผลิตมากเท่ากับการแบ่งปันและกระจายผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นให้เท่าเทียมและทั่วถึง รัฐจะปล่อยให้การทำธุรกิจเป็นไปโดยเสรีหรือเป็นแบบทุนนิยมเต็มรูป และใช้วิธีการจัดเก็บภาษีในระดับสูงแตกต่างกันแทน และนำมาจัดเป็นสวัสดิการทางสังคมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ดังที่กล่าวไปแล้ว

แม้รัฐบาลเดนมาร์กจะไม่ควบคุมเรื่องการทำธุรกิจ แต่ก็มีมาตรการควบคุมเรื่องผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ขณะเดียวกันก็ควบคุมราคาที่ดินไม่ให้สูงเกินไป เพื่อให้ทุกคนจะสามารถมีโอกาสได้เป็นเจ้าของที่ดินได้ (ซึ่งต่างจากประเทศไทย) และรัฐก็สามารถนำที่ดินมาใช้ประโยชน์เพื่อสร้างสวัสดิการให้แก่สังคมได้ด้วย

คำว่าสังคมนิยมยังถูกนำมาใช้ในการจัดการธุรกิจ โดยมากมักอยู่ในรูปแบบของการทำสหกรณ์ต่างๆ ดังที่พบเห็นได้ทั่วไปในประเทศญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ และประเทศเดนมาร์ก

นอกจากนี้ปรัชญาของสังคมนิยมยังถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เป็นแนวปฏิบัติของคนในสังคม หรือเรียกว่าเป็น "สังคมนิยมโดยวัฒนธรรม" ซึ่งจะพบเห็นได้เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกในรายละเอียดของการวางระเบียบในสังคม หรือแม้แต่การปฏิบัติต่อกันของชาวเดนมาร์กเอง ตัวอย่างเช่น การนำไปใช้ในเรื่องของการสร้าง community home town การจัดระบบการศึกษาในระดับต้น การจัดการกิจกรรมกลุ่ม การจัดตั้งระบบการบริหารกิจการไฟฟ้าขนาดย่อม และการให้บริการทางการแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเป็นที่มาของความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตที่เติมเต็มในส่วนที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

## สังคมเดนมาร์ก สังคมนิยมโดยวัฒนธรรม

การเจาะลึกความคิด วิถีปฏิบัติ และปฏิสัมพันธ์ของสังคมชาวเดนมาร์ก ที่นิยมความเท่าเทียม และเน้นความสุขจากการอยู่ร่วมกันในครั้งนี้ จะอาศัย ประสบการณ์ของข้าพเจ้าที่ได้ไปใช้ชีวิตช่วงหนึ่งในประเทศเดนมาร์กพร้อมกับ ครอบครัว จนได้มีโอกาสรู้จักสนิทสนมกับเพื่อนชาวเดนมาร์กมากขึ้นกว่า เมื่อครั้งในอดีตที่เป็นเพื่อนร่วมงานในช่วงเวลาสั้นๆ ซึ่งการมีเพื่อนใหม่เพิ่มขึ้น และประสบการณ์ตรงจากการรับบริการสวัสดิการสังคมที่ภาครัฐจัดให้ เช่น โรงพยาบาล การผ่าตัด โรงเรียนอนุบาล ฯลฯ เป็นตัวสะท้อนความสุขที่เกิดจากความ เป็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรม ในสังคมของพวกเขาเองและยังเผื่อแผ่แก่ เพื่อนร่วมสังคมชาติอื่นๆ ในประเทศเดนมาร์กด้วย ดังที่จะได้กล่าวถึงในตัวอย่าง ต่อไปนี้

community home town : **ปลูกเรือนตามใจผู้อยู่ (ร่วมกัน)** ครอบครัว เดนมาร์กนั้นเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในบ้านเฉพาะพ่อแม่ลูกเท่านั้น และเมื่อลูกโตพอ พวกเขาจะแยกไปมีบ้านใหม่ของตนเองไม่ว่าจะมีครอบครัว หรือไม่ก็ตาม เราจึงพบว่าในเดนมาร์กนั้นมีบ้านเช่ามากมาย และการอยู่บ้าน เช่าจนแก่เฒ่าก็เป็นเรื่องปกติในสังคมนี้ และเมื่อสูงอายุก็จะสามารถรับสวัสดิการ การเข้าอยู่ในบ้านพักคนชรา ที่จัดไว้อย่างสะดวกสบาย ซึ่งเป็นสวัสดิการสังคม ของชาวเดนมาร์ก อย่างไรก็ตาม ชาวเดนมาร์กไม่น้อยที่มีบ้านเป็นของตนเองและ ในบรรดาคนที่มียานเป็นของตนเองจำนวนไม่น้อยที่จัดการระบบภายในหมู่บ้าน ที่ตนเองอาศัยเป็นแบบ community home town

โดยหลักการของ community home town ก็คือการรวมกลุ่มของผู้ที่อยู่ อาศัยที่มีแนวคิดเหมือนกันในเรื่องการจัดการในหมู่บ้านของตน โดยเริ่มต้นที่ผู้ ต้องการซื้อที่ดินปลูกบ้านและมีความคิดเดียวกันจะต้องมาพูดคุยกัน ถึงลักษณะ ของหมู่บ้านในฝัน ในขั้นตอนของการคุยกันนั้น ก็จะมีการชักชวนและเลือก สมาชิกในหมู่บ้านไปพร้อมๆ กัน จนเมื่อความคิดตกผลึกว่าหมู่บ้านในฝันเป็น อย่างไร และมีวิธีจัดการอย่างไร ใครจะเป็นสมาชิกบ้าง เมื่อนั้นถึงจะเริ่มลงหลัก สร้างหมู่บ้านกัน

ตัวอย่าง community home town หนึ่งมีหลักการว่าในหมู่บ้านของเขา

จะต้องมีสนามเด็กเล่นที่ทุกบ้านเข้าถึงได้เมื่อมองออกจากประตูหน้าบ้าน และต้องมีพื้นที่สวนส่วนรวมที่ทุกคนสามารถปลูกพืชสวนครัวไว้กินได้และมีห้องสาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน โดยห้องสาธารณะนี้ได้จัดแบ่งเป็นห้องซักล้าง ทำให้ทุกบ้านในหมู่บ้านลดค่าใช้จ่ายเรื่องเครื่องซักผ้า และมีพื้นที่ใช้สอยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีห้องของเล่นสำหรับเด็ก ห้องเก็บของรวมเช่น จักรยาน ห้องกีฬา และที่สำคัญคือมีห้องอาหารที่ใช้ทานอาหารร่วมกันสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดยผลัดเวรกันหรืออาสาทำอาหารตามแต่ตกลงกัน ซึ่งประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย และยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันอยู่เสมอๆ นอกจากนี้บางหมู่บ้านยังมีการจัดทำระบบการผลิตไฟฟ้ารวมจากพลังงานแสงอาทิตย์ ในขณะที่บางหมู่บ้านมีระบบเก็บขยะชีวมวลของหมู่บ้านเพื่อขายต่อไปยังโรงงานผลิตพลังงานจากชีวมวล เป็นต้น

**อนุบาลในฝัน สร้างสรรค์จินตนาการ สานเครือข่ายครอบครัว** การจัดการศึกษาในระดับต้นก็เป็นสิ่งคมนิยมโดยวัฒนธรรมอีกรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ การจัดการศึกษาขั้นต้นในเดนมาร์กนั้นได้รับการสนับสนุนส่วนใหญ่จากรัฐและมีการเก็บค่าเล่าเรียนบางส่วนจากผู้ปกครองที่มีรายได้เพียงพอในการจ่าย ซึ่งใช้หลักการปฏิบัติเดียวกับชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในเดนมาร์กเพราะถือว่าการศึกษาเป็นสิทธิพื้นฐานของคน (และยังเป็นการแก้ปัญหาระยะยาวที่เกิดจากเด็กและผู้ปกครองของเด็กที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษ่อีกด้วย) พ่อแม่ชาวเดนมาร์กนิยมส่งลูกไปเข้ารับการศึกษาดังแต่อายุได้ ๑ ปี โดยไปอยู่ในสถานที่รับเลี้ยงเด็ก (nursery) ใกล้บ้าน เพื่อให้เด็กสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้อย่างรวดเร็ว และเข้าสมาคมกับเพื่อน และเมื่อเด็กอายุครบ ๓ ขวบเต็ม ไม่ว่าจะเมื่อไรก็ตาม (ไม่ใช่เมื่อโรงเรียนเปิดเทอมในเดือนพฤษภาคม) เขาก็มีสิทธิเข้าโรงเรียนอนุบาลใกล้บ้าน เรียกโดยทั่วไปว่า bomhaven (อ่านว่า บอริ่นเฮว) หรือข้าพเจ้าเรียกว่า บอริ่นเฮเวน ซึ่งแปลว่าสวรรค์ของเด็กๆ

ที่โรงเรียนอนุบาล เด็กๆ จะมีห้องประจำเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันในบางเวลา และพวกเขาจะมีอิสระที่จะไปเล่นได้ทุกที่ ทุกห้องในโรงเรียนที่ได้รับอนุญาต เด็กจะมาเรียนรู้อารมณ์ช่วยเหลือตนเอง สร้างทักษะการอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือกัน และสร้างจินตนาการจากของเล่นมากมาย เราจะพบของเล่นที่ดูเหมือนผาดโผนเพื่อให้เด็กได้ปีนป่ายสูงเกือบ ๓ เมตร (แต่กลับมีความปลอดภัยสูงกว่า

ของเล่นต่างๆ ในบ้านเราหลายเท่า) รถยนต์ที่ขับโดยใช้เท้าปั่น และเครื่องมือช่างที่ทำมาในขนาดเด็กแต่มีความแข็งแรงเกือบเท่าของจริง กองทรายและของเล่นอื่นๆ ในสนาม และเด็กๆ จะได้รับอนุญาตให้มอมแมมได้เต็มที่โดยไม่มีใครดุเมื่อถึงเวลาลงสนาม และพวกเขาจะต้องออกเล่นในสนามทุกวันไม่ว่าจะมีหิมะหรือฝนตกก็ตาม (เพื่อฝึกความอดทนและสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย) เป็นต้น

เมื่อเด็กๆ อายุ ๕ ปี พวกเขาจะเปลี่ยนไปอยู่ห้องเด็กโตในอนุบาลเดียวกันเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับประถมศึกษา เช่น ฝึกรับประทานอาหารให้เร็วขึ้น แต่ตัวเองในเวลาที่กำหนด ฝึกตอบคำถามและตั้งคำถาม ฝึกฟังเรื่องราวที่ยาวขึ้นและปะติดปะต่อเรื่องแบบข้ามวันได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามที่ระดับอนุบาลนี้จะไม่มีการเรียนแบบให้ท่องจำแม้กระทั่ง ABC ดังนั้นไม่ต้องสงสัยเลยว่าเด็กวัย ๕-๖ ขวบที่เดนมาร์กบางคนยังเขียนชื่อตนเองไม่ถูก หรืออย่างมากก็เขียนชื่อตนเองและอ่านชื่อเพื่อนในห้องได้ด้วยความคุ้นเคยเท่านั้น และเมื่ออายุ ๖ ขวบเต็มเด็กจึงจะมีสิทธิที่จะเข้าเรียนในระดับเตรียมประถมศึกษาอีก ๑ ปี ก่อนจะเลื่อนไปอยู่ชั้นประถมศึกษา

ทุกสัปดาห์เด็กๆ ในห้องเดียวกันจะได้ทำอาหารทานกันเองในหมู่ของพวกเขา แทนการเตรียมมาจากบ้าน และทุกเดือนจะมีการพบปะนั่งคุยอย่างเป็นกันเองระหว่างพ่อแม่และคุณครูในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นหัวข้อทั่วไป ทำให้เกิดสมาคมของพ่อแม่และคุณครูขึ้น และยังมีการจัดพบปะปฎิบัติละหนึ่งครั้งอีกด้วย นอกจากนี้ในเทศกาลสำคัญๆ โรงเรียนก็จะจัดกิจกรรมใหญ่ๆ นอกสถานที่ให้พ่อแม่ เด็กและคุณครูได้สนุกสนานร่วมกัน เป็นต้น ผู้ปกครองหลายคนพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า "ไม่จำเป็นที่ลูกของพวกเขาจะต้องรีบไปเข้าโรงเรียนชั้นประถมหรอก ความสุข ความพร้อม และจินตนาการเป็นสิ่งที่สำคัญกว่ามาก"

**กิจกรรมกลุ่ม : เสริมทักษะ สร้างเพื่อนใหม่ แก้ไขปัญหาสังคม** อีกตัวอย่างหนึ่งเป็นเรื่องของการจัดกิจกรรมกลุ่ม ชาวเดนมาร์กแต่ละคนนิยมมีกลุ่มหรือสังกัดสมาคมต่างๆ ที่ตนสนใจ เช่น ดนตรี กีฬา วาดภาพ ทำอาหาร เต้นรำ ร้องเพลง ฯลฯ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีการทำกิจกรรมในเดนมาร์กนั้นมีความหลายวิธี ทั้งการจัดการจากรัฐ (เทศบาลท้องถิ่น) โดยตรง เช่น การจัดลานสเก็ตน้ำแข็งในช่วงฤดูหนาว หรือการจัดกันเองโดยประชาชนแล้วขอการสนับสนุนบางส่วนจากรัฐ เช่น กิจกรรมกลุ่มพ่อแม่และเด็ก ในเดนมาร์ก

เราจะพบสถานที่สำหรับทำกิจกรรมกลุ่มที่เรียกว่า huset (แปลว่า บ้าน) กระจายอยู่ทั่วไป และเราสามารถเข้าไปร่วมกิจกรรมเหล่านั้นได้โดยจ่ายค่าบริการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยในช่วงกลางปีจะมีโฆษณาปฏิทินกิจกรรมส่งมาเชิญชวนทางไปรษณีย์ถึงบ้าน

ในช่วงเวลาที่ข้าพเจ้าอาศัยอยู่ที่เดนมาร์กพร้อมกับครอบครัวที่ประกอบด้วยข้าพเจ้า สามี และลูกสาววัย ๓ ปี ครั้งนั้นได้มีโอกาสพาลูกสาวไปร่วมกิจกรรมดนตรี-เต้นรำของเด็ก (ชาวเดนมาร์กจะเรียกว่า music) โดยมีผู้นำกิจกรรมและเล่นดนตรีเป็นศิลปินท้องถิ่น ไม่มีค่าส่งกั๊ด เด็กที่เข้าไปร่วมมีอายุระหว่าง ๘ เดือน ถึง ๔ ปี เด็กๆ จะรู้สึกสนุกสนานและมีส่วนร่วมทั้งๆ ที่บางคนยังเล็กมาก แต่ไม่มีใครรำคาญความเป็นเด็กที่เล็กเกินไป และไม่มีใครรังเกียจความแตกต่างในสีผิวและต่างภาษาของเรา หลายครั้งหลายครอบครัวที่พ่อแม่พาลูกมาคนเดียวยังช่วยดูแลแม่ที่พาลูกมาสองคนอีกด้วย เราได้เห็นความสัมพันธ์ของพ่อ แม่ และลูกผ่านกิจกรรมเหล่านั้นพร้อมทั้งรอยยิ้มและเสียงหัวเราะตลอด ๔๕ นาทีของทุกสัปดาห์ แม้จะเป็นกิจกรรมที่เกือบจะซ้ำเดิมแต่เด็กๆ ก็รอคอยมัน

ในช่วงที่ลูกสาวอายุ ๕ ปี เราก็ได้มีโอกาสกลับไปอยู่เดนมาร์กอีกครั้ง ครั้งนี้ข้าพเจ้าได้พาลูกสาวไปร่วมกิจกรรมการเต้นฮิปฮอป กับคุณครูซึ่งเป็นวัยรุ่นอายุเพียง ๑๗ ปี นั้นแสดงให้เห็นถึงการยอมรับความสามารถมากกว่าความอาวุโส คุณครูจะเปิดสอนถึง ๔ ช่วงชั้น (อายุ) ในช่วงชั้นที่อายุมากที่สุดมีนักเรียนเพียง ๒ คน แต่ก็ยังเปิดสอนเพราะถือว่าทุกคนมีความเท่าเทียมกันที่จะได้รับความรู้นี้ เมื่อเรียนไปได้ครึ่งทางและจบคอร์สก็จะมีกิจกรรมการแสดงของเด็กๆ เพื่อสร้างความมั่นใจแก่เด็กๆ ว่าพวกเขาทำได้ (แม้ว่าจะเป็นการทำได้ตามอายุก็ตาม) แต่เด็กๆ ก็สนุกและเต็มใจในการแสดงนั้น และไม่ได้รู้สึกว่าคุณบังคับในการเรียนเพื่อการเอาจริงเอาจังกับการทำให้ได้เช่นเดียวกับการเรียนกิจกรรมเสริมพิเศษในบ้านเรา แต่จุดมุ่งหมายอยู่ที่เป็นการเสริมทักษะ การได้มีเพื่อนใหม่และสร้างความบันเทิงมากกว่า

การไปอยู่เดนมาร์กในช่วงปีที่ ๒ ข้าพเจ้ามีลูกชายวัยขวบเศษไปด้วยอีกคนหนึ่ง เราไม่ได้ส่งเขาเข้าเนอสเซอรี่ เนื่องจากมีความคิดว่าอาจจะเกิดความยุ่งยากในการปรับตัวด้านภาษาของเขา กับภาษาเดนมาร์กซึ่งไม่เคยได้ยินมา

ก่อน กลุ่มอาสาสมัครกิจกรรมชาวเดนมาร์กในพื้นที่ (ซึ่งมีชาวต่างชาติแอฟริกันรวมอยู่ด้วย) ได้รับทราบข้อมูลว่าเรามีได้ส่งลูกเข้าเนอสเซอรี่มาจากคอมมูน (เทศบาล) จึงมีจดหมายมาแนะนำตัวและมาพูดคุยกับเราที่บ้าน โดยเล่าถึงจุดประสงค์หนึ่งในการตั้งกลุ่มกิจกรรมนี้ขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาสังคมที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างชาวต่างชาติกับชาวเดนมาร์ก และถึงแม้ว่าเราจะไม่ได้มีปัญหานี้ในการส่งลูกเข้าเนอสเซอรี่ พวกเขาที่ยินดีและเชิญชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยไม่จำกัดว่าจะร่วมกับกลุ่มของเขาหรือกลุ่มกิจกรรมอื่นก็ได้ และเขาพร้อมจะอำนวยความสะดวกในการติดต่อกับกลุ่มอื่นให้หากเราต้องการนั้นทำให้เราสัมผัสได้ถึงความห่วงใย และความไม่โดดเดี่ยวในสังคมนี้จริงๆ

**เครือข่ายพ่อแม่-ลูกบุญธรรม** เมื่อไปสถานที่ท่องเที่ยว เราจะพบเห็นครอบครัวเดนมาร์กที่มีลูกสีผิวต่างไปจากพ่อแม่ เพราะครอบครัวชาวเดนมาร์กที่ไม่มีลูกเองมักจะรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม การไปเดนมาร์กครั้งนั้นข้าพเจ้าได้รู้จักสนิทสนมกับครอบครัวชาวเดนมาร์กครอบครัวหนึ่ง เขาเลี้ยงเด็กหญิงชาวจีนสองคนไว้เป็นบุตรบุญธรรม ตั้งแต่อายุได้ประมาณหนึ่งขวบ เป็นที่น่าสนใจในแนวคิดที่เขาใช้ในการเลี้ยงลูกมากกว่า เขาได้ให้ความเอาใจใส่เลี้ยงดูเด็กทั้งสองเป็นอย่างดีราวกับเป็นลูกแท้ๆ ในมาตรฐานครอบครัวชาวเดนมาร์กทั่วไปพาไปเที่ยว ทำกิจกรรมเสริม จัดวันเกิด ฯลฯ เด็กทั้งสองได้รับการยอมรับจากญาติพี่น้องของพ่อแม่บุญธรรมเหมือนลูกหลานแท้ๆ คนหนึ่ง ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยความอบอุ่น เขาจะบอกกับเด็กทั้งสองเสมอว่า ลูกๆ มาจากประเทศจีน (และเขาก็จะให้ความรู้เกี่ยวกับประเทศจีน) จงภูมิใจที่เป็นคนจีน เช่นเดียวกับภูมิใจที่ได้เป็นชาวเดนมาร์ก และทุกปีครอบครัวชาวเดนมาร์กที่รับบุตรบุญธรรมชาวจีนรุ่นเดียวกันนี้จะมาพบปะสังสรรค์กัน และกลายเป็นสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นอีกแบบหนึ่งที่พวกเขาสร้างขึ้นและมอบให้กับคนในสังคมเดียวกัน แต่ต่างเชื้อชาติต่างผิวพรรณ ระหว่างเด็กๆ ชาวจีนและครอบครัวชาวเดนมาร์กด้วยกัน

**บริการทางการแพทย์ไปรษณีย์ บริการแบบไม่เลือกปฏิบัติ** บริการทางการแพทย์ถือเป็นตัวอย่างที่ดีในการกล่าวถึงความเป็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมและมีวิถีที่แตกต่างจากประเทศไทยอย่างมาก สวัสดิการด้านรักษาพยาบาลนั้นครอบคลุมทุกคนที่เป็นพลเมืองของเดนมาร์ก รวมถึงชาวต่างชาติที่ถือบัตร

เทียบเท่าพลเมือง หรือ resident permit ด้วย

ในการรักษาพยาบาลระดับต้นจะใช้วิธีแพทย์ประจำหรือ family doctor ในการดูแลและส่งต่อ ส่วนการรักษาขั้นกลางถึงขั้นสูง เช่น กรณีคลอดบุตร ผ่าตัด เอกซเรย์ จะเกิดขึ้นที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์และบุคลากร เฉพาะทาง อย่างไรก็ตามในการรักษาพยาบาลทั้งสามระดับนั้นจะไม่ต่างกัน ในแง่ของการให้เวลาและความกระจำแก่คนไข้

ประสบการณ์ที่ข้าพเจ้าได้พบกับตนเองคือการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ไปจนถึงเข้ารับการผ่าตัดคลอดบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งนี้ได้นำมาซึ่งประสบการณ์ที่ไม่อาจลืม เริ่มตั้งแต่การตรวจพบการตั้งครรภ์พร้อมกับมีเลือดออกเนื่องจากเป็นเนื้องอกระยะเริ่มต้น ปัญหาเรื่องเม็ดเลือดแดงมีปริมาณต่ำเกินไปในระหว่างการตั้งครรภ์ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทารกได้ การตกเลือดในสัปดาห์ที่ ๓๔ ระหว่างเดินเล่นที่สนามจนต้องเข้าโรงพยาบาลแบบฉุกเฉิน การเข้าผ่าตัดคลอดก่อนกำหนด และภาวะตัวเหลืองของลูก

ครั้งนั้นทั้งหมอบริการครอบครัว หมอเฉพาะทาง และพยาบาลได้ดูแลข้าพเจ้าเป็นอย่างดี ราวกับเป็นเพื่อนคนหนึ่งทีเดียว พวกเขาได้ให้เวลาในการตรวจสอบอย่างละเอียดจนพบสาเหตุของปรากฏการณ์แต่ละครั้ง อธิบายถึงแนวทางการปฏิบัติในระหว่างการตั้งครรภ์ บอกถึงข้อดีข้อเสียของการคลอดโดยธรรมชาติและการผ่าตัดคลอด แม้ข้าพเจ้าจะมีเจตนาจากคุณหมอที่เมืองไทยว่าไม่สามารถคลอดเองได้ คุณหมอที่เดนมาร์กก็ยังพยายามให้ความหวังว่าเราอาจจะสามารถทำได้ จนตรวจพบแน่ชัดว่าไม่สามารถนั้นแหละจึงยอมจำนน

ในช่วงสัปดาห์ใกล้คลอด คุณหมอที่เดนมาร์กจะนัดตรวจครั้งสุดท้าย และได้มีการอธิบายรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะเกิดแก่ผู้เข้ารับบริการ เป็นต้นว่า หากคลอดโดยธรรมชาติจะเป็นอย่างไร หากต้องผ่าตัดอาจพบปัญหาอะไรบางอย่างที่ใช้มีอะไรบางอย่าง จะเกิดผลข้างเคียงอย่างไร มีทางเลือกอย่างอื่นหรือไม่ ใครสามารถเข้ามาในห้องผ่าตัดได้บ้าง เมื่อลูกคลอดออกมาแล้วแม่และเด็กจะไปอยู่ที่ไหน ได้รับการดูแลอย่างไร ฯลฯ และให้ผู้ให้บริการซักถามจนเข้าใจอย่างดี รวมถึงพาดูสถานที่ด้วย กรณีชาวต่างชาติที่ไม่สามารถเข้าใจภาษาเดนมาร์ก ทางโรงพยาบาลจะหาล่ามให้ด้วย ซึ่งความชัดเจนดังกล่าวถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการซึ่งทำให้ผู้รับบริการคลายความกังวลในระดับหนึ่ง และถือเป็น



หน้าที่ของแพทย์ที่ต้องให้ความกระจ่าง

อย่างไรก็ดี สิ่งที่บริการทางการแพทย์ของเดนมาร์กไม่สนใจคือ ระบบหมอประจำ (ในกรณีของการเข้ารักษาในโรงพยาบาล) เพราะถือว่าแพทย์ทุกคนมีความสามารถเท่าเทียมกันและเป็นหน้าที่ที่แพทย์ทุกคนต้องให้บริการแบบไม่เลือกบริการ ซึ่งเป็นคำตอบที่ได้รับเมื่อข้าพเจ้ามีคำถามไปว่าคุณหมอจะเป็นผู้ทำคลอดให้ข้าพเจ้าใช่ไหม? และนี่ก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมในองค์กร

**เด็ก คนชรา คนพิการ บุคคลพิเศษในสังคม** นอกจากเรื่องการรักษาพยาบาลแล้ว ขอล่าไปถึงเรื่องเด็ก คนพิการและคนชราในเดนมาร์ก บุคคล ๓ ประเภทนี้เรียกได้ว่าเป็นบุคคลที่ได้รับการดูแลอย่างดีมาก ในสถานที่ท่องเที่ยวหลายแห่งจัดรถเข็นนั่งคนชราและรถเข็นเด็กไว้บริการฟรี และยังคงลดราคาค่าเข้าชมสถานที่ด้วย ครอบครัวที่มีเด็กจะได้รับเงินพิเศษจากรัฐประมาณเดือนละ ๗,๐๐๐ บาทต่อเด็ก ๑ คน พ่อแม่ก็จะได้สิทธิในการลาเลี้ยงดูบุตรได้คนละ ๑ ปี (หรือเลือกสิทธิได้ในเงื่อนไขที่กำหนด) โดยไม่เลือกว่าจะเป็นเด็กที่เป็นเชื้อชาติหรือสัญชาติเดนมาร์กหรือไม่ก็ตาม

ชาวเดนมาร์กจะละเอียดอ่อนมากกับความรู้สึกถึงความเป็นบุคคลคนหนึ่งที่เทียบเท่าคนทั่วไปของคนพิการ เขาจะพยายามจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกมาให้คนพิการเพื่อทำให้เขาช่วยเหลือตนเองได้เสมือนเป็นสมาชิกปกติทั่วไปในสังคม เช่นรถมอเตอร์บังคับมือสำหรับคนที่ไม่สามารถเดินได้ รถมอเตอร์บังคับด้วยปากสำหรับคนที่ไม่สามารถเดินและใช้มือได้ การออกแบบรถโดยสารประจำทางที่เอนลงได้เมื่อจอดช่วยให้เด็ก คนชรา และแม่ที่ใช้รถเข็นเด็กขึ้นลงได้สะดวก และยังสามารถปรับบันไดให้เป็นทางลาดสำหรับคนพิการรถนั่งเพื่อให้เดินทางคนเดียวได้ด้วย

ครั้งหนึ่งขณะที่ข้าพเจ้านั่งรถโดยสารสายหนึ่งในเมืองอัลบอร์ก (Aalborg) มีคนชราหนึ่งคนอยู่ที่นั่งท้ายรถแต่คนขับจอดเลยป้ายไปนิดหน่อย คนขับไม่ได้ถอยรถกลับไปรับ แต่ลงไปจูงผู้โดยสารนั้นขึ้นมาส่งถึงที่นั่งอย่างปลอดภัยแล้วจึงออกเดินทางต่อ

**พลังชุมชนเจ้าของพลังงานของประเทศ** อีกตัวอย่างหนึ่งของสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมในรูปองค์กรที่ไม่เป็นทางการ เป็นเรื่องของการจัดตั้งระบบการ

## บริหารกิจการไฟฟ้าขนาดย่อม

โรงไฟฟ้าส่วนใหญ่ของเดนมาร์กเป็นโรงไฟฟ้าขนาดย่อมที่ใช้พลังงานลม และพลังงานจากชีวมวล เนื่องจากการที่เดนมาร์กมีความพร้อมของทรัพยากร ลมและเป็นประเทศเกษตรกรรม โรงไฟฟ้าขนาดย่อมเหล่านี้มีผู้บริโภคนับเป็นผู้ถือหุ้น และบริหารโดยกรรมการที่เลือกขึ้นมาจากพวกเขาเอง และเนื่องจาก โรงไฟฟ้าตั้งอยู่ในหมู่บ้านซึ่งใกล้กับที่อยู่อาศัย ดังนั้นเขาจะเลือกใช้เทคโนโลยีที่ ง่ายในการดูแลและต้องเป็นเทคโนโลยีที่สะอาดและไม่สร้างปัญหาให้กับชุมชน (ซึ่งเป็นแนวความคิดที่ตรงข้ามกับบ้านเราโดยสิ้นเชิง) ปัจจุบันการผลิตไฟฟ้า จากโรงไฟฟ้าขนาดย่อมเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ของกำลังการผลิตทั้งหมดใน ประเทศเดนมาร์ก และมีประชาชนชาวเดนมาร์กเป็นผู้ถือหุ้นถึงร้อยละ ๘๐ ของ ประชากร

### น้ำ : สิทธิมนุษยชน การพัฒนาด้านเกษตรอินทรีย์ และการรักษาทรัพยากรน้ำ

ในเดนมาร์ก เมื่อคุณเดินเข้าไปรับประทานอาหารในร้าน คุณสามารถ ขอน้ำเปล่าได้โดยไม่ต้องจ่ายเงิน เพราะสำหรับประเทศเดนมาร์กแล้ว น้ำได้รับการ ตีความว่าเป็นของที่จำเป็นสำหรับชีวิตและถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่ควรจะได้รับ

เมื่อเป็นดังนั้น รัฐบาลเดนมาร์กจึงต้องจัดหาน้ำที่มีทั้งคุณภาพและ ปริมาณเพียงพอกับความต้องการแก่ประชาชน แต่เนื่องจากประเทศเดนมาร์ก เป็นประเทศเล็กๆ ที่ล้อมรอบไปด้วยทะเล ทำให้ปริมาณน้ำผิวดินไม่เพียงพอ กับ ความต้องการ ดังนั้น น้ำที่ใช้อุปโภคบริโภคส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดจึงมาจาก น้ำใต้ดิน

ในอดีตน้ำใต้ดินของเดนมาร์กมีปัญหาการปนเปื้อนสารเคมีการเกษตร และน้ำใช้จากครัวเรือนทั้งจากการซึมลงใต้ดินโดยตรง และการไหลสู่ม่าน้ำและ ซึมสู่ระบบน้ำใต้ดินอีกต่อหนึ่ง รัฐบาลเดนมาร์กและประชาชนจึงได้ร่วมมือกัน ใน การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เริ่มจากการลดเลิกใช้สารเคมีการเกษตร จนเป็นที่มาของการทำเกษตรอินทรีย์และการขายสินค้าอินทรีย์ซึ่งขยายตัว

