



มหัศจรรย์สุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๕

๑๘ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๕

ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร

"ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ"



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

The Fifth National Health Assembly 2012

"ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ" (Health in All Policies)





ฉลองอายุ ๑๐๐ ปี สมเด็จพระนางเจ้า

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕

ที่ปรึกษา

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการบริหาร

อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา
วิสุทธิ บุญญะโลภิต

บรรณาธิการ / คณะผู้จัดทำ

ดร.นาตยา แท่นนิล (บรรณาธิการ)
মনชนก พรหมรัตน์

เลขหมู่	WA540.ร3 น139 2555 สมีชช
เลขทะเบียน	00010992
วันที่	14 ก.ค. 2556

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔
หมู่ที่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๑-๒
อีเมลล์ nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ISBN 978-616-235-171-6
พิมพ์ที่ บริษัท สามดีพริ้นติ้งอีดวิปเมนท์ จำกัด
พิมพ์ครั้งที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๖

ความนำ

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งเป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม ในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงมีบทบัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เพื่อเป็นกลไกและกระบวนการเชื่อมประสานให้ทุกภาคส่วนในสังคม ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน โดยรูปแบบและกระบวนการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม ให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่าย องค์กรและหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมทั้งในระดับพื้นที่จนถึงระดับชาติผ่านกลไกและช่องทางต่างๆ ที่หลากหลาย

ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ (คจ.สช.) โดยมี ดร.ศิรินา ปวงโรฬารวิทยา เป็นประธาน มีกรรมการซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ เครือข่าย/องค์กรภาควิชาการ ภาคประชาสังคม/เอกชน ทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ โดยมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ เป็นกลไกทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการในการจัดประชุมและการดำเนินการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวางแนวทางการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ให้มีความเป็นระบบและยืดหยุ่น ในการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลัก คือ "ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ"

โดยเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดระเบียบวาระการประชุม ซึ่งมีภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้เสนอประเด็นนโยบายสาธารณะเข้าสู่การพิจารณา จำนวน จำนวน ๕๕ ข้อเสนอ จาก ๕๒ องค์กร/เครือข่ายหลัก และ คจ.สช. ได้ดำเนินการพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นร่างระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณาจากความรุนแรงของผลกระทบ ความสนใจของสาธารณะและความเป็นไปได้ในการผลักดันเชิงนโยบายหรือผลต่อเนื่องให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีเป็นเกณฑ์ หลังจากนั้น คจ.สช. ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการวิชาการดำเนินการจัดกระบวนการปรึกษาหารือระหว่างกลุ่ม/เครือข่ายที่เสนอประเด็นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในประเด็นนั้นๆ เพื่อพัฒนาให้ได้ประเด็นเชิงนโยบายที่ชัดเจน และจัดตั้งคณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็นเพื่อจัดทำรายงานวิชาการและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในการพิจารณาให้ความเห็น เพื่อปรับปรุงเป็นเอกสารร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่มีผู้แทนจากกลุ่มเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒๓๔ กลุ่มเครือข่าย ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ ผู้สังเกตการณ์ คณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ เข้าร่วมการประชุม จำนวน รวมทั้งสิ้น ๒,๑๑๖ คน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ได้พิจารณาและมีฉันทามติร่วมกันต่อประเด็นสาธารณะรวม ๑๑ มติ เพื่อนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและให้มีการติดตามผลการดำเนินงานมาเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งต่อไป รวมทั้งเสนอต่อสาธารณะ ดังนี้

- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑ การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๒ การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๓ การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๔ การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๕ ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖ การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๘ การพัฒนาเกลือและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๙ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑๐ เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ
- สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑๑ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้รวบรวมมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๕ รวมทั้งเอกสารรายงานเชิงวิชาการ (เอกสารหลัก) ไว้ในหนังสือเล่มนี้ เพื่อให้เครือข่ายต่างๆ ได้ใช้ประโยชน์ร่วมกันในการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑ การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน	๒
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๒ การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล	๖
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๓ การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ในบริบทสังคมไทย	๑๐
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๔ การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	๑๓
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๕ ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	๑๗
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖ การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)	๒๐
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖. ผนวก ๑ (ร่าง)แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ (EIA/EHIA)	๒๓
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ	๒๘
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๘ การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร	๓๒
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๙ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที	๓๖
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑๐ เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ	๔๐
สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑๑ กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ	๔๓
ภาคผนวก ๑ เอกสารรายงานประกอบการพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๕ - สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑ การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน	๔๘



สารบัญ(ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑ / หมวด ๑ ร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทาง และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน	๕๕
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๒ การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที	๖๐
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๓ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ	๖๗
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๔ การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ในบริบทสังคมไทย	๗๕
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕ การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)	๗๙
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๕ / หมวด ๑ การดำเนินงานพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)	๘๕
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๖ การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล	๘๖
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗ การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	๙๓
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๗ / หมวด ๑ ตารางแสดงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	๑๐๒
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๘ ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	๑๐๓
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙ การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการ เข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร	๑๑๐
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๙ / หมวด ๑ การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการ เข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร	๑๑๗
- สมัชชาสุขภาพ ๕ / หลัก ๑๐ รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภาคผนวก ๒ บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่ายในการประชุมสมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ ๕	๑๒๐
	๑๓๙







สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

ได้พิจารณารายงานเรื่องการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน*

ตระหนัก ว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีส่วนทำให้คนมีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเลือกเดินทางในระยะสั้นด้วยยานยนต์แทนการเดินทางและการใช้จักรยานทำให้มีการใช้เชื้อเพลิงเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้ไทยเสียดุลการค้าและปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้น ประชาชนทุกกลุ่มประสบอุปสรรคในการใช้ทางเดินเท้า

กังวล ต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของชาติ เนื่องจากการเจ็บป่วยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มลพิษและอุบัติเหตุ การขาดดุลการค้า การเสียเวลาเดินทาง การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และความสูญเสียทางสังคมจากการลดลงของคุณภาพชีวิต ความเป็นชุมชน

ชื่นชม ความพยายามส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานสำหรับการเดินทางระยะสั้นแทนการใช้ยานยนต์ที่ผ่านมาของหน่วยงานราชการและองค์กรภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องของจำนวนหนึ่ง แม้จะยังมีประสิทธิผลที่จำกัด

รับทราบ ว่านโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ไม่ทันสมัย และขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้ รวมทั้งไม่มีบทบัญญัติที่ส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

เห็นว่า การทำให้สังคมไทยเอื้อต่อการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันจัดการแบบบูรณาการ สร้างและให้ความรู้ หนุนเสริมสร้างทัศนคติที่ส่งเสริมให้มีระบบและโครงสร้างที่ส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน รวมทั้งการพัฒนาและการนำกฎหมายไปใช้อย่างจริงจัง เพื่อมุ่งสู่การมีระบบขนส่งและจราจรที่ยั่งยืน และการพัฒนาให้เมืองน่าอยู่

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน และมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณาเร่งรัดดำเนินการดังนี้

๑.๑ สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดเป็นนโยบายหลักให้การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีการเดินทางระยะสั้นที่สำคัญ และทำหน้าที่ประสานงานหน่วยงานภาครัฐในการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ

๑.๒ กระทรวงคมนาคม ส่งเสริมการเชื่อมต่อการเดินทางกับระบบขนส่งสาธารณะด้วยการเดินเท้าและการใช้จักรยาน ให้ความรู้ที่เน้นให้ความสำคัญต่อผู้เดินเท้าและผู้ใช้จักรยานทุกกลุ่มคนในการขอใบอนุญาตขับขี่ยานยนต์ทุกชนิด

๑.๓ กระทรวงมหาดไทยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแก้ไขปรับปรุงกฎกระทรวงออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร และข้อบัญญัติท้องถิ่นให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคาร

* เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๑

สาธารณะรวมทั้งสถานียขนส่งสาธารณะ ต้องจัดให้มีที่จอดจักรยานที่สะดวก ปลอดภัย และเพียงพอ รวมถึงกำหนดให้จังหวัดมีหน้าที่สนับสนุนการเดินทางเท้าและใช้จักรยานให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

๑.๕ กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดให้การเดินและการใช้จักรยานเป็นระเบียบวาระขององค์การปกครองท้องถิ่น จัดทำโครงสร้างพื้นฐานให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อการเดินเท้า การใช้ทางเท้าและ การสัญจร ของคนพิการและการใช้จักรยาน กำหนดพื้นที่จำกัดความเร็วของยานยนต์ และช่องทางการเดิน การใช้จักรยาน มีสัญลักษณ์และป้ายบอกชัดเจนในเขตชุมชน และประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้และรณรงค์อย่างต่อเนื่อง สร้างความตื่นตัวและสนับสนุนกิจกรรม ด้านการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันแก่สาธารณชน

๑.๕ กระทรวงศึกษาธิการ กำหนดให้สถานศึกษามีหลักสูตรให้ความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเดิน และการใช้จักรยาน อาทิเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการใช้สัญญาณมือ และไฟจักรยานกับผู้ใช้จักรยานให้ถูกต้อง ปลอดภัยและสนับสนุนให้ใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่องแก่นักเรียน นักศึกษา รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุน ให้เดินหรือใช้จักรยานในการเดินทางมาเรียน ด้วยการมีส่วนร่วมของนักเรียนนักศึกษา ผู้ปกครอง และชุมชน และจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินและการใช้จักรยานภายในสถานศึกษา

๑.๖ กระทรวงอุตสาหกรรม ส่งเสริมผู้ประกอบการธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับการเดินและการใช้จักรยาน และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในการเดินทางที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และราคาที่เป็นธรรม

๑.๗ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน และสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมการเดินและใช้จักรยานอย่างต่อเนื่อง

๑.๘ กระทรวงพลังงาน มีนโยบายและมาตรการส่งเสริมการเดินทางที่ไม่ใช้เครื่องยนต์ ได้แก่ การเดินและการใช้จักรยาน และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในการเดินทาง

๑.๙ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา โดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สนับสนุนการท่องเที่ยวด้วยจักรยานและกระตุ้นให้ผู้ประกอบการที่พักมีจักรยานให้บริการนักท่องเที่ยว

๑.๑๐ กระทรวงการคลัง มีมาตรการทางภาษีเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๑.๑๑ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รณรงค์ และสร้างองค์ความรู้เพื่อผลักดันนโยบาย และเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพด้วยการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในข้อ ๑.๑ - ๑.๑๑ ปฏิบัติงานให้แล้วเสร็จภายในปี ๒๕๕๘

๒. ขอให้สำนักนายกรัฐมนตรี สนับสนุนการมีส่วนร่วมเพื่อการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ดังนี้

๒.๑ สนับสนุน กระบวนการ จัดทำยุทธศาสตร์ “การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน” ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคประชาสังคม หน่วยงานภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์



การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ตามภาคผนวก^๓ ท้ายเอกสารหลัก เป็นเอกสารตั้งต้น

๒.๒ สนับสนุนให้มีการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์ดังกล่าว และเสนอต่อ สมิชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อรับรองร่างยุทธศาสตร์ให้เสร็จสิ้นภายใน ปี ๒๕๕๗

๓. ขอให้ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยเป็นแกนนำ ประสานกับภาคีที่เกี่ยวข้องด้านการเดินทางและการใช้จักรยานและภาคีสมัชชาสุขภาพ สร้างเครือข่ายความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ร่วมในกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ฯ ตามข้อ ๒.๑ รวมทั้งการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การสนับสนุนทางวิชาการ การศึกษาดูงานเรียนรู้จากพื้นที่ที่ดำเนินงาน

๔. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗

^๓ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๑/ผนวก ๑



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๒

การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๒

การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล^๑

กังวลและห่วงใย ว่าถึงแม้นโยบายสนับสนุนการใช้พลังงานชีวมวลจะเป็นทางเลือกที่ดี แต่ในทางปฏิบัติ การส่งเสริมการสร้างโรงไฟฟ้าชีวมวลที่ยังขาดหลักเกณฑ์และมาตรการในการป้องกันและควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก จะทำให้การพัฒนาโรงไฟฟ้าชีวมวลไม่มีความยั่งยืน ประกอบกับปัจจุบันผู้ประกอบการจำนวนมากอาศัยช่องว่างของกฎหมายในการจัดตั้งโรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์ เพื่อหลีกเลี่ยงการจัดทำรายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ตระหนัก ถึงสิทธิชุมชนในการมีส่วนร่วมศึกษาผลกระทบและตัดสินใจในทุกระดับ มีกลไกการติดตามตรวจสอบ รวมถึงการฟื้นฟูเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวลอย่างเหมาะสม

ชื่นชม แผนพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือกที่เห็นความสำคัญของการนำเศษวัสดุทางการเกษตรมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมถึงรัฐธรรมนูญและกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้สิทธิของประชาชน และริเริ่มกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล และมอบหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณาเร่งรัดดำเนินการดังนี้

๑.๑ ขอให้กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาศักยภาพในการรองรับการพัฒนาโรงไฟฟ้าชีวมวลในภาพรวมของจังหวัด จัดทำแผนพัฒนาพลังงานและแผนแม่บทพลังงานชีวมวลของแต่ละจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อเป็นกรอบการพัฒนาและอนุญาตโครงการโรงไฟฟ้าในแต่ละพื้นที่

๑.๒ ขอให้กรมโยธาธิการและผังเมืองเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงมาตรฐานและหลักเกณฑ์การใช้ประโยชน์ที่ดินในผังเมือง เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำข้อกำหนดการใช้ประโยชน์ที่ดินสำหรับโรงไฟฟ้าชีวมวล

๑.๓ ขอให้กรมโรงงานอุตสาหกรรม เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน กรมโยธาธิการและผังเมือง สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ปรับปรุงบัญชีประเภทอุตสาหกรรมประเภทกิจการโรงไฟฟ้า โดยให้แบ่งเป็นประเภทย่อย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการกำหนดมาตรการควบคุมและการป้องกันผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

^๑ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๖

๑.๔ ขอให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงานเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการทบทวนปรับปรุงประกาศหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการออกใบอนุญาต และการเพิกถอนใบอนุญาต ให้ครอบคลุมถึงเรื่องดังต่อไปนี้

- (๑) กำหนดที่ตั้งและระยะห่างที่ชัดเจนและเหมาะสม ระหว่างโรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดกำลังผลิตต่างๆ กับชุมชน สาธารณสถาน แหล่งน้ำสาธารณะ แหล่งอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและโรงไฟฟ้าชีวมวลโครงการอื่น โดยให้มั่นใจได้ว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- (๒) ปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินงานของโรงไฟฟ้าชีวมวล ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งและอากาศเสียที่ปล่อยออกจากโรงไฟฟ้า คุณภาพเชื้อเพลิง ประสิทธิภาพของเตาเผา ตะแกรงดักฝุ่นละออง รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันและลดผลกระทบ
- (๓) จัดทำแผนสนับสนุนให้มีการพัฒนาและใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล และมีมลพิษต่ำ
- (๔) เพิ่มเติมหลักเกณฑ์ในเรื่องการจัดเก็บเชื้อเพลิงและขี้เถ้าในระบบปิด และมาตรการในการขนส่งเชื้อเพลิงและขี้เถ้าให้สามารถป้องกันฝุ่นปลิวได้
- (๕) ให้มีมาตรการลงโทษทางแพ่งและอาญา รวมถึงการเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบการที่ขาดคุณสมบัติหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบและกฎหมาย เพื่อเปิดเผยให้สาธารณะได้รับทราบ
- (๖) ให้มีการจัดตั้งกองทุนชดเชยผู้ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือ เยียวยา รวมถึงการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล
- (๗) ให้เปิดเผยข้อมูลผลการปฏิบัติตามแผนและมาตรการป้องกันและลดผลกระทบของโรงไฟฟ้าชีวมวลเป็นประจำทุกปี เพื่อให้สาธารณะได้รับทราบ
- (๘) ห้ามใช้ถ่านหินเป็นเชื้อเพลิงในโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวล
- (๙) ให้มีการรับฟังความเห็นและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน อย่างมีคุณภาพในทุกขั้นตอน โดยปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ ๖๖ และ ๖๗

๑.๕ ขอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาคู่มือและแนวทางการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล เผยแพร่และสร้างความเข้าใจในการศึกษาข้อมูล และการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับชุมชน (Community Health Impact Assessment : CHIA) ทั้งก่อนการอนุญาต การติดตามตรวจสอบ และการเฝ้าระวัง

๑.๖ ขอให้กรมอนามัย ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

- (๑) ศึกษาและจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากกิจการ โรงไฟฟ้าชีวมวล
- (๒) เสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศตามพระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ หมวดกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ให้การประกอบ กิจการโรงไฟฟ้าชีวมวลเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสร้างและประกอบ กิจการโรงไฟฟ้าชีวมวลในทุกขนาดจำเป็นต้องมีแผนป้องกันและลดผลกระทบต่อ สุขภาพ
- (๓) สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมกิจการ โรงไฟฟ้าชีวมวล ติดตาม และประเมินผล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาค ประชาชน

๑.๗ ขอให้สำนักงานปลัดกระทรวง (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค ที่ ๑ - ๑๖) และกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กำหนดมาตรการในการเฝ้าระวังและสนับสนุนอุปกรณ์ในการ เฝ้าระวังตรวจสอบ คุณภาพสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รอบโรงไฟฟ้าชีวมวล รวมถึงสนับสนุนการจัดทำแผนเฝ้าระวัง และตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๓

การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับ
ความจำเป็นด้านสุขภาพใหม่บริบทสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๓

การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับ ความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่องการปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทของสังคมไทย^๕

ตระหนักว่า ระบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพของไทยในปัจจุบัน ยังขาดความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับพลวัตของระบบสุขภาพและสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อการผลิตบุคลากรที่มีความพร้อมทั้งความรู้ เจตคติ ทักษะที่จำเป็น และความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพเป็นอย่างดี มีคุณธรรม และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีทักษะ เจตคติที่ดีในการทำงานเป็นทีม รวมทั้งทักษะในการเรียนรู้จากการทำงานตลอดชีวิต และสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงท่ามกลางพลวัตของระบบสุขภาพและสังคมได้ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในสังคมโลกาภิวัตน์ในศตวรรษที่ ๒๑

ตระหนักว่า การพัฒนาหลักสูตรหรือปรับระบบการเรียนการสอนของบุคลากรด้านสุขภาพ ในสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นการเฉพาะ ซึ่งขาดความร่วมมือกับสาขาอื่นและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้อง ไม่เพียงพอที่จะทำให้การปรับปรุงและพัฒนาการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ และก่อประโยชน์สูงสุดกับประชาชนได้ ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรหรือปรับระบบการเรียนการสอนของบุคลากรด้านสุขภาพสาขาใดสาขาหนึ่งเป็นการเฉพาะ ต้องเชื่อมโยงกับพลวัตของระบบสุขภาพ สังคม และความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

ห่วงใย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ จากการดำเนินการผลิตบุคลากรสุขภาพในภาคเอกชน และภาครัฐ การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียน และนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาค

ห่วงใย ความไม่เสมอภาคในการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพ โดยนักเรียนที่มาจากครอบครัวที่ยากจนและชนบท มีโอกาสน้อย ทั้งๆที่ค่าใช้จ่ายส่วนมากมาจากภาษีอากร

ชื่นชม การพัฒนากลไกในระดับชุมชนท้องถิ่นในการส่งเสริมให้บุคลากรสุขภาพสามารถทำงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การคัดเลือกนักศึกษา ระหว่างช่วงเวลาศึกษา จนถึงเมื่อสำเร็จการศึกษาและเข้าทำงานในระบบสุขภาพ

ชื่นชม ความพยายามอย่างต่อเนื่อง ของสถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ปรับปรุงและรับรองมาตรฐาน การศึกษาของบุคลากรสุขภาพมาอย่างยาวนาน การสร้างนวัตกรรมการจัดรูปแบบการศึกษา รวมทั้งกระบวนการศึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนเรื่องการปฏิรูประบบการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ

^๕ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๔

ชื่นชม สถาบันการศึกษาในหลายพื้นที่ ที่พยายามพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการศึกษาใหม่ ๆ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์การจัดการศึกษา รวมถึงจากงานวิจัยการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ และ ด้วยความมุ่งหมายให้สามารถผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน ได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพในพื้นที่

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ โดยมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ ดังนี้

๑.๑ คณะอนุกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน ได้แก่ สถาบันการศึกษา วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ใช้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนนักศึกษา ผู้แทนสภาหรือองค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิในสัดส่วนและจำนวนที่เหมาะสม

๑.๒ คณะอนุกรรมการมีหน้าที่จัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับกระบวนการสรรหา การผลิต การวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิรูปการศึกษาให้สอดคล้องกับนโยบายด้านคุณภาพของการบริการในทุกระดับ ด้วยกระบวนการระดมสรรพปัญญา ประสบการณ์ และนวัตกรรม การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี และเสนอร่างแผนยุทธศาสตร์เพื่อขอการรับรองในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ตามความเหมาะสม แผนยุทธศาสตร์นั้นยึดหลักการสำคัญ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตบุคลากรและผู้ใช้บุคลากรในระบบบริการสุขภาพภายใต้บริบทของประชาคมอาเซียน การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนตัวอย่าง รวมถึงประสบการณ์ที่ดีระหว่างบุคลากรสุขภาพในสาขาต่างๆ การเพิ่มองค์ความรู้ด้านการบริหารงาน การบริหารความขัดแย้งและกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมนวัตกรรมในการจัดการศึกษา การสร้างจิตสำนึกสาธารณะ การเคารพในศักดิ์ศรี และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาค และความเป็นธรรมในการจัดการศึกษาและการกระจายบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนให้มีงานวิจัยและนำผลมาใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน เป็นต้น

๒. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนการคัดเลือก และให้ทุนบุคคลในพื้นที่เข้าศึกษาหลักสูตรด้านสุขภาพ ร่วมกับสถาบันการศึกษา ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และกำหนดกรอบอัตรากำลังและกลไกรองรับให้กลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเอง

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๔

การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๔

การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ*

ตระหนัก ว่าภาวะหมอกควันเป็นปัญหารุนแรง ที่มีผลต่อสุขภาพกับประชาชนเป็นบริเวณกว้าง มีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งทั้งการเผาในพื้นที่ป่า พื้นที่เกษตรกรรม ภาคเมือง การขนส่ง และอุตสาหกรรม การบริหารจัดการแก้ไขปัญหามีความสลับซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและหมู่บ้าน จึงจะสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ชัดเจนและบรรลุเป้าประสงค์

กังวล ต่อปริมาณฝุ่นควันขนาดเล็กที่มีปริมาณเกินค่ามาตรฐานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการท่องเที่ยวแล้ว ยังพบปัญหาหมอกควันมีแนวโน้ม ที่กลายเป็นความขัดแย้งทางสังคมระหว่างกลุ่มคนในเมืองกับคนชนบทหรือเกษตรกรมากขึ้น

รับทราบ ว่าการป้องกันแก้ไขปัญหามอกควันมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย การแก้ไขที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องแก้ไขในทุกระดับ ตั้งแต่สำนึกบุคคล ชุมชน บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และต้องมีการปรับปรุงกลไกการทำงาน การปรับปรุงโครงสร้างอำนาจ สิทธิ การมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่สามารถดำเนินการได้โดยง่ายในระยะเวลานี้

หวังใ ว่าการขาดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและทุกระดับทำให้การแก้ไขปัญหามอกควันไม่ได้รับความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ชื่นชม การทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชนที่ร่วมผลักดันให้มาตรการป้องกันปัญหาหมอกควันเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

เห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนและการกระจายอำนาจในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ จะเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ แม้จะมีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งแต่ควรมุ่งเน้นแก้ไขปัญหากจากแหล่งกำเนิดหลักคือ การเผาในพื้นที่ป่าและพื้นที่เกษตรเป็นกลยุทธ์หลัก

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และมอบหมายให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการดังนี้

๑.๑ สำนักงานกองทุนสิ่งแวดล้อม สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และภาคเอกชน เป็นภาคีร่วมดำเนินงาน สนับสนุนภาคประชาชนและองค์กรชุมชน ในการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน โดยจัดตั้งคณะทำงานความร่วมมือภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน เพื่อทำหน้าที่

* เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/มติ ๗

๑.๑.๑ สนับสนุนให้องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดทำแผนการบริหารจัดการ การสร้างสำนึก สร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง สร้างศูนย์การเรียนรู้เพื่อขยายผล

๑.๑.๒ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ว่าด้วยการจัดการปัญหาไฟป่าและหมอกควัน

๑.๑.๓ สนับสนุนให้มีงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนเรื่องลุ่มน้ำสภาพป่า และประเภทป่า รวมทั้งนำข้อมูลและผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงให้มีการพัฒนาระบบการบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

๑.๑.๔ สนับสนุนงบประมาณให้องค์กรชุมชนในการดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้ให้คณะทำงานความร่วมมือภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควัน ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรพัฒนาเอกชน สภาเกษตรกรแห่งชาติ สภาองค์กรชุมชนและสถาบันทางการศึกษา

๑.๑.๕ สนับสนุนการลดการเผาในพื้นที่เกษตร โดยสนับสนุนให้ทำปุ๋ยหมักชีวภาพจากเศษวัสดุพืช โดยกรมพัฒนาที่ดิน

๑.๑.๖ ส่งเสริมให้ความรู้และทักษะแก่ประชาชน และเยาวชนในโรงเรียนในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาไฟป่าหมอกควันในพื้นที่อย่างเหมาะสม

๑.๒ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยงานหลัก

๑.๒.๑ ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจของคณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติ ในประเด็นต่อไปนี้

- (๑) ให้นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน โดยมีกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยงานเลขานุการ
- (๒) เพิ่มคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนของประชาชน และภาคเอกชน เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในสัดส่วนที่เหมาะสมและให้มีตัวแทนครบทุกภาคของประเทศ
- (๓) ให้มีอำนาจในการพิจารณา และให้ความเห็นต่อแผนงาน แผนงบประมาณที่องค์กรชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำขึ้น เพื่อประกอบการนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติ
- (๔) แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชุมชนจัดการไฟป่าและหมอกควันระดับหมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด และระดับภาค

ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑.๒.๑ ดำเนินการจัดการปัญหาไฟป่า และหมอกควันในลักษณะเป็นการถาวรและประจำจนกว่าปัญหาจะคลี่คลาย

- (๕) แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามผลและตรวจสอบปัญหาไฟป่าและหมอกควัน รวมทั้งผลกระทบต่อระบบนิเวศ สังคมและสิ่งแวดล้อมโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกระดับตั้งแต่ ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และภูมิภาค

๑.๒.๒ ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สนับสนุนให้คณะทำงานตาม ๑.๒.๑(๔) เป็นองค์กรหลักประสานจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาหมอกควัน ไฟป่า



ในทุกระดับโดยมีคณะทำงานตาม ๑.๑ ให้การช่วยเหลือและสนับสนุน และให้ผู้ว่าราชการจังหวัด ทำหน้าที่รวบรวมแผนและงบประมาณ เพื่อเสนอขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการจัดการไฟฟ้าและหมอกควันแห่งชาติ

๑.๒.๓ การทำข้อตกลงร่วมกับประเทศเพื่อนบ้านในการแก้ไขปัญหาไฟฟ้าและหมอกควันร่วมกัน

๑.๓ คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย เป็นกลไกหลักร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และคณะทำงานตาม ๑.๑ ศึกษา ยกร่างและปรับปรุงแก้ไข ระเบียบกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาไฟฟ้าหมอกควันและพัฒนาให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติตามกฎหมายอย่างจริงจัง รวมทั้งสำรวจการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาหมอกควัน ไฟป่า การจัดการทรัพยากรป่าไม้ การแก้ไขปัญหาการใช้ประโยชน์ที่ดินและการเกษตร รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ค่าชดเชยต่อระบบนิเวศ เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบภายใน ๒ ปี

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๕

ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๕ ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหา จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สมัชชาสุขภาพครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช^๑

ตระหนัก ว่าการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยผิดวิธี การไม่บังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่เข้มงวด การส่งเสริมการขายโดยไม่รับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกรและผู้บริโภค แนวโน้มนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้คือคาร์โบฟูราท เมโทมิล ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น

รับทราบ ว่าพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ.๒๕๕๑ ได้กำหนดให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดต้องขึ้นทะเบียนใหม่ให้แล้วเสร็จภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๕๔ และมติคณะรัฐมนตรี ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ ที่ได้ระบุให้คณะกรรมการวัตถุอันตรายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้เสียให้ข้อคิดเห็นและข้อมูลที่รอบด้าน พร้อมแสดงข้อมูลและหลักฐานประกอบเพื่อความโปร่งใส และจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะเรื่องเพื่อควบคุมการโฆษณาและขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร

รับทราบ ว่าการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (GAP) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการผลิตอาหารที่ปลอดภัยต่อเกษตรกรและผู้บริโภค

หวัง ว่าการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นตัวแทนองค์กรสาธารณะประโยชน์อาจไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์กฎหมาย และการอนุญาตให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้ามาก่อนวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ สามารถขายต่อเนื่องไปอีก ๒ ปี ไม่ได้เป็นตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการคุ้มครองสุขภาพคนไทย

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ดำเนินการ

๑.๑ มอบหมายกรมวิชาการเกษตร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๑.๑ ทบทวนการอนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในกระบวนการผลิตภาคการเกษตร โดยเฉพาะคาร์โบฟูราท เมโทมิล ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น เพื่อผลักดันเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔

๑.๑.๒ ปรับปรุงวิธีการขึ้นทะเบียน และเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการวิชาการ ให้ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการจากสถาบันวิชาการ ผู้แทนองค์การสาธารณะประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนสภาเกษตรกรแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลพิษวิทยา ปัญหาสุขภาพ ปัญหาจากประเทศที่เป็นฐานการผลิต และประกาศเปิดเผยข้อมูลการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุข

๑.๑.๓ กำหนดหลักเกณฑ์ในการยกเลิกการใช้วัตถุอันตราย หรือการยกระดับประเภทวัตถุอันตราย โดยเร่งรัดการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการวัตถุอันตรายให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีผลกระทบรุนแรงและหลายประเทศห้ามใช้แล้วเป็นวัตถุอันตรายชนิดที่ ๔ และเพิ่มรายการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษร้ายแรงในบัญชีเฝ้าระวัง

^๑ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๘

๑.๑.๔ เสนอต่อคณะกรรมการวัตถุอันตราย ให้ดำเนินการควบคุมการโฆษณา และการขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตรอย่างเข้มงวด ตามนโยบายการจัดการสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ และดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ ให้มีบทบัญญัติว่าด้วยการควบคุมการโฆษณาและการขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร รวมถึงการให้ภาคประชาสังคม โดยเฉพาะด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัตถุอันตราย

๑.๑.๕ ให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้ผลิต ผู้ใช้ และผู้บริโภคเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๑.๒ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดค่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Limit : MRL) ตามมาตรฐานสากล และส่งเสริมความรู้แก่สังคมเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชน

๑.๓ จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนมาตรฐาน แนวทาง และการดำเนินการเพื่อให้เกิดการผลิตอาหารที่ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลัก โดยมีกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม โดยสถาบันอาหาร และสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย รวมทั้งภาคประชาชน เป็นฝ่ายสนับสนุน เพื่อดำเนินการผลักดัน GAP ให้เป็นภาคบังคับทางกฎหมาย เน้นระบบตลาดภายในประเทศ ตลาดในห้างสรรพสินค้า และตลาดส่งออก โดยมีกลไกการบริหารจัดการในแต่ละระดับ เพื่อเอื้ออำนวยให้เกษตรกรได้รับความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

๒. ขอให้กระทรวงอุตสาหกรรมในฐานะเลขานุการของคณะกรรมการวัตถุอันตราย ดำเนินการปรับปรุงประกาศกฎเกณฑ์การคัดเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตาม พ.ร.บ.วัตถุอันตราย โดยให้องค์กรสาธารณะประโยชน์ เป็นผู้คัดเลือกตัวแทนของตนแต่ละสาขาเพื่อให้ได้ตัวแทนที่แท้จริงตามเจตนารมณ์

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นศูนย์กลางในการจัดการข้อมูล และเผยแพร่ข้อมูลด้านความปลอดภัยทางอาหารตลอดห่วงโซ่อาหาร และจัดทำระบบการแจ้งเตือนผลการตรวจสอบการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการศึกษาวิจัยผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๔. ขอให้กระทรวงการคลังจัดตั้งกองทุนเพื่อนำมาใช้ในการเยียวยา ชดเชยผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้บริโภคที่ได้รับผลกระทบจากอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และให้สนับสนุนการผลิตที่ปลอดภัยตาม GAP และระบบเกษตรกรรมยั่งยืน โดยการจัดเก็บภาษีจากผู้ประกอบการที่นำเข้า ผลิต และจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

๕. ขอให้กระทรวงพาณิชย์ เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนในการศึกษาวิจัย และขับเคลื่อนแผนปฏิบัติงานเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางอาหารปลอดภัยตามมาตรฐาน GAP, ThaiGAP และมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ และเป็นศูนย์กลางการผลิตและการตลาดเกษตรอินทรีย์ของภูมิภาคเพื่อเสนอต่อรัฐบาลภายใน ๑ ปี

๖. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖



สํวษชษสขภทว ๕. มต ๖

การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม

และสขภทว (EIA/EHIA)

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖

การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่องการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)^๕

ตระหนัก ว่าระบบและโครงสร้างของระบบวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีปัญหาหลายด้าน และมีข้อจำกัดหลายประการต่อการใช้เป็นเครื่องมือและกลไกที่มีประสิทธิภาพต่อการจัดการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และลดความขัดแย้งระหว่างภาคส่วนต่างๆ ได้ตามเจตนารมณ์และวัตถุประสงค์ของระบบวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

หวังใ ว่าหากยังคงไม่มีการแก้ไขปรับปรุงการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน จนขยายสู่ความขัดแย้งระหว่างภาคเอกชนหรือหน่วยงานภาครัฐที่เป็นเจ้าของโครงการกับภาคประชาชน/ชุมชน และการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากขึ้นเรื่อย ๆ

รับทราบ ว่าได้มีความพยายามแก้ไขกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ผ่านการตรวจแก้ไขจากสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว และอยู่ในระหว่างขั้นตอนการรอเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา แต่ยังคงพบว่ามีประเด็นเรื่องมาตรการควบคุม กฎหมาย/กฎระเบียบสำหรับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ไม่ครอบคลุมรอบด้านต่อสถานการณ์ปัญหาที่พบในปัจจุบัน

เห็นว่า ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและเอกชน (ในฐานะเจ้าของโครงการ) บริษัทที่ปรึกษา/มหาวิทยาลัย (ในฐานะผู้จัดทำรายงาน) และภาคประชาชน (ในฐานะผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการ) ควรมีส่วนร่วมแก้ไขและผลักดันแนวทางปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. รับรอง(ร่าง)แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเอกสารภาคผนวก^๖ ท้ายมตินี้ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามมติข้อ ๒ และข้อ ๓

๒. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อประธานรัฐสภา คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย คณะกรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาใช้แนวทางในข้อ ๑ เพื่อผลักดัน

^๕ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/มติ ๕

^๖ เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖. ผผนก ๑

การปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕

๓. ขอให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พิจารณาจัดตั้ง “คณะอนุกรรมการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” โดยมีผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น สมัชชาองค์กรพัฒนาเอกชนด้านการคุ้มครองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน เช่น องค์กรธุรกิจเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และภาคประชาชน ร่วมอยู่ในคณะอนุกรรมการฯ เพื่อนำแนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในข้อ ๑ ไปดำเนินการแปลงสู่การปฏิบัติ

๔. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำแนวทางการปฏิรูปฯ ตามข้อ ๑ ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปสู่การปฏิบัติ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคม

๕. ขอให้เครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้อง หรือประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันผลักดันการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามแนวทางในข้อ ๑ โดยอาจผ่านช่องทางการดำเนินงานของแต่ละเครือข่าย/องค์กร และขอให้ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการดำเนินงาน

๖. ขอให้รัฐบาลเร่งรัดผลักดันให้มีการตรากฎหมายองค์กรอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (ตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๕๐) อย่างเร่งด่วน เพื่อปกป้องคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๖. หมวด ๑

(ร่าง)แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)

เป้าหมาย

การผลักดันให้เกิดการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคมและสุขภาพได้อย่างครบถ้วน รอบด้าน และในท้ายที่สุดนำไปสู่การปรับแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

แนวทางการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

๑. ด้านหลักการและระบบ EIA/EHIA

๑.๑ กำหนดให้มีการจัดทำรายงานการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment : SEA) โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อนให้ความเห็นชอบนโยบายและแผนด้านการพัฒนา และมีการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเพิ่มเติมเรื่องการจัดทำรายงาน SEA และความเชื่อมโยงระหว่างการทำ SEA กับ EIA/EHIA^๙

๑.๒ มีการศึกษาขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) ของพื้นที่ ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในรายงานต้องมีการประเมินว่าหากมีโครงการหรือกิจกรรมเพิ่มเข้าไปในพื้นที่จะส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการรองรับของพื้นที่อย่างไร^๙

๑.๓ คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และ คณะกรรมการผู้ชำนาญการ ควรมีกระบวนการพิจารณาโครงการที่เป็นประเภทเดียวกันหรืออยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกันในลักษณะการพิจารณาเชิงระบบ/พื้นที่ (ไม่แยกเป็นแต่ละโครงการ) โดยคำนึงถึงศักยภาพในการรองรับเชิงพื้นที่

๑.๔ ปรับปรุงการศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ (Feasibility Study : FS) ใน ๒ ลักษณะ คือ ๑) การพิจารณา FS ที่เชื่อมโยงกับ EIA/EHIA และ ๒) เพิ่มการศึกษาอัตราผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของโครงการ จะต้องประเมินรวมต้นทุนทางด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพ เศรษฐกิจของชุมชน และสังคมด้วย

๑.๕ หากผลการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมหรือด้านสุขภาพบ่งชี้ว่ามีความรุนแรงสูง และไม่อาจมีมาตรการลดผลกระทบได้อย่างเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง ให้สามารถใช้รายงาน EIA/EHIA เป็นเหตุผลในการตัดสินใจระงับโครงการได้ ทั้งกรณีโครงการภาครัฐและโครงการภาคเอกชน^๙

๑.๖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรใช้รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นข้อมูลหลักสำคัญในกระบวนการพิจารณาอนุมัติหรืออนุญาตการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA

^๙ เป็นกรณีที่ต้องมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕

๑.๗ แนวทางการปรับปรุงกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

๑.๗.๑ ด้านกฎหมาย กฎระเบียบ

- ในกรณีที่เป็นโครงการประเภทเดียวกันและอยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียง ควรกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยวิธีการจัดร่วมกันหลายโครงการ โดยมีกลไกการพิจารณากลับกรองและอนุญาตให้ดำเนินการโดยให้ชุมชนในพื้นที่เป็นผู้ตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อลดภาระของภาคประชาชนที่ต้องเข้าร่วมเวทีการมีส่วนร่วม
- ควรปรับปรุงกฎกติกาที่เกี่ยวข้องกับการรับฟังความเห็นและการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน และประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เป็นกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Output) ของการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพ โดยไม่เป็นกฎเกณฑ์ที่แข็งตัวเกินไป โดยยึดถือการปฏิบัติตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญมาตรา ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ และ มาตรา ๖๖ และ ๖๗
- ควรกำหนดแยกสัญญาว่าจ้างการกำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (Public Scoping) กับสัญญาว่าจ้างการดำเนินการประเมินผลกระทบ (Assessment) ออกจากกัน เพื่อนำผลจากการทำ Public Scoping มากำหนดเป็นสัญญาว่าจ้างการประเมินผลกระทบที่เหมาะสมและมีงบประมาณดำเนินการเพียงพอ โดยจะต้องให้มีกลไกพิจารณาเห็นชอบขอบเขตการศึกษาและแนวทางประเมินผลกระทบ โดยสาธารณะก่อนที่จะมีการดำเนินการประเมินผลกระทบต่อไป

๑.๗.๒ ด้านผู้มีสิทธิจัดทำรายงาน EIA/EHIA

- ผู้มีสิทธิจัดทำรายงาน EIA/EHIA ต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะด้านการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นแบบมีส่วนร่วม รวมถึงมีความรู้ด้านสิทธิชุมชน โดยควรกำหนดให้มีการออกใบรับรอง (Certificate) ผู้เชี่ยวชาญด้านการมีส่วนร่วม

๑.๗.๓ ด้านชุมชน

- กำหนดให้มีระบบการแต่งตั้งที่ปรึกษาทางวิชาการของชุมชนซึ่งชุมชนเป็นผู้ให้ความเห็นชอบ เพื่อทำหน้าที่ในการช่วยเหลือทางด้านวิชาการแก่ชุมชน ช่วยอ่านวิเคราะห์เอกสารรายงาน และเข้าร่วมเวทีรับฟังความคิดเห็นในขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการศึกษา โดยมีการสนับสนุนด้านงบประมาณดำเนินการที่เพียงพอ ทั้งนี้ อาจใช้งบประมาณจาก “กองทุนการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” (ข้อ ๒.๑) และให้ชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการช่วยวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และช่วยเหลือด้านวิชาการ

๑.๘ ควรเสริมสร้างขีดความสามารถชุมชน (Capacity Building) ต่อสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งในกระบวนการการมีส่วนร่วมและการเข้าถึงข้อมูลของโครงการตั้งแต่ขั้นตอนการจัดทำรายงานจนถึงขั้นพิจารณาเห็นชอบรายงาน

๑.๙ ควรมีการเปิดเผยข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องและรายงานการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งในช่วงระหว่างการจัดทำรายงาน ช่วงระหว่างพิจารณา ช่วงการปรับปรุง และหลังการพิจารณาให้ความเห็นชอบรายงาน สู่สาธารณะและองค์กรต่าง ๆ (เช่น คณะกรรมการองค์กรอิสระสิ่งแวดล้อมและ

สุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ) รวมทั้งรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และผลการปฏิบัติตามมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมเพื่อการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างง่ายและทั่วถึง

๒. ด้านการจัดทำรายงาน

๒.๑ ควรจัดตั้ง “กองทุนการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” โดยให้เจ้าของโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA เป็นผู้ส่งเงินเข้ากองทุนตามระเบียบ หลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น และให้มีหน่วยงานเฉพาะที่มีการบริหารงานโดยอิสระเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน ทำหน้าที่คัดเลือกและจัดจ้างผู้จัดทำรายงาน EIA/EHIA ที่เหมาะสมกับแต่ละโครงการ สนับสนุนกระบวนการทำงานของคณะกรรมการผู้ชำนาญการ สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสนับสนุนกระบวนการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบตามที่ระบุอยู่ในรายงาน EIA/EHIA^{๙๙} โดยระบุให้เจ้าของโครงการส่งเงินให้กองทุนฯ โดยให้รวมค่าใช้จ่ายในการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบด้วย หลังจากมีการดำเนินโครงการ

๒.๒ ควรกำหนดให้มีระยะเวลาที่สามารถนำรายงาน EIA/EHIA ที่ผ่านความเห็นชอบไปใช้ประโยชน์ในการขออนุมัติอนุญาต โดยควรมีระยะเวลา ๒-๓ ปี ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมของแต่ละประเภทโครงการ^{๑๐๐} ในกรณีที่เจ้าของโครงการต้องการยกเลิกโครงการ ให้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และให้มีผลเป็นการยกเลิกรายงาน EIA/EHIA ของโครงการนั้นด้วย

๒.๓ แนวทางการแก้ไขปัญหาการหลีกเลี่ยงไม่จัดทำรายงาน EIA/EHIA ตามระบบบัญชีรายการโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน

- (๑) มีระบบการร้องเรียนทั้งกรณีเจ้าของโครงการต้องการหลบเลี่ยง หรือมีโครงการประเภทใหม่ที่มีผลกระทบสูงแต่ไม่อยู่ในบัญชีรายการที่ประกาศไว้ หากเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติสามารถสั่งให้ทำรายงาน EIA/EHIA เพิ่มเติมได้^{๑๐๑}
- (๒) มีข้อกำหนดเรื่องระยะเวลาการปรับปรุงบัญชีรายการโครงการที่แน่นอน เช่น การปรับปรุงทุก ๔ ปี และเปิดช่องทางให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชนส่งข้อเสนอในการปรับปรุงด้วย^{๑๐๒}
- (๓) ปรับปรุงเงื่อนไข (ขนาด พื้นที่ กำลังการผลิต ฯลฯ) ที่กำหนดไว้สำหรับประเภทโครงการต่างๆ ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยป้องกันการหลบเลี่ยง และเพื่อให้เหมาะสมหรือสอดคล้องกับความรุนแรงของผลกระทบ
- (๔) ให้หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาต เพิ่มเติมข้อกำหนดในการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางลดผลกระทบสำหรับโครงการหรือกิจการที่อยู่ในบัญชีรายการที่ต้องทำ EIA/EHIA แต่มีคุณลักษณะไม่ตรงตามที่ประกาศกำหนดไว้ เช่น การจัดทำการประเมินผลทางด้านความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Safety Assessment)^{๑๐๓}, การจัดทำการประเมิน

^{๑๐๐} กรณีกรมโรงงาน มีการประกาศกำหนดเป็นรายประเภทกิจการแล้ว

ผลกระทบด้านกฎหมาย (Regulatory Impact Assessment), การจัดทำการประเมิน
ผลกระทบด้านความขัดแย้ง (Conflict Impact Assessment) ฯลฯ

๓. ด้านการพิจารณารายงาน

๓.๑ ควรปรับปรุงกระบวนการทำงานของคณะกรรมการผู้ชำนาญการ (คชก.) ให้เปิดเผยข้อมูลสู่
สาธารณะและมีความโปร่งใสมากขึ้น เช่น การตรวจสอบข้อมูลที่เป็นเท็จ การเข้าไปศึกษาสภาพพื้นที่โครงการ
ทั้งที่มีความขัดแย้งและไม่มีความขัดแย้ง การจัดทำระบบขึ้นทะเบียนผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเป็นกรรมการ
คชก. ฯลฯ และในขณะเดียวกันควรเปิดให้สาธารณะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานของ คชก. มาก
ยิ่งขึ้น เช่น การมีตัวแทนที่ได้รับความเห็นชอบจากชุมชนในพื้นที่โครงการ (ทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและฝ่ายที่ไม่เห็น
ด้วย) เข้าร่วมเป็น คชก. การเข้าร่วมรับฟังการประชุม คชก. การนำข้อมูลที่จัดทำโดยชุมชนเข้าสู่กระบวนการ
พิจารณา EIA/EHIA และแจ้งกำหนดการประชุมและผลการประชุมให้ชุมชนทราบทุกครั้ง

๓.๒ ให้ปรับปรุงโครงสร้างของ คชก. โดยครอบคลุมภาคส่วนวิชาการ รัฐ เอกชน และชุมชนที่ได้รับ
รับผลกระทบ โดยคำนึงถึงสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้ ให้พิจารณาเลือกสรรบุคคลที่มีความรู้ความสามารถด้าน
สุขภาพเพื่อเข้าไปเป็นองค์คณะในการอ่าน และพิจารณารายงานการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพพร้อมด้วย

๓.๓ ขอให้นำผังเมืองที่ประกาศใช้ และร่างผังเมืองที่ผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นตามกฎหมาย
และคณะกรรมการผังเมืองได้ให้ความเห็นชอบแต่อยู่ระหว่างดำเนินการออกประกาศบังคับ มาพิจารณา
ประกอบการให้ความเห็นต่อรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในทุกขั้นตอน

๓.๔ ควรมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการปรับปรุงจัดทำรายงานฉบับแก้ไขสำหรับรายงานที่
คณะกรรมการผู้ชำนาญการได้มีความเห็นให้ปรับแก้ไข

๔. ด้านการตรวจสอบติดตามและประเมินผล

๔.๑ ปรับปรุงวิธีการระบุเงื่อนไขใบอนุญาต/อนุมัติ รวมทั้งระบบการติดตามและประเมินผล
การปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม โดยแนวทางต่าง ๆ ดังนี้

- ปรับปรุงกฎหมายให้หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาต มีอำนาจในการนำมาตราการป้องกันและ
แก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม และมาตรการติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมตาม
รายงาน EIA/EHIA ที่ผ่านความเห็นชอบไปกำหนดเป็นเงื่อนไขเพิ่มเติมของคำสั่งอนุมัติ/
อนุญาตโครงการได้ และหากไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบ
สิ่งแวดล้อม และได้มีการตักเตือน/ภาคทัณฑ์แล้ว ให้หน่วยงานอนุญาตใช้เป็นเหตุผล
พิจารณาระงับการต่อใบอนุญาตหรือยกเลิกการอนุญาตได้
- ให้เจ้าของโครงการขนาดใหญ่ (เช่น โรงงานอุตสาหกรรม สนามบิน เขื่อน เขื่อนแม่ฮ่อง
จัดเวทินำเสนอผลการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมทุก ๖ เดือน เชิญผู้
เกี่ยวข้องทั้งจากภาคประชาชน หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาต หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาทั่วไปและจากสถาบันในพื้นที่ ฯลฯ มาร่วมรับทราบข้อมูล
ผลการปฏิบัติ และร่วมเสนอข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงาน รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาและผล
กระทบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

- ในกรณีที่เป็นโครงการขนาดใหญ่และมีความขัดแย้งสูงควรมีการตั้งคณะกรรมการพหุภาคี เพื่อติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนและมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม
- การสร้างเครือข่ายความร่วมมือให้ภาคประชาชนและสถาบันการศึกษาในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบและติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนและมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมในระยะเวลาว่างและหลังดำเนินโครงการ

๔.๒ การกระจายอำนาจและหน้าที่ในการติดตามตรวจสอบไปยังสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยควรดำเนินการไปพร้อมกับการกระจายอำนาจด้านการเก็บภาษีจากโครงการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA ไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณดำเนินการที่เพียงพอและเป็นมาตรการจูงใจต่อการดำเนินงาน (เป็นการมอบหน้าที่พร้อมกับมอบทรัพยากรในการปฏิบัติงาน)^{๑๖}



สัปดาห์สุขภาพ ๕. มติ ๗

พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ:

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๗ พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่องพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ^{๑๑}

ตระหนัก ว่าคนไทยร้อยละ ๘๕ นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งใช้หลักการทางพระพุทธศาสนาเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณี และวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญ ในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อม ภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพของชุมชน

กังวล ว่า พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่

รับทราบ ว่าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการแก้ไขปัญหายู่อแล้ว แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และแม้ว่าพระสงฆ์จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาพาธยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

ห่วงใย ว่าหากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในด้านสุขภาพ จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรม จริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทย อ่อนแอลง

ชื่นชม ว่าได้มีการดำเนินงานแล้วหลายโครงการ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช โครงการแก้ปัญหาค่าครองชีพไม่พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผล ของเจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี โครงการวัด ๕ ส. โดยคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี และโครงการวัดร่มรื่นพระสุขภาพดี ด้วยวิถีชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี

เห็นว่า จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้ พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง

^{๑๑} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/มติ ๗

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

๑.๑ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและสถานการณ์ด้านสุขภาพ

๑.๒ ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน

๑.๓ ดำเนินการและพัฒนาการขึ้นทะเบียนพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้คำนึงถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์

๑.๔ ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา โดยมีภิกษุเป็นแกนนำในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาจิต เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดินจงกรม ทั้งนี้ให้มีการสนับสนุนภิกษุได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

๑.๕ ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง

๑.๖ ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ไว้ในหลักสูตรต่างๆของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์ หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา

๒. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน/ภาคี/เครือข่าย ที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ ดำเนินการ

๒.๑ พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมและการดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทูพพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

๒.๒ รมรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายเป็นทาน ด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยี่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง

๓. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อเอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์

๕. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ เปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานหรือ คณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน

๖. ขอให้คณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา

๖.๑ พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ

๖.๒ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัด ส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน

๗. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป”

๘. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๘

การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบ
ด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
โดยเฉพะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๘

การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่องการพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร^{๑๖}

รับทราบ ว่าประชาคมอาเซียนจะช่วยขยายโอกาสด้านการค้า การสร้างงานและรายได้ให้กับประชาชน เพิ่มการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้การค้าสินค้าซึ่งรวมถึงอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร มีความหลากหลาย และมีการกระจายสินค้าระหว่างประเทศมากขึ้น

กังวล ว่าเมื่อการกำหนดมาตรฐานและคุณภาพอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารร่วมกันของสมาชิกอาเซียนกระทำได้ช้ากว่าการเคลื่อนย้ายสินค้าเหล่านั้น ความแตกต่างด้านมาตรฐานและคุณภาพของสินค้าของแต่ละประเทศจึงยังคงอยู่ และเมื่อปริมาณสินค้าที่ค้าขายมีมากขึ้น ความเสี่ยงที่จะได้รับอาหารที่ไม่ปลอดภัยย่อมมีมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการลักลอบนำเข้าสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐานอีกด้วย

กังวล ว่าระบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากการเรียกคืนสินค้า และจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและชีวิตของผู้บริโภค ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

ตระหนัก ว่ามาตรฐานและคุณภาพความปลอดภัยด้านอาหารเป็นเรื่องสำคัญและเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยและของหน่วยงานที่รับผิดชอบต่างๆ ที่จำเป็นและเร่งด่วน เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ตระหนัก ว่าการดูแลปกป้องคุ้มครองตนเองและครอบครัว ด้วยพลังชุมชนในพื้นที่ซึ่งเข้าใจ รู้เท่าทันปัญหาเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหายั่งยืน และการสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ โดยให้ชุมชนร่วมกำหนดนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหานั้นจะทำให้ระบบการจัดการและเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ หน่วยงานที่กำกับดูแล และหน่วยงานที่ส่งเสริมสนับสนุนด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร กำหนดให้มโนนโยบายและแผนดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ดังนี้

^{๑๖} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๙

๑.๑ เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการในการตรวจสอบกำกับดูแล โดยการพัฒนากระบวนการตรวจสอบกำกับดูแล เพิ่มจุดตรวจสอบอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารที่ผลิตและนำเข้า และเพิ่มความถี่และความครอบคลุมในการตรวจสอบให้สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงตลอดห่วงโซ่อาหารในสินค้านั้น

๑.๒ เพิ่มการลงทุนและสนับสนุนขีดความสามารถของบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญร่วมถึงการพัฒนาทักษะทางภาษา เพิ่มสมรรถนะห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย อย่างเพียงพอและกระจายทั่วถึง

๑.๓ ในการตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่าง ๆ ทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยอาหาร ให้คำนึงถึงการจัดให้มีผู้แทนภาคประชาสังคมที่เป็นองค์กรผู้บริโภค ผู้แทนชุมชน นักวิชาการ และ ผู้แทนจากภาคเอกชน ร่วมเป็นองค์ประกอบในสัดส่วนที่เท่ากัน ทั้งนี้การคัดเลือกทุกภาคส่วน ต้องเป็นไปอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม

๑.๔ พัฒนาระบบการวิเคราะห์ความเสี่ยง ด้านความปลอดภัยอาหาร คุณภาพและมาตรฐาน ของประเทศไทยให้ทัดเทียมกับสากล

๒. ขอให้หน่วยงานที่ตรวจสอบ กำกับดูแลการผลิต นำเข้าอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร รวมถึงผู้ผลิตอาหารและสินค้าฯ ดังกล่าว ให้ความสำคัญกับระบบการประกันคุณภาพตามมาตรฐานที่เหมาะสม ได้แก่ หลักการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี หลักการปฏิบัติทางการผลิตที่ดี ระบบการวิเคราะห์อันตรายและจุดวิกฤตที่ต้องควบคุม เพื่อรับประกันความปลอดภัยของผู้บริโภค ทั้งนี้ให้รวมถึง ระบบการตรวจสอบสินค้า หรือใบรับรองจากแหล่งผลิตต้นทางในประเทศที่ผลิต และกระบวนการผลิตอาหารสากล

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พัฒนากลไกเพื่อบูรณาการข้อมูลความปลอดภัยด้านอาหาร ให้เป็นเอกภาพ ทันต่อสถานการณ์ เข้าถึงได้ง่าย และต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูลความปลอดภัยของอาหารในกลุ่มประเทศอาเซียน เพื่อการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน รวมทั้งการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่อสาธารณะ อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้บริโภค เช่น ความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และบริโภคได้อย่างปลอดภัย

๔. ขอให้กระทรวงมหาดไทยมอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งคณะกรรมการอาหารปลอดภัย ในระดับพื้นที่ หรือทบทวน หรือจัดให้มีระบบ กลไกการพัฒนากระบวนการ รวมทั้งจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร โดยคำนึงถึงบริบทด้านวัฒนธรรม ศาสนา ในพื้นที่ เช่น อาหารฮาลาล จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยให้มีส่วนร่วมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การคัดเลือกต้องเป็นไปอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม รวมทั้งมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องทำงานระหว่างจังหวัด ขอให้มียกลไกการทำงานในรูปแบบกลุ่มจังหวัด ตามความเหมาะสม

๕. ขอให้สถาบันการศึกษา หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนในท้องถิ่น ให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร ทั้งทางด้าน สุขภาพ วิทยาศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ศาสนา และวัฒนธรรม รวมถึงการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประโยชน์ต่อไป

๖. ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขีดความสามารถ และพัฒนาให้เกษตรกรผู้ผลิตอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารสามารถตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยได้ด้วยตนเอง

๗. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๖



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๙

การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง :
กรณีเด็กไทยกับไอที

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๙

การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานเรื่อง การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที^{๑๓}

ตระหนัก ว่าเด็กจำนวนมากใช้เวลาเกินควรกับไอที จนก่ออันตรายต่อสุขภาพ และมีผลกระทบต่อพัฒนาการ รวมทั้งได้รับผลร้ายจากการรับเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ผ่านทางซอฟต์แวร์ เกม เว็บไซต์ ปัญหาการติดเกม/อินเทอร์เน็ตของเด็กไทยอยู่ในขั้นวิกฤติ และมีแนวโน้มที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น โดยเด็กสามารถเข้าถึงร้านเกม/อินเทอร์เน็ตได้ง่าย ในขณะที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่และสังคมยังไม่เข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของไอทีต่อเด็ก ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กติดเกม คือการขาดพื้นที่และกิจกรรมที่เหมาะสม

กังวล และห่วงใย ว่าการเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจสื่อไอที ระบบเครือข่าย และเกมออนไลน์ ผนวกกับนโยบายการแจกคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตให้นักเรียน ในขณะที่ยังไม่มีกำบังกันอันตรายอย่างเหมาะสม จะทำให้อันตรายจากไอทีต่อเด็กและเยาวชนทวีความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและความรุนแรง เช่น การเสพติดเกม/อินเทอร์เน็ต การถูกชักนำเข้าสู่การพนัน การถูกมอมเมาจากเว็บไซต์ที่ไม่พึงประสงค์และการถูกล่อลวงทางสังคมออนไลน์

รับทราบ ว่ามีองค์ความรู้ งานวิจัย กระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหา และเครือข่ายที่ดำเนินการในประเด็นนี้อยู่บ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูล และการประสานงานเพื่อให้เกิดกระบวนการป้องกันและกระบวนการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ

เห็นว่า การแก้ปัญหาจะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน แบบบูรณาการ จริงจัง และต่อเนื่อง โดยมีสังคมและชุมชนเป็นแกนหลัก พร้อมการสนับสนุนจากภาควิชาการ ภาครัฐ ภาคเอกชน และสังคม

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑.๑ ส่งเสริม สนับสนุน ร่วมดำเนินการ และติดตามการดำเนินงานของ “คณะกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ” เพื่อเร่งรัดการดำเนินการตามจุดมุ่งหมายของคณะกรรมการฯ คือ “ขจัดสื่อร้าย ขยายสื่อดี สร้างภูมิคุ้มกัน และพัฒนาปรับปรุงกฎหมายด้านสื่อให้มีความทันสมัย”

๑.๒ ร่วมกันดูแล ติดตาม และประเมินผลนโยบายการแจกคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตแก่นักเรียน เพื่อให้เกิดประโยชน์คุ้มค่า และมีการดูแลป้องกันผลเสียต่อเด็กและเยาวชน

๒. ขอให้กระทรวงวัฒนธรรม ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ

๒.๑ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแกนประสานการดำเนินการแบบสหสาขาระดับชาติ เพื่อรวบรวมข้อมูลวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ ระเบียบปฏิบัติ กฎหมาย และ

^{๑๓} เอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๒

การดำเนินการของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวกับ “เด็กไทยกับไอที” อันจะนำไปสู่ทิศทางการดำเนินการและการติดตามผลอย่างบูรณาการ การเผยแพร่ความรู้และทำความเข้าใจร่วมกัน ให้เสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๕๖

๒.๒ ร่วมกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) และผู้ประกอบการด้านไอที พัฒนากระบวนการทางเทคโนโลยี และดำเนินการใช้ในการควบคุมการใช้อินเทอร์เน็ตและการเล่นเกมของเด็ก โดยขอให้ กสทช. สนับสนุนงบประมาณจากกองทุน กสทช.

๒.๓ มอบหมายสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด ดำเนินการร่วมกับ คณะอนุกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์จังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด หน่วยงานในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ประกอบการด้านไอที สมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ และโรงเรียน พัฒนาและควบคุมการดำเนินการร้านเกม/อินเทอร์เน็ต ให้เป็นสถานที่ปลอดภัย สร้างสรรค์ และเป็นมิตรกับเด็ก เยาวชนและครอบครัวอย่างครอบคลุมทั่วถึง

๒.๔ ร่วมกับหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ผู้ประกอบการด้านไอที สมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีเวทีรับฟังความคิดเห็นประจำปี เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามากำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน

๒.๕ ร่วมกับสมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการจัดตั้งสภาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์

๓. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กสทช. ประสานงานกับ อปท. สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบการด้านไอที และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ จัดทำ เผยแพร่ และสนับสนุน แนวทางและคำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง ครู และชุมชน เกี่ยวกับการใช้สื่อไอที เล่นเกม และอินเทอร์เน็ต ที่เหมาะสมกับเด็กและเยาวชน รวมถึงข้อเสียและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการป้องกันและการวินิจฉัยเด็กที่อาจมีปัญหาจากการใช้ไอทีและเด็กติดเกม

๓.๒ พัฒนารูปแบบและกระบวนการบำบัดเด็กติดเกม/อินเทอร์เน็ต ตามบริบทของสังคมไทยโดยคำนึงถึงมิติด้านสมาธิและจิตใจ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในรูปแบบสหวิชาชีพ

๔. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการประสานงานกับ กสทช. กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย (โดย อปท.) สมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายผู้ปกครองในสถานศึกษา ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน เครือข่ายครอบครัวในชุมชน เครือข่ายเด็กและเยาวชน สภาคเด็กและเยาวชน เครือข่ายองค์กรด้านคนพิการ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ประกอบการด้านไอที ร่วมกำหนดมาตรการและดำเนินการพัฒนาศักยภาพโรงเรียน ครอบครัวและชุมชน ในการเฝ้าระวัง ดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสนับสนุน และแก้ปัญหา โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้การใช้ไอทีอย่างสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน

๕. ขอให้กระทรวงมหาดไทย (โดย อปท.) ร่วมกับ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสส. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด โรงเรียน วัดและศาสนสถานอื่น และชุมชน จัดหาพื้นที่และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชนทั้งภายในอาคารและกลางแจ้ง เพื่อให้เด็กและเยาวชนใช้เวลา



วางอย่างเป็นประโยชน์ ได้ทำความดีและมีความภูมิใจในตนเอง มีการพัฒนาการใช้ไอทีในทางที่เหมาะสม สร้างสรรค์และใช้คอมพิวเตอร์ทำงานนอกเวลาอย่างปลอดภัย

๖. ขอให้คณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ และคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด ดำเนินการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการปกป้องคุ้มครองเด็กจากภัยอันตรายจากไอที โดยใช้แนวทางการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัวในพื้นที่

๗. ขอให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นกลไกหลักในการกำหนดมาตรการ และดำเนินการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงมาตรการทางกฎหมาย ในการควบคุมกำกับดูแลธุรกิจเกมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต รวมทั้งติดตามและประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แก่เด็กและเยาวชน

๘. ขอให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันการศึกษา ฯลฯ สนับสนุนการศึกษวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กและเยาวชน จากนโยบายสาธารณะด้านไอที โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๙. ขอให้กสทช. มีบทบาทสนับสนุนและประสานหน่วยงานต่าง ๆ ให้เกิดการพัฒนาสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน ในด้านของสื่อกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์ สื่อไอทีและสื่อประเภทอื่น ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน

๑๐. ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๐.๑ ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเช่น กองทุน กสทช. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานที่ทำให้เด็ก เยาวชน และผู้ปกครอง ได้รับประโยชน์และปลอดภัยจากการใช้ไอที รวมทั้งกิจกรรมสร้างสรรค์ทดแทนอย่างต่อเนื่องทันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมดำเนินการในระดับพื้นที่แบบบูรณาการ

๑๐.๒ ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการใช้สื่อไอทีอย่างปลอดภัยและสร้างสรรค์ในเด็ก เยาวชน และครอบครัว ให้ครอบคลุมทุกระดับ

๑๑. ขอให้สำนักนายกรัฐมนตรีและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานผลประจำปี และประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเรื่องเด็กไทยกับไอที ให้ประชาชนรับทราบอย่างกว้างขวางในทุกระดับ

๑๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖



สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑๐

เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึง
บริการสุขภาพของคนพิการ

สัปดาห์สุขภาพ ๕. มติ ๑๐

เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรม

ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

สัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ห้า

ได้พิจารณารายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ^{๑๑} เรื่อง “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ”

ยืนยัน มติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่อง การสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ

รับทราบ ผลการดำเนินงานตามมติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงานในบางข้อมติ

ชื่นชม รัฐบาลที่มีนโยบายให้ลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการของกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) อย่างเป็นรูปธรรมเริ่มด้วยการประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕

ห่วงใย ในผลกระทบโดยตรงจากการยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงิน การคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการร้องขอให้ถือปฏิบัติตามมติข้อ ๑ ของมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ ในเรื่อง การสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการนี้ ถูกยกเลิกไปทำให้ขาดกลไกที่รับผิดชอบนำข้อมติไปปฏิบัติ

มีความกังวลว่า ยังมีหลายข้อมติที่ยังไม่ได้ดำเนินการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการ และยังมีเร่งรัดการดำเนินงานให้เกิดเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงโดยเร็วที่สุด

จึงมีมติเพื่อเร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ดังต่อไปนี้

๑. ขอให้ทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เร่งดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้

๑.๑ สร้างความเป็นธรรมของสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเรื่องบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งครอบคลุมบริการ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และระบบการเงินการคลัง ทั้งนี้ ควรมีกลไกที่จะทบทวนและปรับปรุงสิทธิประโยชน์ บริการ และการคลังอย่างต่อเนื่อง โดยให้ภาคประชาชนและผู้แทนองค์กรด้านคนพิการมีส่วนร่วม

^{๑๑} เอกสาร สัปดาห์สุขภาพ ๕/หลัก ๑๐

๑.๒ เปรียบเทียบ ตรวจสอบ และปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ เพื่อจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม เป็นหน่วยร่วมจัดบริการสุขภาพสำหรับคนพิการ ขององค์กรด้านคนพิการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้รวมถึงการจัดทำมาตรฐาน ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๑.๓ ในขั้นตอนระหว่างการทำงานตามข้อ ๑.๒ ขอให้ สปสช. สนับสนุนหน่วยงานต่างๆ เช่น สมาคม ชมรมคนพิการ ให้ดำเนินการร่วมจัดบริการในรูปแบบรายโครงการ (project based) ต่อไปก่อน ทั้งนี้ โดยให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ

๒. ขอให้ศูนย์สิทธิรณรงค์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เร่งประกาศใช้ “แนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๒” เพื่อส่งเสริมการพัฒนาบริการ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข รายการบริการฯ ตาม ม.๒๐(๑) ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยเร็วที่สุด

๓. ขอให้คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ ประสานและสนับสนุนการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่สาม เรื่อง “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ” และการดำเนินการตามมตินี้ แล้วเสนอความคืบหน้า รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๗





สัมนาสุขภาพ ๕. มติ ๑๑

กลไกและกระบวนการสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพ ๕. มติ ๑๑

กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้ติดตามกระบวนการของการดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงที่ผ่านมา

ห่วงใย ต่อกลไกและกระบวนการในการจัดสมัชชาสุขภาพ ที่จะมียุทธศาสตร์การสร้างสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความยืดหยุ่น อยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากทุกภาคส่วน แต่การดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มไปสู่การยึดถือระเบียบ กฎเกณฑ์ ขาดความยืดหยุ่นและสร้างสรรค์

กังวล ที่ได้เห็นแนวโน้มการดำเนินการในทิศทางที่จะทำให้คุณค่า จิตวิญญาณและสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์เปลี่ยนไป ขาดการสร้างพลัง สร้างศรัทธาร่วม สนับสนุนให้มีการระดมความเห็นจากทุกภาคส่วน และมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

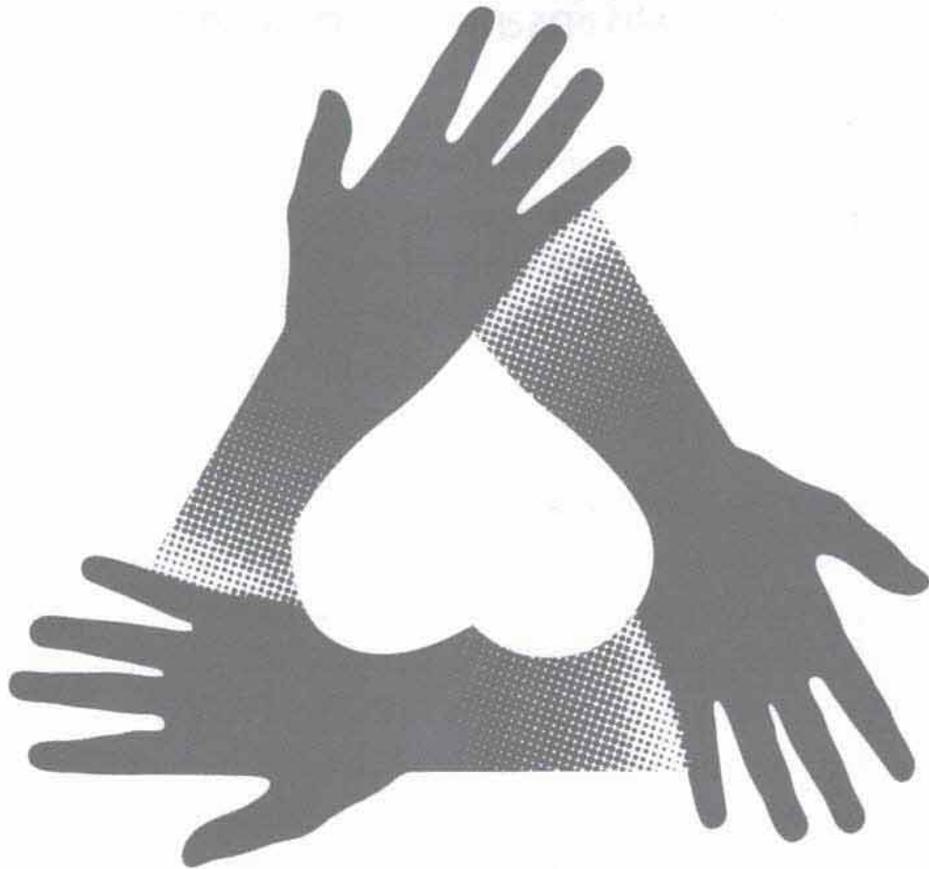
๑. ขอให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ยึดหลักการและแนวคิดในเรื่องสมัชชาสุขภาพที่พึงประสงค์ และหลักการของการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างและสนับสนุนขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง มีการพัฒนาระบบการสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์ในการจัดทำเอกสารหลักและเอกสารร่างมติที่สำคัญที่สุดคือการจัดการอย่างเป็นระบบ พร้อมรับนวัตกรรม และเป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อันจะทำให้สมัชชาสุขภาพ มีชีวิต มีการพัฒนา และเป็นรูปแบบสำคัญอันหนึ่งในระบอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการอย่างเข้มแข็งในการสื่อสารทำความเข้าใจกับคณะกรรมการทั้งหมดและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและนำมติในข้อ ๑ ไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งให้รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทุกปี จนเป็นบรรทัดฐานและวัฒนธรรมในการจัดสมัชชาสุขภาพ หรือจนกว่าสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะมีมติเป็นอย่างอื่น

๓. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการให้มีการพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้มีระบบและแนวทางการปรับปรุงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับรองไปแล้ว เพื่อให้การปฏิบัติตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นไปได้อย่างดีขึ้น



ПРАВА



ภาคผนวก ๑

เอกสารรายงานประกอบการพิจารณา
ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๕

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๑

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทาง และการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

นิยาม ในเอกสารนี้

"การเดินทางและการใช้จักรยาน" หมายถึงการเดินทางด้วยการเดินหรือการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ไม่ใช่การกระทำเพียงเพื่อความเพลิดเพลินหรือการออกกำลังกาย

"การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน" หมายถึงการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน และการใช้ล้อเลื่อนของผู้พิการบนทางเท้าและทางจักรยานที่ชนวนใช้ ทุกคนซึ่งรวมถึงคนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วย เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน

ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. การเดินและการใช้จักรยานเป็นวิถีการเดินทางหลักของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทย นับแต่มีการนำจักรยานเข้ามาเมื่อ ๑๐๐ กว่าปีก่อน สถานะนี้เปลี่ยนแปลงไปเมื่อประมาณสี่สิบปีที่ผ่านมามีด้วยการแพร่หลายของยานยนต์ในราคาที่ประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางขึ้นไปสามารถซื้อหาได้ ประกอบกับการที่รัฐบาลรับเอาแนวคิดการพัฒนาประเทศที่ให้ความสำคัญกับรถยนต์ส่วนบุคคล มาเป็นหลักในการออกแบบเมืองและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการเดินทางขนส่ง การลงทุนและการพัฒนาระบบที่รองรับการเดินทางที่ไม่ใช้เครื่องยนต์ (Non-Motorized Transport) คือการเดินและการใช้จักรยาน และระบบขนส่งสาธารณะโดยเฉพาะระบบราง ถูกปล่อยปละละเลย เป็นเหตุให้คนจำนวนมากเลือกการเดินทางแม้ในระยะสั้น ๆ ด้วยยานยนต์ จนเป็นความเคยชิน พฤติกรรม และนิสัย

๒. ในด้านสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายพอเพียงต่อสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพโดยตรงอย่างน้อย ๙ ประการคือ ลดการเกิดโรคหัวใจลงร้อยละ ๓๐-๕๐, ลดการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ลงร้อยละ ๓๐, ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน, ลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้, ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม, ปรับปรุงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก, ลดปัจจัยเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า และลดปัจจัยเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุ* การปั่นจักรยานเป็นหนึ่งในการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามชนิดที่ไม่มีแรงกระแทกต่อกระดูกและข้อ จึงเหมาะที่สุดกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นกิจกรรมประจำวันของประชาชนจึงเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับสังคมสูงวัย เนื่องจากในเวลาไม่ถึง ๑๐ ปีข้างหน้าคือในปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ราว ๑๑ ล้านคนเท่า ๆ กับเด็ก และหลังจากนั้นก็จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กตลอดไป* การมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นถึงระดับที่เหมาะสมจะทำให้ประเทศไม่ต้องสูญเสียผลิตผลในการทำงานซึ่งขณะนี้ตกเฉลี่ย ๑.๘ วันต่อคนต่อปี* และประหยัดงบประมาณในการให้บริการทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นงบประมาณที่รัฐบาลต้องใช้ในการรักษาพยาบาลคนที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนมากกว่าปีละ ๑ แสนล้านบาท และที่คาดว่าจะต้องจ่ายเพิ่มกับเด็กที่เป็นโรคอ้วนในอนาคตอีกประมาณปีละเกือบ ๒ แสนล้านบาท*

๓. ในด้านเศรษฐกิจ การส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานโดยเฉพาะสำหรับการเดินทางระยะสั้น (๑-๕ กิโลเมตร) และส่งเสริมการเชื่อมโยงกับการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ จะช่วยลดการใช้ยานยนต์ที่ไม่จำเป็น และลดการนำเข้าน้ำมันและก๊าซธรรมชาติจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นจนในปี ๒๕๕๔ คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗ ของมูลค่าการนำเข้ารวม^๕ หรือกว่า ๑ ล้านล้านบาท (๑) ค่าใช้จ่ายครัวเรือนในการเดินทางและยานพาหนะ ในปี ๒๕๕๔ มากเป็นอันดับ ๓ ของรายจ่ายครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ ๑๙ โดยเป็นค่าใช้จ่ายด้านพลังงานภาคขนส่ง (น้ำมันและก๊าซที่ใช้กับยานยนต์) ถึงร้อยละ ๑๐ และได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง^๖ การเดินทางและการใช้จักรยานในการเดินทางระยะสั้นในชีวิตประจำวันจะช่วยลดค่าใช้จ่ายนี้ได้ หากเดินหรือใช้จักรยานแทนการใช้รถยนต์ สัปดาห์ละ ๑ วัน ประชาชนจะประหยัดค่าน้ำมันได้เฉลี่ย ๕,๒๐๐ บาท/คัน/ปี (คิดจากฐานการจ่ายค่าน้ำมัน ๑๐๐ บาท/วัน/คัน) (๒) การเดินทางและการใช้จักรยาน ซึ่งเป็นวิถีเดินทางที่ใช้ความเร็วต่ำ ยังจะช่วยลดอุบัติเหตุที่เกิดจากมอเตอร์ไซด์ รถยนต์ ซึ่งเป็นยานยนต์ที่สามารถใช้ความเร็วสูง ซึ่งเป็นเหตุให้ประชาชนเสียชีวิตวันละ ๒๕-๓๐ คน และมีผู้พิการรายใหม่ปีละกว่า ๕,๐๐๐ คน^๗ คิดเป็นความสูญเสียปีละ ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท (๓) การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาการจราจรติดขัดและการสูญเสียเวลาในการเดินทางเนื่องจากการมียานยนต์บนถนนเกินกว่าที่จำเป็น ปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการเดินทางของคนทั้งประเทศและในกรุงเทพฯ เป็น ๑.๓ และ ๑.๗ ชั่วโมงต่อวันตามลำดับ^๘ ทำให้สูญเสียเวลาเป็นมูลค่าปีละ ๘๐,๐๐๐ ล้านบาท เฉพาะในกรุงเทพฯ และปริมณฑล หากสามารถทำให้การจราจรที่ติดขัดถึงขั้นวิกฤตนี้ดีขึ้นถึงระดับที่ใช้ได้ ก็จะลดมูลค่าความเสียหายจากการเสียเวลาลงได้วันละ ๘๘.๓ ล้านบาท และลดมูลค่าความเสียหายจากการใช้ยานพาหนะได้วันละ ๑๑๘.๙ ล้านบาทด้วย หรือมูลค่าความเสียหายรวมลดลงถึง ๖๒,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี^๙

๔. ทางด้านสิ่งแวดล้อม การเดินทางระยะสั้นด้วยการเดินทางและการใช้จักรยาน จะช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้น้ำมันและก๊าซธรรมชาติในภาคขนส่ง ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราสูงมากจนเป็นอันดับที่ ๒๑ ของโลกในปี ๒๕๕๔ จากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) ทั้งประเทศ ๒๒๑.๖๕ ล้านตัน มาจากภาคขนส่งมากถึง ๕๙.๘๐ ล้านตัน หรือร้อยละ ๒๗ โดยเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๓ ถึงร้อยละ ๒๐^{๑๐} และก๊าซ CO₂ ในกรุงเทพฯ ประมาณครึ่งหนึ่งมาจากรถยนต์ เมื่อพิจารณาถึงปริมาณการปล่อยก๊าซ CO₂ ที่เกิดจากการเดินทาง เป็นกิโลกรัม/กิโลเมตร/คน (Carbon Footprint ของการเดินทาง) การใช้รถยนต์ส่วนบุคคลมีค่า ๐.๐๙ ซึ่งสูงที่สุดในการใช้ยานพาหนะทางบก ทุก ๑๐ กิโลเมตรที่คนในประเทศไทยเดินหรือใช้จักรยานแทนการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล จะลดการปล่อยก๊าซ CO₂ ไปเกือบหนึ่งกิโลกรัม^{๑๑} ถ้ารถยนต์ ๑ ล้านคัน จึงน้อยลงวันละ ๑.๓ กิโลเมตร จะลดการปล่อยก๊าซ CO₂ ได้ ๑๐๐,๐๐๐ ตัน และลดค่าใช้จ่ายด้านสิ่งแวดล้อมหรือความเสียหายจากการปล่อยมลพิษของรถยนต์ที่ขณะนี้ประเมินว่าสูงถึงปีละ ๒๐,๐๐๐ ล้านบาทลงได้ โดยลดได้เฉลี่ย ๕ บาทเมื่อเดินหรือใช้จักรยานแทนรถยนต์หนึ่งคันเป็นระยะทางหนึ่งกิโลเมตร (ราคาคงที่ปี ๒๕๔๖)^{๑๒}

๕. ในด้านสังคมวัฒนธรรม การที่ประชาชนกลับมาเดินและใช้จักรยานในการเดินทางระยะสั้นจะช่วยคืนความเป็นชุมชนกลับมา การศึกษาในหลายประเทศทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา พบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างปริมาณการเดินทางและใช้จักรยานของประชาชน กับความเท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ-สังคม ความเป็นประชาธิปไตย และความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง ด้วยการจัดผังเมือง ออกแบบ และ

พัฒนาเมืองให้มีพื้นที่สาธารณะที่ประชากรสามารถเดิน ใช้จักรยาน และทำกิจกรรมทางสังคมได้อย่างสะดวก ปลอดภัย ลดการใช้จ่ายยานยนต์ส่วนบุคคลลง การพัฒนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป็นการลงทุนที่ให้ผลตอบแทนสูงสุดในองค์รวม จนมีการกล่าวถึง “เมืองจักรยานคือเมืองเจริญ” (A cyclized city is a civilized city)^{๑๖} และ “เมืองน่าปั่น เมืองน่าเดิน คือเมืองน่าอยู่”

๖. ทางเดินเท้าจำนวนมากมีพื้นผิวขรุขระ มีสิ่งกีดขวาง มีความกว้างไม่เพียงพอ ไม่มีทางลาดเป็นทางขึ้นลงที่เหมาะสม และไม่ร่มรื่นชวนใช้ เป็นอุปสรรค ทำให้กลุ่มคนที่ใช้ทางเท้า รวมถึงผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วย ไม่อาจเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และเสมอภาคเท่าเทียม

นโยบาย มาตรการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๗. การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน เป็นการดำเนินการที่สอดคล้องและเป็นรูปธรรม ในการนำนโยบายและแผนหลายฉบับไปเป็นการปฏิบัติที่เป็นจริง ทั้งในระดับสากลที่ประเทศไทยเข้าร่วมและในระดับประเทศดังต่อไปนี้

๗.๑ การมีนโยบายสาธารณะเรื่องการเดินและการใช้จักรยาน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ (รวมทั้งการนั่งในรถยนต์) ตามกฎบัตรโตรอนโตเพื่อกิจกรรมทางกาย (Toronto Charter for Physical Activity) ที่ประเทศไทยให้การรับรองไปเมื่อ พ.ศ.๒๕๕๓ เช่นเดียวกับในแผนปฏิบัติการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๑ (Non-Communicable Disease Action Plan 2008) และยุทธศาสตร์ระดับโลกเรื่องอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๗ (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2004) ขององค์การอนามัยโลก

๗.๒ การส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานทางเท้าและทางจักรยาน เพื่อการส่งเสริมการเดินทางโดยไม่ใช้เครื่องยนต์ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการขนส่งที่ไม่แพงและยั่งยืน เป็นข้อเสนอของการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (The United Nations Conference on Environment and Development) หรือ Rio +20 ที่สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล เมื่อวันที่ ๒๐-๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นการประชุมสุดยอดผู้นำประเทศที่มีจุดมุ่งหมายในการกำหนดยุทธศาสตร์ว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาในทุกสาขาสำหรับประชาคมโลกเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไปในอนาคต

๗.๓ การสนับสนุนการเปลี่ยนจากระบบขนส่งที่ใช้เครื่องยนต์ มาเป็นระบบขนส่งที่ไม่ใช้เครื่องยนต์ ได้แก่ การเดินเท้าและการปั่นจักรยาน หรือเปลี่ยนมาใช้ระบบขนส่งสาธารณะและการขนส่งแบบคาร์บอนต่ำ รวมทั้งการบริหารจัดการความต้องการในการเดินทางและการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน เป็นข้อสรุปข้อหนึ่งของการประชุมการขนส่งที่ยั่งยืนและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมแห่งภูมิภาคเอเชีย ครั้งที่ ๕ (The 5th Regional Environmentally Sustainable Transport Forum) เมื่อปี ๒๕๕๓ ที่ประเทศที่เข้าร่วมประชุม รวมทั้งไทย ได้ประกาศเป็นปฏิญญากรุงเทพสำหรับปี ๒๐๒๐ – เป้าหมายการคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน ๒๐๑๐-๒๐๒๐ (Bangkok Declaration 2020 – Sustainable Transport Goals for 2010-2020)

๗.๔ การเดินและการใช้จักรยานแทนการใช้รถยนต์ เป็นกิจกรรมที่ลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานจะทำให้ประเทศไทยปฏิบัติตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nations Framework Convention on Climate Change - UNFCCC) ซึ่งไทยเป็นหนึ่งใน ๑๕๔ ประเทศที่ร่วมลงนามเมื่อ พ.ศ.๒๕๓๕ และปฏิบัติตามพิธีสารเกียวโต (Kyoto

Protocol) ที่ไทยให้สัตยาบันเมื่อ พ.ศ.๒๕๔๕

๗.๕ ในระดับประเทศ การส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันเป็นการปฏิบัติ ตาม (๑) แผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๘ ที่กำหนดให้ส่งเสริมการประหยัดพลังงานและลด ต้นทุนการขนส่งเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตไว้ในนโยบายที่ ๓ คือ นโยบายเศรษฐกิจ (๒) แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ที่ยึดแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญานำทาง และมิยุทธศาสตร์ให้ปรับกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนประเทศเพื่อเตรียมพร้อมการไปสู่การเป็น เศรษฐกิจและสังคมคาร์บอนต่ำที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (๓) แผนหลักการพัฒนาระบบการขนส่งและจราจร พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ ที่มุ่งสู่การขนส่งที่ยั่งยืน โดยมีเป้าประสงค์ที่ ๔ เพื่อส่งเสริมการขนส่งที่ประหยัดพลังงาน และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และ (๔) แผนแม่บทในการพัฒนาระบบการขนส่งที่ยั่งยืนและลดปัญหา การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๙๓ ซึ่งอยู่ในช่วงการจัดทำขั้นสุดท้าย

๘. ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติจัดระเบียบการจอดยานยนต์ ในเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาล พ.ศ.๒๕๐๓, พระราชบัญญัติคณะกรรมการจัดระบบการจราจรทางบก พ.ศ.๒๕๒๑, พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ.๒๕๒๒, พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ.๒๕๒๒, พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. ๒๕๒๒, พระราชบัญญัติทางหลวง พ.ศ. ๒๕๓๕, พระราชบัญญัติคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ พ.ศ.๒๕๔๘ โดยรวม กฎหมายเหล่านี้ยังไม่ได้เอื้อต่อหรือส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

บทบาทขององค์กร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๙. กรุงเทพมหานคร (กทม.) และองค์กรปกครองท้องถิ่นจำนวนหนึ่ง มีแนวคิดส่งเสริมการใช้จักรยาน เพื่อแก้ปัญหาการจราจรแออัดมาแล้วหลายปี และได้ริเริ่มดำเนินงานไปบ้าง เช่น มีการสร้างทางจักรยานใน กรุงเทพฯ และเมืองต่าง ๆ เช่น เชียงใหม่ ตาก เพชรบุรี ยะลา สงขลา แกลง ฯลฯ กทม.มีการออกข้อบังคับ เจ้าพนักงานจราจรในเขตกทม.ว่าด้วยการกำหนดช่องทางเดินรถสำหรับรถจักรยาน พ.ศ.๒๕๕๓ มีโครงการ เรารักกรุงเทพฯ เรารักจักรยาน (เริ่มมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๔) มาดำเนินการด้านกายภาพ รมรณรงค์ส่งเสริมการ ใช้จักรยาน และร่วมมือกับภาคเอกชน และกำลังจะมีจักรยานสาธารณะให้บริการ นอกจากนี้ยังมีการสอน การใช้จักรยานให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ในทุกโรงเรียนที่สังกัด กทม.

๑๐. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ได้ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมทางกายใน รูปของการเดินและการใช้จักรยาน ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ ผ่านโครงการ ย่อยต่าง ๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายมาโดยตลอดตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๕ และในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้สนับสนุนโครงการ เชิงรุกภายใต้แผนงานการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภาพ ในสำนักบรรณคดีสื่อสารสังคม โดยให้ทุนวิจัย “โครงการ ผลักดันการเดินทางและการใช้จักรยานไปสู่ นโยบายสาธารณะของประเทศไทย” ของชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ แห่งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลและองค์ความรู้ด้านการเดิน และ/หรือ การใช้จักรยานใน ชีวิตประจำวันของชุมชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อใช้ในการผลักดันนโยบายสาธารณะ มุ่งส่งเสริม การเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันร่วมกับภาคีต่าง ๆ ทั่วประเทศ

๑๑. การเดินและวิ่งเพื่อออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่แพร่หลายในประเทศไทยมาไม่น้อยกว่าสามสิบปี จนเกิดชมรมนักเดินและวิ่งขึ้นทั่วประเทศ และมีการรวมตัวเป็นสหพันธ์เดินและวิ่งแห่งประเทศไทย แต่การส่งเสริมการเดินในลักษณะของกิจกรรมทางกายที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันเป็นเรื่องใหม่ที่ยังดำเนินงานโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

๑๒. ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๔ และได้ดำเนินงานส่งเสริมการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ชักชวนให้ประชาชนหันมาใช้จักรยานด้วยกิจกรรมต่างๆ มาโดยตลอด และมีส่วนสำคัญทำให้เกิดชมรมของคนที่ใช้จักรยานเพื่อการออกกำลังกาย ท่องเที่ยวลันทนาการ และการแข่งขันขึ้นทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.๒๕๕๔ ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยได้เริ่มกระบวนการปรึกษารัฐบาลหรือกับชมรมและกลุ่มผู้ใช้จักรยานต่างๆ องค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนที่สนับสนุนการใช้จักรยานเพื่อก่อตั้งสหพันธ์ผู้ใช้จักรยานแห่งประเทศไทย

๑๓. ชมรมจักรยานวันอาทิตย์เชียงใหม่ได้เริ่มการทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้รัฐบาลส่งเสริมการใช้จักรยานมาประมาณสิบปี และในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้ร่วมกับชมรมจักรยาน ๑๗ จังหวัดในภาคเหนือ จัดเสวนาปรับปรุงร่างนโยบายนี้จนครอบคลุมเกือบทุกด้านเป็นครั้งแรก และมีการปรับปรุงเพิ่มเติมเรื่อยมาจากเวทีเสวนาอื่นๆ หลังจากนั้น แต่ยังไม่ได้มีการผลักดันร่างนโยบายนี้อย่างต่อเนื่องจริงจังเป็นระบบ

๑๔. ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยเริ่มทำงานผลักดันเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นระบบในปี พ.ศ.๒๕๕๔ โดยได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ให้ดำเนินการ “โครงการผลักดันการเดินและการใช้จักรยานไปสู่นโยบายสาธารณะของประเทศไทย” ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาข้อมูลและองค์ความรู้ด้านการเดิน และ/หรือการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันของชุมชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อใช้ในการผลักดันนโยบายสาธารณะมุ่งส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันร่วมกับภาคีต่างๆ ทั่วประเทศ และเริ่มทำงานกับองค์กรปกครองท้องถิ่นอย่างน้อย ๕ พื้นที่ให้มีนโยบาย มาตรการ และงบประมาณส่งเสริมการใช้จักรยาน

๑๕. ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มูลนิธิโลกสีเขียวได้เริ่มดำเนินโครงการจักรยานกลางเมือง ด้วยการสนับสนุนของ สสส. โดยมีจุดมุ่งหมายระยะยาวในการปรับเปลี่ยนกรุงเทพฯ จากเมืองรถยนต์เป็นเมืองจักรยานหรือเมืองนำอยู่ โดยใน พ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๕๕ มีการสำรวจและจัดทำแผนที่เส้นทางจักรยานกลางเมืองเป็นเครื่องมือสนับสนุนผู้สนใจใช้จักรยาน และการรณรงค์การใช้ถนนร่วมกันระหว่างรถยนต์กับจักรยาน

ข้อจำกัดในการดำเนินงานและการแก้ไขปัญหา

๑๖. ไม่มีนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน รวมทั้งกฎหมาย หน่วยงาน และงบประมาณในการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานเป็นการเฉพาะ

๑๗. การส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการ และไม่ครอบคลุมระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ในด้านต่างๆ ได้แก่

๑๗.๑ การพัฒนาระบบและโครงสร้างพื้นฐานเพื่อเชื่อมต่อการเดินทางและใช้จักรยานกับระบบขนส่งสาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการ ยังมีข้อจำกัดการพัฒนาในโครงสร้างที่สำคัญ เช่น พื้นที่จอดและจร (Park and Ride) สำหรับจักรยาน ทางเท้าและทางจักรยานที่สะดวก ปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นต้น

๑๗.๒ ขาดการศึกษาอย่างเป็นระบบในเรื่องทางจักรยานที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

๑๗.๓ ระบบถนนที่มีอยู่ไม่มีทางจักรยานที่ปลอดภัย รวมถึงการขาดที่จอดจักรยานที่ปลอดภัย และมีจำนวนเพียงพอในสถานที่ต่าง ๆ เป็นอุปสรรคสำคัญของการส่งเสริมการใช้จักรยาน

๑๗.๔ การจำกัดความเร็วของยานยนต์ในเขตเมือง/เขตชุมชนให้ปลอดภัยกับคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน

๑๗.๕ ขาดการประชาสัมพันธ์แบบองค์รวมและสื่อกลางแบบสองทางเพื่อให้ข้อมูลและรับทราบความต้องการของผู้ใช้บริการ ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ใช้และขาดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้คนมาใช้

๑๗.๖ ขาดมาตรการจูงใจ เป้าหมาย ตัวชี้วัด และการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง

๑๗.๗ ขาดการส่งเสริมให้ความรู้ที่เน้นการให้ความสำคัญต่อผู้เดินเท้าและผู้ใช้จักรยานในการสอบเพื่อขอใบอนุญาตขับขี่รถยนต์

๑๗.๘ ขาดการส่งเสริมหลักสูตรและกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินและการใช้จักรยาน และพัฒนาทักษะการใช้จักรยานให้ถูกต้องและปลอดภัย รวมทั้งจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินและการใช้จักรยานในสถานศึกษา

๑๗.๙ ขาดการรณรงค์และจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนให้ข้าราชการและประชาชนทั่วไปเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๑๗.๑๐ ขาดการส่งเสริมผู้ประกอบการและอุตสาหกรรมผลิตสินค้าและให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเดินและการใช้จักรยานเป็นการเฉพาะ

๑๘. กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเดินและการใช้จักรยานยังไม่ได้เอื้อต่อหรือส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันเท่าที่ควร เช่น พระราชบัญญัติควบคุมอาคารยังไม่ได้กำหนดให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะต้องจัดให้มีที่จอดจักรยานที่สะดวกและปลอดภัย

๑๙. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการสร้างชุมชนจักรยาน ส่วนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ รวมทั้งช่องทางในการดำเนินการดังกล่าว ขาดผู้กระตุ้นและผู้สนับสนุนอย่างจริงจัง ถูกจำกัดด้วยระเบียบข้อบังคับและโครงสร้างอำนาจหน้าที่ตามระบบราชการ ขาดการกำหนดให้การเดินและการใช้จักรยานเป็นระเบียบวาระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานและประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้และรณรงค์สร้างความตื่นตัวด้านการเดินและการใช้จักรยานแก่ประชาชน

๒๐. การส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานที่ได้ผลจริงจัง โดยลดการใช้รถยนต์ส่วนบุคคลโดยเฉพาะในการเดินทางระยะสั้น และคืนพื้นที่ที่จัดให้รถยนต์มาเป็นพื้นที่สาธารณะให้ประชาชนทั่วไปเดิน ใช้จักรยาน และทำกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ เป็นการปรับพฤติกรรมความเคยชินเดิมของคนส่วนหนึ่งและทำได้ไม่ถ่วงนัก

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๑

เอกสารอ้างอิง

๑. WHO. WHO Global Physical Activity Recommendations, 2010.
๒. ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๔๙. จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article02.htm>
๓. อ้างแล้ว (๑)
๔. อ้างแล้ว (๒)
๕. สำนักนโยบายและแผนพลังงาน. ๒๕๕๕. ผลวิเคราะห์พลังงานกับเศรษฐกิจ GDP, Energy, Import and Export of Goods
๖. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๕. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การใช้พลังงานของครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๕๔
๗. คำกล่าวของ นพ.วิทยา ขาดิษฐ์ชาชัย ประธานคณะทำงานโครงการสนับสนุนดำเนินงานป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดน่านรอง (สอจร) ในพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือโครงการ “ถนนแห่งรอยยิ้ม” โครงการปรับปรุงถนนให้ปลอดภัยใน ๕ ภูมิภาคของประเทศไทย. ๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ ใน <http://www.tunespeed.com/โครงการถนนแห่งรอยยิ้ม.html>
๘. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๔. การใช้เวลาของประชากร พ.ศ.๒๕๕๒
๙. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. ๒๕๕๕. รายงานความก้าวหน้าฉบับ ๑ โครงการศึกษาเพื่อจัดทำแผนแม่บทในการพัฒนาระบบการขนส่งที่ยั่งยืนและลดปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
๑๐. Energy Policy and Planning Office. 2011. CO2 Emission from Energy Consumption by Sector.
๑๑. สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศญี่ปุ่น. คู่มือคล้ายร้อนให้โลก (ที่)รัก
๑๒. อ้างแล้ว (๑๕)
๑๓. สรรณัฐ ภาณุจนะวณิชย์, ดร. ๒๕๕๕. สังคมจักรยาน สังคมประชาธิปไตย. ในเว็บไซต์มูลนิธิโลกสีเขียว. <http://www.greenworld.or.th/columnist/ecological/1737> อ้างถึง Wilkinson & Pickett, The Spirit Level, 2009



สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๑/ผนวก ๑

ร่างข้อเสนอยุทธศาสตร์

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและ การใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

เป้าหมาย

รัฐต้องแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าได้ดำเนินการกระตุ้นและส่งเสริมให้ประชาชนเลือกการเดินทางและการใช้จักรยานเป็นวิธีหลักในการเดินทางระยะสั้น (๑-๕ กิโลเมตร) ในชีวิตประจำวัน เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนในด้านสุขภาพและการลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และต่อรัฐในด้านการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน การจัดการสาธารณสุขโรค การดูแลสิ่งแวดล้อม การนำเข้าเชื้อเพลิงและการใช้พลังงาน ไปสู่การมีเมืองน่าอยู่ และการพัฒนาที่ยั่งยืน พร้อมทั้งมีทางเท้าและทางจักรยานที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกันด้วยการออกแบบที่เป็นธรรม (Universal Design)

ยุทธศาสตร์

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันประกอบด้วยยุทธศาสตร์ ๔ ด้าน รายละเอียดดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและจัดการเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการเดินทางและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
๒. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างและพัฒนาระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน
๓. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน ด้วยมาตรการทางกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการเงิน
๔. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างองค์ความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักตื่นตัวและทักษะ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้ เกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน

๑. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและจัดการเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

- ๑.๑ ให้รัฐบาลกำหนดให้การเดินทางและการใช้จักรยานเป็นนโยบายสาธารณะและระเบียบวาระแห่งชาติ
- ๑.๒ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นหน่วยงานประสานงานการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน กำหนดและจัดทำแผนแม่บทในภาพรวมของการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
- ๑.๓ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเดินทางและการใช้จักรยาน โดยให้นำเงินจากกองทุนอนุรักษ์พลังงานมาใช้
- ๑.๔ ให้กระทรวงคมนาคมจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลด้านการเดินทางและการใช้จักรยานโดยเฉพาะ และให้สำนักงานนโยบายและแผนการจราจรและขนส่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน

๒. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างและพัฒนาระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

ให้สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ร่วมกับภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สร้างและพัฒนาระบบและโครงสร้างเพื่อกระตุ้น ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเดินทางและการใช้จักรยาน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเดินทางจากรถยนต์ส่วนบุคคลมาเป็นการเดินและการใช้จักรยาน เพื่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยดำเนินงานดังนี้

๒.๑ ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้มีมติให้ส่วนราชการของทุกจังหวัด มีที่จอดรถสำหรับคนพิการและรถจักรยานที่ใกล้อาคารและสะดวกกว่าผู้ใช้รถยนต์ รวมทั้งปลอดภัยจากการโจรกรรม แก่ข้าราชการและประชาชนที่ใช้จักรยานมาติดต่อราชการ

๒.๒ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีกำหนดนโยบายหลักให้ใช้การออกแบบที่เป็นธรรมหรือเป็นสากล ในการก่อสร้างและปรับซ่อมทางเดินเท้าทั้งในและนอกเขตเมืองเพื่อให้ทุกคนรวมถึงคนพิการ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์โดยการเดินและการใช้จักรยานได้เท่าเทียมกัน โดยสะดวกและปลอดภัย

๒.๓ ให้กระทรวงมหาดไทยกำหนดให้

๒.๓.๑ ผู้ว่าราชการทุกจังหวัดเป็นประธานในระดับจังหวัด กำกับดูแล ติดตาม และรายงานผลการขับเคลื่อนการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๒.๓.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา

(๑) วางแผนและจัดทำทางเท้าและทางจักรยานในที่สาธารณะ โดยมีระบบจราจรดูแลให้มีความปลอดภัย และมีที่จอดจักรยานให้เพียงพอ โดยให้ชุมชนและองค์กรผู้ใช้จักรยานมีส่วนร่วมพิจารณาในการจัดทำและใช้ประโยชน์ของทางจักรยานทุกขั้นตอน รวมทั้งปรับปรุงและดูแลรักษาป้ายสัญญาณและทางเท้าทางจักรยานที่มีอยู่แล้ว รวมทั้งที่จะมีขึ้น ให้ใช้การได้ตามวัตถุประสงค์ตลอดเวลา

(๒) ส่งเสริมให้เกิดองค์กรและเครือข่ายของคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยานให้มากที่สุด ให้กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และเทศบาลนครทุกแห่งพิจารณาจัดหาจักรยานสาธารณะจัดเตรียมไว้คอยให้บริการตามสถานที่ต่าง ๆ ในเมือง เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้ใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

(๓) ส่งเสริมการใช้การออกแบบที่เป็นธรรมในการก่อสร้างและปรับซ่อมทางเดินเท้าทั้งในและนอกเขตเมืองให้ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน

๒.๓.๓ กรมโยธาธิการและผังเมือง วางแผน ออกแบบ หรือปรับปรุง ผังเมืองและโครงสร้างพื้นฐาน พื้นที่สาธารณะ และทางทุกเส้นที่สร้างใหม่ ให้เป็นมิตรต่อคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน หรือปรับปรุงทางที่ได้สร้างไว้แล้ว เพื่อจูงใจให้ประชาชนเลือกเดินและใช้จักรยานในการเดินทางในชีวิตประจำวัน โดยให้คำแนะนำและร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกแบบทำทางเท้าและทางจักรยานควบคู่กับการวางผังเมืองด้านการจราจรและขนส่ง โดยชุมชน คนเดินเท้า ผู้ใช้จักรยาน และผู้ใช้รถอื่น ๆ มีส่วนร่วม

๒.๓.๔ แก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติควบคุมอาคารหรือกฎหมายระดับรองลงมาให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะ รวมทั้งสถานีส่งสาธารณะ ต้องก่อสร้างและจัดทางเดินเท้าให้ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกันด้วยการออกแบบที่เป็นธรรม

๒.๔ ให้กระทรวงคมนาคมกำหนดให้

๒.๔.๑ ใช้การออกแบบที่เป็นธรรม (Universal Design) ในการออกแบบใดๆ ที่เกี่ยวกับการก่อสร้างและปรับซ่อมทางเดินเท้าเพื่อการเดินและใช้จักรยานทั้งในและนอกเขตเมือง

๒.๔.๒ กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท และสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบจราจรที่ทำให้ผู้ใช้รถประเภทอื่น ๆ ดูแลคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน กำหนดมาตรฐานป้ายเครื่องหมายจราจรที่เอื้อต่อความสะดวกและความปลอดภัยต่อคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยาน สำหรับทางหลวงทุกประเภทให้ครอบคลุม มีมาตรฐานสากล เพิ่มเติมจากป้ายเครื่องหมายจราจรที่มีอยู่เดิม

๒.๔.๓ การรถไฟแห่งประเทศไทยและบริษัทขนส่งจำกัดจัดให้ขบวนรถไฟโดยสารทุกขบวนและรถโดยสารประจำทางทุกคันในเส้นทางที่ไกลกว่า ๕๐ กิโลเมตรสามารถรับขนส่งจักรยานได้ และคิดค่าบริการขนส่งจักรยานให้เหมาะสมกับชนิดของจักรยานและระยะทาง รวมทั้งมีที่จอดจักรยานที่สะดวกปลอดภัยที่สถานีรถไฟและสถานีส่งทุกแห่ง

๒.๕ ให้กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินการให้มีหลักสูตรและกิจกรรมในทุกระดับการศึกษาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ “การออกแบบที่เป็นธรรม” ในการก่อสร้างอาคารสถานที่ โดยเฉพาะการสร้างทางเดินเท้าให้ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้เท่าเทียมกัน รวมถึงจัดให้นักเรียน/นักศึกษาฝึกการได้ฝึกเดิน/ใช้เก้าอี้เข็นเพื่อการออกกำลังภายในวิชาพลศึกษา และร่วมกิจกรรมส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานกับนักเรียน/นักศึกษาทั่วไป

๒.๖ ให้กระทรวงอุตสาหกรรม ส่งเสริมผู้ประกอบการธุรกิจและอุตสาหกรรมการผลิตอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในการเดิน และใช้จักรยานเพื่อการเคลื่อนที่หรือการเดินทาง เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน ขาเทียม และเก้าอี้เข็น เป็นต้น

๒.๗ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ส่งเสริมการใช้จักรยานในการท่องเที่ยว ด้วยการยกย่องและส่งเสริมที่พักและสถานประกอบการที่มีจักรยานและ/หรือที่จอดจักรยาน บริการให้นักท่องเที่ยว และร่วมกับสถานที่ท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม ธรรมชาติ และอื่น ๆ จัดระเบียบให้ผู้ใช้จักรยานเดินทางเข้าในสถานที่ได้ตามความเหมาะสม รวมทั้งการทำทางจักรยาน ที่จอดจักรยาน และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ

๓. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน ด้วยมาตรการทางกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการเงิน

ให้กระทรวงคมนาคมจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเดินและการใช้จักรยาน โดยประสานร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพลังงาน กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น เพื่อให้เกิดความสะดวกและปลอดภัยของผู้ใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน สร้างแรงจูงใจให้

คนเดินเท้าและใช้จักรยาน ลดแรงจูงใจในการใช้ยานยนต์ และสร้างระเบียบวินัยที่ดีแก่ผู้ขับขี่ยานยนต์เพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ที่ใช้จักรยาน

๓.๑ ให้คณะรัฐมนตรีพิจารณามิมีมติให้หน่วยงานของรัฐและรัฐวิสาหกิจ มีมาตรการสิ่งจูงใจแก่ผู้ที่ใช้จักรยานเดินทางไปทำงานหรือเดินทางไปเชื่อมต่อกับระบบขนส่งสาธารณะอย่างสมัครใจ

๓.๒ ให้สำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงคมนาคมแก้ไขพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.๒๕๒๒ และพระราชบัญญัติทางหลวง พ.ศ.๒๕๓๕ และ พ.ศ.๒๕๔๙ ให้ส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยาน และเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมาย โดยให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไข

๓.๓ ให้กระทรวงมหาดไทยแก้ไขปรับปรุงพระราชบัญญัติควบคุมอาคารหรือกฎหมายระดับรองลงมาให้ผู้เป็นเจ้าของอาคารขนาดใหญ่และอาคารสาธารณะ รวมทั้งสถานียขนส่งสาธารณะ ต้องจัดที่จอดจักรยานและทางลาดสำหรับคนพิการทางกายที่สะดวกและปลอดภัยได้มาตรฐาน

๓.๔ ให้กระทรวงพลังงานมีงบประมาณสนับสนุนการศึกษาวิจัยและกิจกรรมการเดินทางและการใช้จักรยานเพื่อการอนุรักษ์พลังงานแก่ชุมชนและองค์กรผู้ใช้จักรยานในเมืองต่าง ๆ และสนับสนุนการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การเดินทางและการใช้จักรยานแทนที่การใช้ยานยนต์ในการเดินทางระยะสั้นอย่างต่อเนื่อง

๓.๕ ให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีงบประมาณสนับสนุนชุมชนและองค์กรผู้ใช้จักรยานในเมืองต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมการเดินทางและการใช้จักรยานเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการรณรงค์การเดินทางและการใช้จักรยาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพอากาศในเขตเมืองให้เป็นเมืองน่าอยู่

๓.๖ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมจักรยานแบบนันทนาการแก่องค์กรประชาชนเพื่อส่งเสริมการใช้จักรยานท่องเที่ยวในแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและวัฒนธรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากการกีฬาเพื่อการแข่งขันตามปกติ

๓.๗ ขอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของทุกภาคส่วนในการจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันบนทางเดินเท้าและทางจักรยานในชีวิตประจำวันของคนทั่วไปและคนพิการ

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างองค์ความรู้ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักตื่นตัวและทักษะ รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการจัดการความรู้ เกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน

ให้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานดังนี้

๔.๑ ให้กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา ดำเนินการให้มีหลักสูตรและกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเดินทางและการใช้จักรยาน และพัฒนาทักษะการใช้จักรยานให้ถูกต้องและปลอดภัยแก่นักเรียนนักศึกษาทุกระดับให้เหมาะสมกับวัย ด้วยการมีส่วนร่วมของนักเรียนนักศึกษา ผู้ปกครอง และชุมชน ยกย่องโรงเรียนและสถาบันการศึกษาที่มีผลงานดีเด่นในการส่งเสริมให้ครูอาจารย์และนักเรียนนักศึกษาเดินทางและการใช้จักรยานในกิจกรรมประจำวันรวมทั้งการเดินทางระหว่างที่พักกับโรงเรียนหรือสถานศึกษาและภายในสถานศึกษา รวมทั้งการให้ความรู้และจัดอบรมการใช้จักรยาน

อย่างปลอดภัยและถูกต้องตามกฎหมาย และมีครูอาจารย์และนักเรียนนักศึกษาหันมาเดินและใช้จักรยานเป็นจำนวนมาก

๔.๒ ให้กระทรวงคมนาคม ดำเนินการ

๔.๒.๑ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการเดินทางที่ไม่ใช้เครื่องยนต์ เพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลกลางเรื่องการเดินและการใช้จักรยาน เอื้ออำนวยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกปี รวมทั้งประสานกับสถาบันการศึกษาและการวิจัยให้มีการส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย และพัฒนางานทางด้านวิชาการในสาขาต่างๆ ที่เอื้อให้เกิดมาตรฐานในเรื่องของการเดินและการใช้จักรยาน และกระตุ้นให้ประชาชนหันมาเดินและใช้จักรยานเป็นวิธีหลักในการเดินทางในระยะสั้น

๔.๒.๒ ให้มีการอบรมและให้ความรู้กับผู้ขับขี่ยานยนต์ทุกชนิดให้มีทัศนคติที่ดีและให้ความสำคัญต่อผู้ที่เดินและใช้จักรยาน มีมารยาทและวินัยจราจรในการดูแลให้ความปลอดภัยต่อคนเดินเท้าและผู้ใช้จักรยานที่ร่วมสัญจรใช้ถนนอย่างจริงจัง และจัดให้ความรู้เรื่องการเดินการใช้จักรยานและการปฏิบัติต่อผู้เดินและผู้ใช้จักรยานเป็นส่วนหนึ่งของการสอบเพื่อขอใบอนุญาตขับขี่ยานยนต์ทุกชนิด

๔.๒.๓ จัดทำแผนเฝ้าระวังปัญหาการจราจรและติดตามการดำเนินส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมทุกจังหวัด เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานและประเมินผลโดยนำเสนอผลสู่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง

๔.๒.๔ ร่วมกับสื่อมวลชนและภาคประชาสังคม ให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้บริโภคถึงประโยชน์ของการเดินและการใช้จักรยานต่อตนเองและประเทศชาติ ตลอดจนผลเสียจากการใช้ยานยนต์ในกรณีที่ไม่จำเป็น ผ่านทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสาธารณะ และการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล โดยผ่านผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน รวมถึงหอกระจายข่าว วิทยุชุมชน อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่

๔.๓ ให้กระทรวงมหาดไทย กำหนดให้องค์กรปกครองท้องถิ่น เผยแพร่ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนเดินและใช้จักรยานเป็นประจำสำหรับการเดินทางระยะสั้น รวมทั้งจัดเวทีสาธารณะให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรวบรวมข้อมูล ข้อเท็จจริง จากทุกภาคส่วนและผู้มีส่วนได้เสีย

๔.๔ ให้กระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนเดินและใช้จักรยานเป็นประจำสำหรับการเดินทางระยะสั้น เป็นทางเลือกในการทำกิจกรรมทางกาย และรณรงค์ให้บุคลากรส่งเสริมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านเพื่อให้สามารถเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

๔.๕ ให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ประชาชนเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวันผ่านภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพและทางโครงการย่อยต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๒

การจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก ๒๔ ชั่วโมง : กรณีเด็กไทยกับไอที

นิยาม

“เทคโนโลยีสารสนเทศ” หรือ ไอที (information technology, IT) หมายถึง เทคโนโลยีในการนำคอมพิวเตอร์มาใช้จัดการกับข้อมูล ข่าวสาร หรือที่เรียกว่าสารสนเทศ ไอที ในเอกสารนี้ ครอบคลุมถึงคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต โทรศัพทมือถือ สมาร์ทโฟน เครื่องเล่นเกมอิเล็กทรอนิกส์ อาจรวมถึงอุปกรณ์หรือเทคโนโลยีในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่จะมีขึ้นในอนาคต

ความสำคัญของปัญหา สถานการณ์และแนวโน้ม

๑. ไอทีมีความสำคัญมากในสังคมปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่สำคัญมากยิ่งขึ้น สามารถเข้าถึงได้ง่ายตลอด ๒๔ ชั่วโมง อีกทั้งได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของเด็ก ผ่านการเรียนการสอนในโรงเรียน การเป็นเครื่องมือสื่อสารกับผู้คน และกิจกรรมการเล่นเพื่อความเพลิดเพลิน เช่น เกมคอมพิวเตอร์ เกมออนไลน์ การสื่อสารออนไลน์ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต* โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล หรือแบบพกพา (ทั้งโน้ตบุ๊กและ แท็บเล็ต) หรือ แม้กระทั่งโทรศัพท์มือถือ. เด็กจำนวนมากใช้เวลากับสื่อไอทีหลายชั่วโมงต่อวัน ซึ่งนานกว่ากิจกรรมการเล่นอื่นๆ การเรียนหนังสือ หรือแม้แต่การนอน ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก และยังมีผลเสียอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดเป็นการเสพติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต หากได้รับหรือใช้สื่อไอทีที่เป็นอันตรายต่อเด็ก

๒. การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔^๑ พบว่า จากประชากรไทยที่มีอายุ ๖ ปีขึ้นไปจำนวน ๖๒.๔ ล้านคน กลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี ใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด (ร้อยละ ๗๑.๙) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี (ร้อยละ ๕๘.๘) การใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๑๕ -๒๔ ปี (ร้อยละ ๕๑.๙) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี (ร้อยละ ๓๘.๓)

๓. เด็กไทยใช้เวลาเล่นเกมคอมพิวเตอร์(เกม)มาก ๑) ศิริไชย หงษ์สงวนศรี และคณะ^๒ ได้ศึกษาการเล่นเกมของนักเรียนมัธยมศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่าร้อยละ ๘๕ เคยเล่นเกม ร้อยละ ๒๔ เล่นเกมมากกว่า ๕ วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ ๑๑ เล่นเกมทุกวัน. ส่วนใหญ่ใช้เวลาเล่นเกมประมาณ ๓ ชั่วโมงต่อครั้ง ๒) ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์^๓ ทำการสำรวจการใช้เวลาเล่นเกมออนไลน์ต่อสัปดาห์ของเยาวชนที่มีอายุ ๑๐ ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่าร้อยละ ๓๘ ใช้เวลา ๓-๔ วัน ร้อยละ ๒๖ ใช้เวลา ๕-๖ วัน ร้อยละ ๑๘ เล่นเกมทุกวัน เด็กที่เล่นเกมร้อยละ ๕๔ ใช้เวลาเล่นเกมต่อครั้งนานที่สุด ๑ - ๓ ชั่วโมง, ร้อยละ ๓๑ นาน ๔-๖ ชั่วโมง, ร้อยละ ๖ นาน ๗-๑๐ ชั่วโมง, และร้อยละ ๓ มากกว่า ๑๐ ชั่วโมง

๔. ดังนั้นธุรกิจด้านเกมออนไลน์ในประเทศไทยที่มีกลุ่มเด็กและวัยรุ่นเป็นเป้าหมายหลัก จึงเติบโตอย่างรวดเร็วมาก ในปัจจุบันเด็กสามารถเล่นเกมชนิดเชื่อมต่อกับระบบเครือข่ายได้ทั้งจากคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ และเครื่องเล่นเกมอิเล็กทรอนิกส์ มูลค่าตลาดเกมออนไลน์ในประเทศไทย^๔ เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่

* อินเทอร์เน็ต (internet): เครือข่ายคอมพิวเตอร์ขนาดใหญ่ ที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเครือข่ายทั่วโลก ผู้ใช้สามารถสื่อสารถึงกันได้ในหลายๆ ทาง เช่น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ หรือ อีเมล (e-mail) กระจายสนทนา หรือ เว็บบอร์ด (web board) และ สามารถสืบค้นข้อมูลและข่าวสารต่างๆ รวมทั้งคัดลอกแฟ้มข้อมูลเครื่องแม่ข่าย (เช่น การดาวน์โหลด เกม เพลง) การใช้เป็นแหล่งพบปะสังสรรค์เพื่อสร้างเครือข่ายสังคม



ปี ๒๕๔๗-๒๕๕๑ เฉลี่ยร้อยละ ๑๙ ต่อปี และมีมูลค่าตลาดประมาณ ๓,๗๐๐ ล้านบาทใน พ.ศ.๒๕๕๑ โดยมีมูลค่าเพิ่มถึง ๒,๑๖๐ ล้านบาทใน ๕ ปี รายงานบริษัททีไอที พ.ศ. ๒๕๕๓^๕ แสดงว่าทะเบียนผู้เล่นเกมออนไลน์เพิ่มจาก ๑,๖๕๑,๒๑๑ เลขหมาย เป็น ๔,๕๐๒,๕๑๖ เลขหมาย ปัจจัยส่งเสริม คือ ๑) ระบบสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เร็วขึ้น และครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น และระบบไร้สาย เช่น Wi-Fi/3G ทำให้เด็กสามารถใช้ได้ทุกที่ทุกเวลา ๒) ลักษณะเกมที่เข้าถึงตามกลุ่มอายุ เพศ และทำให้ผู้เล่นอยากเล่นต่อเนื่อง ๓) การออกแบบเพื่อให้ผู้เล่นมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนเล่นร่วมกันผ่านระบบเครือข่ายได้เป็นจำนวนมาก และ ๔) การบริการสะดวก ได้แก่ ร้านเกมที่คล้ายอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ กระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในเมืองใหญ่ และในหมู่บ้านในชนบท การหาซื้อการ์ดเติมเงินได้ง่าย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการขาย

๕. ภาวะเสพติดเกม และเสพติดอินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชนไทย เป็นปัญหาที่อยู่ในขั้นวิกฤติทวีความรุนแรงมาโดยตลอด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีก ปัจจุบันประมาณว่า ร้อยละ ๑๐-๑๕ ของเด็กนักเรียนเสพติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต^๖ มีแนวโน้มว่าในปี ๒๕๕๖ นี้ สมาคมจิตแพทย์อเมริกันจะกำหนดภาวะติดเกมและอินเทอร์เน็ตให้เป็นความเจ็บป่วยด้วย “โรคเสพติดเกม” และ “โรคเสพติดอินเทอร์เน็ต”^๗ กำหนดการวินิจฉัยผู้เสพติดไว้ ๔ ลักษณะ คือ ๑) ผู้ที่ใช้เวลาหลายชั่วโมงต่อครั้ง ในการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต จนทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ๒) ผู้ที่ต้องเพิ่มการใช้ขึ้นเรื่อย ๆ เช่น เพิ่มเวลา เพิ่มความซับซ้อนของเกม เพิ่มความสามารถของเครื่อง ๓) ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดเล่นได้ หากเล่นไม่ได้หรือถูกห้ามจะรู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายหรือมีอาการทางกายจากความเครียด หรือโกรธ มีพฤติกรรมทำร้ายผู้ขัดขวางการเล่น และ ๔) ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อตนเองหลายด้านจากการเล่นเกมหรืออินเทอร์เน็ต เช่น ผลเสียต่อสุขภาพ การแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม หรือ การมีปัญหาพฤติกรรม เช่น โกหก ขโมย ก้าวร้าว หนีเรียน หนีออกจากบ้าน เป็นต้น

๖. ผลเสียจากการเสพติดเกมและเสพติดอินเทอร์เน็ตมีมากมาย ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บของข้อต่อ เส้นเอ็น ส่งผลให้เกิดอาการปวดข้อ ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ โรคนิ้วติด และอาจทำให้สายตาพร่ามัวและปวดศีรษะได้ การขาดการออกกำลังกาย ขาดโอกาสการเรียนรู้กิจกรรมอื่น เปื่อหน่ายการเรียนมีบุคลิกภาพแยกตัว และอาจนำไปสู่การล่อลวงทำให้ถูกทำร้ายทางร่างกาย หรือทางเพศ รวมถึงมีรายงานการตายจากการเล่นเกมติดต่อกันหลายชั่วโมง^๘

๗. ในพ.ศ. ๒๕๕๕ นี้ รัฐบาลได้มีนโยบายการจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตให้แก่โรงเรียน โดยนำร่องแจกแท็บเล็ตแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ คน การเพิ่มเครื่องมือให้เด็กใช้งานระบบไอทีตั้งแต่อายุน้อย อาจจะมีผลดีต่อการเรียนรู้บางด้าน แต่ก็มีความเสี่ยงอย่างมากต่อผลลบดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ให้ความสำคัญในการจัดการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กเหล่านี้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ จากการสำรวจพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ที่ยินดีให้เด็กไปอยู่ที่ร้านเกม มักเป็นผู้มีภารกิจที่ต้องทำงาน ไม่สามารถหาเวลาดูแลเด็กที่มีอายุมากกว่า ๔-๕ ปีได้ จึงมักนำไปไว้ในร้านเกม เพราะคิดว่าปลอดภัยกว่าปล่อยให้เด็กไปวิ่งเล่นข้างนอก

๘. เนื่องจากคนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงภัยที่ซ่อนเร้นอยู่ในการเล่นและการใช้อินเทอร์เน็ต ดังนั้น การป้องกันและการรักษาเด็กติดเกม จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการจัดการและเผยแพร่ความรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ให้แก่ผู้ปกครอง และประชาชนที่มีหน้าที่ดูแลเด็ก เช่น ครู พี่เลี้ยงในสถานดูแลเด็กปฐมวัย

สถานการณ์และแนวโน้มในต่างประเทศ

๙. ประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมกุมารแพทย์อเมริกัน^{๙๙} ได้รวบรวมข้อมูลของอเมริกันอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยจำนวนมาก และออกนโยบายการปฏิบัติ

๙.๑ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เด็กอเมริกันใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์เฉลี่ยถึง ๗ ชั่วโมง ต่อวัน มากกว่ากิจกรรมอื่นๆ ที่เด็กทำ ซึ่งการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์นานสัมพันธ์ของกับปัญหาการเรียน สมาธิสั้น การกินอาหาร และการนอนไม่พอ และโรคอ้วน เนื้อหาในสื่อที่บ่งบอกความรุนแรง การร่วมเพศ และการใช้ยาเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ก่อปัญหาทางพฤติกรรม การวิจัยกว่า ๒,๐๐๐ เรื่อง พบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กมีความสัมพันธ์กับการใช้สื่อที่มีเนื้อหาความรุนแรง^{๑๐๐} และเนื้อหาที่ส่งเสริมการแสดงออกทางเพศที่ไม่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย^{๑๐๑}

๙.๒ แนะนำผู้ปกครองว่า ๑) เด็กอายุน้อยกว่า ๒ ปีไม่ควรเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์เลย ๒) เด็กอายุมากกว่า ๒ ปีควรใช้เวลากับสื่อผ่านหน้าจอทุกชนิด ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง/วัน ๓) ควรจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้มีเขตปลอดหน้าจอ โดยเฉพาะบริเวณห้องนอน และบริเวณโต๊ะอาหาร ๔) ผู้ปกครองควรคัดกรองเลือกสื่อที่มีเนื้อหาเหมาะสม และควรส่งเสริมกิจกรรมอื่น เช่น การเล่นกลางแจ้ง การใช้สื่อกระดาษ เช่น หนังสือนิทาน นิยาย การเล่นรูปแบบอื่นๆ ที่สร้างจินตนาการให้กับเด็ก

๑๐. สาธารณรัฐประชาชนจีนเป็นฐานผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่ใหญ่ที่สุดในโลก ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตมีกว่า ๔๕๗ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เครือข่ายของรัฐและเครือข่ายสื่อต่างๆ ได้เสนอวิธีการลดการติดเกม คือ การทำให้เกมหยุดหรือผู้เล่นไม่สามารถทำคะแนนต่อได้เมื่อใช้งานมาถึง ๓ ชั่วโมง แต่ถูกคัดค้านจากผู้พัฒนาเกม ผู้จำหน่ายและผู้ใช้ รัฐต้องทำความเข้าใจกับประชาชน จนถึงปี ๒๕๕๐ จึงได้ใช้ โดยบังคับเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี

๑๑. เกาหลีใต้ มีผู้เล่นเกมประมาณ ๒๐ ล้านคน ร้อยละ ๓๐ มีอายุต่ำกว่า ๑๙ ปี ในพ.ศ. ๒๕๔๙ ร้อยละ ๒ ของกลุ่มอายุ ๖-๑๙ ปี หรือประมาณ ๒๑๐,๐๐๐ คน ต้องรับการรักษาภาวะเสพติดเกม^{๑๐๒} ในจำนวนนี้ร้อยละ ๘๐ ต้องรับยาทางจิตเวช และร้อยละ ๒๐-๒๕ ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้มีการฝึกผู้ให้คำแนะนำในการรักษาจำนวน ๑,๐๔๓ คนเข้าทำงานในโรงพยาบาลกว่า ๑๙๐ แห่ง^{๑๐๓} และกำหนดมาตรการป้องกันขึ้นในโรงเรียน^{๑๐๔} เช่น การเพิ่มทักษะการควบคุมตนเอง การเพิ่มทักษะและเวลาการสื่อสารระหว่างผู้ปกครอง/ครูกับเด็ก ส่งเสริมกิจกรรมทดแทน เช่น กีฬา และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กเข้าถึงเกมได้ยาก

๑๒. บราซิล และ เยอรมัน ห้ามเด็กอายุน้อยกว่า ๑๘ ปีเล่นเกมที่บ่งบอกความรุนแรง แสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศ โดยห้ามจัดจำหน่าย ห้ามมีไว้บริการออนไลน์

กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

๑๓. ได้มีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) และกฎ ระเบียบต่างๆ มากมาย ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น “เด็กไทยกับไอที” ซึ่งออกและกำกับโดยหน่วยงานที่กระจายอยู่หลากหลายกระทรวง ดังนี้ ๑) พ.ร.บ.ภาพยนตร์และวีดิทัศน์^{*} พ.ศ. ๒๕๕๑ (เช่น กฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๒) ๒) พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ (เช่น กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและมาตรการในการ

^{*} วัตถุประสงค์: วัตถุประสงค์มีกรณีกฎหมาย หรือภาพยนตร์เสียงซึ่งสามารถนำมาผลิตให้เป็นภาพที่เคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่องในลักษณะที่เป็นภาพเคลื่อนไหว และควรออกที่ภาพประกอบ (ตามพระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑)

ควบคุมสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕) ๓) พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ ๔) พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ ๕) พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ พ.ศ. ๒๕๓๗ ๖) พ.ร.บ. การพนัน พ.ศ. ๒๔๗๘ ๗) พ.ร.บ. การส่งออกปอกและนำเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. ๒๕๒๒ ๘) พ.ร.บ. ศุลกากร พ.ศ. ๒๕๖๘

บทบาทของผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ และการดำเนินการในประเทศไทย

๑๔. ในประเทศไทย การแก้ไขปัญหา ได้เกิดขึ้นในหลายภาคส่วน ประมาณ ๘ ปี นี้ ได้แก่

๑๔.๑ คณะรัฐมนตรี ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์” เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรมเป็นรองประธาน และ กระทรวงวัฒนธรรม เป็นฝ่ายเลขานุการ เพื่อบริหารการความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเพื่อ “ขจัดสื่อร้าย ขยายสื่อดี การพัฒนาปรับปรุงกฎหมายด้านสื่อให้มีความทันสมัย ตลอดจนการจัดตั้ง “ศูนย์ปฏิบัติการสื่อ ปลอดภัยและสร้างสรรค์ขึ้น” ผลการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ ๑) การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ใน ๑๓ จังหวัด นำร่อง ๒) การจัดทำแผนสืบสวนปราบปรามสื่อไม่เหมาะสม ๓) การตั้งศูนย์ปฏิบัติการสื่อปลอดภัยและ สร้างสรรค์แห่งชาติ โดยจัดให้มีเว็บไซต์ ระบบบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนของสายด่วนวัฒนธรรม ๔) การผลักดันร่างพระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ... ๕) การผลักดันให้มีการแก้ไขปรับปรุง กฎหมายสื่อ ๒ ฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ.จดแจ้งการพิมพ์ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ พ.ร.บ.ภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ หลักเกณฑ์ข้อหนึ่งที่ถูกนำเสนอคณะกรรมการชุดนี้เพื่อพิจารณา คือ การจัดระดับความเหมาะสมของ สื่อสิ่งพิมพ์ โดยกำหนดให้สื่อระดับ ๒ (๑๒+) หมายถึงสื่อที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ ๑๒ ปีขึ้นไป ซึ่งต้องไม่ ปรากฏลักษณะภาพที่ดูสมจริงและเกินจริง และต้องไม่มีการแสดงออกทางความรุนแรงในด้านการใช้กำลังและ การแสดงออกทางเพศ ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๕ ได้ปรับให้มีคณะอนุกรรมการ ๓ ชุดคือ คณะอนุกรรมการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ คณะอนุกรรมการจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนา สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ และคณะอนุกรรมการสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์จังหวัด^{๑๖}

๑๔.๒ กระทรวงวัฒนธรรม ซึ่งทำหน้าที่จัดทำมาตรฐานการตรวจพิจารณาสถานประกอบกิจการ วีดิทัศน์ และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตรวจสถานประกอบกิจการดังกล่าว ได้จัดส่งเสริม “โครงการร้านเกมสีขาว” มา อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ประกอบการร้านเกมได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ต่อสังคม โดยการพัฒนาร้านเกมให้เป็นแหล่งเรียนรู้ตามอัธยาศัย ปลอดภัย สร้างสรรค์สำหรับเด็ก และเยาวชน

๑๔.๓ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้ง “ศูนย์ป้องกันและแก้ปัญหาเด็กติดเกม” ที่ สถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เมื่อพฤศจิกายน ๒๕๔๗ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ ๑) การให้การบำบัด และการ ป้องกันปัญหาเด็กติดเกมแก่เด็กและครอบครัว และ ๒) การพัฒนาวิชาการ เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณะและ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ได้จัดทำ “คู่มือโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเยาวชนและครอบครัวยุคไซเบอร์” และ การจัดหลักสูตรการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องพร้อมกับการดำเนินการ

๑๔.๔ กระทรวงศึกษาธิการ และสถาบันการศึกษา มีส่วนเกี่ยวข้องดังนี้

- (๑) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมมือระหว่างกระทรวงวัฒนธรรม จัดทำเว็บไซต์ www.HealthyGamer.net เชื่อมโยงกับเว็บไซต์ของกระทรวงวัฒนธรรม เพื่อ เป็นกลไกเพื่อองค์ความรู้และการสร้างภูมิคุ้มกันแก่เครือข่ายเพื่อแก้ปัญหาเด็กติดเกม
- (๒) กระทรวงศึกษาธิการ ได้แจกคอมพิวเตอร์ในรูปของแท็บเล็ตให้นักเรียนชั้นประถม

ปีที่ ๑ (ป.๑) ทั่วทั้งประเทศในปีนี้ ตามนโยบายของรัฐบาล ซึ่งเป็นที่ห่วงใยจากหลากหลายสังคม ทั้งนักวิชาการ พ่อแม่/ผู้ปกครอง ครู และนักวิชาการด้านการศึกษา และกุมารแพทย์ ถึงผลกระทบด้านลบต่อเด็กที่ยังไม่ได้ป้องกัน รวมทั้งผลต่อพัฒนาการที่เหมาะสมของเด็กในวัยนี้

- (๓) คณะผู้วิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ (มศว.)^{๑๗} ได้ศึกษาโครงการนำร่อง “การประยุกต์และบูรณาการคอมพิวเตอร์แท็บเล็ตเพื่อการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษาตามแนวนโยบายของรัฐบาล ระยะที่ ๑” โดยใช้งบประมาณ จากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กชั้น ป.๑ และ ป.๔ ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๔ (ม.ค.-มี.ค.๒๕๕๕) ในโรงเรียน ๕ แห่ง ใน กทม. ลำปาง พังงา ขอนแก่น และที่โรงเรียนสาธิต มศว. ประสานมิตร โดยใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัยในชั้นเรียน ๖-๗ สัปดาห์ พบว่าน่าจะไม่ใช่คุ้มทุน อาจเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จริยธรรม และความรับผิดชอบ รวมทั้งเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่อำนวย ผู้สอนไม่พร้อมและไม่เพียงพอ เสนอให้รัฐบาลทบทวนนโยบาย ควรเริ่มที่ ป.๔ และไม่จำเป็นต้องแจกทุกคน คณะผู้ทำงานได้ให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายแก่รัฐบาล ๕ ข้อ คือ ๑) ควรมีการจัดทำแผนแม่บทในการแจกแท็บเล็ต โดยให้มีผลถึงผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ๒) ต้องมีการพัฒนาเนื้อหาให้เกิดผลดีกว่าการเรียนในหนังสือ ๓) จัดหาบุคลากรช่วยครูทางเทคนิค ๔) ควรแจกแท็บเล็ตแก่เด็ก ป.๔ ก่อน ป.๑ และ ๕) ไม่จำเป็นต้องแจกแท็บเล็ตให้นักเรียนทุกคน

๑๔.๕ ชุมชนจัดการตนเองในการดูแลแก้ไขปัญหาเด็กติดเกม ได้เกิดขึ้นในหลายท้องที่

๑๔.๖ การบริการรักษาเด็กติดเกมและการรับปรึกษาปัญหาจากผู้ปกครอง กระจายอยู่ในหลาย ๆ ส่วน ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงวัฒนธรรม ฯลฯ

๑๔.๗ เครือข่ายภาคประชาสังคมและธุรกิจ ดำเนินการในประเด็นนี้อยู่มากมาย เช่น ศูนย์เฝ้าระวังภัยเทคโนโลยี (มูลนิธิกระจกเงา) สมาคมเด็กติดเกมในเฟซบุ๊ก ศูนย์ประสานงานเครือข่ายครอบครัว (มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว) เครือข่ายผู้ปกครองนักเรียนของโรงเรียนต่าง ๆ สมาเด็ก ศูนย์ประสานงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กและเยาวชนภาค.. สมาคมผู้ประกอบการร้านอินเทอร์เน็ตไทย ชมรมผู้ประกอบการร้านเกมและอินเทอร์เน็ตของจังหวัดต่าง ๆ ฯลฯ

๑๔.๘ ภาครัฐและเอกชนจัดทำและให้บริการซอฟต์แวร์คัดกรองเว็บไซต์หรือเกมที่ไม่เหมาะสม ควบคุมเวลาการใช้คอมพิวเตอร์ออนไลน์ และ บันทึกข้อมูลให้สามารถตรวจสอบการใช้งานได้ เช่น โปรแกรมใส่ใจ โปรแกรม ICT Housekeeper

๑๔.๙ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยภาคีเครือข่ายแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเยาวชน ดำเนินงานด้านสื่อสร้างสรรค์เพื่อเด็กและเยาวชน โดยมียุทธศาสตร์หลักคือการพัฒนาคุณภาพและช่องทางสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก และการสนับสนุนและผลักดันกลไกนโยบายด้านสื่อสร้างสรรค์เพื่อเด็ก การจัดตั้งเครือข่ายสื่อเพื่อเด็กและกลไกในภูมิภาค และการพัฒนาทักษะชีวิตและการเท่าทันสื่อของเด็กเยาวชน และครอบครัว ซึ่งรวมถึงสื่อสำหรับเด็กกับไอที เช่น ๑) โครงการเด็กไทยรู้เท่าทันสื่อ ICT โดยมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ๒) โครงการ IDEA – IDOL เท่าทันสื่อ ซึ่งขับเคลื่อนความคิดหลัก “จับตามู รู้เท่าทัน สื่อ โดยผ่าน

กิจกรรมดังนี้ ๓) โครงการพัฒนากลไกสื่อสารสาธารณะเพื่อการรู้เท่าทันสื่อสำหรับเด็กและเยาวชนภาคอีสาน
๔) โครงการ YOUTH IDEA ACTION FOR CHANGE “เท่าทันสื่อ” และ ๕) โครงการภูมิคุ้มกัน...สร้างสรรค์สื่อ

ปัญหาและทางออกของการจัดการปัญหา

๑๕. ปัญหาในประเด็น “เด็กไทยกับไอที” ที่ได้กล่าวถึง ยังรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

๑๕.๑ สาเหตุจากปัจจัยร่วมจากหลายภาคส่วน ทั้งเด็ก ครอบครัว โรงเรียน สังคม สิ่งแวดล้อม การดำเนินการของรัฐ และการขาดฐานข้อมูล/องค์ความรู้ที่เพียงพอและเหมาะสมกับประเทศไทย จำเป็นต้องดำเนินการแบบสหสาขาในระดับชาติ ในการรวบรวมข้อมูลวิชาการ งานวิจัย องค์ความรู้ ระเบียบปฏิบัติ กฎหมาย และการดำเนินการของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เสร็จสิ้นภายในปี ๒๕๕๖ อันจะนำไปสู่ทิศทางการดำเนินการและการติดตามผลอย่างบูรณาการ ดำเนินการเผยแพร่ให้มีความรู้ ความเข้าใจร่วมกันทั้งฝ่ายรัฐ เอกชน ครอบครัว โรงเรียน เด็กและเยาวชน และต้องมีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการและต่อเนื่อง

๑๕.๒ ในการแก้ไขปัญหานี้ พลังสำคัญควรอยู่ที่ชุมชนและท้องถิ่น โดยการสนับสนุนจากภาควิชาการ ภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบการฯ และเป็นไปอย่างบูรณาการ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจร่วมกันทั้งฝ่ายรัฐและประชาชนให้รับบทบาทหน้าที่ของตน

๑๕.๓ การจัดการในการป้องกัน แก้ไขปัญหาเด็กติดเกม ยังไม่มีความครอบคลุมเพียงพอ และรูปแบบการบริการและวิธีการยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ได้มีการเสนอการควบคุมและกำหนดระยะเวลาการเล่นเกมนในร้านเกมของเด็ก เข้าในกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดิทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๒ แต่ยังไม่สามารถทำได้สำเร็จ เพราะยังขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมและกำกับธุรกิจเกมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตยังมีปัญหามากในทางปฏิบัติ

๑๕.๔ พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้ผู้ประกอบกิจการร้านเกมคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ตคาเฟ่ เก็บบันทึกรายละเอียดของผู้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, อายุ, เลขบัตรประจำตัวประชาชน, เวลาที่เข้าใช้, ชื่อโปรแกรมหรือเว็บไซต์ที่ใช้ แต่ยังไม่ได้นำมาดำเนินการบังคับใช้อย่างจริงจัง เพราะขาดเทคโนโลยี งบประมาณ รวมถึงแรงจูงใจสนับสนุน ขณะนี้กระทรวงวัฒนธรรมและภาคเอกชน รับที่จะเร่งพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบันทึกข้อมูลดังกล่าว

๑๖. การใช้คอมพิวเตอร์ในเด็กชั้นประถมศึกษาตามนโยบายของรัฐบาล ควรส่งเสริมการรับความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเตรียมความพร้อมของโครงการ ทั้งในส่วนของตัวเด็กเอง สถาบันการศึกษา ครู และผู้ปกครอง ต้องมีการให้คำแนะนำดูแลการใช้แท็บเล็ตเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และป้องกันผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งการติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด

๑๗. เด็กและเยาวชนเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาโดยตรง ต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกัน ได้รับความรู้เรื่องเท่าทันสื่อ การป้องกันตนเองจากภัยไอที การพัฒนาแกนนำเพื่อขยายผลในการดูแลน้อง ๆ หรือเด็กและเยาวชนในชุมชน สังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเรียกร้องเกม อินเทอร์เน็ต และร้านเกมที่ดีสำหรับพวกเขา การเฝ้าระวังและการแจ้งปัญหา และการได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ให้สามารถสร้างสื่อ เช่น เกมหรือเนื้อหาบนโลกไอทีที่เป็นประโยชน์ และสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของเด็กเอง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ &/ร่างมติ ๒

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลสำรวจการมีกาใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารในครัวเรือน ประจำปี ๒๕๕๔
๒. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี พนม เกตุมาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี และคณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล Game Addiction : The Crisis and Solution ๒๕๕๖
๓. ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์ <http://bangkokpoll.bu.ac.th/oldpoll210/poll126.html>
๔. รายงานอุตสาหกรรมดิจิทัลคอนเทนต์ไทยประจำปี พ.ศ.๒๕๕๒ โดยสำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์แห่งชาติ
๕. รายงานบริษัททีไอที พ.ศ. ๒๕๕๓ สืบค้นจาก http://www.tot.co.th/upload/file_linkitem/an2553.pdf หน้า ๐๐๘ - ๐๐๙.
๖. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, สุวรรณมา เรื่องกาณจนเศรษฐ์, Game addiction. ใน : ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล, สามารถ ภาคขมา, นงนุช สิริชัยนันท์, ปานิยา เพียรวิจิตร, บรรณาธิการ, กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า 5, กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเทอร์-ไพรซ์; ๒๕๕๑ หน้า ๓๓๓ - ๓๔๔.
๗. Block JJ. Issues for DSM-V : Internet Addiction. Am J Psychiatry. 2008;165:3:306-7
๘. Choi YH : Advancement of IT and seriousness of youth internet addiction, in 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission,2007, p 20
๙. American Academy of Pediatrics Policy Statement-- Media Education Pediatrics. originally published online Sep 27, 2010; Council on Communications and Media DOI : 10.1542/peds.2010-1636
๑๐. Murray JP. Media violence : the effects are both real and strong. Am Behav Sci. 2008;51:1212-1230
๑๑. Christakis DA, Zimmerman FJ. Violent television viewing during preschool is associated with antisocial behavior during school age. Pediatrics. 2007;120:993-999
๑๒. Chandra A, Martino SC, Collins RL, et al. Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a National Longitudinal Survey of Youth. Pediatrics. 2008; 122:1047-1054
๑๓. Collins RL, Elliott MN, Berry SH, et al. Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior. Pediatrics. 2004;114(3). Available at : www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/3/e280
๑๔. Ahn DH : Korean policy on treatment and rehabilitation for adolescents' Internet addiction, in 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission, 2007, p 49
๑๕. Ju YA : School-based programs for Internet addiction prevention and intervention, in 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction. Seoul, Korea, National Youth Commission, 2007, p 243
๑๖. เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๕๕ วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๕ ณ ตึกบัญชาการ ทำเนียบรัฐบาล
๑๗. การศึกษาโครงการนำร่อง "การประยุกต์และบูรณาการคอมพิวเตอร์แท็บเล็ต เพื่อการเรียนการสอน ในระดับประถมศึกษาตามแนวนโยบายของรัฐบาล ระยะที่ ๑". ๒๕๕๕ สืบค้นจาก <http://itel.swu.ac.th/about-project/2011-12-08-07-37-47>

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๓

พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ

๑. คำนิยาม

๑.๑ พระสงฆ์ หมายถึง ประชาชนชายที่มีอายุครบ ๒๐ ปีบริบูรณ์ เข้ามาบวชในศาสนาพุทธ และปฏิบัติธรรมวินัยตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า

๑.๒ สุขภาวะหรือสุขภาพ ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อเอื้อแผ่^๑

๒. พระพุทธศาสนาอยู่กับสังคมไทยมานาน วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา ชาวไทยร้อยละ ๙๕ นับถือศาสนาพุทธ^๒ ซึ่งได้นำหลักการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนามาเป็นแนวทางแห่งการดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางวัฒนธรรม และเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย คำสอนในพระพุทธศาสนาได้ซึมซาบอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นแบบอย่างแห่งการดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา^๓ โดยมีพระภิกษุสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติ ปฏิบัติชอบ เพื่อให้จิตใจปลอดโปร่งเบิกบานมองใส มีความเจริญอกงามด้วยศรัทธา ศีล สุตะ จาคะ และปัญญา

๓. พระสงฆ์คือกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนคุณธรรม (ธรรมะ) ขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ให้เป็นรูปธรรมในสังคมไทย พร้อมทั้งยังอบรมสั่งสอนประชาชนคนไทยอีกหกสิบล้านกว่าล้านคนให้ตั้งตนอยู่ในศีลธรรมอันดีงามของพระพุทธศาสนา และยังมีบทบาทในการช่วยส่งเสริม ผลักดัน คุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยให้หลุดพ้นจากความยากลำบากนานัปการ จากบทบาทอันสำคัญเหล่านี้ทำให้พระสงฆ์กับประชาชนคนไทยเป็นเหมือนหนึ่งเดียวที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันมานับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

๔. บทบาทของพระสงฆ์ต่อสังคม นอกจากการสั่งสอนเผยแผ่หลักพุทธศาสนาแก่ประชาชน แล้วยังมีบทบาทอื่นๆ ที่มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาสังคม สรุปได้ดังนี้

๔.๑ บทบาทด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ เช่น ส่งเสริมการปลูกพืช หรือเกษตรกรรมชาติแบบครบวงจร การปลูกหม่อนเลี้ยงไหม การปลูกแตงโม การเลี้ยงปลา การเลี้ยงหมู การจัดตั้งกลุ่ม เช่น กลุ่มเจียระไนพลอย กลุ่มธนาคารข้าว กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจหมู่บ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานดังกล่าว มีทั้งประสบความสำเร็จและประสบปัญหา

๔.๒ บทบาทด้านการพัฒนาสังคม จะอยู่ในลักษณะการทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติตน การเป็นผู้นำในการพัฒนาชุมชน เช่น การตัดถนนในหมู่บ้าน การจัดระเบียบรั้วบ้าน การลอกคลอง ทำประปา ดึงเก็บน้ำฝน เป็นการร่วมมือกันระหว่งวัด ชาวบ้านและทางราชการ ในส่วนข้อขัดแย้งทางการเมือง พระสงฆ์มีบทบาททางด้านการสร้างขวัญและกำลังใจกับประชาชน อยู่เคียงข้างประชาชนในทุกสถานการณ์ สร้างความศรัทธาและความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

๔.๓ บทบาทด้านการพัฒนาการศึกษา มีบทบาทในหลายลักษณะ เช่น การให้การศึกษแก่พระสงฆ์ด้วยกัน โดยการตั้งโรงเรียนปริยัติธรรมให้การอบรมพระลูกวัดที่บวชใหม่ ในส่วนของเยาวชนได้มีการ

จัดการอบรมในวันเสาร์ อาทิตย์ ให้การศึกษาผ่านดาวเทียมแก่ประชาชน จัดอุทยานการศึกษา จัดห้องสมุด
ในบริเวณวัด และจัดอบรมในการพัฒนาอาชีพต่างๆ

๔.๔ บทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย พระสงฆ์จะช่วยเหลือประชาชนโดยใช้ยาแผนโบราณ
ในการรักษาโรคทั่วไป โรคกระดูกและข้อ รักษาผู้ติดยาเสพติด และที่สำคัญได้แก่การส่งเสริมสุขภาพจิตและ
ภาวะจิตปัญญาตลอดจนการป้องกันและการชี้แนะ เพื่อแก้ปัญหา สุขภาพจิต การติดสุรา รวมถึงการฟื้นฟู
ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและผู้ป่วยสารเสพติด

๔.๕ บทบาทด้านการพัฒนาสิ่งแวดล้อม พระสงฆ์จะทำในลักษณะจัดสถานที่ในบริเวณวัดให้ร่มรื่น
เป็นที่ร่มเย็น สำหรับให้ประชาชนที่มีความทุกข์ร้อนมาพึ่งพิง เป็นผู้นำในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน
การจัดอบรมเยาวชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมฯ

๕. ตัวอย่างของการดำเนินงานที่ชี้ให้เห็นบทบาทของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชน อาทิที่จังหวัด
นครราชสีมา เครือข่ายพระสังฆพัฒนาโคราช ร่วมกับเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา และ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดทำโครงการจัดระบบสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอ
สีคิ้ว มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ระดับตำบล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาวัด
ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระภิกษุสงฆ์อาพาธอย่างยั่งยืน ที่จังหวัดสระบุรี คณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี โดยวัด
พระพุทธบาทราชวรมหาวิหาร ได้จัดทำโครงการวัด ๕ ส.ขึ้น โดยมีจุดมุ่งหวังเพื่อให้พระสงฆ์และวัดมีกิจกรรม
ดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของพระสงฆ์และการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในวัด เพื่อเป็น
พื้นฐานในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน* ที่จังหวัดลพบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีดำเนินการโครงการ
วัดร่มรื่น พระสุขภาพดี ด้วยวิถีชุมชนให้การดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณรและสภาพแวดล้อมในวัดต่างๆ^{๑๖}
เจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง ได้เป็นแกนนำร่วมกับหน่วยงานและประชาชน
ในพื้นที่จัดทำโครงการแก้ปัญหาการตั้งครุฑไม้พร้อมของว้ายรุ่นที่ได้ผล^{๑๗}

๖. นอกจากนั้น ยังพบบทบาทพระสงฆ์ต่อการพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ด้วยตนเอง เช่น ที่จังหวัด
นครราชสีมา พระครูอมรชัยคุณ (หลวงตาแฮร์ เพนจรพัฒนา) ได้จัดตั้งสถาบันพระสังฆพัฒนา เพื่อทำหน้าที่
(๑) ส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของพระสังฆพัฒนาในท้องถิ่น ให้มีความเป็นผู้นำชุมชนที่มีคุณธรรม และสร้าง
พระวิทยากรให้มากขึ้น (๒) ให้การสนับสนุนกิจกรรมของศูนย์เครือข่ายให้เข้มแข็ง มีองค์ความรู้ที่เด่นชัด
สามารถเป็นที่ศึกษาดูงานได้ ขยายผลสู่ชุมชนใกล้เคียงได้ (๓) ถ่ายทอดองค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ขยายผล
สู่เยาวชน-คนรุ่นใหม่ ให้รู้จักคุณค่าของทางศาสนา-ศิลปวัฒนธรรม และการเกษตรตามแนวพระราชดำริ
“ทฤษฎีใหม่”

๗. จากสภาพโครงสร้างของสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน การพัฒนาต่างๆ เจริญ
ก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด ประชาชนมุ่งสู่สังคมวัตถุนิยมมากขึ้น พระสงฆ์ถูกปล่อยให้เผชิญกับปัญหาตาม
ลำพัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ นโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมายังไม่สามารถตอบ
สนองกับการส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ได้ รวมทั้งผลงานวิจัยต่างได้สะท้อนและ
ตอกย้ำปัญหาได้อย่างชัดเจนในเรื่องการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อย่างรอบด้าน และเพียงพอ^{๑๘}

๘. พระสงฆ์ เป็นผู้ที่เข้ามาบวชในพุทธศาสนา ไม่สามารถที่จะประกอบกิจได้ดังฆราวาส เพราะเป็นการขัดต่อพุทธบัญญัติ จึงต้องอาศัยปัจจัยสี่ อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรคที่เป็นเครื่องดำรงชีวิตจากประชาชน การที่พระสงฆ์บางส่วนจะต้องแยกตัวออกเด็ดขาดจากชุมชนและปลีกตัวอยู่โดยลำพัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างพระสงฆ์กับสังคมโดยรอบ การอยู่แบบโดดเดี่ยวของพระภิกษุสงฆ์ย่อมเกิดความเสียหายหลายประการ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันทต่อเหตุการณ์ บนพื้นฐานแห่งดุลยภาพ ทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

๙. จากการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศจำนวน ๙๐,๒๕๐ รูป โดยกรมการแพทย์ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ ๓๐.๕๗ โดยป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๔.๕ สูบบุหรี่ร้อยละ ๔๑.๓ ออกกำลังกายเฉลี่ยร้อยละ ๔๓.๑^{๖๖} สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน ๙๔,๙๒๘ รูป จาก ๗๗ จังหวัด ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่าพระสงฆ์มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง (ตรวจเลือด ๔,๗๔๔ ราย พบผิดปกติ ๘๓๖ ราย หรือ ร้อยละ ๑๗.๖) มีประวัติเป็นเบาหวานร้อยละ ๕.๒๓ ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๔.๐๑ สูบบุหรี่ร้อยละ ๔๐^{๖๗} (ข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีพระสงฆ์ทั่วประเทศทั้งสิ้น ๒๕๐,๔๓๗ รูป^{๖๘})

๑๐. จากการตรวจสุขภาพพระภิกษุ-สามเณร เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๑,๑๒๒ รูป จาก ๒๘ วัด ในกรุงเทพมหานครโดยกรมการแพทย์ ผลการตรวจสุขภาพพบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ ๑๓.๘ มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคตาร้อยละ ๑๑.๔ โรคภูมิแพ้ร้อยละ ๑๑ โรคกระดูกและข้อ และโรค หู คอ จมูก ร้อยละ ๖.๔ เท่ากัน โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๕.๘ โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ ๔.๓ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๔.๒ เมื่อเจ็บป่วยใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ ๗๙.๒ โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๓๖.๓ ปัญหาที่พบในการมารับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ปัญหาด้านการเดินทางร้อยละ ๒๗.๕ และติดขัดเรื่องข้อปฏิบัติของสงฆ์ร้อยละ ๒๕.๖ และร้อยละ ๔๔.๔ มีการออกกำลังกายนานๆ ครั้ง แต่ร้อยละ ๑๗.๕ ไม่เคยออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ ๘.๗ ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ๓ ครั้งต่อสัปดาห์^{๖๙}

๑๑. จากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสัมภาษณ์พระสงฆ์จำนวน ๒๔๖ รูป ใน ๑๑จังหวัด พบว่าพระสงฆ์สนใจตรวจสุขภาพร้อยละ ๕๒ จำแนกเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ ๒๑ และตรวจสุขภาพเป็นครั้งคราวร้อยละ ๓๑ พระสงฆ์ประมาณครึ่งหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการ เช่น โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง^{๗๐} และจากการศึกษาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ในเขตจังหวัดนครราชสีมาพบว่า พระสงฆ์สูบบุหรี่ร้อยละ ๔๐.๒ เฉลี่ยสูบบุหรี่ ๘ มวนต่อวัน โดยประชาชนถวายบุหรี่ให้พระสงฆ์ร้อยละ ๑๒.๖ ซื้อมเองร้อยละ ๘๙.๖^{๗๑}

๑๒. จากการศึกษาการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินกว่า ๒ ขวดต่อวันและดื่มน้ำสะอาดไม่ถึงวันละ ๖ แก้ว^{๑๓๕} ฉันทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และมีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ^{๑๓๖} นอกจากนี้ยังพบว่ามีความเครียดถึงร้อยละ ๕๔^{๑๓๖,๑๓๗} การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพและมีความค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เช่น ค่ารักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจรักษาโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นจำนวน ๕๖,๔๙๙,๑๙๘ บาท^{๑๓๘} ซึ่งถ้าพระสงฆ์ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและมีการดูแลสุขภาพพระหว่างเจ็บป่วยที่ดีจะลดปัญหาเหล่านี้ลงได้มาก

๑๓. ในการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ยังพบว่าพระสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายยังไม่ได้รับการเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้พระสงฆ์ดำเนินชีวิตไปตามลำพัง เป็นสาเหตุให้พระสงฆ์ขาดการกินยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการทำกายภาพบำบัด ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต แม้กระทั่งพระสงฆ์ที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้วัดก็ขาดการดูแลเช่นกัน สำหรับการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ด้วยกันเองพบว่ามีน้อยมาก ส่วนใหญ่มีเพียงถามทุกข์สุขเท่านั้น และมีค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ ไปโรงพยาบาลหรือไปรักษาที่คลินิก^{๑๓๙}

๑๔. ด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ยังมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีข้อเสนอแนะกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม กิจกรรมการออกกำลังกายที่พระสงฆ์ปฏิบัติอยู่เป็นประจำวัน คือ การเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การเก็บกวาดลานวัด โบสถ์ วิหาร และการตัดหญ้า เก็บกวาดใบไม้ซึ่งเป็นกิจของพระสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน การเดินบิณฑบาตของพระสงฆ์จะใช้เวลาเพียงวันละ ๔๕ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง ในระยะทางประมาณ ๑-๒ กิโลเมตร ยกเว้น พระสงฆ์ในเขตเมืองที่ใช้เวลาประมาณ ๒๐-๔๕ นาที ในระยะทางประมาณ ๑ กิโลเมตร เพราะเป็นการเดินบิณฑบาตในตลาดซึ่งอยู่ใกล้วัด^{๑๔๐}

๑๕. ด้านการป้องกันโรคติดต่อในวัด พระสงฆ์ยังไม่มียุทธศาสตร์การป้องกันโรคที่ชัดเจน กิจกรรมบางอย่างติดขัดในพระธรรมวินัย เช่น การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ หรือการใส่ทรายที่มีฟอส (ทรายอะเบต) ในภาชนะเก็บกักน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สุนัขและแมว ถึงแม้มีองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เข้ามาดำเนินการให้แต่ก็ยังไม่ทั่วถึง ไม่มีการควบคุมสัตว์ปีก สำหรับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พระสงฆ์ยังไม่ได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบันคือทำตามทีี่สื่อต่าง ๆ นำเสนอ^{๑๔๑}

๑๖. จากข้อมูลผลการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับบริษัทซิมริเสโรซ ปี ๒๕๕๒ จำนวนตัวอย่าง ๖๙๐รูป มีพระภิกษุและสามเณร มีอาการเจ็บป่วยร้อยละ ๗๗ และนิยมไปรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐร้อยละ ๕๔ รองลงมาคือซื้อ/หายากิน ร้อยละ ๒๗ และไปสถานพยาบาลของเอกชน ร้อยละ ๑๗ ในขณะที่ร้อยละ ๒.๔ ไม่ได้รักษา ทั้งนี้ร้อยละ ๒๙ เสียค่ารักษาพยาบาลเอง และร้อยละ ๓๑

ไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สาเหตุเนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ ๒๖ ใช้เวลานานในการรอ หรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีร้อยละ ๒๑ และไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ซึ่งมีร้อยละ ๑๖^{๓๓}

๑๗. จากการศึกษากระบวนการวัดส่งเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๙ จากวัดจำนวน ๕ แห่งในจังหวัดราชบุรี เชียงใหม่ ตรัง ชัยนาท และนครราชสีมา โดยนำเอาเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพเข้าไปพัฒนาและปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในครอบคลุมทั้ง ๕ ด้าน อันได้แก่ สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต และชาวประชาร่วมพัฒนา พบว่า ภายใต้แรงศรัทธาและความร่วมมือที่ชุมชนและบุคลากรขององค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีต่อเจ้าอาวาสวัดที่เป็นแบบอย่างที่ดี มีวินัย เสียสละ เป็นผู้มีอัธยาศัยดี เป็นกันเองกับชาวบ้าน สามารถดึงภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาวัดและกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การอบรมปฏิบัติธรรมของเยาวชน การพัฒนาโรงครัววัดให้ได้มาตรฐานเป็นต้น ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการวัดและชุมชน^{๓๔}

๑๘. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ดำเนินโครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยให้ความรู้พระสงฆ์แกนนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศ จำนวน ๔,๑๑๒ รูป โดยได้รับความร่วมมือ ร่วมใจ จากพระผู้นำฝ่ายบรรพชิต กรรมการวัด ผู้สูงอายุ และประชาชนรอบวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้วัดเอื้อโอกาสต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์แกนนำ นำความรู้ไปดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ ๙๐.๖ พระสงฆ์ได้ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ร้อยละ ๗๐.๐ และวัดส่งเสริมสุขภาพมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๘๗.๕

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๑๙. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ หมวด ๑ มาตรา ๕ กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และตามมาตรา ๖ กำหนดให้บุคคลที่ประสงค์จะใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ยื่นคำขอลงทะเบียนต่อสำนักงานหรือหน่วยงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และเลือกหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการประจำของตน^{๓๕} ซึ่งในคุณสมบัติของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายรวมถึงพระสงฆ์ด้วย หากไม่ได้เป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม หรือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

๒๐. สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีบริการการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การบริการสุขภาพที่บ้านเป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นการรักษาที่ต่อเนื่อง สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยเฉพาะผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ คำนึงถึงสังคมและวัฒนธรรมที่บ้านและชุมชนโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพ สร้างทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนจะร่วมเยี่ยม ติดตาม

และดูแลผู้ป่วยด้วย แต่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรังนอนป่วยในกุฏิโดยไม่ได้รับการดูแลผ่านระบบนี้ และไม่มีญาติ/อาสาสมัครมาช่วยดูแลและฟื้นฟูสภาพ

๒๑. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามความร่วมมือกับสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๗ โดยมีมติมหาเถรสมาคม มติที่๑๐๓/๒๕๔๗ สนับสนุนให้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นเกณฑ์ ในการคัดเลือกวัดพัฒนาตัวอย่าง และกรมอนามัยได้ดำเนินการสนับสนุนให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพขึ้นในทุกภูมิภาค ในมติที่๒๔๓/๒๕๕๒ เรื่องการรายงานผลโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้มีการสนับสนุนโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพโดยสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยนำเสนอในการประชุมเจ้าคณะภาค เจ้าคณะจังหวัด เพื่อให้วัดที่มีความพร้อมร่วมสนับสนุนการดำเนินการให้ครอบคลุมทุกตำบล ซึ่งมุ่งเน้นให้วัดมีการปรับปรุงด้านสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของพระสงฆ์ และฆราวาส วัดเป็นที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพกายและใจของคนในชุมชน ปลอดภัยโรคติดต่อ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯ โดยดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนในชุมชนนั้น ๆ ในปัจจุบันมีวัดทั่วประเทศจำนวน ๓๗,๓๓๑ แห่ง เป็นวัดพัฒนาตัวอย่างจำนวน ๑,๘๒๑ แห่ง และวัดส่งเสริมสุขภาพเพียง ๒,๙๑๔ แห่ง (ข้อมูล พ.ศ.๒๕๕๔)

ปัญหา ข้อจำกัด และทางออกของการจัดการปัญหา

๒๒. ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง ประกอบกับพระธรรมวินัยที่เคร่งครัด ขาดการดูแลทั้งในด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ หลังการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงญาติ เป็นผลทำให้เป็นภาระที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนในปัจจุบัน

๒๓. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่เอื้อเพื่อต่อพระธรรมวินัยของพระสงฆ์และเหมาะสมกับสถานการณ์ การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพยังเป็นการแยกส่วนกันดำเนินการ ส่งผลให้

๒๓.๑ ขาดการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ เพื่อให้มีพระภิกษุสงฆ์เป็นพระแกนนำในการพัฒนาวัด เป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ในวัด พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และเทศน์สอนประชาชนในชุมชนได้

๒๓.๒ การรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนถวายอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ที่จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด เป็นต้น ยังเป็นเรื่องยากลำบากที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ

๒๓.๓ ขาดการส่งเสริมสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาทุกระดับ จัดหลักสูตรการเรียนการสอน การศึกษาวิจัย และการสร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

๒๓.๔ ขาดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ รวมทั้งขาดการบูรณาการการดำเนินงานทั้งภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของพระสงฆ์ในพื้นที่ เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของชุมชน

๒๔. ดังนั้นเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งสังคมประกอบกับพระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในสังคม การลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายจะทำให้เป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ ตามแนวทางการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ โดยมีการดำเนินการในทุกระดับอย่างบูรณาการ และครบวงจร (บ้าน-วัด-โรงเรียน-สถานบริการสาธารณสุข-องค์กรปกครองท้องถิ่น : บวร สอ.)^{๖๖} โดยพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสุขภาพพระสงฆ์โดยชุมชนอย่างมีส่วนร่วม เสริมสร้างความเข้มแข็งของพระสงฆ์ ชุมชน ให้มีศักยภาพในการสร้างสุขภาวะที่ดี มีการพัฒนาวัด และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคที่อาจแพร่ระบาดได้ อีกทั้งต้องมีกลไกและระบบเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่ายและสะดวก มีแนวทงนโยบายมารองรับ เพื่อให้การพัฒนาดำเนินไปในทิศทางเดียวกันและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๓



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม๑๒๔/ตอนที่ ๑๖๖/หน้า๑/๑๙ มีนาคม ๒๕๕๐.
2. ครูพระคอตเน็ต, ความสำคัญของพระพุทธศาสนาต่อสังคมไทย, มิถุนายน ๒๕๕๑, สืบค้นเมื่อวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๒, จาก < <http://www.kroophra.net/index.php>>
3. ทินพันธุ์ นาคะตะ, พระพุทธศาสนากับสังคมไทย, พิมพ์ครั้งที่ ๒, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, ๒๕๔๓: ๔-๖.
4. วินัส จันมา, การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ นโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องประเด็นสุขภาพของพระสงฆ์ ๒๕๕๔.
5. วัดพระพุทธบาทราชวรมหาวิหาร, โครงการวัด ๕ ส., (เอกสารอัดสำเนา): ๒๕๕๕.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี,โครงการวัดร่มรื่น พระสุขภาพดี ด้วยวิถีชุมชน, (เอกสารอัดสำเนา): ๒๕๕๕.
7. วิสุทธิ บุญญโตเกิด,นิรชา อัครวิภากุล, นโยบายสาธารณะ : เครื่องมือขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน, เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชน ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๕๕, นนทบุรี : สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน.
8. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ข้อมูลพื้นฐาน, สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๙, จาก <http://www.onab.go.th>.
9. มูลนิธิ ๕๐ พรรษามหาชิราลงกรณ์, รายงานผลการดำเนินงาน โครงการวิเคราะห์ข้อมูล การคัดกรองสุขภาพพระภิกษุ สามเณรในภาพรวม ๗๗ จังหวัด ทั่วประเทศ, โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณร ในพระบรมราชูปถัมภ์ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติการอาพาธของพระสงฆ์ที่มารับการตรวจรักษา พ.ศ.๒๕๔๙, โรงพยาบาลสงฆ์, งานเวชระเบียนและสถิติ.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อทำนุบำรุงพระพุทธศาสนา เอกสารงานวิจัย,มิถุนายน ๒๕๕๕
12. นุสรณ์ คุณนะวนิชพงษ์ และคณะ, สถานการณ์การสูบบุหรี่ของภิกษุ สามเณร แม่ชี และศิษย์วัดในจังหวัดนครราชสีมา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
13. สุพันธ์ สุวรรณศรี, ทรงคุณ จันทจร และพระสุทธิสารโสภณ, การสร้างความสงบสุขในสังคม. : ๒๕๕๒ : ๗๕-๘๙.
14. เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ, การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ในประเทศไทย, รายงานการวิจัย, กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่: ๒๕๔๖ : ๑-๕.
15. อัญชลี ประคำทอง และอรพรรณ สุนทวง, การประเมินผลโครงการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ ๗ วันที่ ๕-๗ กันยายน ๒๕๔๔ : ๕๘-๖๕.
16. เดชา บัวเทศ จีวรรณ, ขงจิ้งหริด และธัญญา หอมจันทร์, สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี, ๒๕๕๔.
17. อุทัย สุตสุข, สาธารณสุขในพระไตรปิฎก:บูรณาการสู่สุขภาพดี ชีวิตมีสุข, ๒๕๔๔ : ๓๐๙-๓๑๒.
18. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์, ผลการดำเนินการโครงการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์-สามเณรให้ยั่งยืนแบบองค์รวม เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสงานฉลองสิริราชสมบัติ ครบ ๖๐ปี (ระยะที่ ๑ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ -มิถุนายน ๒๕๔๙)
19. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การสนับสนุนให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข,เอกสารวิชาการ, มีนาคม ๒๕๕๔.
20. ผกามาศ กมลพรวิจิตร และ มนู วาทีสุนทร, กระบวนการวัดส่งเสริมสุขภาพ, เอกสารการวิจัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย: ๒๕๔๙.
21. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔: ๒๕๕๔.



สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๔

การปฏิรูปการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ

ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย

นิยาม

๑. บุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่ได้ผ่านการเรียนการสอนในหลักสูตรปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ในระดับปริญญาและที่ไม่ใช่ปริญญา

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๒. เมื่อประมาณ ๑๐๐ ปีก่อน มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาบุคลากรสุขภาพ ที่สำคัญสามฉบับ ได้แก่การศึกษาของ Flexnor, Welch-Rose และ Goldmark ซึ่งนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญของการศึกษาบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเปลี่ยนแปลงจากการเรียนการสอน ที่อยู่บนฐานของประสบการณ์ สู่อการเรียนการสอนบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ การทดลองวิจัย อันเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการก่อตั้ง สถาบันการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพแผนปัจจุบันที่กระจายไปทั่วโลก* รวมถึงประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ได้ก่อคุณูปการต่อระบบการศึกษา ระบบการวิจัย ระบบสุขภาพ และสังคมโดยรวมอย่างมาก ทั้งด้านการเพิ่มคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ดังปรากฏจากอัตราการเสียชีวิตของมนุษย์จากโรคติดต่อลดลง อายุคาดเฉลี่ยของมนุษย์ยืนยาวขึ้น การควบคุมและกำจัดโรคภัยของมนุษย์และสัตว์ทำได้ดีขึ้นเป็นอย่างมาก

๓. อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าของวงการวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีส่วนที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในสังคม ซึ่งเป็นข้อท้าทายและต้องการความรู้เท่าทันในการจัดการ เช่น การใช้เทคโนโลยีราคาแพงที่ต้องคำนึงถึงความคุ้มทุนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล** การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล โดยต้องไม่ละเลยการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่กระทบต่อสุขภาพ* การสร้างความสมดุลระหว่างธุรกิจยาและบริการสุขภาพเชิงพาณิชย์ กับความเป็นธรรมและคำนึงถึงประโยชน์ของประชากรส่วนใหญ่*

๔. ในศตวรรษที่ ๒๑ ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และระบาดวิทยา เช่น การเกิดขึ้นของโรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำซึ่งส่วนมากเกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคในสัตว์* ความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ* เช่น เบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุและภัยพิบัติทางธรรมชาติ สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคม* เช่น การเกิดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระบบการบริหารจัดการของหน่วยบริการสุขภาพ การเกิดขึ้นของยาและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีราคาสูงมาก การก่อตั้งประชาคมอาเซียนภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ รวมทั้งนโยบายการเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาค ทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องความเพียงพอ การกระจายและความเป็นธรรม รวมทั้งประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร

สุขภาพ ดังจะเห็นได้ว่าการขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาล ในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในช่วงห้าปีที่ผ่านมา มีการใช้จ่ายยาและเทคโนโลยีราคาแพงอย่างไม่เหมาะสม จนเกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบสุขภาพอย่างมาก เกิดช่องว่างระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน ที่นำไปสู่ความขัดแย้งและการฟ้องร้องต่าง ๆ ซึ่งการเรียนการสอนวิชาชีพสุขภาพในปัจจุบันต้องการการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ให้เท่าทันกับพลวัตดังกล่าว^{๖๖} เพื่อที่จะสามารถผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ที่เหมาะสม มีปริมาณเพียงพอ มีการกระจายอย่างทั่วถึง มีจิตสาธารณะและหัวใจของความเป็นมนุษย์ และมีคุณภาพที่พึงประสงค์ สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นสุขภาพของประเทศได้ นอกจากนี้ยังต้องรวมถึงการมีความสามารถในการทำงานเป็นทีมในระบบสุขภาพ เข้าใจระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และธรรมชาติ เข้าใจทุกขสัจของสังคม และมีศักยภาพในการเรียนรู้ต่อเนื่องได้ตลอดชีวิต^{๖๗}

๕. การจัดการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ จึงต้องการการปรับตัวปรับเปลี่ยนทั้งรูปแบบ วิธีการและเนื้อหาสาระในการศึกษา รวมถึงสร้างกลไกทบทวนตรวจสอบให้สอดคล้องกับความจำเป็นสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน ให้มีการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับชีวิตและประสบการณ์จริง ของระบบบริการสุขภาพ โดยที่ไม่ทำให้ความรู้ทางเทคนิควิชาการบกพร่อง นอกจากนี้การทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพ (Inter-professional collaboration) ที่มีประสิทธิภาพ^{๖๘} จะช่วยลดความผิดพลาดทางการแพทย์และส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๖. ในปัจจุบันองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษามูลนิธิด้านสุขภาพในประเทศไทย เช่น สมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามพัฒนากลไก และมาตรการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ปรับระบบการเรียนการสอนให้มีความหลากหลายมากขึ้น มีการพัฒนาระบบตรวจสอบคุณภาพการศึกษาม่าเสมอ ดังเช่น การกำหนดให้มีการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ทุก ๗ ปี การประชุมพยาบาลศาสตร์ศึกษาทุก ๔ ปี มีการตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาโดยองค์กรต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ในการจัดหลักสูตรการศึกษาในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทยศาสตร์ศึกษา พยาบาลศาสตร์ศึกษา เกษตรศาสตร์ศึกษา ได้ระบุไว้ในหลักสูตรว่านักศึกษาต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอ มีทักษะในการทำงานเป็นทีมสุขภาพ และต้องเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์^{๖๙-๗๑}

๗. เริ่มมีตัวอย่างการริเริ่มจัดระบบการศึกษาแบบใหม่ ที่ให้นักศึกษาได้รู้จักเรียนรู้และทำงาน ร่วมกับชุมชน เข้าใจธรรมชาติและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยไม่ได้เบียดบังหรือทำให้การเรียนการสอนวิชาการทางเทคนิคต้องบกพร่องไป เช่น การจัดการศึกษาชุมชนสำหรับนักศึกษา แพทย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การจัดระบบการคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยคัดเลือกนักเรียนที่มีความประพฤติดี มีความรู้ความสามารถ ที่ประชาชน สถานพยาบาล และภาคการศึกษามีส่วนร่วมในการคัดเลือก การพัฒนาหลักสูตรที่เชื่อมโยงกับการใช้บุคลากร, การจัดวิธีการศึกษาให้นักศึกษาได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาร่วมกับการดูแลชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ซึ่งทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้ครบทั้งระบบผ่านประสบการณ์จริง ทั้งความรู้ทางเทคนิคควบคู่ไปกับเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน

๘. ในระดับประเทศ กำลังมีกระบวนการศึกษาทางวิชาการเพื่อสนับสนุนเรื่องการปฏิรูปการศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพ ในระดับภูมิภาคก็ได้มีการริเริ่มวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การศึกษาด้านสุขภาพของไทยร่วมกันอีก ๔ ประเทศ ได้แก่ จีน บังคลาเทศ เวียดนาม และอินเดีย รวมถึงในระดับโลกก็มีการจัดทำรายงาน The Commission on Education of Health Professionals for the 21st Century^{๖๖} เพื่อศึกษาเรื่องการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในการจัดระบบการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และในระดับโลก ซึ่งประเทศไทยสามารถเรียนรู้จากกระบวนการเคลื่อนไหวดังกล่าวได้ ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น

ข้อจำกัดการปฏิรูประบบการศึกษาด้านสุขภาพและการแก้ไขปัญหา

๘. การพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรและการรับรองคุณภาพมาตรฐานการศึกษา โดยมากยังเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้ ทักษะทางวิชาการ โดยความเชื่อมโยงกับพลวัตระบบสุขภาพและสถานการณ์ของประเทศยังไม่ชัดเจน การศึกษาจึงไม่ควรมุ่งเน้นเรื่องเทคนิควิชาการเท่านั้น แต่ต้องทำให้บุคลากรมีความเข้าใจระบบสุขภาพและสถานการณ์ของประเทศมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ และภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมอย่างเข้มข้น” นอกจากนั้นการพัฒนาคุณภาพบุคลากรสุขภาพท่ามกลางการหลั่งไหลของข้อมูลข่าวสารในยุคโลกาภิวัตน์ ไม่ได้หมายถึงการมีความจำเป็นต้องสอนให้บุคลากรมีความรู้วิชาการในทุกเรื่อง แต่ต้องหมายถึงการมีความรู้ทักษะวิชาการที่จำเป็น และสามารถพัฒนาต่อยอดความรู้ ทักษะ ความสามารถ ผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเองต่อไปในอนาคตได้^{๖๗}

๑๐. ปัญหาเรื่องการปฏิรูปการศึกษาด้านสุขภาพ เป็นปัญหาที่หลายฝ่ายให้ความสำคัญ แต่มุมมอง และวิธีแก้ปัญหายังอยู่ในกรอบของสาขาหรือวิชาชีพของตน แม้มีความพยายามขยายขอบเขตของการแก้ปัญหาออกไป แต่ด้วยเงื่อนไขที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกับระบบอื่น ๆ นอกเหนือระบบการศึกษา เช่น ระบบการบริการสุขภาพ ทำให้การปฏิรูปที่ทำในวงจำกัด นำไปสู่การตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ ของชุมชนและสังคมได้ยาก การดำเนินการปฏิรูปจึงต้องการกลไกที่ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหา และศึกษาหาทางออกร่วมกัน ซึ่งต้องไม่จำกัดในวิชาชีพหรือสาขาใดสาขาหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกสาขา รับฟังความคิดเห็นของทุกภาคส่วน รวมถึงมีกลไกที่ไม่ให้ภาระในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพเท่านั้น ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีการจัดตั้งและเป็นที่ยอมรับของทุกภาคส่วน ซึ่ง เชื่อมโยงภาคการศึกษาและภาคการบริการ ที่เชื่อมโยงภาครัฐและเอกชน เชื่อมโยงผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ว่าจะต้องปฏิรูปการศึกษาด้านสุขภาพอย่างไร เพื่อใคร ด้วยเนื้อหาการจัดการหลักสูตรแบบใด เพื่อนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและสังคม

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๔

เอกสารอ้างอิง

๑. Duffy TP. The Flexner Report--100 years later. *Yale J Biol Med.* 2011 Sep;84(3):269-76.
๒. Hanvoravongchai P. Health system and equity perspectives in health technology assessment. *J Med Assoc Thai.* 2008 Jun;91 Suppl 2 : S74-87.
๓. Rutten FF, Bonsel GJ. High cost technology in health care : a benefit or a burden? *Soc Sci Med.* 1992 Aug;35(4):567-77.
๔. Breslow L. From disease prevention to health promotion. *JAMA : the journal of the American Medical Association.* 1999;281(11):1030-3.
๕. Moynihan R, Cassels A. *Selling sickness : how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients* : Nation Books; 2005.
๖. Heymann DL, Rodler GnlR. Hot spots in a wired world : WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases. *The Lancet Infectious Diseases.* 2001;1(5):345-53.
๗. Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease : the neglected chronic diseases of adults. *The Lancet.* 2003;362(9387):903-8.
๘. Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy.* 1994;27(1):19-34.
๙. Wasi P. Research in health manpower development. *Human Resources Development Journal.* 1997;1(1).
๑๐. Bellanca JA, Brandt RS, Barel J, Darling-Hammond L, Dede C, DuFour R, et al. *21st century skills : Rethinking how students learn* : Solution Tree Press; 2010.
๑๑. โกมาตร วจิณีเกียรติพรพทย์. แพทยศาสตร์ศึกษากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; [สืบค้นเมื่อ ๑๕ สิงหาคม ๒๐๑๒]; สืบค้นจาก : http://www.med.cmu.ac.th/HOME/file/extra/uhosnet/no-29/500719/Humanized%20Health%20Medicine%20Care/Medical%20Education%20and%20Humanized%20Health%20Care_komat.pdf.
๑๒. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In : Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses* : Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
๑๓. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕. [สืบค้นเมื่อ ๑๑ สิงหาคม ๒๐๑๒]; สืบค้นจาก : <http://www.pcm.ac.th/druweb/sites/default/files/uploads/1/mcacnl2012.pdf>.
๑๔. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาแพทยศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๒) : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ๒๕๕๒.
๑๕. สภาเภสัชกรรม. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ด้านการรับใบลทางเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๔. [สืบค้นเมื่อ ๑๕ สิงหาคม ๒๐๑๒]; สืบค้นจาก : <http://competencyrx.com/images/pdf/RxStdPharmcare.pdf>
๑๖. Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Education of health professionals for the 21st century : a global independent Commission. *The Lancet.* 2010;375(9721):1137-8.

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๕

การปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA)

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. ระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ของประเทศไทยได้พัฒนาและดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๑๘ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือและกลไกที่สำคัญในการพิจารณาเห็นชอบของหน่วยงานภาครัฐต่อการอนุมัติโครงการพัฒนาที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและต่อเนื่องถึงสุขภาพของประชาชนซึ่งโครงการจะต้องมีการจัดทำรายงาน EIA ที่ประกอบด้วยการคาดการณ์และประเมินผลกระทบ รวมถึงการหามาตรการป้องกัน/จัดการ/ลดและตรวจสอบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ผ่านมา ระบบและโครงสร้างของการจัดทำรายงาน EIA มีปัญหาในหลายด้านจนส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในสังคมตามมามากมาย เนื่องจากไม่ได้มีการปรับปรุงพัฒนาระบบและโครงสร้างให้มีความสอดคล้องและเท่าทันกับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อมทางการเมือง ดังหลาย ๆ กรณีที่รายงาน EIA ที่ผ่านความเห็นชอบจากภาครัฐไม่ได้รับความเชื่อถือและยอมรับจากภาคประชาชน (โดยเฉพาะชุมชนที่อยู่ในพื้นที่โครงการ) ในขณะที่เจ้าของโครงการบางส่วนมีทัศนคติต่อรายงานในแง่อุปสรรคต่อการขออนุมัติโครงการ จึงไม่เกิดการนำมามาตรการและข้อเสนอแนะต่อการลดผลกระทบจากโครงการที่อยู่ในรายงานมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ประกอบการและชุมชนอย่างแท้จริง อีกทั้งรายงานในระยะแรก ๆ ให้ความสำคัญต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชนที่น้อยอยู่มาก โดยมีตัวอย่างกรณีความขัดแย้งในอดีต เช่น โรงไฟฟ้าแม่เมาะ นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ฯลฯ จึงได้เกิดความพยายามในการปรับปรุงระบบ EIA เรื่อยมา

๒. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้บัญญัติและให้ความสำคัญต่อการศึกษา และการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนต่อการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านสภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ทำให้ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จึงได้มีการผนวกการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) เข้ามารวมในรายงาน EIA เดิม ตามเงื่อนไขของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ จนเกิดเป็นรายงาน EIA (กรณีโครงการพัฒนาระดับปกติ) และ EHIA (Environmental & Health Impact Assessment : EHIA) (กรณีโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อชุมชน) ปัจจุบันมีโครงการหรือกิจการที่ต้องทำรายงาน EIA รวม ๓๕ ประเภท^๑ ในขณะที่โครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อชุมชนที่ต้องจัดทำ EHIA รวม ๑๑ ประเภท^๒ อย่างไรก็ตาม แม้ระบบ EIA/EHIA จะได้รับการปรับปรุงแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาความขัดแย้งทางสังคมที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ สะท้อนให้เห็นถึงรากของปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริงจนทำให้เกิดข้อจำกัดต่อการทำหน้าที่เป็นเครื่องมือและกลไกที่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และปัญหาดังกล่าวได้อีกต่อไป



๓. ปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบของการดำเนินงาน EIA/EHIA^๕ แบ่งออกเป็นปัญหาเชิงหลักการและระบบ ปัญหาการจัดทำรายงาน ปัญหาการพิจารณารายงานและปัญหาการติดตามตรวจสอบและประเมินผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๓.๑ ปัญหาเชิงหลักการและระบบ ได้แก่

๓.๑.๑ EIA/EHIA เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบเฉพาะระดับโครงการเท่านั้น อีกทั้งยังขาดการศึกษาในประเด็นขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) ของพื้นที่ทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและสุขภาพ) จึงเป็นข้อจำกัดทำให้ EIA/EHIA เป็นเพียงมาตรการเชิงรับและไม่มีประสิทธิภาพสำหรับการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมเท่าที่ควร ส่งผลให้เกิดผลกระทบและความขัดแย้งต่อชุมชนบริเวณรอบโครงการ/กิจการนั้น ๆ เช่น กรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด^๖ จากปัญหาล้อยมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและพื้นที่ใกล้เคียง จนเกิดกระแสการเรียกร้องของภาคประชาชนต่อการหาแนวทางแก้ไขและเยียวยาผลกระทบที่เกิดขึ้นแนวทางแก้ไขจึงควรมีการยกระดับรายงาน EIA ให้ครอบคลุมการพัฒนาในระดับนโยบายหรือระดับพื้นที่ เพื่อเอื้อต่อการวางแผนนโยบายและพัฒนาพื้นที่ระดับต่าง ๆ อย่างยั่งยืน อนึ่ง แม้ว่าในปัจจุบันได้มีมติจากคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (เมื่อ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒) กำหนดให้มีการทำการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment : SEA)^๗ แต่ยังคงขาดความเชื่อมโยงระหว่างการทำ SEA กับ EIA/EHIA

๓.๑.๒ การศึกษาความเหมาะสมและคุ้มประโยชน์ (Feasibility Study) ของโครงการ/กิจการ พบปัญหาใน ๒ ลักษณะ คือ

- (๑) การแยกส่วนการศึกษาจากรายงาน EIA/EHIA ทำให้ EIA/EHIA ไม่สามารถมีบทบาทในการพิจารณาตัดสินใจเปลี่ยนแปลงหรือยับยั้งโครงการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการจัดทำและคัดเลือกพื้นที่โครงการ รวมถึงปิดกั้นการแสวงหาทางเลือกอื่นที่มีความคุ้มค่ากว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการพัฒนาขนาดใหญ่
- (๒) การไม่รวมต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง อย่างต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมและต้นทุนทางสังคม ทำให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นบิดเบือนและสร้างปัญหาอย่างต่อเนื่อง

๓.๑.๓ แม้กระบวนการจัดทำ EIA/EHIA จะมีกระบวนการมีส่วนร่วมและรับฟังความคิดเห็นภาคประชาชน (Public Hearing) มากขึ้น แต่ในการดำเนินงานจริงยังขาดการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย กลายเป็นรูปแบบพิธีกรรมที่จัดเพื่อให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านความโปร่งใสของการดำเนินการ ความไว้วางใจและเชื่อถือจากภาคประชาชน ตัวอย่างกรณีปัญหาในอดีต เช่น กรณีโครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โรงไฟฟ้าหินกรูด-บ่อนอก)^๘ ที่มีการเคลื่อนไหวคัดค้านของชุมชนในพื้นที่อย่างเข้มข้น จนเกิดการปะทะระหว่างกลุ่มชุมชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างรุนแรง โดยมีสาเหตุเริ่มต้นจากการที่หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนผู้ดำเนินโครงการ ขาดการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงทางวิชาการ (ที่ถูกต้อง) ของโครงการ และไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนทุกระดับในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้และแสดงความคิดเห็นในระดับที่เพียงพอและมีความหมาย

๓.๑.๔ ประเด็นทางด้านกฎหมาย พิจารณาได้เป็นเรื่อง

- (๑) ความสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องของระบบ EIA/EHIA กับกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ

ดำเนินโครงการ เช่น กฎหมายผังเมือง กฎหมายด้านอุตสาหกรรม พระราชบัญญัติการนิคม กฎหมายด้านการก่อสร้างอาคาร กฎหมายที่รองรับมาตรการลดผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นต้น พบว่าบางกรณีในขณะที่รายงาน EIA/EHIA ยังไม่ผ่านความเห็นชอบตามขั้นตอนของกฎหมาย แต่มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมตามขั้นตอนของกฎหมายอื่น ๆ ไปล่วงหน้า และกลายเป็นแรงกดดันต่อการพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อรายงาน EIA/EHIA

- (๒) ความล้าสมัยของเนื้อหา บทบัญญัติ การจับปรับและบทลงโทษของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- (๓) ยังไม่มีกฎหมายที่ให้อำนาจในการพิจารณายับยั้งหรือระงับโครงการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบพิจารณาโครงการ เช่น คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม (กก.วล.) และคณะกรรมการผู้ชำนาญการ (คชก.)

๓.๒ ปัญหาเชิงการจัดทำรายงาน ได้แก่

๓.๒.๑ ปัญหาแห่งความสัมพันธ์ของเจ้าของโครงการกับผู้จัดทำรายงาน/บริษัทที่ปรึกษาซึ่งอยู่ในความสัมพันธ์แบบผู้ว่าจ้างกับผู้รับจ้าง ซึ่งอาจเกิดปัญหาในลักษณะที่ผู้รับจ้าง (ผู้จัดทำรายงาน/บริษัทที่ปรึกษาที่ได้รับอนุญาตจาก สผ.) จะทำรายงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ว่าจ้าง (เจ้าของโครงการ) มุ่งเน้นทำให้รายงาน EIA/EHIA ผ่านความเห็นชอบ ซึ่งทำให้ขาดความเป็นอิสระในการทำงานและคุณภาพของเนื้องานโน้มเอียงไปและอาจไม่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

๓.๒.๒ อายุของรายงาน EIA/EHIA เนื่องจากในปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดอายุของรายงานที่ได้ทำการศึกษาไว้แล้ว ทำให้โครงการที่ผ่านความเห็นชอบรายงานหากไม่เริ่มดำเนินการภายในช่วงระยะเวลาอันใกล้ อาจส่งผลให้สภาวะการณ์รอบข้างหรือผลกระทบต่าง ๆ ไม่ตรงกับผลการศึกษาที่ได้ ซึ่งอาจสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม สังคมและสุขภาพมากขึ้น จึงควรมีแนวทางในการกำหนดอายุการใช้งาน EIA/EHIA ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คชก.แล้ว

๓.๒.๓ ปัญหาเรื่องการกำหนดประเภทโครงการโดยใช้ระบบบัญชีรายการ แม้ในปัจจุบันการกำหนดประเภท ขนาดและพื้นที่โครงการที่ต้องมีการทำ EIA และ EHIA ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เมื่อวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๕ และ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๓ ตามลำดับแล้วก็ตาม พบว่าอาจไม่ครอบคลุมทุกประเภทโครงการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง และมีช่องโหว่ให้เจ้าของโครงการสามารถหลีกเลี่ยงการทำรายงาน EIA/EHIA ได้โดยการลดกำลังผลิต ลดขนาดพื้นที่หรือโครงการให้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ต้องจัดทำรายงาน การเปลี่ยนแปลงประเภทโครงการให้เข้าข่ายไม่ต้องขออนุญาตตัวอย่างเช่น การลดจำนวนห้องของโครงการที่พักอาศัย การลดขนาดกำลังผลิตของโรงไฟฟ้า เป็นต้น

๓.๒.๔ ปัญหาเรื่องความไม่สะท้อนการคาดการณ์ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพตามความเป็นจริงของรายงาน EIA/EHIA ต่อกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงขาดการวิเคราะห์เชื่อมโยงระหว่างผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมกับผลกระทบด้านสุขภาพ ความไม่ชัดเจนของมาตรการลดผลกระทบทางสุขภาพและขาดผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบสำหรับวิเคราะห์และติดตามประเด็นสุขภาพ

๓.๓ ปัญหาเชิงการพิจารณารายงาน ได้แก่

๓.๓.๑ ปัญหาในด้านการเข้าถึงเอกสารรายงาน EIA/EHIA ของภาคประชาชน ส่งผลต่อความเชื่อถือ ความไว้วางใจต่อกระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐและผู้มีสิทธิจัดทำรายงาน และใน



บางกรณีอาจทำให้รายงานขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากภาคประชาชนขาดโอกาสในการเพิ่มเติมข้อมูลสำคัญในพื้นที่และการเสนอความคิดเห็น

๓.๓.๒ การสื่อสารผลการศึกษาและรายงานต่อเวทีการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ด้วยรูปแบบรายงานเองทำให้ตัวรายงานมีเนื้อหาที่ค่อนข้างมาก และเป็นการศึกษาแบบแยกส่วนในแต่ละประเด็น ทำให้มองความเชื่อมโยงในแต่ละเรื่องได้ยาก การใช้ศัพท์เทคนิคค่อนข้างมาก เป็นต้น ซึ่งหากนำผลการศึกษาสื่อสารสู่วงรับฟังความคิดเห็นของภาคประชาชนจะยิ่งเกิดความยุ่งยาก ซับซ้อนต่อความเข้าใจของภาคประชาสังคมได้

๓.๓.๓ ไม่มีเงื่อนไขข้อกำหนดเกี่ยวกับระยะเวลาในการปรับปรุงแก้ไขรายงาน EIA/EHIA ภายหลังจากที่ผ่านกระบวนการพิจารณาจาก คชก. (ในช่วงระยะเวลา ๔๕ วัน) แล้ว ทำให้หากใช้เวลาในการแก้ไขยาวนาน สถานการณ์หรือข้อมูลบางส่วนในพื้นที่โครงการอาจเปลี่ยนแปลงไปมากและไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการวิเคราะห์ผลกระทบในรายงานอีกต่อไป

๓.๓.๔ โครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (กก.วล.) ต่อการเสนอความเห็นต่อรายงาน EIA/EHIA สำหรับโครงการของรัฐที่ต้องผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีองค์ประกอบตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ (มาตรา ๑๓ - ๒๑)^๖ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิด้านสิ่งแวดล้อมเป็นกรรมการที่คัดเลือกโดยรัฐมนตรี ทำให้อาจขาดความเป็นอิสระในการตัดสินใจ รวมทั้งปัญหาเรื่องความขัดแย้งเชิงอำนาจหน้าที่ต่อการพิจารณารายงาน EIA/EHIA เนื่องจากในหลายกรณีหน่วยงานภาครัฐเองก็มีสถานะเป็นเจ้าของโครงการ

๓.๓.๕ ปัญหา/อุปสรรคของคณะกรรมการชำนาญการ (คชก.) ต่อกระบวนการพิจารณาเห็นชอบโครงการ แบ่งเป็น

- (๑) ด้านองค์ประกอบของคณะทำงาน โดยในปี ๒๕๕๔ มีคชก.ได้รับการแต่งตั้งจากประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติจำนวน ๑๐ คณะ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งประกอบด้วยประธาน เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA ผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน ๙ ท่าน แต่พบว่ายังขาดองค์ประกอบจากภาคส่วนประชาสังคม/ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ
- (๒) ด้านกระบวนการทำงาน เช่น การขาดผู้แทน/การสนับสนุนด้านข้อมูลในระดับจากพื้นที่เพื่อประกอบการพิจารณาโครงการ การไม่สามารถเข้าไปพิจารณาสภาพพื้นที่โครงการเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและเวลา เป็นต้น

๓.๓.๖ ปัญหาโครงสร้างของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ต่อการดำเนินงานพิจารณารายงาน EIA/EHIA พบว่า สผ.เป็นหน่วยโครงสร้างหลักทำหน้าที่ขับเคลื่อนระบบ EIA/EHIA ตั้งแต่กระบวนการพิจารณารายงาน กลั่นกรอง/ตรวจสอบ/เสนอความเห็นต่อ คชก.ในแต่ละคณะ จนถึงพัฒนาเทคนิค/กระบวนการของระบบ EIA/EHIA โดยภาระงานที่ล้นมือ ทำให้เกิดปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น การขาดแคลนนักวิชาการที่มีความชำนาญที่เพียงพอต่อจำนวนโครงการที่พิจารณาในแต่ละปี การทำงานแบบรายโครงการ (Project-based) ทำให้ขาด

การมองภาพรวม หรือผลจากการอนุมัติโครงการในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสามารถในการประเมินสถานการณ์ระดับพื้นที่

๓.๔ ปัญหาเชิงการติดตามตรวจสอบและประเมินผล ได้แก่

๓.๔.๑ หน่วยงานอนุมัติ/อนุญาตสามารถติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการลดผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่กำหนดไว้ในรายงาน EIA/EHIA และที่ระบุไว้เป็นเงื่อนไขท้ายใบอนุญาต เฉพาะที่อยู่ในอำนาจตามกฎหมายของหน่วยงานอนุมัติ/อนุญาตหรืออยู่ในขอบเขตพื้นที่โครงการเท่านั้น ทำให้ขาดการประสานติดตามตรวจสอบร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

๓.๔.๒ ปัญหาการขาดการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ที่ระบุไว้ในรายงาน EIA/EHIA ทำให้โครงการจำนวนมากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่วางไว้อย่างเคร่งครัด แม้ว่าทาง สผ.จะมีการจัดตั้งทีมติดตามภายใน แต่ก็ประสบปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรต่อจำนวนโครงการ การไม่มีอำนาจและบทลงโทษสำหรับเจ้าของโครงการที่กระทำผิด แม้กระทั่งขาดการติดตามประสานงานในเชิงพื้นที่ว่าได้มีการฝ่าฝืนดำเนินโครงการแม้ EIA/EHIA มีปัญหาหรือไม่

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

๔. กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดทำรายงานวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม (สำหรับโครงการ/กิจการ ที่กำหนดไว้ตามประกาศกระทรวง) ในปัจจุบันอ้างอิงตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๓๕ และได้มีการเพิ่มเติมการวิเคราะห์ผลกระทบทางสุขภาพเข้ามาในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ อ้างอิงมาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ยังไม่พบปัญหากระบวนการและโครงสร้างในการจัดทำรายงาน EIA/EHIA ดังสถานการณ์ปัญหาข้างต้น แม้ว่ากระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้จัดทำร่างแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งมีเนื้อหาในร่างกฎหมายเกี่ยวกับการแก้ไขปรับปรุงระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ แต่ไม่ได้เป็นการแก้ไขปรับปรุงเพื่อการปฏิรูปเชิงโครงสร้างและระบบ EIA/EHIA ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจแก้ไขร่างกฎหมายเสร็จแล้ว และอยู่ในระหว่างขั้นตอนรอการเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๕

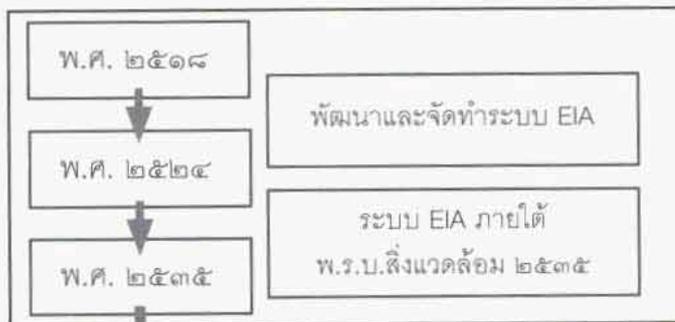
เอกสารอ้างอิง

๑. ในรายงาน EIA และ EHIA นั้นจะมีระดับและความเข้มข้นของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ยังแตกต่างกัน โดยรายงาน EHIA สำหรับกรณีโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อชุมชนนั้นจะมีระดับความเข้มข้นของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพมากกว่ารายงาน EIA สำหรับโครงการพัฒนาในระดับปกติ
๒. จากประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดประเภทและขนาดของโครงการหรือกิจการซึ่งต้องจัดทำรายงาน, ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๕
๓. จากประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนด ประเภท ขนาดและวิธีปฏิบัติสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงฯ, ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๓
๔. อ้างอิงจาก EIA สัมภาษณ์ภาพ ปัญหาและทางออก,สร้างสรรค์ปัญญา : ชุณนโยบายสาธารณะ ลำดับที่ ๒, ธันวาคม ๒๕๕๕
๕. ดูรายละเอียดแนวทางการเยียวยาและแก้ไขผู้ได้รับผลกระทบจากกรณีมาตาพูด ได้ที่ ประมวลผลการดำเนินงานของคณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา ๖๗ วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, มิถุนายน ๒๕๕๔
๖. ย่อมาจาก Strategic Environmental Assessment เป็นเครื่องมือในการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ และรายสาขาตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและยั่งยืน และป้องกันการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจหรือให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด
๗. โครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในแนวทางการบริหารจัดการโครงการขนาดใหญ่ด้านโครงสร้างพื้นฐานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, มิถุนายน ๒๕๔๖
๘. ดูรายละเอียดองค์ประกอบคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้ทางเว็บไซต์ http://www.onep.go.th/neb/1.About_neb/webpage/neb_complement.html

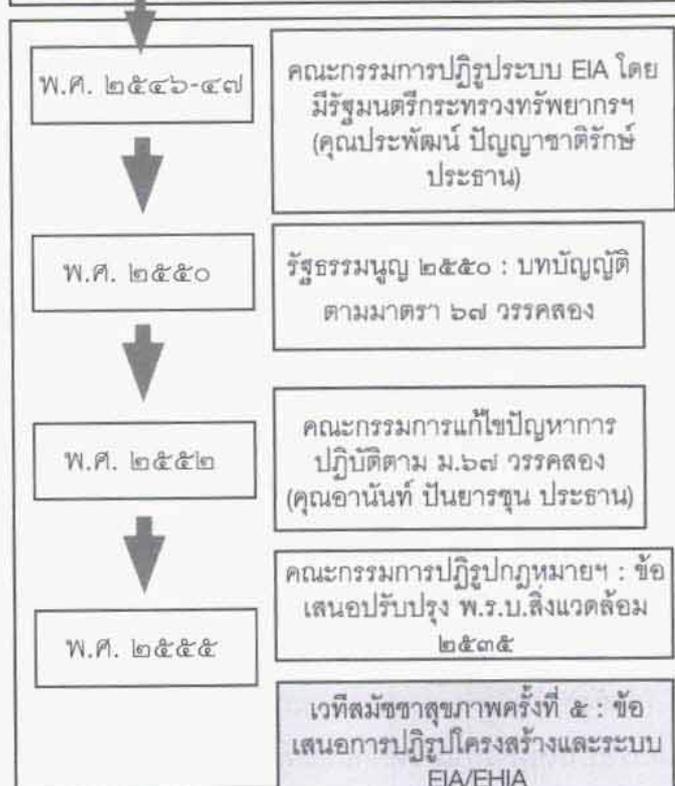


สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๕/ผนวก ๑ การดำเนินงานพัฒนาและปรับปรุง โครงสร้างและระบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและ สุขภาพ (EIA/EHIA)

ระยะพัฒนาการ



ระยะการปรับปรุง



สาระสำคัญของการปฏิรูป

ข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบ EIA ใน
เชิงโครงสร้างและระบบ เช่น การ
ปรับปรุงระบบคชก. การจัดตั้ง
กองทุน EIA ฯ

เพิ่มกระบวนการมีส่วนร่วม และ
เพิ่มการศึกษาผลกระทบทางด้าน
สุขภาพในโครงการที่อาจก่อให้เกิด
ผลกระทบรุนแรงต่อชุมชน

- กำหนดประเภทโครงการที่อาจ
ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อ
ชุมชน
- ตั้ง กอสล. เพื่อให้ความเห็น
ประกอบโครงการที่มีอาจก่อผล
กระทบรุนแรง

ข้อเสนอการปรับปรุง โครงสร้างและระบบ EIA/ EHIA ใน ๔ ประเด็น

- ๑) หลักการ
- ๒) การจัดทำรายงาน
- ๓) การพิจารณารายงาน
- ๔) การตรวจสอบติดตาม

คณะทำงานวิชาการเฉพาะประเด็น EIA/EHIA
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕
ท่านผู้หญิง สุทวีวัลย์ (ประธาน) สำนักงานนโยบาย
และแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.)
กรมโรงงาน กรมอนามัย คณะกรรมการกำกับ
กิจการพลังงาน กอสล. นักวิชาการ องค์การพัฒนา
เอกชน สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และ
ตัวแทนชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนา

การประชุมคณะทำงานวิชาการ
เฉพาะประเด็น ๓ ครั้ง (๑๐ ก.ค.,
๙ ส.ค. และ ๑๖ ต.ค. ๒๕๕๕)

การจัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
(วันที่ ๑๗ ก.ย. ๒๕๕๕ ผู้เข้าร่วม
ประชุม ๑๗ คน)

ข้อเสนอจากเวทีรับฟังความคิดเห็น
ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ๖ เวที

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๖

การป้องกันและลดผลกระทบด้านสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

๑. พลังงานหมุนเวียน เป็นทางเลือกพลังงานที่สำคัญ ซึ่งประเทศต่างๆ ทั่วโลก มุ่งให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีประโยชน์ทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ นวัตกรรมเทคโนโลยี การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (International Energy Agency, 2011. World Energy Outlook 2010 และ Intergovernmental Panel on Climate Change, 2012. Special Report on Renewable Energy Sources and Climate Change Mitigation) โดยประเทศต่างๆ พยายามสร้างความสมดุลในการพัฒนาพลังงานหมุนเวียนประเภทต่างๆ ได้แก่ ชีวมวล ก๊าซชีวภาพ แสงอาทิตย์ ลม พลังน้ำขนาดเล็ก และน้ำมันชีวภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม

๒. พืชชีวมวลเป็นแหล่งพลังงานทางเลือกที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม มีเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรหรือกากจากกระบวนการผลิตในอุตสาหกรรมการเกษตรเป็นจำนวนมาก สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (๒๕๕๒) รายงานว่าประเทศไทยมีชีวมวลจากเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรทั้งหมด ๕๙.๕๓๙.๙๐๕.๒๐ ตัน ตามแผนพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือก (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔) กำหนดเป้าประสงค์ให้เพิ่มการใช้พลังงานทดแทนเป็นร้อยละ ๒๕ ของพลังงานที่ใช้ภายในประเทศ ภายในปี ๒๕๖๔ โดยกำหนดเป้าหมายพลังงานชีวมวลในการผลิตไฟฟ้าให้ได้ ๓.๖๓๐ เมกะวัตต์ (กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, ๒๕๕๕)

๓. ถึงแม้จะมีเป้าหมายและความพยายามที่จะส่งเสริมการผลิตไฟฟ้าจากชีวมวล แต่จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน กระทรวงพลังงาน มีนาคม ๒๕๕๕ พบว่ามีโรงไฟฟ้าชีวมวลสามารถผลิตและขายไฟฟ้าให้การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย และการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ได้เพียง ๘๘ แห่ง มีกำลังการผลิตติดตั้งรวม ๑,๔๖๕.๖๘ เมกะวัตต์ ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ ๔.๓ ของกำลังการผลิตติดตั้งทั้งหมดเท่านั้น โดยในจำนวนนี้ ๒๒ แห่ง (๖๑๔ เมกะวัตต์) อยู่ในกลุ่มโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก และ ๖๖ แห่งอยู่ในกลุ่มโรงไฟฟ้าขนาดเล็กมาก (๘๕๑.๖๘ เมกะวัตต์) และจากข้อมูลของกระทรวงพลังงานในปัจจุบันมีโรงไฟฟ้าขนาดเล็กและเล็กมากอีก ๒๘๔ โครงการ (กำลังการผลิต ๒,๖๗๐.๗ เมกะวัตต์) ที่อยู่ในระหว่างยื่นขออนุมัติโครงการซึ่งเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก แต่กรอบนโยบาย และหลักเกณฑ์การส่งเสริมไม่ชัดเจน หากไม่มีการจัดการที่ดีปล่อยให้มีการดำเนินการเหมือนเช่นในปัจจุบัน ก็จะทำให้สร้างผลกระทบและความเดือดร้อนต่อประชาชน

๔. การประกอบกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวลที่ขาดการจัดการและควบคุมที่ดี ได้ทำให้เกิดปัญหาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งมลพิษจากสารและฝุ่นละอองที่ก่อให้เกิดโรคและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฝุ่นจากกองขี้เถ้าที่เกิดจากการเผาชีวมวลและฝุ่นจากกองเชื้อเพลิงยังทำให้บ้านเรือนเสื้อผ้า และสิ่งของเครื่องใช้ของประชาชนที่อยู่รอบโรงไฟฟ้าสกปรก มีปัญหาน้ำเสียและแยงการใช้น้ำของชุมชนเนื่องจากการประกอบกิจการโรงไฟฟ้าต้องใช้น้ำเป็นจำนวนมาก การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวลในจังหวัดสุรินทร์โดยประชาชนและกลุ่มเครือข่าย* พบปัญหาชาวบ้านขาดแคลนน้ำใช้หลังจากมีโรงไฟฟ้าชีวมวลในพื้นที่ มีปัญหาการจราจรหนาแน่นและมีรถบรรทุกวิ่งมากขึ้น และทำให้เกิดปัญหาถนนชำรุดเสียหาย และยังมีปัญหาความเดือดร้อนรำคาญจากปัญหากลิ่นเหม็น และเสียงดัง

๕. จากข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนที่อยู่ใกล้โรงไฟฟ้าจำนวนสองแห่ง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๙๒ คน พบว่าโรคประจำตัวที่ประชาชนเป็นมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ รองลงมาคือโรคหอบหืด และโรคหัวใจ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ มีความสัมพันธ์กับการอยู่ใกล้ และยังพบว่าผู้ที่อยู่ใกล้โรงไฟฟ้ามีอาการไอ เจ็บคอ ระบายเคืองจมูกและลำคอ หายใจขัด/หายใจไม่สะดวก แสบตา/ตาอักเสบ/ตาแดง และมีผื่นคัน ในช่วง ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา มากกว่าประชาชนที่อยู่ห่างออกไป^๖

ปัญหาหลักและทางออกของการจัดการปัญหา

(ก) ขาดการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพ และไม่มีการควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล ขนาดต่ำกว่า ๑๕๐ เมกะวัตต์

๖. ชีวมวลเป็นเชื้อเพลิงที่เผาได้ยากเนื่องจากเชื้อเพลิงอยู่ในสถานะของแข็ง การเผาจึงจะมีสารที่ถูกเผาไม่หมดอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๐ ถึง ๓๘ และสารเหล่านี้คือส่วนที่เป็นมลพิษซึ่งอาจอยู่ในรูปของฝุ่นละออง (Particulate) มีการประมาณการว่าการเผาชีวมวลจะทำให้เกิดฝุ่นละอองประมาณ ๓๐ - ๘๐ มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ไฟฟ้าที่ผลิตได้ ส่วนใหญ่มีขนาดเล็กกว่า ๑๐ ไมครอน (PM10) ออกไซด์ของไนโตรเจน (NOx) ประมาณ ๒๙๐ - ๘๒๐ มิลลิกรัมต่อกิโลวัตต์ และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ยังพบว่าในควันจากการเผาชีวมวล ยังประกอบไปด้วยสารไฮโดรคาร์บอนกว่า ๖๐ ชนิด และสารอัลดีไฮด์และคีโตน ๑๗ ชนิด สารในกลุ่มนี้โดยเฉพาะสารกลุ่มพีเอเอช (PAH, Polycyclic aromatic hydrocarbons) เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง ได้แก่ เบนซีน ฟอร์มาดีไฮด์ ๑,๓ บิวตะไดอิน และสไตรีน^๗ มีรายงานการศึกษาพบว่า การรับสัมผัสควันไฟที่เกิดจากการเผาชีวมวลเพื่อการทำอาหารและการให้ความอบอุ่นจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหลายชนิด ได้แก่ การระคายเคืองต่อตาและระบบทางเดินหายใจ ลดการทำงานของปอด ทำให้เกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคหอบหืด วัณโรค และทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด^๘

๗. ฝุ่นละอองขนาดเล็กสามารถผ่านเข้าไปถึงปอดและถุงลมปอดได้ ผลการศึกษาทั่วโลกยืนยันว่าการรับสัมผัสมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบหายใจ โรคหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคปอดและหัวใจ^๙ ออกไซด์ของไนโตรเจนเป็นก๊าซที่สามารถรวมตัวกับไอน้ำแล้วทำให้เกิดกรดไนตริก ซึ่งมีฤทธิ์ระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ การรับสัมผัสจะระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ อาจทำให้มีอาการหายใจลำบาก ไอ แน่นหน้าอก และหลอดลมตีบ ทำให้ผู้ที่เปราะบางหรือโรคหอบหืด อยู่แล้วจับหืดบ่อยขึ้น ทำให้เกิดโรคหลอดลมและโรคปอดบวม^{๑๐} ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และการเกิดอาการหัวใจวาย การรับสัมผัสในระดับความเข้มข้นสูงจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว^{๑๑} จากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลักได และตำบลราม ซึ่งเป็นพื้นที่รอบโรงไฟฟ้ามุงเจริญ พบว่า ผู้มารับการรักษาจำนวน ๗,๐๔๐ คน เป็นผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุดคือ ๒,๒๘๕ คน คิดเป็น ร้อยละ ๓๒.๔๖ ของผู้มารับการรักษา สอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราม พบว่าผู้มารับการรักษา ๙,๘๔๐ คน เป็นผู้ป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด คือ ๓,๓๘๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓๗

๘. นอกจากนี้โรงไฟฟ้าชีวมวลยังมีส่วนทำให้เกิดก๊าซโอโซน (O₃) ซึ่งเกิดการทำปฏิกิริยาของก๊าซออกไซด์ของไนโตรเจนที่เกิดขึ้นจากการเผาเชื้อเพลิงชีวมวลกับสารประกอบไฮโดรคาร์บอนในอากาศ อันตราย

ของก๊าซไอโซนที่สำคัญคือ ทำให้เกิดความผิดปกติของโลหิต ระบายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ เพิ่มอัตราป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ และลดประสิทธิภาพการทำงานของปอด มีส่วนทำให้เกิดโรคหอบหืด และโรค มะเร็งปอด รวมถึงเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สัมผัส*

(ข) ปัญหาการหลีกเลี่ยงการทำไอไอเอของโรงไฟฟ้าขนาดต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์และการสร้างหลายโครงการ ในบริเวณเดียวกันเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมาย

๙. ประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้โรงไฟฟ้า ชีวมวลที่มีขนาดตั้งแต่ ๑๕๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปต้องทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับ โครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ (EHIA-Environmental Health Impact Assessment) ส่วนโรงไฟฟ้าพลัง ความร้อนที่มีกำลังผลิตไฟฟ้าตั้งแต่ ๑๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปทำเฉพาะรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีผู้ประกอบการจำนวนมากอาศัยช่องว่างของกฎหมายดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักงาน นโยบายและแผนพลังงานพบว่าในปี ๒๕๕๓ มีโครงการชีวมวลเสนอขายไฟฟ้า เป็นโครงการที่มีขนาด ๙.๐ - ๙.๙ เมกะวัตต์ ถึง ๒๐๕ โรง จากทั้งหมด ๒๘๑ โรง และมีผู้ประกอบการจำนวน ๔๑ รายจากทั้งหมด ๑๑๐ ราย ที่เคยยื่นขอประกอบกิจการในกลุ่มโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก (SPP) ขอเปลี่ยนเป็นกลุ่มขนาดเล็กมาก (VSPP) (สำนักนโยบายและแผนพลังงาน กระทรวงพลังงาน ๒๕๕๔)

(ค) ขาดการสนับสนุนเทคโนโลยีที่ทันสมัย

๑๐. ในประเทศไทยโรงไฟฟ้าเกือบทั้งหมดใช้เทคโนโลยีชนิดที่เรียกว่า แบบเผาตรง (directed burning) ซึ่งจะใช้ความร้อนที่ได้จากการเผาเชื้อเพลิงชีวมวลไปผลิตไอน้ำเพื่อหมุนเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ข้อจำกัดของ ระบบนี้คือมีประสิทธิภาพในการผลิตไฟฟ้าต่ำ และทำให้เกิดมลพิษเนื่องจากเผาเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีระบบการควบคุมมลพิษที่ดี ซึ่งอาจทำได้หลายอย่าง ตั้งแต่การควบคุมคุณภาพของเชื้อเพลิง การเลือกใช้เตาเผา การบำรุงรักษาระบบ และที่สำคัญคือต้องใช้อุปกรณ์สำหรับดักมลพิษที่จะปล่อยออกจากปล่อง ระบายควันที่ดี ซึ่งในทางปฏิบัติ อาจมีต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานและการบำรุงรักษาระบบที่สูง จึงอาจไม่เหมาะกับการนำมาใช้กับโรงไฟฟ้าขนาดเล็ก (ชัชวาลย์ จันทรวจิตร และยูยองค์ จันทรวจิตร ๒๕๕๕)

๑๑. ในขณะที่เทคโนโลยีแก๊สซิฟิเคชันซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่สะอาดกว่า โดยนำเชื้อเพลิงชีวมวลไป เปลี่ยนรูปจากเชื้อเพลิงที่เป็นของแข็งให้เป็นก๊าซโดยกระบวนการที่เรียกว่าแก๊สซิฟิเคชันก่อน จากนั้นจึงนำ ก๊าซที่ได้มาปรับปรุงคุณภาพจนสะอาดก่อนนำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงสำหรับเครื่องยนต์เพื่อผลิตไฟฟ้า ระบบนี้ นอกจากจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าแล้วยังทำให้เกิดมลพิษน้อยมาก เทียบเท่ากับมลพิษที่ปล่อยจากเครื่องยนต์ ขนาดใหญ่เท่านั้น แต่ในปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยมีโรงไฟฟ้าประเภทนี้เพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่สามารถผลิต และจ่ายไฟเข้าระบบได้ ทั้งนี้อาจเกิดจากขาดการศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี และไม่มีกระบวนการ สนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ทำให้มีข้อจำกัดทั้งการลงทุนและกำลังการผลิต*

(ง) ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมกับรัฐในการตัดสินใจเลือก และติดตาม ตรวจสอบ รวมถึง ไม่มีกลไกการชดเชย พื้นที่ และเยียวยา ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

๑๒. ในปัจจุบันการออกใบอนุญาตประกอบกิจการพลังงาน มีกระบวนการขั้นตอนตั้งแต่การขอ อนุญาตก่อสร้างอาคารในพื้นที่ ซึ่งองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการให้ความเห็นประกอบ ส่วนการ

ออกใบอนุญาตประกอบกิจการพลังงาน เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน ซึ่งกระบวนการขออนุญาตดังกล่าว ส่วนใหญ่ขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน บางโครงการจะประชาสัมพันธ์ว่าสร้างงานให้กับชุมชน สร้างความมั่นคงด้านพลังงานให้กับท้องถิ่น แต่ไม่มีการนำเสนอข้อมูลผลกระทบต่อด้านลบต่อประชาชน มีการจูงใจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านภาษีโรงเรียนที่ท้องถิ่นจะได้รับ ทำให้ละเลยข้อมูลที่เป็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน ถึงแม้จะเป็นโรงไฟฟ้าที่มีขนาด ๑๐ เมกกะวัตต์ขึ้นไป ที่ต้องจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) แต่กระบวนการกำหนดขอบเขตการศึกษาข้อมูลประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูล แล้วบริษัทก็ทำมาตรการป้องกันแก้ไข จากนั้นก็ได้รับการพิจารณาอนุญาต กระบวนการที่ท้องถิ่นจะตัดสินใจว่ากิจการนี้เหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่ มีผลกระทบต่ออย่างไรกับชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยมาก หรือหากประชาชนมีส่วนร่วมจริง เช่นตัดสินใจว่าชุมชนไม่ต้องการให้สร้างโรงไฟฟ้า มีการทำประชาคม มีประชาชนคัดค้านไม่ให้ก่อสร้าง แต่สุดท้ายคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน ก็อนุญาต เพราะพิจารณาว่าผู้ประกอบการได้ดำเนินการครบถ้วนถูกต้องตามขั้นตอนของกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้ว ความสำคัญที่ควรพิจารณาคือ การใช้ข้อมูลเพื่อพิจารณาดำเนินการต้องเป็นไปอย่างเป็นธรรม มิฉะนั้นเสียงประชาชนจะไม่มีคามหมายอย่างไรเลย ถึงแม้จะบอกว่าให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก็ตาม เมื่อเกิดเหตุซ้ำซาก กลไกและกระบวนการปัจจุบันไม่สามารถนำไปสู่การสั่งให้ยุติดำเนินการโรงไฟฟ้าได้

๑๓. สำหรับกองทุนพัฒนาไฟฟ้าของชุมชนในพื้นที่โรงไฟฟ้า มีวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟูท้องถิ่นที่ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้า ส่งเสริมพลังงานหมุนเวียน และส่งเสริมความรู้และการมีส่วนร่วมทางด้านไฟฟ้า (พระราชบัญญัติการประกอบกิจการพลังงาน พ.ศ.๒๕๕๐) แต่ไม่มีกลไกในการติดตามตรวจสอบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรงไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง รวมถึง กลไก และมาตรการที่ชัดเจนในการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ

๑๔. ในระดับจังหวัด ยังไม่มีแผนพัฒนาพลังงานชีวมวล เพื่อประมวลศักยภาพ และเป็นกรอบการพิจารณาโครงการว่าแต่ละจังหวัดควรรองรับให้มีการสร้างโรงไฟฟ้าได้มากน้อยเพียงใด ประชาชนยังไม่มีโอกาสในการเรียนรู้และทำความเข้าใจทางเลือกต่าง ๆ ในการผลิตไฟฟ้า ทางเลือกในด้านเทคโนโลยีหรือพื้นที่สำหรับก่อสร้างโรงไฟฟ้า และไม่มีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบผลกระทบ

(จ) ขาดการกระจายประโยชน์จากการพัฒนาโรงไฟฟ้าชีวมวลไปสู่ชุมชนและเกษตรกร

๑๕. ปัจจุบันยังไม่มีโรงไฟฟ้าของชุมชน การพัฒนาชีวมวลในการผลิตไฟฟ้า เป็นการเพิ่มมูลค่าให้กับทรัพยากร ตัวอย่างเช่น ราคาแกลบจากเดิมประมาณ ๒๐๐ - ๓๐๐ บาทต่อตัน เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า ๑,๐๐๐ บาทต่อตันในปัจจุบัน แต่ผลประโยชน์จากแกลบดังกล่าว ซึ่งโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวลส่วนใหญ่ในปัจจุบันเลือกใช้ เป็นเชื้อเพลิงหลักจะตกอยู่กับโรงสีข้าวไม่ได้กระจายไปสู่เกษตรกร ในขณะที่ชีวมวลอื่น ๆ เช่น ชังข้าวโพด ฟางข้าว หรือชีวมวลอื่น ๆ กำลังเริ่มพัฒนา ยังไม่มีระบบหรือกลไกที่ชัดเจนในการแบ่งปันประโยชน์จากทรัพยากรชีวมวลไปสู่เกษตรกร ในส่วนของโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวลเอง ก็เป็นบริษัทเอกชน โดยยังไม่มีการเปิดให้ชุมชนเข้าไปร่วมเป็นเจ้าของหรือถือหุ้นแต่อย่างใด

๑๖. ดังนั้นผลประโยชน์จากการพัฒนาชีวมวลเป็นพลังงานไฟฟ้า ยังไม่มีระบบหรือกลไกในการกระจายประโยชน์ไปสู่ชุมชนและเกษตรกร

(จ) ขาดการกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐาน ด้านการกำหนดพื้นที่

๑๗. การวางผังเมืองและจัดทำข้อกำหนดควบคุมการใช้ประโยชน์ที่ดินในผังเมืองรวมยังไม่มีมาตรฐาน ในการกำหนดการใช้ประโยชน์พื้นที่สำหรับกิจการโรงไฟฟ้าชีวมวล

๑๘. การจัดประเภทอุตสาหกรรม ที่จะพิจารณากำหนดว่าให้ หรือห้าม ในบริเวณใดนั้น โรงไฟฟ้าชีวมวล ถูกจัดไว้ตามการแบ่งประเภทโรงงานอุตสาหกรรม ประเภทโรงงานผลิต ส่ง หรือจำหน่ายพลังงานไฟฟ้า ซึ่งรวมกิจการโรงไฟฟ้าทุกประเภทไว้ในหมวดเดียวกัน แต่ในลักษณะการผลิตและผลกระทบ ตลอดจนการใช้พื้นที่ การใช้ทรัพยากรและวัตถุดิบของโรงไฟฟ้าแต่ละประเภทมีความต่างกัน การถูกจัดไว้ในกลุ่มเดียวกัน ตามการพิจารณาอนุญาตโรงงานจึงอาจจะกว้าง และไม่ชัดเจนเพียงพอต่อการพิจารณากำหนดการใช้ประโยชน์พื้นที่ที่จะไม่ก่อผลกระทบ

นโยบาย กฎหมาย และมาตรการ ที่เกี่ยวข้อง

๑๙. แผนพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือกของกระทรวงพลังงาน กำหนดเป้าประสงค์ให้เพิ่มการใช้พลังงานทดแทนเป็นร้อยละ ๒๕ ของพลังงานที่ใช้ภายในประเทศภายในปี ๒๕๖๕ โดยกำหนดเป้าหมายพลังงานชีวมวลในการผลิตไฟฟ้าให้ได้ ๓,๖๓๐ เมกะวัตต์ (กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, ๒๕๕๕)

๒๐. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๖ มาตรา ๖๗ เรื่องสิทธิชุมชนในการบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ความหลากหลายทางชีวภาพ รวมถึงสิทธิในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพออยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน และตามมาตรา ๒๘๗ ที่กำหนดให้ในกรณีที่การกระทำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในท้องถิ่นในสาระสำคัญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องแจ้งข้อมูลรายละเอียดให้ประชาชนทราบก่อนกระทำการเป็นเวลาพอสมควร

๒๑. พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. ๒๕๓๗ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๖ ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ในการคุ้มครองดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จัดให้มีการสาธารณสุข การควบคุมอาคาร การผังเมือง รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น ในกรณีขององค์การบริหารส่วนตำบลมีความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินกิจการดังกล่าว ให้กระทรวง ทบวง กรม หรือองค์การหรือหน่วยงานของรัฐ นำความเห็นขององค์การบริหารส่วนตำบลไปประกอบการพิจารณาดำเนินกิจการนั้นด้วย

๒๒. กฎกระทรวง ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๓๕) ออกตามความในพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. ๒๕๓๕ มีหมวดที่ว่าด้วย ที่ตั้ง สภาพแวดล้อม ลักษณะอาคารและลักษณะภายในของโรงงาน และการห้ามตั้งโรงงานจำพวกที่ ๓ แต่ในกฎกระทรวงนี้ไม่ได้มีการกำหนดระยะห่างระหว่างโครงการกับชุมชน มีเพียงบ้านจัดสรร อาคารชุด และบ้านแถว

๒๓. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง การทำรายงานเกี่ยวกับการศึกษามาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย พ.ศ.๒๕๕๒ โรงไฟฟ้าชีวมวลถูกกำหนดไว้ในบัญชีแนบท้ายประกาศฯ ประเภทหรือชนิดของโรงงานตามบัญชีท้ายกฎกระทรวง (พ.ศ. ๒๕๓๕) สำหรับโรงงานผลิต ส่ง หรือจำหน่ายพลังงานไฟฟ้า (ลำดับที่ ๔๘) เพื่อให้ประกอบการยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน หรือคำขอรับใบอนุญาตขยายโรงงาน

๒๔. สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตประกอบกิจการพลังงาน ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการประกาศบังคับใช้ ระเบียบ กกพ. และประกาศ กกพ. เรื่อง มาตรการป้องกัน แก้ไข และติดตามตรวจสอบผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจัดทำรายงาน EIA ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม สำหรับการผลิตไฟฟ้าจากเชื้อเพลิงชีวมวล (ประเภทเชื้อเพลิงแข็ง) ปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนเตรียมประกาศลงราชกิจจานุเบกษา ซึ่งใช้กำหนด มาตรการป้องกัน ติดตามตรวจสอบและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒๕. ประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้โรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาดตั้งแต่ ๑๕๐ เมกะวัตต์ขึ้นไปต้องทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ (EHIA-Environmental Health Impact Assessment) และให้โรงไฟฟ้าตั้งแต่ ๑๐ เมกะวัตต์ขึ้นไป ทำเฉพาะรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม จึงทำให้มีผู้ประกอบการจำนวนมากอาศัยช่องว่างของกฎหมายดังกล่าว โดยการจัดทำโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวลที่มีขนาด ๙.๐ - ๙.๙ เมกะวัตต์

๒๖. โดยสรุป ชีวมวลเป็นแหล่งพลังงานทางเลือกที่สำคัญของประเทศไทย แต่ยังมีปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ซึ่งจำเป็นจะต้องมีมาตรการและแนวทางป้องกันและควบคุมผลกระทบต่อสุขภาพที่ดี แนวทางและพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการกำหนดพื้นที่ การจัดการผลกระทบ โดยเฉพาะจากโรงไฟฟ้าขนาดกำลังการผลิตต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์ การส่งเสริมเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและมีมลพิษต่ำ การกระจายอำนาจในการควบคุมโรงไฟฟ้า มาตรการและกลไกที่ให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและควบคุมการดำเนินงานของโรงไฟฟ้า ตลอดจนการมีคู่มือและแนวทางศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวล

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ &/ร่างมติ ๖

เอกสารอ้างอิง

๑. ทีมนักวิจัยชุมชน คณะทำงานพลังงานยั่งยืนจังหวัดสุรินทร์ มูลนิธิพัฒนาอีสาน. ๒๕๕๕. (ร่าง) รายงานการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม กรณีศึกษา โรงไฟฟ้าชีวมวลจังหวัดสุรินทร์ บริษัทมุ่งเจริญกรีนเพาเวอร์ จำกัด และบริษัทไฟฟ้าสุรินทร์ จำกัด.
๒. ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร. (๒๕๕๔). โครงการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากโรงไฟฟ้าชีวมวลขนาดกำลังการผลิตต่ำกว่า ๑๐ เมกะวัตต์. รายงานนำเสนอต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
๓. Zhang JJ. And Smith KR. (๒๐๐๗). Household air pollution from coal and biomass fuels in China : measurements, health impacts, and interventions. Environ Health Perspect ๑๑๕:๘๔๘-๘๕๕.
๔. Torres-Duque C, Maldonado D, Perez-Padilla R, Ezzati M and Viegli G. Biomass fuels and respiratory diseases. (๒๐๐๘). Proc Am Thorac Soc, ๕ : ๕๗๗-๕๘๐.
๕. WHO. (๒๐๐๖). Air quality guidelines global update ๒๐๐๕. Denmark : WHO regional office for Europe.
๖. WHO. (๒๐๐๓). Health aspects of air pollution with particulate matter, ozone and nitrogen dioxide. Report on a WHO working group. Bonn, Germany; ๑๓-๑๕ January ๒๐๐๓.
๗. ชัชวาลย์ จันทรวิจิตร และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (๒๕๕๕). โรงไฟฟ้าชีวมวลต้นแบบที่ดี : กรณีศึกษาและทางเลือกทางเทคโนโลยี. รายงานเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช).
๘. แผนที่โรงไฟฟ้าชีวมวลในประเทศไทย เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายพลังงานชีวมวล วันที่ ๒-๓ เมษายน ๒๕๕๕ ณ โรงแรมรามารการ์เด็นท์ กรุงเทพ

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๗

การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหา

๑. ในปัจจุบัน ปัญหาหมอกควันเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอทั้งในพื้นที่ภาคเหนือและภาคใต้ แม้ทั้งสองพื้นที่มีแหล่งกำเนิดปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ในพื้นที่ภาคเหนือปัญหาหลักมักเกิดจากการเผาป่า และพื้นที่เกษตร ขณะที่ในพื้นที่ภาคใต้ ต้นตอปัญหามักเกิดหมอกควันจากแหล่งธรรมชาติในประเทศเพื่อนบ้าน จึงอาจมีวิธีป้องกันแก้ไขที่แตกต่างกันไป และแม้เอกสารนี้จะทบทวนและนำเสนอรูปธรรมในภาคเหนือตอนบนเป็นหลัก แต่จะนำเสนอมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมให้ได้มากที่สุด

๒. ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายนของทุกปี พื้นที่ ๘ จังหวัดในภาคเหนือตอนบนของประเทศมักเกิดปัญหาหมอกควันโดยมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กมีจำนวนมากเกินค่ามาตรฐานที่กำหนด (ค่ามาตรฐาน $PM_{10}=๑๒๐$ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) และดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index : AQI) อยู่ในเกณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จากข้อมูลการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของกรมควบคุมมลพิษ พบว่าระหว่างปี ๒๕๕๐ - ๒๕๕๕ แต่ละจังหวัดมีจำนวนวันที่และค่าปริมาณฝุ่นควันที่สูงเกินระดับมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และมีค่า PM_{10} สูงสุดดังนี้

๓. ตารางแสดงการตรวจวัดคุณภาพอากาศปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด (มกราคม-เมษายน ปี ๒๕๕๐- ๒๕๕๕)

จังหวัด	จำนวนสถานี (สถานี)	จำนวนวันที่เกินมาตรฐาน (วัน)						ค่าสูงสุด (มก./ลบ.ม.) ในรอบ ๕ ปี
		๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕	
เชียงใหม่	๓	๓๕	๘	๒๑	๒๒	๐	๑๗	๓๘๒.๗
เชียงราย	๑	๑๖	๔	๒๗	๔๓	๒	๓๐	๔๗๐.๘
ลำพูน	๑	-	-	๑๘	๔๐	๐	๒๒	๓๕๐.๓
แม่ฮ่องสอน	๑	๒๘	๔	๓๓	๓๗	๒	๒๒	๕๑๘.๕
ลำปาง	๔	๓๗	๒๕	๓๖	๓๐	๓	๒๖	๒๗๙.๐
พะเยา	๑	-	-	๑๘	๓๓	๕	๒๒	๒๘๓.๔
น่าน	๑	-	-	๑๖	๒๔	๐	๑๖	๒๑๖.๔
แพร่	๑	-	-	๕	๐	๑	๒๐	๒๓๓.๒

๔. ฝุ่น-ควัน ที่มีจำนวนมากจนมองเห็นว่ามีสภาพคล้ายกับหมอก จนเรียกว่า ภาวะหมอกควัน นั้นมีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งกำเนิดสำคัญ ๔ แหล่งดังนี้

- (๑) ไฟป่า เกิดไฟไหม้ป่าที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเกิดในเขตป่าเต็งรังและเบญจพรรณที่แห้งแล้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากปีใดต้องเผชิญกับภาวะเอลนีโญ ซึ่งทำให้เกิดภาวะความแห้ง

แล้งมากขึ้น ไฟป่าที่ไหม้ในเขตป่าเต็งรัง และเบญจพรรณ จะมีปริมาณพื้นที่การเกิดไฟ
 ที่มากและมีการไหม้ลามเข้าป่าดงดิบเป็นพื้นที่กว้างมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก
 การจุดของมนุษย์ทั้งที่ตั้งใจและพลั้งเผลอ จากการเก็บหาของป่า ล่าสัตว์ เกษตรกรใช้
 วิธีการชิงเผาป่าเพื่อป้องกันไฟป่าไหม้ลามเข้าสวนของเกษตรกร ขณะที่กำลังเจ้าหน้าที่
 รัฐมีจำนวนจำกัดไม่สามารถควบคุมดูแลได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนความรู้และวิธีการ
 บริหารจัดการในปัจจุบันนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากนโยบายการ
 ห้ามเผาในที่โล่งแจ้ง (Zero Burning) ซึ่งกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ
 สิ่งแวดล้อม รับนโยบายจากที่ประชุมระดับรัฐมนตรีอาเซียนด้านหมอกควัน
 มากำหนดแผนงานและมาตรการโดยพยายามให้หน่วยงานต่าง ๆ จัดทำแผนงาน
 มาตรการ และระเบียบข้อบังคับ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ในเรื่องการห้ามเผาในภาค
 การเกษตร และการเผาขยะมูลฝอยจากชุมชนเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ
 เพื่อการป้องกัน ลดและแก้ไขปัญหาหมอกควันทางอากาศที่เกิดจากการเผาในที่โล่งให้
 ลดคล้อยและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในทางปฏิบัติยังขาดการมีส่วนร่วมของ
 ประชาชนอย่างแท้จริง ทำให้มาตรการการป้องกัน และดับไฟป่าไม่สามารถดำเนินการ
 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มจะขยายความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต

- (๒) การใช้ไฟในพืชที่เกษตร ภายใต้เงื่อนไขความจำเป็นในการปรับตัวทางด้านเศรษฐกิจ
 ของเกษตรกรเกิดการขยายตัวของการบุกเบิกพื้นที่ป่ามาเป็นพื้นที่การเกษตรเพาะปลูก
 มีพืชเศรษฐกิจได้เกิดขึ้นจำนวนมาก เกิดการขยายพื้นที่เพื่อเพาะปลูกหอมแดง
 กระเทียม อ้อย ข้าวโพด ถั่วเหลือง กะหล่ำปลี มะเขือเทศ และข้าว มีจำนวนมากขึ้น
 เกิดการใช้ไฟเพื่อเผาเศษวัสดุทางการเกษตร และลักลอบเผาพื้นที่ป่ามาเป็นพื้นที่เกษตร
 มากขึ้น เนื่องจากยังไม่การแก้ไขปัญหาการซ้อนทับของที่ดินของรัฐและที่ดินทางการ
 เกษตรของประชาชนทำให้มีการบุกเบิกพื้นที่เพิ่มอย่างขาดการควบคุม เมื่อผนวกกับการ
 ใช้ไฟเพื่อการเผาไร่ของเกษตรกรดั้งเดิมที่ทำข้าวไร่หมุนเวียนของประชาชนบนพื้นที่สูง
 ที่ยังมีอยู่จำนวนมาก ทำให้การเผาในพื้นที่เกษตรเพิ่มขึ้นจำนวนมาก
- (๓) ฝุ่นละอองจากพื้นที่เมืองและอุตสาหกรรม เช่น จากการจราจร การก่อสร้าง การเผา
 ขยะมูลฝอยชุมชน เผาที่รกร้างว่างเปล่า พื้นที่รอกการพัฒนา การเผาไหม้โดยไม่มีการ
 บำบัดคุณภาพอากาศในอุตสาหกรรมครัวเรือนที่ใช้เชื้อเพลิงในกระบวนการผลิต การ
 เผาไหม้เพื่อผลิตไฟฟ้าชีวมวล แหล่งกำเนิดดังกล่าวเป็นต้นเหตุของฝุ่น ๑ ใน ๔ ของ
 ปริมาณทั้งหมดในปัจจุบัน ขณะที่แนวโน้มการเจริญเติบโตของเมืองและอุตสาหกรรม
 มีแนวโน้มการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ย่อมมีผลต่อการกลายเป็นแหล่งกำเนิดฝุ่นควัน
 ที่มากขึ้น และส่งผลต่อการไหลเวียนของอากาศในพื้นที่เมืองที่แอ่งมีการสะสมของฝุ่น
 ละอองมากขึ้นจากกิจกรรมต่าง ๆ
- (๔) หมอกควันข้ามแดนจากประเทศเพื่อนบ้าน แนวโน้มของปัญหาหมอกควันในภูมิภาค
 เอเชีย โดยเฉพาะในประเทศที่มีเขตแดนติดกับประเทศไทย จะเห็นได้จากค่า PM₁₀
 ในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน และอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่มีพื้นที่ชายแดนติด

กับประเทศเพื่อนบ้านมีค่าสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่สถานีตรวจวัดอื่น ๆ ซึ่งมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของภูมิภาคอาเซียน ประกอบกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก ทำให้การเกิดไฟฟ้า ไฟในภาคการเกษตรของประเทศพม่า ลาว และทางใต้ของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

๕. ทั้ง ๔ แหล่งกำเนิดมีแนวโน้มที่จะเพิ่มปริมาณฝุ่น คิว้น ที่มากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลกระทบระยะยาวที่สังคมยังไม่ให้ความสำคัญมากนัก ผลกระทบจะมีมากขึ้นหากขาดยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานที่ความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหา แม้จะมีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่งแต่ควรมุ่งเน้นแก้ไขปัญหาจากแหล่งกำเนิดหลักคือ การเผาในพื้นที่ป่าและพื้นที่เกษตรเป็นกลยุทธ์หลัก

ผลกระทบที่เกิดขึ้น

๖. ผลกระทบทางสุขภาพอนามัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ (เชียงใหม่) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามเฝ้าระวังผลกระทบทางสุขภาพอนามัยจากสถานการณ์ไฟฟ้าและหมอกควัน โดยรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด ในปี ๒๕๕๓ พบว่า อัตราผู้ป่วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจและโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น พร้อมกับสถานการณ์หมอกควันในช่วงการเพิ่มขึ้นสูงสุดสัปดาห์ที่ ๕-๗ อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นจาก ๔๓๕ เป็น ๕๘๐ คนต่อแสนประชากร หรือคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า ๘,๐๐๐ คน (คิดจากประชากร ๘ จังหวัดภาคเหนือเมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ ประมาณ ๕.๗ ล้านคน) และจากงานวิจัยของนักวิชาการด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนหลายสถาบันชี้ให้เห็นว่าปัญหาหมอกควันมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจ โรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนในภาคเหนือที่มีค่าสูงกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศ และประชาชนในพื้นที่ชนบทมีความเสี่ยงสูงกว่าประชาชนทั่วไปจากพฤติกรรมเผาไหม้ในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

๗. ผลกระทบต่อสังคม กรณีสาเหตุของปัญหาไฟฟ้าและหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนต่างเห็นไม่ตรงกัน และโยนความรับผิดชอบกันไปมา เช่น ประชาชนในเขตเมือง มองว่าสาเหตุเกิดจากคนบนพื้นที่สูงที่อาศัยทำกินในพื้นที่ป่าเป็นผู้บุกรุกและเผาป่า เพื่อขยายที่ทำกินหรือกำจัดเศษวัสดุเหลือใช้จากการเกษตรหรือการเตรียมดินเพื่อปลูกพืชไร่ โดยเฉพาะพืชเกษตรเชิงเดี่ยว ส่วนคนบนพื้นที่สูง มองว่าเกิดจากการเผาวัสดุเหลือใช้จากครัวเรือน ขยะมูลฝอย การเผาข้างทาง การจราจรในเขตเมือง โรงงานอุตสาหกรรม และนายทุนที่เข้ามาตัดไม้ทำลายป่า ส่วนภาครัฐ อาจมองว่าประชาชนทำการเผาเพื่อบุกรุกพื้นที่ทำกิน ส่วนภาคประชาชน มองว่าสาเหตุเกิดจากการที่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบทำการชิงเผา เพื่อลดปริมาณเชื้อเพลิงและของบประมาณจำนวนมากเพื่อมาบริหารจัดการในพื้นที่ ความเข้าใจที่แตกต่างเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในสังคม ซึ่งอาจจะยังไม่เห็นความรุนแรง แต่ก็ป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถสร้างความร่วมมือสร้างความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้

๘. ผลกระทบต่อระบบนิเวศ นิเวศมีความหลากหลายทั้งที่เป็นระบบนิเวศที่ไม่ต้องการไฟ นิเวศที่ต้องการไฟ แต่ระบบการจัดการที่ขาดความเข้าใจระบบนิเวศขึ้นนโยบายและมาตรการเดียวกันในทุกพื้นที่ เกิดความไม่เหมาะสมกับระบบนิเวศทำให้ พื้นที่นิเวศป่าที่ไม่ต้องการไฟแต่กลับถูกบุกรุกทำลายเกิดไฟป่ามากขึ้น

และมีปัจจัยเสี่ยงเกิดไฟป่าถูกสะสมมากขึ้น ขณะที่พื้นที่ป่าที่ต้องการไฟเป็นองค์ประกอบ ในกรณีพื้นที่ป่าเต็งรัง-เบญจพรรณถูกจัดการโดยมาตรการการห้ามเผา ทำให้ไฟที่เคยเป็นตัวช่วยป้องกันพื้นที่ป่าดิบ เป็นพื้นที่สร้างระบบการคืนแร่ธาตุให้กับดิน ทำให้ไม้บางชนิดเจริญเติบโตได้ดี ช่วยกำจัดเชื้อโรค ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างป่าและระบบนิเวศ ซึ่งจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อเพลิงและเกิดไฟป่าที่รุนแรงในอนาคต อีกทั้งยังบิดเบือนวงจรของธรรมชาติและห่วงโซ่อาหารเปลี่ยนไป ป่าเต็งรังเบญจพรรณที่เคยทำหน้าที่เป็นแหล่งอาหารสำคัญของสัตว์ป่าต้องลดน้อยหายไปซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์และความสมดุลของธรรมชาติในอนาคต

นโยบาย มาตรการและโครงสร้างกลไกการแก้ไขปัญหา

๙. กลไกระดับชาติ ในปี ๒๕๕๐ รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการแก้ไขปัญหาหมอกควันภาคเหนือขึ้น หลังจากเกิดวิกฤติหมอกควันอย่างรุนแรงขึ้นเป็นปีแรก โดยมีรองนายกรัฐมนตรีที่ปฏิบัติราชการแทนนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการฟื้นฟูระบบนิเวศวิทยาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนท้องถิ่นที่จังหวัดเชียงใหม่ และคณะอนุกรรมการประสานการจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาหมอกควันและไฟป่าเพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ๘ จังหวัด ที่ประกอบด้วยองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาสังคมหลายภาคส่วน ปัจจุบันคณะกรรมการฯและคณะอนุกรรมการทั้ง ๒ คณะ ได้หมดภารกิจไปตามวาระของรัฐบาล

๑๐. ต่อมามีการจัดตั้งคณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติขึ้นตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ ๑๒๖/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ลงนามโดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี เพื่อให้การจัดการปัญหาไฟป่า และหมอกควัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทันต่อเหตุการณ์ มีการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วน อีกทั้งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับมือปัญหาไฟป่าและหมอกควันในปีต่อไป โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นประธานกรรมการ และมีปลัดกระทรวง ๑๑ กระทรวง และอธิบดีกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการ จึงมีเพียงหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ไม่มีภาคส่วนอื่นๆ เป็นคณะกรรมการและที่ผ่านมาการประชุมบ่อยครั้งหรือมีเฉพาะช่วงที่เกิดสถานการณ์หมอกควัน รวมทั้งการผลักดันงบประมาณสนับสนุนแผนงานแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควันทั้งระยะสั้นและระยะยาวยังไม่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ทำให้การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาหมอกควัน ๘ จังหวัดภาคเหนือ เป็นไปในลักษณะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทำกิจกรรมเฉพาะช่วงที่เกิดสถานการณ์ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในระยะยาว

๑๑. เมื่อวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๒ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเรื่อง การจัดการปัญหาไฟป่าและหมอกควันตามที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเสนอ ให้กระทรวงสาธารณสุขแจ้งเตือนและทำความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพจากสถานการณ์หมอกควัน พร้อมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์และบุคลากรตามความจำเป็น

๑๒. คณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติ ได้มีคำสั่งที่ ๑/๒๕๕๓ ลงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๓ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด เพื่อกำหนดนโยบาย มาตรการและแผนการปฏิบัติงานในการแก้ไขปัญหาไฟป่าและหมอกควันแบบบูรณาการ ตลอดจน



รณรงค์ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน รวมทั้งจัดให้มีศูนย์ประสานงานระดับกลุ่มจังหวัด กำหนดกรอบแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์ การประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารร่วมกันระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและจังหวัด รวมทั้งกำกับดูแลการดำเนินงานตามนโยบาย มาตรการ และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขป้องกันปัญหาไฟป่าและหมอกควัน แต่ยังคงขาดการทำงานที่ต่อเนื่อง ให้ความสนใจเฉพาะช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์หมอกควัน ในขณะที่กระบวนการวางแผนไม่สอดคล้องกับระยะเวลา มีการทำแผนระยะยาว (๕ ปี) แต่ขาดการผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณตามแผน ในขณะที่การประเมินผลไม่สอดคล้องกับแผนและสภาพแวดล้อม

๑๓. ทั้งนี้ หน่วยงานในระดับนโยบาย แม้จะสนับสนุนให้ความร่วมมือและสนใจในปัญหาไฟป่าและหมอกควัน ทำการรณรงค์ เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กำหนดแนวทางปฏิบัติหรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แต่ก็ยังไม่สามารถกำหนดให้หน่วยงานที่มีภารกิจรับผิดชอบโดยตรง ปฏิบัติตามข้อเสนอหรือแนวทางปฏิบัตินั้น ๆ ได้

๑๔. กลไกระดับจังหวัด ในภาคราชการในพื้นที่ ๘ จังหวัด จะมีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจ ป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันและไฟป่า เป็นประจำทุกปี โดยเป็นศูนย์กลางในการติดต่อ รับแจ้งข่าว อัคคีภัย และไฟป่าในช่วงฤดูแล้งของอำเภอ/กิ่งอำเภอและส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิด กำชับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพิ่มมาตรการในการป้องกันอัคคีภัยและไฟป่า ควบคุมการเผาในที่โล่งทุกชนิดทั้งในพื้นที่ชุมชน พื้นที่การเกษตร พื้นที่ป่าอนุรักษ์และป่าสงวนแห่งชาติ ในช่วงอากาศแห้งเพื่อลดสาเหตุการเกิดหมอกควันและมลพิษทางอากาศ จัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์หมอกควันและไฟป่าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นหลักเช่นกัน ทั้งนี้หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดกระทรวงต่าง ๆ ที่ทำงานในจังหวัด จะทำหน้าที่ แปลงนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติ แต่เนื่องจากปัญหาหมอกควันมีความเกี่ยวข้องทับซ้อนกันหลายมิติ แต่หน่วยงานภาครัฐแต่ละหน่วยงานต่างปฏิบัติงานภายใต้นโยบายของแต่ละกระทรวง และไม่สามารถบูรณาการได้ ในขณะที่กลไกการบริหารจังหวัดแบบบูรณาการก็ไม่สามารถปฏิบัติได้จริงเนื่องจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างการบริหารงานของแต่ละหน่วยงาน การดำเนินงานจึงเป็นลักษณะต่างหน่วยงานต่างทำขาดการกำหนดเป้าหมายร่วมกันบนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน ส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับการแก้ไขปัญหาระยะสั้น หรือการปฏิบัติงานเฉพาะหน้า ไม่ให้ความสำคัญและปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง ยังมีข้อจำกัดด้านภาระงานประจำ อัตรากำลัง งบประมาณ และขาดการวางแผนหรือวิธีปฏิบัติงาน โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัย

๑๕. ในภาคประชาชน มีการริเริ่ม จัดตั้งกลไกการทำงานแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ระดับตำบลและระดับลุ่มน้ำ เช่นในจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา เชียงราย ลำพูน ลำปาง เป็นต้น โดยทำหน้าที่สนับสนุน และประสานงานร่วมกับภาคีในส่วนต่าง ๆ ในการวางแผนการแก้ไขปัญหา แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่อง สิทธิและอำนาจ การเข้าถึงงบประมาณ การยกระดับความรู้ การเชื่อมประสานและผลักดันข้อเสนอ โดยเฉพาะสภาพของภาคประชาชนในปัจจุบัน ยังไม่เกิดการยอมรับจากภาครัฐให้เป็นองค์กรหลักในการร่วมแก้ไขปัญหา อีกทั้ง องค์กรชาวบ้านและเครือข่าย ไม่มีสิทธิโดยชอบตามกฎหมายในการจัดการไฟป่า การจัดการป่า ไม่ได้เป็นเจ้าของหลัก

มีสถานะเป็นเพียงผู้ให้ความร่วมมือกับรัฐ ไม่ได้มีสถานะเป็นเจ้าของหลัก ที่มีสิทธิและอำนาจโดยชอบด้วยกฎหมาย ขาดความรู้ที่เหมาะสม เท่าทันต่อสถานการณ์

๑๖. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ได้รับการถ่ายโอนบุคลากรและไม่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินงานหรือกิจกรรมในด้านนี้จากกรมป่าไม้ ทำให้ยังไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมการเผาเท่าที่ควร เนื่องจากมีบุคลากรไม่เพียงพอและยังมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพและถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องให้กับบุคลากรในท้องถิ่น สนับสนุนข้อมูล ผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพอนามัย รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้ทันต่อห้วงระยะเวลาการเกิดไฟป่าและหมอกควัน

๑๗. องค์กรสนับสนุน ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สภาเกษตรกรแห่งชาติ องค์กรพัฒนาเอกชน มีประสบการณ์ทำงานใกล้ชิดกับชุมชนและสถานการณ์ปัญหา มีความยืดหยุ่นในการกำหนดแนวทางการทำงานและกำหนดวิธีบริหารงบประมาณที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาได้มากกว่าระบบราชการ แต่ก็ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนสนับสนุนแผนการจัดการไฟป่า หมอกควัน ของประชาชนอย่างเป็นระบบร่วมกับรัฐ

๑๘. สถาบันการศึกษาให้ความสนใจศึกษาเชิงวิชาการความรู้เฉพาะสาขา ยังขาดการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ และยังมีทางเลือกที่เหมาะสมเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

๕. ข้อจำกัดการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหา

๑๙. การดำเนินการหน่วยงานราชการกลายเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการเพียงฝ่ายเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างจริงจังในทุกระดับ ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นปรับปรุงให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างจริงจังในทุกระดับ ทั้งในระดับคณะกรรมการหมอกควันแห่งชาติ คณะกรรมการหมอกควันระดับภาค จังหวัด อำเภอ และตำบล

๒๐. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณล่าช้าไม่สอดคล้องกับฤดูกาลของการเกิดปัญหา และไม่เพียงพอไม่ถึงกลุ่มประชาชนผู้ทำหน้าที่ในการดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาในระดับหมู่บ้าน ตำบล และยังขาดมาตรการทางนโยบายและระเบียบที่ชัดเจนในการกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่วิกฤติสามารถจัดทำของบประมาณเพื่อจัดการปัญหาหมอกควันเป็นการเฉพาะ ได้โดยตรง เช่น แผนปฏิบัติการเพื่อการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด ใช้เกณฑ์การสนับสนุนท้องถิ่นเดียวกันทั่วประเทศ และด้านมลพิษหมอกควันมักไม่ได้รับการสนับสนุน เนื่องจากไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์เฉพาะพื้นที่

๒๑. การไม่มีกฎหมายที่เอื้อประโยชน์ให้กับชุมชนได้มีสิทธิและหน้าได้ทำหน้าที่ดูแลรักษาป่าอย่างเป็นระบบ เมื่อไม่มีสถานะทางกฎหมายรับรองอย่างชัดเจน ทำให้ประชาชนขาดสิทธิในการกำหนดจัดทำแผนการจัดการป่า จัดการไฟป่าร่วมกับรัฐอย่างเหมาะสม ประชาชนมีเพียงหน้าที่พลเมืองดีแต่ขาดสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถจัดตั้งกลุ่มมีระเบียบกติกากลุ่มชุมชนที่ชอบด้วยกฎหมายมีผลต่อสภาพบังคับใช้ ตลอดจนยังเป็นการจำกัดสิทธิในการเข้าถึงงบประมาณของรัฐ เพื่อทำแผนการจัดการไฟป่าได้ด้วยองค์กรชุมชน

๒๒. ไม่มีนโยบายที่เอื้อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขปัญหาตามสภาพความเหมาะสมของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาเรื่องการแข่งขันระหว่างที่ทำกินของประชาชน ที่ข้อจำกัดการประกาศเป็น ที่ป่าของรัฐจำนวนมากที่ยังไม่มีการสำรวจ ตรวจสอบดำเนินการพิสูจน์สิทธิ รongรับสิทธิ จำกัดสิทธิ ให้ เหมาะสม (มีมติ ครม.ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๒) ซึ่งเป็นเหตุพื้นฐานทำให้รัฐไม่สามารถดำเนินการควบคุมป้องกันการบุกรุกป่าเพิ่มเติมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการบุกรุกเพื่อขยายพื้นที่การปลูกพืชเข้าไปในพื้นที่ป่าจำนวนมาก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดไฟจำนวนมาก

๒๓. ข้อจำกัดในสิทธิที่ดิน เนื่องจากการครอบครองใช้ประโยชน์ยังไม่มีเอกสารสิทธิถูกต้องตาม นโยบายและกฎหมาย ทำให้เกษตรกรไม่สามารถเข้าถึงโอกาสในการปรับเปลี่ยนระบบการปลูกพืชจากพืช เชิงเดี่ยวไปสู่ระบบการปลูกสร้างสวนป่าแบบผสมผสานได้ ขาดโอกาสในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติ การปลูกสร้างสวนป่า หรือนโยบายส่งเสริมอาชีพอื่น ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบการเกษตรสำคัญที่สามารถลดการเผา ไปได้จำนวนมาก

๒๔. แม้มีพื้นที่ต้นแบบชุมชน หรือนวัตกรรมองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก็ค่อนข้างมาก แต่ยังกระจัดกระจาย ยังไม่สามารถถ่ายโอนไปสู่ผู้ที่ต้องการใช้ความรู้ได้ในวงกว้าง ขาดการขยายผลสู่พื้นที่ข้างเคียง การสนับสนุน ไม่ต่อเนื่อง

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๗

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมควบคุมมลพิษ. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการควบคุมการเผาในที่โล่ง กรุงเทพฯ : กรมควบคุมมลพิษ สืบค้นวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๕ จาก <http://www.pcd.go.th>
๒. กรมควบคุมมลพิษ. แผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาหมอกควันและไฟป่า ปี 2555-2559 กรุงเทพฯ : กรมควบคุมมลพิษ สืบค้นวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๕ จาก <http://www.pcd.go.th>
๓. คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. โครงการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาวิกฤติหมอกควัน : กิจกรรมศึกษาวิจัยทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหมอกควันและการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวัง. เชียงใหม่ : คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๓.
๔. คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. โครงการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนในการแก้ไขปัญหาวิกฤติหมอกควัน : กิจกรรมการพัฒนาชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้การแก้ไขปัญหาภาวะหมอกควันในชุมชน. เชียงใหม่ : คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๓.
๕. เจียมใจ เครือสุวรรณ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการวิเคราะห์สภาพอากาศและการเฝ้าระวังการเกิดมลภาวะอากาศ. ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). เชียงใหม่; ๒๕๕๑.
๖. เดโช ไชยทัฬห. การปฏิรูประบบการบริหารจัดการไฟป่า : การปฏิรูประบบการจัดการทรัพยากรทั้งระบบ. โครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ (เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๕๕.
๗. เดโช ไชยทัฬห. ข้อเสนอแนวทางการจัดการไฟป่าลดปัญหาหมอกควัน . โครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ภาคเหนือ) (เอกสารอัดสำเนา); ๒๕๕๕.
๘. พัทธา อินทนิล (บก.). "เปิดพรมแดนความรู้แก้ไขปัญหาหมอกควัน" โครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน เชียงใหม่ : มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ; ๒๕๕๒.
๙. พงศ์เทพ จิววรรณเดชะ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาระดับรายวันของฝุ่นในอากาศและผลกระทบต่อสุขภาพในผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืด ภายในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน. ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); ๒๕๕๐.
๑๐. พงศ์เทพ จิววรรณเดชะ. สรุปบทเรียนการจัดการปัญหาหมอกควันในภาคเหนือ เชียงใหม่ : ศูนย์ประสานข้อมูลปัญหาหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มปป.
๑๑. เพลินพร ผิดงาม. ปัญหาหมอกควัน ทางออกอยู่ที่ไหน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ภาคเหนือ กรุงเทพมหานคร : สำนักอาสาสมัครและเครือข่ายกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม; ๒๕๕๓.
๑๒. มงคล รายนาคกร และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการวิเคราะห์เพื่อหามลพิษทางอากาศในอนุภาคฝุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำพูน. ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.); ๒๕๕๐.
๑๓. จักรพงษ์ รัชยพงษ์. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง "ผลของไฟผิวดินความรุนแรงต่ำที่มีต่อการเจริญเติบโตของพืชในระบบนิเวศของป่าเต็งรัง" ภายใต้การสนับสนุนของโครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ. เชียงใหม่ : มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ; ๒๕๕๕.
๑๔. จักรพงษ์ รัชยพงษ์. รายงานการศึกษาความเป็นไปได้ในการฟื้นฟูพฤติกรรมที่เกิดไฟที่ผิดธรรมชาติของป่าเต็งรังภายใต้การสนับสนุนของโครงการความร่วมมือจัดการไฟป่าแบบผสมผสานลดปัญหาหมอกควัน มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ. เชียงใหม่ : มุลินีเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ; ๒๕๕๕.
๑๕. จักรพงษ์ รัชยพงษ์ . การวางแผนแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการเชื้อเพลิง ป่าเต็งรังโดยใช้แบบจำลองไฟป่า สืบค้นเมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕ จาก <http://www.tunkwan.com>.
๑๖. ศุทธิณี ดนตรี; ลัญญา ทุมตะขบ; พิภพ ชำนิวิกัยพงศ์ และศุภลักษณ์ หน้อยสุยะ. การจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่เผาจากข้อมูลเชิงพื้นที่หลายแหล่งเพื่อการ เฝ้าระวังและการป้องกันการเผาในที่โล่งในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๔.

๑๗. ศุทธิณี ดนตรี. แผนปฏิบัติการเพื่อจัดการไฟฟ้า-หมอกควัน พ.ศ.๒๕๕๕ ในตำบลสบเตี๊ยะ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๔.
๑๘. ศิริ อัคระอัคร, ไกรสร วิริยะ, ธนวัฒน์ ทองตัน, และ ประยูรยงค์ หนูไชยา. ลักษณะเชื้อเพลิงในป่าเต็งรังเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าห้วยขาแข้ง. กรุงเทพฯ : ส่วนวิชาการด้านไฟฟ้า สำนักป้องกันปราบปราม และควบคุมไฟป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า; ๒๕๔๗.
๑๙. ศิริ อัคระอัคร, และ ส. กิตติสิทธิ์. ลักษณะเชื้อเพลิงในป่าเต็งรัง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัยสำนักงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยธรรมชาติ. กรุงเทพฯ : กรมป่าไม้; ๒๕๓๕.
๒๐. ศูนย์วิจัยและจัดการคุณภาพอากาศ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานการทบทวนวรรณกรรมไฟฟ้าและการเผาในพื้นที่เกษตร และการจัดการ. เชียงใหม่ : ศูนย์วิจัยและจัดการคุณภาพอากาศ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๕๔.
๒๑. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. ข้อมูลพื้นฐานเศรษฐกิจการเกษตร ปี ๒๕๕๔ เอกสารการเกษตรเลขที่ ๔๐๑. กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๕.
๒๒. สมศักดิ์ สุขวงศ์. การเจริญเติบโตของพรรณไม้ในป่าเต็งรัง. กรุงเทพฯ : คณะวนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; ๒๕๑๕.
๒๓. สุรเด่น สัญญาอาจ. ผลกระทบของไฟต่อพืชพรรณและดินในป่าเต็งรังสะแกราช นครราชสีมา. นครราชสีมา; ๒๕๓๒.

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๗/ฉหาก ๑

ตารางแสดงผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ในการจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

หน่วยงานนโยบาย	หน่วยงานปฏิบัติ/ผู้ปฏิบัติ	หน่วยงานสนับสนุน
คณะกรรมการจัดการไฟป่าและหมอกควันแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย - กรมการปกครอง - กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม - กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช - กรมป่าไม้ - กรมควบคุมมลพิษ - กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ - กรมส่งเสริมการเกษตร - กรมวิชาการเกษตร - กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงสาธารณสุข - กรมอนามัย - กรมควบคุมโรค กระทรวงคมนาคม กระทรวงศึกษาธิการ ภาคส่วนอื่นๆ	จังหวัด อำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ สำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ สำนักงานเกษตรจังหวัด เกษตรอำเภอ เกษตรตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ตำบล สำนักทางหลวง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาฯ องค์กรชุมชน หมู่บ้าน	กองทัพบก กรมประชาสัมพันธ์ สำนักงานนายกรัฐมนตรี สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค สถาบันการศึกษา/มหาวิทยาลัย/นักวิจัย/นักเรียน นักศึกษา สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สภาเกษตรกรแห่งชาติ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบและภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน

สมาชิกสุขภาพ ๕/หลัก ๘

ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

นิยาม

(๑) การปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (Good Agricultural Practice::GAP) หมายถึงมาตรฐานการปฏิบัติทางการเกษตรที่อันเป็นมาตรฐานกลางที่มีเนื้อหาสาระครอบคลุมการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีในทุกขั้นตอนการผลิตที่ดำเนินการในระดับฟาร์มรวมถึงการผลิตในระดับเกษตรกรรายย่อย

(๒) สารเคมีทางการเกษตร ในที่นี้หมายความเฉพาะสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช หรือสารอารักขาพืช

สถานการณ์

๑. ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม เพราะประชากรกว่าร้อยละ ๓๘ ของประชากรทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรรม* การเกษตรเป็นภาคการผลิตที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของประชาชนส่วนใหญ่ ดังนั้นการกำหนดนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิรูประบบสารเคมีโดยการควบคุมกำกับกับการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส มีความเข้มงวด และต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงการส่งเสริมการจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืชขั้นต้น เพื่อจะให้ได้มาซึ่งวัตถุดิบที่ปลอดภัยในการนำไปประกอบเป็นอาหารจึงต้องกระทำโดยเร่งด่วน เนื่องด้วยประเทศไทยเป็นแหล่งผลิตอาหารสำคัญของโลกที่สามารถผลิตอาหารได้หลากหลาย เพราะนอกจากผลิตได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการบริโภคภายในประเทศแล้ว ยังส่งเป็นสินค้าออกไปขายยังต่างประเทศด้วย โดยประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกสินค้าเกษตรที่สำคัญของโลก มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๙ ต่อปี และมีสัดส่วนการส่งออกสินค้าเกษตรกรรมต่อการส่งออกทั้งหมดประมาณร้อยละ ๒๓ ของมูลค่าการส่งออกทั้งหมด

๒. แม้สารเคมีทางการเกษตรจะมีประโยชน์ต่อการควบคุมการระบาดของโรคและแมลงศัตรูพืชได้ระดับหนึ่ง แต่ก็มีความเป็นพิษโดยตัวสารเคมีเอง ประกอบกับการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องของตัวเกษตรกรผู้ใช้และการใช้โดยปราศจากนโยบายและมาตรการกฎหมายที่ควบคุมเข้มงวด การส่งเสริมการขายโดยปราศจากความรับผิดชอบ จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกร ผู้บริโภค สิ่งแวดล้อม และสังคม ตลอดจนสร้างความสูญเสียมหาศาลทางเศรษฐกิจทั้งในระยะสั้นและยาว มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นปัจจัยการผลิตที่เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้ ในปี ๒๕๕๔ ประเทศไทยนำเข้าสารเคมีทางการเกษตร โดยเฉพาะสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชคิดเป็นปริมาณสารออกฤทธิ์ ๘๗,๖๑๙ ตัน มูลค่า ๒๒,๐๔๔ ล้านบาท จำแนกประเภทได้เป็นสารกำจัดแมลง ๑๐,๖๗๑ ตันของสารออกฤทธิ์ สารป้องกันกำจัดโรคพืช ๖,๙๘๐ ตันของสารออกฤทธิ์ สารกำจัดวัชพืช ๖๗,๖๐๘ ตันของสารออกฤทธิ์ และสารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ ๒,๓๖๐ ตันของสารออกฤทธิ์^๑ โดยถ้าเปรียบเทียบกับสัดส่วนการทำเกษตรที่ใช้สารเคมีต่อการเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมีหรือเกษตรอินทรีย์พบว่าเกษตรกรในประเทศใช้สารเคมีในการผลิตเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ ๙๙ โดยทำเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมีหรือเกษตรอินทรีย์ไม่ถึงร้อยละ ๑

* สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, ๒๕๔๘

^๑ สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร, ๒๕๕๕ (เข้าถึงได้ที่ http://www.doa.go.th/ard/images/stories/stat/stat_411.pdf)

๓. ประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) ซึ่งในปี ๒๕๓๗ มีการบังคับใช้ความตกลงด้านสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measure : SPS) ที่กำหนดกติกาให้ประเทศต่าง ๆ ใช้มาตรการด้านมาตรฐานและความปลอดภัยอาหาร ควบคุมการนำเข้าสินค้าเกษตรและอาหารเพื่อป้องกันการนำเข้าสินค้าที่มีการปนเปื้อน นอกจากนี้แล้ว ปัญหาด้านความปลอดภัยของอาหารและการแพร่กระจาย เช่น โรคฉี่หนู และการปนเปื้อนเมลามีนในนม เป็นต้น ก็ทำให้ผู้ค้าต้องการสร้างความเชื่อมั่นในระบบความปลอดภัยของอาหารคือการใช้ระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงตั้งแต่ระดับฟาร์มผลิต การเก็บเกี่ยวรวบรวมผลผลิต การบรรจุและหีบห่อ การแปรรูป ต่อเนื่องไปจนถึงโต๊ะอาหาร (From Farm to Table) ทั้งนี้ในด้านของการผลิตที่ดี ณ แหล่งผลิตที่ฟาร์มนั้นได้ มีหลักการและแนวทางโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization : FAO) และมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex) เพื่อให้บุคคลทั่วไปใช้เป็นแนวทางจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีให้มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค (GAP) รวมถึงมีข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น อนุสัญญาโรคเตตราดิมว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้าสำหรับสารเคมีอันตราย และสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ และอนุสัญญาสตอกโฮล์ม ว่าด้วยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

ความสำคัญของปัญหา:

๔. แนวโน้มการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทยสูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยในจำนวนนี้เป็นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ประเทศพัฒนาแล้วทั้งทางตะวันตก ตะวันออก และเพื่อนบ้านอาเซียนประกาศห้ามผลิต ห้ามใช้ และไม่ให้นำเข้าแล้ว คือ ๑) คาร์โบฟูราน - ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา จีน ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ และญี่ปุ่น ๒) เมโทมิล - สหราชอาณาจักร เยอรมนี ฟินแลนด์ กัมพูชา สิงคโปร์ มาเลเซีย ลาว และอินเดีย (บางสูตร) ๓) ไดโครโตพอส - สหภาพยุโรป ไต้หวัน อินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ แคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ ญี่ปุ่น มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และลาว และ ๔) อีพีเอ็น - สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ไต้หวัน กัมพูชา พม่า อินโดนีเซีย อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ แคนาดา เวียดนาม มาเลเซีย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ บังคลาเทศ และลาว โดยสารเคมีทั้ง ๔ ชนิดนี้มีข้อพิสูจน์ยืนยันชัดเจนทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ว่าเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ^๑

๕. กระบวนการขึ้นทะเบียนสารเคมีทางการเกษตรขาดประสิทธิภาพ เพราะตามหลักการแล้วก่อนมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อนำมาจำหน่ายในตลาดได้นั้น จะต้องมีการขอขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายทางการเกษตร (แผนภาพที่ ๑) ซึ่งตามประกาศกรมวิชาการเกษตรเรื่องกำหนดรายละเอียด หลักเกณฑ์ และวิธีการขึ้นทะเบียน การออกใบสำคัญและการต่ออายุใบสำคัญการขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายที่กรมวิชาการเกษตรเป็นผู้รับผิดชอบ พ.ศ.๒๕๕๒ ข้อ ๔ การขึ้นทะเบียนวัตถุอันตรายให้มี ๓ ขั้นตอน คือ การทดลองเบื้องต้น เพื่อทราบประสิทธิภาพ ข้อมูลพิษเฉียบพลันและพิษตกค้าง การทดลองใช้ชั่วคราวเพื่อสาธิตการใช้และทราบข้อมูลพิษระยะปานกลางและพิษเรื้อรัง และการประเมินผลขั้นสุดท้ายเพื่อรับขึ้นทะเบียนวัตถุอันตราย เพื่อทราบประสิทธิภาพ ความปลอดภัยต่อมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และพิษเรื้อรัง

^๑ ข้อมูลโดยสังเขปว่าด้วยผลกระทบด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๔ ชนิด ใน <http://thaipan.org/>



ระยะยาว ๒ ปี ต่อสัตว์ทดลอง ซึ่งสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๔ ชนิดข้างต้นมีข้อพิสูจน์ชัดว่าเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ซึ่งตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ มาตรา ๓๘ ได้ห้ามมิให้พนักงานเจ้าหน้าที่รับขึ้นทะเบียนวัตถุอันตราย ที่เมื่อนำมาใช้แล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์ หรือสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีวิธีตามปกติตามควรที่จะป้องกันได้ ในขณะที่ยังคงมีการอนุญาตให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้ามา ก่อนหน้าวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔ ซึ่งรวมถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ๔ ชนิดข้างต้นสามารถขายได้ไปพลางก่อนอีก ๒ ปีที่นอกจากจะไม่เป็นตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังอาจทำให้ไทยสูญเสียตลาดสินค้าเกษตรระหว่างประเทศด้วยการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เหล่านี้ในสินค้าเกษตรที่ส่งไปขายต่างประเทศเนื่องจากถูกตีกลับ

แผนภาพที่ ๑ เส้นทางการใช้ควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตั้งแต่การขอขึ้นทะเบียนวัตถุอันตราย ทางการเกษตร การนำเข้าหลังจากได้รับการขึ้นทะเบียน การผลิตและบรรจุภัณฑ์ การตลาด และจัดจำหน่าย การใช้ในแปลงเกษตรกร และการตกค้างในอาหาร



๖. นอกจากนี้ การบังคับให้พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๑ ในมาตรา ๔ ที่กำหนดให้มีตัวแทนองค์กรสาธารณประโยชน์และมีประสบการณ์การดำเนินงานด้านการคุ้มครองสุขภาพอนามัย ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการเกษตรกรรมยั่งยืน ด้านการจัดการปัญหาวัตถุอันตรายในท้องถิ่น หรือด้านสิ่งแวดล้อม เข้าไปเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการวัตถุอันตรายนั้น อาจดำเนินไปในทางขัดเจตนารมณ์ของกฎหมายที่เปิดกว้างกับกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เนื่องจากมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าไปเป็นคณะกรรมการวัตถุอันตรายในฐานะตัวแทนขององค์กรสาธารณะประโยชน์จนอาจทำให้การพิจารณาต่างๆ ขาดธรรมาภิบาล ความโปร่งใส และไม่คำนึงถึงการปกป้องคุ้มครองสุขภาพประชาชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเกิดผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) ที่นำไปสู่ความสูญเสียทางสุขภาพของประชาชนได้

๗. ผลจากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรในพืชผักผลไม้อาจตกค้างในผลผลิตและก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคด้านสุขภาพและสะสมในสิ่งแวดล้อม โดยประเทศที่เจริญแล้วเช่นประเทศญี่ปุ่นหรือสหภาพยุโรปได้จัดทำและผลักดันกฎหมายเพื่อปกป้องผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนผู้บริโภคภายในประเทศของตนเพื่อให้ครอบคลุมและเพิ่มมาตรการบังคับใช้ให้เป็นรูปธรรม สำหรับประเทศไทยได้มีมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารเรื่องสารพิษตกค้าง คือ ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Limit : MRL) เป็นค่าหรือปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่ยอมให้มีปะปนได้ในสินค้าเกษตรซึ่งมีผักและผลไม้ การกำหนดค่าดังกล่าวมีคณะกรรมการมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติเป็นผู้กำหนด มาตรฐานดังกล่าวยังคงเป็นมาตรฐานไม่บังคับ และยังคงสับสนในระดับของผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากมีแนวคิดที่แตกต่างกันสองข้อว่าไม่จำเป็นต้องใส่ใจหรือกังวลมากในกรณีที่เกษตรกรใช้สารเคมีเกษตรที่ไม่ถูกต้องหรือเมื่อเจอสารปนเปื้อนเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เนื่องจากเป็นเพียงแค่ว่ากำหนดทางการค้าเท่านั้น เนื่องจากการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสามารถใช้สารเคมีทางการเกษตรได้และมีปัญหาเกี่ยวกับผักผลไม้ แต่ก็ยังคงพบปัญหาการปนเปื้อนในผลผลิตเนื่อง ๆ ความสับสนในข้อมูลและความรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องสื่อสารให้แก่ผู้บริโภคผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้บริโภคอย่างถูกต้องและทั่วถึง

๘. ความไม่ปลอดภัยทางอาหารของประเทศไทยแม้เกิดขึ้นมาอย่างยาวนาน แต่ก็ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์กลางการแจ้งเตือนภัยด้านอาหารของประเทศไทยที่สามารถสื่อสารสาธารณะได้ทันสถานการณ์ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดตั้งระบบแจ้งเตือนภัยด้านอาหาร (Food Alert System of Thailand : FAST) ขึ้นในปี ๒๕๕๐ ซึ่งพัฒนามาจากระบบการแจ้งเตือนสินค้าและอาหารของสหภาพยุโรป (Rapid Alert System for Food and Feed : RASFF) แต่ในการดำเนินงานก็เป็นการแจ้งเตือนไปยังหน่วยงานเครือข่ายให้ทราบเป็นข้อมูลหรือขอความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้มีหน้าที่กำกับดูแลเท่านั้น ยังคงขาดการสื่อสารสู่สาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักและทางเลือกในการบริโภคเพื่อจะสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ถูกแจ้งเตือนว่าอันตรายที่วางจำหน่ายอยู่ในตลาดได้ทันทั่วถึง ที่สำคัญ FAST ยังขาดการบูรณาการจากภาคส่วนสังคมที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้บริโภค

๙. แม้ว่ารัฐบาลจะดำเนินการประกาศใช้นโยบายและกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมี แต่ก็ยังเป็นกฎหมายที่ออกโดยภาพรวมที่มีความเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวงโดยเฉพาะกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงกลาโหม เช่น พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นต้น อีกทั้งสารเคมีทางการเกษตรชนิดหนึ่ง ๆ อาจนำไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เพียงการเกษตรอย่างเดียวได้ ส่งผลให้การควบคุมการนำมาใช้เพื่อการเกษตรหรือการห้ามใช้ไม่สามารถปฏิบัติได้โดยทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เช่น สารแลนเนตที่มีฤทธิ์ในการกำจัดปลวกสำหรับนำมาใช้ในบ้าน แต่เกษตรกรกลับนำสารเคมีเหล่านี้ไปใช้กำจัดแมลงแปลง หรือไกลโซเฟสซึ่งเป็นสารเคมีกำจัดวัชพืชที่มีชื่อทางการค้าประมาณ ๑,๐๐๐ ชื่อ จนสร้างความสับสนแก่เกษตรกรกระทั่งนำไปสู่ความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องปลอดภัย



ผลกระทบ

๑๐. ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรมีความรุนแรงมาก เพราะแม้หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบด้านมาตรฐานสินค้าเกษตร โดยเฉพาะสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ ได้ออกมาตรฐานการจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (GAP) ในสินค้ารายชนิดโดยเป็นมาตรฐานสมัครใจ แต่เมื่อมีกรณีสินค้าเกษตรที่ส่งออกไม่ปลอดภัยเพราะพบการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร กรมวิชาการเกษตรก็ได้ออกประกาศบังคับให้ผู้ส่งออกสินค้าดังกล่าวต้องแสดงใบรับรองว่าได้สินค้ามาจากแปลงปลูกที่ได้รับการรับรองแล้วเท่านั้น ขณะที่ผู้บริโภคไทยกลับยังคงเสี่ยงสูงมากที่จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคผักผลไม้ที่มีสารเคมีทางการเกษตรตกค้างต่อไป ดังผลการสำรวจผักยอดนิยมในหมู่ผู้บริโภค ๗ ชนิด คือ กะหล่ำปลี คื่นช่าย ถั่วฝักยาว ผักกาดขาว ผักบุ้งจีน ผักชี และพริกจินดา ที่ขายในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ ตลาดสด และรรเระของเขตกรุงเทพมหานครที่พบปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างเกินมาตรฐานของสหภาพยุโรปถึงร้อยละ ๔๐ โดยในจำนวนนี้คือคาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส และอีพีเอ็น^๕ ขณะที่ผลสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก็พบว่าผักสดในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ๓๕๙ ตัวอย่างมีอัตราการพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้ายแรงตกค้างในผักที่มีเครื่องหมายปลอดสารพิษและผักที่ไม่มีเครื่องหมายร้อยละ ๕๑.๘ และ ๖๓.๗ ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการตรวจเลือดในเกษตรกรก็พบว่าร้อยละ ๔๐ มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดในระดับที่เสี่ยงและไม่ปลอดภัย เช่นเดียวกันกับผลตรวจในปี ๒๕๔๐ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่พบว่าเกษตรกรมีผลตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดพิษอันเนื่องมาจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงถึงร้อยละ ๑๖.๓๕ หรือ ๘๙,๙๒๖ คนจากจำนวน ๕๖๓,๓๕๓ คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยในปี ๒๕๕๔ ผลการสุ่มตรวจพบมีเกษตรกรถึงร้อยละ ๓๘ ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวด้วย^๕

๑๑. ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร อยู่ในระดับอันตรายร้ายแรง เนื่องจากมีการผลิตและการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่เป็นอันตรายและมีความเป็นพิษสูงซึ่งตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน ดังที่กรมควบคุมมลพิษได้ดำเนินการติดตามตรวจสอบการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตรในสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ลุ่มน้ำฝางในปี ๒๕๔๕-๒๕๔๗ พบว่ามีการตกค้างของสารเคมีทางการเกษตร ถึงแม้ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ด้านกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขก็รายงานการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรในแหล่งน้ำผิวดินในปี ๒๕๔๗ โดยพบว่ามีสารเอ็นโดซัลแฟนตกค้างในตัวอย่างแม่น้ำเจ้าพระยาและน้ำประปาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และในปี ๒๕๔๘ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมได้รายงานการตรวจพบสารเคมีทางการเกษตรในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในตัวอย่างดิน อากาศ และแหล่งน้ำผิวดินบริเวณลุ่มน้ำฝาง ถึงแม้ความเข้มข้นของสารเคมีที่ตรวจพบทั้งหมดไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

^๕ ข้อมูลเพิ่มเติมในรายงานผลกระทบตรวจฉีกินกรุงเทพฯมหานคร ได้ที่ <http://www.thaipan.org/node/362>

^๕ สถิติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมประจำปี ๒๕๕๔, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการทางกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง:

๑๒. แม้ว่าภาครัฐจะมีการประกาศใช้นโยบายและแผน กฎหมายและกฎระเบียบด้านการจัดการสารเคมีมาอย่างต่อเนื่อง อาทิ ๑) นโยบายและแผนแม่บทของการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืช พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๔๙ ที่ประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ ๓ ด้าน คือ การควบคุมและจัดการวัตถุอันตรายทางการเกษตรครบวงจร การวิจัยพัฒนาเพื่อวิเคราะห์ผลกระทบ และการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสารป้องกันกำจัดศัตรูพืช ๒) ยุทธศาสตร์มาตรฐานความปลอดภัยสินค้าเกษตรและอาหาร พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๖ ซึ่งมุ่งสนับสนุนผู้ผลิตเข้าสู่ระบบมาตรฐานด้านความปลอดภัย ๔) แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ ซึ่งมุ่งพัฒนาระบบบริหารจัดการจัดการสารเคมี การลดความเสี่ยงอันตรายจากสารเคมีด้านเกษตรกรรมและด้านอุตสาหกรรม และการส่งเสริมความปลอดภัยและบทบาทประชาชนในการจัดการสารเคมี และแผนจัดการมลพิษ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ ที่มุ่งสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการมลพิษของประเทศ รวมทั้งมีกฎหมายเพื่อการควบคุมและกำกับดูแลด้านการจัดการสารเคมี ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ แต่ทว่าการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายเหล่านี้ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะสร้างความปลอดภัยในอาหารได้

๑๓. ถึงแม้ว่าเมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒ คณะรัฐมนตรีจะมีมติเห็นชอบข้อเสนอนโยบายการจัดการสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ ทว่าหลักการสำคัญที่ให้คณะกรรมการวัตถุอันตรายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเปิดกว้างให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัตถุอันตราย และให้มีการควบคุมการโฆษณาและขายตรงวัตถุอันตรายทางการเกษตร ก็ยังไม่มี การบังคับใช้ ในขณะที่แนวโน้มการนำเข้าและใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลับเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี ทั้ง ๆ ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น ต่างขานรับนโยบายนี้แล้ว

๑๔. การบริหารจัดการวิกฤตความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรโดยไม่ผลักภาระด้านมลพิษให้สังคมไทยแบกรับนั้น กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้เสนอแผนการจัดการมลพิษ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้วเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๕ โดยให้มีการจัดเก็บภาษีสิ่งแวดล้อมจากสารเคมีทางการเกษตรตามระดับความรุนแรงของสารพิษของผลิตภัณฑ์เพื่อลดการใช้สารเคมี และให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้าสารเคมีทางการเกษตรเพื่อการจำหน่ายต้องวางหลักประกันทางการเงินเพื่อใช้เป็นกองทุนในการกำจัดทำลายสารเคมีทางการเกษตรคงค้าง/เสื่อมสภาพ การฟื้นฟูในกรณีเกิดอุบัติเหตุจากสารเคมี และการชดเชยค่าเสียหายในกรณีเกิดผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

๑๕. การรณรงค์ให้เกษตรกรปฏิบัติตาม GAP และการให้ความรู้ด้านการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่ถูกต้องนั้น ภาคเอกชนได้ปรับตัวมาก่อนหน้านี้แล้วเพื่อให้ทันต่อความต้องการของผู้บริโภคที่ให้ความสำคัญด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม โดยได้ออกมาตรฐานเอกชน ThaiGAP ที่มีความปลอดภัยเทียบเท่ามาตรฐานสากล (GLOBALGAP) เพื่อนำไปส่งเสริมให้ผลผลิตปลอดภัย ได้เริ่มใช้มาตรฐาน ThaiGAP กับพืชผักผลไม้สดซึ่งถือเป็นอาหารพื้นฐานที่สำคัญ โดยมาตรฐานดังกล่าวครอบคลุมระบบการบริหารและการจัดการ

ความเสี่ยงในการผลิตอย่างครบวงจร ตั้งแต่การคัดเลือกเมล็ดพันธุ์ การวิเคราะห์และเตรียมดิน การชลประทาน การให้ปุ๋ย การจัดการศัตรูพืช การเก็บเกี่ยวกระทั่งผลผลิตออกจากฟาร์มมีการจดบันทึกระหว่างปฏิบัติงาน พร้อมวิธีที่มีประสิทธิภาพในการตรวจสอบย้อนกลับและเรียกคืนสินค้า โดยได้มีการนำมาตรฐาน ThaiGAP ไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมเมื่อปี ๒๕๕๕ โดยสมาคมผู้ค้าปลีกเป็นผู้ผลักดัน เพื่อให้เป็นกลไกหนึ่งในการเริ่มต้น สร้างความปลอดภัยในผักและผลไม้สดด้วยระบบการบริหารจัดการที่มีความชัดเจน โปร่งใส และสามารถขยายผลได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ถึงแม้ว่าระบบและกลไกการขับเคลื่อน ThaiGAP จะเป็นมาตรการสมัครใจ แต่ก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการแข่งขันทางการค้าอย่างยั่งยืนได้ด้วยเพราะเป็นการนำกระบวนการและกลไกที่มีอยู่แล้วของภาคเอกชนมาปฏิบัติได้ทันที ยิ่งขยายผลให้ทั่วถึงและเป็นรูปธรรมยิ่งส่งผลดีต่อภาพลักษณ์ของประเทศไทยในการเป็นครัวโลก (Kitchen of the World) ด้วยเพราะเป็นการสร้างความมั่นใจในคุณภาพและ ความปลอดภัยในสินค้าเกษตรของไทยกับตลาดคู่ค้าและผู้บริโภค เนื่องจากปริมาณรวมของผักผลไม้สด ที่หมุนเวียนในระบบกลุ่มค้าปลีก โดยเฉพาะซูเปอร์มาเก็ตในห้างสรรพสินค้าต่าง ๆ มีสัดส่วนมูลค่าถึง ร้อยละ ๗๕ ของปริมาณทั้งหมดในประเทศ

๑๖. การสร้างมาตรการความปลอดภัยทางอาหารจากการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มี ประสิทธิภาพนอกเหนือไปจากการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด การเพิ่มเติมกลไกด้านภาษีและการคลัง เพื่อให้ผู้ก่อมลพิษต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (Polluter Pays Principle : PPP) การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริม การขายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการกำกับการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ เข้มงวดและเปิดกว้างให้ประชาชน โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว ยังต้องดำเนินการ ส่งเสริมให้การจัดการคุณภาพการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดีสำหรับพืช (GAP) เป็นภาคบังคับทางกฎหมายเพื่อ ขจัดปัญหาอาหารไม่ปลอดภัย และใช้มาตรการคุณภาพของคนไทย (ThaiGAP) ซึ่งเป็นมาตรฐานภาคสมัครใจ โดยทั้งหมดนี้เพื่อให้กระบวนการผลิตอาหารตลอดห่วงโซ่การผลิตปลอดภัย เกษตรกรและผู้บริโภคตลอดจน ผลผลิตในตลาดค้าปลีกในประเทศมีความปลอดภัยเช่นเดียวกับตลาดส่งออก การสร้างระบบความรับผิดชอบ ด้านความปลอดภัยในการผลิตและจำหน่ายผักผลไม้สดตลอดห่วงโซ่อาหารโดยใช้มาตรฐาน GAP เป็น กลไกขั้นพื้นฐานเพื่อขยายผลทั่วประเทศ โดยเริ่มต้นจากระบบค้าปลีกในประเทศ การนำเข้าและผลิตในประเทศ ก่อน ใช้กลไกการขับเคลื่อนที่มีอยู่แล้วของภาคเอกชน โดยสภาหอการค้าแห่งประเทศไทยร่วมกับเครือข่าย สมาคมค้าปลีกแห่งประเทศไทย โดยมีภาครัฐและมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ส่งเสริมความรู้และการพัฒนา บุคลากรตลอดห่วงโซ่การผลิตและจำหน่าย จะทำให้เกษตรกรผู้ผลิตสามารถใช้สารเคมีทางการเกษตร โดยเฉพาะสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนผลผลิตที่ได้ก็เป็นที่ต้องการของตลาดทั้งในประเทศและ ต่างประเทศเพราะมีความปลอดภัยไร้สารพิษ

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ:

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๘

สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๙

การพัฒนาศักยภาพและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบ

ด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและ

สินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

ความสำคัญและผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการค้าอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร ต่อประเทศไทย

๑. การผลิตสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มคิดเป็นสัดส่วนที่สูงในระบบเศรษฐกิจของประเทศ ดังจะเห็นได้จากบัญชีประชาชาติปี ๒๕๕๓ ซึ่งรายงานว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) ของประเทศไทย ณ ราคาประจำปีมีมูลค่า ๑๐.๘ ล้านล้านบาท ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อคน (per capita GNP) ๑๕๓,๙๕๒ บาท และมีรายได้ประชาชาติ (National Income : NI) ประมาณ ๗.๗ ล้านล้านบาท จากโครงสร้างการผลิตของประเทศไทย ในระหว่างปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓

๒. อาหารที่ผลิตจากภาคเกษตรมีสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ ๑๐ ในขณะที่การผลิตอุตสาหกรรมคิดเป็นร้อยละ ๓๐ ของ GDP และในภาคการผลิตอุตสาหกรรมดังกล่าว หมวดอาหารและเครื่องดื่มมีสัดส่วนประมาณหนึ่งในห้าของการผลิตภาคนี้ทั้งหมด*

๓. ปี ๒๕๕๔ การค้าของประเทศไทยมีมูลค่าประมาณ ๑๕ ล้านล้านบาท (๔.๕๗ แสนล้านเหรียญสหรัฐ) โดยมูลค่าการค้ากับกลุ่มอาเซียนซึ่งเป็นกลุ่มประเทศคู่ค้าที่สำคัญของไทยอันดับหนึ่ง ซึ่งคิดเป็นหนึ่งในห้าของการค้าของไทยทั้งหมด โดยไทยได้ดุลการค้าจากกลุ่มอาเซียน (มูลค่าส่งออกมากกว่านำเข้า) ไทยส่งออกไปประเทศสิงคโปร์ และนำเข้าจากประเทศมาเลเซียสูงสุด ทั้งนี้สินค้าส่งออกอันดับหนึ่งได้แก่ น้ำมันสำเร็จรูป โดยในกลุ่มสินค้าเกษตรส่งออกคือ น้ำตาลทราย (อันดับ ๑๐) และมูลค่าการค้าระหว่างกันมีแนวโน้มสูงขึ้น

การค้าในอาเซียนและความตกลงที่เกี่ยวข้องกับอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

(ก) สิทธิประโยชน์ด้านภาษีศุลกากร

๔. อาเซียนซึ่งจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน หรือ อาฟตา ในปี ๒๕๓๕ (AEC Free Trade Area : AFTA 1992) และได้จัดทำความตกลงว่าด้วยการใช้อัตราภาษีพิเศษที่เท่ากันสำหรับเขตการค้าเสรีอาเซียน (Agreement on the Common Effective Preferential Tariff Scheme for the ASEAN Free Trade Area : CEPT-AFTA) เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคการค้าด้านภาษีนำเข้า (ศุลกากร) ของสินค้าที่อยู่ในรายการเจรจาและผลิตในอาเซียนที่เป็นไปตามกฎว่าด้วยแหล่งกำเนิดตามที่อาเซียนกำหนด กล่าวคือ ให้ภาษีนั่นเหลือต่ำที่สุด (ร้อยละ ๐ - ๕) ขจัดปัญหาและอุปสรรคทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษี และกำหนดเป้าหมายให้สินค้าทุกตัวที่อยู่ในรายการ (inclusion list) ไม่มีภาษีนำเข้า และสินค้าในบัญชีอ่อนไหว (sensitive list) มีอัตราภาษีสุดท้ายที่ร้อยละ ๕ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ เป็นต้นไป ต่อมาปี ๒๕๕๒ อาเซียนปรับปรุงความตกลง CEPT-AFTA เป็นความตกลงการค้าสินค้าของอาเซียน (ASEAN Trade in Goods Agreement : ATIGA 2009) ให้มีความทันสมัยทัดเทียมกับกฎเกณฑ์ทางการค้าในระดับสากล มีความครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการค้าสินค้ามากขึ้น^{๒๓}

๕. ATIGA ประกอบด้วย ๘ ประเด็นหลัก ได้แก่ ๑) การลดภาษีตามพันธกรณี CEPT-AFTA ๒) กฎว่าด้วยถิ่นกำเนิดสินค้า ๓) มาตรการที่มีใช้ภาษีศุลกากร ๔) การอำนวยความสะดวกทางการค้า ๕) การศุลกากร ๖) มาตรฐาน กฎระเบียบทางเทคนิค และกระบวนการตรวจสอบรับรอง ๗) มาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช และ ๘) มาตรการเยียวยาทางการค้า

๖. นอกจากนี้ จากข้อกำหนดของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนซึ่งมีแนวทางการนำร่องการรวมกลุ่มเศรษฐกิจโดยทดลองเร่งรัดใน ๑๒ สาขาสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้ายสินค้าและบริการในสาขาเหล่านั้นอย่างเสรี และสร้างการรวมกลุ่มในด้านการผลิต จัดซื้อวัตถุดิบเพื่อส่งเสริมการเป็นฐานการผลิตร่วมของอาเซียนและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ภาษีของสินค้าที่อยู่ในรายการเจรจาจะมีภาษีลดลงเร็วขึ้นจากกรอบอาฟตาอีก ๓ ปีคือ ปี ๒๕๕๐ สำหรับสมาชิกอาเซียนเดิม ๖ ประเทศ และ ปี ๒๕๕๕ สำหรับสมาชิกอาเซียนใหม่ ๔ ประเทศ โดย ๒ ใน ๑๒ สาขาดังกล่าวได้แก่ ผลิตภัณฑ์เกษตร และผลิตภัณฑ์ประมง

(ข) มาตรฐาน กฎระเบียบทางเทคนิค และ มาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช

๗. อาเซียนยังมีข้อตกลงด้านการกำหนดมาตรฐานของสินค้า โดยความตกลง ATIGA กำหนดให้มีการควบคุมกำกับด้านเทคนิค และกระบวนการตรวจสอบร่วมด้วยกลไกการกำหนดข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangement : MRA) ผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาของอาเซียนสำหรับมาตรฐานและคุณภาพ การประสานกฎระเบียบในการควบคุมกำกับคุณภาพสินค้า และการจัดตั้งระบบการเฝ้าระวังสินค้าภายหลังการวางตลาด และระบบการแจ้งเตือน นอกจากนี้ อาเซียนยังกำหนดให้ใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีด้านมาตรฐานภายใต้ความตกลงอุปสรรคทางการค้าด้านเทคนิค และกรอบและแนวทางด้านมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืชตามความตกลงขององค์การการค้าโลกว่าด้วยมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช ซึ่งเป็นมาตรฐานด้านความปลอดภัยที่ปกป้องชีวิตมนุษย์ สัตว์ หรือพืช หรือสุขภาพของแต่ละประเทศสมาชิก ในด้านการปฏิบัติให้อ้างอิงมาตรฐานสากลระหว่างประเทศ แนวทาง และข้อแนะนำซึ่งพัฒนาโดยองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ได้แก่ the Codex Alimentarius Commission (Codex), the World Organisation for Animal Health (OIE), the International Plant Protection Convention (IPPC) และ อาเซียน^๕

๘. กล่าวโดยสรุป อาหาร (ซึ่งจัดเป็นสินค้าอุตสาหกรรม) และสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสินค้าที่สำคัญของอาเซียนที่มีการค้าขายระหว่างกันมานานแล้วและมีการให้สิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีศุลกากรตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ คือ ไม่มีภาษีหรือมีภาษีน้อยมาก และเป็นผลให้การค้าขายสินค้าเหล่านั้นสะดวกมากขึ้นและมีปริมาณเพิ่มขึ้น นับจากปี ๒๕๕๐ เป็นต้นไป อาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารบางส่วนซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์เกษตร และผลิตภัณฑ์ประมงจะไม่มีภาษีศุลกากร และนอกเหนือจากเรื่องสิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีและการศุลกากรแล้ว อาเซียนได้เล็งเห็นถึงความเป็นสากลและการประสานกฎเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้เข้ากับระบบการค้าโลก ดังนั้น อาเซียนด้วยความตกลง ATIGA ปี ๒๕๕๒ จึงกำหนดให้จัดทำหลักเกณฑ์ที่จะยอมรับร่วมกันทั้งที่เกี่ยวกับมาตรฐานสินค้า และมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืชรวมถึงการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยต่างๆ ซึ่งการจัดทำหลักเกณฑ์และระบบเหล่านี้เริ่มดำเนินการภายหลังจากการริเริ่มด้านสิทธิประโยชน์ทางภาษีของกรอบอาฟตา ๒๐ ปี และขณะนี้ สมาชิกอาเซียนอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมของมาตรฐานของสินค้าต่างๆ ซึ่งรวมถึงกลุ่มอาหารและกลุ่มสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

(ค) ความตกลงอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการค้าอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

๙. นอกเหนือจาก ATIGA ซึ่งเป็นความตกลงที่ว่าด้วยการค้าสินค้าโดยตรงแล้ว ยังอาจมีความตกลงด้านการลงทุน และด้านการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services : AFAS) ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการค้าสินค้านี้ แต่เนื่องจากโดยรวมการค้าบริการตามมาตรฐานขององค์การการค้าโลกจะระบุกลุ่มบริการสาขามาตรฐานซึ่งเป็นแรงงานฝีมือ (skilled labour) ในขณะที่การผลิตสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร และกลุ่มอุตสาหกรรมอาหารจะต้องการกลุ่มแรงงานที่ไม่ต้องใช้ทักษะฝีมือ (non-skilled labour) เป็นส่วนใหญ่ อาจมีความต้องการบ้างในส่วนของบริการบริหารงาน และผู้เชี่ยวชาญด้านการเกษตร และอุตสาหกรรม เป็นต้น^๕

(ง) ความไม่ปลอดภัยและการตรวจสอบอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

๑๐. จากนิยามความปลอดภัยด้านอาหาร ตามข้อ ๑.๔ ภาคผนวกท้ายเอกสารหลัก (สมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก ๙.ผนวก ๑) นั้น อาหารที่เข้าลักษณะดังกล่าวจึงจัดได้ว่าเป็นอาหารไม่ปลอดภัย นอกจากนี้อาหารไม่ปลอดภัยอาจรวมถึงอาหารที่ได้จากเทคโนโลยีชีวภาพสมัยใหม่ที่ไม่ผ่านการประเมินความปลอดภัยสำหรับการเป็นอาหารมนุษย์

๑๑. การตรวจสอบอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารว่ามีความปลอดภัยหรือไม่ จึงมุ่งเน้นการตรวจสอบตามนิยามดังกล่าวซึ่งกำหนดด้วยมาตรฐานภายใต้กฎระเบียบของประเทศไทย และกฎเกณฑ์ภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกที่ประเทศไทยเป็นสมาชิก และความตกลงต่าง ๆ ที่ไทยเข้าร่วม รวมถึง อาเซียน ดังรายละเอียดในข้อ (ข) และข้อกำหนดของประเทศผู้นำเข้าอาหารเหล่านั้น นอกจากนี้ ด้วยระบบการเฝ้าระวังเมื่อประเทศผู้นำเข้าตรวจสอบสินค้าเหล่านั้นและพบว่าไม่ปลอดภัย จะแจ้งเตือนข้อมูลให้ประเทศผู้ส่งออกสินค้ามายังตนเองด้วย

๑๒. ระบบการแจ้งเตือนความไม่ปลอดภัยที่มีอยู่ในประเทศไทยมี ๔ ระบบ ได้แก่ ๑) เครือข่ายหน่วยงานด้านอาหารปลอดภัยระหว่างประเทศ (International Food Safety Authorities Network : INFOSAN) เป็นความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ซึ่งสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดำเนินการ ๒) ระบบแจ้งเตือนความปลอดภัยอาหารและอาหารสัตว์ของอาเซียน (ASEAN Rapid Alert System for Food and Feed : ARASFF) ๓) ระบบแจ้งเตือนความปลอดภัยอาหารและอาหารสัตว์สำหรับประเทศไทย (Thailand Rapid Alert System on Food and Feed : TH-RASFF) โดยสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานดำเนินการทั้งสองระบบ และ ๔) ระบบแจ้งเตือนภัยด้านอาหารของประเทศไทย (Food Alert System of Thailand : FAST) ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดำเนินการ^๖ ทั้งนี้แต่ละระบบให้ความสำคัญกับข้อมูลตลอดห่วงโซ่อาหารและผลกระทบต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความสูญเสีย และผลกระทบต่อสุขภาพจากอาหารไม่ปลอดภัย

๑๓. อาหารที่ไม่ปลอดภัยสามารถทำให้ผู้บริโภคอาหารนั้นป่วย โดยเกิดพิษต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลัน และเรื้อรัง (food-borne diseases) และอาจถึงแก่ชีวิต ดังตัวอย่าง ๒ กรณีต่อไปนี้

๑๔. เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๕ สหรัฐอเมริการายงานยอดผู้ป่วยจำนวน ๒๐๐ คน จากการติดเชื้อซาลโมเนลลา (Salmonella) ที่เกี่ยวข้องกับ ๒ ซีโรไทป์ ได้แก่ *Salmonella bareilly* และ *Salmonella nchanga* โดยรายงานสถิติระหว่างวันที่ ๒๘ มกราคม - ๑๒ เมษายน ๒๕๕๕ ผู้ป่วยกระจายตัวในสหรัฐอเมริกา ๒๑ รัฐ และเขตการปกครอง Columbia จากการสอบสวนทางระบาดวิทยา พบว่า ผู้ป่วยรับประทานปลาทูน่าแช่แข็งนำเข้า/ผลิตโดยบริษัท Moon Fishery Pvt. Ltd. ในประเทศอินเดีย และยังมี การส่งออกไปยังประเทศฝรั่งเศสด้วย ขณะนี้อยู่ในกระบวนการเรียกคืนสินค้าจากสหรัฐอเมริกาซึ่ง INFOSAN Emergency Contact Point ในประเทศอินเดียยังคงเฝ้าระวังต่อไป^๑

๑๕. เมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔ IHR National Focal Point ของประเทศเยอรมนี ยืนยันผู้ป่วย ๒๑๔ คนและผู้เสียชีวิต ๒ คน จากอาการไตวาย (อาการแทรกซ้อนจากแบคทีเรียกลุ่ม *enterohaemorrhagic Escherichia coli* (EHEC) ซึ่งสร้างพิษ Shiga toxins หรือ vero toxins ทำลายเซลล์เม็ดเลือดและไต) ต่อดังกล่าวโดยอนามัยโลก โดยสถาบัน Robert Koch Institute และ Hamburg Health Authorities ตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานมะเขือเทศ แดงกวาง และผักกาดหอม^๒

การดำเนินการเกี่ยวกับความปลอดภัยในประเทศไทย

๑๖. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติเป็นองค์กรที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านอาหารของประเทศไทยทั้งระบบซึ่งเป็นไปตามพระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑ และคณะกรรมการฯ ได้จัดทำกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารอย่างบูรณาการแล้วเสร็จเมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ โดยกรอบยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์หลักคือ ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงอาหาร ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ด้านอาหารศึกษา และด้านการบริหารจัดการ^๓

๑๗. นอกจากนี้ ประเทศไทยมีหน่วยงานที่กำกับดูแลด้านความปลอดภัยของอาหารจากหลายกระทรวง ทบวง กรม ภายใต้พระราชบัญญัติที่อยู่ในความรับผิดชอบ จากการวิเคราะห์ระบบการจัดการและระบบกำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย^{๓๐,๓๑,๓๒} พบว่า หน่วยงานที่กำกับดูแลและส่งเสริมสนับสนุนด้านความปลอดภัยของอาหารเหล่านั้น คือ ๑) กระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และหน่วยงานส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสุขภาพชุมชน) โดยล่าสุดกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย เพื่อบูรณาการด้านอาหารปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๒) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (ได้แก่ สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กรมวิชาการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร กรมประมง กรมปศุสัตว์ และกรมการข้าว) ๓) กระทรวงอุตสาหกรรม (ได้แก่ กรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม และสถาบันอาหาร) ๔) กระทรวงพาณิชย์ (กรมการค้าต่างประเทศ) ๕) กระทรวงการคลัง (กรมศุลกากร) ๖) กระทรวงคมนาคม (กรมการขนส่งทางบก) และ ๗) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

๑๘. สำหรับหน่วยงานหลักที่กำกับดูแลด้านความปลอดภัยของอาหารที่นำเข้าจากต่างประเทศ คือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานเหล่านี้มีพระราชบัญญัติที่

กำกับดูแลด้านมาตรฐานและความปลอดภัยตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของตนเอง ทำให้เกิดการทับซ้อนของภารกิจ และกฎหมายมีช่องว่างซึ่งไม่ครอบคลุมอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารบางกลุ่ม นอกจากนี้การกำกับดูแลมีกลไกหลากหลายขึ้นกับความเสี่ยงของกลุ่ม/ประเภทอาหารเหล่านั้นเป็นผลให้อาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารบางส่วนไม่ต้องถูกควบคุมกำกับก่อนออกสู่ตลาด แต่จะถูกกำกับดูแลด้วยระบบภายหลังออกสู่ตลาดแล้ว

๑๙. ประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้เป็นที่ตระหนักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและได้มีการหารือและความพยายามบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน รวมถึงการวางรูปแบบการดำเนินงานกำกับดูแลและเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารด้วย

นโยบายและยุทธศาสตร์การจัดการด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร

๒๐. จากยุทธศาสตร์หลักทั้ง ๔ ด้านของกรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารของประเทศไทยโดยคณะกรรมการอาหารแห่งชาตินั้น ยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร และอาหารศึกษาสัมพันธ์กับประเด็นความปลอดภัยของอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารภายใต้ประชาคมอาเซียน ภายหลังจากการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ฯ แล้วเสร็จ ขณะนี้คณะกรรมการฯ เริ่มการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้วยการทำงานของคนอนุกรรมการชุดต่าง ๆ ซึ่งในหนึ่งยุทธศาสตร์หลักจะมียุทธศาสตร์ย่อยที่มีผู้ดำเนินการจากหลายหน่วยงาน นอกจากนี้ แต่ละหน่วยงานจะมียุทธศาสตร์การดำเนินงานของตนเอง เช่น สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานจะสอดคล้องกับภาพรวมของกรอบยุทธศาสตร์ชาติ และตามบทบาทหน้าที่แห่งพระราชบัญญัติที่หน่วยงานรับผิดชอบ

กลไกและกระบวนการในระดับพื้นที่

๒๑. การบริหารจัดการอาหารปลอดภัยต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชน ซึ่งการทำงานแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกันตามลักษณะทางกายภาพ วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้คนในท้องถิ่น ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนจึงเป็นกลไกเริ่มต้นในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ หลักการให้ชุมชนมีส่วนร่วม และกระบวนการที่ทำให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ชุมชน เป็นสิ่งสำคัญ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร (ปัจจุบันคือ สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องอาหารปลอดภัยและมีข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการดังนี้ ๑) สร้างระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยระดับชุมชน โดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมในการพัฒนาทักษะการเฝ้าระวังสำหรับภาครัฐควรสนับสนุนเครื่องมือกับอุปกรณ์ที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ในระบบปฏิบัติงานเฝ้าระวัง และพัฒนาให้เกิดกลไกการรายงานผลสู่สาธารณะอย่างเปิดเผย ๒) เสริมสร้างจิตสำนึกและความตระหนักในอาหารปลอดภัย โดยจัดทำศูนย์การเรียนรู้ระดับชุมชนด้วยการบูรณาการจากศูนย์ต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน ๓) จัดตั้งคณะกรรมการอาหารปลอดภัยในระดับพื้นที่ด้วยการระดมบุคคลในชุมชนจากหลากหลายอาชีพมาร่วมเป็นคณะกรรมการฯ รวมทั้งผู้แทนหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการฯ มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนให้เกิดการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย^{๑๑}



ข้อสรุป

๒๒. จากประเด็นภายใต้การสำรวจระหว่างประเทศ และผลกระทบต่อสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนซึ่งมีเป้าหมายความเป็นหนึ่งเดียว มีการเคลื่อนย้ายของสินค้าที่สะดวกขึ้น จึงทำให้มีการนำเข้าและส่งออกอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารมากขึ้น มีโอกาสที่อาหารที่ไม่ปลอดภัยปะปนเข้ามาเพิ่มขึ้นในขณะเดียวกัน การที่จะทำให้เกิดอาหารที่ปลอดภัยนั้น ต้องประกอบไปด้วย การศึกษาความเสี่ยงที่จะเกิดอาหารไม่ปลอดภัย การสร้าง/พัฒนาระบบที่จะช่วยการตรวจสอบเพื่อประเมินความเสี่ยง ป้องกันความไม่ปลอดภัย ผู้ผลิตและผู้บริโภคทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงและปัญหาความไม่ปลอดภัยเหล่านั้น และตระหนักถึงการผลิตอาหารคุณภาพและมีความปลอดภัย ผู้บริโภคมีโอกาสเรียนรู้และมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัยร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจ มีวิจารณญาณและความสามารถที่จะเลือกอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเป็นการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการลงมือปฏิบัติ และการมีข้อมูลที่สามารถช่วยให้ติดตามปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ถูกต้อง และใช้ประโยชน์ได้อย่างทันที่

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสาร สมัชชาสุขภาพ ๕/ร่างมติ ๘

เอกสารอ้างอิง

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายได้ประชาชาติของประเทศไทย แบบปริมาณลูกโซ่ ฉบับปี พ.ศ.๒๕๓๓-๒๕๕๓. 2555. Office of the National Economic and Social Development Board : กรุงเทพมหานคร.
- ๒ ASEAN Free Trade Area. 1992, ASEAN Secretariat. : ASEAN members.
- ๓ ASEAN Trade in Goods Agreement. 2009, ASEAN secretariat, : ASEAN members..
- ๔ อ้างแล้วใน ๓
- ๕ ASEAN Framework Agreement on Services. 1995, ASEAN Secretariat : ASEAN members..
- ๖ กองควบคุมอาหาร. 2552. ใน เอกชัย คุปประวัตติ. ระบบแจ้งเตือนภัยด้านอาหารกับการคุ้มครองผู้บริโภค (The Food Alert System and Consumer Protection). วารสารอุตสาหกรรมเกษตรพระจอมเกล้า 3(1) : หน้า 10-21.
- ๗ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, พบ Salmonella ปนเปื้อนปลาทูน่าแช่แข็งระบาดในสหรัฐอเมริกา. ๒๕๕๕.
- ๘ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, อาการไตวายจากเชื้อจุลินทรีย์ E. coli O104 ระบาดในประเทศเยอรมัน. ๒๕๕๔.
- ๙ คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย. ๒๕๕๓, สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ : กรุงเทพมหานคร
- ๑๐ อ้างแล้วใน ๘
- ๑๑ คณะกรรมาธิการการเกษตรและสหกรณ์วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ความครอบคลุมของพระราชบัญญัติที่ใช้กำกับดูแลความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทยในห่วงโซ่อาหาร. ๒๕๕๔. วุฒิสภา : กรุงเทพ.
- ๑๒ ชรินทร์ เจริญพงศ์ และ ร. พงศ์รุจิกร., ระบบความปลอดภัยด้านอาหารของประเทศไทย. ๒๕๔๘, กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา : นนทบุรี.
- ๑๓ สุธาทิพย์ จันทร์ักษ์ และ พรรณี ลิ้มสวัสดิ์, เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กับ "อาหารปลอดภัย". ๒๕๕๗, ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข : นนทบุรี.

สมีชษาสุขภาพ ๕/หลัก ๙/ฉวอก ๑

การพัฒนาศักยภาพและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบ ด้านสุขภาพ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร

๑. นิยามที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติมาตรฐานสินค้าเกษตร พ.ศ.๒๕๕๑^๑ ให้นิยาม ดังนี้

๑.๑ สินค้าเกษตร หมายความว่า ผลผลิตหรือผลิตภัณฑ์อันเกิดจากการกลไกกรรม การประมง การปศุสัตว์ หรือการป่าไม้ และผลพลอยได้ของผลผลิตหรือผลิตภัณฑ์ดังกล่าว

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒^๒ ให้นิยามดังนี้

๑.๒ อาหาร หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่

- (๑) วัตถุทุกชนิดที่คนกินดื่มอมหรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ หรือในรูปลักษณะใด ๆ แต่ไม่รวมถึงยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นแล้วแต่กรณี
- (๒) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารรวมถึงวัตถุเจือปนอาหาร สีและเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

๑.๓ สินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร ยังไม่พบนิยามตามกฎหมาย แต่จากคำจำกัดความในข้อ ๑.๑ และ ๑.๒ จะเห็นได้ว่า สินค้าเกษตรครอบคลุมตั้งแต่ พืชพลังงาน พืชประดับ (เช่น กล้วยไม้) พืชพันธุ์ และพืชที่เป็นอาหารนอกจากนี้ยังมีสัตว์ที่เป็นพ่อแม่พันธุ์ ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทางอุตสาหกรรม (เช่น หนังสัตว์) และสัตว์ที่เป็นอาหาร ดังนั้น **สินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร** ในที่นี้จึงหมายถึง กลุ่มสินค้าเกษตรที่ได้จากการทำการเกษตรก่อนแปรรูปเพื่อการบริโภค โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นอาหาร เท่านั้น

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑^๓ ให้นิยามของคำและวลีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

๑.๔ ความปลอดภัยด้านอาหาร หมายความว่า การจัดการให้อาหาร และสินค้าเกษตรที่นำมาเป็นอาหารบริโภคสำหรับมนุษย์มีความปลอดภัย โดยไม่มีลักษณะเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร และตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง อาหารที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ด้วย

- (๑) อาหารที่มีจุลินทรีย์ก่อโรคหรือสิ่งทีอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพเจือปนอยู่
- (๒) อาหารที่มีสารหรือวัตถุเคมีเจือปนอยู่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในปริมาณที่อาจเป็นเหตุให้เกิดอันตราย หรือสามารถสะสมในร่างกายที่ก่อให้เกิดโรค หรือผลกระทบต่อสุขภาพ
- (๓) อาหารที่ได้ผลิต ปรุง ประกอบ บรรจุ ขนส่งหรือมีการเก็บรักษาไว้โดยไม่ถูกสุขลักษณะ
- (๔) อาหารที่ผลิตจากสัตว์ หรือผลผลิตจากสัตว์ที่เป็นโรคอันอาจติดต่อถึงคนได้
- (๕) อาหารที่ผลิต ปรุง ประกอบจากสัตว์และพืช หรือผลผลิตจากสัตว์และพืชที่มีสารเคมีอันตรายเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือยาปฏิชีวนะตกค้างในปริมาณที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- (๖) อาหารที่มีภาชนะบรรจุประกอบด้วยวัตถุที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๑.๕ **ห่วงโซ่อาหาร** หมายความว่า วงจรการผลิตอาหารตั้งแต่วัตถุดิบ ปัจจัยการผลิต การเพาะปลูก การเพาะเลี้ยง การตัดแต่ง การแปรรูป การขนส่ง การปรุง การประกอบ การบรรจุ การเก็บรักษา การจัดจำหน่าย การกระจาย จนถึงผู้บริโภค รวมทั้งการนำเข้า การนำผ่าน และการส่งออก

๑.๖ **คุณภาพอาหาร** หมายความว่า อาหารที่มีคุณลักษณะทางกายภาพและส่วนประกอบที่พึงจะมีรวมถึงมีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม

๑.๗ **อาหารศึกษา** หมายความว่า กระบวนการส่งเสริม พัฒนา และวิจัยเพื่อให้ความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมที่ถูกต้องในห่วงโซ่อาหารและในการบริโภคด้านอาหาร

๑.๘ **การวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis)** คณะกรรมการมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ ให้นิยามไว้ว่า* กระบวนการที่ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอนคือ การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) การจัดการความเสี่ยง (risk management) และการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication)

๒. ประชาคมอาเซียน : หลักการ และองค์ประกอบ

อาเซียน (ASEAN) หรือสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (the Association of Southeast Asia Nation) ก่อตั้งเมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๑๐ (๑๙๖๗) ด้วยปฏิญญากรุงเทพฯ (Bangkok Declaration) ซึ่งขณะนี้อาเซียนมีอายุประมาณ ๔๕ ปี แล้ว โดยเริ่มต้นจากสมาชิก ๕ ประเทศ กระทั่งปัจจุบันมี ๑๐ ประเทศ* จากข้อมูลล่าสุดปี ๒๕๕๓ ขนาดประชากรของอาเซียนประมาณ ๖๐๐ ล้านคน หรือร้อยละ ๙ ของประชากรโลก มีขนาดเศรษฐกิจโดย GDP รวมประมาณ ๓,๒๐๐ พันล้านดอลลาร์สากล (คิดเป็นร้อยละ ๔.๑ ของ GDP โลก)

ปี ๒๕๔๐ การประชุมสุดยอดอาเซียนกำหนดวิสัยทัศน์ (ASEAN Vision ๒๐๒๐) ซึ่งมีเป้าหมายให้ดำเนินการเพื่อการเป็นประชาคมอาเซียนให้แล้วเสร็จในปี ๒๕๖๓ และด้วยปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (the Declaration on ASEAN Concord II or Bali Concord II) ในปี ๒๕๔๖ (๒๐๐๓) ให้ประชาคมอาเซียนนี้ประกอบด้วย ๓ เสาหลัก (three pillars) คือ ประชาคมความมั่นคง (ASEAN Security Community : ASC หรือ ASEAN Political-Security Community : APSC) ประชาคมเศรษฐกิจ (ASEAN Economic Community : AEC) และ ประชาคมสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Socio-Cultural Community) และต่อมาด้วยปฏิญาเซบู (Cebu Declaration) ในปี ๒๕๕๐ (๒๐๐๗) ได้ร่นกำหนดเวลาของประชาคมอาเซียนให้เร็วขึ้น ๕ ปี กล่าวคือให้จัดตั้งประชาคมอาเซียนให้แล้วเสร็จภายในปี ๒๕๕๔ (๒๐๑๕) โดยมีคำขวัญว่า “One Vision, One Identity, One Caring and Sharing Community”^{๔-๖}

ประชาคมอาเซียนประกอบด้วย ๓ เสาหลักซึ่งมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน โดยมีพิมพ์เขียว (blue print) ของแต่ละเสาหลักเป็นตัวกำหนดเส้นทาง (roadmap) และกรอบเวลาดำเนินการ (time frame) ของกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสินค้าเกษตรและอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารปลอดภัยจะอยู่ในประชาคมเศรษฐกิจ และประชาคมสังคมและวัฒนธรรม เป็นสำคัญ

* สมาชิกก่อตั้งปี ๒๕๑๐ ได้แก่ สาธารณรัฐอินโดนีเซีย ประเทศมาเลเซีย สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐสิงคโปร์ และ ราชอาณาจักรไทย สมาชิกลำดับต่อมา คือ ประเทศบรูไน ติมอร์เลสเต (ปี ๒๕๒๗) สาธารณรัฐสิงคโปร์ (ปี ๒๕๔๐) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและ สปป.ลาว (ปี ๒๕๔๐) และ ราชอาณาจักรกัมพูชา (ปี ๒๕๔๒) ตามลำดับ

๓. สถิติมูลค่าการค้าสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารและอาหารระหว่างไทยและสมาชิกอาเซียน
 ตารางที่ ๑ มูลค่าการนำเข้า-ส่งออกกลุ่มอาหารและกลุ่มสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารใน ๒๐ อันดับแรกของการค้าระหว่างไทยและรายประเทศสมาชิก (ล้านบาท)

ปี	ส่งออก			นำเข้า		
	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔
สิงคโปร์	๖,๖๒๒.๐	๖,๕๐๔.๑	๘,๒๖๒.๔	๗,๘๗๔.๘	๙,๒๙๓.๔	๑๑,๐๒๙.๔
กัมพูชา	๑๐,๕๔๖.๒	๑๑,๗๒๒.๖	๑๔,๗๓๙.๗	๑,๖๕๔.๘	๑,๔๙๘.๑	๑,๒๘๑.๔
บรูไน	๑,๔๑๓.๗	๑,๒๕๗.๘	๑,๓๖๕.๑	๑.๕	๑.๖	๕.๖
ลาว	๓,๒๐๖.๖	๒,๙๕๕.๘	๖,๑๘๘.๗	๑,๓๓๗.๑	๑,๒๘๘.๘	๑,๙๐๐.๒
อินโดนีเซีย	๑๕,๖๙๓.๐	๒๕,๕๓๖.๕	๓๘,๗๘๒.๔	๘,๘๗๑.๘	๑๐,๑๗๕.๖	๑๓,๒๕๒.๔
ฟิลิปปินส์	๓,๕๕๒.๘	๕,๑๖๙.๐	๕,๓๘๒.๕	๒,๐๐๔.๘	๑,๙๙๑.๗	๓,๐๘๖.๑
เวียดนาม	๓,๓๒๗.๑	๖,๗๔๖.๓	๙,๐๘๔.๕	๓,๑๖๘.๓	๔,๑๒๒.๑	๗,๑๓๔.๑
มาเลเซีย	๑,๘๗๘.๔	๔,๕๖๓.๘	๑๒,๑๖๐.๑	๓,๕๒๗.๐	๕,๖๐๖.๖	๙,๒๕๖.๕
พม่า	๗,๑๕๕.๔	๙,๓๓๓.๖	๑๒,๕๗๐.๖	๓,๘๑๕.๐	๓,๒๔๗.๕	๒,๕๗๕.๒
รวม	๕๓,๓๙๕.๑	๗๓,๗๘๙.๕	๑๐๘,๕๓๖.๐	๓๒,๒๕๕.๐	๓๗,๒๒๕.๕	๔๙,๕๒๑.๐

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์โดยความร่วมมือจากกรมศุลกากร

เอกสารอ้างอิง

- ๑ พระราชบัญญัติมาตรฐานสินค้าเกษตร พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๒ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒
- ๓ พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑
- ๔ ประกาศคณะกรรมการมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ เรื่อง กำหนดมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ : หลักการทำงานในการวิเคราะห์ความเสี่ยง พ.ศ.๒๕๔๘.
- ๕ ASEAN Secretariat. ASEAN Vision 2020. 1997 [cited 2012 29 January 2012].
- ๖ ASEAN Secretariat. Declaration of ASEAN Concord II (Bali Concord II). 2003 [cited 2012 29 January 2012].
- ๗ ASEAN Secretariat. Cebu Declaration on the Acceleration of the Establishment of an ASEAN Community by 2015. 2007 [cited 2012 29 January 2012].

สัปดาห์สุขภาพ ๕/สัปดาห์ ๑๐

รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติ

สัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมา

๑. อนุสนธิ มาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ซึ่งภายหลังจากที่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผลบังคับใช้ ได้มีการจัดสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ มาแล้วจำนวน ๔ ครั้ง ซึ่งมีมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติที่สมาชิกสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติได้มีฉันทามติไปแล้วรวม ๔๐ มติ

๒. สมาชิกสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการรายงานผลการดำเนินงานตามมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติในการประชุมสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติทุกครั้ง ซึ่งในการประชุมสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ สมาชิกสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติมีมติให้มีการรายงานผลรวม ๑๓ มติ จำแนกเป็น

(๑) จากการประชุมสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๑ จำนวน ๒ มติ ได้แก่

ก. สัปดาห์สุขภาพ ๑ มติ ๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ข. สัปดาห์สุขภาพ ๑ มติ ๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากร

ทางการแพทย์

(๒) จากการประชุมสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน ๒ มติ ได้แก่

ก. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน

ข. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ

ค. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๓ การควบคุมมลพิษที่การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

ง. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๔ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

จ. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๕ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพ

ฉ. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

ช. สัปดาห์สุขภาพ ๓ มติ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

(๓) จากการประชุมสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวน ๓ มติ ได้แก่

ก. สัปดาห์สุขภาพ ๔ มติ ๓ การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง

ข. สัปดาห์สุขภาพ ๔ มติ ๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย อาหารและผลิตภัณฑ์

สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

ค. สัปดาห์สุขภาพ ๔ มติ ๖ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัย

ของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

๓. ในการสนับสนุนให้มีการนำมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ (คมส.) มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน และมีเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นเลขานุการ ซึ่ง คมส. ได้แต่งตั้ง “คณะทำงานจัดทำแผนการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสัปดาห์สุขภาพแห่งชาติ” เป็นกลไกในการติดตามผลและจัดทำ

รายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๑๓ มติ ซึ่งได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากองค์กร หน่วยงานที่เป็นเจ้าของประเด็นนโยบาย รวมทั้งจัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันจัดทำรายงานฉบับนี้จนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย มีรายละเอียดปรากฏตามเอกสารภาคผนวก (เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๕/หลัก๑๐/ผนวก๑ ซึ่งสามารถศึกษาได้จากเว็บไซต์ www.samatcha.org) และมีบทสรุปในแต่ละมติ ดังนี้

๔. สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

มีการประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ ในราชกิจจานุเบกษาตั้งแต่วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒

คสช. ได้แต่งตั้งกลไกขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ไปสู่การปฏิบัติ จำนวน ๒ กลไก คือ (๑) คณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ (๒) คณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางการผลักดันธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติเป็นกรอบในการดำเนินงาน ที่มีเป้าหมาย ๓ ประการคือ ๑) การได้รับการยอมรับและผูกพันเป็นฐานอ้างอิง เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานจากหน่วยงานและองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ๒) เกิดการดำเนินงานทางด้านสุขภาพที่มีทิศทางสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ ๓) มีองค์ความรู้เพียงพอเพื่อการขับเคลื่อนและ/หรือทบทวนปรับปรุงธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน ประกอบด้วย ๑) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ ๒) สร้างกระบวนการขับเคลื่อนสาระที่เป็นประเด็นสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติด้วยหลักการตลาดเชิงสังคม ๓) การสื่อสารทางสังคม ๔) การจัดการความรู้ และ ๕) ติดตามและประเมินผล และสร้างความเข้มแข็งในการขับเคลื่อน

จากการติดตามผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในช่วงที่ผ่านมา พบว่ามีการดำเนินการที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่สำคัญ ดังนี้

๑) การขับเคลื่อนระดับนโยบาย : มีการทำงานร่วมกับ คสช. เพื่อบรรจุสาระในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรจุสาระในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ การใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ เป็นประโยชน์ในการกำหนดกรอบและแนวทางในการจัดทำแผนบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลชุดปัจจุบัน การทำงานร่วมกับภาคียุทธศาสตร์ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สปสช. สสส. เป็นต้น ซึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี ๒๕๕๕ -๒๕๕๙) ของ สปสช. ได้นำธรรมนูญฯ ไปเป็นกรอบร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์มีสาระตามทิศทางของธรรมนูญหมวด ๓,๖.๑๒ และปรับวิสัยทัศน์เป็น “ทุกคน (บุคคล) ที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า” ซึ่งเป็นไปตามหมวด ๓ ของธรรมนูญฯ ส่วนแผนยุทธศาสตร์ สรรส. (๒๕๕๔-๒๕๕๙) “การจัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน” ได้ใช้ธรรมนูญฯเป็นฐานอ้างอิงและแนวทางประกอบในการจัดทำร่างแผน

๒) การขับเคลื่อนเชิงประเด็น : มีการเชื่อมโยงสาระตามธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติกับกระบวนการ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งที่ผ่านมา มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่สอดคล้องกับสาระในหมวดที่ ๓ จำนวน ๕ มติ หมวดที่ ๔ จำนวน ๖ มติ หมวดที่ ๕ จำนวน ๑๓ มติ หมวดที่ ๖ จำนวน ๕ มติ หมวดที่ ๗ จำนวน ๑ มติ หมวดที่ ๘ จำนวน ๖ มติ หมวดที่ ๙ จำนวน ๑ มติ หมวดที่ ๑๑ จำนวน ๒ มติ หมวดที่ ๑๒ จำนวน ๑ มติ

๓) การขับเคลื่อนระดับพื้นที่ : ในปัจจุบันมีพื้นที่นำแนวคิดการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ มี ๓๐ พื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ ๑๒ ฉบับ ภาคใต้ ๕ ฉบับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓ ฉบับ และภาคตะวันออก ๑๐ ฉบับ

๕. สมัชชาสุขภาพ ๑ มติ ๑๓ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

กรม. มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๒ และให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการต่อไป ที่ผ่านมาจากจนถึงปัจจุบันมีความก้าวหน้าที่สำคัญคือการผลักดันการประกาศใช้ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ซึ่ง กรม. เคยมีมติเห็นชอบมาตั้งแต่วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๕๒ แต่มีความเห็นที่แตกต่างกันอย่างมากจึงทำให้มีการชะลอการดำเนินการในเรื่องนี้ โดยเมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓ สช.ทำหนังสือถึงประธาน คสช. ประธานสภาผู้แทนราษฎร ประธานวุฒิสภา และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอให้พิจารณาสนับสนุนให้มีการดำเนินการในชั้นตอนนิติบัญญัติให้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ออกามีผลใช้บังคับโดยเร็ว ปัจจุบัน ร่างกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่รอการพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรมี ๓ ฉบับ ได้แก่ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากระบบบริการสาธารณสุข พ.ศ. และ ร่าง พ.ร.บ.ส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือจากรัฐในการคุ้มครองผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสาธารณสุข พ.ศ.

อย่างไรก็ตามเมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกข้อบังคับปรับปรุงวิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ มีสาระสำคัญคือ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ที่จะเป็นเหตุให้ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับนี้ ให้รวมถึงเหตุสุดวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มีข้อยกเว้นความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพ หรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้นอยู่แล้ว และกำหนดประเภทของความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ และอัตราจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น (๑) เสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร หรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๒๔๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๔๐๐,๐๐๐ บาท (๒) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท (๓) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท กรณีที่มีการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ จนอายุครรภ์ตั้งแต่ ๓๗ สัปดาห์ขึ้นไป และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างการดูแลของหน่วยบริการ ให้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นได้

เท่ากับอัตราที่กำหนดใน (๑) และหากมารดาได้รับความเสียหายอื่นด้วย ก็ให้ได้รับเงินช่วยเหลือได้อีกตามประเภทความเสียหายที่ได้รับนั้น และกรณีที่มีความเสียหายไม่อาจจัดเป็นประเภทใดประเภทหนึ่งตาม (๑) (๒) และ (๓) ได้ ให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข ที่จะพิจารณาเทียบเคียงกับประเภทความเสียหายที่กำหนดไว้ได้ตามความเหมาะสม โดยข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับกับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

๖. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๑ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

เมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ กรม ได้ให้ความเห็นชอบต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ และยังเห็นชอบต่อแนวทางการห้ามนำเข้าแร่ใยหินโครโซไทล์ และผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินโครโซไทล์ เฉพาะกรณี และห้ามผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินโครโซไทล์ที่ใช้วัตถุติดอื่นหรือใช้ผลิตภัณฑ์อื่นทดแทนได้ พร้อมมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ

กระทรวงอุตสาหกรรมโดยกรมโรงงานอุตสาหกรรม (กรอ.) ได้จัดทำร่างแผนแม่บทในการยกเลิกการนำเข้าการผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบแล้ว สำหรับ ๕ ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ กระเบื้องแผ่นเรียบ กระเบื้องยางปูพื้น ผ้าเบรกและคลัทช์ ท่อซีเมนต์ใยหิน และกระเบื้องมุงหลังคา โดยจะมีการหารือกันระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงอุตสาหกรรมก่อนที่จะนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ทั้งนี้ ในร่างแผนแม่บทฯ นั้น มีข้อเสนอให้ยกเลิกการนำเข้าและผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีใยหินเป็นส่วนประกอบในระยะเวลาที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ประกอบการแต่ละประเภทผลิตภัณฑ์ต้องใช้เวลาที่ต่างกันในการเตรียมตัวและปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีเพื่อเลิกใช้ใยหิน ขึ้นอยู่กับประเภทผลิตภัณฑ์ โดยขณะนี้มีข้อเสนอให้ยกเลิกเร็วสุดอยู่ที่ ๑ ปีครึ่ง และผลิตภัณฑ์ทั้ง ๕ ประเภท ต้องไม่มีใยหินภายใน ๕ ปี

ปัจจุบันในการกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) สำหรับสินค้าที่ใช้สารทดแทนแร่ใยหิน และได้ มอก. แล้ว ใน ๒ กลุ่มผลิตภัณฑ์ ได้แก่ กระเบื้องและท่อ ส่วนผ้าเบรกผ้าคลัทช์ใยหินขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการเรื่อง มอก. แต่สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีใยหินเป็นส่วนประกอบนั้น หากจะยกเลิก มอก. ที่มีอยู่จะต้องรอข้อสรุปที่ชัดเจนจากมติคณะรัฐมนตรีก่อน

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการศึกษาผลกระทบของการใช้แร่ใยหินต่อสุขภาพคนทำงานในอุตสาหกรรมผลิตกระเบื้อง เบรค คลัทช์ ท่อน้ำ และกระเบื้องยาง มาตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ แม้ต่อมาจะมีได้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคทุกปี แต่มีการศึกษาอย่างยาวนานต่อเนื่องมาตลอดจนปี ๒๕๕๑ ก็ยังพบว่าคนงานที่ทำงานในอุตสาหกรรมดังกล่าวข้างต้นมีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับอันตรายจากฝุ่นใยหิน

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค ได้ประสานกับสำนักควบคุมและตรวจสอบอาคารของกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้เป็นแกนในการสื่อสารกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมด้านการรื้อถอน ซ่อมแซมต่อเติมอาคารที่มีการใช้แร่ใยหินในวัสดุก่อสร้างเป็นที่เรียบร้อยแล้ว พร้อมกันนี้ ยังได้ช่วยเผยแพร่ข้อมูลในเอกสารเรื่องการรื้อถอนสิ่งก่อสร้างที่มีแร่ใยหินอย่างปลอดภัย ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งตัวแทนจำหน่ายและร้านค้าต่าง ๆ แล้ว

สช. และคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ ได้ทำหนังสือไปยังกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ เพื่อแจ้งให้ทราบถึงข้อสังเกตแล้วว่า มติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๕๕ เรื่องการให้จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ เพื่อตรวจสอบผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้แร่ใยหินโครซิไทล์ และจัดทำข้อเสนอแนะการใช้แร่ใยหินและผลิตภัณฑ์อย่างปลอดภัยข้างต้นไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ เรื่อง มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ได้ออกประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก เรื่อง ให้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของแร่ใยหินเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก ไปแล้วรวม ๒ ฉบับ (ประกาศครอบคลุมสินค้าเฉพาะกระเบื้อง ท่อน้ำ เบรก และคลัทช์ เท่านั้น) ซึ่งปัจจุบัน สคบ. ทำหน้าที่เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และออกตรวจการดำเนินงานตามประกาศอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงการคลังได้ตรวจสอบข้อมูลแล้วพบว่า สินค้าที่เป็นวัตถุดิบที่ใช้ทดแทนแร่ใยหินมีหลายชนิด (เส้นใยแก้วทอ เส้นใยเซรามิก เส้นใยยิปซัม เส้นใยคาร์บอน เส้นใยที่มีสภาพเป็นพลาสติก โยขนสัตว์ ใยฝ้าย ดิน (เบโทไนท์) เซลลูโลส รวมถึงสารเคมี เช่น โพลีพรไพลีน และโพลีเตตระฟลูออโรเอทิลีน) มีอัตราการผลิตได้ในประเทศ ดังนั้น อัตราภาษีขาเข้าจึงไม่น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้สินค้าที่ใช้วัตถุดิบอื่นเป็นส่วนประกอบแทนแร่ใยหินมีราคาสูงขึ้น การที่ต้นทุนสินค้านี้มีราคาสูงขึ้นน่าจะเนื่องมาจากปัจจัยอื่น คือ การวิจัยและพัฒนาตลอดจนการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีทางการผลิตใหม่เป็นหลัก

ปัญหาและอุปสรรค

๑) เนื่องจากร่างแผนแม่บท ซึ่งกระทรวงอุตสาหกรรมกำลังพิจารณาอยู่ และจะเสนอเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรีต่อไป มีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องและเป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีโอกาสได้เห็นร่าง แผนแม่บทฯ ดังกล่าว นอกจากนี้ ในการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์บางประเภทมีองค์ความรู้ที่เพียงพอว่าสามารถใช้วัตถุดิบอื่นหรือสารทดแทนแร่ใยหินโครซิไทล์ได้แล้ว

๒) มีความพยายามขอลอนกิจการก่อสร้างออกจากการเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

๓) การให้ข้อมูลแก่ประชาชนได้ใช้มาตรการติดฉลากซึ่งมีการควบคุมและเฝ้าระวังโดย สคบ. ซึ่งได้กำหนดให้ติดฉลากเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่ทราบว่ามีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบเท่านั้น แต่ปัจจุบันพบว่ายังมีผลิตภัณฑ์อื่นๆ ในท้องตลาดอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบว่ามีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบอยู่หรือไม่

ข้อเสนอแนะ

๑) กระทรวงอุตสาหกรรมควรทำการสื่อสารให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ ร่าง แผนแม่บทฯ ที่จะนำเสนอต่อ ครม. และให้เวลาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอในการให้ข้อเสนอแนะต่อ ร่าง แผนแม่บทฯ ก่อนเสนอเรื่องต่อ ครม. เพื่อพิจารณา รวมทั้งเร่งรัดการประกาศให้มีการยกเลิกการใช้แร่ใยหินในผลิตภัณฑ์ที่มีข้อมูลองค์ความรู้ชัดเจนแล้วโดยเร็ว

๒) กรมอนามัยซึ่งดูแลพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ควรให้ข้อมูลต่อคณะอนุกรรมการฯ ว่าไม่ควรถอนกิจการการก่อสร้างออกจากการเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และควรเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดมาตรการหรือวิธีการและให้ข้อมูลกับท้องถิ่นเพื่อออกข้อบังคับ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรเข้าไปมีบทบาทดูแลท้องถิ่นในเรื่องนี้

๓) รัฐบาลควรให้การสนับสนุนในด้านการตรวจวิเคราะห์ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือตรวจ สารมาตรฐาน หรือการได้รับการอบรมเรียนรู้จากต่างประเทศ รวมถึงการสร้างศักยภาพและขีดความสามารถของบุคลากรหรือหน่วยงานที่สนใจให้สามารถตรวจวิเคราะห์แร่ใยหินได้

๔) ควรใช้มาตรการอื่นที่ไม่ใช่มาตรการทางภาษีร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม หากยังเห็นว่ามียัตถุติบที่ใช้ทดแทนแร่ใยหินที่ยังมีอัตราอากาศสูง ขอให้แจ้ง สศค. เพื่อพิจารณาปรับปรุงอัตราอากาศต่อไป

๕) ควรมีการศึกษาในเรื่องภาษีสารอันตรายว่าจะหลังจากที่ได้มีการทำข้อตกลงทางการค้าและลดอัตราภาษีสารหนึ่ง ๆ ไปแล้ว จะสามารถกำหนดอัตราภาษีสารอันตรายขึ้นมาใหม่ได้หรือไม่อย่างไร ในกรณีที่พบภายหลังว่าสารนั้น ๆ เป็นอันตราย

๖) ควรมีการศึกษาเพื่อนำไปสู่การใช้มาตรการด้านเศรษฐศาสตร์การคลังเป็นแรงจูงใจในการดำเนินการเรื่องการจัดชยะอันตรายและชยะที่มีแร่ใยหินเป็นส่วนประกอบเพื่อแก้ไขปัญหาด้านมลพิษและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประเด็นนี้ทางกระทรวงการคลังควรหารือร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและกระทรวงสาธารณสุข

๗. สมัชชาสุขภาพ ๒ มติ ๒ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

สช. ได้เสนอเรื่องต่อ คสช. และ ครม. ซึ่ง ครม. ได้มีมติรับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๔ มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไป

คสช. มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพคนพิการแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕ มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธาน และมีสภาคคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย ศูนย์สิทธิเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) เป็นองค์กรเลขานุการ โดยได้กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนของคณะกรรมการไว้ ๓ ประการ คือ (๑) สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายตามมติที่กำหนด รวมทั้งขับเคลื่อนให้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องประเด็นคนพิการในมติดีอื่น ๆ ให้บรรลุด้วย (๒) จุดเน้นหลักในการขับเคลื่อนจะเน้นการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ และลดความเหลื่อมล้ำใน ๓ กองทุน โดยเฉพาะประเด็นบริการรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้มีมาตรฐานเดียวกัน และ (๓) สนับสนุนการพัฒนากลไกในระดับท้องถิ่น เช่น สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ให้เกิดการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติการในชุมชน เพื่อให้เกิดผลต่อคนพิการโดยตรง

สพช. ได้ขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (Orientation and Mobility Training, O&M training : O&M) สำหรับคนตาบอดระยะ ๖ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘) ซึ่งมีคนตาบอดและสายตาลีอนรางที่ได้รับบริการ O&M ที่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ดีขึ้น จำนวน ๔,๒๑๒ คน และ จำนวน ๒,๒๖๗ คน ในปี ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น

ต่อสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งในปี ๒๕๕๕ มี อบจ. เข้าร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนทั้งสิ้น ๒๕ จังหวัด โดยมี จังหวัดที่ร่วมสมทบงบประมาณแล้ว ๙ จังหวัด และอยู่ระหว่างการดำเนินการอีก ๑๖ จังหวัด นอกจากนี้ อยู่ระหว่างการพัฒนารายการอุปกรณ์เครื่องช่วยที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของแต่ละช่วงชีวิตของคน พิการแต่ละประเภท เพื่อเป็นการจัดระบบการให้บริการ ตลอดจนระบบการกำกับติดตามการใช้ประโยชน์ของ อุปกรณ์เครื่องช่วยนั้น ๆ โดยให้มีการกำหนดแนวทางการรับอุปกรณ์แต่ละประเภท คุณสมบัติและมาตรฐาน ของอุปกรณ์เครื่องช่วย ราคาากลาง และกระบวนการจัดหาอุปกรณ์ รวมทั้งควรมีคณะกรรมการติดตามและ ตรวจสอบการจัดบริการดังกล่าวด้วย

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ภายใต้ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเน้นผลลัพธ์เพื่อให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมี วิสัยทัศน์ คือ คนพิการดำรงชีวิตอิสระ ร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข สามารถเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน การนำไปสู่ การปฏิบัติ เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้โดยมีตัวชี้วัดกำกับไว้และที่สำคัญแต่ละตัวชี้วัดจะมีหน่วยงาน รับผิดชอบร่วมกัน นอกจากนี้ยังจัดทำโครงการบูรณาการความร่วมมือเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ ร่วมกับ อบจ. ส่งเสริมในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับจังหวัด ใน ๑๑ จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี พะเยา ราชบุรี ภูเก็ต กระบี่ สุราษฎร์ธานี กำแพงเพชร นครพนม กาฬสินธุ์ ขอนแก่น และนครสวรรค์

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) ร่วมกับ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย สนับสนุนให้มีการจัดตั้งมูลนิธิสถาบันวิจัยแห่งประเทศไทยเพื่อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อทำหน้าที่ในการศึกษาวิจัยร่วมกับสถาบันอื่น รวมถึงศึกษา รวบรวม ความรู้เกี่ยวกับคนพิการสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ การส่งเสริม และสนับสนุนการศึกษา วิจัยและพัฒนางานอันเกี่ยวกับคนพิการทุกประเภท และสนับสนุนพัฒนาศักยภาพของสถาบันและ/หรือบุคคล ด้านการวิจัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีการสนับสนุนการเผยแพร่องค์ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และเป็นศูนย์กลางในการประสานงานของหน่วยงาน องค์กร และ/หรือสถาบันต่าง ๆ ที่ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับคนพิการทุกประเภท

ปัญหาและอุปสรรค

๑) การที่ ครม. ได้มีมติให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ ทำให้ไม่มีกลไกในการดำเนินงานลดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ และกลไกการจ่ายค่าบริการในการดูแลสุขภาพคนพิการของหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ สุขภาพคนพิการที่ชัดเจน

๒) การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพคนพิการในระดับจังหวัดโดยผ่านคณะกรรมการส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัด และใช้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระดับจังหวัดเป็น เครื่องมือในการบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาตินั้น ต้องมี กลไกสนับสนุนในพื้นที่ที่เช่น เครือข่าย/องค์กรทางวิชาการร่วมกับเครือข่าย/องค์กรคนพิการที่เข้มแข็ง โดยมี กระบวนการขับเคลื่อนที่ให้เห็นเป็นรูปธรรม



๓) ยังไม่มีการสนับสนุนให้มีกลไกวิชาการและเครือข่ายองค์กรด้านคนพิการ ศึกษาสาเหตุความพิการ และร่วมกันกำกับติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายและนโยบายของรัฐ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิคนพิการของ หน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการจัดตั้งอำนวยความสะดวก การบริการและความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

ข้อเสนอแนะ

๑) เสนอให้คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพคนพิการแห่งชาติ เป็นกลไกหลักในการดำเนินงานเพื่อลด ความเหลื่อมล้ำของคนพิการจาก ๓ กองทุน โดยควรมีการพัฒนากลไกวิชาการในการสนับสนุนข้อมูลในการ ขับเคลื่อนลดเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ ๓ กองทุน

๒) ควรมีการถอดบทเรียนการทำงานร่วมกันเพื่อการบูรณาการประเด็นการพัฒนาสุขภาพคนพิการ เข้ากับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในจังหวัดที่มีการดำเนินงานแล้วหรือเป็นตัวอย่งที่ดี เพื่อช่วยในการ สนับสนุนให้พื้นที่อื่น ๆ เห็นทิศทางการทำงานในระดับพื้นที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

๓) ควรสนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่ายในระดับพื้นที่ในการติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายและ นโยบายของรัฐ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิคนพิการของหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งอาจจะเชื่อมโยงการเครือข่ายอื่น ๆ ในพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งอยู่แล้วก็ได้โดยเชื่อมโยงและสนับสนุนการทำงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรคนพิการ

๔) ควรมีการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนานักวิจัยที่เป็นระบบ เช่น IHPP HITAP เพื่อช่วยสนับสนุนและพัฒนาให้เกิดนักวิจัยหน้าใหม่ หรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับคนพิการที่สนใจเป็นนักวิจัย

๕) ควรมีการผลักดันให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ โดยเบื้องต้นควรจะทำข้อมูลกำลังคนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการก่อน

๖) ควรมีการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดในภาพรวมที่ชัดเจน ซึ่งต้อง ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการฉบับ ดังกล่าว ที่มีเป้าหมายให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระร่วมกับทุกคนในสังคมอย่างมีความสุข และสามารถ เข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

๘. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๓ การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้นำเสนอเรื่องต่อ คสช. เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ ซึ่ง คสช. ได้ให้ความเห็นชอบและให้ เสนอเรื่องต่อ ครม.ต่อไป ซึ่งต่อมา ครม. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ มีมติเห็นชอบและ มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ที่ผ่านมากรมอนามัยและ อย. ได้มีดำเนินการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตาม หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยใช้พระราช- บัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นเครื่องมือและสร้างการมีส่วนร่วมที่นำไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะการให้ความรู้ ในเวทีต่าง ๆ มีการสร้างกระแสและการเฝ้าระวังการตลาดจากภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งการรณรงค์ให้มีการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและผลักดันร่างพระราชบัญญัติการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.... โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน มีกรมอนามัยเป็นฝ่ายเลขานุการ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประสานงานทางวิชาการกับสำนักนโยบายระหว่างประเทศ ทำการศึกษาพิจารณาความเป็นไปได้ในการขยายสิทธิการลาคลอด และพิจารณาปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการลาคลอดให้เป็น ๑๘๐ วัน รวมถึงการได้รับค่าจ้างระหว่างลา ในกรณีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัญหาอุปสรรค

ยังมีการฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ อย่างต่อเนื่อง กระบวนการจัดทำกฎหมายจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมากและยังมีความเห็นไม่สอดคล้องกันระหว่างภาคธุรกิจกับภาควิชาการในการออกกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กฯ อยู่

ข้อเสนอแนะ

ทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. ๒๕๕๑ และเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำกฎหมายควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กฯ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก

๙. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๔ นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้นำเสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ ต่อ ครม. ในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๔ ซึ่ง ครม. มีมติเห็นชอบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ

คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพมีมติให้สนับสนุนการศึกษาผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยได้ทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบการคาดการณ์แนวโน้มและผลที่จะเกิดกับ ๔ ประเทศ (ไทย สิงคโปร์ มาเลเซีย และฟิลิปปินส์) จากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ รวมถึงมีการศึกษาเรื่องการเตรียมพร้อมสำหรับการทำข้อตกลงของวิชาชีพด้านสุขภาพในวิชาชีพแพทย์พยาบาล และทันตแพทย์ กรณีเปิดเสรีด้านการค้าและบริการในสาขาสุขภาพของอาเซียนแล้ว และอยู่ระหว่างการพัฒนารอบการวิจัยสำหรับการศึกษาในประเด็นผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ จากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ และความเป็นไปได้ในการใช้มาตรการทางกีดกันเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและส่งเสริมให้ภาคเอกชนที่ดำเนินการนโยบายนี้คืนกำไรให้กับสังคม

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ได้ร่วมกับ สช. และหน่วยงานภาคีสุขภาพ ตั้งเป็นคณะทำงานเฉพาะกิจร่วมกันและพัฒนา ร่าง เอกสารข้อเสนอกรอบการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ ขึ้นมา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาประกอบการให้การสนับสนุนด้านการลงทุน บนหลักการ

สำคัญ ๔ ประการ ได้แก่ (๑) การส่งเสริมการลงทุนต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์ของสถานะทางสุขภาพโดยรวมของคนในประเทศเป็นสำคัญ (๒) การส่งเสริมการลงทุนต้องเป็นไปเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ หรือ เพิ่มประสิทธิภาพ และเพิ่มความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ รวมถึงสร้างความยั่งยืนและเข้มแข็งให้แก่ระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม (๓) การส่งเสริมการลงทุนต้องไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ กฎหมาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และ (๔) ต้องมีระบบติดตามและประเมินสถานการณ์ ผลกระทบของนโยบายส่งเสริมการลงทุนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการศึกษาความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๒-๒๕๖๑) แล้ว โดยได้กำหนดกลยุทธ์เน้นต่อยอดการศึกษาในเรื่องการคาดการณ์กำลังคนด้านสุขภาพของไทยที่สอดคล้องกับภาวะเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการนำมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของไทยเรื่องการไหลเข้าออกของบุคลากรสุขภาพจากการเข้าสู่ ASEAN Community (AC) ด้วย ซึ่งอนุกรรมการชุดนี้ได้จัดประชุมหารือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลสำหรับการกำกับติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งได้ประสานกับกระทรวงแรงงานเรื่องข้อมูลกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อนำมาศึกษาและเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ ASEAN Community ที่กำลังจะมาถึงแล้ว

ปัญหาและอุปสรรค

- ๑) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยเฉพาะกำลังคนในภาคเอกชนทำได้ยากมาก
- ๒)ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยมีการกำกับดูแลโดยหลายหน่วยงาน และยังไม่ได้มีการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และนอกจากนี้ ยังไม่มีระบบติดตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกรณีย้ายออกไปทำงานในต่างประเทศ
- ๓) ยังขาดการสื่อสารและเผยแพร่ให้สาธารณะ เข้าใจแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗) และความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ตลอดจนการสื่อสารรับฟังความเห็นในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

- ๑) ควรมีการประสานสร้างความไว้วางใจกันระหว่างทุกฝ่าย
- ๒) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการนำมติสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ ๖๓ ไปสู่การปฏิบัติ เร่งประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบกำกับดูแลการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างประเทศ
- ๓) สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ ควรมีช่องทางสื่อสารการดำเนินงานการสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม รับฟังความเห็นรอบด้าน และยึดหลักการตามบทบาทกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลระบบสุขภาพเพื่อคนไทยในภาพรวม

๑๐. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๕ นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพ ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

สช. ได้นำเสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ต่อ คสช. เมื่อวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ และเสนอต่อ ครม. ซึ่ง ครม. ได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๕๕ เห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป ร่วมกับสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ได้จัดสมัชชาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการปฏิรูป มีข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปโครงสร้างและระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ประกอบกันเป็น ๔ ส่วนหลัก คือ (๑) ข้อเสนอด้านกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ รวมถึงการตรากฎหมายใหม่ (๒) ข้อเสนอด้านการถ่ายโอนภารกิจ (๓) ข้อเสนอด้านการเงินการคลังท้องถิ่น และ (๔) ข้อเสนอด้านการจัดความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนกับท้องถิ่น

กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แจ้งแก่ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด โดยให้ความเห็นว่าการเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นเรื่องที่เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการสนับสนุนให้เกิดกลไกความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในระดับท้องถิ่น จึงแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่และสถานะทางการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

สปร. ให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจัดสมัชชาปฏิรูประดับจังหวัด จำนวน ๖๔ จังหวัด และสนับสนุนเฉพาะการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอสมัชชาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ ๒ จำนวน ๗ จังหวัด

จากการการขับเคลื่อนส่วนใหญ่ในภาพรวมสะท้อนให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางชุมชนและสังคมโดยภาพรวมคาดหวังไว้อันจะนำไปสู่ความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำลงได้ในอนาคต ใน ๓ ลักษณะ คือ (๑) การปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างทางการบริหารผ่านการยกร่างกฎหมาย ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต กรุงเทพมหานคร และปัตตานี เป็นต้น (๒) การสร้างเป้าหมายร่วมของคนในพื้นที่ระดับจังหวัด ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญที่มีการจัดทำธรรมนูญคนอำนาจเจริญ และ การสร้างเป้าหมายร่วมของคนในพื้นที่ระดับตำบล ชุมชน ได้แก่ การจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล การจัดทำแผนแม่บทชุมชน เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค

๑) ในระดับจังหวัดยังมีการดำเนินงานนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพเพื่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้อยู่ในวงจำกัด

๒) ยังไม่เห็นองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นองค์กรหลักในการสนับสนุนงบประมาณและประสานการดำเนินงานร่วมกับสภาองค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสุขภาพจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด ใช้เงื่อนไขตามรัฐธรรมนูญมาตราดำเนินการออกแบบและผลักดันให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการตนเองตามรูปแบบที่เหมาะสม

๓) ปัจจุบันยังไม่มีการพัฒนากลไกการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดที่เป็นไปตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้จึงยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาให้ติดตาม หากแต่มีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดที่เกิดจากกลไกคณะกรรมการจังหวัดบูรณาการ ซึ่งต้องจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามที่สำนักงานพัฒนาระบบราชการ (กพร.) กำหนด ซึ่งแม้ว่าแผนดังกล่าวจะไม่ได้มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมตามเจตนารมณ์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็ตาม แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ เพราะถือเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของชุมชนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

๑) ให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดผลักดันให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และกำหนดเรื่องพื้นที่จัดการตนเองเป็นประเด็นหลักและเป็นประเด็นร่วมกับปัญหาอื่น ๆ ในพื้นที่

๒) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย กำหนดมาตรการความร่วมมือในการผลักดันให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกแห่งเป็นองค์กรหลักในการสนับสนุนงบประมาณ และประสานการดำเนินงานร่วมกับ สภาองค์กรชุมชน เครือข่ายองค์กรชุมชนเครือข่ายภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด ใช้เงื่อนไขตามรัฐธรรมนูญดำเนินการออกแบบ และผลักดันให้ชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการตนเองตามรูปแบบที่เหมาะสม

๓) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับ คณะกรรมการปฏิรูปประเทศไทย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) สภาพัฒนาการเมือง และสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย ร่วมกันจัดตั้งคณะกรรมการที่เป็นกลไกการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 วาระนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพฯ ข้อ 1 โดยมีหน้าที่พัฒนากลไกการจัดการตนเองและพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นให้จัดการตนเองได้ในทุกระดับ

๔) ขอให้ที่ประชุมสภาองค์กรชุมชนตำบลระดับชาติตั้งคณะกรรมการพัฒนาโลกและพัฒนาศักยภาพของสภาองค์กรชุมชนตำบลเพื่อให้สภาองค์กรชุมชนระดับตำบลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 วาระนโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสุขภาพฯ

๕) ให้ที่ประชุมสภาองค์กรชุมชนตำบลระดับจังหวัดเป็นแกนหลักในการประสานงานไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดตั้งคณะทำงานติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ในทุกระดับ

๑๑. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๖ มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

ภายหลังจากได้มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ในเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ แล้ว สช. ได้เสนอเรื่องต่อ คสช. เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔ แต่เนื่องจากอยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐมนตรี จึงทำให้ กรม. ได้นำเรื่องนี้มาพิจารณาและมีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕ โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไปอีกทั้งยังมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องที่ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ความสำคัญในการปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศ

ที่มีการลักลอบนำเข้ามาในประเทศอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่ดังกล่าวต่ำกว่าบุหรี่ที่มีจำหน่ายอยู่ โดยทั่วไป และส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกรณีการสำแดงราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้รัฐได้รับความเสียหายด้วย

นอกจากนั้น ในวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ ครม. ยังได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ซึ่งสาระของแผนยุทธศาสตร์ฯ นี้มีความครอบคลุมมิติสุขภาพแห่งชาติ ในการขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ตั้งแต่วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ เป็นกลไกขับเคลื่อนมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย ๓๕ องค์กร เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่าง ๆ ตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย วรรณะคดีเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การควบคุมยาสูบ มีการออกระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๕๕ เพื่อกำหนดมาตรการในการติดต่อประสานงานกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปด้วยความโปร่งใส รวมทั้งได้ยกร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. เพื่อปรับปรุงมาตรการควบคุมมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจากยาสูบให้ทันสมัย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับ สช. สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมัชชาจังหวัด ๑๕ จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดลำพูน พัทลุง นครพนม มหาสารคาม อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุรินทร์ กาฬสินธุ์ สตูล ศรีสะเกษ ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา ระนอง ตรัง และชุมพร

ครม. ได้เห็นชอบให้มีการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบ เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ ๘๗ และการจัดเก็บตามปริมาณ ๑ บาทต่อมวนเป็นครั้งแรก ทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ในและต่างประเทศปรับขึ้นของละ ๗ - ๙ บาท อีกทั้งได้มีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนีย, พันธุ์เบอร์เลย์ และพันธุ์เตอร์กิช จากเดิมมีอัตราตามมูลค่าร้อยละ ๐.๑ ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๑๐ แต่ยังคงยกเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่และพบว่าเมื่อปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ของมากถึงประมาณ ๙ เท่า

กระทรวงศึกษาธิการได้ออกประกาศกำหนดแนวทางการปฏิบัติในสถานศึกษา อาทิ การห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรม หรือรับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ประกอบการยาสูบ ซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบการยาสูบภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (CSR) การบรรจุเรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษา และห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรค

ในการขับเคลื่อนงานมีหลายหน่วยงานเกี่ยวข้องจำนวนมาก การทำงานยังมีการประสานงานเชื่อมโยงกันอยู่ในระดับน้อย และอาจจะเกี่ยวข้องกันเรื่องงบประมาณที่ไม่สอดคล้อง ได้รับการกดดันจากภาคธุรกิจที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการควบคุมยาสูบในหลายช่องทาง ระเบียบของกรมควบคุมโรคมีผลบังคับใช้เฉพาะข้าราชการในสังกัดกรมควบคุมโรคเท่านั้น ไม่ครอบคลุมข้าราชการของสังกัดหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการบูรณาการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักในการเชื่อมประสานกับภาคส่วนต่างๆ มีการวางระบบการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม เรียกร้องให้ทุกฝ่ายร่วมกันปฏิบัติตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อย่างเคร่งครัด ขยายขอบเขตวิธีปฏิบัติตามระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้กว้างขวางครอบคลุมหน่วยงานรัฐอื่น ๆ ด้วย อปท. ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิต วัตถุประสงค์ในพื้นที่ และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง และกระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงานแบบมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงกับงานควบคุมปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยให้เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

๑๒. สมัชชาสุขภาพ ๓ มติ ๘ การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

ภายหลังจากที่ประชุม ครม.รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติแล้วนั้น กรมอนามัยในฐานะเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ร่วมดำเนินการกับอนุกรรมการฯ ทั้ง ๗ คณะซึ่งเป็นผู้แทนจากทุกภาคส่วน จัดทำแผนขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งนำไปสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับจังหวัด แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการทุกจังหวัดที่ครอบคลุมทั้ง ๗๖ จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยมีศูนย์วิชาการในสังกัดติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินงานไปทั้งหมดประมาณ ๕๐ จังหวัด ในปี ๒๕๕๕

กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับองค์กรแพท (PATH) และกรมควบคุมโรค พัฒนาหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล รวมถึงการดูแลสุขภาพทางเพศและความเข้าใจเรื่องเพศให้สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรม ซึ่งสามารถจัดการเรียนการสอนได้ประมาณ ๑๖ คาบต่อปี ทั้งนี้มีรูปธรรมการดำเนินงานในพื้นที่เกิดขึ้น เช่น ที่โรงเรียนหนองสรวง อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา นอกจากนี้ในปีงบประมาณ ๒๕๕๒-๒๕๕๕ ที่ผ่านมามีจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service : YFHS) ทั้งหมด ๗๖ จังหวัด และกรุงเทพมหานครจะเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ และเพื่อเป็นการส่งเสริมและสร้างขวัญกำลังใจต่อการดำเนินการดังกล่าว จึงจัดให้มีการสำรวจและประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และการประกาศเกียรติคุณและมอบรางวัลผลงานเด่นระดับประเทศในการประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ นอกจากนี้กรมอนามัยยังเป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับกรมควบคุมโรคและกระทรวงที่เกี่ยวข้องในการกำหนดตัวชี้วัดระดับกระบวนการของการตรวจราชการแบบบูรณาการด้วย

ในการสนับสนุนการดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับเด็กและเยาวชน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่ามีหน่วยงานบางแห่งได้บรรลุไว้ในแผน ๓ ปี และมีผลการขับเคลื่อนงานได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น อบต.บางพลับ จ.สุพรรณบุรี และเทศบาลตำบลวังชัย จ.ขอนแก่น นอกจากนี้ในระดับพื้นที่ยังมีกรณีตัวอย่างที่เริ่มจากระดับตำบลและขยายการดำเนินงานไปสู่จังหวัด เช่น ตำบลขอนแก่น อําเภอนางรอง จ.ลพบุรี ซึ่งจะได้มีการถอดบทเรียนเผยแพร่ต่อสาธารณะต่อไป

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) องค์การแพศ และสำนักบริหารสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนของ สสส.จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการปรึกษาทางเลือกเพื่อช่วยเหลือหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศและประสบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยบูรณาการกับศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล นอกจากนี้แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศและศูนย์สื่อสารการตลาดเพื่อสังคมได้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องเพศในสังคม รวมทั้งปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบในเรื่องเพศ ตลอดจนเคารพในบทบาทหญิงชาย

ในส่วนของ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ภายหลังจากที่ สช.ร่วมกับกรมอนามัยจัดสัมมนาเฉพาะประเด็นว่าด้วยการแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมไปเมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๓ แล้ว กรมอนามัยได้พัฒนาร่าง พ.ร.บ.ดังกล่าวซึ่งในขณะนี้อยู่ในขั้นตอนของการพิจารณาที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

๑๓. สัมชชาสุขภาพ ๔ มติ ๓ การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๕ มีมติให้เสนอ กรม. ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ รับทราบมติสัมชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

สช. ได้ร่วมกับ สปร. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนมติสัมชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการประชุมเครือข่ายเป็นประจำทุกเดือน และได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการทำงานเรียบร้อยแล้ว

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในฐานะหน่วยงานเลขานุการคณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อยู่ระหว่างการทบทวนและปรับปรุงแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยนำสาระตามมติสัมชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ไปเป็นส่วนหนึ่งในการทบทวนแผนดังกล่าว

สสส. ได้มีการสนับสนุนโครงการเพื่อการฟื้นฟูชุมชนที่ประสบอุทกภัย ผ่าน ๓ ชุดโครงการ ได้แก่ (๑) โครงการฟื้นฟูชุมชนหลังประสบอุทกภัยและเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ โดยสนับสนุนชุมชนในพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย หรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติธรรมชาติต่าง ๆ พัฒนาแผนการดำเนินงานหรือโครงการระดับท้องถิ่นเพื่อการจัดการและเตรียมพร้อม เมื่อเกิดภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนมีส่วนร่วม (๒) โครงการหนึ่งมหาวิทยาลัยหนึ่งพื้นที่ ฟื้นฟูชุมชนที่ประสบอุทกภัย สนับสนุนให้มหาวิทยาลัยใน ๒๖ จังหวัดที่ประสบอุทกภัยได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือฟื้นฟูชุมชนในพื้นที่ที่มหาวิทยาลัยตั้งอยู่ให้ได้รับการฟื้นฟูในเบื้องต้น และ (๓) โครงการเยาวชนคนรุ่นใหม่ฟื้นฟูสุขภาวะชุมชนหลังประสบอุทกภัย โดยสนับสนุนเครือข่ายอาสาสมัคร ๒ ภาคีหลัก ได้แก่ มูลนิธิโกลดิมทอง และ สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยฯ ระดมอาสาสมัครคนรุ่นใหม่ นักเรียน นักศึกษา รวมถึงเชื่อมกับกลุ่มหรือองค์กรอาสาสมัครในพื้นที่ช่วยเหลือฟื้นฟูชุมชนในพื้นที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย เป้าหมายอย่างน้อย ๕๐ พื้นที่

มีตัวอย่างการเตรียมการแก้ไขปัญหาคู่ภัยน้ำท่วมที่ดำเนินการโดยชุมชนท้องถิ่น ดังนี้

(๑) เทศบาลนครหาดใหญ่เปิดศูนย์อำนวยความสะดวกป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เทศบาลนครหาดใหญ่ ประจำปี 2555 ขึ้น โดยมีการจัดกลไกเป็น ๔ ฝ่ายคือ ๑) ฝ่ายเตรียมการป้องกัน ทำหน้าที่ในการเตรียมการป้องกันและสื่อสารแจ้งภัยแก่ประชาชน และจัดเตรียมเสบียงอาหารแก่ผู้ประสบภัย ๒) ฝ่ายปฏิบัติการ ทำหน้าที่ในการดำเนินการเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยและทรัพย์สินของประชาชนไปยังพื้นที่ปลอดภัย ๓) ฝ่ายฟื้นฟูบูรณะ ทำหน้าที่ในการวางแผนดำเนินการทำความสะอาดเมือง ซ่อมแซมระบบสาธารณูปโภคสงครามภัยผู้ประสบภัย

(๒) เทศบาลตำบลคูเมือง ร่วมกับศูนย์พัฒนาครัวเรือนชุมชนสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดลำพูน ดำเนินโครงการครอบครัวอบอุ่นเตรียมพร้อมรับสถานการณ์อุทกภัย เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับประชาชนในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยในตำบลคูเมือง ในการจัดการกับภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้น ในที่เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดอุทกภัย ข้อควรปฏิบัติในระหว่างการเกิดอุทกภัย และการฟื้นฟูหลังเกิดอุทกภัย

(๓) เทศบาลเมืองป่าตอง จ.ภูเก็ต ตั้งงบประมาณในการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนและประชาชนในพื้นที่เสี่ยง รวมทั้งมีการฝึกซ้อมใหญ่การอพยพหนีคลื่นามิทก ๆ ปี

(๔) เทศบาลตำบลไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ฝึกปฏิบัติซ้อมแผนบรรเทาสาธารณภัย เตรียมรับมือภัยพิบัติในพื้นที่รับผิดชอบ หลายหน่วยงานร่วมบูรณาการถ่ายทอดองค์ความรู้ร่วมกัน เตรียมพร้อมเครือข่ายการทำงานด้านการบรรเทาสาธารณภัยในทุกรูปแบบ เช่น สาธิตและซ้อมแผนผจญเพลิง ตลอดจน ร่วมกับซ้อมแผนอพยพผู้ประสบอุทกภัย และการลำเลียงผู้บาดเจ็บข้ามแม่น้ำฝาง

(๕) เทศบาลตำบลปริก จัดตั้งศูนย์จัดการภัยพิบัติเทศบาลตำบลปริก

(๖) เทศบาลนครเชียงใหม่ วางแผนกันน้ำเตรียมรับมืออุทกภัยปี ๒๕๕๕ พร้อมติดตั้งระบบเตือนภัย และหอกระจายข่าวกว่า ๑๐ จุด ในเขตพื้นที่เสี่ยง

กสทช. ได้มีการออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การอนุญาตและการกำกับดูแลการใช้คลื่นความถี่กลางสำหรับการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ และประชาชน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๔ โดย ให้กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มีหน้าที่ดูแลการใช้คลื่นความถี่กลางในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด และจัดตั้งสายสื่อสารหลัก โดยนำความถี่กลางไปใช้เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ และประชาชน สามารถแจ้งผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ผ่านคลื่นความถี่กลาง นอกจากนั้น กสทช. ได้ออกประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติงาน ของผู้ประกอบการกิจการเสียงและกิจการโทรทัศน์ ในกรณีเกิดภัยพิบัติ หรือเหตุฉุกเฉิน มีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ มีผลให้ผู้ประกอบการทุกรายต้องจัดทำ “แผนขั้นตอนการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบการในกรณีเกิดภัยพิบัติหรือ เหตุฉุกเฉิน” ส่งให้ กสทช. เพื่อทราบภายใน ๓๐ วันหลังประกาศฯ มีผลบังคับใช้

ปัญหาและอุปสรรค

ยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่อง (๑) การจัดตั้งกองทุนระดับชาติที่มีคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มาจากหลายภาคส่วนเพื่อสนับสนุนให้เกิดกลไกการบริหารจัดการภัยพิบัติ การบริหารระบบโลจิสติกส์ การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย การส่งเสริมการจัดทำแผนเตรียมความพร้อม

ระดับชุมชน และส่งเสริมการบริหารจัดการภัยพิบัติด้านอื่นๆ โดยเฉพาะระดับชุมชนท้องถิ่น (๒) การจัดตั้งและพัฒนากองทุน และกลไกการประสานความร่วมมือจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ตำบล/ภูมินิเวศน์ และ (๓) การทบทวนโครงสร้างการจัดการภัยพิบัติ โดยให้มีศูนย์อำนวยการที่มีลักษณะเป็นหน่วยงานรัฐที่เป็นอิสระ ทำงานเป็นเอกภาพขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี เป็นหน่วยงานที่ประสานความร่วมมือระหว่างกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมอุตุนิยมวิทยา ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ เครือข่ายอาสาสมัครด้านภัยพิบัติภาควิชาการ กรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศูนย์อำนวยการระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล

ข้อเสนอแนะ

เร่งรัดการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องนี้ โดยเฉพาะใน ๓ เรื่องที่ยังไม่มีความชัดเจน

๑๔. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๕ การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมาย ยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๕ มีมติให้เสนอ ครม. ซึ่ง ครม. ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ ได้แก่

(๑) จัดทำฐานข้อมูลโฆษณาที่ขออนุญาตสำหรับยา เครื่องมือแพทย์ ในรูปแบบ Electronic file พร้อมทั้งจะสร้างระบบสืบค้น และได้มีการพัฒนา “โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโฆษณาที่