



เอกสารสรุปการสัมมนาวิชาการ เรื่อง “การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Public Scoping) : ปัญหาหรือความท้าทายของสังคมไทย”

วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องทีพีวอล์กบอลรูม โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

จัดโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หนังสือนั่งเล่นไม้ใช้หมึก
ที่ผลิตจากตัวเหลือง (Soylink)
ซึ่งเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพ

เอกสารสรุปการสัมมนาวิชาการ เรื่อง

“การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Public Scoping) : ปัญหาหรือความท้าทายของสังคมไทย”

วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องทิพวัลย์บอลรูม โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

จัดโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

สารบัญ

เปิดการสัมมนา โดย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ที่ปรึกษา คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ	สุนทรียสนทนา “บทเรียนของสังคมไทยในการทำ Public Scoping”	Public Scoping : ประสบการณ์เปรียบเทียบ ไทยและต่างประเทศ โดย พศ.ดร.บพ.เป็ดพวง เกษสมบูรณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
หน้า ๒	หน้า ๓	หน้า ๑๔
สรุปกลุ่มย่อย ภาคบ่าย	ความท้าทายของสังคมไทยในการกำหนด ขอบเขตในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดย บพ. วิพุธ พูลเจริญ ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ	
หน้า ๑๓	หน้า ๓๑	

ปิดการสัมมนา



โดย นพ.อุรศักดิ์ อังคะสุวพลา
ที่ปรึกษา คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการ
ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

“ เวทีนี้เป็นที่ชุมนุมของกัลยาณมิตร มาร่วมกันเป็นเจ้าของ ไม่มีฝักไม่มีฝ่าย มีแต่ผู้ที่หวังดี
ต่อบ้านเมือง ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และทาง
ด้านสุขภาวะของผู้คน ”

เวทีวันนี้เป็นจุดนัดพบของสามเหลี่ยมเข็ญชีอันภูเขา เป็นจุดนัดพบของนักวิชาการที่เปรียบเหมือนกับปัญญา เป็นจุดนัดพบของผู้ประกอบการซึ่งเป็นผู้พัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งในส่วนของผู้ขับเคลื่อนนโยบาย และผู้คน ชุมชน เจ้าของท้องถิ่นที่สถานประกอบการจะไปตั้งอยู่ สามกลุ่มนี้ต้องมารวมกันแล้วเคลื่อนด้วยปัญญา

คำตอบจากการประชุมสัมมนาคืออยากให้อะไอเอ นั้นเป็นเครื่องมือที่จะพัฒนาประเทศ ทำให้ทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาวะของผู้คนในประเทศนั้นดีไปด้วยกัน การพัฒนาต่อไปข้างหน้า ผู้คนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทั้งหลายจะต้องเกี่ยวคู่ซึ่งกันและกัน และใช้หลักการแห่งความสมดุล ได้แก่ หลักของกระดานหกที่มีสิ่งแวดล้อมเป็นฐาน คน (ชุมชน/ท้องถิ่น) และสถานประกอบการอยู่คนละฝั่ง เมื่อไหร่ที่เราเติมทางด้านของการลงทุนและการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมโดยที่เราไม่เติมอีกข้าง กระดาน

ก็จะหก กรอบที่เราต้องดูคือทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ตรงกลาง การประกอบการคือการลงทุนหรือการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและคน สังคม ชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี ใช้กระบวนการสามเหลี่ยมเข็ญชีอันภูเขาหาคอบทำให้กระดานหกนี้อยู่ที่ความสมดุลได้อย่างไรอันนั้นคือสิ่งที่เราฝันร่วมกันสูงสุดว่าจะมีกระบวนการเหล่านี้ต่อไปเรื่อยๆ

เวทีนี้เป็นที่ชุมนุมของกัลยาณมิตร มาร่วมกันเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่มีฝักไม่มีฝ่าย มีแต่ผู้ที่หวังดีต่อบ้านเมือง ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทางด้านของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และทิศทางของสุขภาวะของผู้คน ฉะนั้นมีอะไรที่แตกต่าง อะไรที่ไม่เหมือนกันมาแลกเปลี่ยนมาคุยกันว่าจุดที่จะยอมรับได้นั้นอยู่ตรงไหนอย่างไร หวังว่าในวันนี้ก็เป็นภาพตัวอย่างของ public scoping และอาจจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อีกหลายเวทีที่จะทำร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเหล่านี้เพื่อที่จะจุดประกาย นำทางสู่การขับเคลื่อนต่อไป

สุนทรียสนทนา

“บทเรียนของสังคมไทยในการทำ Public Scoping”



วิชารกรณ์ วัฒนชำ
หัวหน้างานบรรณารักษ์และ
เผยแพร่ มูลนิธิสลายเมฆ
การอนุรักษ์และพัฒนา
อย่างยั่งยืน

อ.ดร.เดชริต สุขกำเนิด
พอ.ศูนย์ประสานงานพัฒนา
ระบบและกลไกการประเมินผล
ระบบการสุขภาพ สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เสขสิริ ปิยะวช
พวก.ฝ่ายคุณภาพความ
ปลอดภัย อาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อม บริษัท ปตท.
อะโรเมติกส์และการกลั่น
จำกัด มหาชน

รศ.ดร.สุเทพ ศิลปบัณฑิตกุล
หัวหน้าศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ
อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะ
สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สุกรี อิชณาศัย
ผู้ประสานงานเครือข่าย
ประชาชนภาคตะวันออก

สุชญา อัมราลิขิต
พอ.สำนักวิเคราะห์ผลกระทบ
สิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบาย
และแผนทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม (สพ.)

สิริวรรณ จิตภนจุลกะ
พอ.กองประเมินผลกระทบ
ต่อสุขภาพ กรมอนามัย

ดำเนินรายการ โดย
นาตยา แวววีระคุปต์

“ สิ่งที่เป็นภูมิปัญญา การอยู่ การกิน ชมน้ำ จารีต การถือผีของชาวบ้าน
สิ่งเหล่านี้จะถูกกำหนดเป็นขอบเขตของการศึกษาในกระบวนการวิจัยเก็บ
ข้อมูลเพื่อทำ EIA หรือ HIA community ด้วยหรือไม่
ระหว่างทางของการทำกระบวนการเอชไอเอ โดยเฉพาะประสบการณ์ที่
มาพบเจอ ได้เห็นความเข้มแข็งของประชาชน ได้เห็นความเข้มแข็งของชาวบ้าน
ได้เห็นสิ่งที่เป็นคำถามที่อาจจะต้องได้โจทย์ ไปคิดต่อ ”
นาตยา แวววีระคุปต์



โดย วัชรารัตน์ วัฒนชัย
หัวหน้างานบรรณารักษ์และเผยแพร่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรณรงค์
และพัฒนาอย่างยั่งยืน

“
ที่เป็นปัญหาคือ มีความรู้ความเข้าใจต่อ
ระดับปัญหาไม่เท่ากัน ยกภาพง่ายๆ เช่น บริษัท
ลงไปปรับปรุงความเหินในพื้นที่เกี่ยวข้องกับการทำเหมือง
ได้บอกกับชาวบ้านว่าเสียระเบิดจะดังเพียง
ซ้ำขบในบักขาม ขบในบักขามดังกว่า
คือ ดังเท่าเคียวเปิดบักขาม แต่เมื่อระเบิดจริง เสีย
ตุ้มแรกก็ทำให้ ผู้เฒ่าผู้แก่ เด็ก ชาวบ้านในชุมชน
ขวัญพา ”

ปัญหาใหญ่ของจังหวัดเลย จากการค้นข้อมูลปี พ.ศ.
๒๕๕๑ พบว่ามีการยื่นขอประทานบัตรและการสำรวจกิจการเหมืองแร่
ชนิดต่างๆ จำนวน ๑๒ ชนิด ประมาณ ๒๔๐ แปลง เรื่องการใช้
กระบวนการเอชไอเอ ซีเอชไอเอ (CHIA : Community Health
Impact Assessment) ยังอยู่ในระดับจุดภาค เนื่องจากพื้นที่ของ
เมืองเลยมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารค่อนข้างน้อย

ชาวบ้านรู้ว่ามีผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม
แต่ก็ยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ทำให้เกิดปัญหา เช่น เรื่อง
ลำน้ำ รายงานอีไอเอ เขียนไว้ว่า เป็นลำน้ำที่เปลี่ยนแปลงสภาพ
ไปแล้ว ในขณะที่ชาวบ้านในพื้นที่บอกว่าลำน้ำนี้เป็นแหล่งน้ำสำคัญ
ที่ชาวบ้านใช้ทำนา และยังเป็นน้ำที่ใช้อาหาร กุ้ง หอย ปู
ปลา ส่วนเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ชุมชนได้รับ
ข้อมูลข่าวสารว่ามี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุเกี่ยวกับการ
ประเมินผลกระทบสุขภาพ แต่ว่าการจะลงไปถึงพื้นที่จะต้องมีบทบาท
ที่จะทำให้ชาวบ้าน รู้จริง ปฏิบัติจริง จึงจะเข้าใจว่าประเมินอย่างไร
ด้วยวิธีไหน และทำให้ชาวบ้านเกิดข้อมูลชุดหนึ่งที่เป็นจิ๊กซอว์ที่สำคัญ
ที่จะไปสื่อสารเกี่ยวกับวิถีชีวิตของตัวเองได้ในเวที public scoping
อันนี้คือสิ่งที่เราค้นพบ อย่งวันนี้มีพื้นที่นาคินดำ จังหวัดเลย ที่
ถูกขอประทานบัตรทองแดงไว้ ต้องมีการเตรียมความพร้อม มี
กระบวนการให้ความรู้ชาวบ้านว่าต้องเตรียมชุดข้อมูลของตัวเอง
ต้องฟังฟังทรัพยากรเท่าไร คำนวณและคิดออกมาด้วยตัวเอง มี
ลำน้ำเส้นไหนบ้างที่เป็นเส้นที่ตัวเองได้ใช้ ให้ชาวบ้านได้ลุกขึ้นมา

มองเห็นภาพจินตนาการว่าถ้ามีเหมืองทองแดงเข้ามาแล้วจะ
กระทบกับลำน้ำอะไรบ้างที่ชาวบ้านได้ใช้ เป็นการเตรียม
ข้อมูลชุมชน

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่อยู่ในรายงานอีไอเอ
เป็นการซ่อนอยู่ในน้ำหนัที่แผ่วเบามาก คือน้ำหนักของการประเมิน
ไม่ได้ชัดเจน ความไม่เท่ากันของระดับปัญหาที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่าง
ภาพง่ายๆ กรณีบริษัทลงไปขอทำรับฟังความคิดเห็นในพื้นที่เกี่ยวกับ
ขั้นตอนการทำเหมือง ในอีไอเอ บอกชาวบ้านว่าเสียระเบิดที่เกิดขึ้น
“ซ้ำขบในบักขาม ขบในบักขามดังกว่า” คือ เม็ดมะขามคั่วที่คน
อีสานกิน ถ้าเคียวเม็ดมะขามจะดังกว่าเสียระเบิด ชาวบ้านก็
จินตนาการไปว่าจะเป็นอย่างนั้นจริงๆ แต่เมื่อมีการระเบิดเหมือง
เสียงตุ้มแรกที่ดังขึ้นในชุมชนทำให้ผู้เฒ่าผู้แก่ เด็ก ชาวบ้านใน
ชุมชนขวัญผวา

ผลที่ตามมา เมื่อโครงการลงไปทำในพื้นที่จริงๆ
ชาวบ้านก็บอกว่า **“เสียระเบิดดังกว่าขบในบักขามหลายเท่า”**
เมื่อชาวบ้านมีข้อมูลความจริงที่เกิดขึ้นจากการทำเหมือง คือ
ร่องน้ำ ชำน้ำถูกแย่งน้ำเข้าไปใช้ในโรงงาน ทำนาไม่ได้ ไม่มีน้ำได้ดิน
น้ำผิวดินปนเปื้อนโลหะหนัก ภาพปัญหาจริงที่เกิดขึ้นก็นำไปสู่การยื่น
ร้องคัดค้านประทานบัตรแปลงต่อไป ซึ่งชาวบ้านกำลังต่อสู้อยู่กับ
กลุ่มทุนยักษ์ใหญ่ และปัญหาที่ซับซ้อนของพื้นที่ คือ การสำรวจ
ของบริษัท เมื่อจุดนี้คัดค้านก็ไปขอประทานบัตรจุดอื่นเพื่อที่จะเอา
สินแร่มาในถลุงในบริเวณโรงงาน



โดย อ.ดร.อุดมธิต์ สุขกำเนิด
ผอ.ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมิน
ผลกระทบทางสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติ

“ ขอขอบพระคุณที่ร่วมเรียนรู้กันมาตลอด ๑ ปี แม้จะยังไม่มียกติกาก่อน public scoping จนมาทำ public review สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ ต้องขอภัยถ้ากติกาก็ตั้งขึ้นมาสร้างความไม่สะดวกทั้งทางกายและทางใจ แต่ถ้าเราไม่มียกติกาก่อนในการเรียนรู้ร่วมกัน สุดท้ายเราไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งกันและกันได้ ”

การทำเอชไอเอ ตามความมุ่งหวังของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ และในหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพนั้น มุ่งให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเพื่อที่จะช่วยกัน คัดกรอง ภาษาศาสตร์เรียกว่า “สองซอด” ว่าอนาคตจะเกิดผลกระทบอะไรต่อประชาชน

วิธีการที่บริษัทที่ปรึกษาและชาวบ้านช่วยกันมองนั้นมีหลากหลายรูปแบบ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว คำว่าผลดีต่อสุขภาพของประชาชนนั้นไม่ได้หลายทาง ไม่ว่าจะทำโครงการต่อหรือปรับปรุงโครงการหรือทำโครงการเพิ่มหรือเลิกทำโครงการนี้ไป สิ่งที่เป็น้องจังหวัดเลยทำ สิ่งที่มีผู้ประกอบการ บริษัทที่ปรึกษาทำ ก็เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ได้เกิดการเรียนรู้

ในรัฐธรรมนูญ การตัดสินใจในเรื่องที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนไม่ใช่เฉพาะการทำการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพเท่านั้น ต้องผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและสุดท้ายผ่านคณะกรรมการองค์การอิสระให้ ความเห็นประกอบ ทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่จะตัดสินใจในสิ่งที่เป็นเรื่องสำคัญ เป็นความท้าทาย เป็นความยากลำบาก ในการค้นหาทางออกที่ดีกว่าร่วมกัน และสุดท้ายนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน

การทำเอชไอเอในประเทศไทยที่ทำกันมาแล้วรวมถึงที่อยู่ในหลักเกณฑ์มี ๔ รูปแบบ

๑. โครงการหรือกิจกรรมที่มีประเภทและขนาดตามประกาศโครงการหรือกิจกรรมที่อาจเกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง

ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

๒. นโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา ที่ไม่ได้บังคับไว้ แต่ว่าผู้ที่วางแผน ผู้ที่กำหนดนโยบายอยากจะมีมีการทำเอชไอเอก่อน เพื่อที่จะได้มองให้รอบด้าน เช่น ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ต้องการที่จะทำเอชไอเอ ให้ชัดเจนก่อนว่า การจะทำสนธิสัญญาเรื่องข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับ EU จะมีผลกระทบต่อด้านบวกหรือด้านลบอย่างไรต่อสุขภาพของประชาชน

๓. ประชาชนขอใช้สิทธิได้ตามมาตรา ๑๑ ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ คือ ประชาชนมีความห่วงกังวลว่า นโยบาย หรือการดำเนินโครงการ/กิจกรรมใดอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจึงร้องขอให้มีการประเมินผลด้านกระทบด้านสุขภาพ ล่าสุดนี้ก็มีร้องขอเข้ามาในประเด็นเกี่ยวกับโรงไฟฟ้าชีวมวลซึ่งมีขนาดเล็กกว่าที่จะต้องถูกบังคับให้ทำเอชไอเอ แล้วก็ได้ไม่อยู่ในกระบวนการเอชไอเอ ประชาชนคิดว่ามีผลกระทบ ก็ร้องขอให้มีการประเมินผลกระทบ

๔. กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของท้องถิ่น การทำเอชไอเอเปิดช่องในทางนั้นด้วย อาจจะใช้ศัพท์คำว่า CHIA : Community Health Impact Assessment ก็คือชุมชนก็ทำได้ กรณีเมืองเลยต่อไปเมื่อจะมีการขอประทานบัตรเหมืองทอง และตามที่จะมีการประกาศประเภทและขนาดที่ต้องทำตามมาตรา๖๗ คาดว่าเหมืองทองก็อยู่ในหนึ่งประเภทที่จะต้องทำ บริษัทก็จะต้องทำเอชไอเอ มี ๒ ชั้นหลักๆ ด้วยกัน ชั้นแรกเรียกว่า public scoping คือ

การเปิดให้ประชาชนมีโอกาสตั้งคำถาม ตั้งประเด็นความห่วงกังวล หรือทรัพยากรที่คิดว่าจะต้องเก็บรักษาเอาไว้ ปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพที่จะต้องดูแล ควรจะต้องมีโอกาสเปิดประเด็นเหล่านี้ ให้แก่หน่วยงานที่เป็นเจ้าของโครงการก็ดี หน่วยงานที่อนุมัติอนุญาต หน่วยงานที่จะตัดสินใจก็ดี ควรจะได้รับทราบ ถ้าจะทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ อะไรคือสิ่งที่ชุมชนอยากให้มอง อยากให้ตอบ อีกขั้นหนึ่งคือ เมื่อไปพยายามตอบ ไปศึกษามาแล้ว ขั้นตอนที่ต่อไปคือ public review ก็คือเอามาเปิดให้ประชาชนดูว่าสิ่งที่เขียนเป็นอย่างไร ที่บอกว่าดังเท่าขบเม็ดมะขามคั่วไข่หรือไม่ คำว่า public หมายถึงสาธารณะ นักวิชาการอื่นๆ หรือใครก็เข้าไปดูได้ แล้วก็ให้ความเห็น ตรงนั้นครบหรือไม่ครบอย่างไร ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญ

ขั้นตอนการทำ public scoping อยากจะให้มีการเปิดเผยข้อมูลเอกสาร ทั้งในส่วนที่เป็นข้อมูลของโครงการตอนต้นและในส่วนที่จะทำร่างรายงานออกมา ทำให้ประชาชน ได้มีโอกาสเข้าไปดูว่าสิ่งที่เกิดขึ้นใกล้ๆ บ้านคืออะไร และขณะเดียวกันก็ตั้งประเด็นคำถาม ตั้งข้อสงสัย เสนอข้อกังวล และข้อเสนอเหล่านี้จะเป็นประเด็นสำคัญที่ทางทีมบริษัทที่ปรึกษา ผู้ประกอบการ หรือทางหน่วยงานอนุมัติอนุญาต คณะกรรมการองค์การอิสระฯ ที่จะทำให้ความเห็นประกอบ ได้นำไปพิจารณา เน้นน้ำหนักของคำถาม เน้นความถูกต้องของข้อมูลที่เราจะมีการตั้งคำถามต่อ ซึ่งข้อกำหนดเหล่านี้ก็อาจจะเป็นอุปสรรคบ้าง

ประสบการณ์ที่ผ่านมาจากกรณีมาบตาพุด พบว่าทุกคนก็ค่อนข้างตื่นตัวให้ความสำคัญ และทาง สข. ก็ได้รับการแจ้งข้อมูลล่วงหน้าได้ค่อนข้างดี แต่ว่ามีบางโครงการที่อาจจะส่งเอกสารได้ไม่ครบถ้วนตามกำหนดเวลา จุดสำคัญก็คือให้ประชาชนสามารถทราบล่วงหน้า หลายโครงการทำเอกสารได้ดี ประชาชนก็สามารถที่จะศึกษาและตั้งคำถามได้ แต่ว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดที่เกิดขึ้นที่มาบตาพุด มีโครงการที่ทำ public scoping จำนวนมาก ซึ่งอาจจะทำให้ประชาชนมีเวลาไม่มากพอ ขณะเดียวกันทาง สข. เองก็ได้รับปรึกษาหารือจากผู้ประกอบการว่าจะสามารถจัดเวทีร่วมกันได้หรือไม่ สำหรับโครงการที่เกี่ยวข้องกันเราก็คิดว่าถ้าในโครงการที่เกี่ยวข้องกันน่าจะจัดด้วยกันได้ แต่ว่าไม่ควรจะมีจำนวนโครงการมากเกินไป เช่น ไม่ควรจะมีเกิน ๓ หรือ ๔ โครงการ ในทางปฏิบัติจริงก็มีการจัดเวทีร่วมกันมากที่สุดประมาณ ๗ โครงการ ซึ่งเราก็ได้รับข้อท้วงติงจากประชาชนในพื้นที่ว่า ตั้ง ๗ โครงการ เยอะเกินไป ซึ่งข้อท้วงติงเหล่านี้ทาง สข. ก็ไม่ได้ ینگนอนใจได้ จัดเวทีหารือกับผู้ประกอบการทันที และนำมาสู่การปรับปรุงในขั้นตอนของการทำ public review ความหนาแน่น ความชุก ของการทำก็ถือว่าน้อยลง ประชาชนก็มีโอกาสได้ย่อยข้อมูลได้ให้ความเห็นมาก

ชาวบ้านอาจไม่มีเวลาในการอ่านเอกสารซึ่งทำให้การให้ความเห็นหลายส่วน อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับโครงการบ้าง แต่

ก็เป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น ลูกหาที่เรียนไม่ได้เป็นความทุกข์ซึ่งเกี่ยวกับโครงการโดยทางอ้อม คือ มีคนเข้ามาอยู่ในพื้นที่มากขึ้น ในขณะที่การปรับตัวกลไกของรัฐ อาจดำเนินการไม่ได้ทัน

การสนับสนุนภาคประชาชนในการให้ความเห็นมีน้อย เพราะประชาชนไม่มีข้อมูลเพียงพอ ไม่มีคำแนะนำในทางวิชาการมากพอที่จะเอาไปให้ความเห็นในเวที public scoping ได้ การเตรียมความพร้อม คือ เก็บข้อมูลล่วงหน้า และตอนนี้ที่ จังหวัดเลย เหมืองทอง เหมืองแร่เหล็ก เหมืองแร่ทองแดงบริเวณใกล้ๆ ก็เตรียมทำไว้ล่วงหน้า ถ้าเกิดมีโครงการลักษณะนี้เมื่อมีการทำ public scoping ทุกฝ่ายก็จะได้ประโยชน์ ผู้ประกอบการก็จะได้ข้อมูลที่ เป็นความจริง เป็นระบบ ประชาชนได้เตรียมตัว

ในขั้นตอนของ public review ได้ไปทำความเข้าใจกับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาชน ซึ่งเราให้นำหนักมาก สนับสนุนในเรื่องของข้อมูลข่าวสาร จัดเวทีหารือทำความเข้าใจกับผู้ประกอบการและประสานนัดหมายว่าผู้ประกอบการจะเอาเอกสารไปวางที่ไหนบ้างเพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ส่วนการเพิ่มเติมขีดความสามารถ ทางกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย ได้ลงพื้นที่ให้ความรู้เพิ่มเติมขีดความสามารถแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะฉะนั้นในขั้นตอน public review ก็สามารถที่จะได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังได้มีการเตรียมทีมที่เรียกว่า HIA Reader ซึ่งจะคอยช่วยอ่านอีกรอบหนึ่ง นำมาสู่การปรับตัวทำให้ประชาชนสามารถเข้าร่วมตรวจสอบการดำเนินการต่างๆ อย่างเป็นระบบมากขึ้น

เอกสารอีไอเอหนาๆ ชาวบ้านก็เอามาเปิดอ่าน มาค้นกันดู และก็สามารถให้ความเห็นตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับตัวโครงการได้ สิ่งหนึ่งที่เป็นเรื่องน่าดีใจก็คือ บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการตั้งคำถาม เห็นได้ชัดว่าความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขปรากฏผลชัดเจน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ก็ให้ความสนใจในการตั้งคำถาม นอกจากนั้นผู้ประกอบการก็ปรับปรุงให้การดำเนินรายการบนเวทีรับฟังความคิดเห็นน่าสนใจโดยใช้ดีเจท้องถิ่นมาเป็นผู้ดำเนินรายการ และที่น่าดีใจอีกอย่างหนึ่งก็คือมีการให้ความเห็นที่เป็นลายลักษณ์อักษรได้มากขึ้น

“วันนี้อยากจะฟังว่าเราควรจะต้องปรับปรุงอะไรบ้าง เราอยากให้เป็นเหมือนกับท่านที่ปรึกษาได้พูดถึงในตอนต้นเราอยากให้เกิดกติกามี เป็นกติกาของทุกคน ไม่ใช่กติกาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่เพียงฝ่ายเดียว เพราะฉะนั้นถ้ามีอะไรที่จะเสนอหรือแนะนำก็ยินดี ขอขอบพระคุณที่ร่วมเรียนรู้กันมาตลอด ๑ ปี แม้จะยังไม่มีการกติกามี public scoping จนมาทำ public review สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ ต้องขอภัยถ้ากติกามีตั้งขึ้นมาสร้างความไม่สะดวกทั้งทางกายและทางใจ แต่ถ้าเราไม่มีกติกามีในการเรียนรู้ร่วมกัน สุดท้ายเราไม่สามารถสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งกันและกันได้”



โดย เสขสิทธิ์ ปิยะเวช
ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพความปลอดภัย อาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อม บริษัท ปตท.อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด
มหาชน

“ เป็นครั้งแรกในชีวิตที่ผมลงไปคุยกับพี่น้องประชาชน ไม่ได้ไปคุยเรื่องจะไปทอดกฐิน ทอดผ้าป่า เรื่องเตะฟุตบอล ไปพูดกันจริงๆ ว่ารู้สึกอย่างไรกับพวกเรา และรู้สึกอย่างไรกับความเปลี่ยนแปลงในมาบตาพุด ”

ความสนุกของ public scoping คือ เหมือนกับกำลังเริ่มจะศึกษาอะไรอย่างหนึ่ง กรอบในการศึกษาต้องมองทั้งความกว้าง ความลึก สิ่งที่น่าสนใจคือการคุยกับบริษัทที่ปรึกษาว่าจะทำกว้างลึกแค่ไหน คุยเสร็จก็ไปตามประชาชนในพื้นที่ว่า กว้างและลึกประมาณนี้ ความกังวลใจของชุมชน สิ่งที่เราทำครอบคลุมหรือยัง สุขภาพ คือ กาย จิต ปัญญา สังคม ภาครัฐเองก็กำหนดว่าขั้นตอนต่างๆ ของโครงการที่ต้องทำเอชไอเอ การดูแลปัจจัยกำหนดสุขภาพ ๙ เรื่อง

“เพราะฉะนั้นความสนุกยอมรับส่วนตัวเลยว่า เป็นครั้งแรกในชีวิตที่ผมลงไปคุยกับพี่น้องประชาชน ไม่ได้ไปคุยเรื่องจะไปทอดกฐิน ทอดผ้าป่า เรื่องเตะฟุตบอล ไปพูดกันจริงๆ ว่ารู้สึกอย่างไรกับพวกเรา และรู้สึกอย่างไรกับความเปลี่ยนแปลงในมาบตาพุด public scoping อันนี้ก็เป็นสิ่งที่ดี”

คนมานั่งกันเต็มห้อง คนเยอะแยะ นั่งจับเข่าคุยกัน นั่งเข่าชิดเข่ากันจริงๆ เพราะว่ากลุ่มหนึ่งมี ๓-๔ คน ต้องขอขอบคุณมากๆ คือ ภาคสาธารณสุข การทำเอชไอเอ ต้องใช้ข้อมูลมหาดสาร เพราะต้องมองให้ครบทั้ง ด้านปัจจัยผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม กระทบประชาชนเท่าไรอย่างไร แล้วก็ที่เกิดขึ้นในชุมชนมองย้อนหลัง ขอขอบคุณทางสาธารณสุขจังหวัดโดยเฉพาะ นพ.ปรเมศ กิ่งไก่อ๋ ท่านช่วยเราได้เยอะ จากที่เราอยู่ในความมืด ตอนนี่เริ่มสว่าง ท่านทำข้อมูลทุติยภูมิให้

การทำ E/HIA ถ้ามองว่าการทำ ค. ๑ ครั้งแรกเหมือนกับมนุษย์ลงไปเหยียบดวงจันทร์ต้องใช้ความพยายามทั้งเชิงรุกเชิงรับ เพราะว่าเป็นการปฏิวัติการศึกษาผลกระทบทางสุขภาพใหม่ ผู้ประกอบการเองก็ต้องเปลี่ยน

“ผมเองก็เป็นทั้งผู้ประกอบการและชุมชน มีโอกาสไปทำงานที่บ้านพิษณุโลก ก็พยายามไปบอกผู้ประกอบการว่า ต้อง

คิดอีกแบบ คุณต้องออกจากกรอบ เพราะถ้าคุณอยู่ในกรอบเก่า ชุมชนอยู่ในกรอบเก่า เราจะไม่มีวันที่จะเปิดกล่องและจะมาคุยกันได้”

โดยส่วนตัวมีความคิดเห็นว่า เทรนด์มีสองด้านเสมอ ทั้งโอกาสและอุปสรรค ตามรัฐธรรมนูญพูดถึงว่าทำอีไอเอ เอชไอเอ ให้ทำรายโครงการ ชุมชนที่อยู่รอบๆ นิคมอุตสาหกรรมอยากให้เราทำพร้อมกันเลยทั้งนิคมรอบๆ ผู้ประกอบการก็อยากทำ ต้องจับเข่าคุยกัน ทำให้เกิดปัญหาว่า ๘๖ โครงการออกมาพร้อมกัน จึงพบกับภาวะพอสมควร ที่จะต้องมานั่งทำเรื่อง public scoping แล้วยังไปที่ว่าพอมีหลายๆ โครงการออกมาพร้อมกันก็เกิดปัญหา คือไม่ได้เตรียมประชาชนในพื้นที่มาก่อน เมื่อต้องให้คำแนะนำหรือข้อคิดเห็นก็จะมองภาพใหญ่ เรื่องของสาธารณูปโภคสวัสดิการสังคม เพราะฉะนั้น ต้องพยายามร่วมมือกับภาครัฐที่จะให้ความรู้พื้นฐานกับประชาชน

เรื่องเอชไอเอ อาจจะไม่ง่าย จะให้เข้าใจลึกซึ่งต้องใช้ความพยายามพอสมควร บางพื้นที่ยังไม่เข้าใจคำว่า E/HIA ทำแล้วได้ประโยชน์อะไร ก็ยังรู้สึกกังวลว่าแอบขโมยอะไรหรือเปล่า หรือว่าจะมาปล่อยสารเคมี

“จังหวัดเลยนำหน้ามาบตาพุดไปเยอะ มาบตาพุดยังไม่มีการเก็บข้อมูลเท่าเลย ผมชื่นชมจังหวัดเลยนะ เผลอๆ ต่อไปผมว่าจะต้องให้พี่น้องแถวมาบตาพุดไปเยี่ยมพี่น้องจังหวัดเลยเพราะว่าในมาบตาพุดเองเราไม่มีข้อมูลพื้นฐานเยอะพอที่จะมาคิดเหมือนที่จังหวัดเลย”

สิ่งที่ภาคประชาชนนำเสนอใน public scoping บางเรื่อง แม้จะไม่เกี่ยวกับสุขภาพกายที่เกี่ยวกับมลสารหรือเกี่ยวกับอวัยวะเป้าหมาย แต่ทำให้ต่อยอดในการทำ focus group ได้ดี

เรื่องของฐานข้อมูลสุขภาพ ๔ มิติ กาย จิต ปัญญา สังคม มีความท้าทายที่ว่า เวลาพูดถึงจิต ปัญญา สังคม จะมีการประเมินความเปลี่ยนแปลงอย่างไร

“แต่ทุกวิถีทาง ทุกอุปสรรค ต้องมีโอกาส และนี่คือโอกาสที่จะทำให้ประเทศเราดีขึ้น ประชาชนและโรงงานได้คุยกันมากขึ้น หลายๆ โรงงาน ทุกครั้งที่ผมลงชุมชน พี่ๆ ในชุมชน บอกว่าถ้าผมกับพี่คุยกันอย่างนี้เมื่อสิบกว่าปีก่อนหน้านี คิดว่าตอนนี้เราน่าจะอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขมากขึ้น แต่ก็ไม่สายเกินไปที่จะมานั่งคุยกัน ผมขอให้พันธสัญญากับพี่น้องว่าจะดูแลพวกพี่น้องประชาชนตลอดไป เป็นพันธกิจที่เรารับปากแล้วเราต้องทำ เป็นสิ่งที่ดีต้องทำให้เกิดการบูรณาการ”

E/HIA ทำให้เกิดความตระหนักมากขึ้นว่าเราเป็นส่วนหนึ่งที่จะได้รับผลกระทบ แต่ละวันที่เราทำการผลิต เราควรดูแลการผลิตของเราให้ดียิ่งๆขึ้นไป เพื่อไม่ให้มีผลกระทบอ้อมๆข้างใน

ของทั้งเราและพี่น้องประชาชนรอบโรงงาน ทำให้เห็นภาพมากขึ้นในเรื่องของจิต ปัญญา สังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่เคยละเลยในอดีต เมื่อปล่อยมลสารไม่เกินตามที่กฎหมายกำหนดถือว่าเราเป็นพลเมืองดี แต่เมื่อลงไปทำ public scoping ฟังข้อกังวลไม่เคยคิดเลยว่าประเด็นของลูกๆ ต้องหาโรงเรียนดีๆ ต้องเดินทางไกลขึ้น มีคนงานที่อยู่ในแคมป์ ไปตั้งแคมป์ไกลๆ บ้านแล้วทำให้เกิดความไม่สงบในพื้นที่ เป็นข้อห่วงกังวล เรื่องจิต ปัญญา ละเลยไม่ได้ กายอาจจะดี แต่ถ้าจิตปัญญารู้สึกไม่ดีก็คงอยู่ด้วยกันลำบาก

สุดท้ายถ้าเราทำให้ประชาชนเข้มแข็งและเข้าใจกระบวนการเอชไอเอ จะสามารถทำในสิ่งที่ว่า Community HIA หรือ CHIA ได้ การทำ Public scoping จะทำให้รู้ว่าตัวเองจะได้รับผลกระทบ ประเมินตัวเองได้ต่อไป กลุ่มธุรกิจเล็กๆ หรือแม้กระทั่งกลุ่มตลาดในชุมชน ที่ทุกวันนี้มีมลพิษ มลสารออกมา พี่น้องประชาชนก็จะมีอาการตระหนกแล้วก็ดูแลตัวเองได้



โดย รศ.ดร.สุเทพ ศิลปบัณฑิตกุล
หัวหน้าศูนย์วิจัยและปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

“ การสื่อสารเรื่องยากๆ ให้กับประชาชน ให้กับผู้มีส่วนได้เสีย หรือพี่น้องชุมชนในเวที ก็จะติดภาษาอังกฤษ ทำให้ชุมชนไม่เข้าใจ ผมดูจากหน้าตาทุกคนก็เฉยๆ ไม่มีการตอบรับ นี่แปลว่าไม่เข้าใจสิ่งที่พูด และถ้าข้อมูลยาก ประกอบกับบริษัทที่ปรึกษาไม่สกดหรือย่อย ให้เป็นภาษาง่ายๆ หรือไม่ส่งไปในภาษาของเขา ก็จะสื่อสารกันยากลำบาก ”

เอชไอเอ เป็นเรื่องใหม่ที่กับทั้งบริษัทที่ปรึกษา ผู้ประกอบการ และประชาชน เจ้าของโครงการก็มีความกลัวว่าโครงการจะชะงัก ก่อนที่จะไปทำเวทีจะต้องให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลทางวิชาการเป็นข้อมูลที่เข้าใจยาก ต้องสกดหรือย่อยให้เป็นภาษาง่ายๆ และข้อมูลมีจำนวนมากทำให้ไม่มีโอกาสศึกษาเนื้อหาเอกสาร ส่งผลถึงการตั้งคำถามเป็นลักษณะของข้อกังวลต่างๆ ไป ไม่ลงลึกในส่วนเนื้อหาของจะลดผลกระทบ

“การลงไปทำเวที ผมต้องเล่าให้ฟังว่าโครงการที่จะเกิดขึ้นมีผลกระทบทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และจะทำอย่างไรเพื่อลดผลกระทบให้น้อยที่สุดและรับได้ หรืออย่างน้อยต้องไม่เพิ่มจากเดิม ถ้าให้น้อยกว่าเดิมก็ยิ่งดี อันนี้ก็เป็นสิ่งที่ผมตั้งไว้ก่อนเลย”

ข้อห่วงกังวลที่พบจากเวทีจะเป็นเรื่องทั่วไป เช่น ลูกไม่มีที่เรียน เรื่องของการไม่มีน้ำใช้ เรื่องของการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งจริงๆ ก็เกี่ยวข้องกัน

“การสื่อสารเรื่องยากๆ ให้กับประชาชน ให้กับผู้มีส่วนได้เสีย หรือพี่น้องชุมชน ในเวทีก็จะติดภาษาอังกฤษ ทำให้ชุมชนไม่เข้าใจ ผมดูจากหน้าตาทุกคนก็เฉยๆ ไม่มีการตอบรับ นี่แปลว่าไม่เข้าใจสิ่งที่พูด และถ้าข้อมูลยาก ประกอบกับบริษัทที่ปรึกษาไม่สกดหรือย่อยให้เป็นภาษาง่ายๆ หรือไม่ส่งไปในภาษาของเขา ก็จะสื่อสารกันยากลำบาก”

กรณีของมาบตาพุด ประชาชนหรือชุมชนสำคัญข้อมูล มี ๗ โครงการในวันเดียว เมื่อข้อมูลเยอะทำให้ไม่มีโอกาสศึกษาก่อนอย่างจริงจัง เมื่ออยู่ในเวทีก็จะนำเสนอข้อห่วงกังวลทั่วไป ไม่สามารถตั้งคำถามลงไปลึกในส่วนเนื้อหาของที่ต้องการให้ลดผลกระทบ

เรื่องของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในกรณีมาบตาพุด เป็นการมีส่วนร่วมเฉพาะกลุ่ม ก็จะไปเจอทุกเวที เพราะฉะนั้นเวลาที่เข้ามาอยู่ในเวทีก็คล้ายๆ เหมือนกับคนที่ถูกดึงเข้ามา ให้เข้ามานั่งอยู่ในเวที แล้วก็จะมีความเฉพาะกลุ่มเท่านั้นเองที่ให้ความเห็น



โดย สุนทรีย อัจฉริยะ
ผู้ประสานงานเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก

“ เรื่องเอชไอเอ นอกเหนือจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการแก้ไขปัญหา สักมควรมีส่วนที่จะเข้าไปรับรู้หรือตรวจสอบ ที่ผ่านมายังไม่มี ซึ่งเป็นปัญหาแต่ไม่ใช่อุปสรรค ถ้าเรายอมรับข้อเท็จจริงแล้วเราช่วยกัน แก้ระบบให้ดีที่สุดเพื่อทำให้กระบวนการ เอชไอเอ นั้น เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ ”

การทำ scoping เป็นเรื่องใหม่มากเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน “พวกเราได้ตั้งคำถามถึงความพร้อมของชุมชนว่า พวกเรามีความพร้อมที่จะเข้าร่วมทำเอชไอเอหรือยัง เข้าใจเนื้อหากระบวนการและรูปแบบต่างๆ หรือยัง ได้สำรวจความเห็นของประชาชนทั้งหมดที่เข้าร่วม ส่วนใหญ่จะยังไม่รู้จักคำว่าเอชไอเอคืออะไร ไม่ทราบเลยว่าเข้าไปจะต้องไปนำเสนออะไร เพราะเป็นเช่นนั้นเราก็กลับมาประเมินว่าการทำเอชไอเอ ถ้ายังไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจกระบวนการที่ดีย่อมนำเสนอเรื่องข้อมูลหรือมาตรการที่อาจจะไม่ตรงกับคำว่าเอชไอเอ ที่เราคาดหวังหรือต้องการ”

บริษัทที่ต้องทำเอชไอเอ ของจังหวัดระยอง ตามคำสั่งระงับชั่วคราวของศาลปกครองจำนวน ๗ โครงการ มีการฟ้องเพิ่มไปอีก ๑๐ เป็นทั้งหมด ๑๗ โครงการ

หลังประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ยังไม่มีการให้ความรู้ ช่วงที่เริ่มจะนำไปสู่การทำ scoping ก็ไม่มีทำให้ประชาชนนั้นขาดความรู้ความเข้าใจโดยสิ้นเชิงในเรื่องเอชไอเอที่มีประสิทธิภาพ ภาพรวมก็คือ ทำพร้อมกันหลายบริษัท และทำในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันหรือเป็นเวลาเดียวกัน วันเดียวกันก็มี หลังประกาศออกแล้วก็คือทำตามขั้นตอน เวลาที่จะให้ความรู้กับชาวบ้านหายไป เวลาเดือนเดียว ไม่มีทางที่จะสร้างความรู้ให้ชาวบ้านเข้าใจได้

ถ้าปล่อยให้กระบวนการเหล่านี้เดินหน้า คำว่าเอชไอเอ จะไม่มีความหมายเลย เพราะกลุ่มคนที่ต้องติดตามตรวจสอบหรือกลุ่มคนที่จะไปเสนอมาตรการให้บริษัทดำเนินการให้ปลอดภัยที่สุดหรือดูแลดีที่สุดยังไม่มีความรู้พอ จึงได้ไปเชิญเจ้าของบริษัทโรงงานต่างๆ มาร่วมปรึกษาหารือกัน

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำเอชไอเอ ในช่วงที่ผ่านมา

๑. ผู้ที่มาร่วมประชุมขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอเออย่างถูกต้อง

“ผู้เข้าร่วมประชุมขาดความรู้ ๑ เดือนที่มีการร่างประกาศและก็ไปทำเลย ผมไม่มั่นใจครับว่า นักวิชาการหรือคนที่จบปริญญาตรีปริญญาโทถ้าอ่านขั้นตอนหนึ่งวันนี้จะเข้าใจคำว่าเอชไอเอหรือไม่ หรืออ่านหนึ่งเดือนจะเข้าใจหรือไม่ เพราะว่าตัวผมก็ยังไม่รู้ ในขณะที่ไปร่วมการประชุมกรรมการ ๔ ฝ่ายผลักดันก็ยังไม่เข้าใจมาก แต่เราเข้าใจแค่กระบวนการรวมถึงเนื้อหาบางระดับ”

๒. เจ้าของโครงการให้ข้อมูลโครงการต่อชุมชนไม่ละเอียดและไม่ครบถ้วน เช่น การระบายสารพิษประเภทใดบ้าง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเอกสารเรื่อง MSDS (Material Safety Data Sheet) ของโรงงานอย่างละเอียด

๓. การประชาสัมพันธ์ในการจัดประชุมเอชไอเอ ของโครงการแต่ละโครงการไม่ทั่วถึงและประชาชนไม่สามารถเข้าถึงได้

“การประชาสัมพันธ์ในการจัดเอชไอเอ ยังไม่ทั่วถึงดีพอจากการพูดคุยกับผู้ประกอบการและบริษัทที่ปรึกษาส่วนใหญ่จะได้อธิบายว่าทำแล้ว แจ้งแล้ว ไม่ต่ำกว่า ๓ ช่องทาง แต่ว่าไม่ได้ประเมินช่องทางที่เข้าถึงผู้รับสาร ไม่ได้พูดถึงในการชีวิตเอชไอเอ”

๔. ในการทำเอชไอเอ แต่ละครั้งมีการกำหนดบุคคลเพื่อเข้าร่วมจัดทำเอชไอเอ บริษัทเจ้าของโครงการเชิญแต่ผู้นำชุมชนที่มีความเห็นคล้อยตามโรงงาน ไม่พูดข้อเท็จจริงเรื่องมลพิษสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงที่ชาวบ้านประสบอยู่

“แต่ละครั้งมีการกำหนดบุคคลเป็นกลุ่มเป้าหมายเดิมๆ

เข้าไปก็เป็นเฉพาะกลุ่มที่เลือกเฟ้นไว้ คือลักษณะในการเชิญ ผู้ที่เห็นคล้อยแล้วก็มักจะไม่แสดงข้อมูลข้อเท็จจริงเรื่องปัญหา และก็ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น จะไปพูดเรื่องอื่นมากกว่า เช่น อยากได้น้ำมัน อยากได้นี้ แต่ข้อมูลเรื่องสถานการณ์เรื่องสุขภาพ และมลพิษนั้น แทบจะไม่ได้พูดถึงหรือแทบจะไม่ได้เชิญคนเหล่านี้”

๕. การจัดประชุมเอชไอเอ ใน ๑ วัน หลายโครงการ อาทิ บริษัท SCG และบริษัทไบเออร์ไทย ร่วมกับ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะทำให้ชาวบ้านเข้าใจได้

“การจัดประชุมแต่ละครั้งก็ไม่ได้แจ้งเงื่อนไข แจกเอกสาร ข้อมูลหน้าห้อง การทำ scoping ต้องศึกษาอย่างละเอียดก่อน เข้าร่วม เพราะฉะนั้น เราจะไม่รู้เลยว่าโรงงานนี้ยังไปบ้างก็จะมี ข้อที่ให้เขากำหนดขอบเขตการศึกษาแบบไหน”

๖. เวลาในการนำเสนอความคิดเห็นน้อยเกินไป และไม่ได้อัดเวลาให้ชุมชนได้นำเสนอข้อห่วงกังวลอย่างเพียงพอ เช่น ให้ชาวบ้านหรือผู้นำเสนอไม่ถึงชั่วโมง ในการจัดประชุมแต่ละครั้ง และไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่ถูกต้อง

“เวลาในการรับฟังก็น้อย เวลาในการแสดงความคิดเห็นก็น้อยเกินไปและก็ไม่ได้อัดเวลาให้ชุมชนพูดอย่างเพียงพอ ถ้ามาพูดแล้วก็ขอก่อนขอกลุ่มนั้นบ้างกลุ่มนี้บ้าง เข้าใจว่านี่คือความหลากหลายของเวที แต่ว่ากลุ่มที่อยากสะท้อนปัญหาก็มักจะถูกบีบหรือถูกขิดกันไว้ด้วยการดำเนินการในบางครั้ง”

๗. บริษัทชี้แจงข้อสงสัยไม่ได้ ไม่สามารถอธิบายในที่ประชุมต่อข้อสงสัยและข้อห่วงกังวลได้ตรงตามหลักวิธีการ การทำแบบสอบถามก็ไม่มีการอธิบาย หรือชี้แจงขั้นตอนการกรอกแบบสอบถามอย่างละเอียดให้กับชาวบ้าน ชุมชน หรือไม่ได้กรอกแบบสอบถามตรงตามที่ชุมชนนำเสนอ หรือแอบถามชุมชนโดยที่ชุมชนไม่เข้าใจและเอาไปกรอกให้โดยที่ชุมชนไม่เข้าใจ

“เรื่องแบบสอบถามก็ไม่ได้ชี้แจงแบบสอบถาม อยู่ๆ ก็เดินไปถาม แล้วก็กรอก น่าจะเปิดเผยแบบสอบถามให้รู้ก่อนสัก ๗ วัน ให้ชุมชนตอบ เสร็จแล้วส่งกลับไปให้ อย่างนี้ดีกว่าครับ ดีกว่าไปถามแล้วแหล่งข้อมูลไม่เข้าใจกับคำถาม”

๘. ไม่มีการบันทึกข้อกังวลหรือข้อสงสัยที่ประชาชน ชุมชน ได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นระบบหรือเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่สรุปผลการจัด Public Scoping และเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณชน

๙. บริษัทเจ้าของโครงการและบริษัทที่ปรึกษา จัดทำเอชไอเอ แบบเร่งรีบ หรือเพียงเพื่อต้องการให้โครงการสามารถดำเนินการได้เท่านั้น ไม่ใช่หวังเพื่อสร้างมาตรการหรือกลไกอันนำไปสู่ผลการลดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างแท้จริง

“บางทีก็จะทำเอชไอเอ แบบเร่งรีบเกินไป ไหนๆ เรา จะสร้างประสิทธิภาพแต่เข้าใจว่าอีกสามเดือนน่าจะไม่ได้ไม่ได้ก็ตามแต่ ก็เป็นเรื่องเศรษฐกิจ ก็ไม่น่าจะเอาเหตุผลนั้นมาทำให้ เอชไอเอ ต้องไม่มีประสิทธิภาพ”

๑๐. กลุ่มผู้เข้าร่วมการจัดทำเอชไอเอ ในช่วงที่ผ่านมา ไม่มีความหลากหลาย เช่น ไม่มีตัวแทนกลุ่มเด็ก คนชรา คนพิการ ผู้หญิง นักวิชาการ ข้าราชการ หรือกลุ่มอื่นๆ เข้าร่วมอย่างเป็นระบบ

“ผู้เข้าร่วมไม่มีความหลากหลายพอ ยังไม่มีตัวแทนเด็ก สตรี คนชรา ผู้พิการ นักวิชาการ ข้าราชการ กลุ่มอื่นๆ เข้าร่วมร่วม ก็จะเป็นกลุ่มชุมชนเดิม ผู้นำชุมชนก็เป็นกลุ่มเดิมๆ”

๑๑. การจัดทำเอชไอเอ ไม่ได้ทำตามกระบวนการของ ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ลงวันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ อย่างถูกต้องทุกขั้นตอนที่มี

๑๒. ประชาชนชาวระยองผู้ได้รับผลกระทบรับไม่ได้กับการจัดทำเอชไอเอ ฉบับแหกตาประชาชนในช่วงที่มีการจัดทำเอชไอเอ ที่ผ่านมากลางร่วมใจคัดค้านการจัดทำเอชไอเอ แบบหลอกหลวงประชาชนในช่วงที่ผ่านมา

“พวกเราชาวระยองต้องการเอชไอเอ เพื่อประชาชน ไม่ใช่เอชไอเอ เพื่อโรงงาน”

“เรื่องเอชไอเอ นอกเหนือจากกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ในการแก้ไขปัญหา สังคมควรมีส่วนที่จะเข้าไปรับรู้หรือตรวจสอบที่ผ่านมายังไม่มี ซึ่งเป็นปัญหาแต่ไม่ใช่อุปสรรค ถ้าเรายอมรับข้อเท็จจริงแล้วเราช่วยกัน แก่ระบบให้ดีที่สุดเพื่อทำให้กระบวนการ เอชไอเอ นั้นเกิดขึ้นอย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ”



โดย สุชนา อัมราลิขิต
ผอ.สำนักวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม สำนักงาน
นโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สพ.)

“ ต่อยอมรับว่า ประเทศต้องมีการพัฒนา แต่พัฒนาอย่างไรที่จะไม่มีผลกระทบ หน่วยงานของ สพ. จะช่วยกันทำกระบวนการตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ซึ่งอยู่ในหมวดของสิทธิชุมชน ให้อยู่ในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ไม่ว่าจะป็นภาครัฐหรือเอกชน เพื่อพัฒนาไปสู่สังคมการมีส่วนร่วมจริงๆ ทำให้ทุกฝ่ายสามารถอยู่ร่วมกันได้ ”

ปรากฏการณ์ที่มาพบตาพุดเป็นปรากฏการณ์พิเศษ เนื่องจากโครงการต่างๆ เป็นโครงการเกิดขึ้นแล้ว และศาลปกครองมีคำสั่งคุ้มครองชั่วคราว จึงต้องจัดให้มีกระบวนการดำเนินการตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ได้มีการบูรณาการเอชไอเอเข้ามาอยู่ในกระบวนการอีไอเอที่ออกเป็นกฎหมายแล้ว เป็นไปตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยใช้มาตรา ๔๖ - ๕๑ เรียกว่ารายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ สำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ

กระบวนการจัดทำรายงานฯ ค ๑ จะต้องเปิดเผยข้อมูลแก่ประชาชน ก่อนการกำหนดขอบเขตและแนวทางการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมสุขภาพ (public scoping) และหลังจากศึกษา ต้องนำผลการศึกษาให้ประชาชนได้รับรู้รับทราบและพิจารณาว่าสิ่งที่ประเมินผลกระทบมานั้นครบถ้วนหรือไม่ แล้วมาตรวจการที่เสนอนั้นประชาชนมั่นใจหรือไม่ว่าจะสามารถป้องกันหรือว่าลด

ผลกระทบตรงนั้นได้ เรื่องสิ่งแวดล้อมต้องควบคู่ไปกับสุขภาพ ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการ มีผลกระทบอะไร เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนอย่างไร ต้องนำเสนอผลกระทบตรงนี้ และตีความว่าจะทำอย่างไรให้ประชาชนหรือว่าผู้มีส่วนได้เสียกับโครงการนี้ได้เข้ามามีส่วนเสนอในประเด็นข้อห่วงกังวล และนำเสนอแนวทางการศึกษาการประเมินผลกระทบ

เรื่องของการสื่อสาร ๓ ช่องทาง ให้ประชาชนได้ทราบข้อมูล ผู้ศึกษาจะต้องคิดช่องทางสื่อสารสาธารณะที่จะไปสู่กลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง และ สพ. จะเสนอ คชก. พิจารณารายงาน ในคณะกรรมการผู้ชำนาญการ จะมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ามาดูในส่วนนี้ด้วย

“ต่อยอมรับว่า ประเทศต้องมีการพัฒนา แต่พัฒนาอย่างไรที่จะไม่มีผลกระทบ หน่วยงานของ สพ. จะช่วยกันทำกระบวนการมาตรา ๖๗ วรรคสอง ซึ่งอยู่ในหมวดสิทธิชุมชน ให้อยู่ในกระบวนการพัฒนาต่างๆ ไม่ว่าจะป็นภาครัฐหรือเอกชน เพื่อพัฒนาไปสู่สังคมการมีส่วนร่วมจริงๆ ทำให้ทุกฝ่ายสามารถอยู่ร่วมกันได้”



โดย สิริวรรณ จันทกุล
ผอ.กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

“ สิ่งหนึ่งที่เราเห็นว่าเกิดขึ้นจากเวทีนี้จริง คือ ทุกฝ่ายมีการปรับตัวและออกจากที่ตั้งของตนเอง เข้าไปเรียนรู้ รับรู้ส่วนที่เป็นปัญหา เช่น ภาคเอกชน จากเดิมที่อยู่ในโรงงานของตัวเอง กระบวนการ เอชไอเอ บอกว่าสิ่งที่คุณต้องประเมินมีทั้งในโรงงาน และนอกโรงงาน ในส่วนของบริษัทที่ปรึกษาจากที่เคยเสนอรายงานแก่ทาง คชก. ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ วิชาชีพทางเทคนิค ตอนนี้เริ่มปรับตัวที่จะนำเรื่องของการสื่อสารกับประชาชนได้ ภาครัฐ ทุกภาคส่วน ต้องปรับตัว การใช้เอชไอเอในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่อื่นๆ คือจุดเริ่มต้นของการพัฒนา อาจจะยังไม่สามารถตอบโจทย์ทั้งหมด แต่นั่นคือสิ่งที่เราควรต้องช่วยกันผลักดันต่อไป ”

เอชไอเอ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ไม่สนับสนุนกระบวนการตัดสินใจของการพัฒนา เป็นเครื่องมือที่นำเอาเรื่องของสุขภาพเข้าไปไว้ในหัวใจของการพัฒนา ใช้ได้ในหลายระดับ ทั้งระดับนโยบาย โครงการและชุมชน ปัญหาที่มาบตาพุดมีความซับซ้อน การทำเอชไอเอของโครงการอาจจะตอบปัญหาของชุมชนไม่ได้ทั้งหมด

ทั้งนี้ภาครัฐ ผู้ประกอบการ และบริษัทที่ปรึกษา ค่อนข้างกังวลกับกระบวนการและเวทีเอชไอเอ ส่วนทางภาคประชาชนอาจจะละเลยการถามข้อมูล ที่เป็นเรื่องของผลกระทบจากนักวิชาการ และตามขอบเขตที่กำหนด เวที public scoping ควรจะมีผู้เข้าร่วมจากทั้งประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งยังไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเตรียมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องเอชไอเอ และบทบาทของตนเองในเวทีต่างๆ เพื่อเป็นฐานในการทำงานการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

ในช่วงแรกของการทำเวที มีเสียงสะท้อนกลับมาว่าไม่มีข้อมูลสุขภาพ แต่ในความเป็นจริงข้อมูลนี้มีอยู่ในรายงานอีไอเอทางจังหวัดได้มีการพัฒนาหาข้อมูลรวมเป็นเล่ม ข้อมูลพื้นฐานตรงนี้เป็นจุดเริ่มต้น แต่ยังไม่เพียงพอจะต้องมีการต่อยอดขึ้นไปอีก กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานไปทั้งทางจังหวัดและท้องถิ่นให้มีการอบรม อสม. และแกนนำชุมชน แต่ว่าก็ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในส่วนของภาคประชาชน ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญให้มาเพิ่มเติมสำหรับคนที่จะต้องมีบทบาทในเรื่องที่จะต้องเข้าไปในเวทีต่างๆ

โดยส่วนตัวมองว่าเอชไอเอในระดับของโครงการกระบวนการ public scoping อาจจะไม่ได้ตอบปัญหาของที่

มาบตาพุด ซึ่งมีข้อเสนอว่าที่มาบตาพุดอาจจะต้องทำการประเมินสิ่งแวดล้อมระดับยุทธศาสตร์ หรือ SEA (Strategic Environmental Assessment) เข้าไปเป็นอีกหนึ่งกระบวนการที่จะดำเนินการแก้ไขในการควบคุมเรื่องนี้

“ สิ่งหนึ่งที่เราเห็นว่าเกิดขึ้นจากเวทีนี้จริง คือทุกฝ่ายมีการปรับตัวและปรับตัวที่จะออกจากที่ตั้งของตนเอง เข้าไปเรียนรู้ ได้รับความต้องการ ได้รับความคาดหวัง รับรู้ส่วนที่เป็นปัญหา เช่น ภาคเอกชนเองจากเดิมที่อยู่ในโรงงานของตัวเอง กระบวนการของเอชไอเอ บอกว่าสิ่งที่ต้องประเมินทั้งในโรงงานและนอกโรงงาน ในส่วนของบริษัทที่ปรึกษา จากเดิมเคยเสนอแต่ทางคณะผู้ชำนาญการ (คชก.) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพทางเทคนิค ตอนนี้เริ่มปรับตัวที่จะนำเรื่องของการสื่อสารแก่กับประชาชนได้ ภาครัฐทุกภาคส่วนต้องปรับตัว การใช้เอชไอเอเข้ามาในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่อื่นๆ นี่คือนจุดที่เริ่มต้นของการพัฒนา อาจจะยังไม่สามารถตอบโจทย์ทั้งหมด แต่นั่นคือสิ่งที่เราคงต้องช่วยกันผลักดันต่อไป”

Public Scoping

: ประสบการณ์เปรียบเทียบ ไทยและต่างประเทศ

“ กระบวนการกำหนดขอบเขต และแนวทางการประเมินผลกระทบที่ดี ควรจะเปิดกว้าง จริงใจ เปิดเผย ให้ความรู้ที่รอบด้าน อาจจะมีปัญหาหรือความยุ่งยาก ในเรื่องความสมดุลระหว่างการให้น้ำหนัก ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หรือชาวบ้าน โครงการเล็กหรือโครงการใหญ่ จำนวนคนที่จะได้รับผลกระทบมากหรือน้อย ใครจะต้องมาเข้าร่วม ต้องใช้ระบบตัวแทนหรือไม่ ถ้าเป็นตัวแทน เป็นตัวแทนจริงหรือเปล่า ถ้าเป็นผู้นำชุมชนจะสามารถเป็นตัวแทนของคนที่ย่อยโอกาสได้หรือไม่ เพราะคนที่ย่อยโอกาส คนที่เกษียณอายุ คนพิการต่างๆ คือคนที่ได้รับผลกระทบอย่างมาก สิ่งเหล่านี้ เป็นโจทย์ที่ต้องหาความสมดุล กระบวนการเอชไอเอ เป็นกระบวนการทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างปัญญา ภาคผลเมืองขึ้นมาในแผ่นดิน ”

โดย พศ.ดร.นพ.ปิตพงษ์ เกษสมบุรณ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



กรณีศึกษาในต่างประเทศ

กรณีศึกษาที่ ๑

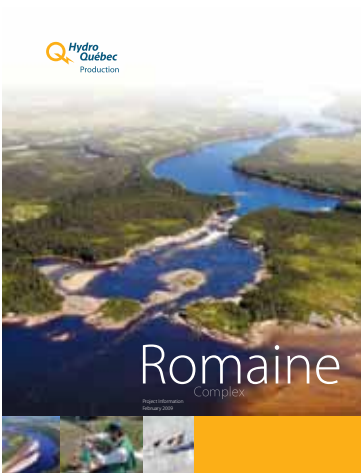
กระบวนการประเมินผลกระทบและจัดการผลกระทบของเขื่อน Romaine รัฐ QUEBEC ประเทศแคนาดา

เอกสารที่เผยแพร่ จะเป็นแบบพิมพ์ ๔ สี มีเนื้อหา ๖ หน้า ซึ่งเป็นเอกสารที่กระชับได้ใจความครอบคลุมประเด็นที่สำคัญๆ จะพูดถึงรายละเอียดของโครงการ มีการนำเสนอในรูปแบบของตาราง ที่ทำให้ประชาชนหรือสาธารณชนศึกษาทำความเข้าใจได้ มีแผนที่ชี้ให้เห็นจุดทำงาน และคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากโครงการ ทิศทางเศรษฐกิจ และสังคม การสร้างงาน มีการคาดการณ์ว่า ในแต่ละปีๆ จะต้องใช้คนงานอย่างน้อยแค่ไหน วางแผนว่าจะใช้คนงานในท้องถิ่น ๖๐ % ซึ่งจะทำให้เกิดการหมุนเวียน ทางเศรษฐกิจต่างๆ เท่าไหร่ เป็นสิ่งที่โครงการนำเสนอขึ้นมา และบอกแผนการปกป้องสิ่งแวดล้อมต่างๆ ว่าจะมีการดำเนินการเรื่องอะไรบ้าง มีการลงทุน ๓๐๐ ล้านดอลลาร์จากโครงการมูลค่า ๖,๕๐๐ ล้านดอลลาร์ ซึ่งคำนวณคร่าวๆ ก็ ๕ % ในกิจกรรม

ตรงนั้น รวมไปถึง impact assessment การวางแผนมาตรการต่างๆ รวมทั้ง การลงทุนด้านการติดตามตรวจสอบ (monitor) ผลกระทบ บอกถึงแผนติดตาม จะสร้างตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๙ - ๒๐๑๒ แล้ววางแผนว่า มีการติดตามถึงปี ๒๐๔๐ มีมาตรฐานว่าจะติดตามตรวจสอบอะไรบางอย่างไว้ในประเด็นต่างๆ การมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การท้องถิ่น ข้อตกลงต่างๆ และชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบปัญหาต่างๆ นั้นอย่างไร โครงการใช้เวลาประมาณ ๕ ปี ที่ในการสร้างการมีส่วนร่วม ตรงนี้เป็นเวลาที่เพียงพอในการทำให้ได้ข้อคิดเห็น ได้ความห่วงกังวล ได้ข้อเสนอแนะอย่างมากมาย จากหลายๆ ภาคส่วนในสังคม รวมทั้งข้อตกลง ข้อสัญญาต่างๆ จากชุมชนกลุ่มน้อย คนพื้นเมืองด้วย

ตัวอย่างเอกสารเผยแพร่ ข้อมูลโครงการก่อสร้างเขื่อน Romaine รัฐ QUEBEC ประเทศแคนาดา

<p>Salmon fishing</p> 	<p>Innu snowmobilers</p> 	<p>Innu participation in field surveys</p> 	<p>Soil sampling</p> 
<p>Hunting and fishing</p> <p>Construction of boat ramps on the banks of each reservoir</p> <p>Development of portage paths</p> <p>Widened right-of-way to allow parking along the Route de la Romaine</p>	<p>Snowmobiling</p> <p>Construction of a snowmobile bridge downstream of Romaine-1</p> <p>Snowmobiles will be able to cross the river using the road bridge at Romaine-1</p> <p>Construction of a parking lot near Romaine-1</p>	<p>Forestry</p> <p>Recovery of merchantable timber from reservoirs and jobsites</p> <p>Jobsite rehabilitation (reforestation and planting)</p>	<p>Mercury</p> <p>The increase in fish mercury in the Romaine reservoirs is expected to be similar to or lower than in the La Grande reservoirs. Experience has shown that the mercury exposure levels for area residents will be low and are not dangerous to human health.</p>



กรณีศึกษาในต่างประเทศ

โครงการคำนึงถึงเรื่องของการพัฒนาอย่างยั่งยืน ความรับผิดชอบ การตั้งกองทุน การรับผิดชอบต่ออย่างไร ปัญหาในระยะยาวจะอย่างไร

ข้อสังเกต

1. โครงการนี้ใช้เวลารับฟังความคิดเห็นต่อเนื่อง และยาวนานมากกว่า ๕ ปี การไปรับฟังความคิดเห็น มีข้อมูล ที่คิดว่าค่อนข้างจะแน่นพอสมควร มีการทำการประเมินผลกระทบเบื้องต้น เสนอมาตรการ แผน แล้วเอาไปถามชาวบ้าน นำมาปรับปรุง สุดท้ายได้สิ่งที่จะเอาไปคุยกับประชาชนอีกรอบ
2. การให้ความสำคัญกับชนกลุ่มน้อย มีการทำ สัญญาว่าจะทำหรือไม่ทำอะไร ไม่ใช่สัญญาปากเปล่า

๓. รูปแบบในการรับฟังความคิดเห็นมีความ หลากหลาย เช่น การจัดประชุมจัดรับฟัง ประชุมเชิง ปฏิบัติการ การเข้าไปดูในชุมชน การสัมภาษณ์บุคคลต่างๆ การสำรวจ รวมทั้งการเปิดช่องให้แสดงความคิดเห็น รวมทั้ง การรวบรวมข้อห่วงกังวลของสังคมจากสื่อต่างๆ ที่ชอบเขียน ส่งไปยังหนังสือพิมพ์ต่างๆ รวมทั้งเว็บไซต์ ก็เปิดโอกาสที่จะ รับข้อมูลจากฝ่ายที่ต่อต้าน ซึ่งมีฝ่ายต่อต้านที่เข้มแข็งคือ อินเทอร์เน็ตเช่นเนล ริเวอ ได้ชี้ประเด็นที่เป็นจุดอ่อนของโครงการ มากมาย ทางบริษัทได้แจกแจงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ออกมา และ ชี้แจงดูว่าจะมีมาตรการอะไรต่างๆ ที่จะไม่ให้เกิดตามข้อห่วง กังวลนั้นหรือไม่

กรณีศึกษาที่ ๒

โครงการก่อสร้างสนามบิน “Finningler Airfield Development” ของออสเตรเลีย มีการทำ scoping โดยตั้งวัตถุประสงค์ไว้ว่า อยากจะรับฟังความคิดเห็นข้อห่วงกังวล ต่างๆ จากผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ รวมทั้งนักบินวิชาชีพ และประชาชนที่ได้อาจจะได้รับผลกระทบ

การกำหนดขอบเขตมีทั้งชุมชนที่อยู่ใกล้เส้นทาง เครื่องบินจะบินผ่าน ชุมชนรอบๆ ที่ห่างออกไป ใช้วิธีการ ที่หลากหลายในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน เช่น แบบสัมภาษณ์ประชาชนหนึ่งต่อหนึ่ง จัดสนทนากลุ่มย่อย จัด เวทีรับฟังความคิดเห็น รวบรวมจากจดหมายที่ส่งเข้ามา การ ทำสำรวจ (survey) หรือบางชุมชนที่กระตือรือร้นที่จะทำให้เกิดการตระหนักในชุมชน บางชุมชนมีการลงประชามติด้วย ว่า จะเอาหรือไม่เอา

วิธีการเผยแพร่เชิญชวนมีเอกสารหลายรูปแบบ เช่น วางโปสเตอร์ไว้ตามสถานที่ต่างๆ เช่น ไปรษณีย์ โบสถ์ โรงเรียน คลินิก สถานที่สาธารณะต่างๆ เพื่อให้ชุมชนทราบว่า จะมี โครงการนี้เกิดขึ้น และตระหนักว่า จะต้องเข้ามีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็น มีการส่งจดหมายเชิญโดยตรงไปยัง กลุ่มเป้าหมายที่คิดว่าน่าจะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับผลกระทบ หรือเป็นตัวแทนของกลุ่มต่างๆ เช่น การสัมภาษณ์ หนึ่งต่อหนึ่ง ก็จะสุ่มเลือกมาในอาชีพต่างๆ เช่น ตำรวจ ในพื้นที่ สมาชิกหอการค้า ผู้นำชุมชน ครูใหญ่ สมาชิกสมาคม ครู ผู้นำทางสถานศึกษา หรือกลุ่มที่ active เผื่อว่าจะ เกิดสนามบินขึ้นในชุมชนหรือไม่ แพทย์ประจำครอบครัวเนื่องจาก ในต่างประเทศจะมีแพทย์ ๑ คน ดูแลประชาชนประมาณ ๒,๐๐๐ คน แพทย์ประจำครอบครัว ก็จะเป็นคนที่ใกล้ชิดกับ

ประชาชน รู้ว่าสถานะสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างไร ก็จะเป็น แหล่งข้อมูลที่สำคัญ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ สมาชิกสภาเมือง เวลาเลือกมาก็จะสุ่มจากรายชื่อที่มีในกลุ่ม ค้นหารายต่อไปโดยการบอกต่อหรือว่า Snow ball มีการจัด คุยแบบกลุ่มย่อย (Focus group)

ช่วงเวลาที่จัด ก็มีการจัดหลายครั้ง ประชาชน ที่เข้าร่วมมีหลากหลายอายุ ตั้งแต่เยาวชน จนถึงผู้สูงอายุ ผู้ ที่เกษียณแล้ว มีทั้งมาเอง และได้รับการเชิญชวนโดยตรง ผู้ ประเมินผลกระทบเอง ตั้งข้อสังเกตว่า ประชาชนบาง พื้นที่มาเข้าร่วมน้อย ก็ตรงกับที่สรุปไว้ในเอกสารว่า ในกลุ่ม เสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส บางครั้งไม่มีเวลามาเข้าร่วมเพราะต้อง ทำมาหากิน บางคนที่มาเข้าร่วมมากกว่าหนึ่งครั้ง การรับ ข้อมูลข่าวสารบางครั้งรับจากสื่อมวลชน หรือค้นคว้าข้อมูล ด้วยตนเอง ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ชุมชน สาธารณก็จะ ยกประเด็นขึ้นมาหลายๆ เรื่องด้วยกัน ซึ่งก็ครอบคลุมเรื่อง สำคัญ และใช้คำว่า socially significant impact โครงการ ต้องตระหนักและให้ความสำคัญ ชี้แจงกับการหาคำตอบ จะเน้นวิธีการหาคำตอบ

ข้อสังเกต การทำ scoping ของโครงการนี้ใช้ หลากหลายวิธี แต่จะเข้มข้นขึ้นในเชิงกึ่งๆ คล้ายการวิจัยเชิงคุณภาพ

โครงการมีการชี้แจงรายละเอียดพร้อมความพยายามที่จะทำเมืองอย่างยั่งยืน ไม่ให้มีผลกระทบในด้านต่างๆ มีการรับฟังความคิดเห็นประชาชน และการกำหนดกรอบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่มองมุมกว้าง ให้ความสำคัญกับชนกลุ่มน้อย กล่าวถึงการทำสัญญาข้อตกลง เรื่องผลประโยชน์ ผลกระทบ รวมถึงแนวทางที่จะร่วมกันดูแล สังคม ชุมชน สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ มีการประเมินว่าสิ่งอะไรที่ทำให้เราป่วยหรือตาย และสิ่งนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ซึ่งจะประเมินได้ง่ายกว่า หรือเร็วกว่า ทันเวลากว่า และเป็นแนวทางที่แคนาดาใช้เป็นกรอบของเรื่อง determinants of health คือ ในหลายๆ ประเด็น สุดท้ายแล้ว ถ้ากระทบก็จะมีผลกระทบต่อสุขภาพในที่สุด

ประเทศไทยประยุกต์เป็น ๙ กลุ่ม ก็คิดว่า เรียนรู้จากแคนาดา เจ้าหน้าที่ระดับสูงกระทรวงสาธารณสุขของแคนาดา ก็มาช่วยเราในการวางกรอบในเรื่องนี้อยู่หลายครั้ง ซึ่งเน้นว่าการใช้กรอบแบบนี้มีประโยชน์อย่างไร มีการวางมาตรการที่จะดูแลสุขภาพตามกรอบเหล่านี้ ทำให้เห็นช่องทางที่จะทำให้สุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น กว้างขึ้น เช่น เรื่องของรายได้สาธารณะทางสังคม ก็จะชี้ประเด็นว่า โครงการนี้จะสร้างงานอย่างไร ตำแหน่งงานนี้จะต้องเป็นของท้องถิ่นหรืออย่างไร มีการกำหนดว่า ครึ่งหนึ่งต้องเป็นของคนพื้นเมือง จะช่วยลดอัตราการว่างงานได้เท่าไร เป็นผลด้านบวก แต่จริงๆ ก็มีด้านลบ เช่นใครจะเสียอาชีพ ใครจะตกงาน ก็คงจะมีอีกด้านหนึ่ง

ในเรื่องของการเครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นประเด็นที่มีผลกระทบมาก จริงแล้วก็มีงานวิจัยสนับสนุนว่าคนที่เป็โรคหัวใจถ้ามีเครือข่ายทางสังคมดูแลช่วยเหลือดีก็จะตายช้า กว่าคนที่ไม่มีเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม อีกหลายๆ โรคก็จะเป็นเช่นนี้หมด ถ้าเห็นความสำคัญก็จะรับทราบข้อห่วงกังวลในเรื่องนี้และแผนว่าจะรับมือกับเรื่องนี้ได้อย่างไร เพื่อให้เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมไม่หายไป

สิ่งที่น่าสนใจ คือ การเป็นเจ้าของที่ดินปัจจุบันก็จะระมัดระวังไม่เปลี่ยนมือบ่อย หรือการที่คนหนุ่มสาวมาทำงาน

ในเมืองหมดทำให้ไม่มีคนดูแลผู้สูงอายุ ก็หาทางให้คนแก่เข้ามามีบทบาท หรือมีส่วนร่วม เรื่องการศึกษา มีแผนพัฒนาการศึกษาให้กับคนในท้องถิ่น ชาวพื้นเมือง เพราะส่วนนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก เพราะถ้าไม่มีความรู้เมื่อมีงานเข้ามา ก็ไม่ได้งานเพราะความรู้ไม่มี มีการ training education การฝึกงานต่างๆ เพื่อเพิ่มโอกาสการทำงาน จากการสังเกตการณ์ การทำ public scoping ที่สละบุรี เรื่องที่คนในท้องถิ่นยกเป็นประเด็นสำคัญก็คือเรื่องการทำ ถ้าสภาพการทำงานมีมลภาวะมลพิษมาก การทำงานนั้นก็อาจจะกลายเป็นปัจจัยเสี่ยง

มาตรการเรื่องอาชีวอนามัย มาตรการเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน กฎหมายต่างๆ ที่ดูในเรื่องนี้ ก็จะบอกมาว่าจะเคร่งครัดอย่างไร ในเรื่องของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นสิ่งที่ชัดเจนอยู่ในเรื่องอีไอเอ ว่ามลภาวะต่างๆ จะมีการจัดการอย่างไร มีแผนในเรื่องเหล่านี้อย่างชัดเจน มีระบบการตรวจสอบ และเรื่องสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เรื่องของสัตว์ป่า ก็มีมาตรการรวมทั้งผู้มาเกี่ยวข้อง เช่นผู้รับเหมาต่างๆ ก็จะวางมาตรการที่จะดูแลในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ผู้มีรายได้มาก แต่เอารายได้นั้นไปกินเหล้า สูบบุหรี่ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เทียบต่างๆ ก็ทำให้สุขภาพไม่ดี เพิ่มในเรื่องเหล่านี้ มีการตั้งกลุ่มตั้งชุมชนที่จะมาดูแลเฝ้าระวัง และหามาตรการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างไร ในปัจจุบันหลายๆพื้นที่ที่มีการพัฒนา คลับ บาร์ คาราโอเกะ เกิดขึ้นเต็มไปหมดต้องมีการวางมาตรการ ที่จะจัดการในเรื่องเหล่านี้ สวัสดิการพนักงาน การเงิน การติดยาเสพติด ความเครียด การติดสุรา ก็จะมีมาตรการที่จะคอยดูแล

ในเรื่องระบบบริการสุขภาพ เมื่อเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้น มีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น เมื่อจำนวนคนเพิ่มขึ้นมา ระบบบริการที่มีอยู่ สาธารณูปโภค จะต้องรองรับ จุดเด่นเรื่องนี้คือการมองเรื่องสุขภาพมากขึ้น และมองสุขภาพกว้างขึ้น และเน้นสิ่งที่จะจัดการได้ระยะอันใกล้ คือปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทำให้การคิดมาตรการต่างๆ กว้างขึ้น

กรณีศึกษาที่ ๑

การทำเหมืองทองคำที่ จังหวัดเลย

มีผลกระทบที่ค่อนข้างจะเยอะ มีไซยาไนด์ปนเปื้อน ออกมา จากภาวะที่น้ำเป็นกรด ไปย่อยสลายโลหะหนักต่างๆ ในพื้นดิน และไม่มีการทำตามมาตรการที่วางไว้ ตาม อีไอเอ ชาวบ้านได้รับผลกระทบมาก เช่น พืชผลเสียหาย ปลากินไม่ได้ การเจ็บป่วย น้ำห้ามดื่มห้ามใช้ การขนส่งที่

มากขึ้น การขนดิน ก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ แต่อย่างไรก็ตาม เมืองไทยกำลังดีขึ้นเรื่อยๆ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเริ่มเข้าใจ ว่า ความสัมพันธ์ของผลกระทบซับซ้อน สิ่งที่ไม่รู้จักเริ่มตระหนัก ชุมชนเริ่มตระหนัก

กรณีศึกษาที่ ๒

โรงไฟฟ้าชีวมวลจากแกลบที่จังหวัดนครสวรรค์

ความห่วงกังวลของชาวบ้านให้ข้อมูลว่า ฝุ่นในโรงงานอาจจะทำให้ข้าวลีบได้ เมื่อโรงงานทราบหรือตระหนักในข้อนี้ก็ วางแผนการทำงานอาจจะหยุดเป็นบางช่วงในการทำงาน

กรณีศึกษาที่ ๓

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายป่าชุมชน

ชาวบ้านเคยช่วยกันดับไฟป่าที่เคยเกิดขึ้นทุกปี จนกระทั่งแทบจะไม่มีไฟป่า และทำให้ได้ประโยชน์จากป่า อาหารก็อุดมสมบูรณ์เหมือนมีซูเปอร์มาร์เกตอยู่ข้างบ้าน เกิดรายได้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการขายหน่อไม้ เพียงชนิดเดียว ไม่รวมพืชผลอย่างอื่น มีมูลค่ารวมกันถึง ๒ ล้านบาทต่อเดือน

"จากการพูดคุยกับชาวบ้านแถวเชียงคานบอกว่า เมืองเหล็กมีทั้งถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย มีผลกระทบ อย่างมากแต่ไม่มีความรู้ ก็ได้เขยฝรั่งเป็นแหล่งข้อมูล มี ประสบการณ์จากเมืองนอก ช่วยค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ทำให้ชาวบ้านมีข้อมูลมาร่วมเวทีประชาวิจารณ์ได้"

สรุปกลุ่มย่อย ภาคบ้าย



กลุ่มที่ ๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดย วรุตม์ สอนมัน
สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

กลุ่ม ๒ ผู้ประกอบการ/บริษัทที่ปรึกษา

โดย พิพัฒน์ ทรวิชัย
บริษัท พีทีที แทงค์
เทอร์มินัล จำกัด

กลุ่มที่ ๓ ชุมชน

โดย ศุภกิจ นันทะวราการ
นักวิชาการ มูลนิธินโยบายสุขภาพ (บนส.)
และกรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อม
และสุขภาพ (เจเฉพาะกาล)

ดำเนินรายการ

โดย พศ.ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ
สถาบันจัดการระบบสุขภาพ
ภาคใต้ (สจรส.) มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์

“

การทำ Public Scoping ไม่ใช่เวทีการทำประชาคมหรือการรับฟังความคิดเห็น แต่เป็นกระบวนการที่เอาผู้คนจากภาคส่วนต่างๆ มาเรียนรู้คุณค่าในแต่ละแบบ

การทำ Community scoping เป็นกระบวนการให้ชุมชนตระหนัก ต้องมีกระบวนการพูดให้เกิดความเข้าใจว่าจากโครงการนี้ชุมชนจะได้ประโยชน์อะไร สัมคมส่วนรวมได้ประโยชน์อะไร ส่วน Technical scoping คือการมีกลุ่มที่รู้เรื่องนี้ดี มาช่วยกันคิดกับชุมชนว่า มองขอบเขตเพียงพอครอบคลุม ยังมีเรื่องอื่นๆ ที่ต้องมอง หรือกำหนดเป็นขอบเขตหรือไม่

การทำ Public Scoping คงไม่ใช่แค่ Community Scoping อย่างเดียว อาจจะมี Technical Scoping เข้ามาร่วมด้วย หากจะทำให้โครงการนี้ดี Community Scoping ต้องสร้างให้ชุมชนคิดถึงเป้าหมาย ภาพที่ชุมชนที่พึงประสงค์ ทำให้ชุมชนรู้จักเก็บข้อมูล วิเคราะห์ สัมเคราะห์ข้อมูล เป็นข้อมูลพื้นฐานของตัวเอง เพื่อตัดสินใจ วิเคราะห์ทางเลือก เป้าหมาย นโยบาย แผนงาน โครงการที่เข้ามาว่า สอดคล้องกับทิศทางของชุมชนหรือไม่ และทางเลือกนี้ต้องไปจุดหมายร่วมของชุมชน ไม่ใช่จุดหมายชั่วคราวชั่วครว

การสื่อสารเป็นเรื่องสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของชุมชน รู้ก่อน รู้นาน เป็นโจทย์ที่หลายกลุ่มพูดถึง ขณะเดียวกันเมื่อไหร่ก็ตามถ้าเรามีความจริงใจ แล้วให้ข้อมูลที่ถูกต้อง นั้นเป็นจุดเริ่มต้นของการทำเอชไอเอ ”

ภก.พศ.ดร. พงศ์เทพ สุธีรรุฒิ



กลุ่มที่ ๑

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)



นำเสนอโดย วรุตม์ สอนมัน
สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

ประเด็นที่ ๑

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรมีบทบาทในกระบวนการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดบทบาทท้องถิ่นให้ดำเนินการในส่วนของการดูแล สุขทุกข์ การบริการสาธารณะ ให้กับประชาชนในท้องถิ่นนั้น และโครงสร้างของท้องถิ่นมีการจัดตั้งโครงสร้าง เป็นฝ่ายต่างๆ มีกองสาธารณสุข ฝ่ายช่าง มีสำนักปลัดเพื่อรองรับบทบาทหน้าที่ ในการรับใช้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีส่วนของการสนับสนุนความรับรู้กับทั้งชุมชน กับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นส่วนของการประสานงานและผลพลอยได้คือนำข้อมูลที่ได้จากการทำเอชไอเอ เก็บเป็นฐานข้อมูล เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงท้องถิ่นเอง

ความเห็นเพิ่มเติมในประเด็นที่ ๑



ดร.กวีสุข พันธุ์เพ็ญ
ที่ปรึกษา กรมอนามัย

“อปท. จะมีข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชน ในการทำ scoping อปท. น่าจะมีบทบาทในการที่จะให้ข้อมูลด้านประชากร และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในการกำหนดขอบเขตการศึกษาถ้าเราสามารถโยงมาสู่กรอบของแผนพัฒนาท้องถิ่นได้ หรือถ้าเป็นไปได้ก็มีวาระ (agenda) ในการที่จะช่วยในการทำ scoping ในการติดตามประเมินผล กำกับตรวจสอบ”



วาสนา ลูบลำโรง
กรมอนามัย

“บทบาทของ อปท. ในการกำหนดขอบเขตการศึกษาของโครงการ หรือ Public Scoping คือทำให้ประชาชนตระหนักที่จะเข้าร่วมเวที แล้วก็นำเสนอข้อห่วงกังวลของประชาชนที่แท้จริงในเวทีของโครงการนั้น ไปให้ผู้ประกอบการ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการกำหนดขอบเขตของโครงการนั้นๆ และอาจจะนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับเรื่องร้องเรียนต่างๆ ที่มีอยู่เดิม อาจจะเป็นประโยชน์ในการเอาไปกำหนดขอบเขตได้ในอนาคต

ทั้งนี้ อปท. จะใกล้ชิดอยู่กับชุมชน และประชาชน จะเชื่อมั่นมากกว่าหน่วยงานภายนอก ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ที่จะดึงประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมได้มาก ประกอบกับ อปท. มีอำนาจใช้ พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งก็น่าจะใช้ส่วนนี้ในการติดตามตรวจสอบโครงการนั้นในอนาคต”

ประเด็นที่ ๒

การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพ
ที่ผ่านมา มีปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการทำงาน
หรือไม่ อย่างไร และมีวิธีในการแก้ไขอย่างไร

๑. **เนื้อหาไอเอเป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับท้องถิ่น บางที่ไม่ทราบเลยว่าเนื้อหาไอเอ คืออะไร** เนื่องจากท้องถิ่นมีหลายขนาด มีความหลากหลาย ในสถานที่หนึ่งอาจจะพบปัญหาอย่างหนึ่ง และอีกที่อาจจะพบปัญหาอีกอย่างหนึ่ง การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายของท้องถิ่นต่างๆ กัน ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ขึ้นอยู่กับปัญหาที่พบ ยกตัวอย่าง ท้องถิ่นที่ไม่ใช่เขตอุตสาหกรรม หรือเป็นเขตที่พัฒนามากๆ จะไม่ให้ความสำคัญ หรือลำดับความจำเป็นน้อยลงไป เมื่อท้องถิ่นไม่เข้าใจต้องมีการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจ โดยการหาที่ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำคอยเป็นพี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่นและทำความเข้าใจเรื่องเนื้อหาไอเอด้วย แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของท้องถิ่นในการดำเนินงาน

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๑



ชุลหเดช สวัสดิ์ริกษ์
เครือข่ายพิงเมืองเพื่อสิ่งแวดล้อม

“กระบวนการทำเนื้อหาไอเอ ยังไม่เป็นคำสั่งศาลปกครอง แต่ละ อบต. ก็จะมีขึ้นกับ วิสัยทัศน์ของนายก อบต. บางครั้ง อบต. จะหลุดออกไปจากกระบวนการเนื้อหาไอเอ คือบริษัทที่ปรึกษาเข้ามาทำ บางครั้ง อบต. ก็ไม่ทราบเรื่อง แต่ถ้าหากบริษัทที่ปรึกษาเห็นความสำคัญ ก็จะเข้าไปประสานงาน ส่วนสำคัญหากจะให้ท้องถิ่นทำข้อมูลเนื้อหาไอเอ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ท้องถิ่นอยู่แล้ว จะต้องเป็นพัฒนาทักษะการจัดทำข้อมูล เพราะว่าท้องถิ่นมักจะทำฐานข้อมูล (Database) ไม่ค่อยเก่ง”

๒. **ไม่มีระเบียบข้อบังคับที่จะมารองรับการทำงานของท้องถิ่น ทำให้การปฏิบัติของท้องถิ่นได้ไม่เต็มที่**

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๒



รศ.ดร.อุไรวรรณ อุนรัมย์
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
ม.ขอนแก่น

“ในระดับนโยบายสามารถที่จะสอดแทรกในเรื่องของการทำเนื้อหาไอเอในนโยบายท้องถิ่นได้ โดยผ่านระเบียบของกรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่นให้ทำเนื้อหาไอเอ ซึ่งน่าจะทำได้และน่าจะมีความเป็นไปได้ที่จะทำกันทั่วถึง”

๓. **ความขัดแย้งของการเมืองในท้องถิ่น ต้องให้ความสำคัญต่อเสียงของประชาชน**

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๓



วัฒนชัย มาลัย
อาจารย์ ม.ราชภัฏอุบลราชธานี

“ประเด็นของ อบต. จริงอยู่ที่มีมติการเมืองซะส่วนใหญ่ คือ ถ้าการเมืองนำแล้วการเมืองมีวิสัยทัศน์ บุคลากรที่เป็นข้าราชการที่อยู่ในอบต. ถึงจะเก่งแค่ไหน ถ้านักการเมืองไม่ไป หัวไม่ส่าย ทางไม่กระดิก ก็จะมีนิ่งอยู่ตรงนี้”

ประเด็นที่ ๓

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนการ กำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๑. การส่งเสริมประชาสัมพันธ์ และทำความเข้าใจ ในบางท้องถิ่นที่มีความจำเป็น อาจจะต้องเปิดตำแหน่งเพื่อรับเจ้าหน้าที่เพื่อไปดูแลรับผิดชอบด้านนี้โดยตรง แต่ก็อยู่กับศักยภาพของท้องถิ่นนั้นๆ

๒. ทุกฝ่ายต้องมีความจริงจัง

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๒



วรวัฏ สอนมัน
สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

“วิธีการแก้ไขที่ดีที่สุด อันแรกทุกฝ่ายต้องจริงจังก่อน เมื่อทุกฝ่ายจริงจังแล้ว ปัญหาที่จะเกิดขึ้นอาจจะน้อยลงหรือไม่มีเลย แล้วจะนำมาซึ่งความร่วมมืออย่างใดอย่างหนึ่งในอนาคต งานนี้อาจไม่ประสบผลสำเร็จแต่เป็นการสร้างทัศนคติในทางที่ดีต่องานหน้า”



สุวรรณา ศรีจันทร์
เทศบาล ต.บาติงดำ จ.เลย

“ชาวบ้านเคยได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จึงกลัวว่าทางผู้ประกอบการกับหน่วยงานภาครัฐจะบิดเบือนข้อมูล ทำให้ชาวบ้านไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการกำหนดขอบเขต ทุกวันนี้สังคมขาดความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในกัน ทำให้การตัดสินใจเป็นปัญหา อปท. ก็ทำงานยากขึ้น”

๓. การให้ความรู้เป็นสิ่งสำคัญ

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๓



นันทนันท์ วิเศษสิริกุล
รองนายกเทศมนตรี เทศบาล ต.บารัก จ.อำนาจเจริญ

“ทางกลุ่มให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในท้องถิ่น อบจ. อบต. เทศบาล และการให้ความรู้กับประชาชนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญของเอชไอเอ สามารถทำเป็นหลักสูตรสร้างความตระหนักให้เยาวชน นักเรียน นักศึกษา ที่อยู่โรงเรียนในความรับผิดชอบของในท้องถิ่น ว่าเขามีสิทธิ์ที่จะมีความเป็นอยู่ที่มีความสุข ไม่มีมลภาวะ หรือว่ามีอะไรที่มาส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ต่อความเป็นอยู่ของเขา”



พศ.ดร. อัจฉรา จิตวong
ม.ราชภัฏอุดรธานี

“ควรให้ความรู้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควบคู่กับ ประชาชน แกนนำชุมชน กำหนดผู้นำหมู่บ้าน และผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนอื่นๆ ทาง ทุกส่วน และควรรับรู้เรื่องนี้ไปในทิศทางเดียวกัน”



วิฑฒชัย มาลัย
อาจารย์ ม.ราชภัฏอุบลราชธานี

“ต้องให้ความรู้ด้านการเมือง โดยเฉพาะนักการเมืองท้องถิ่น เพราะเขาจะเป็นคนชี้เป็นชี้ตายให้กับประชาชนท้องถิ่นของเขา ถ้าเขามีจิตสำนึกในเรื่องสิ่งแวดล้อม จะนำมาซึ่งสิ่งดีๆ แล้วเมื่อเราให้ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ระดับข้าราชการท้องถิ่น เสริมเข้าไป เขาก็จะได้ฟังเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นมากขึ้น ถ้าเป็นไปได้ ถ้าจัดประสานงานไปสมาคมของกลุ่ม อปท. ซึ่งมีความเข้มแข็งอยู่ น่าจะเป็นไปได้ที่จะกระจายเรื่องของเอชไอเอ”



กลุ่มที่ ๒

ผู้ประกอบการ/บริษัทที่ปรึกษา



นำเสนอโดย พิพัฒน์ ทรวงักขร
บริษัท พีทีที แทงค์ เทอร์มินัล จำกัด

ประเด็นที่ ๑

บริษัทที่ปรึกษา/ผู้ประกอบการ ควรจับตาดูในกระบวนการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร

๑. ข้อมูลที่สรุปประเด็นจนได้ชัดเจน ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อมูลวัตถุดิบและสารเคมี ที่เป็นข้อมูลด้านบวกและข้อมูลด้านลบที่เกิดจากกระบวนการผลิต เพื่อนำเสนอแก่ทุกภาคส่วน และตั้งเป็นประเด็นคิดแทนให้ชาวบ้านว่า โครงการที่กำลังจะทำมีผลกระทบอะไรบ้าง นอกจากนี้ผู้ประกอบการที่จะทำเอชไอเอ ควรจะมีข้อมูลที่มีความชัดเจนและครอบคลุมทุกประเด็น เช่น หากพูดถึงมลพิษทางอากาศ ก็ไม่ควรมีข้อมูลเฉพาะแค่เรื่องอากาศ ควรชี้ประเด็นถึงค่า NOx SOx และปริมาณฝุ่น เมื่อบริษัทที่ปรึกษาเอาข้อมูลไปทำต่อจะได้มีความความชัดเจน และในท้ายที่สุดจะได้ข้อมูลที่เป็นผลกระทบที่ชัดเจน

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๑



สมชาย จันทรแก้ว บ.ไออาร์พีซี



อ.กบอบศักดิ์ บุนยักดิ์ บ.บูรพา



อ.กรรณิการ์ ใจจิวิจารย์ บ.หิวเดียว

“ประเด็นแรกต้องรู้ว่าเราใช้วัตถุดิบหรือสารเคมีอะไรบ้างในกระบวนการผลิตที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ”

“การให้ข้อมูลนี้ต้องให้กับผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน ข้อมูลนี้อาจจะเป็นเรื่องของการจัดเตรียมข้อมูลทั้งสองด้านคือ ด้านบวกและด้านลบ”

“ต้องบอกว่าเอชไอเอ ไม่ใช่เฉพาะมาบตาพุด แต่เป็นของทั้งประเทศไทย ฉะนั้นเมื่อเป็นระดับประเทศ จึงอยากให้อื่นที่ยังไม่ทำข้อมูล ได้ทำเหมือนที่ระยอง ซึ่งจะปรับประเด็นนี้ไปให้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจะพัฒนารูปแบบของการรวบรวมข้อมูลและเก็บข้อมูลเชิงพื้นที่ให้ครอบคลุม”

๒. เปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการรับรู้และกำหนดกิจกรรม ในขณะที่ภาครัฐทำการกำหนดกระบวนการใหม่ขึ้นมา ควรเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการเข้าไปมีส่วนร่วมในการคิดกระบวนการเหล่านั้นด้วย เพราะว่าอาจมีบางสิ่งที่ผู้ประกอบการสามารถทำได้ แต่บางสิ่งก็ไม่สามารถทำได้ ซึ่งเมื่อไม่มีโอกาสที่จะโต้แย้ง ทำให้เกิดความรู้สึกที่ว่าติดขัด เมื่อดำเนินการ

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๒



เสขสิริ ปิยะเวช
พวท. ฝ่ายคุณภาพความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
บริษัท ปตท. อะโรมาติกส์และการกลั่น จำกัด มหาชน

“ถ้า สข. มีการทบทวนกระบวนการของไอเอ อยากจะขอเสนอตัวมาเป็นคณะกรรมการร่วมทบทวน (review) ด้วย เพราะครั้งก่อนที่ร่างโปรเจกต์ของการทำเอไอเอ นั้นร่างจนจบแล้ว และเปิดวิจารณ์ ๕ รอบ ทั่วประเทศ ได้มาเข้าร่วม ๒ ครั้ง ซึ่งขั้นตอนที่เข้าร่วมคล้ายกระบวนการผลิตผลิตภัณฑ์ที่เกือบเสร็จแล้ว อยากขอโอกาสว่า ถ้ามีการทบทวนกระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ขอให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ยกตัวอย่างกรณีการกำหนดวัน ๓๐ วัน หรือ ๑ เดือน หรือ ๑๕ วัน ถ้าไม่เป็นไปตามที่กำหนด ใครจะเป็นเจ้าภาพพิจารณาประเด็นเหล่านี้ เพราะเรื่องนี้เป็นประเด็นที่ภาคชุมชนให้ความสนใจว่าจะทำได้ครบกำหนด ๓๐ วัน หรือ ๑ เดือน หรือ ๑๕ วัน หรือไม่”



พิชญ์ณัฐ นรวิจิตร
บริษัท พิกโก้ แก๊ส เทคโนโลยี จำกัด

“ผู้ประกอบการบางครั้งเราทำเราตั้งใจทำ แต่มีปัจจัย เช่น เสี่ยงแดง ภาครัฐหยุด ไปส่งจดหมายไม่ทัน เพราะภาครัฐปิดไม่มีใครรับจดหมาย แล้วจะทำยังไง ดังนั้นไม่มีใครจะตอบได้ว่า จะแก้ไขอย่างไร บางทีภาครัฐ เอ๊ะ คุณจะเลื่อนได้ไหม เราก็ตอบไปว่าเราก็เชิญหมดแล้ว ถ้าเราจะเลื่อน ได้จะเลื่อนได้กี่วัน สมมติเราจะเลื่อนไป ๕ วัน เป็นไปได้ไหม จะต้องเริ่มกระบวนการนับ ๓๐ วันใหม่หรือไม่ น่าจะมองกันที่ผลงาน เราอยากเข้าไปมีส่วนร่วมเสนอข้อกำหนด ในการแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้”

ประเด็นที่ ๒

การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อด้านสุขภาพที่ผ่านมามีปัญหา อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการทำงานหรือไม่ อย่างไร และมีวิธีในการแก้ไขอย่างไร

๑. ควรจะมีแบบสอบถามกลาง ที่เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ ในการทำ Public Scoping และ Public Review ควรจะเป็นแบบฟอร์มเดียวกัน เพื่อให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันที่มีความชัดเจน

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๑



จิรา สวัสดิ์บุรี
บริษัท กรุงเทคซิปรีติกส์

“เป็นธรรมชาติของเรื่องใหม่ของสังคม เพราะว่าการทำงานเอไอเอเป็นเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น สิ่งที่จะต้องทำคือเรื่องของแบบฟอร์ม ว่าควรมีหน้าตา กฎระเบียบ ระยะเวลา อย่างไร”

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๑

ผู้เข้าร่วมประชุม

“อยากให้มีแบบสอบถามกลาง ที่ใช้เก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ หรือแบบสอบถามที่เกี่ยวข้อง อยากให้มีหน่วยงานกลางหรือผู้เกี่ยวข้องจัดทำแบบสอบถาม ที่ต้องใช้ในกระบวนการทุกแบบสอบถามให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ทุกบริษัทสามารถนำไปใช้ได้”

๒. ขาดข้อมูล/เนื้อหาขั้นปฐมภูมิ (Baseline Data) และข้อมูลปฐมภูมิที่ได้มีความขัดแย้งกันในแต่ละบริษัท เนื่องจากการทำเอชไอเอ ที่เป็นรายโครงการไม่ได้ทำเป็นภาพรวม และข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องใช้เป็นข้อมูลย้อนหลัง ๑๐ ปี แต่ข้อมูลที่มี ณ ปัจจุบันมีย้อนหลังไป ๔ ปี

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๒



จักรรา สวัสดิ์บุรี
บริษัทกรูมทอปซันติกส์

“ต่างคนต่างทำเอชไอเอ จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ข้อมูลยังไม่มีความพร้อม เพราะไม่มีการชี้แจงว่าให้ใช้ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data) อะไร ประชากรที่ไหน ก็ปี โรคอะไรบ้าง เมื่อไปทำมา ๒ บริษัท ๒ โรงงาน ทำมาไม่เหมือนกัน ทำไมบริษัทนี้พูดเรื่อง baseline ว่าคนระยองมีโรคนิดนี้ เถานี้ อีกโรงงานทำไมพูดอีกแบบ การที่วันนี้เรามี baseline แล้ว นับเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องมีการปรับปรุงและภาพก็ต้องชัด และต้องให้ผู้ประกอบการสามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นได้ แล้วต้องมีเทอมให้ชัดเจนว่าโรงงานที่มีระดับความรุนแรง อย่างนี้ต้องใช้ข้อมูลชุดนี้ ทุกคนจะได้รู้กัน และมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย ชาวบ้านจะได้สบายใจว่าอันนี้คือข้อมูลมาตรฐาน”



พศ.ดร.วรสุม หวิงศุกษาติ
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมและ
สิ่งแวดล้อม คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
ม.มหิดล

“ข้อมูลสุขภาพจะต้องย้อนหลัง ๑๐ ปี แล้วข้อมูลของแต่ละพื้นที่จะไม่เหมือนกัน อัตราการเกิดโรคแต่ละชนิดของชุมชนก็แตกต่างกัน ระยองมีชุมชนในพื้นที่กับชุมชนที่อพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงาน เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าไม่ใช่คนระยองทั้งหมด เพราะฉะนั้นการเก็บข้อมูลจะต้องมีข้อมูลรายละเอียด สามารถจะนำเสนอไปที่ สาธารณสุขจังหวัด ระยองได้ด้วย แล้วเวลามีการเกิดโรคอะไรขึ้นมา เช่น โรคมะเร็งก็จะเปรียบเทียบตามพื้นที่ เช่น มาบตาพุดเป็นเท่านี้ มะเร็งอะไรบ้าง โดยแบ่งตามพื้นที่ แล้วก็ชนิดของมะเร็ง เปรียบเทียบ มาบตาพุดกับปลวกแดง หรือเปรียบเทียบกับ อ.เมือง หรือเปรียบเทียบกับไกลออกไปอีก ที่ระยองไปชลบุรี พื้นที่จังหวัดอื่น

ภาคประชาชนก็บอกว่าข้อมูลสุขภาพคุณไม่พอนะ ภาคประชาชนมีสิทธิเชื่อถือได้ไหม แต่วันนี้เราก็ไม่โทษภาครัฐ แต่ว่าเราจะมาเริ่มต้นเรียนรู้ทำไปพร้อมกัน”

๓. ชาวบ้านขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง Public Scoping

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๓



พีพิณณ์ กรงักขร
บริษัท พีคี่ แก๊วคิ เคอร์มิบิล จำกัด

“สิ่งที่คุณสุทธิพูดเป็นเรื่องจริงว่าชุมชนไม่รู้ ผมไปเข้าร่วมเวทีที่เขาให้ความรู้กับชุมชนหลายเวที ผมก็ถามป้าเป็นไงบ้าง พอเสร็จแล้วป้ารู้เรื่องขึ้นไหม? ไม่รู้เลย ลุงรู้เรื่องไหม? ไม่รู้เลย เราต้องหาวิธีที่ให้เขาเห็นแล้วให้เขาต่อยอดได้”



วิทยา บัวประเสริฐ
บริษัท ไออาร์พีซี

“การ comment ของชาวบ้านยังไม่เข้าใจเรื่องของ scoping ว่าเขาวิตกกังวลอะไร สนใจเรื่องอะไรเป็นพิเศษ ที่ให้เราไป focus เรื่องนั้น บางครั้งชาวบ้านพูดในภาพรวมไม่ใช่พื้นที่ ทำให้การทำ scoping อาจจะไม่มียประโยชน์”

ประเด็นที่ ๓

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๑. การอ้างอิงข้อมูลสุขภาพควรย้อนหลัง ๑๐ ปี และข้อมูลสุขภาพปัจจุบันเป็น Hospital Base Data ซึ่งอาจไม่สามารถชี้ถึงภาวะสุขภาพที่แท้จริง ทุกจังหวัดควรเก็บข้อมูลชนิดนี้ไว้ด้วย และมีข้อมูลกลางเชิงพื้นที่ ควรจะทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน สามารถเข้าถึงเพื่อนำมาใช้ในการประเมินได้ ซึ่ง ณ ปัจจุบันมีข้อมูลสุขภาพย้อนหลังไป ๔ ปี

๒. การแยกรูปแบบของ Scoping

ก. Technical Scoping โดยนักวิชาการ

ข. Community Scoping โดยชุมชน ต้องแปลหรือย่อยภาษาวิชาการ ให้เป็นภาษาที่ชาวบ้านสามารถเข้าใจได้ และสามารถสะท้อนข้อห่วงกังวลได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

๓. ควรยืดหยุ่นเรื่องเวลา แต่ให้ความสำคัญกับคุณภาพของเนื้อหา

๔. ประเด็นเรื่องชาวบ้านขาดความรู้ความเข้าใจ ควรมีหน่วยงาน/คู่มือ (Guideline) ให้ความรู้

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๔



เสขสิริ ปิยะเวช

พว.ฝ่ายคุณภาพความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
บริษัท ปตท.อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด มหาชน

“ปัจจัยสุขภาพทั้ง ๙ มิติ จะต้องย่อยมาเป็นคำถาม เพื่ออธิบายกับชุมชนว่า ถ้าเกี่ยวข้องกับมิติที่ ๑ เขาควรถามว่าอะไร ถ้าเรามี guide line แบบนี้ ชุมชนก็จะไปคิดว่า มิติ ๑ เรื่องนี้ มิติ ๒ เรื่องนี้ มีเรื่องข้อห่วงกังวลอะไรบ้างที่เกี่ยวข้อง ถ้าทำเช่นนั้นน่าจะทำให้ชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น ไม่ใช่บอกว่าชุมชนไม่มีความรู้ ไปถึงก็พูดว่า เอชไอเอ มี ๙ มิติ แล้วก็จบ ”

๕. ควรมีนักสังคมวิทยามีส่วนร่วมเตรียมเรียงเรียงข้อมูลชุมชน (Community Profile)

ความเห็นเพิ่มเติมในข้อ ๕



นิฐสร จิตพันธ์

บริษัท เอ็นริช คอนซัลแทนท์ จำกัด

“ต้องมีนักสังคมวิทยาเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำเอชไอเอกับชุมชน เพื่ออธิบายและชี้ประเด็นมิติทางจิตและสังคมที่อยู่ในปัจจัยกำหนดสุขภาพ ๙ มิติ และมีส่วนร่วมเขียนหรือ เรียบเรียงข้อมูลให้ชุมชน ”



กลุ่มที่ ๓

ชุมชน



นำเสนอโดย สุภกิจ บัณฑิตวารสาร
นักวิชาการ มูลนิธินโยบายสุขภาพ: (บพส.) และ
กรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
(เจเพาะกาล)



ประเด็นที่ ๑

ชุมชนควรมีบทบาทในกระบวนการกำหนด
ขอบเขตการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร

ชุมชนยังจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการตั้งรับ เหมือนที่ผ่านมา เช่น กรณี มาบตาพุดยังต้องพยายามแก้ไข สิ่งทีกลุ่มเน้นคือการรับมือเชิงรุก ให้ชุมชนมีความพร้อม เข้าใจเป้าหมายการพัฒนา ภัยคุกคามปัญหาใหม่ที่อาจจะเกิดขึ้น รายละเอียดโครงการ ไปจนถึงติดตามตรวจสอบมาตรการต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ชุมชนควรขึ้นมาเป็นผู้จัดการผลกระทบในพื้นที่ของตัวเอง ไม่ตั้งรับอย่างเดียว แต่การที่จะไปถึงเป้าหมายนั้นได้ ต้องเสริมพลังให้กับเครือข่าย

นอกจากนี้ ยังควรกำหนดบทบาทของชุมชนไว้ในกระบวนการเอชไอเอ เช่น การเก็บข้อมูลหลักฐาน ซึ่งขณะนี้ข้อมูลสุขภาพบางส่วนที่สำคัญยังมีข้อจำกัด ชุมชนต้องรู้ลึกเรื่องบ้านตัวเองดีที่สุด อาจจะต้องสังเคราะห์ จัดการความรู้ชุมชนมากกว่า ที่จะทำให้ข้อมูลคำว่าสุขภาพที่ขาดหายไป ชุมชนต้องทำภูมิปัญญา ความรู้ที่มีอยู่ จัดการให้เป็นระบบมากขึ้น ซึ่งในพื้นที่เชิงกระบวนการกำลังดำเนินการอยู่

ความเห็นเพิ่มเติมประเด็นที่ ๑



ดร.สุวรรณ อัมสมบูรณ์
กรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (เจเพาะกาล)

“ต้องสร้างเครือข่ายการทำงาน และ empowerment ให้ชุมชน ต้องมีบุคคลจากหลายภาคส่วนเข้าร่วม public scoping จะต้องตั้งโจทย์ คำถามอย่างไรให้ตอบโจทย์เหล่านี้ ถ้าหากไม่เตรียมไว้เมื่อถึงเวลาต้องทำก็จะมีผู้รับผิดชอบ”



พศ.ดร.พนอ อัครวานนท์
อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ (บศว.)

“เวลาที่จัดรับฟังความคิดเห็นของประชาชนควรเป็น ๓ ชม. และไม่ควรตัดสิทธิ์ของประชาชนที่มีความรู้ หรือผู้นำท้องถิ่น บุคคลเหล่านี้มีมุมมองที่กว้าง ควรจัดการรับฟังความเห็นหลายครั้ง และอาจจะหลายช่องทาง รวมถึงบันทึกข้อมูลความห่วงกังวลของชาวบ้าน”



นิติฐพงษ์ แก้ววอล
ประชาชน ต.เป็นมะปราง อ.เป็นมะปราง จ.เพชรบูรณ์

“ชาวบ้านพยายามทำพื้นที่เงินมะปรางให้เป็นสีเขียว อยากให้คนเงินมะปรางอยู่ในพื้นที่ด้วยเศรษฐกิจพอเพียง เราทำมา ๕ ปี สิ่งที่ทำกำลังเจริญเติบโตขึ้น แต่ถูกเหมืองทองคุกคาม และเราไม่รู้ว่าถ้าเคลื่อนจะชนะหรือไม่ บทเรียนที่ผ่านมาดูเหมือนยังสร้างความเจ็บปวดไม่พอ จึงยังไม่ได้เป็นบทเรียนของประเทศไทย”

ประเด็นที่ ๒

การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ผ่านมา มีปัญหาอุปสรรค หรือข้อจำกัดในการทำงานหรือไม่ อย่างไร และมีวิธีในการแก้ไขอย่างไร

๑. ปัญหากระบวนการมีส่วนร่วมรับฟังข้อคิดเห็น ได้แก่ การเชิญเข้าร่วมเวที ข้อจำกัดในการเปิดรับฟังความคิดเห็น ไปจนถึงการจัดทำข้อสรุป การเผยแพร่ เป้าหมายของกระบวนการข้อมูล และกระบวนการเรียนรู้ คือต้องทำให้ชุมชนรู้ก่อน รู้นาน ชวนกันคิด ต้องเชื่อมโยงหลายภาคส่วนให้รู้ด้วยว่ามีแผนยุทธศาสตร์อย่างไร โครงการเป็นอย่างไร อาจมีการเสริมที่ปรึกษาชุมชน โดยให้นักวิชาการเป็นที่ปรึกษาชุมชนให้มากขึ้น เพื่อเป็นคลังสมองให้ชุมชน เรื่องเจ้าภาพนำไปสู่การดำเนินการจริง
 - ก. สข. จำเป็นจะต้องมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะชุมชน ไปช่วยกระบวนการเดิมความรู้ การฝึกอบรม การเตรียมคู่มือต่างๆ
 - ข. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) สาธารณสุขจังหวัด ไปจนถึง สถานีอนามัย เครือข่ายต่างๆ ควรเข้ามามีส่วนร่วม

ความเห็นเพิ่มเติมข้อที่ ๑



สรวดี สว่างวงศ์

สมาคมเพื่อนครอบครัวเกษตรกรรม
นครศรีธรรมราช

“เรื่องสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ โดยเฉพาะความเป็นอยู่กับวัฒนธรรมชุมชนจะได้รับผลกระทบทุกครั้ง ทำอย่างไรให้ชาวบ้านได้รู้ก่อน ร่วมกันคิด ถกเถียง อาจจะเป็นที่ร้านน้ำชา เพราะที่ผ่านมามีชาวบ้านตามไม่ทัน สำหรับประเด็นข้อกังวล ถ้าได้รับรู้ก่อน ได้คุยกันหลายครั้ง จะทำให้ครอบครัวที่กังวล องค์กรต้องลงไปขับเคลื่อนให้ชาวบ้านรู้ก่อน ที่ผ่านมามีชุมชนกับผู้ประกอบการ หรือกับภาคส่วนอื่นยังรู้ข้อมูลไม่เท่ากัน เกิดการไม่เข้าใจ ชุมชนแตกแยก ควรมีเวทีรับฟังความคิดเห็นมากกว่า ๑ ครั้ง เปิดโอกาสให้ชาวบ้านได้ทำโจทย์ ปัญหาอุปสรรค มีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และต้องแปลงให้เป็นข้อมูลชาวบ้าน”



สีอัญญา รัชชาติดำรง

เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากการทำเหมืองแร่
๓ จังหวัด เพชรบูรณ์ เพชรบูรณ์ เพชรบูรณ์

“ชาวบ้านไม่รู้จักรากการทำอีไอเอหรือเอชไอเอ ควรมีข้อกำหนดว่าทำอย่างไรถึงจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เช่น จะมีโครงการในตำบลนี้ให้นายก อบต. แจ้งหรือประกาศให้สาธารณะรับรู้ ว่าจะมีการทำเอชไอเอหรืออีไอเอที่นี่ แล้วก็มีการทำประชาคมอธิบายข้อมูลให้ชาวบ้านทราบ”



จาร์ญญ เกิดคำ

ประชาชน อ.ชนบท จ.นครศรีธรรมราช

“อย่างแรกต้องให้ความรู้เรื่องอีไอเอ เอชไอเอ เรื่องนิวเคลียร์ก่อนว่าเป็นอย่างไร ชาวบ้านเค้าไม่รู้จักราก ที่ผ่านมามีเขาข้อมูลให้ช่วงเช้าของวันที่จัดเวทีรับฟังความคิดเห็น ซึ่งอ่านไม่ทัน พอไปร่วมก็ไม่ได้แสดงความคิดเห็นอะไร บอกให้ส่งสรุปข้อมูลให้เราด้วยไม่มีเลย ข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่รู้จากข่าวหนังสือพิมพ์ หรือทีวี”

๒. สถาบันวิชาการควรสร้างกระบวนการเรียนรู้เอชไอเอ และควรกระจายไปสู่ส่วนภูมิภาค หรือพื้นที่ต่างๆ

ความเห็นเพิ่มเติมข้อที่ ๒



ยกรณา ววศ์โสกา

ผู้ประสานงาน มูลนิธิสยามเพื่อการอนุรักษ์

“ควรมีหน่วยงานของสาธารณสุขระดับจังหวัด ที่ดำเนินการรับผิดชอบเรื่องเอชไอเอ เพราะเรื่องนี้เกี่ยวกับสุขภาพของชาวบ้านอยู่แล้ว และก็ให้มีกลไกให้นักวิชาการ ภาคประชาชน องค์กรอิสระเข้าร่วม ให้ฝ่ายนี้มีหน้าที่ไปสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องเอชไอเอให้กับชาวบ้าน โดยตรง หน่วยงานสามารถเข้าไปหาได้ง่าย ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สถานีอนามัย (สอ.) ได้ง่าย ในการพิจารณารายงาน ควรมีผู้ชำนาญการท้องถิ่นมาร่วมพิจารณาด้วย”

๓. เรื่องของผลประโยชน์ที่ทับซ้อน ทั้งในเรื่องของการที่ผู้ทำการศึกษาประเมินผลกระทบได้รับค่าจ้าง โดยตรงจากเจ้าของโครงการ จะมีแนวทางปรับอย่างไร รวมถึงผลประโยชน์ที่ทับซ้อน ในชุมชน เช่น ผู้นำที่เป็นทางการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีอิทธิพลสงเคราะห์ ยังเป็นโจทย์อยู่ ที่ต้องพยายามแก้ เพื่อนำไปสู่การกำหนดอนาคตการพัฒนา

“มีอยู่ ๒ ค่าย ที่มีเป้าหมายต่างกัน ค่ายที่ ๑ ต้องการยุติโครงการ อีกค่ายต้องการจะทำโครงการให้อยู่ร่วมกับชุมชนได้ มีการตั้งประเด็น แต่ยังไม่มีความคืบหน้า มีเป้าหมายต่างกันทำอย่างไรจึงจะไม่แตกแยก”

๔. คณะกรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (เฉพะกาล) เข้ามาช่วยเสริม แต่อาจจะไม่ได้ครอบคลุมทั่วประเทศ ในกลุ่มชุมชนที่มีความพร้อม ได้แก่ ประชาคม หน่วยงานราชการ สถานศึกษา ซึ่งจะมีแกนนำขึ้นมาที่จะประสาน ส่วนราชการ เอกชน หอการค้าหน่วยงานต่างๆ ช่วยกันขับเคลื่อนสนับสนุนเรื่องไขว่เอื้อเอื้อให้มีความพร้อม

ความเห็นเพิ่มเติมข้อที่ ๔



การศวี สวัสดิ์ฤกษ์
เครือข่ายพิภเมืองเพื่อสิ่งแวดล้อม

“ชุมชนควรมองบทบาทตัวเองว่าไม่ใช่ผู้รับผลกระทบเท่านั้น แต่เราเป็นผู้จัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เรากำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหายุ่งยาก ใช้การสร้างเครือข่ายที่ปรึกษาชุมชน เกิดเป็นระบบคลังสมองชุมชน หรือที่มีการจัดหมวดหมู่ที่ไม่ใช่แค่คนหรือองค์กร เมื่อมีการให้ความรู้ เมื่อเข้าเวทีนำรายงานมาแล้วถอดบทเรียนออกมาเป็นฐานข้อมูลว่า เห็นปัญหาอย่างไรเพื่อไปเสริมกับข้อมูลสุขภาพ เป็นฐานข้อมูลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ที่มาจากภาคประชาชน ชุมชนน่าจะมีการสร้างองค์การจำลอง เหมือนกับองค์การอิสระฯ ตามมาตรา ๖๗ เอาบทเรียนมาให้ความเห็นกันเอง จะเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้วยกัน อาจจะคัดเลือกกันเอง มาจากหลายภาคส่วนในชุมชนเหมือนกับองค์การอิสระฯ”

๕. อาสาสมัคร เป็นทรัพยากรในท้องถิ่นที่ควรจะมีบทบาทสำคัญ ซึ่งได้เริ่มมีส่วนสนับสนุนเอชไอเอ บ้างแล้ว แต่ก็น่าจะทำให้เป็นระบบมากขึ้น

ความเห็นเพิ่มเติมข้อที่ ๕



กค.พศ.ดร.พวงเทพ สุริสุตติ
พว.สวรส.ภาคใต้ บอ.

“บทบาทชุมชนสำคัญที่สุดเพราะได้รับผลกระทบโดยตรง ถ้าไม่เข้ามามีส่วนร่วมหรือไม่เข้ามาร่วมในการตรวจสอบในที่สุด ชุมชนก็จะได้รับผลกระทบที่รุนแรง สิ่งที่สำคัญที่จะต้องให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงต้องมีการเติมความรู้และอบรม ให้เข้าใจจริงๆ ควรมีหน่วยงานที่เข้ามาดูแลตรงนี้โดยตรง”



ลำรวย กองกันร์
ประชาชน จ.เลย

“กระบวนการมีส่วนของประชาชน ต้องเป็นการมีส่วนร่วมแบบรู้เรื่อง ต้องมีเจ้าภาพในการเข้าไปให้ความรู้ภาคประชาชน เพื่อนำความรู้มาคิดและวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ หลายเรื่องเราจะแก้ปัญหามาแบบวิวัฒนาการแล้วล้มคอก ทำให้ปัญหาไม่จบสิ้น ควรพัฒนาให้ภาคประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาเหล่านั้น จะสามารถร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาได้”

ประเด็นที่ ๓

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนการ กำหนด
ขอบเขตการประเมินผลระดับด้านสุขภาพ

๑. ยกระดับจากโครงการ ไปสู่นโยบาย เพื่อให้มีทางเลือก คำตอบกว้างขึ้น
๒. สร้างกระบวนการที่ไว้วางใจกัน

ความเห็นเพิ่มเติมข้อที่ ๒



กก.พศ.ดร.พงกพ สุธีรุตติ
พว.สวส.ภาคใต้ บอ.

“ผลประโยชน์ทับซ้อน การที่ให้บริษัทเป็นคนจ้างบริษัทที่ปรึกษามาทำเอชไอเอ อาจทำให้การทำเอชไอเอมีอคติได้สูงมาก อาจจะต้องปรับหรือแก้กฎหมายใหม่ทำอะไรให้เป็นอิสระจริงๆ อาจจะต้องมี third party องค์การอิสระอาจจะต้องทำหน้าที่นี้ บริษัทจ่ายเงินค่าจ้างแต่ไม่ได้จ้างตรง ให้องค์กรกลางเป็นผู้จ้างเพื่อให้เกิดความโปร่งใส ตรงนี้จะแก้ปัญหาเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน หน้าที่การตรวจสอบส่วนหนึ่งเป็นของชุมชนด้วย และต้องมีมาตรการลงโทษถ้าไม่ปฏิบัติตามรายงาน”

ความท้าทายของสภามทไทยในการกำหนดขอบเขตในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ



โดย บพ. วิสูตร พูลเจริญ
ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

“ ในสภามทไทยเรื่องของขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเป็นสิ่งใหม่ การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ถือว่าเป็นก้าวแรกของเอชไอเอ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสภามท เพื่อให้สภามทช่วยกัน สวิเคราะห์ วิเคราะห์ คาดการณ์ผลกระทบด้านต่างๆ ทั้งบวกและลบต่อสุขภาพของประชาชน ”

ประเด็นใหญ่ของเอชไอเอ

๑. เครื่องมือ ต้องทำความเข้าใจ การใช้อีเอเอ ในการทำขอบเขต จำเป็นต้องประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย ทั้งเครื่องมือทางเทคโนโลยี และเครื่องมือทางสังคม

๒. กระบวนการ คือการนำเครื่องมือหลายอย่างมา ประกอบกัน และสิ่งที่สำคัญคือวิทยากรกระบวนการ ต้องเตรียม เรื่องกระบวนการที่ดีและเหมาะสม

ขอบเขตการทำ scoping คือ การรวบรวมข้อห่วงกังวล ของทุกฝ่าย สิ่งสำคัญ คือ เปิดโอกาสให้ชุมชน ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้มีการตั้งคำถาม เสนอข้อห่วงกังวล การรวบรวมประเด็นเหล่านี้ต้องชี้แจง กับชุมชนให้เข้าใจโครงการและอธิบายว่าจะเก็บอะไรบ้าง หลังจากนั้นทำข้อสรุปว่ามีข้อกังวลอะไรแล้วแปรออกมาเป็นเชิงเทคนิค “วิทยากรกระบวนการ” ต้องมีสมรรถนะในการแปรภาษา เป็น ข้อมูลที่ชัดเจนในการทำรายงานผลเพื่อชี้แจงต่อข้อกังวล ในการ กำหนดขอบเขตไม่จำเป็นจะต้องตอบข้อกังวลได้ทั้งหมด เพราะว่า คำถามเหล่านั้นจะต้องถูกนำไปศึกษา ในกระบวนการประเมิน ผลกระทบ และตอบข้อกังวลเหล่านั้นในขั้นตอนการทบทวนหรือ review

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาเราลองผิดลองถูกมาเกือบ ๑๐ ปี พบว่ามีความท้าทายหลักๆ คือ

๑. เรื่องของการต่อสู้ทางความคิด ตัวอย่างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ที่ขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่างคนต่างปักธง ฝ่ายไม่เอาปักธงเลยไม่เอา ฝ่ายที่บอกจะเอาปักธงไว้เลย ๕ โรง เพราะเขียนไว้ในแผนแล้ว ตรงนี้เป็นความท้าทายของการกำหนดขอบเขต สิ่งที่ต้องการคือข้อกังวลทั้งสองฝ่ายจะถูกวางหรือว่าแยกแยะให้ชัดเจนเพื่อที่จะได้ใช้ประโยชน์ในการทำงานจริงๆ

๒. ความแตกต่างของวิถีชีวิตวิถีให้เหตุผล ในการตัดสินใจ ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีวิถีให้เหตุผล ที่ต้องการเหตุผลทางเทคโนโลยี สังคม วัฒนธรรม ประวัติศาสตร์ เป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ออกมาเป็นภาษาและตรรกะที่ใช้ในการคิด การแสดงความคิดเห็น ในบางประเทศใช้การล้อมวงอภิปราย หรือ การวิเคราะห์ประเภท Discourse analysis ควบคุมไปด้วย วิทยากรกระบวนการต้องมีความรอบรู้และรอบคอบในทุกประเด็น ทั้งประเด็นความวิตกกังวล ทางเทคโนโลยี ทางสังคม เจ็อนไข่อื่นๆ ของพื้นที่ด้วย ในบทเรียนที่ผ่านมามีบางแห่งจะใช้ดีเจวิทย์ มาเตรียมพร้อม และเป็นคนในพื้นที่ รู้จักผู้คน พื้นหลัง ของแต่ละฝ่ายอย่างดี ก็จะทำให้ดำเนินการ ได้ดีมากขึ้น

๓. ขาดความชัดเจน ในหลายพื้นที่ที่มีเงื่อนไขเรื่องความต่างของวัฒนธรรม เช่น เมารีกับคนผิวขาว หรืออินเดียแดงกับคนผิวขาว ก็จะมีกรอบความคิดที่ต่างกัน ต้องให้ชัดเจนว่าสิ่งที่ทำไปแล้วสามารถผลึกภาคี ช่วยกันประสานทำให้มองเห็นประเด็นที่ต้องเรียนรู้ร่วมกัน

๔. โครงสร้างของเชิงนโยบาย การทำให้บทสรุปการเรียนรู้จากการกำหนดขอบเขตเอชไอเอ ถูกนำไปใช้ และทำให้ข้อสรุปของการศึกษาเอชไอเอ ตอบประเด็นข้อห่วงกังวล ต้องมีการพูดถึงเรื่องวิธีการศึกษาที่ชัดเจน ต้องมีส่วนร่วมในการเข้ามาทำงานลดผลกระทบ ตัวอย่างเช่น ฝ่ายชุมชนกลุ่มหนึ่งเสนอความกังวลใจ กล่าวว่าพันธุ์ปลาจะหายไปหรือจำนวนพันธุ์ปลาน้อยลงเมื่อถึงฤดูกาล ประชาคมก็ลงไปช่วยนับ มีนักวิชาการทางด้านพันธุ์ปลาเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานประเมินผลกระทบ เป็นการสร้างความมั่นใจ ประเด็นท้าทายและเป็นเรื่องที่สำคัญคือถ้ารู้ว่าใครกังวลอะไรอย่างไร แล้วดึงเขาเข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นที่เราทำ

๕. ขาดการมีส่วนร่วม ในการสร้างความเชื่อมโยงในเรื่องการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบ ต่อเนื่องไปถึงกระบวนการประเมินผลกระทบด้วย

๖. ขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ประเด็นเรื่องกระบวนการทำเรื่องขอบเขต หน่วยงานการกระบวนขึ้นใหม่ที่อาจจะอิสระ มีทักษะการสื่อสารที่เพียงพอจะทำงานและสรุปประเด็นต่างๆ ได้ มีทีมงานวิชาการ อยู่ในหลายภูมิภาค ที่เข้ามาก่อสร้างตัวอยู่ในสิ่งที่เริ่มเป็นโครงการ การสร้างโอกาสกำหนดขอบเขต การประเมินผลกระทบทางสุขภาพขึ้นมา

๗. เรื่องค่าใช้จ่ายในการทำเอชไอเอ การขอความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการทำงานจะมีค่าใช้จ่ายต้องคำนึงถึงเรื่องนี้ และต้องมีหน่วยงานทำหน้าที่เป็นกลไกสร้างทักษะ ทำการรวบรวมข้อมูล เมื่อมีปัญหาทำการสืบสวน ทำให้เป็นกระบวนการที่น่าเชื่อถือ

“ในวันนี้หลายภาคส่วนทั้งผู้ประกอบการ บริษัทที่ปรึกษา ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการ นักวิชาการ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ระดมความคิด สะท้อนความสนใจ นำเสนอปัญหา และแนะแนวทางออกไว้ได้ดี บางสิ่งที่ทำเป็นหลักเกณฑ์ กฎกติกาบรรยาย อาจจะไม่ใช่เพียงพอ ยังมีข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ตระหนักในประเด็นเหล่านี้ จะนำมาปรับแก้วิธีการและกระบวนการไม่ให้ซ้ำรอยเดิม และคงจะต้องมีการปรับแก้ไปตามวิวัฒนาการทางสังคม กระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพหรือเอชไอเอ เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยพิจารณาการพัฒนาอย่างรอบคอบ คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับทุกภาคส่วน”

กำหนดการจัดสัมมนาวิชาการ

“การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Public Scoping) : ปัญหาหรือความท้าทายของสังคมไทย”

วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องทิววัลย์บอลรูม โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

จัดโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนรับเอกสาร
๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น.	เปิดการสัมมนา โดย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ที่ปรึกษา คกก.พัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
๐๙.๑๕ - ๑๐.๓๐ น.	สุนทรียเสวนา “บทเรียนของสังคมไทยในการทำ Public scoping” วิทยากร โดย รศ.ดร.สุเทพ ศิลปนนท์กุล หัวหน้าศูนย์วิจัยและปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คุณเสขสิริ ปิยะเวช ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม บริษัท ปตท.อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด มหาชน คุณสุชนา อัมราลิขิต ผู้อำนวยการสำนักวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คุณสิริวรรณ จันทนจุลกะ ผอ.กองประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรมอนามัย อ.ดร.เดชารัต สุขกาเนิด ผอ.ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไก HIA คุณสุทธิ อัจฉาศัย ผู้ประสานงานเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก ดำเนินรายการ โดย คุณณตยา แว่ววีระคุปต์
๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.	รับประทานอาหารว่าง
๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น.	“Public scoping : ประสบการณ์เปรียบเทียบ ไทยและต่างประเทศ” โดย ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น.

ประชุมกลุ่มย่อย “บทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในกระบวนการ
กำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ”

คำถาม

๑. ภาคส่วนต่างๆ ในสังคม (อปท./บริษัทที่ปรึกษา-ผู้ประกอบการ/ชุมชน)
ควรมีบทบาทอย่างไรในกระบวนการกำหนดขอบเขตการประเมินผล
กระทบต่อสุขภาพ

๒. การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ผ่านมา มีปัญหา
อุปสรรค หรือข้อจำกัดในการทำงานหรือไม่ อย่างไร และมีวิธีในการแก้ไข อย่างไร

๓. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากระบวนการกำหนดขอบเขตการประเมินผล
กระทบด้านสุขภาพ

กลุ่มที่ ๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิทยากรประจำกลุ่ม คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภางษ์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มที่ ๒ บริษัทที่ปรึกษาและผู้ประกอบการ

วิทยากรประจำกลุ่ม นพ.กิจจา เรืองไทย สภาอุตสาหกรรม

กลุ่มที่ ๓ ชุมชน

วิทยากรประจำกลุ่ม คุณศุภกิจ นันทะวรการ มูลนิธินโยบายสุขภาพะ

๑๔.๓๐ - ๑๕.๓๐ น.

นำเสนอสรุปความเห็นจากกลุ่มย่อย ชักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ดำเนินรายการโดย ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีราวุฒิ

ผอ.สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ ม.สงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่

๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.

บรรยายพิเศษ “ความท้าทายของสังคมไทยในการกำหนดขอบเขตการ
ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” และกล่าวปิดการสัมมนา

โดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ

ประธาน คกก.พัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนา

๑. คุณกนกพร ศิลาดี บริษัท เอส ที เอส เอ็นจิเนียริ่ง คอนซัลแตนท์ จำกัด
๒. คุณกรรณิการ์ แจ้งวิจารณ์ ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
๓. คุณกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๔. คุณกฤติกา เลิศสวัสดิ์ สถาบันวิจัยระบบพัฒนาคัดี้ สำนักงานศาลยุติธรรม
๕. คุณกฤษฎา บุญชัย ม.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๖. คุณกฤษ์พงศ์ คงไหม เครือข่ายประชาสังคมสตูล
๗. คุณกัทร เสมสายันท์ บริษัทไออาร์พีซี จำกัด มหาชน
๘. นพ.กิจจา เรืองไทย สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
๙. คุณกฤษมา คำพิมพ์ ประชาชนทั่วไป
๑๐. คุณชนิษฐา แซ่เอี้ยว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๑. คุณจักรา สวัสดิ์บุรี บริษัท บีเอสที เลเท็กซ์ จำกัด
๑๒. คุณจัญญู เกิดคำ ชมรมพิทักษ์ทรัพยากรทางทะเลชายฝั่งขอนแก่น
๑๓. คุณจิตติมา อายุเจริญ บริษัท คอนซัลแตนท์ ออฟ เทคโนโลยี จำกัด
๑๔. คุณจิราพันธุ์ จงกานจนพรพนธ์ บริษัท กรีนเอิร์ธ คอนซัลแตนท์ จำกัด
๑๕. คุณจิรวัดร์ จิรจรียาเวช สภาอุตสาหกรรม
๑๖. คุณจิระ จบหมเวศน์ บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๗. คุณจุฑารัตน์ ไตรโพธิ์ บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๘. คุณจุมพล ศรีจงศิริ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
๑๙. คุณชบาไพร คุณาเมือง ประชาชนทั่วไป
๒๐. คุณชลกาญจน์ ชาติดวงเพชร บริษัท เจ แอนด์ เอ็น คอนซัลแตนท์ จำกัด
๒๑. คุณชลธิชา สุขสุภักดิ์ บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๒๒. คุณชลิตา ประดิษฐ์กุล บริษัท แอสตีคอน คอร์เปอร์เรชั่น จำกัด
๒๓. รศ.ดร.ขวลิศ รัตนธรรมสกุล วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย
๒๔. คุณชัชจันท์ ชิวปรีชา บริษัท คอนซัลแตนท์ ออฟ เทคโนโลยี จำกัด
๒๕. คุณชาลินี กันแพงศรี ประชาชนทั่วไป
๒๖. คุณชุนทดเดช พรหมเศรณี เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม
๒๗. พล.ต.ต.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์
๒๘. คุณเชิดพงศ์ เหลียวพัฒน์พงศ์ บริษัท โลดัส คอนซัลแตนท์ จำกัด
๒๙. คุณณัฏฐา ศิริพรกิตติ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๓๐. คุณธัญญา สุวรรณกิตติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๓๑. คุณฐานิต มีสมวัฒน์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๓๒. คุณฐิติมา นิยมสำเภา ม.เกษตรศาสตร์
๓๓. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา สำนักงานโครงการพัฒนาวัตกรรมการ
สาธารณสุขมูลฐานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ องค์การอนามัยโลก
๓๔. คุณณัฐชุลิน อิทราวุฒิ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ
๓๕. คุณณัฐชนน คำมูล ประชาชนทั่วไป
๓๖. คุณณัฐพงษ์ แก้วนวล ประชาชนทั่วไป
๓๗. คุณณัฐภัทร ถวัลย์โพธิ์ สำนักงานกฤษฎีกา
๓๘. คุณณัฏฐมน สุทธไสม คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา
๓๙. คุณณดาตยา แว่ววีระคุปต์ สถาบันโทรทัศน์ ทีวีไทย
๔๐. คุณดวงดาว อิศสุริยะ สถาบันโทรทัศน์ ทีวีไทย
๔๑. คุณดิเรก ชุ่มตระกูล การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย
๔๒. อ.ดร.เดชาวิทย์ สุขกำเนิด คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมิน
ผลกระทบต่อสุขภาพแห่งชาติ
๔๓. คุณดวงรัตน์ ไทยกมล บริษัท อีอาร์ เอ็ม เพลส
๔๔. ดร.ถนอมศักดิ์ บุญภักดี ม.บูรพา วิทยาเขตชลบุรี
๔๕. คุณทรงฤทธิ์ นนทนา บริษัท ไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ โซล्यूชัน แอนด์ เซอร์วิสเชส จำกัด
๔๖. คุณทรงวุฒิ ศรีสว่าง สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๔๗. ดร.ทวิสุข พันธุ์เพ็ง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๔๘. คุณทัศนีย์ แก้วคำ สำนักงานเทศบาลเมืองบ้านฉาง จ.ระยอง
๔๙. คุณทศวรรษ รัมพันธ์รักษ์ บริษัท เอ็นแคด คอนซัลแตนท์ จำกัด
๕๐. คุณทิพย์จันดา ชัยพฤษ์ การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (กนอ.)
๕๑. คุณธนวรรณ แสงสุข บริษัทเอ็นริช คอนซัลแตนท์ จำกัด
๕๒. ดร.ธนวรรณ อิมสมบุญณ์ วิทยาลัยนครราชสีมา
๕๓. คุณธนากร แสงสง่า คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา
๕๔. คุณณิษฐา สุคนธนิกร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๕๕. คุณธัญญาภรณ์ สุรภักดี มูลนิธินโยบายสุขภาพ (มนส.)
๕๖. คุณธัญญาภรณ์ บุญแสน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๕๗. คุณธิดารัตน์ พงษ์คุณ บริษัท แอสตีคอน คอร์เปอร์เรชั่น จำกัด
๕๘. พญ.ธิดิตา หาญณรงค์ชัย บริษัทไออาร์พีซี จำกัด มหาชน
๕๙. คุณนันทพร สังข์พันธุ์ บริษัท เอ็นริช คอนซัลแตนท์ จำกัด
๖๐. คุณนันทา ปัสสนนากกร กระทรวงพลังงาน
๖๑. คุณนันทวรรณ ฉิมพลี บริษัท เอิร์ธ แอนด์ ชัน จำกัด
๖๒. คุณนันทน์ภัส วิเศษสิทธิกุล เทศบาลตำบลบางจัก
๖๓. คุณนันทนา จันทร์มณี ม.เกษตรศาสตร์
๖๔. คุณนิตยา โคนาสร สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๖๕. คุณนิตติ ชาญสกุล บริษัท อารยา คอนซัลแตนท์ จำกัด
๖๖. คุณนิตานาถ สติกรกุล คณะกรรมการผู้ชำนาญการพิจารณารายงานการวิเคราะห์
ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (คชก.)
๖๗. คุณนิตยา ไชยสะอาด กรมควบคุมมลพิษ
๖๘. ผศ.ดร.นุศราพร เกษสมบุญณ์ คณะเภสัชศาสตร์ ม.ขอนแก่น
๖๙. คุณเนตรชนก ต๊ะปันตา บริษัท ทีม คอนซัลติ้ง เอ็นจิเนียริ่ง แอนด์ แมเนจเม้นท์ จำกัด
๗๐. คุณเนาวรัตน์ ปณตตรัยรัตน์ บริษัทไออาร์พีซี จำกัด มหาชน
๗๑. ผศ.ดร.บุญยฤทธิ์ ปัญญาภิญโญผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
๗๒. คุณประนิตดา เพ็งจิว คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา
๗๓. คุณประภาชื่น คงสินธ์ คณะวนศาสตร์ ม.เกษตร
๗๔. คุณประมวณ สีจันทร์ คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา
๗๕. คุณประสาน อธิกุล สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๗๖. คุณปริดาภรณ์ วัฒนรัตน์ บริษัท คอนซัลแตนท์ ออฟ เทคโนโลยี
๗๗. ผศ.ดร.นพ.ปัทพงษ์ เกษสมบุญณ์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
ม.ขอนแก่น
๗๘. คุณปัทมา ดอกมะขาม สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๗๙. คุณปัทมา สุระสินธุ์นัต สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๘๐. คุณปาริชาติ จุลพันธุ์ บริษัท วิชั่น อี คอนซัลแตนท์ จำกัด
๘๑. คุณปิยรัตน์ ปิติวัฒนกุล คณะกรรมการผู้ชำนาญการพิจารณารายงานการวิเคราะห์
ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (คชก.)
๘๒. คุณปิยะพร เขียวเจริญ กรมโรงงานอุตสาหกรรม
๘๓. คุณปิยะมาภรณ์ ดวงมนตรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๘๔. ปิยะรัตน์ บุตรภรณ์ คกก.คชก.
๘๕. คุณปิยะพร อรุณพงษ์ คณะสังคมสงเคราะห์ ม.เกษตรศาสตร์
๘๖. คุณเปรมวณิ ปรีดาพันธุ์ บริษัท ทีม คอนซัลติ้ง เอ็นจิเนียริ่ง แอนด์ แมเนจเม้นท์
๘๗. คุณพงศ์จักรกฤษณ์ สิทธิบุศย์ ศูนย์สมัชชาเครือข่ายสุขภาพ จ.สตูล
๘๘. ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรัฐ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
๘๙. รศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วีรธนะเดช คณะแพทยศาสตร์ ม. เชียงใหม่
๙๐. คุณพงษ์ศักดิ์ เย็นอ่อน บริษัท เอ็นแอนด์เอิร์ธ คอนซัลแตนท์ จำกัด
๙๑. คุณพงษ์ศักดิ์ เอื้อสุวรรณ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม (สผ.)
๙๒. คุณพรทิพย์ จิรศรีสกุล กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
๙๓. คุณพรทิพย์ พงศ์พัชรา บริษัท โลดัส คอนซัลแตนท์ จำกัด
๙๔. คุณพลภัฏร์ จิตสัมพันธ์เวช บริษัท ปตท.เคมีคอล จำกัด
๙๕. คุณพลินี เสริมสินศิริ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๙๖. ผศ.พ.นอ อัครจูนานนท์ คณะวิทยาศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์วิทยา
๙๗. คุณพัชร์วไล พงษ์พานิช บริษัท ทอพ คลาส คอนซัลแตนท์ จำกัด
๙๘. คุณพัทธนันท์ พอด้า มูลนิธินโยบายสุขภาพ (มนส.)
๙๙. คุณพิพัฒน์ ทรงอักษร บริษัท พีทีที แทงค์ เทอร์มินัล จำกัด
๑๐๐. ดร.พิรุณ สัยยะสิทธิ์พานิช สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม (สผ.)

๑๐๑. คุณพิลดดา พุกบุญมี บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน)
๑๐๒. คุณพีรภานต์ บรรเจิดกิจ คณะวิศวกรรมศาสตร์ ม.เกษตรศาสตร์
๑๐๓. คุณเพ็ญรักษ์ เพ็งสมบัติ บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๐๔. คุณแพตริ คงสีเนตร บริษัท เอ็น เอส คอนซัลแทนท์ จำกัด
๑๐๕. คุณภณิการ์ เพชรเขียว บริษัท เอส.พี.เอส.คอนซัลตติ้ง เซอร์วิส จำกัด
๑๐๖. คุณภรณา เหมपालะ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๐๗. คุณภัทรภรณ์ รัตนา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๐๘. คุณภาวณี สวัสดิ์รักษ์ เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม
๑๐๙. คุณภิญญาดา บวรบุษย์ บริษัททรีเคดเคด (ภูเก็ต)
๑๑๐. คุณมนตรี วิศลศรี เครือข่ายประชาสังคมภาคตะวันออกเฉียง
๑๑๑. คุณมนวิภา จูภิบาล บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น
๑๑๒. คุณมณู สิงห์เรือง ม.นเรศวร
๑๑๓. คุณมาลัย อรพันธ์ทิพย์ บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน)
๑๑๔. คุณมุกิดา นวนเจริญ ประชาชนทั่วไป
๑๑๕. คุณยิ่งเจริญ คุณกุลรัตน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
๑๑๖. คุณยิ่งยง สุขประเสริฐ ประชาชนทั่วไป
๑๑๗. คุณยุทธนา วงศ์โสภา ประชาชนทั่วไป
๑๑๘. คุณสรสิน อมรพิทักษ์พันธ์ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๑๙. คุณรัตนา รักษ์ตระกูล กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม
๑๒๐. คุณรัตนา เอบิ่ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๒๑. คุณจุจิเรช ราชบุรี กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๒๒. คุณเรณู ศรีสมุทร บริษัท ไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ จำกัด
๑๒๓. คุณเริงชัย ต้นสกุล สมาคมรักษ์ทะเลไทย
๑๒๔. คุณไรวินท์ ชมภูกุล สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๒๕. คุณวรกาย ชนม์ชูชาติ บริษัทเอ็นทีค จำกัด
๑๒๖. ผศ.ดร.วรรณ หวังศุภชาติ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม.มหิดล
๑๒๗. คุณวรรณ นันทสานติ สื่อมวลชน
๑๒๘. คุณวรรณนา หงอสกุล บริษัท ไทยเอ็นไวรอนเม้นท์ จำกัด
๑๒๙. คุณวรรณษา วงษ์แสงจันทร์ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๓๐. คุณวรุฒิ สอนมัน สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย
๑๓๑. คุณวรุฒิ ทะมาน บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๓๒. ดร.วรางคณา ลี ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
๑๓๓. คุณวิศรดา ไชยวงศ์ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๓๔. คุณวรี ภิมานนท์ บริษัท วิชั่น อี คอนซัลแทนท์ จำกัด
๑๓๕. คุณวสุ พิทยโสภณกิจ สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
๑๓๖. คุณวัชรภรณ์ วัฒนขำ มูลนิธิเอเซียเพื่อการอนุรักษ์และพัฒนาอย่างยั่งยืน
๑๓๗. คุณวัฒนาชัย มาลัย มกร.อุบลราชธานี
๑๓๘. คุณวันชัย กลางณรงค์ สมาคมส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย จ.สุราษฎร์ธานี
๑๓๙. คุณวาสนา ลุนสำโรง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๑๔๐. คุณวิทยา บัวประเสริฐ บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน)
๑๔๑. คุณวิทยา สุทธิพงษ์ อบจ.ระยอง
๑๔๒. คุณวินิจ เบญจพลวิวัฒน์ บริษัท ไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน)
๑๔๓. นพ.วิพศ พูลเจริญ คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแห่งชาติ
๑๔๔. คุณวิภา พูนเพียร นักวิชาการอิสระ
๑๔๕. คุณวัลลภรัตน์ จันเพ็ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๔๖. คุณวิศิษฎ์ ชาญอิต วิทยาลัยสิ่งแวดล้อม ม.เกษตรศาสตร์
๑๔๗. คุณวีรวัฒน์ อธิประสาธน์ มูลนิธิฟื้นฟูชีวิตและธรรมชาติ
๑๔๘. คุณวีรินทร์ พีรธำรงค์สิน บริษัทซีเอ็มเอสฯ
๑๔๙. ผศ.ดร.ศศิธร พุทธรังษ์ ม.เทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
๑๕๐. คุณศิริพร ขวณิช บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๕๑. คุณศุภกร ตุงคะศิริ ม.นเรศวร
๑๕๒. คุณศุภกิจ นันทะวรรณ มูลนิธินโยบายสุขภาพภาวะ (มณส.)
๑๕๓. คุณศุภภรณ์ ธรรมชาติ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๑๕๔. คุณสงป ชัยรัตน์อุทัย บริษัท ไทยพลาสติกและเคมีภัณฑ์ จำกัด (มหาชน)
๑๕๕. คุณสรนิตย์ บุญญาสุวัฒน์ บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๕๖. คุณสนธยา สุวรรณไตร บริษัท เอส.พี.เอส.คอนซัลตติ้ง เซอร์วิส จำกัด
๑๕๗. คุณสมชาย จันทร์แก้ว บริษัทไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน)
๑๕๘. คุณสมชาย ตะสิงห์ชะ สำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๕๙. คุณสมจินต์ พิถี การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (กนอ.)
๑๖๐. คุณสมพร เพ็งคำ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๖๑. คุณสมศักดิ์ อัศวิจิตรศิลป์ บริษัทไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน)
๑๖๒. คุณสมสกุล ศรีจรรยา บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๖๓. ดร.สร้อยสุดา เกสรทอง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๑๖๔. คุณสวัสดิ์ สัมครพงศ์ สมาคมเพื่อนเกลอเทือกเขาหลวงนครศรีธรรมราช
๑๖๕. ศ.ดร.สันทัต ศิริอนันต์ไพบูลย์ ม.เทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
๑๖๖. คุณสำรวย ทองจันทร์ ประชาชนทั่วไป
๑๖๗. คุณสิทธิชัย กิตติชูชัย สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๖๘. คุณสิริกัญญา ปานพวงศรี บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๑๖๙. คุณสิริวรรณ จันทนะจุลกะ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๑๗๐. คุณสี้อักัญญา สุขประเสริฐ ประชาชนทั่วไป
๑๗๑. คุณสุกัญญา บุญเกิด ประชาชนทั่วไป
๑๗๒. คุณสุกานดา ปลั่งสุชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
๑๗๓. คุณสุกัญญา ปลั่งสุชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
๑๗๔. คุณสุกัญญา ปลั่งสุชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์
๑๗๕. คุณสุจิตรา อยู่ทอง สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๗๖. คุณสุญา อัมราลิตี สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๗๗. คุณสุชาดา อนุปกิจ กรมป่าไม้ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๗๘. คุณสุทธาสินี กล่ำวาทิจุล สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๗๙. คุณสุทธิ อัชฌาศัย เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกเฉียง
๑๘๐. คุณสุธิดา อุทะพันธุ์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๑๘๑. คุณสุทธิพงษ์ วสุโสภณพล สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ภารกิจสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข
๑๘๒. คุณสุนันทา ปิ่นทะนาโน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๘๓. อ.ดร.สุภาพร ใจการุณ คณะวิทยาศาสตร์ มกร.อุบลราชธานี
๑๘๔. คุณสุภาพรณี เขิดชัยภูมิ เทศบาลเมืองพัทธยา
๑๘๕. คุณสุภาพร นิมมากร สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
๑๘๖. คุณสุรพงษ์ พรหมเท้า คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)
๑๘๗. คุณสุรวดี สุขเลิศ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
๑๘๘. ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล ม.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๘๙. คุณสุรติ กาญจนบุญชร กรมป่าไม้ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๑๙๐. คุณสุรัตน์ บัวเลิศ วิทยาลัยสิ่งแวดล้อม ม.เกษตรศาสตร์
๑๙๑. คุณสุวรรณ ศรีจันทร์ ประชาชนทั่วไป
๑๙๒. คุณสุวิลา รักพานิชศิริ การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (กนอ.)
๑๙๓. รศ.ดร.สุเทพ ศิลปานันทกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล
๑๙๔. คุณเสขสิริ ปิยะเวช บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด (มหาชน)
๑๙๕. คุณโสธิตา นุราช ประชาชนทั่วไป
๑๙๖. อภิชาติ สาครวาสี บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด (มหาชน)
๑๙๗. คุณอมรชัย ออมทรัพย์ คณะวิทยาศาสตร์ ม.บูรพา
๑๙๘. คุณอรนิต อรไชย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
๑๙๙. คุณอรนุช ผิวเรืองนนท์ บริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด
๒๐๐. ผศ.ดร.อััจฉรา จินวงษ์ มกร.อุตรธานี
๒๐๑. คุณอัญชลี พุ่มเข็ม บริษัท วิมันคอนซ์ จำกัด
๒๐๒. คุณอาภัสรา ใจดี บริษัทเอ็นทีค จำกัด
๒๐๓. คุณอำนาจ จำรัสณฤม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ
๒๐๔. คุณอำไพ ชมโฮสตร กรมชลประทาน
๒๐๕. คุณอิทธิพล เอกะทิดานนท์ บริษัท ปตท.จำกัด(มหาชน)
๒๐๖. คุณอุตร สวรรณโค บริษัทหอดิตยา เบอร์ล่า เคอร์มิคัลส์ (ประเทศไทย) จำกัด
๒๐๗. คุณอุมารัตน์ ศิริจรรยา ม.หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
๒๐๘. รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ขอนแก่น