อย่างมากในเดนมาร์ก พร้อมกับการวางระเบียบการปลูกสร้างบ้านโดยต้อง  
ไม่สร้างในแนวทงน้ำที่จะซึมลงสู่ใต้ดิน เป็นต้น

เราคงนึกไม่ถึงใช่ไหมว่า แคลกรคำนึงถึงความเท่าเทียมในการมีน้ำกินน้ำใช้  
ที่มีคุณภาพดีและเพียงพอ จะเป็นที่มาของการแก้ปัญหาเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง  
กับน้ำอีกมากมาย เช่น น้ำสะอาดมีไม่เพียงพอจนต้องมีการผันน้ำ น้ำเน่า ฯลฯ  
และยังสามารถรักษาสิ่งแวดล้อมที่มากกว่าการรักษาทrophic chain ได้อีกด้วย  
เช่น เรื่องสารพิษตกค้างในดิน ในอาหารและในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เป็นต้น และ  
นี่ก็เป็นผลพวงอันดีของความคิดแบบสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมอีกอันหนึ่ง

นอกจากตัวอย่างที่กล่าวมาในข้างต้นแล้ว ความเป็นสังคมนิยมโดย  
วัฒนธรรมยังมีให้เห็นในการปฏิบัติระหว่างกัน เช่น ในการเล่นกีฬา ผู้ชนะ  
จะต้องเป็นผู้ออกจากเกมการแข่งขัน เพื่อให้ผู้อื่นที่เล่นเก่งน้อยกว่าได้มีโอกาส  
เล่นเพิ่มขึ้น, การจัดการสอบในระดับมหาวิทยาลัยซึ่งใช้วิธีเก็บคะแนนจากการ  
ทำรายงานกลุ่มบวกกับการสอบวัดผลความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการทั้งในระดับ  
กลุ่มและรายบุคคล (สอบปากเปล่า) เพื่อให้มีการคิดวิเคราะห์อย่างลึกและ  
ประยุกต์ใช้ในสิ่งที่เรียนมา ขณะเดียวกันก็สร้างความคิดดีในการทำงานและ  
ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในเรื่องของความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการยกระดับความรู้  
ความเข้าใจในรายบุคคลให้ชัดเจนยิ่งขึ้น มากไปกว่านั้นในเรื่องการออกแบบ  
อุปกรณ์การทำงานเพื่อให้ร่างกายไม่สูญเสียประสิทธิภาพการทำงาน เช่น  
โต๊ะทำงานที่สามารถปรับระดับให้นั่งและยืนทำงานได้ในบางช่วงเวลา การให้  
ความรู้เพิ่มเติมแก่ประชาชนในเรื่องงานที่ทำอยู่ (เช่น ทำอย่างไรให้พนักงาน  
ไม่มีปัญหาเรื่องโรคจากการทำงาน) และการทำเครื่องนับเหรียญสำหรับคน  
ช้ำบอดโดยสาร ซึ่งสามตัวอย่างนี้เป็นการทำงานที่คิดถึงผู้อื่นมากกว่าแค่การ  
จ่ายเงินเดือน หรือในกรณีของการเลือกตั้ง กฎหมายเดนมาร์กได้ให้สิทธิแก่  
ชาวต่างชาติที่ไม่ใช่สัญชาติเดนมาร์กแต่อาศัยอยู่ในประเทศเดนมาร์กอย่างน้อย  
๓ ปีในการเลือกตั้งเพราะถือว่าผลการเลือกตั้งย่อมกระทบแก่เขาทั้งทางบวก  
และทางลบ เป็นต้น

จะเห็นว่าการยึดถือหรือการเป็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมของชาวเดนมาร์ก  
นั้นได้นำมาซึ่งความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิตไม่น้อยไปกว่าการจัดสวัสดิการ  
สังคมโดยรัฐเลย จะเห็นว่าความสุขของชาวเดนมาร์กที่มหาวิทยาลัยเลสเตอร์

จัดให้อันดับหนึ่งของโลกนั้น มิได้มาจากการมีสุขภาพดีที่มาจากความพอใจในชีวิตต่อการมีสวัสดิการที่ครอบคลุมแค่ด้านสุขภาพ และการศึกษา ที่รัฐจัดให้ แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีองค์ประกอบในทางสังคมด้านอื่นๆ ที่สร้างความสุข ความมั่นคง และความปลอดภัยที่แทรกอยู่ในวัฒนธรรม แนวความคิดและวิถีชีวิตคนเดนมาร์กอย่างละเอียดอ่อนและกลมกลืนด้วยหรือเป็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมโดยแท้

## บทพิสูจน์สังคมแห่งความสุข เมื่อกระแสทุนนิยมมาเกาะประตูบ้าน

ปัจจุบันแม้ว่าสวัสดิการสังคมโดยรัฐจะยังดำเนินอยู่ แต่เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป แนวคิดของคนรุ่นใหม่ก็เปลี่ยนไปตามกระแสทุนนิยมและโลกาภิวัตน์ที่ครอบคลุมและเข้าถึงทุกที่แบบไร้ขอบเขตบนโลกใบนี้มากขึ้น กระแสทุนนิยมแบบเสรีได้สร้างความมั่งคั่งให้กับบุคคลบางคนจนเป็นที่ประจักษ์ไปทั่วโลก ไม่เว้นแม้แต่ในสังคมไทย และแม้ว่าชาวเดนมาร์กเต็มใจยอมจ่ายภาษีในอัตราสูงมากเพื่อสวัสดิการสังคมที่คุ้มครองตั้งแต่เกิดจนตาย เพราะยังฝังใจกับช่วงเวลายากลำบากก่อนมีระบบประกันสังคม แต่คนรุ่นใหม่อาจจะไม่คุ้นเคยกับความกลัวเรื่องความไม่มั่นคงในชีวิตและเริ่มมีความรู้สึกทางลบในการดำรงไว้ซึ่งรัฐสวัสดิการในเดนมาร์ก

ระบบสหกรณ์บางประเภทก็เผชิญกับคำถามในลักษณะเดียวกัน ดังเช่นสหกรณ์ผู้ผลิตไฟฟ้าขนาดย่อมซึ่งขายไฟฟ้าและความร้อนให้กับผู้บริโภคในชุมชนที่ผลิตไฟฟ้าเป็นหลัก หรือกล่าวได้ว่าเป็นสหกรณ์ของผู้ใช้ ซึ่งสหกรณ์นี้จะเข้าข่ายธุรกิจแบบผูกขาด (แต่ชาวเดนมาร์กเองก็เต็มใจ) สหกรณ์ลักษณะนี้จะต้องเผชิญกับภาวะกดดันจากรัฐบาลซึ่งมีแนวคิดแบบเสรีนิยมในประเทศเอง ซึ่งถูกกดดันมาอีกทอดหนึ่งจากการเปิดเสรีทางการค้าและการลงทุนในสหภาพยุโรป เพื่อให้กลุ่มทุนขนาดใหญ่และกลุ่มทุนข้ามชาติเข้ามาลงทุนในธุรกิจนี้ หากต้องมีการเปิดเสรีอย่างจริงจัง คุณลองคิดดูซิว่าความสุขของชาวเดนมาร์กถึงร้อยละ ๘๐ ของประเทศที่มีส่วนเป็นเจ้าของธุรกิจสหกรณ์โรงไฟฟ้าขนาดย่อมนี้จะคงอยู่ต่อไปหรือไม่

อย่างไรก็ตาม ภาวะกดดันดังกล่าวก็ได้นำมาซึ่งการปรับปรุงประสิทธิภาพ

การผลิตเช่นกัน การเปิดเสรีฯได้กระตุ้นให้ภาคประชาชนซึ่งมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และนักวิชาการต่างๆหันมาวิจัยและทดลองทั้งด้านบริหารจัดการและด้านเทคนิค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต สหกรณ์ผู้ผลิตไฟฟ้าขนาดย่อมเหล่านี้จะดำเนินการ กระแสทุนนิยมแบบเสรีได้อีกนานขนาดไหน และจะปรับตัวไปในรูปแบบใด จะกระทบกับความสุขของชาวเดนมาร์กหรือไม่ คงต้องติดตามกันต่อไป

สำหรับองค์ประกอบทางสังคมอื่นๆที่สอดคล้องอยู่ในวัฒนธรรมซึ่งเดิมเต็ม ความสุขในชีวิตก็ถูกทำลายเช่นกัน ชาวเดนมาร์กหลายคนเริ่มมีความคิดที่เปลี่ยน ไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ หลายคนเร่งส่งลูกเข้าโรงเรียนชั้นประถมเร็วขึ้น ๑-๒ ปี ตามกระแสชาวเอเชีย หลายคนเริ่มไม่เห็นด้วยกับการให้สวัสดิการสังคมแก่ ชาวต่างชาติเทียบเท่าชาวเดนมาร์ก เพราะคิดว่ามันคือสิ่งที่พวกเขาลงทุนจ่ายไป โดยไม่ได้คิดถึงปัญหาสังคมที่จะตามมา หลายคนปลุกระดมความคิดเรื่อง เขี่ยคดีวิ และแสดงออกถึงความไม่ยินดีในการให้และขายบริการแก่ชาวต่างชาติ (ต่างสีผิว) เป็นต้น

เมื่อความสุขความพอใจในชีวิตของชาวเดนมาร์กทั้งจากสวัสดิการโดยรัฐ จากองค์กรที่พวกเขาสร้าง และจากความเป็นสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมกำลัง ถูกทำลายทั้งจากภายนอกและจากความคิดของพวกเขาเอง ชาวเดนมาร์กจะ หวันไหวหรือไม่ และจะหาทางออกอย่างไร ประเทศเดนมาร์กจะคงความเป็น ประเทศที่ประชาชนมีความสุขที่สุดในโลกได้หรือไม่ เป็นเรื่องที่ควรจับตาดูกัน ต่อไป

<sup>I</sup> Ardrian White, ๒๐๐๖. The World Map of Happiness. The University of Leicester. (<http://www.le.ac.uk/pc/aw&cl/world/sample.html> ค้นข้อมูลวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๔๙)

<sup>II</sup> จงจิต อรรถยุกติ (บรรณาธิการ), ๒๕๔๕ ต่างโลกกว้าง สแกนดิเนเวีย เดนมาร์ก นอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ บริษัทสำนักพิมพ์หน้าต่างสู่โลกกว้าง จำกัด, กรุงเทพฯ.

<sup>III</sup> Lorenz Rerup and Niels Finn Christiansen, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์. Denmark-History-The Developing Welfare State. Udenrigsministeriet -Royal Danish Ministry of Foreign Affairs (<http://www.um.dk/publikationer/um/English/Denmark/kap๖/๖-๑๗.asp> ค้นข้อมูลวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๔๙).

<sup>IV</sup> Niel Ploug ,Gyldendal Leksikon,ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์. Scandinavian Welfare Model. ([http://www.denmark.dk/portal/page?\\_pageid=๓๗๔,๕๑88๔&\\_dad\\_schema=PORTAL&p\\_pageurl=http%๓.](http://www.denmark.dk/portal/page?_pageid=๓๗๔,๕๑88๔&_dad_schema=PORTAL&p_pageurl=http%๓.) ค้นข้อมูลวันที่ ๓ กันยายน ๒๕๔๙).

<sup>V</sup> Gunnar Lind Haase Svendsen and Gert Tinggaard Svendsen, ๒๐๐๔. The Creation and Destruction of Social Capital : Entrepreneurship, Co-operative Movements and Institutions. Edward Elgar Publishing Limited, UK.



# ภาค ๓

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ  
ในราช प्रदेशและพื้นที่

## ตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การพัฒนาพลังงานเพื่อความสุข  
ของประเทศอเมริกาและเดนมาร์ก

ศุภกิจ นันทะวรการ



การพัฒนาพลังงานมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศ ในขณะที่เดียวกันการพัฒนาพลังงานก็อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่ออย่างมา ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และทางเศรษฐกิจ ดังเช่นกรณี ปัญหาจากโครงการพลังงานหลายโครงการในประเทศไทย ดังนั้นการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคพลังงาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการ แก้ไขและป้องกันปัญหาผลกระทบต่อต่างๆ รวมทั้งเป็นความท้าทายของสังคมไทย ที่จะกำหนดแนวทางการพัฒนาภาคพลังงานที่นำไปสู่ความสุขของสังคมร่วมกัน บนหลักเศรษฐกิจพอเพียง

บทความนี้จึงนำเสนอประสบการณ์ของการพัฒนาภาคพลังงานในสอง ประเทศคือ ประเทศสหรัฐอเมริกาและเดนมาร์ก โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับความ พยายามและประสบการณ์ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาค พลังงาน เพื่อสะท้อนแง่คิดและบทเรียนที่สำคัญในแต่ละกรณี รวมทั้งเสนอ ประเด็นที่ได้เรียนรู้จากทั้งสองกรณีต่อการ "ก้าวอย่าง" หรือการวางแผนพัฒนา พลังงานของประเทศไทยต่อไป

## ตัวอย่างของสหรัฐอเมริกา

### การวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ<sup>1</sup>

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความพยายามอย่างมากในการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพจากโรงไฟฟ้า โดยเชื่อมโยงมาจากการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพของมลพิษทางอากาศ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การผลักดันกฎหมายและนโยบายในการแก้ไขปัญหาผลกระทบทางสุขภาพของโรงไฟฟ้าต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่โรงไฟฟ้าถ่านหิน เนื่องจากเป็นแหล่งปล่อยมลพิษทางอากาศที่สำคัญ

"ในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา การวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับมลพิษทางอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพ ได้ชี้ให้เห็นว่า มลพิษทางอากาศมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงของมนุษย์หลายประการ ซึ่งรวมถึงโรคหืด, โรคหัวใจ, ความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล, และการตายก่อนวัยอันควร"

ทั้งนี้มลพิษทางอากาศที่สำคัญประการหนึ่งคือ ฝุ่น จึงมีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่เผยแพร่อยู่ในหนังสือและวารสารวิชาการต่างๆ เกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่น ซึ่งตัวอย่างของการศึกษาที่สำคัญได้แก่ การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมลพิษทางอากาศกับการตายใน ๖ เมืองของสหรัฐฯ และการศึกษาของสมาคมโรคมะเร็งของสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ซึ่งศึกษากลุ่มประชากร ๕๐๐,๐๐๐ คนในเขตเมือง ๑๕๐ แห่งทั่วประเทศ

ในปัจจุบัน การศึกษาในด้านนี้จะเน้นให้ความสำคัญกับผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นขนาดเล็กมาก ซึ่งสามารถผ่านระบบกรองและป้องกันฝุ่นตามธรรมชาติของระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ จนสามารถเข้าไปอยู่ในปอด ในถุงลม และยังสามารถผ่านเข้าสู่กระแสเลือดได้อีกด้วย ซึ่งไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาที่ระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อระบบหัวใจ อากาศหัวใจกำเริบ การเกิดมะเร็งปอด และการลดลงของอายุขัยโดยเฉลี่ยของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แหล่งมลพิษอีกด้วย

ทั้งนี้มีการวิจัยที่ประมาณว่า ในแต่ละปีประชากรประมาณ ๖๐,๐๐๐ คน ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากฝุ่นขนาดเล็กมาก ในขณะที่หน่วยงานป้องกันสิ่งแวดล้อมของสหรัฐฯ (หรือ US EPA) มีการประมาณในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ว่า ถ้าหากสามารถบรรลุมาตรฐานที่สูงกว่าในปัจจุบันสำหรับการปล่อยฝุ่นขนาดเล็กมากได้ จะรักษาชีวิตคนอเมริกันได้ถึง ๑๕,๐๐๐ คนต่อปี<sup>๖</sup>

ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีการศึกษาเจาะลึกไปถึงความเสี่ยงและผลกระทบของฝุ่นขนาดเล็กต่อประชากรกลุ่มต่างๆ โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดและโรคหัวใจ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กมีความเสี่ยงสูงที่สุด ทั้งนี้มีการศึกษาหลายชิ้นที่ประมาณว่า ฝุ่นขนาดเล็กมาก แม้ในระดับปัจจุบัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุหลายหมื่นคนในสหรัฐอเมริกาในแต่ละปี

## เชื่อมโยงสู่ผลกระทบจากโรงไฟฟ้าและข้อเสนอการลดมลพิษ

จากฐานความรู้และการศึกษาวิจัยต่างๆ เหล่านี้ คณะทำงานเพื่ออากาศสะอาด (Clean Air Task Force) ภายใต้เครือข่ายเพื่ออากาศสะอาด (Clear the Air) ได้สนับสนุนการศึกษาผลกระทบจากฝุ่นขนาดเล็กมากที่มาจากรังสีไฟฟ้าต่อการเสียชีวิตและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ผลกระทบที่มาจากโรงไฟฟ้าโดยตรง ผลการศึกษาดังกล่าวออกเผยแพร่ในปี ๒๕๔๓ ซึ่งได้ก่อให้เกิดความตื่นตัวในเรื่องนี้ มีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆ เพิ่มเติม รวมทั้งการพัฒนาโมเดลในการวิเคราะห์ผลประโยชน์จากการควบคุมมลพิษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีข้อเสนอนโยบายและกฎหมายจากหลายฝ่ายในการควบคุมการปล่อยมลพิษของโรงไฟฟ้า ทั้งข้อเสนอของรัฐบาลจอร์จ บุช, วุฒิสมาชิกฝ่ายต่างๆ ในรัฐสภา, และหน่วยราชการ

ทางคณะทำงานเพื่ออากาศสะอาด จึงทำการศึกษาอีกครั้งหนึ่งในปี ๒๕๔๗ เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นขนาดเล็กของโรงไฟฟ้าและการเปรียบเทียบประโยชน์ของข้อเสนอต่างๆ ในการควบคุมมลพิษของโรงไฟฟ้า โดยในด้านผลกระทบพบว่า โรงไฟฟ้าต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพอย่างมาก ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑ ทั้งนี้ยังมีการวิเคราะห์ในระดับรัฐและเมืองสำคัญต่างๆ ทั่วประเทศในรายละเอียดเช่น อัตราการตาย

โรคหัวใจ และความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล อันมีสาเหตุมาจาก  
ฝุ่นขนาดเล็กของโรงไฟฟ้าต่างๆ ทั่วประเทศ (ตารางที่ ๒)

**ตารางที่ ๑ ผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นขนาดเล็กของโรงไฟฟ้า  
ในประเทศสหรัฐอเมริกา**

ผลกระทบทางสุขภาพ	กรณีต่อปี
การตาย	๒๓,๖๐๐
อาการหัวใจกำเริบ	๓๘,๒๐๐
ปอดอักเสบเรื้อรัง	๑๖,๒๐๐
อาการหืดหอบกำเริบ	๕๕๔,๐๐๐
อาการหืดหอบที่ต้องเข้าห้องฉุกเฉิน	๒๖,๐๐๐
การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล	๒๑,๘๕๐
การสูญเสียวันทำงาน	๓,๑๘๖,๐๐๐

ที่มา : Conrad Schneider, ๒๐๐๔, Dirty Air, Dirty Power Mortality and Health Damage Due to Air Pollution from Power Plants, Clean Air Task Force, Clear the Air, Boston, USA, [www.cleartheair.org](http://www.cleartheair.org)

**ตารางที่ ๒ เมืองที่มีผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่นขนาดเล็กของโรงไฟฟ้าสูงสุด  
๕ อันดับแรกตามอัตราการตาย (กรณีต่อปี)**

อันดับ	เมือง	การตาย	ความเจ็บป่วยที่ต้องเข้า รพ.	อาการหัวใจกำเริบ
๑	นิวยอร์ก	๑,๐๐๒	๑,๐๐๘	๒,๐๙๘
๒	ชิคาโก	๘๕๕	๘๔๘	๑,๕๑๙
๓	ฟิลาเดเฟีย	๕๖๓	๕๐๖	๙๙๐
๔	ฟิลาเดเฟีย	๕๕๙	๕๐๕	๑,๐๐๗
๕	วอชิงตัน ดีซี	๕๑๕	๕๒๔	๘๕๑

ที่มา : ปรับจาก Conrad Schneider, ๒๐๐๔, Dirty Air, Dirty Power Mortality and Health Damage Due to Air Pollution from Power Plants, Clean Air Task Force, Clear the Air, Boston, USA, [www.cleartheair.org](http://www.cleartheair.org)

นอกจากวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพในรายละเอียดแล้ว ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบผลประโยชน์ทางสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จากข้อเสนอกฎหมายและนโยบายในการควบคุมมลพิษของฝ่ายต่างๆ รวม ๕ ข้อเสนอ โดยที่ข้อเสนอของทีมนิวเดมิสมาชิกเจฟฟอร์ด จะนำไปสู่การควบคุมมลพิษที่ครบถ้วนและส่งผลกระทบต่ออัตราการปล่อยมลพิษมากที่สุด ในขณะที่ข้อเสนอของรัฐบาลประธานาธิบดีบุช จะมีผลกระทบต่ออัตราการปล่อยมลพิษทางอากาศน้อยที่สุดในบรรดาข้อเสนอทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ทั้ง ๕ ข้อเสนอพบว่า ข้อเสนอของทีมนิวเดมิสมาชิกเจฟฟอร์ดสามารถลดการตายที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรงไฟฟ้าได้ถึง ๒๒,๐๐๐ คนต่อปี จากตัวเลขทั้งหมด ๒๔,๐๐๐ คนต่อปี และเมื่อพิจารณาจนถึงปี ๒๕๖๓ ข้อเสนอของทีมนิวเดมิสมาชิกเจฟฟอร์ด จะช่วยรักษาชีวิตคนได้มากกว่าข้อเสนอของบุชถึง ๑๐๐,๐๐๐ คน ในขณะที่การวิเคราะห์ต้นทุน ผลประโยชน์ รวมทั้งการลดผลกระทบทางสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่าง ๔ ข้อเสนอก็พบว่า ข้อเสนอของทีมนิวเดมิสมาชิกเจฟฟอร์ดจะก่อให้เกิดประโยชน์สุทธิสูงสุดรวมทั้งรักษาชีวิตประชาชนอเมริกันได้มากที่สุดด้วย (ตารางที่ ๓)

ตารางที่ ๓ ต้นทุนและผลประโยชน์รายปีของข้อเสนอต่างๆ ในการควบคุมมลพิษจากโรงไฟฟ้าในปี ๒๕๖๓ (หน่วย พันล้านดอลลาร์สหรัฐ)

ข้อเสนอของฝ่ายต่างๆ	รัฐบาลจอร์จ บุช	ทีมนิวเดมิสมาชิกคาร์ปเปอร์	หน่วยงานสิ่งแวดล้อม (EPA)	ทีมนิวเดมิสมาชิกเจฟฟอร์ด
ต้นทุน	๖.๒	๙.๓	๑๐.๙	๓๔
ผลประโยชน์	๑๑๓.๘	๑๓๐.๔	๑๔๘	๑๗๕.๕
ผลประโยชน์สุทธิ	๑๐๗.๖	๑๒๑.๑	๑๓๗.๑	๑๔๑.๕
การรักษาวีชีวิต (ในปี ๒๕๖๓)	๑๔,๐๐๐	๑๖,๐๐๐	๑๘,๐๐๐	๒๒,๐๐๐

ที่มา : Conrad Schneider, ๒๐๐๔, Dirty Air, Dirty Power Mortality and Health Damage Due to Air Pollution from Power Plants, Clean Air Task Force, Clear the Air, Boston, USA, [www.cleartheair.org](http://www.cleartheair.org)

นอกจากการศึกษาวិเคราะห์ประเด็นสำคัญต่างๆ แล้ว ยังมีการจัดทำเว็บไซต์เพื่อเผยแพร่ผลการศึกษา โดยที่ประชาชนสามารถดูข้อมูลเกี่ยวกับโรงไฟฟ้าที่อยู่ใกล้บ้านของตนเองทั้งสถิติด้านมลพิษและผลกระทบต่อสุขภาพหรือคุณภาพรวมของผลกระทบต่อสุขภาพในเขตเมืองหรือรัฐที่ตนเองอาศัยอยู่นอกจากนี้ยังมีแผนภาพเคลื่อนไหวตามข้อมูลจริงที่เปรียบเทียบผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกันในข้อเสนอในการควบคุมมลพิษต่างๆ ที่ได้วิเคราะห์ไว้



## สะท้อนประเด็นเรียนรู้ที่สำคัญ กรณีประเทศสหรัฐอเมริกา

จุดเด่นที่สำคัญของกรณีประเทศสหรัฐอเมริกาคือ การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศและโรงไฟฟ้า ซึ่งมีความซับซ้อนในทางวิทยาศาสตร์ให้มีความชัดเจนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีการศึกษาเป็นจำนวนมากที่ดำเนินการโดยฝ่ายต่างๆ รวมถึงสถาบันวิชาการที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับ นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ถึงรายละเอียดในมิติต่างๆ เช่น กลุ่มประชาชนที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุด รายละเอียดผลกระทบต่อสุขภาพตามรัฐและเมืองต่างๆ ทั่วประเทศ

ถึงแม้ว่า จะมีการศึกษาเป็นจำนวนมากเหล่านี้ที่ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงของมลพิษทางอากาศที่ปล่อยจากโรงไฟฟ้ากับผลกระทบต่อสุขภาพ การเกิดโรค และการตายอย่างละเอียด ครอบคลุม และเจาะลึก รวมทั้งการเผยแพร่ทั้งในวงวิชาการและการสื่อสารสาธารณะสำหรับประชาชนทั่วไป แต่การตัดสินใจ

เชิงนโยบายและกฎหมาย เพื่อลดการปลดปล่อยมลพิษจากโรงไฟฟ้า กลับยังไม่ได้คืบหน้ามากนัก โดยที่ปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ ในกระบวนการตัดสินใจ ไม่ได้ถูกนำมาพิจารณาวิเคราะห์ให้ชัดเจน ดังเช่น การถูกกดดันอย่างหนักจากฝ่ายอุตสาหกรรมพลังงาน จนกระทั่งข้อเสนอกฎหมายของทีมูมิสสมาชิกเจฟฟอร์ดไม่สามารถผ่านการอนุมัติได้

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การศึกษาวิจัยผลกระทบและการรณรงค์กับสาธารณะเหล่านี้ พยายามมุ่งเป้าไปที่การตัดสินใจเชิงนโยบายที่เป็นทางการเช่น รัฐสภา แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการเจรจาต่อรองที่ดำเนินควบคู่ไปกับกระบวนการที่เป็นทางการ ดังเช่นการเจรจาและกดดันจากฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการตัดสินใจ การพัฒนาเครือข่ายร่วมกันผลักดันนโยบาย และจังหวะและโอกาสทางนโยบาย เป็นต้น จึงควรนำมาตีและประเด็นเหล่านี้เข้ามาในกรอบการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการศึกษาวิจัยและการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาและข้อเสนอทางออกในการแก้ปัญหาเหล่านี้ ยังจำกัดอยู่กับการลดผลกระทบจากโรงไฟฟ้า โดยเน้นกลุ่มโรงไฟฟ้าถ่านหินเก่าที่สร้างมานานแล้ว เพื่อให้ปรับเปลี่ยนมาใช้เทคโนโลยีการควบคุมมลพิษที่ทันสมัยในปัจจุบัน แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับการพัฒนาพลังงานหมุนเวียนและพลังงานทางเลือกต่างๆ ที่มีการปล่อยมลพิษเหล่านี้้น้อยมากหรือไม่เกิดมลพิษบางตัวเลย รวมทั้งยังสามารถเพิ่มผลประโยชน์ได้ในมิติต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับพลังงานกระแสหลักเช่น ถ่านหิน หรือเขื่อนขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงยังไม่นำไปสู่การวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายที่เปิดกว้างมากกว่าการควบคุมผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษทางอากาศหรือมลพิษอื่นๆ เป็นหลักเพียงอย่างเดียว

### ตัวอย่างของเดนมาร์ก<sup>iii</sup>

จากประเทศสหรัฐอเมริกา เราลองมาดูประสบการณ์ของอีกประเทศหนึ่งในการพัฒนาระบบพลังงานเพื่อความสุขภาพของประเทศได้แก่ ประเทศเดนมาร์ก ซึ่งเป็นประเทศเล็กๆ อยู่ในทวีปยุโรปตอนเหนือ มีประชากรในปัจจุบันประมาณ ๕ ล้านคน

สังคมนเดมาร์กเริ่มสนใจปัญหาพลังงานอย่างจริงจังจากวิกฤติการณ์น้ำมันในปี ๒๕๑๕-๒๕๑๖ เนื่องจากระบบพลังงานทั้งประเทศต้องพึ่งพาน้ำมันนำเข้าเป็นหลัก เมื่อราคาน้ำมันพุ่งสูงขึ้น จึงเกิดผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม โดยที่ไม่เคยมีการกำหนดนโยบายการพัฒนาพลังงานมาก่อน เพราะเท่าที่ผ่านมา ก็เป็นการจัดหาพลังงานเพิ่มเติมให้เพียงพอกับความต้องการใช้ที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น หรือกล่าวได้ว่า คำนึงถึงเป้าหมายความมั่นคงด้านพลังงานเพียงอย่างเดียว

ดังนั้นทั้งสังคมจึงต้องหาซื้อเพลิงทางเลือกเพื่อลดการพึ่งพาน้ำมันทางบริษัทไฟฟ้าจึงเสนอให้สร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ แต่มีการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างกว้างขวางในการคัดค้านพลังงานนิวเคลียร์ โดยมีการก่อตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนขึ้นมา ๒ องค์กร โดยองค์กรหนึ่งทำงานเรื่อง พลังงานนิวเคลียร์ ส่วนอีกองค์กรหนึ่งทำงานเรื่อง พลังงานหมุนเวียน

จนกระทั่งในปี ๒๕๑๙ รัฐสภาได้ตัดสินใจผ่านกฎหมายการจัดการนโยบายพลังงาน แล้วกรมการค้าซึ่งถูกกำหนดให้เป็นผู้รับผิดชอบ ก็ออก "นโยบายพลังงานของเดนมาร์ก" อันเป็นแผนที่กำหนดแนวทางการพัฒนาพลังงาน โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดการพึ่งพาน้ำมันและชะลอการเติบโตของความต้องการใช้พลังงาน ซึ่งมีแนวทางที่สำคัญคือ แผนการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ และมีก๊าซธรรมชาติเป็นส่วนเสริม

ไม่กี่เดือนหลังจากนั้น องค์กรพัฒนาเอกชนได้ร่วมกับนักวิชาการในการจัดทำและเผยแพร่ "ร่างสำหรับแผนพลังงานทางเลือกของเดนมาร์ก" ที่เป็นแผนพลังงานทางเลือกต่อพลังงานนิวเคลียร์ ซึ่งมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่รวมพลังงานทางเลือกหลายประเภทเข้าด้วยกันได้แก่ การประหยัดพลังงาน, พลังงานหมุนเวียนต่างๆ, และระบบผลิตพลังงานไฟฟ้าและความร้อนร่วมกัน (เทคโนโลยีประเภทที่สามนี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตพลังงานได้อย่างมาก) ประโยชน์ที่สำคัญของแผนพลังงานทางเลือกก็คือ การเปิดทางเลือกพลังงานต่างๆ ให้สังคมรู้ว่า การกำหนดนโยบายและแผนพลังงาน สามารถมีทางเลือกได้หลายแบบ โดยประชาชนทั่วไปก็สามารถเข้าร่วมอภิปรายทางเลือกต่างๆ ได้

ในช่วงนี้ นอกจากการถกเถียงเรื่องพลังงานนิวเคลียร์แล้ว ทางภาครัฐได้เริ่มดำเนินการพัฒนาประสิทธิภาพในการใช้พลังงานในด้านต่างๆ เช่น การ



รณรงค์ติดฉนวนในอาคารบ้านเรือน รวมทั้งการกระจายการวางแผนพลังงาน ความร้อนไปสู่ระดับเทศบาลทั่วประเทศ เพื่อหาทางลดการใช้พลังงานและ ปรับปรุงระบบผลิตพลังงานที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

## การขับเคลื่อนมิติทางสังคมและเศรษฐกิจในการวางแผนพลังงาน

ในปี ๒๕๒๔ รัฐบาลจึงจัดตั้ง กระทรวงพลังงาน และมีการประกาศแผน พลังงานฉบับใหม่ที่สะท้อนการเปลี่ยนเป้าหมายในการพัฒนาพลังงาน โดยเน้น ความสำคัญของมิติทางสังคมและเศรษฐกิจต่างๆ ในการพัฒนาพลังงาน จนนำมาสู่การกำหนดเป้าหมายที่สำคัญและน่าสนใจมาก นั่นคือ เป้าหมายที่ จะทำให้การเติบโตด้านการใช้พลังงาน ไม่ต้องขึ้นอยู่กับการเติบโตทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ การใช้พลังงานไม่จำเป็นจะต้องเพิ่มขึ้นตามการเติบโตทางเศรษฐกิจ เสมอไป ซึ่งตรงกันข้ามกับความเชื่อของนักพลังงานส่วนใหญ่ในประเทศต่างๆ แม้กระทั่งในปัจจุบัน

แผนพลังงานของรัฐบาลฉบับนี้ เสนอ ๔ ทางเลือกในการพัฒนาพลังงาน ซึ่ง มีความแตกต่างกันบ้างในแง่ที่ทางเลือกหนึ่งมีการพัฒนาพลังงานนิวเคลียร์ ส่วน ทางเลือกที่สองเน้นพลังงานหมุนเวียน ในขณะที่อีกสองทางเลือกจะเน้นก๊าซ ธรรมชาติ กับเน้นการประหยัดพลังงาน อย่างไรก็ตามสิ่งที่เหมือนกันในทุกทาง เลือกคือ การใช้พลังงานจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก และถ่านหินจะเป็นเชื้อเพลิงที่ สำคัญที่สุด

ตามแผนดังกล่าว รัฐบาลและรัฐสภาเห็นว่า พลังงานนิวเคลียร์ยังคงมี การพัฒนาแต่เป็นแนวทางในระยะยาว แต่หลังจากนั้นในปี ๒๕๒๘ การเผยแพร่ ข้อมูล สร้างการเรียนรู้ และการขับเคลื่อนในสังคมเรื่อง พลังงานนิวเคลียร์อย่าง ต่อเนื่อง ก็สร้างข้อตกลงร่วมกันในสังคมที่ส่งผลให้รัฐสภาตัดสินใจตัดพลังงาน นิวเคลียร์ออกจากรายการนโยบายพลังงานของประเทศ

## การพัฒนาและกีดกันทางเลือกพลังงาน

ถึงแม้จะไม่มีการพัฒนาพลังงานนิวเคลียร์ แต่การอภิปรายทางเลือก

พลังงานอื่นๆ ก็เป็นไปอย่างจำกัดมาก เนื่องจากทางเลือกต่างๆ ในแผนพลังงานของรัฐจริงๆ แล้วไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ในปี ๒๕๒๖ นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยต่างๆ จึงได้จัดทำ "พลังงานสำหรับอนาคต แผนพลังงานทางเลือกปี ๒๕๒๖" โดยมีรากฐานมาจากแผนทางเลือกที่นำเสนอในปี ๒๕๑๙ แต่เน้นการวิเคราะห์และนำเสนอพลังงานทางเลือกอย่างละเอียด

ตัวอย่างเช่น การเสนอมาตรการต่างๆ ที่จะลดความต้องการใช้พลังงานลงให้ได้ร้อยละ ๒๘ ในปี ๒๕๔๓ ในขณะที่ตามแผนพลังงานของรัฐนั้น การใช้พลังงานจะเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐ ในปีดังกล่าว นอกจากนี้แผนทางเลือกยังมีรายละเอียดของการพัฒนาระบบผลิตไฟฟ้าและความร้อนร่วมกัน และการพัฒนาพลังงานลมเพิ่มขึ้นอย่างมากด้วย

แผนพลังงานทางเลือกดังกล่าว ส่งผลให้บริษัทไฟฟ้าขนาดใหญ่ มีการเคลื่อนไหวให้สังคมเห็นว่า การพัฒนาตามแผนพลังงานทางเลือก จะก่อให้เกิดปัญหาอย่างรุนแรงต่อระบบไฟฟ้า โดยเหตุผลที่สำคัญคือ จะเกิดความผันผวนอย่างมากในการผลิตไฟฟ้า โดยมีการจัดทำออกมาเป็นรายงานที่ระบุว่า "พลังงานลม จะมีสัดส่วนการผลิตไฟฟ้าได้อย่างมากที่สุดได้แค่ร้อยละ ๑๐ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนดังกล่าวก็จะก่อปัญหาอย่างมากต่อระบบไฟฟ้า"<sup>iv</sup>

ทางนักวิจัยด้านพลังงานหมุนเวียน จึงทำการศึกษาเพื่อตอบคำถามดังกล่าว โดยจัดทำ "แผนพลังงานสีเขียว" ของเกาะขนาดใหญ่แห่งหนึ่งของเดนมาร์ก ซึ่งออกเผยแพร่ในสองปีต่อมา เพื่อแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าระบบพลังงานของเกาะดังกล่าวจะมีสัดส่วนพลังงานลมถึงร้อยละ ๒๕ และยังมีระบบผลิตไฟฟ้าและความร้อนร่วมกันเป็นจำนวนมาก แต่ถ้าหากมีการจัดการที่เหมาะสม พลังงานทั้งสองประเภทนี้จะสามารถเสริมหนุนซึ่งกันและกันได้ ทำให้สามารถจะแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งในทางเทคนิคและกฎระเบียบของระบบไฟฟ้าได้

## เป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมและมาตรการเชิงนโยบาย

ในช่วงประมาณปี ๒๕๓๐ การพัฒนาพลังงานเริ่มให้ความสำคัญกับมิติทางด้านสิ่งแวดล้อมมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลกที่มีสาเหตุสำคัญมาจากการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ประเทศเดนมาร์กใน

ขณะนั้นมีการใช้ถ่านหินเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้อัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอน-ไดออกไซด์ต่อประชากรของเดนมาร์กอยู่ในกลุ่มสูงที่สุดในโลก

นักวิชาการที่ผลักดันพลังงานทางเลือกจึงพัฒนาและเผยแพร่แผนพลังงานทางเลือกในปี ๒๕๓๒ โดยที่ทางรัฐบาลยังไม่มีการออกแผนพลังงานใดๆ แผนทางเลือกฉบับนี้ เน้นการวิเคราะห์และนำเสนอมาตรการต่างๆ ทั้งในเชิงนโยบาย กฎระเบียบและบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เพื่อสนับสนุนและลงมือดำเนินการพัฒนาพลังงานทางเลือกต่างๆ โดยเฉพาะมาตรการนโยบายในการประกันราคาซื้อขายไฟฟ้าจากพลังงานหมุนเวียน (Feed-in Tariff) ดังนั้นแผนฉบับนี้จึงใช้ชื่อว่า "แผนปฏิบัติการพลังงาน"

หลังจากนั้นไม่นาน ทางรัฐบาลก็ออกแผนพลังงานฉบับใหม่ในปี ๒๕๓๓ ซึ่งมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และประกอบด้วยทางเลือก ๓ แนวทางที่มีจุดเน้นแตกต่างกันระหว่างการจัดหาพลังงาน, การเพิ่มการเติบโตทางเศรษฐกิจ, และมีมิติด้านสิ่งแวดล้อม

ประเด็นที่น่าสนใจในแผนของรัฐบาลคือ มีการเน้นย้ำว่า การตัดสินใจเลือกระหว่าง ๓ แนวทางนี้ มีความสำคัญน้อยกว่าการกำหนดมาตรการและกฎระเบียบในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การดำเนินการจริงในการพัฒนาพลังงาน ดังนั้นแผนดังกล่าวจึงมีข้อเสนอมาตรการและกฎระเบียบต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาพลังงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

หลังจากที่แผนนี้ออกมาไม่นาน ก็มีการเปลี่ยนรัฐบาลใหม่และกระทรวงพลังงานถูกรวมอยู่กับกระทรวงอุตสาหกรรม ผลที่เกิดขึ้นก็คือ ข้อเสนอมาตรการและกฎระเบียบต่างๆ ที่เสนอไว้ในแผนไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง แต่เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลอีกครั้งหนึ่ง ก็มีการจัดตั้งกระทรวงพลังงานกลับมาใหม่ ซึ่งออกแผนพลังงานใหม่ในปี ๒๕๓๖ ซึ่งมีเนื้อหาหลักตามแผนพลังงานฉบับปี ๒๕๓๓ และมาตรการและกฎระเบียบต่างๆ ที่เสนอไว้ในแผนก็ถูกนำมาดำเนินการ โดยเฉพาะมาตรการประกันราคาซื้อขายไฟฟ้าจากพลังงานหมุนเวียนที่มีกระบวนการสร้างข้อตกลงร่วมกันในสังคม ก่อนการตัดสินใจในรัฐสภาที่จะอนุมัติกฎหมายดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ความคืบหน้าในการพัฒนาภาคพลังงานก็ยังมีความโน้มที่จะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนได้

ประเด็นสำคัญต่างๆ ของแผนพลังงานที่เป็นทางการของรัฐบาล กับแผน

พลังงานทางเลือกที่สำคัญ ได้สรุปไว้ในตารางที่ ๔ และ ๕

ตารางที่ ๔ สรุปประเด็นสำคัญของแผนพลังงานของรัฐบาลเดนมาร์ก

ชื่อแผนและปี	ชื่อเพลิงหลัก	พลังงานหมุนเวียน	แนวทางของแผน	เป้าหมายการพัฒนาพลังงาน
แผนโดยกรมการค้า ปี ๒๕๑๙	วิเริ่มพลังงานนิวเคลียร์	ไม่มี	แนวทางเดียว, บนฐานการพยากรณ์	ความมั่นคงด้านพลังงาน
แผนของกระทรวงพลังงาน ปี ๒๕๒๔	ถ่านหิน	เริ่มต้น	หลายทางเลือก, บนฐานการพยากรณ์	มิติพลังงานทางสังคมและเศรษฐกิจ
แผนพลังงาน ปี ๒๕๓๓ (และแผนปี ๒๕๓๖)	ก๊าซ	มีมากขึ้น	แผนเชิงปฏิบัติการ, ชุดข้อเสนอมาตรการนโยบาย	ภาวะโลกร้อน
แผนพลังงาน ปี ๒๕๓๙	ก๊าซ	มีสัดส่วนพอควรในการผลิต	แผนเชิงปฏิบัติการ	ภาวะโลกร้อน, การเปิดเสรีพลังงาน

ที่มา : Henrik Lund, ๒๐๐๐, Choice Awareness: The Development of Technological and Institutional Choice in the Public Debate of Danish Energy Planning, Journal of Environmental Policy and Planning ๒: ๒๔๙-๒๕๙

ตารางที่ ๕ สรุปประเด็นสำคัญของแผนพลังงานทางเลือก

ชื่อแผนและปี	เนื้อหาหลัก	ผลที่เกิดขึ้น
ร่างแผนพลังงานทางเลือก ปี ๒๕๑๙	เสนอทางเลือกเทคโนโลยีพลังงานต่างๆ ต่อพลังงานนิวเคลียร์	ความรู้และกรอบคิดเกี่ยวกับทางเลือกที่หลากหลายในการวางแผน
พลังงานสำหรับอนาคต ปี ๒๕๒๖	รายละเอียดต่างๆ ของทางเลือกเทคโนโลยีพลังงาน	เป้าหมายในการแยก การใช้พลังงานกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ
แผนปฏิบัติการพลังงาน ปี ๒๕๓๒	มาตรการทางนโยบาย กฎระเบียบ และบทบาทของฝ่ายต่างๆ ในการดำเนินการ	ความรู้และกรอบคิดเกี่ยวกับ "แผนเชิงปฏิบัติการ"
ประชาธิปไตยและการเปลี่ยนแปลง ปี ๒๕๓๘	พลวัตทางการเมืองเบื้องหลัง กระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการ	?

ที่มา : Henrik Lund, ๒๐๐๐, Choice Awareness: The Development of Technological and Institutional Choice in the Public Debate of Danish Energy Planning, Journal of Environmental Policy and Planning ๒: ๒๔๙-๒๕๙

## ผลของการปรับเปลี่ยน ระบบพลังงานที่เอื้อต่อสุขภาพ

การดำเนินการอย่างจริงจังเกี่ยวกับการประหยัดพลังงานและการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงาน ส่งผลให้การบริโภคพลังงานโดยรวมของประเทศ (Gross Energy Consumption) อยู่ในระดับเดิมตลอดช่วงเวลา ๒๕ ปีนับจากปี ๒๕๑๕ ถึงปี ๒๕๓๙ ทั้งๆ ที่ในช่วงเวลาเดียวกันเศรษฐกิจมีการเติบโตประมาณร้อยละ ๖๐ ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ประสิทธิภาพการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก (สัดส่วนการเติบโตของการใช้พลังงานต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ หรือ Energy Intensity ลดลงร้อยละ ๓๗) โดยความสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่งคือ การพัฒนาระบบการผลิตไฟฟ้าและความร้อนร่วมกัน เพิ่มขึ้นอย่างมาก

ในด้านการพัฒนาพลังงานหมุนเวียนนั้น มีกำลังการผลิตเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนที่สำคัญที่สุดคือ กังหันลมผลิตไฟฟ้าที่มีสัดส่วนร้อยละ ๔ ของการผลิตไฟฟ้าในปี ๒๕๓๙ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๘ ในอีก ๒ ปีต่อมา ปัจจุบันนี้พลังงานลมมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของการผลิตไฟฟ้าแล้ว นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาพลังงานก๊าซชีวภาพและชีวมวลต่างๆ เช่น เศษไม้และฟางข้าว ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากตลอดช่วงเวลาดังกล่าว

สิ่งที่สำคัญนอกจากสัดส่วนในการผลิตพลังงานแล้ว กังหันลมและพลังงานหมุนเวียนเหล่านี้ มีการดำเนินการในรูปแบบของสหกรณ์ที่ประชาชนในท้องถิ่นเป็นเจ้าของเป็นจำนวนมาก สำหรับภาพรวมของอุตสาหกรรมกังหันลม มีการจ้างงานประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ ตำแหน่ง ซึ่งมากกว่าการจ้างงานของอุตสาหกรรมผลิตไฟฟ้าประเภทอื่นๆ ทั้งหมดรวมกัน และประเทศเดนมาร์กสามารถพัฒนากังหันลมจนกลายเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของประเทศ

## ความล้มเหลวและปัญหาความท้าทายต่อไป

อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายส่วนในภาคพลังงานของเดนมาร์กที่ยังไม่ประสบความสำเร็จและต้องมีการดำเนินการอีกมาก โดยปัญหาที่สำคัญคือการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของความต้องการใช้ไฟฟ้าและการใช้พลังงานสำหรับภาคขนส่ง นอกจากนี้ถ่านหินก็ยังคงเป็นเชื้อเพลิงหลักในการผลิตไฟฟ้า

การวางแผนพัฒนาภาคพลังงานในปัจจุบันนี้ ยังคงดำเนินไปภายใต้ความแตกต่างของแนวคิดและแนวทางระหว่างกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น ๒ แนวทางหลัก โดยแนวทางแรกอาจเรียกว่า "แนวทางการเปิดเสรีภาคพลังงาน" ซึ่งเชื่อว่า การเปิดเสรีตามแนวโน้มการเปิดเสรีในสหภาพยุโรป จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและทำให้ค่าไฟฟ้าลดลงได้ สำหรับเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมนั้น จะสามารถบรรลุได้โดยโครงสร้างทางสถาบันและองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบันเช่น บริษัทไฟฟ้าขนาดใหญ่ โดยไม่จำเป็นต้องดำเนินการกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้การพัฒนาพลังงานลมและระบบการผลิตไฟฟ้าและความร้อนร่วมกัน ก็มีความมั่นคงจนไม่จำเป็นต้องเพิ่มมาตรการหรือกฎระเบียบใดๆ อีก

ในขณะที่แนวทางที่สองเห็นว่า การเปิดเสรีตามแนวโน้มในสหภาพยุโรป จะเป็นประโยชน์ต่อบริษัทขนาดใหญ่ที่จะสร้างกำไรได้มากขึ้นเป็นหลัก โดยไม่ได้ช่วยให้ค่าไฟฟ้าลดลง ส่วนการบรรลุเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาพลังงานลมและระบบการผลิตร่วมด้วยนั้น ไม่สามารถดำเนินการภายใต้โครงสร้างทางสถาบันและองค์กรที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากบริษัทด้านถ่านหินและเชื้อเพลิงซากดึกดำบรรพ์อื่นๆ มีอิทธิพลอย่างมากต่อภาพรวมของการตัดสินใจ จึงจำเป็นต้องมีองค์กรใหม่ขึ้นมาช่วยดำเนินการและถ่วงดุล ควบคู่ไปกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม เพื่อพัฒนาและดำเนินการมาตรการและกฎระเบียบเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบพลังงานที่ยั่งยืน จึงอาจเรียกแนวทางนี้ว่า "แนวทางการพัฒนาความเป็นประชาธิปไตยในภาคพลังงาน"

ในปัจจุบันนี้ทั้งสองแนวทางนี้ ยังคง "ซบเซา" กันต่อไปในการพัฒนาภาคพลังงานของเดนมาร์ก

## สะท้อนประเด็นเรียนรู้ที่สำคัญ กรณีประเทศเดนมาร์ก

ประสบการณ์ในการพัฒนาระบบพลังงานเพื่อความสุขของสังคมเดนมาร์ก นั้น เน้นที่การพัฒนาและนำเสนอทางเลือกในการพัฒนาพลังงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สังคมเห็นว่า การพัฒนาพลังงานนั้น มีทางเลือกได้หลายทาง ทั้งทางเลือก

ในด้านเทคโนโลยีและด้านโครงสร้างและองค์กรที่แตกต่างกัน อันจะนำไปสู่การตัดสินใจลงทุนและพัฒนาพลังงานที่แตกต่างกันด้วย

โดยมีกรณีวิเคราะห์ที่ปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจของสังคม ทั้งสภาพปัญหาของภาคพลังงาน, องค์กรต่างๆ ที่รับผิดชอบดำเนินการ, โครงสร้างทางสถาบัน, รวมทั้งประเด็นเป้าหมายของการพัฒนาพลังงาน ตัวอย่างเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากพลังงานนิวเคลียร์ในช่วงปี ๒๕๑๙ หรือกระแสสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลกที่เกิดขึ้นในช่วง ๒๕๓๓ ทั้งนี้สิ่งที่สำคัญคือ การตัดสินใจออกมาตรการและกฎระเบียบต่างๆ (Public Regulation) ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนหรือควบคุมการพัฒนาพลังงานแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน โดยมาตรการและกฎระเบียบเหล่านี้รวมถึงการตรวจสอบและการมีส่วนร่วมของสาธารณะด้วย

ทั้งนี้การผลิตพลังงานทางเลือก ผ่านแผนพลังงานทางเลือกต่างๆ ก็มุ่งเป้าไปที่การตัดสินใจที่เป็นทางการของรัฐ แต่ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์บทบาทและอิทธิพลของฝ่ายต่างๆ โดยเฉพาะบริษัทพลังงานขนาดใหญ่ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ กับภาคประชาชน สหกรณ์ และเทศบาลที่มีศักยภาพในการพัฒนาพลังงานทางเลือก และที่สำคัญนำไปสู่กระบวนการทางสังคมในการอภิปราย ถกเถียง และเรียนรู้ จนสามารถสร้างข้อตกลงร่วมกันที่กลายเป็นกรอบและแนวทางสำหรับการตัดสินใจที่เป็นทางการ ตัวอย่างเช่น การตัดพลังงานนิวเคลียร์ออกจากแผนพลังงานของประเทศ หรือการออกมาตรการประกันราคาซื้อไฟฟ้าจากพลังงานหมุนเวียน (Feed-in Tariff)

สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งสะท้อนจากประสบการณ์ของเดนมาร์กคือ การให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการพัฒนาพลังงานที่เปลี่ยนแปลงไป แต่เดิมความมั่นคงทางพลังงานเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด แต่ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนมาสู่เป้าหมายทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ จนกระทั่งเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมผลที่เกิดขึ้นคือ การปรับเปลี่ยนประเทศไปสู่การไม่พึ่งพาน้ำมันซึ่งต้องนำเข้า

การปรับเปลี่ยนเป้าหมายการพัฒนาพลังงานเหล่านี้ ยังนำมาสู่การทุ่มเทพัฒนาพลังงานบนฐานทรัพยากรพลังงานที่มีในประเทศรวมทั้งฐานความรู้ของตนเองด้วย เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างมากในกรณีพลังงานลม และการลดนำเข้าน้ำมัน ได้เพิ่มขีดความสามารถในการ

พึ่งตนเอง และพัฒนาไปสู่การส่งออกจนเป็นหนึ่งในผู้นำของโลกในด้านนี้ อันเป็นการสะท้อนมิติของการพัฒนาพลังงานเพื่อการพึ่งตนเองและการสร้างภูมิคุ้มกัน ในภาคพลังงาน จนกระทั่งไปสู่ความสามารถในการแข่งขันของประเทศได้

ยิ่งไปกว่านั้น การกำหนดเป้าหมายในด้านการเติบโตด้านพลังงานที่ไม่ต้องผูกติดอยู่กับการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อของนักพลังงานโดยทั่วไป รวมทั้งนักพลังงานของประเทศไทยจนปัจจุบันนี้ จึงนำมาสู่การดำเนินการอย่างจริงจังในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงาน จนประสบความสำเร็จและเป็นรูปธรรมให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้เห็นว่าการเศรษฐกิจเติบโตได้ โดยที่การใช้พลังงานโดยรวมยังคงที่ตลอดช่วง ๒๕ ปีที่ผ่านมา อันสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แนวทางการพัฒนาพลังงานที่เน้นความมีเหตุผลและความพอดีในการพัฒนาพลังงาน ประกอบกับความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ อย่างเหมาะสม ไม่ได้นำไปสู่การถอยหลังทางเศรษฐกิจและความขาดแคลน แต่ตรงกันข้าม เศรษฐกิจกลับเติบโตมากขึ้นได้ โดยใช้พลังงานเท่าเดิม

## ก้าวอย่างที่แตกต่างของอเมริกาและเดนมาร์ก...กับก้าวของไทย

จากแนวคิดและประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาและเดนมาร์ก เราลองนำบทเรียนต่างๆ มาพิจารณาการพัฒนาระบบพลังงานของประเทศไทยเพื่อความสุขร่วมกันของสังคม

จะเห็นได้ว่า การวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพจากภาคพลังงาน ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจังสำหรับการวางแผนและกำหนดนโยบายพลังงานของประเทศไทย ทั้งๆ ที่ผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเกิดขึ้นจริง ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจ และการตายก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังควรมีการวิเคราะห์ผลกระทบจากภาคพลังงานต่อกลุ่มเด็กหรือกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงในการได้รับผลกระทบรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เพื่อให้การกำหนดนโยบายและการวางแผนพลังงานไม่ทำลายสุขภาพของประชาชนและสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น



อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ความพยายามออกกฎหมายหรือนโยบายในการควบคุมมลพิษของโรงไฟฟ้าหรือมาตรการต่างๆ ในการสนับสนุนพลังงานหมุนเวียน จะพบกับอุปสรรคของการหว่านล้อมและกดดันของธุรกิจพลังงานขนาดใหญ่ โดยเฉพาะกับผู้ที่มีความอำนาจในการตัดสินใจด้วยวิธีการและรูปแบบต่างๆ จนแม้กระทั่งนโยบายหรือกฎหมายที่ดีต่อสุขภาพและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ก็ไม่สามารถผ่านออกมาบังคับใช้ได้

การผลักดันกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในด้านพลังงาน จึงจำเป็นจะต้องวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจ โดยเฉพาะปัจจัยและเงื่อนไขต่างๆ ที่มีผลต่อการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาพลังงาน การกำหนดทางเลือกในการพัฒนา การอนุมัติแผน มาตรการนโยบาย และกฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งการดำเนินการต่างๆ

ในด้านการวางแผนพลังงานของประเทศไทย จะต้องมีการพัฒนาทางเลือกหลายแนวทางโดยไม่จำกัดอยู่เพียงทางเลือกของเทคโนโลยีบางประเภทตามที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น แต่จำเป็นจะต้องพิจารณาผสมผสานเทคโนโลยีหลายประเภทเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาเป็นทางเลือกต่างๆ ในเชิงนโยบาย เช่น พลังงานหมุนเวียน ควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานและระบบการผลิตไฟฟ้าและความร้อนร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งทางเลือกเหล่านี้จะต้องถูกสื่อสารกับสาธารณะและสร้างการเรียนรู้ให้กับภาคส่วนต่างๆ ของสังคม จนกระทั่งประชาชนสามารถอภิปรายแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทยได้

ในขณะเดียวกัน การวางแผนพลังงานจำเป็นจะต้องมีข้อเสนอหรือมีทางเลือกเกี่ยวกับมาตรการและกฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมและบทบาทของฝ่ายต่างๆ เพื่อนำไปสู่การดำเนินการจริงในการพัฒนาพลังงาน มิใช่เป็นเพียงคำประกาศนโยบายที่อาจจะไม่นำไปสู่การดำเนินการใดๆ

สำหรับเป้าหมายการพัฒนาพลังงานที่สำคัญสำหรับประเทศไทย จะต้องไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพของประชาชนและชุมชน ซึ่งนอกจากการป้องกันความเจ็บป่วยเป็นโรคแล้ว ยังรวมไปถึงการปกป้องรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพึ่งตนเองและความอยู่ดีมีสุขของชุมชน

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีทรัพยากรพลังงานที่กระจายอยู่มากมายทั่วประเทศ ทั้งเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรต่างๆ เศษไม้จากต้นไม้หัวไร่ปลายนานหรือป่าชุมชน ของเสียต่างๆ จากโรงงานอุตสาหกรรมเกษตรและฟาร์มเลี้ยงสัตว์ ขยะ น้ำมันพืชใช้แล้ว ตลอดจนแสงอาทิตย์ ลม น้ำตก หรือแม้กระทั่งการปลูกพืชน้ำมัน ซึ่งล้วนเป็นตัวอย่างที่สำคัญของพลังงานที่รอการพัฒนา

ทั้งนี้แนวทางการพัฒนาทรัพยากรพลังงานเหล่านี้ ควรมีเป้าหมายเพื่อการพึ่งตนเอง กล่าวคือตั้งอยู่บนฐานความเข้าใจและความคิดของชุมชนท้องถิ่น โดยมีการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาความรู้ต่างๆ ทั้งของท้องถิ่นเองและภายนอก รวมทั้งต้องมีความพอดี พอประมาณในการผลิตและการใช้พลังงาน อันจะเป็นภูมิคุ้มกันที่สำคัญสำหรับชุมชนเองและเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงให้เป็นจริงอีกด้วย

i เนื้อหาในส่วนนี้ เรียบเรียงจาก Conrad Schneider, ๒๐๐๔, Dirty Air, Dirty Power Mortality and Health Damage Due to Air Pollution from Power Plants, Clean Air Task Force, Clear the Air, Boston, USA, [www.cleartheair.org](http://www.cleartheair.org)

ii อ้างแล้ว

iii เรียบเรียงจาก Henrik Lund, ๒๐๐๐, Choice Awareness: The Development of Technological and Institutional Choice in the Public Debate of Danish Energy Planning, Journal of Environmental Policy and Planning ๒: ๒๔๙-๒๕๙

iv เพิ่งอ้าง

v Henrik Lund, ๑๙๙๖, Elements of a Green Energy Plan which can Create Job Opportunities, SiD, General Workers Union in Denmark, Denmark

vi เดชรัต สุขกำเนิดและศุภกิจ นันทะวรการ, ๒๕๔๘, ทางเลือกอนาคตไฟฟ้าไทย: การวิเคราะห์ทางเลือกของแผนพัฒนากำลังผลิตไฟฟ้า, แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



เมื่อสุขภาพมีความหมาย:  
บทเรียนจากลอนดอน  
เดวิด สุขกำเนิด

ในหลายกรณี ความมุ่งมั่นทางการเมืองคือ หัวใจสำคัญของ การเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย รวมถึงการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อย่างไรก็ดี ความมุ่งมั่นทางการเมืองแต่เพียงอย่างเดียวก็อาจจะไม่ นำพาการเปลี่ยนแปลงนั้นไปสู่ความสำเร็จได้ บทความนี้จึงนำเสนอความพยายามในการ สร้างส่วนผสมที่ลงตัวขององค์ประกอบต่างๆ ในกระบวนการนโยบายเพื่อสร้าง ความเท่าเทียมกันทางสุขภาพในมหานครลอนดอน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับ ขบคิดในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในสังคมไทย

## ปัญหาสุขภาพของลอนดอน

ถึงแม้ว่ามหานครลอนดอนจะเป็นศูนย์กลางทางอำนาจและศูนย์กลาง ทางการเงินแห่งหนึ่งของโลก จนดูเหมือนว่าไม่น่าจะมีปัญหาหนักอกในเรื่อง สุขภาพ แต่ความเป็นจริงกลับพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพในลอนดอนนั้นมี สะสมมากมาย จนเป็นที่มาของความพยายามในการพัฒนา นโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยสามารถแบ่งปัญหาออกเป็น ๒ ด้านหลักด้วยกัน คือ

**๑. ปัญหาด้านสุขภาพ** ความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพเป็นปัญหาหลักของลอนดอน ถึงแม้ว่า หากพิจารณาโดยรวม สุขภาพของคนลอนดอนโดยเฉลี่ยก็จะใกล้เคียงกับมาตรฐานโดยเฉลี่ยของคนในอังกฤษทั่วไป แต่สิ่งที่น่าสนใจและเป็นปัญหาคือ ความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำของสุขภาพของคนในลอนดอนนั้นมีมากเหลือเกิน ตัวอย่างเช่น ผู้ชายที่อาศัยอยู่ในเขตเวสต์มินส์เตอร์มีอายุขัยโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ชายในเขตนิวแฮมถึง ๖ ปี ทั้งๆ ที่สองเขต (หรือที่เรียกว่า borough) นี้อยู่ห่างกันเพียงประมาณ ๑๐ ป้ายรถไฟใต้ดินเท่านั้นเอง หรืออัตราการตายของทารกในเขตฮอกนีย์สูงกว่าในเขตเบกซ์เลย์ ถึงประมาณ ๒.๕ เท่า นี่ยังไม่นับรวมเรื่องการว่างงาน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน ซึ่งก็แตกต่างกันมากเช่นกัน นอกจากนี้ ปัญหาทางสุขภาพที่ตามมาด้วยก็คือ ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยที่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพมิได้ลดลงเลย

**๒. ปัญหาในการบริหารรัฐกิจ** ซึ่งมีความซับซ้อนกันมาก จนทำให้การแก้ไขปัญหาก็ทำได้ยากตามไปด้วย กล่าวคือ **ประการแรก** การบริการทางด้านสุขภาพถูกแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนและไม่ค่อยมีการประสานงานกัน กล่าวคือ ส่วนแรกเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลจะดำเนินการโดย องค์การบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ส่วนการดูแลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพจะอยู่ในการดูแลองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น **ประการที่สอง** การกำหนดอาณาเขตหรือขอบเขตการบริการของ ๒ ส่วนข้างต้นไม่เหมือนกัน การให้บริการจึงซ้อนทับและมีช่องโหว่กันเต็มไปหมด ทำให้การประสานงานยุ่งยากมาก **ประการสุดท้าย** ไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นซึ่งมีอยู่ประมาณ ๓๓ เขต ทำให้การบริหารมหานครลอนดอนจึงมีปัญหาทางด้านสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ มากมายอย่างไม่น่าเชื่อ

## ความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง

เมื่อพรรคแรงงาน นำโดยนายโทนี แบลร์ได้เป็นรัฐบาลก็ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตามเสียงเรียกร้องที่มีมานาน โดยมีกรออกพระราชบัญญัติการบริหารมหานครลอนดอน (Greater London Authority Act) เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๙๙ และมีการเลือกตั้งนายกเทศมนตรีโดยตรงเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๐

พร้อมกันนั้นก็กำหนดให้มีสมัชชามหานครลอนดอน (Greater London Assembly) ควบคู่ไปด้วย เพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบการดำเนินงานของนายกเทศมนตรี

สิ่งที่น่าสนใจคือ ในพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ได้กำหนดให้นายกเทศมนตรีมีหน้าที่ในการกำหนดยุทธศาสตร์ และดำเนินตามยุทธศาสตร์เหล่านั้น โดยผ่านการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งยังคงอำนาจในการให้บริการในเขตของตนดั้งเดิม พระราชบัญญัติดังกล่าวยังกำหนดให้มีการประเมินผลงานของนายกเทศมนตรีเป็นรายปี ตามเกณฑ์ที่จัดในแต่ละยุทธศาสตร์ที่ตนเองประกาศเมื่อเข้ารับตำแหน่ง

ยิ่งไปกว่านั้น พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังระบุด้วยว่า "นายกเทศมนตรีจะต้องรับผิดชอบต่อการกำหนดยุทธศาสตร์หรือการดำเนินการใด ๆ ก็ตามที่มีผลต่อสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ" นั่นก็แปลตามความเข้าใจโดยทั่วกันของชาวอังกฤษว่า นายกเทศมนตรีจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อเรื่องถึงสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ ในทุกยุทธศาสตร์ที่ตนเองกำหนดขึ้น รวมถึงกิจกรรมที่ต่อเนื่องมาจากยุทธศาสตร์นั้น จนกลายเป็นที่มาของการขยายตัวของประเมินผลกระทบทางสุขภาพในมหานครลอนดอน

ต่อมานายเคน ลิฟวิงสโตน ได้รับการเลือกตั้งและเข้ารับตำแหน่งนายกเทศมนตรีเมื่อเดือนพฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๐๐ และได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการบริหารมหานครลอนดอนไว้ ๘ ประการด้วยกันคือ การพัฒนาพื้นที่ การขนส่ง การพัฒนาทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม คุณภาพอากาศ การส่งเสริมความหลากหลายทางชีวภาพ การจัดการขยะและของเสีย และการจัดการเรื่องเสียงดัง โดยในแต่ละยุทธศาสตร์ก็จะมีกำหนดแผนการดำเนินการโดยละเอียดตามมา

ถึงแม้ยุทธศาสตร์ทั้ง ๘ ประการจะไม่มีคำว่าสุขภาพปรากฏอยู่ในยุทธศาสตร์ใด ยุทธศาสตร์หนึ่ง แต่เนื่องจากตามพระราชบัญญัติที่ระบุไว้ว่า นายกเทศมนตรีจะต้องรับผิดชอบและคำนึงถึงผลกระทบต่อเรื่องถึงสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ ในทุกยุทธศาสตร์ที่ตนเองกำหนดขึ้น นายเคน ลิฟวิงสโตน จึงดำเนินการตั้งคณะกรรมการสุขภาพของลอนดอน (London Health Commissioner) ขึ้นมาเป็นคณะกรรมการอิสระในการให้คำปรึกษาและ

ช่วยตรวจสอบการทำงานของตน โดยมีสมาชิกจากองค์กรต่างๆ ถึง ๔๕ คน และได้ตกลงให้ใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment) เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์และประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ ในทุกยุทธศาสตร์ที่ตนเองกำหนดขึ้น ทั้งนี้ โดยที่กฎหมายมิได้ระบุว่าต้องดำเนินการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า สิ่งเหล่านี้คือ ภูมิปัญญาของความรู้ที่สั่งสมมาในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ภายหลังจากนั้น นายเคน ลิฟวิงส์โตน และคณะกรรมการสุขภาพของลอนดอน ก็ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยงานสังเกตการณ์ด้านสุขภาพของลอนดอน (London Health Observatory) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ประสานงานในทางวิชาการ และปฏิบัติการ และหน่วยงานดังกล่าวได้จัดให้มีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในทุกๆ ยุทธศาสตร์และทุกแผนการดำเนินงาน และยังส่งเสริมให้มีการใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในระดับท้องถิ่น เช่น การจัดการฝึกอบรมในระดับท้องถิ่น อีกด้วย

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในลอนดอนดำเนินไปด้วยดีพอสมควร โดยทั้งหมดเป็นการประเมินผลกระทบแบบเร่งด่วน (Rapid appraisal) ใช้เวลาในการประชุมร่วมกันประมาณ ๑-๒ วัน โดยมีสถาบันวิชาการที่มีชื่อเสียงทั้งหลายในลอนดอนทำหน้าที่ในการเตรียมข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดหลักๆ ในยุทธศาสตร์นั้น ข้อมูลหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางสุขภาพ ทั้งในลอนดอน และในที่อื่นๆ และข้อควรคำนึงเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพ ในรูปแบบที่อ่านง่ายและเข้าใจง่าย ให้กับผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบล่วงหน้า ก่อนการประชุมระดมความคิดเห็น

อนึ่ง ในการจัดเตรียมเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลหลักฐานของผลกระทบทางสุขภาพ จะมีสถาบันของรัฐอีกแห่งหนึ่งเรียกว่า หน่วยงานพัฒนาสุขภาพ (Health Development Agency) ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับชาติทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลหลักฐานของผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการดำเนินนโยบายและกิจกรรมสาธารณะทั้งหลาย ทำให้ย่นย่อระยะเวลาในการทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในแต่ละยุทธศาสตร์ลงได้

ภายหลังจากที่ได้มีการแสดงความคิดเห็นในการประเมินผลกระทบแบบเร่งด่วน และมีประมวลข้อเสนอแนะต่างๆ จากที่ประชุมแล้ว ความคิดเห็น



ผลการประเมินและข้อคิดเห็นทั้งหมดจะถูกส่งผ่านไปยังคณะกรรมการสุขภาพของลอนดอน ก่อนที่จะเสนอต่อนายกเทศมนตรีต่อไป ทั้งนี้ โดยมีผู้ประสานงานทางยุทธศาสตร์สุขภาพ (London Health Strategy Co-ordinator) ซึ่งมาจากหน่วยงานพัฒนาสุขภาพสุขภาพ (Health Development Agency) ทำหน้าที่ในการขัดเกลาข้อเสนอแนะต่างๆ ให้มีเส้นที่หรือมีความหมายในทางการเมือง

## ข้อเสนอจากการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพในร่างนโยบายของนายกเทศมนตรีมหานครลอนดอน ให้ผลที่น่าสนใจและนำไปสู่การขยายขอบเขตของการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในมหานครลอนดอนในหลายด้านด้วยกัน ดังที่จะยกตัวอย่างดังต่อไปนี้

๑. ระบบเศรษฐกิจท้องถิ่นที่ยั่งยืนเพื่อสุขภาพ (Sustainable Local Economies for Health Project : SLEHP) การพัฒนาระบบเศรษฐกิจท้องถิ่นที่ยั่งยืนและเชื่อมต่อสุขภาพถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนามหานครลอนดอน เพราะมหานครลอนดอนเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของสหราชอาณาจักร การพัฒนาระบบเศรษฐกิจท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญกับระบบการจ้างงานที่เชื่อมต่อสุขภาพ การสร้างความเท่าเทียมกันในทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนให้เกิดความผูกพันในสังคม โดยมีมาตรการดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้

- การพัฒนาระบบการจ้างงานที่เอื้อสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในลอนดอน (เช่น ผู้อพยพเข้าเมือง ชนกลุ่มน้อย กลุ่มคนยากจน)
- การพัฒนาระบบการจัดหางานแนวใหม่ที่ผนวกเรื่องการฝึกอบรม และระบบการศึกษา
- ระบบสนับสนุนการทำงานของสตรีและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
- สภาพการทำงานที่เชื่อมต่อสุขภาพ โดยเฉพาะส่วนของความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ระบบการทำงานแบบบางช่วงเวลา และระบบอาสาสมัคร เพื่อเอื้อโอกาสสำหรับผู้ที่ไม่สามารถทำงานเต็มเวลา และเพื่อเอื้อต่อการสร้างระบบอาสาสมัครภายในชุมชน

นอกจากมาตรการหลักเหล่านี้แล้ว ทางหน่วยสังเกตการณ์ด้านสุขภาพของลอนดอนยังพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินผลกระทบจากการดำเนินการทางเศรษฐกิจรูปแบบต่างๆ ภายในท้องถิ่น ในลักษณะของตารางความสัมพันธ์ของปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความยั่งยืน และสุขภาพ ซึ่งมีความสะดวกในการใช้งานและมีฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยในตัว การพัฒนาเครื่องมือลักษณะนี้ทำให้การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่นไม่ละเลยผลกระทบและผลประโยชน์ทางสุขภาพ ขณะเดียวกันก็สามารถวางแผนดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว โดยการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นจะเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างคณะกรรมการสุขภาพของมหานครลอนดอน คณะกรรมการการพัฒนายั่งยืนของมหานครลอนดอน และหน่วยงานพัฒนามหานครลอนดอน

## ๒. การจัดระบบการขนส่งมวลชนและการลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น

ปัญหาจราจรติดขัด มลพิษทางอากาศและเสียง และอุบัติเหตุเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิต ของชาวลอนดอน การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงให้ความสำคัญกับนโยบายด้านนี้เป็นอย่างมาก จนสามารถพัฒนาเป็นแนวทางนโยบายที่นำสนใจหลายประการได้แก่

- **การลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น** โดยการระบอบการพัฒนาระบบเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการใช้ระบบสื่อสารแทนการเดินทาง และการมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่น แทนการมุ่งเดินทางเข้าเมือง
- **การจัดเก็บค่าผ่านเข้าเขตจราจรแออัด** เพื่อลดปัญหาจราจรติดขัดในย่านใจกลางมหานครลอนดอน และเพื่อเป็นการผลักดันให้มีการหันไปใช้ระบบการขนส่งมวลชน และทางเลือกอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพน้อยกว่า ในการเดินทาง ซึ่งในช่วงหลังของบทความนี้จะนำเสนอถึงรายละเอียดของการผลักดันกระบวนการนโยบายนี้ด้วย
- **การจัดระบบขนส่งมวลชนสะดวก เชื่อถือได้ และเข้าถึงได้**  
โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้มีรายได้น้อย รวมถึง
  - การออกแบบเส้นทางเดินรถใหม่
  - การพัฒนาขีดความสามารถของผู้ให้บริการขนส่งมวลชนสาธารณะ

- การสร้างระบบโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้ออำนวยสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ
- การเพิ่มระบบการขนส่งมวลชนนอกช่วงเวลาเร่งด่วน เพราะเป็นช่วงเวลาที่เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการจะใช้ในการเดินทาง
- การปรับปรุงระบบความปลอดภัยของขนส่งมวลชน
- การใช้เชื้อเพลิงที่สะอาดเพื่อลดปัญหามลภาวะ
- การเพิ่มการเดินทางด้วยจักรยานและการเดินเท้า ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่จะเพิ่มการออกกำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ ช่วยลดอุบัติเหตุทางถนน และยังมีส่วนสำคัญในการเพิ่มเครือข่ายและความสัมพันธ์ในชุมชน โดยจะมีมาตรการในการดำเนินการดังต่อไปนี้
  - การพัฒนาทางเดินเท้าที่ปลอดภัยสู่โรงเรียน เพื่อให้เด็กๆ สามารถเดินไปโรงเรียนได้ด้วยตนเอง ซึ่งสำหรับบางท้องถิ่นได้พัฒนามาเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของนโยบายการขนส่งที่เอื้อต่อสุขภาพ
  - การจัดระบบทางเดินเท้า และสิทธิของคนเดินเท้าที่ปลอดภัย
  - การจัดระบบทางเดินจักรยานที่แยกจากถนนรถยนต์ เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกของผู้ใช้จักรยาน
  - ระบบจอดรถจักรยานที่ปลอดภัย และมีการจัดทำที่อาบน้ำสำหรับผู้ใช้จักรยานในการเดินทางไปทำงาน
  - ระบบประกันภัยที่ไม่แพง
  - การพัฒนาระบบการต่อเชื่อมระหว่างรถจักรยานกับรถไฟ สำหรับการเดินทางระยะไกล

๓. การติดตามผลกระทบของการพัฒนาพื้นที่มหานครลอนดอน เนื่องจากมหานครลอนดอนยังมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในช่วงประมาณ ๑๐ ปีข้างหน้า มหานครลอนดอนจะมีการขยายตัวมากกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งจะต้องมีการจ้างงาน การพัฒนาระบบสาธารณูปโภค ระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาชุมชนตามมา โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ของมหานครลอนดอนขึ้นมาเป็นแผนแม่บท ซึ่งรวมถึงการเพิ่มพื้นที่สีเขียว การเชื่อมต่อพื้นที่สีเขียวเป็น Green Belt และการส่งเสริมความหลากหลาย

## ทางชีวภาพในมหานครลอนดอน

เพื่อให้การพัฒนาพื้นที่ของมหานครลอนดอนเป็นไปในลักษณะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอให้มีการติดตามและมีการจัดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ของมหานครลอนดอนอย่างต่อเนื่อง โดยนอกจากจะลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของชาวลอนดอนแล้ว ยังต้องสร้างความมั่นใจได้ว่า การพัฒนาของมหานครลอนดอน จะต้องไม่ไปสร้างความเดือดร้อนของคนที่อยู่นอกพื้นที่ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการอนุรักษ์พลังงาน สนับสนุนการพัฒนาพลังงานหมุนเวียน และลดการพึ่งพาพลังงานฟอสซิลและนิวเคลียร์ การจัดการขยะ และการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมถึงการเข้ามาตรกรต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกมหานครลอนดอนด้วย เช่น การจัดเก็บค่าผ่านทางเข้าเขตจรรยาแอ็ดก็์ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการจราจรภายนอกพื้นที่ที่เก็บค่าผ่านทางด้วย

**๔. การเข้าถึงกิจกรรมทางวัฒนธรรมสำหรับทุกคน** กิจกรรมทางวัฒนธรรมเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของชุมชนและบุคคลในหลายๆ แ่ง ทั้งเป็นการสร้างทุนทางสังคม การลดความกังวลและการเสริมสร้างสุขภาพจิต การเพิ่มการออกกำลังกายและลดการเจ็บป่วย และยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการสื่อสารทางสุขภาพและการสร้างความเข้าใจอันดีในสังคมอีกด้วย

อย่างไรก็ดี ปัญหาที่พบในมหานครลอนดอน คือ การเข้าถึงกิจกรรมทางวัฒนธรรมยังไม่เท่าเทียมกัน ด้วยข้อจำกัดหลายประการ เช่น ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดทางสังคม และข้อจำกัดอันเนื่องมาจากเงื่อนไขการทำงาน ดังนั้นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงเสนอให้มีการหนุนเสริมให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงกิจกรรมทางวัฒนธรรมได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ถึงแม้ว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจะให้ข้อเสนอที่ครอบคลุมนโยบายสาธารณะในหลายสาขา แต่การประเมินผลกระทบทางสุขภาพก็มีใช้การตัดสินใจและการดำเนินนโยบายในตัวเอง ในความเป็นจริง การดำเนินนโยบายแต่ละด้านยังมีเงื่อนไขและอุปสรรคมากมาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการใช้ศาสตร์และศิลป์ และมีความมุ่งมั่นในการดำเนินนโยบายนั้นๆ เองอีกด้วย เช่นเดียวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในมหานครลอนดอน ดังนั้นเพื่อสะท้อนบทเรียนในการผลักดันและการดำเนินนโยบายจึงขอยกตัวอย่างของ

การพัฒนา นโยบายในการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจราจรแออัด มาเป็นกรณีศึกษา เฉพาะ

### ตัวอย่างกระบวนการนโยบายสาธารณะ: กรณีการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจราจรแออัด

มหานครลอนดอนเป็นมหานครที่ปัญหาจราจรติดขัดเช่นเดียวกับมหานครอื่นๆ ทั่วโลก ความพยายามในการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่จะลด ปัญหาการจราจรติดขัดนั้นก็มีมาไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปี แต่เกือบทั้งหมดก็ไม่ประสบความสำเร็จ ผลปรากฏว่า การจราจรนับวันก็ยิ่งหนาแน่นและติดขัดมากขึ้น การพึ่งพิงรถยนต์ก็มากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของคนเดินเท้า โดยเด็กนักเรียนเดิน ไปโรงเรียนก็ลดลง เช่นเดียวกับ ปัญหาอุบัติเหตุ และมลภาวะทางอากาศและ ทางเสียงก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ความพยายามที่จะลดการพึ่งพิงรถยนต์มาถึงจุดหักเหที่สำคัญ ในเดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เมื่อนายเคน ลิฟวิงสโตน นายกเทศมนตรีมหานคร ลอนดอนได้กำหนดให้มีการจัดเก็บค่าผ่านเข้าเขตจราจรแออัด (Congestion charge) ในอัตรา ๕ ปอนด์ต่อวัน ในช่วงระหว่างเวลาเจ็ดโมงเช้าถึงหกโมงครึ่ง ตอนเย็น ทั้งนี้ ผู้ที่พำนักอาศัยอยู่ในเขตเก็บค่าผ่านทางจะได้ส่วนลดร้อยละ ๙๐ และจะยกเว้นค่าผ่านเข้าเขตสำหรับรถโดยสารประจำทาง รถแท็กซี่ รถสำหรับผู้พิการ รถฉุกเฉิน และรถที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (คือ มีอัตราการใช้มลสาร ในระดับต่ำกว่าปกติมาก)

ผลของการดำเนินการดังกล่าวทำให้รถปริมาณการจราจรลงกว่าร้อยละ ๑๕ ลดการจราจรติดขัดลงกว่าร้อยละ ๓๐ และลดปริมาณก๊าซไนโตรเจน ออกไซด์และฝุ่นละอองลงร้อยละ ๑๒ ทั้งยังลดการเกิดอุบัติเหตุลงได้ด้วย (รายละเอียดดูในหยุดรถ หยุดโรค ในเอกสารฉบับนี้) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเพิ่มสัดส่วนการใช้จักรยาน การเดินเท้า และการใช้รถสาธารณะเพิ่มขึ้น มีการประเมินกันว่า ผลประโยชน์สุทธิที่เกิดขึ้นจากโครงการนี้ไม่ต่ำกว่า ๕๐ ล้าน ปอนด์ต่อปี รวมถึงเงินกองทุนที่ใช้ในการพัฒนาระบบขนส่งมวลชน ดังนั้น นโยบายนี้จึงถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในทิศทางของนโยบายการขนส่งในมหานครลอนดอน และกำลังเป็นที่สนใจเรียนรู้ของมหานครอื่นๆ ทั่วโลก

นอกเหนือจากผลสัมฤทธิ์ของนโยบายแล้ว สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ กระบวนการนโยบายที่นำมาสู่การกลับทิศทางนโยบายแบบหน้ามือเป็นหลังมือเช่นนี้ เพราะแม้ว่าข้อเสนอเรื่องค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแออัดจะได้มีการพูดถึงกันมานาน แต่มหานครที่มีการนำมาตรากฎนี้มาใช้ก็มีเพียงสิงคโปร์และลอนดอนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในกรณีสิงคโปร์นั้นมิบริบททางการเมืองที่แตกต่างไปจากลอนดอน (ทั้งในแง่ของความเป็นรัฐชาติกับรัฐท้องถิ่น และในแง่ของความเป็นเผด็จการกับประชาธิปไตย) ความน่าสนใจจึงอยู่ที่การนำเสนอแนวนโยบายเช่นนี้ในบริบทสังคมประชาธิปไตย เพราะแนวนโยบายเช่นนี้มักได้รับการต่อต้านจากคนบางส่วนในสังคม (โดยส่วนมากเป็นผู้ที่มีฐานะดีในสังคม) เช่นเดียวกับกรณีของมหานครลอนดอน ที่นโยบายการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแออัด ในช่วงแรกก็ได้รับการคัดค้านจากภาคธุรกิจในมหานครลอนดอนอย่างหนักเช่นกัน

เช่นเดียวกับ ผลสำรวจทัศนคติในช่วงก่อนการบังคับใช้ก็พบว่า ผู้คนในลอนดอนเกือบร้อยละ ๕๐ ไม่เห็นด้วยกับนโยบายการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแออัดนี้ ซึ่งโดยนัยยะก็คือ การพัฒนานโยบายนี้มิได้เป็นไปในลักษณะฉันทามติตามที่ทฤษฎีทางนโยบายบางสำนักมุ่งหวังให้เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการใช้มาตรการเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว กลับปรากฏว่า ผู้คนในลอนดอนส่วนใหญ่กลับเห็นด้วยกับนโยบายการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแออัดนี้ (ผู้ที่ไม่เห็นด้วยปัจจุบันเหลือน้อยกว่าร้อยละ ๓๐) และมีผลอย่างยิ่งต่อการชนะการเลือกตั้งสมัยที่สองของนายเคน ลิฟวิงสตัน ในอีกหนึ่งปีถัดมา

การวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขของความสำเร็จของกระบวนการนโยบายในครั้งนี้นี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีลักษณะต้องพลิกโครงสร้างหรือระบบของสังคม (เช่น การลดการพึ่งพิงรถยนต์ในกรณีนี้) ซึ่งจากการวิเคราะห์ของผู้เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะจากบทความของนายเคน ลิฟวิงสตัน เอง เราจะพบว่าเงื่อนไขที่มีผลต่อความสำเร็จเชิงนโยบายครั้งนี้ประกอบด้วย

๑. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารเมือง การจัดเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแออัดคงเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้เลย หากมหานครลอนดอนจะยังบริหารในลักษณะของ ๓๓ เขตปกครองตามรูปแบบเดิม ดังนั้น การตรา

พระราชบัญญัติการบริหารมหานครลอนดอนที่นำไปสู่การจัดตั้งสภามหานครและนายกเทศมนตรี ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการบริหารมหานครลอนดอนในลักษณะของรัฐบาลท้องถิ่น จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้นโยบายในลักษณะนี้มีผลในทางปฏิบัติได้

**๒. ความมุ่งมั่นในทางการเมือง** การเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแอ็ดเป็นนโยบายที่นายเคน ลิฟวิงสโตน ได้ประกาศอย่างชัดเจนมาตั้งแต่การลงสมัครรับเลือกตั้งในสมัยแรก (พ.ศ. ๒๕๔๓) โดยอาศัยผลการศึกษาของสถาบันวิจัยต่างๆ และแนวนโยบายระยะยาวของรัฐบาลอังกฤษ (ซึ่งยังไม่มีใครเอาไปใช้จริง) ดังนั้น นายเคน จึงมีความเชื่อมั่นและมุ่งมั่นในการดำเนินการดังกล่าว โดยจัดให้มีการศึกษาและปรึกษาหารืออย่างกว้างขวาง (ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป) และแม้ในเบื้องต้น ประชาชนจะยังไม่เห็นด้วย นายเคนก็ยังยืนยันที่จะขอโอกาสในการทดลอง (เพราะถือว่าประกาศเป็นนโยบายของตนมาตั้งแต่ก่อนการเลือกตั้งแล้ว) และประกาศพร้อมรับผิดชอบในทางการเมือง ในการเลือกตั้งนายกเทศมนตรีในปีถัดไป

**๓. การศึกษาแนวทางการดำเนินการโดยละเอียด** จากผลการศึกษาของสถาบันวิจัยต่างๆ และแนวนโยบายระยะยาวซึ่งเป็นการศึกษาเบื้องต้น นายเคน ลิฟวิงสโตนก็จัดให้มีการศึกษาลงไปในรายละเอียดถึงแนวทางในการดำเนินการ ซึ่งต่อมาก็พัฒนามาเป็นระบบการใช้กล้องโทรทัศน์เป็นกลไกหลักในการเก็บเงิน และมีการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจนชัดเจนว่า มีความเป็นไปได้ทางการเงิน โดยใช้อัตราค่าผ่านเข้าเขตที่ ๕ ปอนด์ต่อวัน นอกจากนี้ยังมีการจัดวางกระบวนการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (รวมถึงผลกระทบต่อที่อาจเกิดขึ้นนอกเขตที่เก็บค่าผ่านทาง) เพื่อป้องกันสู่ชาวมหานครลอนดอนผ่านทางเว็บไซต์ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงก่อนการเลือกตั้งในปีพ.ศ. ๒๕๔๗

**๔. การปรึกษาหารือสาธารณะอย่างกว้างขวางและมีความหมาย** เนื่องจากนโยบายนี้เป็นนโยบายที่มีข้อถกเถียง และมีผู้ไม่เห็นด้วยจำนวนมาก ดังนั้น ทางมหานครลอนดอนจึงจัดให้มีการปรึกษาหารือสาธารณะอย่างกว้างขวาง โดยแยกแยะการปรึกษาหารือลงไปสำหรับกลุ่มต่างๆ

อย่างทั่วถึง และยอมรับให้เกิดการเจรจาต่อรองอย่างโปร่งใส (แปลว่า ทุกฝ่ายทราบว่ากำลังต่อรองอะไรกันอยู่) และมีผลต่อการออกแบบนโยบายดังกล่าวอย่างแท้จริง จนกลายเป็นผลให้มีการลดค่าผ่านเข้าเขตถึงร้อยละ ๙๐ สำหรับผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตจรรยาแออัด และการเก็บค่าผ่านเข้าเขตในแบบคงที่ แทนที่จะเรียกเก็บรถบรรทุกในอัตรา ๑๕ ปอนด์ต่อวัน ตามที่เคยเสนอมา เพราะภาคธุรกิจเกรงว่าจะเกิดผลกระทบทางธุรกิจ ดังนั้นแม้ว่าจะมีผู้ไม่เห็นด้วยกับนโยบายจำนวนมาก แต่ก็ไม่มีการคัดค้านอย่างรุนแรง เพราะเห็นว่า ข้อเสนอของตนก็ได้รับการพิจารณาอย่างจริงจังในกระบวนการนโยบายดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ภาครัฐบางส่วนก็เห็นว่า นายเคน ลิฟวิงสโตน ยอมตามข้อเรียกร้องของฝ่ายต่างๆ มากเกินไป ทำให้ประสิทธิภาพของนโยบายในการลดการจราจร ลดลงกว่าที่ควรจะเป็น

**๕. การสร้างทางเลือกในการขนส่งมวลชน** ด้วยการเพิ่มระบบรถโดยสาร เพื่อเป็นทางเลือกในการลดการใช้รถยนต์ ซึ่งผลปรากฏว่า ระบบการขนส่งมวลชนได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี ขณะเดียวกัน ปริมาณการสัญจรและการติดขัดที่ลดลง ก็ช่วยให้ระบบขนส่งมวลชนมีความตรงต่อเวลามากขึ้นด้วย เช่นเดียวกับ การเพิ่มเครือข่ายจักรยานและทางเดินเท้าที่ปลอดภัย ซึ่งก็ช่วยเพิ่มสัดส่วนการใช้จักรยานและทางเดินเท้า และยังช่วยลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นด้วย

**๖. การให้ข้อมูลสาธารณะอย่างทั่วถึง** โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงก่อนและในช่วงเริ่มต้นดำเนินการ เพราะผู้คนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจและอาจเกิดการสับสนว่าตนเองควรจะต้องทำอย่างไรบ้าง เช่น จ่ายเงินที่ไหน ทางเลือกในการเดินทางอื่นๆ มีอย่างไรบ้าง การลดความสับสนของผู้คนจะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านในเชิงนโยบายเป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น และยังช่วยลดความเคลือบแคลงใจในตัวนโยบายอีกด้วย

**๗. การสร้างเครือข่ายและแรงสนับสนุนในภาคประชาสังคม** โดยเฉพาะเครือข่ายที่มุ่งลดการพึ่งพารถยนต์ และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจกับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ขณะเดียวกันก็เป็นพลังต่อรองเชิงนโยบายรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีผลอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงทิศทางเชิงนโยบาย ซึ่งอาจได้รับการคัดค้านจากผู้เสียประโยชน์ ซึ่ง



มีฐานะดีกว่าในสังคม เช่น ภาคธุรกิจ

๘. การพัฒนาระบบการดำเนินงานอย่างรวดเร็ว และแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน นายเคน ลิฟวิงส์โตนเชื่อว่า หากสามารถทำให้ประชาชนได้เห็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นโดยเร็วแล้ว จะทำให้ประชาชนคลายความสงสัยในความเหมาะสมของนโยบาย รวมถึงไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ซึ่งเป็นเรื่องปกติของการดำเนินมาตรการใหม่จนมากเกินไป รวมถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้สะท้อนความคิดเห็นอย่างจริงจัง ดังนั้น นายเคน จึงพยายามให้นโยบายนี้เกิดขึ้นในการดำรงตำแหน่งสมัยแรกให้ได้ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นผลงาน และสามารถสะท้อนความเห็นของตนผ่านการเลือกตั้ง (แทนที่จะรอไปดำเนินการในสมัยที่สอง)

จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบของการพัฒนานโยบายสาธารณะในกรณีนี้มีส่วนผสมทั้งที่เป็น ก) การเปลี่ยนแปลงและโอกาสในกระบวนการนโยบายแบบที่เป็นทางการหรือแบบเส้นตรง คือ การจัดตั้งรัฐบาลท้องถิ่นที่มีอำนาจมากขึ้น การตัดสินใจบนฐานของประชาธิปไตยแบบตัวแทน โดยนายกเทศมนตรีผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ข) กระบวนการนโยบายแบบเจรจาต่อรอง โดยเปิดให้ทุกภาคส่วนมาเจรจาต่อรองอย่างเปิดเผย และมีการเสริมหนุนโดยเครือข่ายทางนโยบาย และ ค) กระบวนการนโยบายแบบถกแถลง คือ การเปิดให้มีการวิพากษ์วิจารณ์และถกแถลงนโยบายดังกล่าวอย่างกว้างขวาง และเปิดเผย

นอกจากนี้ กระบวนการนโยบายในครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไม่จำเป็นจะต้องรอจนตามติเสมอไป มิฉะนั้น ความริเริ่มทางนโยบายบางส่วนคงถูกปิดกั้นจากผู้เสียประโยชน์ แต่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายจะเป็นไปในลักษณะของการใคร่ครวญสะท้อนคิดอย่างรอบคอบได้ก็ต่อเมื่อ มีการเปิดให้ฝ่ายต่างๆ ได้นำเสนอหรือถกแถลงความคิดเห็น และการเจรจาของตนอย่างเปิดเผย และที่สำคัญที่สุดคือ การเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีการเรียนรู้เชิงกระบวนการร่วมกัน ดังจะเห็นได้จาก ความห่วงกังวลของภาคธุรกิจว่า ผู้คนจะเข้าไปจับจ่ายใช้สอยและติดต่อธุรกิจในตลาดน้อยลง ภายหลังจากที่มีการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาจรแอ็ด ซึ่งต่อมาก็พบว่า อัตราการ

เดินทางเข้าสู่มหานครลอนดอนลดลงเพียงร้อยละ ๐.๕ แต่สิ่งที่ปรับเปลี่ยนไปคือ พฤติกรรมในการเดินทางมากกว่า ความห่วงกังวลของภาคธุรกิจจึงค่อยๆ คลี่คลาย ลงไปในที่สุด

## ความมุ่งมั่นและไหวพริบทางการเมือง

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในมหานครลอนดอนเป็นกรณี ตัวอย่างของความริเริ่มทางการเมือง ที่มาพร้อมกับความมุ่งมั่นและไหวพริบทางการเมือง ที่ศาสตราจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์ได้เคยเน้นย้ำไว้ว่า ความมุ่งมั่นและไหวพริบทางการเมืองเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของนักการเมือง ความมุ่งมั่นทางการเมืองของนายเคน ลิฟวิงสโตนเห็นได้ชัดจากการนำเอาความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพมาเป็นเป้าหมายสำคัญทางนโยบาย การใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และความมุ่งมั่นในการพัฒนามาตรการทางนโยบายที่สำคัญเช่น การเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาจรแออัด แม้ว่าในระยะเริ่มต้นจะเสียงคัดค้านไม่น้อยก็ตาม

ขณะเดียวกัน ความมุ่งมั่นทางการเมืองของนายเคน ลิฟวิงสโตนยังได้รับการหนุนเสริมจากไหวพริบทางการเมืองของเขาเอง ในการใช้โอกาสและจังหวะทางนโยบายในการผลักดันนโยบายการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาจรแออัด รวมถึงการสร้างพลังหนุนเสริมทางการเมือง และการเปิดเจรจาต่อรองกับกลุ่มต่างๆ เปิดเผย เพื่อเดินหน้าทางนโยบาย โดยไม่ก่อให้เกิดการคัดค้านและความแตกแยกทางสังคม และกลายเป็นแรงสนับสนุนทางการเมืองต่อมา

นายเคน ลิฟวิงสโตนยังคงเดินหน้าทางการเมืองเพื่อสร้างสุขภาพในมหานครลอนดอนต่อไป โดยมีการประเมินผลความคืบหน้าในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลก็ปรากฏว่า ดัชนีทางสุขภาพหลายตัวในมหานครลอนดอนเริ่มดีขึ้น แต่ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพก็ยังคงดำรงอยู่ (แม้ว่าบางด้านช่องว่างจะเริ่มแคบลงบ้างก็ตาม) ดังนั้น นายเคน ลิฟวิงสโตนจึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงยุทธศาสตร์ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญเช่นเดิม

ความเคลื่อนไหวของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในมหานคร ลอนดอนจึงเป็นตัวอย่งที่ดีของการยกระดับความสำคัญของความเท่าเทียมกัน ทางสุขภาพขึ้นมาเป็นเป้าหมายทางการเมือง โดยอาศัยความริเริ่มและความ มุ่งมั่นทางการเมืองเป็นตัวนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทั้งทางกระบวนการและเนื้อหาของ นโยบายสาธารณะในมหานครลอนดอน ทั้งนี้ เพื่อเปิดโอกาสให้สาธารณชนได้ มีส่วนสนับสนุน และมีส่วนสร้างนโยบายสาธารณะขึ้นมาด้วยกัน ขณะเดียวกัน ก็เปิดโอกาสให้กระบวนการทางนโยบายกลายเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันใน สังคม เพื่อปรับใช้นโยบายต่างๆ อย่างเหมาะสม

บทเรียนของลอนดอนจึงเตือนย้ำให้เราเห็นถึง ความสำคัญของการ ผสมผสานกระบวนการนโยบายรูปแบบต่างๆ ทั้งกระบวนการที่เป็นทางการ กระบวนการเจรจาต่อรอง และกระบวนการถกแถลงหรือใคร่ครวญสะท้อนคิด เพื่อสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมีความมุ่งมั่นทางการเมืองในการ สร้างความเท่าเทียมกันในสังคมเป็นธงนำ และความมีไหวพริบทางการเมืองเป็น เครื่องมือสำคัญในการผลักดันนโยบาย และสำหรับสังคมไทยในยุคปฏิรูปการ ปกครองระบอบประชาธิปไตย เราก็น่าจะลองตั้งคำถามว่า อะไรน่าจะเป็นความ ริเริ่มในทางการเมืองที่จะนำไปสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและสังคมที่ มีความเป็นธรรม และเราจะเอื้ออำนวยหรือผลักดันให้เกิดความริเริ่มและความ มุ่งมั่นนั้นได้อย่างไร และเราจะสามารถทำให้กระบวนการนโยบายกลายเป็น กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมได้หรือไม่

**บะสร้างสุข:**  
จะพัฒนานโยบายสาธารณะ  
จากฐานหลักคิดที่แตกต่างได้อย่างไร  
สมบัติ เหลสกุล

ความเข้าใจต่อคำว่า "ขยะ" คือ สิ่งของต่างๆ ที่เหลือจากการบริโภคของมนุษย์ หรือที่เหลือ หรือเสียหายจากการผลิต ซึ่งไม่มีคุณค่าหรือไม่สามารถใช้ได้ ด้วยความเข้าใจดังกล่าว หลักคิดพื้นฐานของสังคมจึงพิจารณาเห็นตรงกันว่า "ขยะ" ไม่มีคุณค่าและมูลค่าต่อมนุษย์อีกต่อไป หลักคิดเช่นนี้อาจจะเกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรธรรมชาติยังมีเหลือให้นำมาใช้อีกจำนวนมากเพื่อการบริโภค หรือในอีกนัยหนึ่ง คือ ขยะยังไม่เป็นปัญหาก่อให้เกิดมลภาวะเป็นพิษต่อชีวิตมนุษย์ การจัดการของสังคมต่อขยะยังดำเนินการไปได้ด้วยดี

แต่เมื่อกาลเวลาผ่านไป ความจำเป็นเร่งด่วนของสังคมเศรษฐกิจที่แย่งชิงและแข่งขันกันนำทรัพยากรมาใช้เพื่อการผลิตและการบริโภคมากขึ้น ขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการผลิตที่ก้าวหน้าและมีเทคนิคการผลิตมากมาย ทำให้ความเข้าใจต่อ "ขยะ" เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ขยะมีคุณค่าและมูลค่าในตัวของมันเอง และมีผลต่อการสร้างประสิทธิภาพในการแข่งขันทางเศรษฐกิจต่อสังคมนั้นหมายรวมถึง ขยะมีคุณประโยชน์ต่อสังคมมนุษย์มากขึ้น

การจัดการขยะของสังคมไทยมีโจทย์ที่ต้องช่วยกันหาคำตอบ ๒-๓ โจทย์ใหญ่ คือ

๑. โจทย์นโยบายสาธารณะต่อการจัดการขยะที่เอื้อต่อสุขภาพของสังคมไทยเป็นอย่างไร เป็นคำถามของสังคมไทยที่ต้องช่วยกันตอบ ช่วยกันคิด และ

## นำสู่การปฏิบัติการทางสังคม

๒. บริษัทฯหรือหลักการของเจตน์นโยบายสาธารณะต่อการจัดการขยะเป็นอย่างไร ต้องคิดอยู่บนพื้นฐานอะไร ทุกวันนี้เจตน์นี้สังคมไทยให้น้ำหนักกับเรื่องใด

๓. กระบวนการเคลื่อนไหวนโยบายสาธารณะที่ผ่านมาของสังคมโลกในการกำหนดนโยบายสาธารณะเป็นอย่างไร สังคมไทยจะนำมาสู่การปฏิบัติการทางนโยบายกันอย่างไร

โจทย์ใหญ่ๆ ๓ ข้อดังกล่าว หลายคนอาจจะคิดว่ายังไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนำมาถกเถียงกันให้เสียเวลา เพราะการจัดการขยะของสังคมไทยทุกวันนี้ทำได้ดีอยู่แล้ว เรามีตัวอย่างดีๆ และมีการปฏิบัติที่ดีทำอยู่หลายเรื่อง

การวางหลักการพื้นฐานของนโยบายสาธารณะที่ถูกต้อง บนแนวโน้มและทิศทางที่เห็นภาพการถกเถียงของสังคมโลก จะช่วยทำให้สังคมไทยหยิบนำสิ่งดีๆ มาใช้ได้ถูกต้องกับบริบทสังคมไทย และสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับสังคมไทยมากขึ้น บทความนี้จึงต้องการสื่อให้เห็นแง่มุมของการวางหลักการฐานคิดที่ควรนำมาใช้ถกเถียงวางนโยบายการจัดการขยะ ที่มีประสบการณ์ของประเทศต่างๆ นำเสนอประกอบ

## ๑. ความสูญเสียที่น่าเสียดาย

ขยะยุคใหม่เป็นวัสดุเครื่องใช้ที่ถูกผลิตจากการสังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์เป็นส่วนใหญ่ เช่น พลาสติก ยางสังเคราะห์ เป็นต้น การนำผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติมาใช้ในชีวิตประจำวันมีจำนวนลดลง การเจริญเติบโตขึ้นของระบบเศรษฐกิจที่เน้นการแข่งขัน ตอบสนองต่อความสะดวกสบายในการใช้ผลิตภัณฑ์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมวิถีชีวิตความเป็นอยู่ไปตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่ทำให้ขยะจึงมีรูปลักษณะที่แปรเปลี่ยนไปด้วย

การจัดการขยะที่ผ่านมาในอดีตอาจจะดูไม่ซับซ้อน วัสดุสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่กลายเป็นขยะ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นวัตถุอินทรีย์ คือ ทำมาจากธรรมชาติ และกลับคืนสู่ธรรมชาติได้ด้วยระยะเวลาอันสั้น เช่น ใบตองจากต้นกล้วย ใบบัวกระดากจากเปลือกไม้ เป็นต้น วัสดุดังกล่าวไม่มีความซับซ้อนทางวิทยาศาสตร์

หรือผลิตจากเทคโนโลยีขั้นสูง การจัดการที่เน้นการกำจัดขยะจึงใช้หลักการพื้นฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่น และต่อเชื่อมไปถึงการสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจโดยไม่รู้ตัว เช่น เศษอาหารของคนกลายเป็นอาหารหมู กลายเป็นการออมทรัพย์จากการเลี้ยงหมู เศษพืชกลายเป็นปุ๋ยพืชสดหรือปุ๋ยหมัก เป็นปุ๋ยชั้นดีที่ไม่ต้องซื้อหาพร้อมบำรุงดินไปด้วย โดยไม่ต้องใช้สารเคมีให้คุณภาพดินเสื่อมโทรม เป็นต้น การใช้วัสดุบรรจุภัณฑ์จากธรรมชาติและกลับคืนสู่ธรรมชาติได้ เช่น กระบอกริไม่ไผ่ใส่น้ำ ขันไม้ไผ่ตักน้ำ เป็นต้น หรือวัสดุโลหะที่มีความทนทานและนำกลับไปแปรรูปได้ เช่น ขันเงิน พานทองเหลือง จานสังกะสี เป็นต้น

เมื่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีพัฒนาขึ้นไปไกลกว่าที่ภูมิปัญญาท้องถิ่นจะเข้าใจได้ วัสดุที่นำมาใช้ในชีวิตประจำวันกลายเป็นวัตถุที่ผลิตจากความซับซ้อนทางวิทยาศาสตร์ การจัดการที่ว่าด้วยการกำจัดจึงไม่สามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้โดยง่าย เช่น กระบอกริไม่ไผ่พลาสติก (เปลี่ยนจากไม้ไผ่) กระบุงตักน้ำพลาสติก (เปลี่ยนจากไม้ไผ่สาน) ถุงพลาสติกใส่ผลไม้ (เปลี่ยนจากถุงผ้า) จานข้าวพลาสติก (เปลี่ยนจากสังกะสี) การใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป (เปลี่ยนจากผ้าอ้อมผ้า) เสื้อผ้าเส้นใยโพลีเอสเตอร์ (เปลี่ยนจากใยไหมหรือฝ้าย) เป็นต้น ระยะเวลาของการกำจัดวัสดุใหม่ๆ เหล่านี้ต้องใช้เวลานาน (พลาสติกทั่วไปไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปี ผ้าอ้อมสำเร็จรูป / ผ้าอนามัย ประมาณ ๔๕๐ ปี) และวิธีการกำจัดไม่สามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นพื้นบ้านได้ ต้องใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เข้ามาช่วย หรือการเผาในที่โล่ง ซึ่งมีผลต่อมลภาวะทางอากาศที่มีพิษต่อสุขภาพได้เช่นกัน

การเพิ่มมากขึ้นของปริมาณขยะสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สมดุลเชิงหลักการ ๓ ด้าน คือ ถ้ามองจากการบริโภคในระบบเศรษฐกิจ แสดงให้เห็นถึงการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ในทางกลับกัน ถ้ามองจากภาคสังคม ปริมาณขยะที่เพิ่มมากขึ้นนั้นหมายถึงภาระที่สังคมต้องรับผิดชอบ ในอีกด้านหนึ่ง มีการนำทรัพยากรธรรมชาติมาใช้ในการผลิตมากขึ้นและสิ่งแวดล้อมต้องแบกรับภาระในการกำจัดมากขึ้น ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ติดตามมา เช่น น้ำเสียจากกองขยะ แหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและพาหะแพร่เชื้อโรค กลิ่นเหม็นจากการปล่อยก๊าซของกองขยะ เป็นต้น ปัญหาในทางสังคม เช่น ความขัดแย้งในพื้นที่กำจัดขยะ ตั้งแต่ขั้นทำร้ายร่างกายให้เกิดการบาดเจ็บไปจนถึงความแตกแยกของสังคม และย้ายถิ่นฐานกันไปอยู่ที่อื่นในที่สุด (ไม่มีพื้นที่ชุมชนใดอยากให้

กองขยะมาอยู่ในพื้นที่ของตนเอง) ภาชนะน้ำท่วมในพื้นที่เขตเมืองเนื่องจากขยะ  
อุดตันท่อระบายน้ำ เป็นต้น

ในแต่ละปีทุกประเทศทั่วโลกต้องใช้งบประมาณรวมกันเท่าไรในการ  
จัดการขยะเป็นคำถามที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนนัก แต่สำหรับประเทศ  
ไทย ประมาณการค่าใช้จ่ายแต่ละปีของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการ  
จัดการขยะ เฉพาะในส่วนที่เป็นบทบาทหน้าที่หลัก คือ การเก็บรวบรวม  
การเก็บขน และการกำจัดเท่านั้น สังคมไทยต้องใช้งบประมาณรวมกัน  
ประมาณ ๒๐,๐๐๐-๒๕,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี หรือมากกว่างบประมาณที่  
รัฐบาลจัดสรรให้แก่กองทุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การสาธารณสุข  
การเกษตร การสงเคราะห์ เป็นต้น

กองทุนและเงินหมุนเวียน	ปีงบประมาณ (หน่วย : ล้านบาท)	
	๒๕๔๘	๒๕๔๙
๑. กองทุนเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษา	๒๗,๘๔๙.๖	๒๕,๑๐๘.๙
๒. กองทุนเงินกู้ยืมเพื่อการศึกษา ที่ผูกกับรายได้ในอนาคต	-	๔,๘๐๓.๓
๓. กองทุนรวมเพื่อช่วยเหลือเกษตรกร	๒,๐๐๐	๒,๕๐๐
๔. กองทุนเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวไทย	๒๕	๓๗๕
๕. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	๒๐	๓๐
๖. กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม	๓๐	๓๐
๗. กองทุนคุ้มครองเด็ก	๓๐	๓๐
๘. กองทุนผู้สูงอายุ	๓๐	๓๐
๙. กองทุนจัดรูปที่ดิน	๘๐	๑๐๐
๑๐. กองทุนฟื้นฟูและพัฒนาเกษตรกร	๑๓๐	๑๐๒.๑
๑๑. กองทุนหมุนเวียนเพื่อการกู้ยืม แก่เกษตรกรและผู้ยากจน	-	๒๐๐
๑๒. กองทุนปรับโครงสร้างการผลิตภาคเกษตร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถแข่งขันของประเทศ	๑๐๐	๒๐๐
๑๓. กองทุนสำหรับผู้เดินทางเพื่อประกอบพิธีฮัจจ์	-	๒๐๐
๑๔. กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูเอกชน	๕๐๘.๗	๖๐๖



กองทุนและเงินหมุนเวียน	ปีงบประมาณ (หน่วย : ล้านบาท)	
	๒๕๔๘	๒๕๔๙
๑๕. กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	๓๕,๗๙๖.๖	๓๙,๖๖๖.๘
๑๖. กองทุนปัญญาแพทย์แผนไทย	๑๐	๒๐
๑๗. กองทุนส่งเสริมวิสาหกิจ ขนาดกลางและขนาดย่อม	๑,๗๘๙.๕	๑,๗๙๗.๗
๑๘. กองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ	๕๐	๑๒๐
๑๙. กองทุนกีฬามวย	๒๐	๒๐

งบประมาณที่ใช้ไปกับการกำจัดขยะดังกล่าวยังไม่ได้รวม ๑.เงินลงทุนในแต่ละปี ๒.ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะด้านอื่นๆ เช่น การโฆษณาประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมชุมชน เป็นต้น ๓.การใช้งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาทางสังคมจากพื้นที่ทิ้งขยะ และ ๔.ความสูญเสียทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เรียกคืนกลับมาไม่ได้

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นดังกล่าว การกำหนดทิศทางและกระบวนการนโยบายสาธารณะควรเป็นอย่างไร การวางนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพว่าด้วยการจัดการขยะที่ดีควรเป็นอย่างไร นานาอารยะประเทศทั่วโลกกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายสาธารณะต่อเรื่องนี้กันอย่างไร

## ๒. ขยะกับการสร้างพื้นที่ทางนโยบายสาธารณะ

สิ่งที่ทุกคนคุ้นเคยกันดีกับขยะ คือ การทิ้งขยะนั้นออกไปจากการครอบครองของตนเอง โดยที่มิได้มีจุดหมายว่าจะขยะเหล่านั้นจะไปอยู่ที่ใด ใครเป็นคนนำพาไปสู่อื่นๆ ฐ้อย่างเดียวว่า การเก็บขนและการกำจัดเป็นหน้าที่ขององค์กรด้านการปกครองที่ต้องเป็นผู้ดูแลจัดเก็บไปทำลายให้ทันกับปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ ด้วยข้อสันนิษฐานที่ว่า ประชาชนได้เสียภาษีต่างๆ ให้แก่รัฐและ/หรือค่าธรรมเนียมในการเก็บขนขยะแก่รัฐแล้ว

แนวคิดลักษณะเช่นนี้มีได้หมายถึงประเทศไทยสังคมเดี่ยว นานาประเทศก็มีแนวคิดเช่นนี้เหมือนกัน การกำหนดแนวทางและการพัฒนานโยบายการ

จัดการขยะตั้งแต่อดีตไม่ได้ถูกพัฒนาบนพื้นฐานหลักคิด ๖ ด้าน ล้วนแต่ถูกพัฒนาบนฐานคิดที่ตรงข้ามกัน คือ

๑. หลักการที่ว่าการจัดการขยะเป็นความรับผิดชอบของทุกคน ที่ผ่านมามีหลักการนี้ถูกพิจารณาว่าการจัดการขยะเป็นการสร้างบริการสาธารณะ โดยรัฐให้แก่ประชาชน ไม่ได้คิดบนหลักการที่ว่าขยะเป็นของทุกคนในสังคม ทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบต่อการเกิดขึ้นของขยะภายหลังการบริโภค

๒. หลักการที่ว่าจัดการเป็นของทุกคนชั้นในสังคม ไม่ว่าจะฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมจะรวยจนหรือสูงต่ำอย่างไร ที่ผ่านมามีหลักการถูกพิจารณาว่าการจัดการเป็นของชนชั้นล่างของสังคมจะเป็นกลุ่มคนที่เข้ามาจัดการ ซึ่งถูกทำให้เข้าใจว่า ขยะเป็นสิ่งของที่สกปรก คนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีเท่านั้นที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับขยะ ซึ่งไม่ได้คิดบนหลักการที่ว่าฐานะของคนในสังคมจะดีหรือยากจนก็เป็นผู้ที่ก่อให้เกิดขยะเหมือนกัน ปริมาณขยะมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปริมาณการบริโภคสินค้า

๓. หลักการที่ว่าด้วยการให้คุณค่าและมูลค่าต่อขยะหรือสิ่งของเหลือใช้ ในอดีตทรัพยากรมีจำนวนมาก การคิดค้นเทคโนโลยีที่จะนำขยะกลับมาใช้ใหม่เป็นสิ่งที่ต้องลงทุนสูง แต่เมื่อทรัพยากรที่มีจำกัดมีปริมาณลดลง ขยะจึงถูกสร้างคุณค่าและมูลค่าทางเศรษฐกิจให้เข้ามาทดแทนทรัพยากรการผลิตที่หายากมากขึ้น ขยะจึงกลายเป็นสินค้าหนึ่งในระบบเศรษฐกิจ

๔. หลักการที่ว่าด้วยการจัดการที่ขับเคลื่อนด้วยกระบวนการทางสังคม การจัดการที่เกิดขึ้นโดยภาครัฐของประเทศจะวางนโยบายบนฐานของการจัดการด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง นั้นหมายถึง การจัดการที่เน้นการนำเครื่องจักรกลเข้ามาช่วยดำเนินการ เน้นการจัดการขยะที่ปลายทาง คือ การนำไปกำจัด ส่วนกระบวนการทางสังคมยังคงเป็นบทบาทที่รัฐให้น้ำหนักไม่มาก และผลักภาระให้ชุมชนเกิดการสร้างกระบวนการเอง

๕. หลักการที่ว่าด้วยธรรมชาติของวัสดุ ขยะแต่ละประเภทมีวิธีการจัดการที่แตกต่างกัน เช่น อินทรีย์วัสดุสามารถจัดการได้ง่ายและที่ต้นทาง ขณะที่วัสดุทำจากโลหะหรือจากพลาสติกต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการจัดการแปรรูป เป็นต้น ดังนั้น การจัดการจึงหลากหลายด้วยวิธีการและการดำเนินการที่สามารถแยกแยะวัสดุออกจากกันแต่ละส่วนได้

๖. **หลักการที่ว่าด้วยพฤติกรรมของมนุษย์** เมื่อการจัดการขยะถูกหลักการให้กับรัฐเป็นผู้จัดการบริการ รัฐเน้นที่การใช้เทคโนโลยีเข้ามาดำเนินการและไม่แยกแยะประเภทและชนิดของวัสดุที่เป็นขยะ พฤติกรรมของมนุษย์ที่มีต่อการจัดการจึงแปรเปลี่ยนไป ความสนใจหรือใส่ใจต่อการเข้ามามีส่วนร่วมจึงลดน้อยลง ขณะเดียวกัน สภาพเศรษฐกิจที่พัฒนาตลาดสินค้าให้เกิดความหลากหลายของการบริโภคสินค้า พฤติกรรมของมนุษย์จึงเปลี่ยนแปลงในวิธีการบริโภคไปจากเดิม

ดังนั้นด้วยหลักการทั้ง ๖ ข้อดังกล่าว การจัดการขยะถูกวางบนฐานหลักการที่แตกต่างกัน แยกส่วนดำเนินการ และเน้นที่บทบาทขององค์กรแต่ละหน่วยในกระบวนการนโยบายที่แตกต่างกัน ทำให้พื้นที่ของการกำหนดนโยบายที่ดีเกิดคุณภาพและอยู่บนพื้นฐานหลักการที่ไม่แยกส่วนไม่สามารถจะวางบนฐานการทำงานของทุกภาคส่วนได้

นอกจากนี้มุมมองของคนในสังคมต่อความหมายของคำว่า "ขยะ" ที่แตกต่างกันไป ยิ่งทำให้พื้นที่ทางนโยบายของการจัดการขยะยิ่งแคบลงและแยกส่วนการดำเนินงานของแต่ละภาคส่วนที่แตกต่างกันไป เริ่มต้นจาก

๑. ความหมายที่มองว่า "ขยะ" มีความหมายเชิงลบหรือเป็นสิ่งที่ไม่เป็นที่ดีต่อชีวิต **ขยะเป็นสิ่งของเหลือใช้ที่ไม่มีประโยชน์** และต้องเน้นการจัดการที่การทำลาย

๒. ความหมายที่มองว่า "ขยะ" มีความหมายในเชิงมูลค่าทางเศรษฐกิจ โดยมองว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ สามารถนำมาสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจได้ **ในความหมายนี้จึงเน้นที่มูลค่าของขยะที่มีต่อการค้าและการตลาด ขยะเป็นวัตถุดิบให้แก่ระบบการค้าและการผลิตอุตสาหกรรมต่อเนื่อง** เช่น การนำขยะบรรจุภัณฑ์มาผลิตใช้ซ้ำ มาผลิตแปรรูปเป็นสินค้าอื่นๆ เป็นต้น

๓. ความหมายที่มองว่า "ขยะ" เป็นเครื่องมือในกระบวนการทางสังคม ซึ่งการให้ความหมายในลักษณะนี้พัฒนามาจากความหมายที่ ๒. **ขยะมีคุณค่าและมูลค่าที่สามารถที่จะนำมาสร้างให้สังคมเกิดความตระหนักต่อการใช้วัสดุต่างๆ และเป็นเครื่องมือให้คนในสังคมได้นำขยะมาสู่กระบวนการขับเคลื่อนทางสังคม** เช่น ขยะนำมาสร้างสวัสดิการสังคม สร้างกระบวนการกลุ่มคนจนในชุมชนเมืองใหญ่ เป็นต้น

๔. ความหมายที่มองว่า "ขยะ" เป็นสื่อสัญลักษณ์ของการแบ่งปัน การสร้าง การอยู่ร่วมกัน และการสร้างบุญกุศลให้แก่ผู้เสียสละต่อผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า ในความหมายนี้ได้ใช้ฐานของความเชื่อทางศาสนาและฐานคิดทางสังคมเข้ามาช่วยในการกำหนดคุณค่าของขยะ ซึ่งเป็นการสื่อคุณค่าทางสังคมทางตรงมากกว่ามูลค่าทางเศรษฐกิจ เช่น การทอดผ้าป่าขยะ การนำขยะแปรรูปใช้ซ้ำได้มาทิ้งที่วัด เป็นต้น

การวางหรือกำหนดนโยบายสาธารณะ (Public Policy Address) ที่สร้างจากกระบวนการนโยบายในบริบทพื้นที่ใหม่เป็นการเปิดพื้นที่ที่จะให้มีการอธิบายในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายมากขึ้น การถกเถียงในกระบวนการนโยบายจึงมีความแตกต่างกันไปของแต่ละสังคม

ประสบการณ์ของสังคมประเทศพัฒนาแล้ว ดังเช่น สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และแคนาดา ให้ความหมายต่อขยะในความหมายที่ ๑ และ ๒ มากกว่าที่จะเข้าไปสู่ความหมายที่ ๓ และ ๔ ทั้งนี้บริบทของประเทศเหล่านี้มีการพัฒนาเศรษฐกิจที่หลากหลาย กระบวนการทางสังคมจึงเน้นไปที่การรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมที่ใช้เครื่องมือด้านอื่นๆ มาประกอบมากกว่าการนำขยะมาเป็นเครื่องมือ ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น ที่สังคมชุมชนมีการรวมกลุ่มกันดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับขยะ เช่น การใช้เศษอาหารทำปุ๋ยปลูกต้นไม้ภายในบ้าน การคว่ำบาตรเพื่อนบ้านในชุมชนที่ไม่คัดแยกขยะ เป็นต้น

ขณะที่ประสบการณ์ของประเทศกำลังพัฒนา ดังเช่น ไทย บราซิล ฟิลิปปินส์ ประเทศในทวีปแอฟริกา อินเดีย เนปาล เป็นต้น มีการขยายความหมายที่ ๒ มากขึ้น พร้อมทั้งความหมายที่ ๓ และ ๔ ถูกนำมาใช้ขับเคลื่อนกระบวนการทางสังคม

### ๓. วัฏจักรทางนโยบายสาธารณะการจัดการขยะ

ทิศทางของกระบวนการวางนโยบายการจัดการขยะในทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๘ หรือ ค.ศ. ๑๙๙๕-๒๐๐๕) มีการพัฒนารูปแบบทางนโยบายแตกต่างไปจากเดิม เดิมทีนั้นมีแนวคิดแบบเส้นตรง (Linear approach) คือ เริ่มต้นจากการผลิต การบริโภค และการรวบรวมนำขยะไปกำจัด ภายหลัง

สงครามโลกครั้งที่ ๒ ชยะมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและก้าวกระโดดในอัตรา ๒ เท่า ทุกๆ ๑๐ ปี ภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ ๒ วิธีการจัดการขยะในเวลานั้น คือ การหาพื้นที่ฝังกลบอย่างถูกสุขลักษณะ (sanitary landfill)

ต่อมาในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๐-๑๙๘๕ (พ.ศ. ๒๕๑๓-๒๕๒๘) การพัฒนาเทคโนโลยีการเผาไหม้ (incineration technology) ได้กลายมาเป็นแนวคิดวิธีการจัดการขยะรูปแบบใหม่ โดยเทคโนโลยีนี้จะเน้นการเผาไหม้ขยะ แนวคิดนโยบายในช่วงเวลานี้ ได้แก่ "การแปลงขยะเป็นพลังงาน (Waste-to-Energy)" "การแปลงของเสียเป็นพลังงานไอน้ำ (Trash-to-Steam)" และ "การนำขยะกลับมาสู่การผลิตใหม่ (Resource Recovery)" แนวคิดในยุคนี้ถูกผลักดันจากนักอุตสาหกรรม ทั้งนี้เนื่องจากผลของวิกฤติการณ์น้ำมันครั้งที่ ๑ (ในปี พ.ศ. ๒๕๑๙ หรือ ค.ศ. ๑๙๗๖) และครั้งที่ ๒ (ในปี พ.ศ. ๒๕๒๒ หรือ ค.ศ. ๑๙๗๙)

ต่อมาในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๘๕-๑๙๙๕ (พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๓๓) แนวคิดเชิงนโยบายเปลี่ยนไปสู่การใช้การส่งเสริมให้มีการนำขยะกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำในเชิงการพัฒนาเศรษฐกิจ (The Recycling and Economic Development Movement) แนวคิดนี้ส่วนหนึ่งมาจากแรงต่อต้านการขยายตัวของโรงเผาไหม้ขยะ ซึ่งเป็นแนวคิดจากข้อเสนอของกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนร่วมกับกลุ่มชุมชนต่างๆ การนำขยะกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำจะเป็นการสร้างประสิทธิภาพการประหยัดทรัพยากรต่างๆ (เช่น ต้นไม้ สินแร่ น้ำใช้ พลังงาน เป็นต้น) ขณะเดียวกันการเคลื่อนกระบวนกรของแนวคิดนี้ต้องกระจายไปสู่ธุรกิจหรือชุมชนขนาดเล็กในระดับชุมชนและภูมิภาคต่างๆ

ต่อมาในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๙๕-๒๐๐๕ (พ.ศ. ๒๕๓๘-๒๕๔๓) แนวคิดที่ว่าด้วยการส่งเสริมการใช้ขยะกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำเชื่อมโยงกับการกำจัดขยะอย่างสมดุล (Integrated Resource Recovery) หรือเรียกว่า การบูรณาการการจัดการขยะชุมชนอย่างยั่งยืน (Integrated Solid Waste Management) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ต้องการเชื่อมโยงการพัฒนาที่ยั่งยืนกับสาขาการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมเข้าด้วยกัน โดยเน้นที่จะให้เกิดการคัดแยกขยะที่สามารถนำกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำได้และที่เหลือจึงนำไปสู่การกำจัด แนวนโยบายนี้ถูกเสนอขึ้นมาเพื่อลดความขัดแย้งและประณีประนอมฝ่ายหนุนการนำขยะกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำกับฝ่ายหนุนการกำจัดขยะ ที่จะให้แต่ละฝ่ายสามารถเข้ามา

พูดคุยกันได้ แนวคิดนี้ถูกพัฒนาโดยทีมของธนาคารโลก

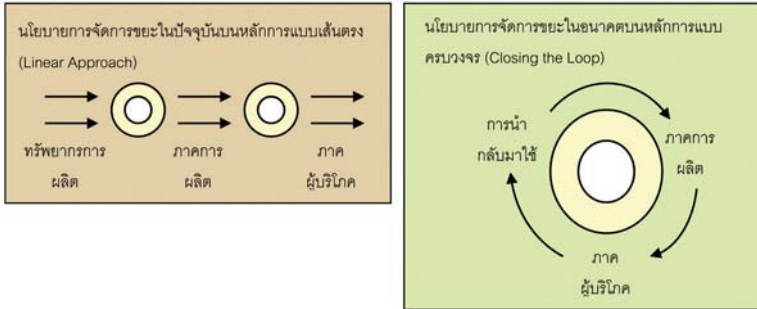
แนวคิดการจัดการขยะเหลือศูนย์ (Zero Waste Management) เป็นแนวคิดของการพัฒนาการจัดการในระยะ ๒ ทศวรรษข้างหน้า (ค.ศ. ๒๐๐๕-๒๐๒๐ หรือ พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๖๓) แนวคิดถูกแปรเปลี่ยนไปสู่แนวคิดวงรอบปิด (closing the loop approach) (รูปที่ ๑.) กล่าวคือ ขยะบางส่วนที่รวบรวมได้จะถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ โดยยึดหลักการที่ว่า ขยะมีมูลค่าทางเศรษฐกิจสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ และเป็นปัจจัยขับเคลื่อนให้เกิดการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของโลกให้มีความยั่งยืนมากขึ้น อีกทั้งเงื่อนไขและข้อจำกัดของปัจจัยการผลิตทางเศรษฐกิจที่ได้จากผลผลิตของสิ่งแวดล้อมมีความจำกัดมากขึ้น มีการแย่งชิง และแข่งขันในการผลิตและใช้ทรัพยากรการผลิตมากขึ้น เพื่อค้ำประกันการใช้ทรัพยากรในปัจจุบันและลูกหลานอนาคต (next generation) กรอบแนวคิดนี้ต้องการเน้นกระบวนการเสริมหนุนให้ชุมชนในระดับรากหญ้าได้ใช้ขยะเป็นเครื่องมือในการสร้างการบริหารจัดการชุมชน ขณะเดียวกัน แนวคิดนี้ต้องการเชื่อมต่อการผลิตสินค้าตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ การทำงานของทุกภาคส่วนในสังคมที่ไม่แยกออกจากกัน (ประกอบด้วย ชุมชน ธุรกิจ ภาครัฐ) และผลักดันหลักการภาคธุรกิจเกิดความรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของตนเอง (Extended Producer Responsibility : EPR) การสร้างความปลอดภัยไว้ก่อน (The Precautionary Principle) การใช้วัสดุที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Building Material) การใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย (Green Chemistry) และการออกแบบที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อม (Green Design) นอกจากนี้การจัดการขยะเหลือศูนย์ยังเน้นที่จะสร้างฐานรากจากครัวเรือนที่เป็นจุดแข็งของชุมชนให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ

รูปแบบกระบวนการนโยบายการจัดการขยะเหลือศูนย์ได้ถูกนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายของแต่ละประเทศ การจัดการขยะจึงมีแนวโน้มและทิศทางที่คล้ายคลึงกัน คือ การวางเป้าประสงค์ของนโยบายสาธารณะจากทุกภาคส่วนแตกต่างกันในกระบวนการทางนโยบายที่แต่ละประเทศให้น้ำหนักแตกต่างกันไปในแต่ละภาคส่วน

นอกจากความแตกต่างกันในกระบวนการแล้ว เนื้อหาและเป้าประสงค์ของนโยบายของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับบริบทและเป้าหมาย

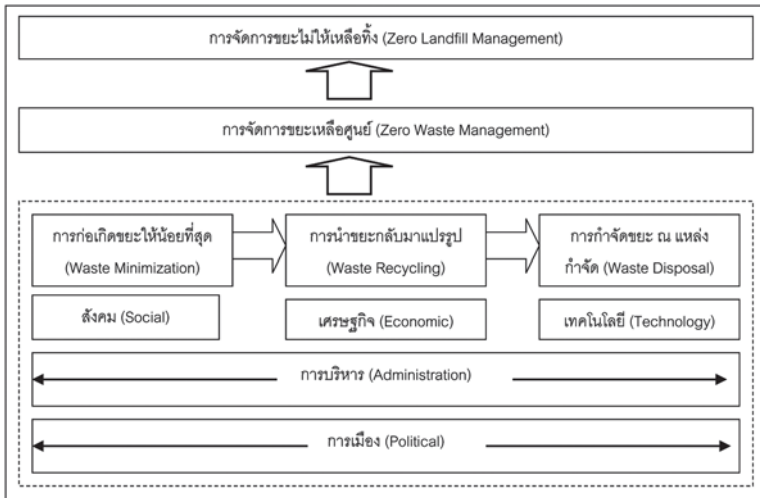
ทางสังคมของแต่ละประเทศ สุดท้าย คือ การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติการทางสังคมที่หลากหลาย สำคัญไปกว่านั้น คือ การพัฒนาและสร้างกลไกในกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมมีการขยายตัวมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้วได้ใช้กลไกและเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์เข้ามาช่วยในการสร้างกระบวนการ เช่น การให้เงินอุดหนุนการส่งเสริมชุมชนคัดแยกขยะ การพัฒนาตราสัญลักษณ์ขยะบรรจุภัณฑ์ที่น่ากลับมาใช้ใหม่ได้ การเก็บค่าธรรมเนียมการเก็บขนขยะตามปริมาณขยะของแต่ละครัวเรือน การเก็บค่าธรรมเนียมผลิตภัณฑ์บรรจุภัณฑ์ การเก็บค่ามัดจำบรรจุภัณฑ์ เป็นต้น ยกเว้นกรณีของประเทศญี่ปุ่นที่มีการพัฒนาเครื่องมือทางสังคมไปพร้อมกันด้วย ซึ่งในบางพื้นที่มีความเข้มแข็งทางสังคมมากกว่าจะต้องใช้เครื่องมือหรือกลไกทางเศรษฐศาสตร์

ดังนั้น สรุปได้ว่า ทิศทางและแนวโน้มของนโยบายการจัดการขยะดังกล่าว มีแนวคิดที่เปลี่ยนแปลงไปตลอด ๕ ทศวรรษที่ผ่านมา ข้อเสนอทางนโยบายมีแนวคิดที่แตกต่างกันไปแต่ละยุคแต่ละสมัย ขึ้นอยู่กับผู้เสนองานนโยบายใครที่มีบทบาทมากกว่ากัน และเงื่อนไขสภาวะแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่จะสนับสนุนให้แนวคิดนั้นได้รับการยอมรับและนำไปใช้หรือไม่ แนวคิดใน ๒ ทศวรรษข้างหน้าจะเป็นการจัดการขยะที่เน้นไปสู่หลักการของการสร้างการมีส่วนร่วมมากขึ้น เงื่อนไขการจัดการโดยบางภาคส่วนที่เกิดขึ้นในอดีตและมีความล้มเหลว จะถูกแปรเปลี่ยนไปสู่ภาคชุมชนเป็นหลักและมากขึ้น (รูปที่ ๒.)



รูปที่ ๑ การกำหนดนโยบายการจัดการขยะแบบเส้นตรง (linear approach) และแบบครบวงจร (closing the loop approach)

ที่มา: Ministry for the Environment, New Zealand. (๒๐๑๒).



รูปที่ ๒ เป้าประสงค์และยุทธศาสตร์การจัดการขยะแนวทางใหม่

ที่มา : [www.gdrc.org/uem/waste/waste.html](http://www.gdrc.org/uem/waste/waste.html)

และปรับปรุงเพิ่มเติมในการศึกษาของสมบัติ เหล็กกุล (๒๕๔๙).



## ๔. ข้อสังเกตเกี่ยวกับด้วยนโยบายสาธารณะด้านการจัดการขยะ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กรอบแนวคิดมีทิศทางการเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลง แต่บทบาทของผู้กำหนดนโยบายแต่ละฝ่าย (ภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคชุมชน) ก็ยังมีได้ประสานหรือเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเป้าประสงค์ของสังคมต่อการจัดการขยะ

องค์กรภาครัฐเป็นกลไกหลักของกระบวนการทางนโยบาย ที่คอยผลักดันบนหลักการของการค้นหาเทคโนโลยีมาใช้กำจัดขยะ และนำเสนอแนวคิดการแปลงขยะเป็นพลังงาน

ภาคธุรกิจเน้นการพัฒนาธุรกิจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นจากการนำขยะกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำ รวมถึงการผลักดันให้เกิดธุรกิจต่อเนื่องในการจัดการขยะ เช่น ธุรกิจการรวบรวม ธุรกิจการทำความสะดวกขยะ เป็นต้น ในอีกทางหนึ่งก็จะผลักดันให้เปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมการใช้วัสดุบรรจุภัณฑ์ให้แล้วกลับมาแปรรูป โดยขอรับการสนับสนุนหรือการออกกฎระเบียบให้เอื้อต่อการผลิต และผลักดันให้ภาคชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมขยะที่สามารถนำกลับมาแปรรูปใช้ซ้ำได้

และภาคชุมชนเองยังมีการเคลื่อนกระบวนการทางสังคมไม่มากนัก ถึงแม้ว่าภาคชุมชนพยายามจะกำหนดเป้าประสงค์ของการจัดการขยะ ณ แห่งๆ ก็นิดก็ตาม แต่การเคลื่อนกระบวนการทางนโยบายยังคงเป็นการแปลงนโยบายในระดับปฏิบัติการมากกว่าที่จะเข้าไปอยู่ในกระบวนการถกเถียงหาข้อสรุปเชิงนโยบายร่วมกับภาคส่วนต่างๆ และการยอมรับในกระบวนการปฏิบัติการก็เป็นไปเฉพาะพื้นที่เท่านั้น

## ๕. กรณีตัวอย่างการพัฒนาโยบายสาธารณะการจัดการขยะของต่างประเทศ

แนวคิดและหลักการของทิศทางการจัดการขยะยังเป็นข้อถกเถียงเพื่อหาบทสรุปในการจัดการขยะที่เหมาะสม ถ้าพิจารณาถึงแนวคิดการจัดการขยะของอนาคตในอีก ๒ ทศวรรษข้างหน้า จะพบว่า มีบางประเทศเท่านั้น

ที่มีการขับเคลื่อนกระบวนการทั้งระดับนโยบายและแผนพัฒนาลงไปสู่การปฏิบัติการ แต่ขณะที่บางประเทศอาจยังคงดำเนินการส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น ตัวอย่างดังตารางข้างล่าง

ประเทศ	กิจกรรม
ออสเตรีย	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำข้อเสนอ Austrian National Environment Plan ที่เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้วัสดุให้เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๖ (พ.ศ. ๒๕๓๙) แต่แผนนี้คาดการณ์ว่าจะเกิดสัมฤทธิ์ผลในการดำเนินนโยบายในทศวรรษหน้า</li> <li>เมืองหลวงแคนเบอร์รา ระบุว่าไม่มีขยะ (no waste) . ในเขตเมืองภายในปี ๒๐๑๐</li> </ul>
นิวซีแลนด์	<ul style="list-style-type: none"> <li>เมืองไครสต์เชิร์ช (Christchurch) จัดทำโครงการการจัดการขยะเหลือศูนย์ โดยร่วมกับ UNEP</li> <li>องค์กรพัฒนามหาภาครัฐจัดทำข้อเสนอการจัดการขยะเหลือศูนย์ทั้งประเทศในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ (The End of Waste - Zero Waste by 2020)</li> </ul>
สวีเดน	Swedish Ecocycle Commission ได้จัดทำข้อเสนอทางนโยบายในปี ค.ศ. ๑๙๙๗ (พ.ศ. ๒๕๔๐) ที่จะประยุกต์แนวคิดการใช้วัสดุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นร่วมกับการพัฒนาการใช้พลังงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้คาดการณ์ว่าจะเกิดสัมฤทธิ์ผลในอีก ๒๕ ถึง ๕๐ ปีข้างหน้า
เนเธอร์แลนด์	มีการจัดทำข้อเสนอ Dutch National Environment Plan ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๗ (พ.ศ. ๒๕๔๐) ที่ใช้แนวคิดบนหลักการให้เกิดการใช้ทรัพยากรครั้งหนึ่ง แต่ได้เกิดความมั่งคั่งเป็นสองเท่าของการใช้ทรัพยากร
เยอรมนี	German Environment Ministry ได้จัดทำข้อเสนอนโยบายในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ (พ.ศ. ๒๕๔๑) ที่จะประยุกต์การใช้วัตถุดิบการผลิตที่ไม่สามารถนำกลับมาผลิตใหม่ได้ (non-renewable raw materials) และคาดการณ์ว่าจะเกิดสัมฤทธิ์ผลในปี ค.ศ. ๒๐๒๐ (พ.ศ. ๒๕๖๓)
สหราชอาณาจักร	<ul style="list-style-type: none"> <li>องค์กรภาครัฐ โดย Tory Party Waste &amp; Recycling Platform จัดทำข้อเสนอเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๔๓) ให้มีการณรงค์การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมและทัศนคติของอังกฤษต่อการจัดการขยะที่เกี่ยวข้องกับการกำจัด การใช้บรรจุภัณฑ์ และการฝังกลบขยะ</li> <li>องค์กรพัฒนาเอกชนได้จัดทำข้อเสนอการใช้แนวคิดการจัดการขยะเหลือศูนย์เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๔๓)</li> </ul>
๑๐ ประเทศอุตสาหกรรม	๑๐ ประเทศอุตสาหกรรมที่มีสมาชิก ๑๖ ผู้นำด้านการผลิตชั้นนำ ได้จัดตั้งกลุ่ม Factor 10 Club จัดทำข้อเสนอลดการใช้วัสดุการผลิตในกระบวนการผลิต (materials flows) เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๙๔ (พ.ศ. ๒๕๓๗) โดยคาดการณ์ว่าจะสัมฤทธิ์ผลในอีก ๓๐-๕๐ ปีข้างหน้า
กลุ่มประเทศOECD	คณะกรรมการระดับรัฐมนตรีของกลุ่มประเทศ OECD ในปี ค.ศ. ๑๙๙๖-๑๙๙๘ (พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๑) ได้จัดให้มีการศึกษาศักยภาพของการได้รับผลประโยชน์มากขึ้นจากการเพิ่มประสิทธิภาพ (potential for efficiency gains) การทบทวนประสิทธิภาพที่มีต่อระบบนิเวศ (eco-efficiency) และการทบทวนการรับข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินการ

ประเทศ	กิจกรรม
<p>สมัชชาสหประชาชาติ (U.N. General Assembly)</p>	<p>เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๙๗ (พ.ศ. ๒๕๔๐) ได้ให้มีข้อเสนอการศึกษาผลประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มขึ้นจากข้อเสนอการลดการใช้วัสดุและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้วัสดุให้มีความถี่มากขึ้นในระยะ ๒-๓ ทศวรรษข้างหน้า</p>
<p>World Business Council for Sustainable Development และ UNEP</p>	<p>เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๙๗ (พ.ศ. ๒๕๔๐) ได้มีข้อเสนอให้ศึกษาการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพเชิงนิเวศของทุกประเทศทั่วโลก</p>
<p>เกาหลีใต้</p>	<p>กลุ่ม Korean Waste Management Network (KWMM) ในปี ค.ศ. ๒๐๐๑ (พ.ศ. ๒๕๔๔) มีสมาชิกเครือข่าย ๒๗๐ กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มประชาคม และกลุ่มเพื่อสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักการจัดการขยะเหลือศูนย์เป็นแนวทางการดำเนินงาน โดยได้ดำเนินการหลายเรื่อง ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การรณรงค์กับกลุ่มแม่บ้านในการใช้ถุงพลาสติกจ่ายซื้อสินค้าตามห้างสรรพสินค้าหรือตลาด โดยขอให้แม่บ้านได้นำตะกร้าหรือถุงพลาสติกทดแทนถุงพลาสติกมาใช้แทนถุงพลาสติกทั่วไป โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๘ (พ.ศ. ๒๕๔๑)</li> <li>• ข้อเสนอต่อรัฐบาลให้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ถุงพลาสติกตามห้างสรรพสินค้า และขอให้มีการคิดค่าใช้จ่ายถุงพลาสติก (plastic bag charge)</li> <li>• การรณรงค์ให้ใช้แก้วใส่กาแฟส่วนตัวและติดตัวไปในที่ต่างๆ โดยเริ่มในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ (พ.ศ. ๒๕๔๓) และส่งเสริมให้ใช้แก้วส่วนตัวช้อกกาแฟจากเครื่องขายกาแฟหยอดเหรียญ</li> <li>• การส่งเสริมให้ร้านอาหารจานด่วนไม่ใช้วัสดุบรรจุภัณฑ์ใช้แล้วทิ้งอย่างฟู่เพียง ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๑ (พ.ศ. ๒๕๔๔) ทั้งนี้ใช้หลักการว่า ผู้ซื้อต้องการถึงจะได้รับแจก</li> </ul>
<p>อินเดีย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กว่าทศวรรษที่ผ่านมา การสนับสนุนให้เมืองต่างๆ ทั่วประเทศอินเดียมีการคัดแยกขยะอินทรีย์เพื่อนำไปใช้ประโยชน์จากการฝังกลบ โดยให้มีการแยกถังรองรับออกจากถังขยะรวม เช่น เมืองเซงไน เมืองเดลี เมืองบังกาลู เป็นต้น ทั้งนี้องค์กรทั้งถิ่นได้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนในเขตเมือง</li> <li>• โครงการ Kovalam เป็นเมืองท่องเที่ยวทางทะเล ปัญหาขยะได้ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของสถานที่ท่องเที่ยว แนวคิดของท้องถิ่นที่จะใช้หลักการการจัดการขยะเหลือศูนย์ (Zero Waste Management) มาขับเคลื่อนกระบวนการกับชุมชนเมือง ซึ่งรวมถึงประชาชนที่อยู่อาศัย ร้านค้าผู้ประกอบการ ภาครัฐฯ เข้ามาร่วมดำเนินการพร้อมกัน และยึดหลักการเดียวกันในการจัดการ</li> </ul>
<p>ฟิลิปปินส์</p>	<p>กลุ่ม The Recycling Movement of Philippines ได้ดำเนินการหลายเรื่อง ตัวอย่างเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• การรณรงค์ส่งเสริมให้ชุมชนได้นำเศษอาหารหมักทำปุ๋ย</li> <li>• การรณรงค์ไม่ทิ้งขยะลงในแหล่งน้ำธรรมชาติ</li> </ul>
<p>อื่นๆ</p>	<p>ประเทศนามิเบียในทวีปแอฟริกา ประเทศบราซิลและโคลัมเบียในทวีปอเมริกาใต้ จัดทำโครงการ Zero Emission Research Initiative</p>

## ๖. สรุป

กรอบแนวคิดเชิงนโยบายการจัดการขยะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพการณ์ของทรัพยากรของแต่ละประเทศและกระบวนการทางนโยบายที่มีบทบาทของแต่ละองค์กรเข้ามาเกี่ยวข้อง ตลอดช่วง ๕-๖ ทศวรรษที่ผ่านมาแนวคิดเชิงนโยบายดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา การพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะของแต่ละประเทศก็แตกต่างกันไปตามบริบทของตนเอง สำหรับประเทศไทย การพัฒนานโยบายสาธารณะการจัดการขยะก็อาจจะไม่แตกต่างจากประเทศทั่วโลก แต่สิ่งที่ยังคงเป็นคำถามหลัก คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะในเรื่องนี้ควรถูกพัฒนาจากหลักคิดที่มีมุมมองแตกต่างกันของแต่ละฝ่ายอย่างไร บทบาทคงไม่กระจุกหรือเริ่มต้นจากภาครัฐฝ่ายเดียว ขณะที่ภาคประชาคมมีการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติอย่างเดียวเช่นกัน

ดังนั้น บทสรุปของกระบวนการนโยบายของประเทศไทยจากประสบการณ์ของโลกกว้าง จึงน่าจะเป็นตัวกระตุ้นให้กระบวนการนั้นหยิบนำหลักการหลายเรื่องและวิถีปฏิบัติของหลายประเทศมาประยุกต์ใช้ตามช่องทางต่างๆ ที่จะสามารถพัฒนาการได้



**หยุดรถ หยุดโรค:**  
นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ  
ด้านการขนส่งในทวีปยุโรป  
เดชรัต สุขกำเนิด

การขนส่งเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ และยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ในยุคปัจจุบัน แต่กิจกรรมการขนส่งก็ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและตัวมนุษย์เองหลายประการด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นแง่อุบัติเหตุหรือมลภาวะต่างๆ เมื่อระบบการขนส่งยังคงมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบเหล่านี้ก็อาจขยายตัวเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านการขนส่ง จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในยุคปัจจุบัน

บทความนี้จึงได้นำเสนอความพยายามในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านการขนส่งในทวีปยุโรป เพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับการพัฒนางานนโยบายสาธารณะด้านนี้ในสังคมไทย โดยบทความนี้จะเริ่มด้วยการนำเสนอ มุมมองว่าด้วยผลกระทบทางสุขภาพด้านต่างๆ จากระบบการขนส่ง ซึ่งในทวีปยุโรปได้พยายามมองผลกระทบระดับต่างๆ อย่างสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน แทนที่จะเน้นผลกระทบด้านใดด้านหนึ่ง หรือแยกส่วนกันดำเนินการ ต่อมาบทความนี้จะนำเสนอความพยายามในการประเมินมูลค่าของผลกระทบออกมาเป็นตัวเงิน เพื่อชี้ให้เห็นถึงต้นทุนเหตุหลักของผลกระทบดังกล่าว ซึ่งก็คือ การขนส่งทางถนน ดังนั้น ในทวีปยุโรปจึงมีนโยบายหลายประการที่จะมุ่งลดการพึ่งพารถยนต์ลง โดยมีการนำมาตราการต่างๆ มาใช้อย่างผสมผสาน ดังจะได้นำเสนอต่อไปในบทความนี้

## ผลกระทบทางสุขภาพจากการขนส่ง

ดังได้กล่าวแล้วว่า ผลกระทบทางสุขภาพจากการขนส่งมีด้วยกันหลายประการ แต่ที่ผ่านมา เรามักจะศึกษาโดยเน้นปัจจัยเพียงด้านใดด้านหนึ่งขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปจึงจัดทำการศึกษาถึง ภาพรวมของผลกระทบต่อสุขภาพจากระบบและกิจกรรมการขนส่งขึ้นมา เพื่อให้การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นไปอย่างรอบคอบและรอบด้านมากที่สุด โดยการศึกษาดังกล่าวแบ่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่สำคัญออกเป็น ๖ ประเด็นคือ

### ๑. อุบัติเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิต

อุบัติเหตุจากการขนส่งส่วนใหญ่เกิดจากการขนส่งทางถนน อุบัติเหตุจากการจราจรทางบกได้คร่าชีวิตประชาชนในทวีปยุโรปไม่น้อยกว่า ๑๒๗,๐๐๐ ราย และนำไปสู่การบาดเจ็บสาหัสประมาณ ๒.๔ ล้านรายในแต่ละปี<sup>๑</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกัน จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีมากกว่าอุบัติเหตุทางรถไฟถึง ๕๐ เท่า และเมื่อเทียบกับระยะเวลาเดินทางที่เท่ากัน การขนส่งทางถนนนำไปสู่การเสียชีวิตในอัตรา ๑๑.๑ คนต่อพันล้านกิโลเมตร ในขณะที่การขนส่งทางรถไฟ และทางอากาศ มีอัตราการเสียชีวิตเพียง ๓.๔ และ ๐.๔ คนต่อพันล้านกิโลเมตร ตามลำดับ<sup>๒</sup>

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ มากกว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้เสียชีวิตจากการขนส่งทางถนนทั้งหมดเป็นผู้ใช้รถยนต์ (ทั้งคนขับและคนโดยสาร) ซึ่งแสดงว่า เกือบร้อยละ ๔๐ ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีได้ใช้รถยนต์ แต่กลับต้องมาจบชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ ๒๕-๓๐ เป็นคนเดินเท้า และอีกร้อยละ ๕-๖ เป็นผู้ขับขี่จักรยาน

ปัจจัยสำคัญที่นำมาสู่การเกิดอุบัติเหตุทางถนนก็คือ การดื่มสุราก่อนการขับขี่ การใช้ความเร็วที่สูง การไม่ใช้อุปกรณ์ความปลอดภัยอย่างถูกวิธี การขาดการออกแบบและการดูแลรถยนต์ที่คำนึงถึงหลักความปลอดภัย และสภาพถนนที่ไม่ดี

### ๒. มลภาวะทางอากาศ

เป็นที่ทราบกันดีว่า กิจกรรมการขนส่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดมลพิษทาง



อากาศมากที่สุดกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งมลพิษทางอากาศเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาหลายประการ ทั้งที่ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของมลสารที่ปล่อยออกมา

มลสารที่เป็นที่รู้จักกันดี ในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพคือ ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ซึ่งเป็นส่วนผสมของสารอินทรีย์และอนินทรีย์หลายชนิด ฝุ่นละอองขนาดเล็กเหล่านี้จะเข้าไปรบกวนการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และระบบการสูดฉีดโลหิต ซึ่งนำไปสู่โรคต่างๆ ตามมา ทั้ง โรคหืดหอบ และการลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด รวมถึงทำให้หลายคนต้องจบชีวิตก่อนเวลาอันควร

เดิมเราจะให้ความสนใจในการควบคุมฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยเฉพาะที่มีขนาดเล็กกว่า ๑๐ ไมครอน ต่อมาเราทราบว่ายิ่งฝุ่นละอองมีขนาดเล็กเท่าไร ก็ยิ่งมีอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น เพราะฝุ่นละอองขนาดเล็กเหล่านี้จะไชซอนเข้าไปได้ลึกกว่า และในบางกรณีสามารถผ่านเข้าสู่กระแสเลือดได้ด้วย ดังนั้น ในปัจจุบัน จึงต้องให้ความสำคัญกับฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า ๒.๕ ไมครอน

นอกจากฝุ่นละอองขนาดเล็กแล้ว กิจกรรมการขนส่งยังปล่อยก๊าซที่มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และระบบการสูดฉีดโลหิตอีกหลายตัว อาทิ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์ โอโซน และที่สำคัญไอเสียจากเครื่องยนต์ดีเซลและเบนซินยังปล่อยสารที่เป็นสารก่อมะเร็งอีกหลายตัว

โดยภาพรวมแล้ว มีการประมาณการณ์กันว่า น่าจะมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับมลพิษทางอากาศจากการขนส่ง ในเมืองต่างๆ เป็นเวลานาน รวมกันแล้วปีละ ๓๖,๐๐๐-๑๒๙,๐๐๐ คน และในทั่วทั้งทวีปยุโรป น่าจะมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษจากการขนส่งประมาณ ๑๐๒,๐๐๐-๓๖๘,๐๐๐ คนในแต่ละปี

### ๓. มลภาวะทางเสียง

มลภาวะทางเสียงเป็นผลกระทบต่อสุขภาพอีกอย่างหนึ่งของระบบการขนส่ง เสียงดังจากการสัญจรของยานพาหนะไม่เพียงทำให้การสื่อสารของผู้คนในสังคมเป็นไปด้วยความยากลำบากขึ้น ยังมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของประชาชน จนอาจนำไปสู่ความรำคาญ ความก้าวร้าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเด็ก ซึ่งกำลังมีพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ และหากต้องตกอยู่กับ

ภาวะเสี่ยงดังหลายๆ เป็นเวลานาน ก็อาจนำไปสู่ปัญหาความเครียดและโรคหัวใจ รวมถึงจะมีผลกระทบต่อระบบการได้ยินอีกด้วย

#### ๔. ผลกระทบต่อการลดการออกกำลังกาย

ในอดีต การเดินทางด้วยเท้าและการขี่จักรยานเป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกายในวิถีชีวิตประจำวัน แต่การพึ่งพาการเดินทางด้วยรถยนต์มากขึ้น ทำให้การเดินทางเท้าและการใช้จักรยานนั้นลดลงตามลำดับ ในช่วงระยะเวลา ๒๐ ปี (ระหว่างทศวรรษที่ ๑๙๗๐ ถึงทศวรรษที่ ๑๙๙๐) การเดินทางเท้าในประเทศอังกฤษได้ลดลงประมาณร้อยละ ๒๐ และหากเปรียบเทียบในระหว่างช่วงอายุ ก็จะพบว่า เด็กๆ มีสัดส่วนการเดินทางเท้าลดลงมากกว่าผู้ใหญ่ และในพื้นที่ลัดสัดของการเดินทางเท้าต่อการเดินทางทั้งหมดได้ลดลงจากร้อยละ ๒๕ เหลือร้อยละ ๑๐ และการใช้จักรยานลดลงจากร้อยละ ๑๒ เหลือร้อยละ ๗ ในขณะที่การใช้รถยนต์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๕ เป็นร้อยละ ๗๐ ในช่วงเวลาเดียวกัน

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเดินทางดังกล่าว ทำให้การออกกำลังกายของประชาชนลดลง จนต่ำกว่าระดับที่จำเป็นต่อดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี และนำมาซึ่งโรคภัยต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะ โรคอ้วน โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้กำลังเป็นโรคที่ก่อปัญหาให้กับประชาชนในทวีปยุโรปมากที่สุดในปัจจุบัน

#### ๕. ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในชุมชน

การสัญจรที่หนาแน่นและใช้ความเร็วสูงมีผลกระทบทางลบต่อวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่นั้น เพราะการสัญจรในลักษณะดังกล่าวได้กีดขวางการไปมาหาสู่ของผู้คนในชุมชน และทำให้เกิดการแปลกแยกในชุมชนหรือในสังคมนั้นๆ ดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลในตารางที่ ๑ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จำนวนเฉลี่ยของการติดต่อกับผู้คนที่อยู่บนถนนสายเดียวกันจะลดลงอย่างชัดเจน เมื่อจราจรหนาแน่นเพิ่มขึ้น

### ตารางที่ ๑ ปริมาณการจราจรกับความสัมพันธ์ในสังคม

ระดับการจราจร	จำนวนผู้คนที่ติดต่อนในชีวิตประจำวัน	
	เพื่อน	คนรู้จัก
การจราจรเบาบาง (๒๐๐ คันในช่วงเร่งด่วน)	๓.๐	๖.๓
การจราจรปานกลาง (๕๐๐ คันในช่วงเร่งด่วน)	๑.๓	๔.๑
การจราจรหนาแน่น (๑๙๐๐ คันในช่วงเร่งด่วน)	๐.๙	๓.๑

ที่มา: Dora and Phillips, ๒๐๐๐

นอกจากนี้ การจราจรที่หนาแน่นยังมีผลต่อพัฒนาการทางจิตและสังคมของเด็กอีกด้วย เพราะเมื่อจราจรหนาแน่น พ่อแม่จะกังวลว่าการเดินทางจะเป็นสิ่งที่อันตรายสำหรับเด็ก ดังนั้น พ่อแม่จึงไม่อนุญาตให้เด็กใช้ถนน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการออกกำลังกาย การเข้าสังคม และการเรียนรู้สังคมของเด็กๆ ยิ่งไปกว่านั้น พ่อแม่ก็มักจะตัดสินใจขับรถไปส่งลูกที่โรงเรียนหรือสถานที่อื่นๆ ซึ่งนั่นก็จะยิ่งทำให้จราจรหนาแน่นขึ้น และถนนก็เป็นพื้นที่ที่อันตรายมากยิ่งขึ้นไปอีก และเด็กๆ ก็จะถูกกลายเป็นเด็กที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่มากขึ้น และมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นๆ ในสังคมลดลง

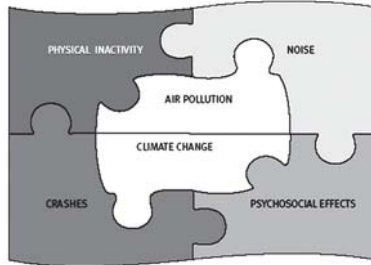
### ๖. ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลก

ผลกระทบประการสุดท้ายคือ ผลกระทบที่เกิดจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของระบบการขนส่ง ซึ่งภาคการขนส่งเป็นภาคเศรษฐกิจหลักที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศ ควบคู่กับภาคพลังงาน ปัจจุบันแนวโน้มการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของภาคการขนส่งยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามความต้องการที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะความต้องการใช้รถยนต์และเครื่องบิน

ทวีปยุโรปมีความอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในหลายประการด้วยกัน เริ่มตั้งแต่ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งจะมีอุทกภัยมากขึ้น ทั้งจากการละลายของธารน้ำแข็งและสภาพอากาศแปรปรวน รวมถึงการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำทะเล และการเกิดคลื่นความร้อนบ่อยครั้งขึ้นและรุนแรงขึ้น นอกจากนี้ อุณหภูมิที่สูงขึ้นยังมีผลต่อการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ ได้มากขึ้นด้วย

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป สรุปได้ว่า ผลกระทบ

ทั้ง ๖ ประการนี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทั้งในแง่ของสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปจึงพัฒนากรอบแนวคิดเรื่องผลกระทบทางสุขภาพจากระบบการขนส่งขึ้นมา ดังแสดงในภาพที่ ๑ เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพิจารณาถึงผลกระทบต่างๆ ด้านจากนโยบายการขนส่งไปพร้อมกัน แทนที่จะมุ่งเน้นที่ด้านใดด้านหนึ่งเหมือนที่ผ่านมา



ภาพที่ ๑ ผลกระทบทางสุขภาพ ๖ ด้านจากนโยบายด้านการขนส่ง  
ที่มา: ดัดแปลงจาก Racioppi, F. และคณะ, ๒๐๐๕

## ต้นทุนของผลกระทบจากการขนส่ง

ประเด็นที่ต่อเนื่องจากผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้น ก็คือ ต้นทุนทางเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบทั้งหลายนี้ ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์เรียกว่า ต้นทุนผลกระทบภายนอก หรือ External Costs ที่ว่าเป็นผลกระทบภายนอก เพราะมิได้ถูกรวมไว้เป็นต้นทุนโดยตรงของผู้ที่ใช้รถยนต์หรือการขนส่งอื่นๆ แต่สังคมจะต้องเป็นผู้แบกรับ ดังนั้น การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงจำเป็นที่จะต้องคำนวณและคำนึงถึงต้นทุนส่วนนี้ด้วย

จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยคาร์สูร์ห์และบริษัทที่ปรึกษาด้านการวิเคราะห์นโยบาย ซึ่งได้มีการอ้างอิงถึงในเอกสารขององค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรป พบว่า ต้นทุนของผลกระทบจากการขนส่งในสหภาพยุโรป (๑๗ ประเทศ

รวมกัน) คิดเป็นมูลค่าถึง ๕๓๐,๐๐๐ ล้านยูโร หรือประมาณ ๒๕ ล้านล้านบาท ต่อปี (ยังไม่รวมต้นทุนผลกระทบภายนอกจากภาวะจลาจลติดขัด) หรือเทียบเป็นร้อยละ ๗.๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติของ ๑๗ ประเทศ

และหากรวมผลกระทบจากจลาจลติดขัดด้วยแล้ว มูลค่าของต้นทุนของผลกระทบจากการขนส่งจะกลายเป็น ๖๕๘,๐๐๐ ล้านยูโร หรือประมาณ ๓๑ ล้านล้านบาทต่อปี ซึ่งเทียบเท่ากับร้อยละ ๙.๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติของทั้ง ๑๗ ประเทศ

หรือหากเทียบเป็นต้นทุนผลกระทบต่อคนเราก็จะพบว่า ต้นทุนผลกระทบจากการขนส่งในสหภาพยุโรปนั้นสูงถึง ๑,๗๑๖ ยูโร หรือ ประมาณ ๘๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปีเลยทีเดียว

หากวิเคราะห์ลงไปในรายละเอียด จะพบว่า ต้นทุนผลกระทบจากการขนส่งที่สำคัญที่สุดคือ ต้นทุนผลกระทบจากอุบัติเหตุ (ร้อยละ ๒๓.๖) รองลงมาคือ ต้นทุนผลกระทบจากมลภาวะทางอากาศ (ร้อยละ ๒๐.๕) ต้นทุนผลกระทบจากภาวะจลาจลติดขัด (ร้อยละ ๑๙.๕) ต้นทุนผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (ร้อยละ ๑๘.๕)

## รถ คือต้นเหตุหลัก

สิ่งที่สนใจต่อมาจากกรณีวิเคราะห์ต้นทุนผลกระทบภายนอกจากการขนส่งก็คือ การจำแนกแจกแจงต้นทุนผลกระทบภายนอกตามรูปแบบของการขนส่ง ซึ่งผลปรากฏว่า ประมาณร้อยละ ๙๒ ของต้นทุนผลกระทบจากการขนส่งทั้งหมดในสหภาพยุโรป (ไม่รวมต้นทุนจากภาวะจลาจลติดขัด) เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการขนส่งทางถนน รองลงมาคือ การขนส่งทางอากาศ ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดต้นทุนผลกระทบภายนอกประมาณร้อยละ ๖

หากแยกแยะลงไปในรูปแบบของการขนส่งทางถนน เราก็จะพบว่า ต้นทุนผลกระทบภายนอกส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการใช้รถยนต์ (ประมาณร้อยละ ๖๐ ของต้นทุนผลกระทบทั้งหมด) รองลงมาคือ การใช้รถบรรทุก (ประมาณร้อยละ ๒๘ ของต้นทุนผลกระทบทั้งหมด) (ตามแผนภาพที่ ๒)

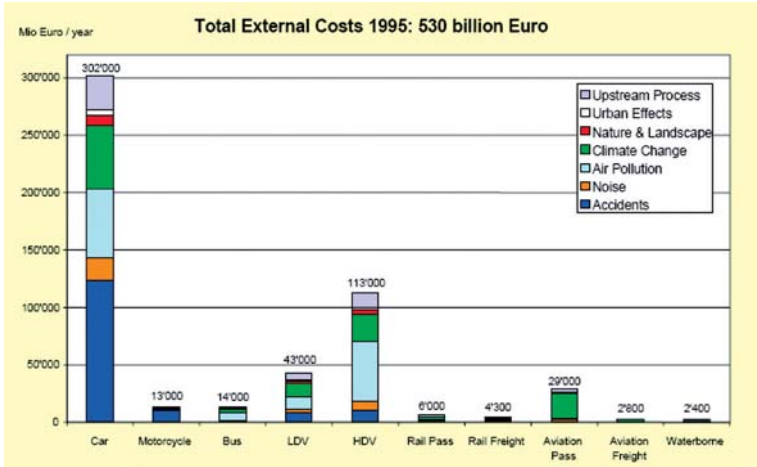
ซึ่งหากเทียบต้นทุนผลกระทบที่เกิดจากรูปแบบการเดินทางที่แตกต่างกัน

เราจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ต้นทุนผลกระทบภายนอกจากการใช้รถยนต์ต่อผู้โดยสารหนึ่งคนในระยะทางหนึ่งพันกิโลเมตรนั้นสูงถึง ๘๗ ยูโร ในขณะที่การเดินทางโดยเครื่องบิน ต้นทุนผลกระทบจะตกประมาณ ๔๘ ยูโรต่อหนึ่งพันกิโลเมตรต่อคน ส่วนรถโดยสารจะประมาณ ๓๘ ยูโรต่อหนึ่งพันกิโลเมตรต่อคน และรถไฟจะมีต้นทุนผลกระทบภายนอกต่ำที่สุดเพียง ๒๐ ยูโรต่อคนต่อหนึ่งพันกิโลเมตรเท่านั้น (ภาพที่ ๓)

ดังนั้น หากเทียบกันแล้ว ผลกระทบภายนอกจากการใช้รถยนต์จึงมากกว่าการใช้รถไฟกว่า ๔ เท่า เราจึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ปัญหาที่สำคัญที่สุดแห่งหนึ่งของผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากระบบการขนส่งคือ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้รถยนต์และรถบรรทุกนั่นเอง

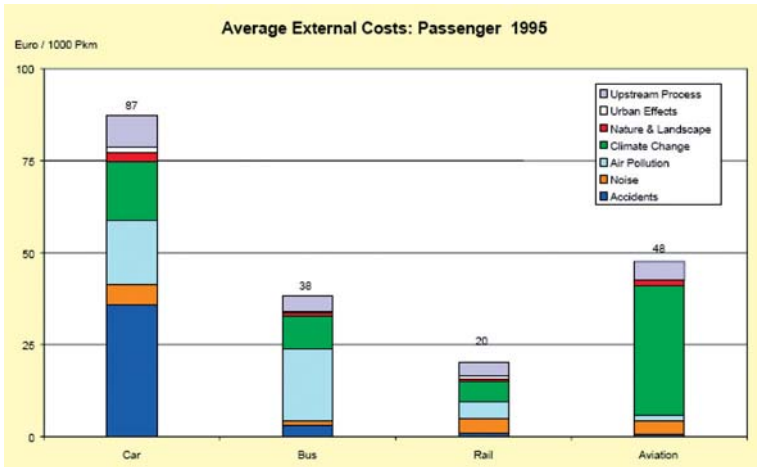
จากการคาดการณ์ล่วงหน้าพบว่า หากสหภาพยุโรปไม่ดำเนินนโยบายใดๆ ที่จะลดผลกระทบเหล่านี้ ต้นทุนของผลกระทบเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔๒ ในช่วงเวลา ๑๕ ปี (ระหว่างปีค.ศ. ๑๙๙๕ ถึง ๒๐๑๕) เนื่องจากแนวโน้มของการใช้รถยนต์และการขนส่งทางถนน และทางอากาศเพิ่มขึ้นนั่นเอง

จากข้อค้นพบเหล่านี้เองทำให้เกิดการทบทวนวัตถุประสงค์และแนวคิดทางนโยบายการขนส่งเสียใหม่ ด้วยการปรับแนวคิดและแนวทางการขนส่งจากการขนรถมาสู่การขนคนในทวีปยุโรปในที่สุด



ภาพที่ ๒ ต้นทุนผลกระทบภายนอกจากการขนส่งในสหภาพยุโรป  
จำแนกตามรูปแบบของการขนส่ง คิดราคา ณ ปีค.ศ. ๑๙๙๕

ที่มา: Banfi, S. และคณะ, ๒๐๐๐



ภาพที่ ๓ ต้นทุนผลกระทบภายนอกเฉลี่ยจากการขนส่งผู้โดยสาร  
ใน ๔ รูปแบบในสหภาพยุโรป คิดราคา ณ ปีค.ศ. ๑๙๙๕

ที่มา: Banfi, S. และคณะ, ๒๐๐๐

## นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคการขนส่ง

จากสถานการณ์ปัญหาที่รุนแรง และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ดังกล่าว ทำให้ประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรปเอาใจจริงเอาใจกับการแก้ไขปัญหारेื่อง ผลกระทบทางสุขภาพจากการขนส่ง (ซึ่งในความเป็นจริงก็มีหลายประเทศและหลายท้องถิ่น ได้เอาใจจริงเอาใจมาก่อนหน้านี้แล้ว รวมถึงบางเรื่องก็สามารถทำจนกลายเป็นวิถีชีวิตประจำวันไปแล้ว เช่น หากดื่มแอลกอฮอล์ก็จะไม่ขับรถ) และพัฒนาขึ้นมาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคการขนส่ง โดยมีมาตรการที่สำคัญแบ่งออกเป็น ๔ ส่วนด้วยกันคือ

๑. มาตรการที่เน้นการลดอุบัติเหตุทางรถยนต์ ได้แก่ การควบคุมความเร็วของพาหนะ การลดและควบคุมการจราจรในเขตชุมชน การพัฒนามาตรรฐานรถยนต์ที่ปลอดภัยมากขึ้น และการลดกำลังเครื่องยนต์ของยานพาหนะ

๒. มาตรการที่เน้นการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมจากการใช้รถยนต์ ได้แก่ การใช้เชื้อเพลิงที่สะอาดขึ้นและการใช้รถยนต์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การเก็บค่าธรรมเนียมและภาษีรถยนต์ตามอัตราการปล่อยมลพิษ การสร้างที่ป้องกันเสียงจากการจราจร

๓. มาตรการที่เน้นการลดความต้องการใช้รถยนต์ ได้แก่ มาตรการลดความจำเป็นในการเดินทาง (เช่น การใช้ระบบการสื่อสารแทน) มาตรการเก็บค่าใช้ถนนวนหรือค่าผ่านเข้าพื้นที่จราจรติดขัด การจัดการที่จอดรถในเมือง

๔. มาตรการที่สร้างทางเลือกใหม่ในการขนส่ง ได้แก่ การส่งเสริมการเดินทางโดยจักรยาน การเดินเท้า และรถขนส่งมวลชนที่ปลอดภัย การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ขับขี่จักรยาน และคนเดินถนน

แนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพดังกล่าวมีข้อที่นำสังเกตอยู่ด้วยกัน ๓ ประการคือ ประการแรก มาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้มีความหลากหลายมาก ทั้งมาตรการทางกฎหมายจราจร มาตรการทางสิ่งแวดล้อม มาตรการทางภาษี



มาตรการลงทุน ประการที่สอง มาตรการทั้งหลายเหล่านี้ล้วนมีผลในการลดผลกระทบทางสุขภาพในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ ๒ และประการสุดท้ายคือ มาตรการในส่วนที่ ๓ และ ๔ คือ การลดความต้องการใช้รถยนต์ และการสร้างทางเลือกใหม่ในการขนส่ง จะจะเป็นมาตรการที่ช่วยในการลดผลกระทบทางสุขภาพในทุกๆ ด้าน ได้มากกว่ามาตรการใน ๒ กลุ่มแรก

เนื่องจากมาตรการต่างๆ มีส่วนช่วยในการลดผลกระทบทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกัน มาตรการเหล่านี้ก็ช่วยเสริมหนุนซึ่งกันและกัน ทางองค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปจึงสนับสนุนให้มีการประสานหรือบูรณาการใช้มาตรการทั้งหลายนี้ให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของแต่ละประเทศหรือแต่ละท้องถิ่น โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของสาธารณะ เป็นกระบวนการในการพิจารณาความเหมาะสมของการประสานมาตรการต่างๆ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในแต่ละท้องถิ่นนั่นเอง

นอกเหนือจากการบูรณาการมาตรการต่างๆ เข้าด้วยกันแล้ว ประเทศต่างๆ ในสหภาพยุโรป ยังให้ความสำคัญกับมาตรการ "หยุดรถ" ในสามลักษณะด้วย คือ การหยุดรถเร็ว (มาตรการจำกัดความเร็วรถ) การหยุดเข้าพื้นที่ชั้นในเมือง (เช่น โดยการเก็บค่าผ่านเข้าสู่เขตจราจรแออัด) และการหยุดรถและไปใช้จักรยานแทน ซึ่งในลำดับต่อไป บทความนี้จะนำเสนอประสบการณ์ของมาตรการหยุดรถทั้งสามลักษณะ

ตารางที่ ๒ ตัวอย่างของมาตรการต่าง ๆ ของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และ ผลที่มีต่อการลดผลกระทบทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ

มาตรการ	ลดอุบัติเหตุ	ลดมลพิษทางอากาศ	ลดมลพิษทางเสียง	ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก	ส่งเสริมการออกกำลังกาย	ส่งเสริมความสัมพันธ์ในชุมชน
<b>๑. มาตรการด้านการลดอุบัติเหตุ</b>						
การจัดการควบคุมความเร็วของพาหนะ	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การลดและควบคุมการจราจรในเขตชุมชน	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การพัฒนามาตรฐานรถยนต์ที่ปลอดภัยขึ้น	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การลดกำลังเครื่องยนต์ของยานพาหนะ	☺	☺	☺	☺	☺	?
<b>๒. มาตรการด้านการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม</b>						
การใช้เชื้อเพลิงที่สะอาดและรถยนต์ที่มีประสิทธิภาพ	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การเก็บค่าธรรมเนียมรถยนต์ตามอัตราความปลอดภัย	☺	☺	☺	☺	☺	?
การสร้างที่ป้องกันเสียงจากการจราจร	☺	☺	☺	☺	☺	☺
<b>๓. มาตรการด้านการลดความต้องการใช้รถยนต์</b>						
มาตรการลดความเป็นอิสระในการเดินทาง (เช่น การใช้ระบบการสื่อสารแทน)	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การเก็บค่าใช้ถนนหรือค่าผ่านเข้าพื้นที่จราจรติดขัด	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การจัดการที่จอดรถในเมือง	☺	☺	☺	☺	☺	☺
<b>๔. มาตรการสร้างทางเลือกใหม่ในการขนส่ง</b>						
การส่งเสริมการเดินทางโดยจักรยาน การเดินเท้า และรถขนส่งมวลชนที่ปลอดภัย	☺	☺	☺	☺	☺	☺
การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานสำหรับผู้ใช้จักรยานและคนเดินถนน	☺	☺	☺	☺	☺	☺

หมายเหตุ ☺ = ช่วยในการลดผลกระทบ ☺ = ไม่มีส่วนช่วยในการลดผลกระทบ ? = ไม่แน่ใจ

ที่มา: ดัดแปลงจาก Racioppi, F. และคณะ, ๒๐๐๕<sup>๑๒</sup>

## ตัวอย่างที่ ๑ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่น เมืองบาเดน ประเทศออสเตรีย

เมืองบาเดน ประเทศออสเตรีย มีประชากร ๒๕,๐๐๐ คน เป็นเมืองที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวและที่พักผ่อนด้านสุขภาพที่มีชื่อเสียง และเป็นศูนย์กลางของจังหวัดทำให้มีการจราจรคับคั่งและมีอุบัติเหตุตามมา

ในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ คณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยทางถนนของออสเตรียจึงจัดทำแผนบูรณาการการขนส่งและความปลอดภัยขึ้นมา โดยมีมาตรการต่างๆ ดังต่อไปนี้

- การสร้างทางเลี้ยวเมือง
- การขยายทางเท้าที่มีอยู่
- การปรับปรุงเครือข่ายและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทางจักรยาน
- การสร้างวงเวียน
- การจำกัดเขตจำกัดความเร็ว ๓๐ กม./ชม.
- การจัดเส้นทางรถจักรยานส่งมวลชน
- การลดและการควบคุมจราจรในเขตชุมชน
- การจัดการระบบจอดรถในเขตเมือง
- การบังคับใช้กฎหมายจราจรอย่างเข้มงวด
- การดูแลแก้ไขจุดที่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ

จากการดำเนินงานกว่า ๑๐ ปี ปรากฏว่าการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในเมืองบาเดนลดลงกว่าร้อยละ ๖๐ (เปรียบเทียบระหว่างปีค.ศ. ๑๙๘๖ กับปีค.ศ. ๑๙๙๙) และปัจจุบันนี้เมืองบาเดนก็เป็นเมืองที่มีความปลอดภัยมากที่สุดแห่งหนึ่งในออสเตรีย

ที่มา: Racioppi, F. และคณะ, ๒๐๐๕<sup>๑๑</sup>

### หยุดข้อสรุปเร็ว: การจำกัดความเร็วรถ

การจำกัดความเร็ว เป็นมาตรการที่ใช้ในการลดอุบัติเหตุและความรุนแรงของอุบัติเหตุ โดยทั่วไป การเพิ่มความเร็วจนถึงขั้น ๑ กม./ชม. จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุขึ้นร้อยละ ๓ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุที่มีการ

**บาดเจ็บสาหัสถึงร้อยละ ๕**

ดังนั้น หากมองในภาพรวมของสหภาพยุโรป การลดความเร็วเฉลี่ยลง ๓ กม./ชม. ก็จะสามารถเกิดอุบัติเหตุลงได้ถึง ๑๒๐,๐๐๐-๑๔๐,๐๐๐ ครั้ง/ปี (เทียบเป็นมูลค่าความเสียหายที่ลดลงได้กว่า ๒๐,๐๐๐ ล้านยูโร หรือประมาณ ๙๐๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี) และสามารถรักษาชีวิตประชาชนได้ประมาณ ๕,๐๐๐ - ๖,๐๐๐ คน ในแต่ละปี

หลายประเทศในทวีปยุโรปจึงได้ทดลองลดอัตราความเร็วสูงสุดที่อนุญาตในการขับขี่ของตนลง ซึ่งผลปรากฏว่า สามารถลดอัตราการตายลงได้อย่างน่าพอใจ (ดังตัวอย่างในตารางที่ ๓)

**ตารางที่ ๓ ตัวอย่างของผลกระทบจากการลดอัตราความเร็วสูงสุด**

ปี ค.ศ.	ประเทศ	ประเภทของถนน	การเปลี่ยนแปลงอัตราเร็วสูงสุด	ผลต่อความเร็วเฉลี่ย (กม./ชม.)	ผลต่อการเสียชีวิต
๑๙๙๕	สวีตเซอร์แลนด์	ทางด่วนระหว่างเมือง	๑๓๐ กม./ชม. เป็น ๑๒๐ กม./ชม.	ลดลง ๕ กม./ชม.	ลดลง ๑๒%
๑๙๙๕	เดนมาร์ก	ถนนบริวารเมืองใหม่	๖๐ กม./ชม เป็น ๕๐ กม./ชม.	ลดลง ๓-๔ กม./ชม.	ลดลง ๒๔%
๑๙๙๙	สวีเดน	ทางด่วนระหว่างเมือง	๑๑๐ กม./ชม. เป็น ๙๐ กม./ชม.	ลดลง ๑๔.๔ กม./ชม.	ลดลง ๒๑%

ที่มา: ดัดแปลงจาก Racioppi, F. และคณะ, ๒๐๐๕<sup>๑๔</sup>

นอกจากการลดลงของอุบัติเหตุแล้ว การจำกัดความเร็วรถยนต์ยังมีผลพลอยได้อื่นๆ อีก ไม่ว่าจะเป็นการลดผลกระทบทางเสียงและมลพิษทางอากาศ การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และเพิ่มความสัมพันธ์ในชุมชน (เนื่องจากการความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง)

## หยุดรถเข้าเมือง: การเก็บค่าผ่านเข้าสู่เขตจรรยาแออัด ในลอนดอน

มาตรการเก็บค่าผ่านเข้าสู่เขตจรรยาแออัดเป็นมาตรการที่กล่าวถึงกันมากในทางทฤษฎี แต่ในทางปฏิบัติมีเพียงไม่กี่ประเทศที่ใช้มาตรการนี้ เท่าที่ทราบก็มีประเทศนอร์เวย์และสิงคโปร์ ล่าสุดมหานครลอนดอนก็ตัดสินใจเริ่มดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. ๒๐๐๓ โดยมุ่งหวังที่จะลดการจราจรในเขตพื้นที่จรรยาแออัดของมหานครลอนดอน ซึ่งผลการดำเนินการในช่วง ๑ ปีแรกปรากฏว่า

- ปริมาณรถยนต์ที่สัญจรลดลงร้อยละ ๓๐ และมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุ (โดยรถยนต์) ลดลงร้อยละ ๒๘
- ปริมาณการสัญจรทั้งหมด (คิดเป็นกิโลเมตรที่สัญจร) ลดลงร้อยละ ๑๒ โดยปริมาณการสัญจรของรถยนต์ลดลงร้อยละ ๓๔
- อุบัติเหตุของคนเดินถนนลดลงร้อยละ ๖
- เพิ่มความตรงต่อเวลาของรถโดยสารสาธารณะขึ้นถึงร้อยละ ๖๐
- เพิ่มการเดินทางโดยจักรยานขึ้นร้อยละ ๒๐ และมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุ (ของจักรยาน) ลดลง ร้อยละ ๗
- ลดผลกระทบทางเสียงและมลพิษทางอากาศลงอย่างชัดเจน
- ไม่ปรากฏว่า การเก็บค่าผ่านทางได้ไปเพิ่มปริมาณการสัญจรนอกเขตการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจรรยาแออัด ตามที่เคยห่วงกังวลกัน

ผลสำเร็จของการเก็บค่าผ่านเข้าสู่เขตจรรยาแออัดของมหานครลอนดอนได้กลายเป็นตัวอย่างให้มหานครหลายแห่งสนใจที่จะเรียนรู้และทดลองดำเนินการต่อไปในอนาคต

## หยุดรถแล้วใช้จักรยาน

การใช้จักรยานมีประโยชน์ต่อสุขภาพหลายประการ นอกจากจะลดการเกิดอุบัติเหตุ ลดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม และยังช่วยเพิ่มการออกกำลังกาย และความสัมพันธ์กันภายในชุมชน

ในสหภาพยุโรป ประโยชน์ของจักรยานที่ถูกระบุเน้นย้ำมากที่สุดคือ การช่วยเพิ่มการออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายโดยการขี่จักรยานอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และโรคเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ ๕๐ ทั้งยังช่วยลดความเครียดและช่วยในการควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอีกด้วย ทั้งนี้ โรคหัวใจและโรคที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตกำลังเป็นโรคที่คุกคามสุขภาพของประชากรในสหภาพยุโรปมากที่สุด

อย่างไรก็ดี อัตราการใช้จักรยานของแต่ละประเทศในสหภาพยุโรปมีความแตกต่างกันมาก ในประเทศเดนมาร์กและเนเธอร์แลนด์ มีสัดส่วนการใช้จักรยานถึงร้อยละ ๑๘ และร้อยละ ๒๕ ของการเดินทางทั้งหมด (และผู้ขี่จักรยานมีการขี่จักรยานเฉลี่ยถึง ๘๕๐ กิโลเมตรต่อปี) ในขณะที่ประเทศในแถบเมดิเตอร์เรเนียน มีสัดส่วนการใช้จักรยานเพียงร้อยละ ๑ ถึง ๔ (และระยะทางเฉลี่ยในการขี่จักรยานเพียง ๒๐-๗๐ กิโลเมตรต่อปี)

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งก็คือ มากกว่าร้อยละ ๓๐ ของการใช้รถยนต์ในทวีปยุโรป เป็นการเดินทางในระยะทางที่น้อยกว่า ๓ ก.ม. และกว่าร้อยละ ๕๐ ของการใช้รถยนต์ในทวีปยุโรป เป็นการเดินทางในระยะทางที่น้อยกว่า ๕ ก.ม. ซึ่งการเดินทางในระยะทางระดับนี้ สามารถถูกแทนที่ด้วยการขี่จักรยานเพียงประมาณ ๑๕-๒๐ นาที หรือการเดินทางด้วยเวลาเพียงประมาณ ๓๐-๕๐ นาที อันเป็นระดับของการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละวันพอดี

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในสหภาพยุโรปจึงเน้นที่การสนับสนุนให้มีการขี่จักรยาน เพื่อทดแทนการเดินทางด้วยรถยนต์ในระยะทางที่น้อยกว่า ๕ ก.ม. ซึ่งนอกจากจะลดผลกระทบจากการใช้รถยนต์ ยังเป็นการเพิ่มการออกกำลังกายของประชาชนด้วย ขณะเดียวกัน ก็สนับสนุนให้มีการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการขี่จักรยาน เช่น ในประเทศเดนมาร์ก มีการสร้างเครือข่ายของทางจักรยานที่แยกจากถนนสายหลักอย่างชัดเจน (มิใช่เลนจักรยานอย่างในประเทศไทย) เพื่อเพิ่มความปลอดภัย และความสะดวกของผู้ใช้จักรยาน (เพราะไม่ต้องติดสัญญาณไฟจราจร เหมือนรถยนต์ทั้งหลาย)

## สรุป: หยุตรก หยุตโรค

สิ่งที่เราได้เรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สำคัญมีด้วยกันสามประการคือ ประการแรก การพยายามมองผลกระทบทางสุขภาพโดยภาพรวม แทนที่จะเน้นเพียงผลกระทบด้านใดด้านหนึ่ง ประการที่สองคือ การศึกษาเปรียบเทียบถึงผลกระทบจากระบบการขนส่งที่แตกต่างกัน จนได้ข้อมูลที่ค่อนข้างชี้ชัดว่า ระบบการขนส่งแบบใดที่เอื้อต่อสุขภาพ และการขนส่งแบบใดที่เป็นต้นเหตุหลักของความเสื่อมทางด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันก็สามารถนำข้อมูลดังกล่าวเข้าไปใช้ในกระบวนการถกเถียงเชิงนโยบายได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น และประการสุดท้ายคือ การนำเสนอมาตรการเชิงนโยบายแบบบูรณาการ เพื่อแก้ปัญหาผลกระทบจากการขนส่งอย่างเป็นระบบ โดยใช้การมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการเลือกใช้นโยบายที่เหมาะสมสำหรับแต่ละท้องถิ่น

ถึงแม้ว่าบทความนี้จะมิได้นำเสนอถึงกระบวนการเคลื่อนไหวเชิงนโยบายอย่างชัดเจนนัก แต่ก็ชี้ให้เห็นถึงการปรับตัวสู่ประสังคมและทิศทางทางนโยบาย อันเนื่องมาจากการศึกษาจนชัดเจนว่า การแก้ปัญหาผลกระทบทางสุขภาพจากระบบการขนส่งจำเป็นที่จะต้องดำเนินการในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับปลายเหตุคือ การใช้รถอย่างปลอดภัย ไปจนถึงต้นเหตุที่สำคัญที่สุดคือการลดการพึ่งพารถยนต์ลง ดังนั้น นโยบายที่จะ "หยุดรถ" จึงเกิดขึ้นทั้งในรูปแบบของการลดความเร็ว การเก็บค่าเข้าเมือง ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงการขนส่งมิฉะนั้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่พัฒนาขึ้นก็คงจะไม่สามารถรับมือหรือหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบที่เพิ่มขึ้นได้ สิ่งนี้อาจเป็นเครื่องเตือนใจหรืออุกคิตสำหรับสังคมไทย ว่าถึงเวลาหรือยังที่เราจะต้องเอาจริงกับเรื่องนี้อย่างครบถ้วนรอบด้าน กันเสียที





ภาค



บทสังเคราะห์

เรียนรู้โลก ท่างไกลโรค:

บทสังเคราะห์กรณีศึกษานโยบายสาธารณสุข:

เพื่อสุขภาพในต่างประเทศ

เดชรัต สุขกำเนิด

วิพุธ พูลเจริญ

## นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: พัฒนามาจากอะไร

ถึงแม้ว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเป็นคำที่องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพเป็นผู้คิดค้นขึ้นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ นอกภาคสาธารณสุข ดังที่ได้นำเสนอในบทความแรกของเอกสารฉบับนี้ แต่ในความเป็นจริง การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในหลายๆ กรณี ที่ได้ นำเสนอในรายงานฉบับนี้ ก็ได้เริ่มมาจากการวัตถุประสงค์หรือแนวคิดทางสุขภาพโดยตรง แต่เกิดมาจากอิทธิพลและปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ที่เกิดขึ้นและวิวัฒนาการไปในแต่ละสังคม

ซึ่งจากการสังเคราะห์ประสบการณ์ต่างๆ ที่นำเสนอในเอกสารนี้ พบว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจเกิดขึ้นจากเงื่อนไขและสาเหตุหลายประการด้วยกันคือ

๑. **วิกฤติของชาติหรือวิกฤติของสังคม** ดังที่เห็นจากกรณีของประเทศ เดนมาร์ก หรือประเทศคิวบา ซึ่งประสบความยากลำบาก เนื่องจากภาวะ สงครามโลกและการปิดล้อมทางเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกา ตามลำดับ จึงทำให้เกิดความจำเป็นและแปรเป็นความมุ่งมั่นในการสร้างทางเลือกใหม่ ในการพัฒนา อันเป็นทางเลือกที่สร้างความเข้มแข็งให้กับสังคมและระบบ สุขภาพของประเทศนั้น ทำให้ต่อมา เมื่อแนวคิดหรือทางเลือกใหม่ในการ

พัฒนาเหล่านี้ประสบความสำเร็จ ก็ได้รับการยอมรับเป็นหนึ่งในนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

**๒. อุดมการณ์ของชาติหรือของสังคม** อย่างไรก็ตาม วิถีการดำเนินชีวิตของชาติเพียงอย่างเดียวก็อาจไม่นำไปสู่ทางเลือกเชิงนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หากวิถีการดำเนินชีวิตดังกล่าวไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงอุดมการณ์ของชาติหรือสังคมอย่างชัดเจน เช่น ในกรณีของประเทศเดนมาร์ก ที่นำเอาหลักความเท่าเทียมกันในสังคมเป็นอุดมการณ์ของชาติ ในช่วงหลังสงครามโลก และนำมาสู่การสร้างระบบรัฐสวัสดิการในที่สุด เช่นเดียวกับประเทศคิวบา ที่ได้นำหลักการพึ่งตนเอง มาเป็นอุดมการณ์ของชาติ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบเกษตรอินทรีย์ที่เข้มแข็งขึ้นมาตามอุดมการณ์ดังกล่าว

**๓. ปัญหาความไม่เท่าเทียมกัน** นอกเหนือจากวิถีชีวิตของชาติแล้ว ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมก็นับเป็นเหตุปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพขึ้นในสังคมต่างๆ ดังจะเห็นได้จากกรณีของมหานครลอนดอน ที่นำเอาความเท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ มาเป็นประเด็นหลัก และเป็นดัชนีหลักในการชี้วัดเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนา หรือในกรณีของขบวนการเคลื่อนไหวทางสุขภาพของภาคประชาชน (People's Health Movement) ซึ่งมุ่งหวังที่จะสร้างความเท่าเทียมกันในระบบสุขภาพ ผ่านการเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชน และการประสานความเคลื่อนไหวของภาคประชาชนทั่วโลก

**๔. ความคิดริเริ่มทางการเมือง** ความริเริ่มทางการเมืองก็เป็นอีกเหตุปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุดมการณ์ของชาติหรือของสังคม หรือทำให้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในสังคมหรือปัญหาอื่นๆ ได้กลายเป็นประเด็นหลักในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ เช่น ในกรณีของนายกเทศมนตรีมหานครลอนดอนได้นำประเด็นการสร้าง ความเท่าเทียมกันในสังคม มาเป็นแนวนโยบายหลักของตน รวมถึงได้นำเอาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพมาเป็นกลไกหลักในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขในมหานครลอนดอน หรือในการพัฒนาพลังงาน

หมุนเวียนที่รัฐบาลเดนมาร์กได้นำมาใช้เป็นผลงานทางการเมือง และทำให้เกิดผลกระทบที่ดีขึ้นต่อสุขภาพในช่วงเวลาต่อมา ซึ่งแตกต่างไปจากกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่แม้จะมีการนำเสนอข้อมูลความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าถ่านหินอย่างชัดเจน แต่เมื่อขาดความริเริ่มทางการเมืองก็ไม่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนเพียงพอ

**๕. ปัญหาเฉพาะทางด้านสุขภาพ** ในบางกรณี ปัญหาเฉพาะทางด้านสุขภาพที่ชัดเจนก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายโดยตรงได้เช่นกัน อาทิ ปัญหาผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากระบบการขนส่ง ก็ทำให้เกิดความพยายามของประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรป ได้พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพขึ้นมาจัดการในการลดผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยมาตรการต่างๆ ที่ประสมประสานกัน ตามเงื่อนไขทางสังคมและการเมืองของแต่ละท้องถิ่น

การวิเคราะห์ถึงที่มาของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกันชี้ให้เห็นว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมิได้เกิดขึ้นมาจากความพยายามของภาคสุขภาพเท่านั้น ที่จริงแล้ว นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะมีพลังก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนจากอุดมการณ์ที่ยอมรับของสังคม การมุ่งสร้างความเท่าเทียมกันในสังคม และความริเริ่มในทางการเมือง ดังนั้น การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะปัญหาทางสุขภาพ แต่ควรเชื่อมโยงกับความเคลื่อนไหวและความริเริ่มทางสังคมและการเมือง

## นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แสดงออกมาในรูปแบบใด

นอกเหนือจากนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะพัฒนาขึ้นมาจากเหตุและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีสาเหตุผลทางสุขภาพโดยตรง ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพยังแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ ที่นอกเหนือไปจากคำประกาศที่เป็นทางการของรัฐบาล หรือมาตรการแทรกแซงทางด้านสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งจากกรณีศึกษาต่างๆ ที่นำเสนอในเอกสารฉบับนี้ พบว่า นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจจะแสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

ก) **อุดมการณ์ของสังคม** นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจแสดงออกมาในรูปของอุดมการณ์ของสังคมในภาพรวม มากกว่าที่จะเป็นเพียงคำประกาศที่เป็นทางการของรัฐบาลที่จะดำเนินการในด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ดังจะเห็นได้จากกรณีของประเทศเดนมาร์ก ที่ยึดเอาหลักความเท่าเทียมกันในสังคม เป็นอุดมการณ์สำคัญในการกำหนดแนวทางการจัดระบบสวัสดิการ และนโยบายในการจัดการด้านต่างๆ ในสังคม

ข) **แนวคิดและทางเลือกใหม่ในเชิงนโยบาย** การนำเสนอแนวคิดและทางเลือกใหม่ๆ ในเชิงนโยบายเป็นรูปแบบหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากนโยบายการพัฒนาพลังงานทางเลือกในประเทศเดนมาร์ก นโยบายการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ในประเทศคิวบา หรือนโยบายการขนส่งที่เป็นมิตรกับสุขภาพในทวีปยุโรป แต่การนำเสนอแนวคิดและทางเลือกใหม่ๆ ในเชิงนโยบายจะเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีความหมายในการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงได้ก็ต่อเมื่อ

- มีการเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชาติหรืออุดมการณ์ของสังคม
- มีการทบทวนวัตถุประสงค์หรือปรัชญาเชิงนโยบายนั้น เช่น การทบทวนนโยบายการขนส่งว่าควรเน้นที่การขนส่งคนหรือขนส่งกันแน่
- มีการขยายขอบข่ายทางความคิดในการดำเนินนโยบายนั้นๆ (เช่น มีการเชื่อมโยงผลกระทบทางสุขภาพจากระบบการขนส่งในทุกๆ ด้านเข้าด้วยกัน)
- มีการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด และวิถีวิเคราะห์นโยบายแบบใหม่ (เช่น การรวมต้นทุนผลกระทบภายนอกเข้าไว้ในการพิจารณา หรือการปรับแนวคิดจากการมุ่งเน้นเทคนิคในการจัดการระยะมาเป็นแนวทางความร่วมมือกันทางสังคมแทน) และ
- มีการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน

ค) **ดัชนีชี้วัดการพัฒนา** นอกเหนือจากการแสดงออกมาในรูปของดัชนีชี้วัดการพัฒนา เพื่อแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายซึ่งเป็นอุดมการณ์ของสังคม การเปลี่ยนแปลงแนวคิดทางนโยบาย หรือเพื่อสะท้อนความก้าวหน้าในรูปธรรมของความริเริ่มทางการเมือง เช่นใน

กรณีของมหานครลอนดอน ก็มีการนำดัชนีความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ มาเป็นดัชนีหลักในการประเมินผลการทำงานของนายกเทศมนตรี หรือ บางท้องถิ่นในลอนดอนนำเอาการเดินทางไปโรงเรียนของเด็กนักเรียน เป็น ดัชนีชี้วัดหนึ่งของความปลอดภัยในถนน เพราะหากถนนไม่ปลอดภัย พ่อแม่ ก็คงไม่อนุญาตให้บุตรหลานเดินทางไปโรงเรียนด้วยตนเอง หรือในกรณีของ ประเทศภูฏานก็มีการนำเอา Gross National Happiness มาเป็นดัชนี หลักในการวัดการพัฒนาของประเทศแทนมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม ประชาชาติ เนื่องจากดัชนีชี้วัดการพัฒนาเป็นการประเมินภาพรวมของ การทำงานเชิงนโยบายทั้งหมด ดัชนีชี้วัดการพัฒนาจึงมีความสำคัญใน เชิงกำหนดทิศทางและลำดับความสำคัญเชิงนโยบาย ซึ่งถือเป็นรูปแบบ หนึ่งของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และอาจมีพลังในเชิงการ เปลี่ยนแปลงไม่น้อยกว่าอุดมการณ์ของสังคม

**ง) ขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบาย** การพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพจำเป็นต้องแสดงออกในรูปของการประสานพลังในสังคม ใน ลักษณะของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เชิงนโยบายอย่างจริงจัง การประสานเครือข่ายของผู้ปฏิบัติการทางนโยบาย รวมถึงการเปิดกว้างสำหรับผู้ปฏิบัติการเชิงนโยบายรายใหม่ๆ ที่จำเป็น สำหรับการปรับทิศทางเชิงนโยบายนั้นๆ เช่น ผู้ผลิตพลังงานหมุนเวียน เกษตรกรผู้ผลิตเกษตรอินทรีย์ รวมถึงพลังของผู้บริโภค และหน่วยงานวิจัย (เช่น หน่วยงานวิจัยด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในมหานคร ลอนดอน) เป็นต้น ขณะเดียวกัน การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นความพยายามในการเปลี่ยนแปลงทิศทางในการดำเนินการของ สังคม ดังนั้น การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงอาจแสดงออก มาในรูปของความพยายามอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาอันยาวนาน โดยมีการสร้างและส่งเสริมองค์ความรู้ กรอบแนวคิด และทักษะในการดำเนิน นโยบายในแนวทางใหม่ ขณะเดียวกัน ก็จำเป็นที่จะต้องก่อรูปขบวนการ ที่เปิดกว้าง และดำเนินการแบบเสริมพลังแก่ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เพื่อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายดังที่มุ่งหวังไว้ในที่สุด

ดังนั้น เมื่อพิจารณาจากกรณีศึกษาเหล่านี้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพจึงมิใช่มาตรการเฉพาะด้าน ที่มีลักษณะเป็นการบรรเทาหรือป้องกัน ปัญหาเฉพาะหน้า หรือมาตรการทางเทคนิคเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น (หรือที่เรียกว่า end-of-pipe techniques) และมีมาตรการที่เกิดขึ้น ชั่วครู่ชั่วคราว เพื่อหวังผลทางการเมืองระยะสั้น แต่นโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพจะเกิดขึ้นในรูปแบบของการดำเนินการในระยะยาว เพื่อปรับทิศทางการ ดำเนินการของสังคม ตามอุดมการณ์ของสังคมและ/หรือตัวชี้วัดหลักใน การพัฒนา โดยมีการนำเสนอแนวคิดและทางเลือกใหม่ในเชิงนโยบายและมีการ ประสานพลังของภาคส่วนต่างๆ ในสังคมอย่างเข้มแข็งจริงจัง

## องค์ประกอบของการทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

จากกรณีศึกษาทั้งหมด เราสามารถสรุปองค์ประกอบของการทำงาน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็น ๗ องค์ประกอบด้วยด้วยกันคือ

๑. **แก่นปรัชญา (Deep core)** ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า นโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพจะทรงพลังได้ก็ต่อเมื่อมีความเชื่อมโยงกับอุดมการณ์ หลักของสังคม ดังนั้น การทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงจำเป็นต้อง ขบคิดและเน้นย้ำถึงแก่นอุดมการณ์หรือปรัชญาอันเป็นพื้นฐาน สำคัญสำหรับการทำงานนโยบายนั้นๆ โดยทั่วไปแก่นปรัชญาที่เอื้อต่อ การทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้แก่ แก่นปรัชญาเรื่องความ เท่าเทียมกันในสังคม แก่นปรัชญาเรื่องสิทธิพื้นฐานแห่งความเป็นมนุษย์ แก่นปรัชญาเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นต้น

๒. **แก่นนโยบาย (Policy core)** เมื่อเชื่อมโยงสู่ระดับประเด็นนโยบาย โดนโยบายหนึ่งเป็นการเฉพาะ การทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้องมีแก่นนโยบายเป็นการเฉพาะว่าควรดำเนินนโยบายไปใน ทิศทางใดเป็นทิศทางหลัก เช่น การหยุดรถเพื่อการหยุดโรคภัยที่ตามมา การพัฒนาเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น โดยทั่วไป แก่นนโยบายเป็นหลักการ กว้างๆ และมักเชื่อมประสานข้ามขอบเขตของสาขานโยบายที่เคยเป็นมา แต่เดิม ซึ่งจะทำให้เกิดการประสานพลังและประสานการทำงานของ



ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม นอกจากทิศทางแล้ว แก่นนโยบายควรระบุถึงกลไกหลักหรือกรอบทางสถาบันที่จะใช้ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ส่วนมาตรการต่างๆ ในรายละเอียดมักจำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ในแต่ละสังคมและในแต่ละช่วงเวลา

**๓. ความเข้าใจเรื่องเงื่อนไขทางนโยบาย (Policy Conditions)** การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมิได้เกิดขึ้นจากแก่นปรัชญาหรือแก่นนโยบายเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นกับเงื่อนไขทางนโยบายเช่น เงื่อนไขทางการเมืองที่เหมาะสมด้วย ดังที่ได้กล่าวในตอนต้นว่า การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หลายๆ ครั้งก็เกิดมาจากปัญหาวิกฤติในสังคม หรือปัญหาวิกฤติในทางสุขภาพ ที่จะพลิกฟื้นกลับขึ้นมาเป็นโอกาสสำหรับการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ขณะเดียวกัน ก็อาจจะเกิดขึ้นจากความริเริ่มในทางการเมือง ได้เช่นกัน ความเข้าใจเรื่องเงื่อนไขทางนโยบาย จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส และใช้โอกาสให้เป็นฐานสำหรับการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

**๔. ความเข้าใจเรื่องโครงสร้างพื้นฐานทางนโยบาย (Policy Infrastructures)** บทเรียนสำคัญจากประสบการณ์ของกรณีต่างๆ ที่นำเสนอในครั้งนี้ คือ ความแตกต่างของโครงสร้างพื้นฐานทางนโยบายของแต่ละประเทศ ซึ่งทำให้การออกแบบนโยบายในภาพรวมและนโยบายในแต่ละด้านมีความแตกต่างกันด้วย ดังจะเห็นได้ว่า บริบทและโครงสร้างทางนโยบายของระบบสังคมนิยม ระบบรัฐสวัสดิการและระบบเสรีนิยม มีจุดแข็งและจุดอ่อน และมีเงื่อนไขของความสำเร็จที่แตกต่างกัน ดังนั้น การจะประยุกต์ใช้แผนนโยบายต่างๆ ก็จะต้องคำนึงถึงโครงสร้างพื้นฐานทางนโยบายของสังคมไทยเองด้วย ทั้งนี้ โครงสร้างพื้นฐานทางนโยบายที่สำคัญประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ อาทิ กลไกทางนิติบัญญัติ กลไกของรัฐบาล และความเข้มแข็งของระบบราชการ กลไกและความเข้มแข็งของชุมชนและภาคประชาสังคม และมิติทางวัฒนธรรมในประเด็นนโยบายแต่ละประเด็นและการพัฒนาเศรษฐกิจโดยภาพรวม

**๕. การแสวงหาโอกาสทางนโยบาย (Policy Windows)** เมื่อมีความ

เข้าใจในเงื่อนไขทางนโยบายแล้ว สิ่งที่สำคัญประการต่อมาคือ การแสวงหาโอกาสทางนโยบาย ที่จะนำเสนอให้เห็นความเชื่อมโยงกันของสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ (หรืออาจจะเป็นในอนาคต) ทางเลือกหรือทางออกใหม่ๆ ในเชิงนโยบาย และความริเริ่มทางสังคมและทางการเมือง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่จะเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนโดยทั่วไป โอกาสทางนโยบายมักจะเกิดขึ้นจากปัญหาหรือวิกฤติที่เผชิญอยู่ หรือเกิดขึ้นจากความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง (เช่น การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลหรือตำแหน่งในรัฐบาลหรือการเลือกตั้ง) เป็นสำคัญ

**๖. การริเริ่มในทางนโยบาย (Policy Initiatives)** ถึงแม้ว่า การทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะมีแก่นปรัชญาและแก่นนโยบายอยู่แล้ว แต่เงื่อนไขทางนโยบายก็อาจมิได้เปิดโอกาสให้สามารถนำแนวทางและมาตรการทางนโยบายทั้งหมดเหล่านั้นมาใช้ได้ในทันที แต่อาจจะต้องดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น จุดเริ่มต้นหรือการริเริ่มทางนโยบายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก และการเลือกมาตรการทางนโยบายก็จำเป็นต้องมีการพิจารณาอย่างเหมาะสมกับเงื่อนไขทางนโยบาย โดยเฉพาะจังหวะเวลาทางการเมือง ดังที่ได้เห็นในกรณีการใช้มาตรการเก็บค่าผ่านเข้าเขตจราจรแออัดในมหานครลอนดอน ซึ่งอาศัยจังหวะที่นายกเทศมนตรีกำลังได้รับความนิยมทางการเมือง และเป็นสัญลักษณ์สำคัญที่จะชี้ให้เห็นทิศทางของนโยบายที่กำลังเปลี่ยนไปด้วย

**๗. กระบวนการเรียนรู้เชิงนโยบาย (Policy-oriented Learning)** เนื่องจากการทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนาน และต้องสัมพันธ์กับเงื่อนไขต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง รวมถึงต้องมีความเกี่ยวเนื่องกับการขับเคลื่อนพลังทางสังคม การเรียนรู้เชิงนโยบายจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ในการสร้างให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสังคม ในการพัฒนาแก่นและข้อเสนอทางนโยบายที่สร้างสรรค์และเหมาะสม และในการแสวงหาและใช้โอกาสทางนโยบายที่เกิดขึ้น โดยทั่วไป การเรียนรู้เชิงนโยบายจะมีทั้งในระดับปรัชญา แนวคิด ระดับยุทธศาสตร์ในการดำเนินนโยบาย ระดับมาตรการทางเทคนิค และในระดับปฏิบัติการในสังคม เช่น การจัดตั้งองค์กรชุมชนรูปแบบต่างๆ ใน

ลักษณะของสังคมนิยมโดยวัฒนธรรมในกรณีของประเทศเดนมาร์ก หรือการพัฒนา รูปแบบการเกษตรกรรมแบบยั่งยืนในประเทศคิวบา

๘. **ขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบาย (Policy Movement)** เนื่องจากการทำงานเชิงนโยบายต้องพึ่งพาอุปสรรคต่างๆ ในระยะยาว และต้องการความคิดริเริ่มใหม่ๆ มากมาย ดังนั้น การทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีแรงหนุนเสริมจากขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบาย ขับเคลื่อนประกอบกันไปด้วย การทำงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงสามารถดำรงและพัฒนาต่อเนื่องไปได้ในระยะเวลานาน ขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบายจะต้องประกอบด้วย ทั้งผู้ปฏิบัติการเชิงนโยบาย หลากๆ ฝ่ายและชุดความคิดหลักในการทำงานเชิงนโยบาย ซึ่งอาจมีวิวัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขและพัฒนาการทางนโยบายในแต่ละสังคม

### คำถามสำหรับสังคมไทย

การศึกษาการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในต่างประเทศ ช่วยให้เราเห็นมิติและองค์ประกอบต่างๆ ในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ดังที่ได้นำเสนอไปข้างต้น ซึ่งมิติและองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ก็จะ เป็นประเด็นคำถามสำคัญสำหรับการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในสังคมไทย ว่าเราจะพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไปในทิศทางใด และในระดับใด ซึ่งเราอาจจัดแบ่งเป็นคำถามย่อยๆ ได้หลายประการ ได้แก่

ประการแรก เราคงจำเป็นต้องตั้งคำถามว่า การพัฒนา นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของเราจำเป็นต้องขับเคลื่อนในระดับอุดมการณ์ของสังคม ด้วยหรือไม่ และอุดมการณ์ทางสังคมที่ว่านั้นคืออุดมการณ์ข้อใด หรือ จะเป็นการพัฒนาตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง หากเป็นไปตามแนวทาง ดังกล่าว นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่จะพัฒนาขึ้นมาในแต่ละด้าน จะเสริมหนุนการพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียงได้ดีเพียงใด เรามีแนวคิด แนวนโยบาย และข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอที่จะสรุปเช่นนั้นหรือไม่

ประการที่สอง เราจำเป็นต้องพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในระดับของการสร้างดัชนีหลักของการพัฒนาขึ้นมาหรือไม่ และดัชนีใดควรจะเป็นดัชนีที่สะท้อนอุดมการณ์หลักของการพัฒนา และเอื้อต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และดัชนีการพัฒนาใหม่จะมีอิทธิพลต่อการปรับทิศทางการพัฒนาประเทศ และจะเอื้อต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพได้จริงหรือไม่

ประการที่สาม แก่นนโยบายสำหรับการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในแต่ละด้านจะเป็นอย่างไร และจะสอดคล้องกับแก่นปรัชญาใด ปัจจุบัน การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในแต่ละด้าน เรามีความชัดเจนถึงแก่นนโยบายและแก่นปรัชญามากน้อยเพียงใด หรือยังเป็นเพียงระดับของความคิดเห็นเชิงนโยบายเท่านั้น เราจะสื่อสารและพัฒนาแก่นนโยบายร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ได้อย่างไร และแก่นนโยบายที่มีอยู่จะวิวัฒนาการไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเงื่อนไขทางนโยบายต่างๆ ได้อย่างไร

ประการที่สี่ เราจะประสานอุดมการณ์ของสังคม ดัชนีทางเลือกของการพัฒนา และแก่นนโยบายของเราเข้ากับความริเริ่มในทางการเมืองได้อย่างไร อะไรคือเงื่อนไขและโอกาสทางนโยบายที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อะไรคือความริเริ่มทางการเมืองแบบใหม่ๆ ในสังคมไทย ที่จะสนับสนุนให้เกิดการประสานรวมพลังจากทุกภาคส่วน แทนการอุปถัมภ์จากรัฐดังที่เคยเป็นมาในอดีต และอะไรคือจุดเริ่มต้นทางนโยบายที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระยะยาว

ประการสุดท้าย เราจะเสริมสร้างและสนับสนุนขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบายต่างๆ (ทั้งที่มีอยู่แล้วและยังไม่มีขบวนการที่ชัดเจน) เพื่อการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพได้อย่างไรบ้าง ขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบายจะได้รับการสนับสนุนและมีปฏิสัมพันธ์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคมอย่างไร และกระบวนการเรียนรู้เชิงนโยบายที่เหมาะสมสำหรับขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบายอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจะเป็นเช่นไร ขบวนการเคลื่อนไหวทางนโยบายจะเรียนรู้การใช้โอกาสทางนโยบายและการประสานกับความริเริ่มทางการเมืองได้ดีเพียงใด

การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงมิใช่งานง่ายที่ทำได้เพียงชั่วข้ามคืน ความประทับใจในนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประเทศอื่นๆ ที่

นำเสนอในเอกสารฉบับนี้ จะต้องไม่ถูกแปลความเป็นเพียงความชอบหรือความพยายามที่จะลอกเลียนแบบกันมาเท่านั้น หากแต่จะต้องเข้าใจถึงแก่นปรัชญาแล้วเหตุปัจจัยพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจและพัฒนาการทางนโยบายต่างๆ เหล่านั้น รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานทางนโยบายในสังคมไทย เพื่อนำมาเป็นบทเรียนและแรงบันดาลใจในการค้นหาแก่นปรัชญาและแก่นนโยบายที่เหมาะสม และในการพัฒนาขบวนการเคลื่อนไหวและกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็งสำหรับสังคมไทยต่อไป



# ประวัติของผู้เขียนโดยสังเขป

## วิพุธ พูลาเจริญ

จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และระดับปริญญาโทด้านสาธารณสุขศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยฮิบรู ประเทศอิสราเอล อนุมัติบัตรเวชกรรมป้องกัน มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานระดับวิทยาการด้านการจัดการนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ และด้านการวิจัยและศึกษานโยบายสาธารณะ เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข กองโรคเอดส์กรมควบคุมโรคติดต่อ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปัจจุบันเป็นประธานมูลนิธิ นโยบายสุขภาพ

## เดวิด สุขกำเนิด

จบการศึกษาระดับปริญญาเอกจากมหาวิทยาลัยอัลบอร์ก (Aalborg University) ประเทศเดนมาร์ก ปัจจุบันเป็นอาจารย์ที่คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีประสบการณ์ตรงในการทำงานด้านนโยบายสาธารณะและกระบวนการนโยบายในหลายเรื่อง เคยเป็นอดีตที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทำงานให้กับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) และยังเป็นนักวิชาการผู้บุกเบิกเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทย

นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ แนวคิด แนวทาง แนวการปฏิบัติ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และคู่มือประชาชนเพื่อการเรียนรู้นโยบายสาธารณะ "รู้ทันร่างพระราชบัญญัติเขตเศรษฐกิจพิเศษ" เป็นต้น



## สมบัติ เหล็กกุล

จบการศึกษาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เคยทำงานที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านเศรษฐศาสตร์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และเศรษฐศาสตร์เชิงปริมาณ ปัจจุบันช่วยงานมูลนิธิธินโยบายสุขภาพ

## รุ่งกนิษฐ์ สุขกำเนิด

จบการศึกษาระดับปริญญาโทจาก มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เคยทำงานทั้งในส่วนราชการและเอกชน ปัจจุบันเป็นนักวิจัยอิสระและทำงานให้กับมูลนิธิธินโยบายสุขภาพ มีประสบการณ์งานวิจัยและร่วมในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะหลายเรื่อง เช่น โครงการประปาฝังตะวันตก (ผั่นน้ำจากแม่น้ำแม่กลอง) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากโครงการมาบตาพุด คู่มือชุมชนในการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพ อนาคตภาคตะวันออก: ในความหวังของภาคประชาชน และการเข้าร่วมกระบวนการร่างพระราชบัญญัติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีประสบการณ์ตรงจากการอยู่อาศัยในเดนมาร์ก

## ศุภกิจ นันทะวรกาล

สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และปริญญาโททางด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยอัลบอร์ก (Aalborg University) ประเทศเดนมาร์ก เคยทำงานกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เครือข่ายพลังงานยั่งยืน และแผนงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพฯ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปัจจุบันเป็นนักวิจัยที่มูลนิธิธินโยบายสุขภาพรับผิดชอบงานด้านการประเมินผลกระทบ กระบวนการนโยบายสาธารณะ และธรรมาภิบาล ในสาขาพลังงานและเหมืองแร่ ผลงานเขียนที่สำคัญเช่น ทางเลือกอนาคตไฟฟ้าไทย: การวิเคราะห์ทางเลือกของแผนพัฒนากำลังผลิตไฟฟ้า ปัญหาและทางเลือกเชิงนโยบายในการสนับสนุนพลังงานหมุนเวียน กรณีโรงไฟฟ้าชีวมวล

## นันทนา ทรบรัมย์

จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านเทคโนโลยีการเกษตรจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปี ๒๕๔๐ และปริญญาโทด้านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมจากมหาวิทยาลัยอัลบอร์ก (Aalborg University) ประเทศเดนมาร์ก ในปี ๒๕๔๕ เคยเป็นผู้ประสานงานวิชาการของเครือข่ายนโยบายการเกษตรและชนบทภายใต้แผนงาน HPP-HIA สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มากกว่า ๓ ปี ปัจจุบันเป็นนักวิชาการที่มูลนิธิธินโยบายสุขภาวะ ถือเป็นนักวิชาการรุ่นใหม่คนหนึ่งที่มีความสนใจและมีประสบการณ์ในการพัฒนางานนโยบายสาธารณะด้านการเกษตรอย่างต่อเนื่อง มีผลงานวิชาการที่น่าสนใจ โดยเฉพาะเกี่ยวกับประเด็นสารเคมีการเกษตร อาทิ การศึกษาความรู้ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการกำหนดนโยบายด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสารเคมีการเกษตร ประมวลสรุปสถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสังคมไทย การวิเคราะห์แผนที่เครือข่ายการทำงานที่สนับสนุนการลด ละ เลิกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสังคมไทย เป็นต้น

## วิภา ธีบัณฑิต

จบการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีประสบการณ์และความสนใจในด้านสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะสิทธิเด็ก เคยเป็นวิทยากรเผยแพร่ความรู้เรื่องสิทธิเด็กให้แก่เด็กและเยาวชนในหลายพื้นที่ และมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยการคุ้มครองเด็กที่ได้รับผลกระทบจากภัยสึนามิ ปัจจุบันทำงานที่มูลนิธิธินโยบายสุขภาวะในตำแหน่งนักวิจัย โดยดูแลรับผิดชอบในเรื่องความร่วมมือด้านการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และการพัฒนาแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ นอกจากนี้ ยังแบ่งเวลาว่างมาเป็นอาสาสมัครให้กับศูนย์ประสานงานเยาวชนเพื่อเยาวชนประเทศไทย ซึ่งทำมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่อยู่ในระดับอุดมศึกษา



||

มนุษย์ชาติเป็นศูนย์กลางการพัฒนาที่ยั่งยืน  
คนทุกคนจึงมีสิทธิที่จะมีชีวิตที่มีสุขภาพ  
และสร้างผลผลิตได้อย่างกลมกลืนกับธรรมชาติ

Human beings are at the centre of concerns  
for sustainable development.  
They are entitled to a healthy and productive life  
in harmony with nature.

||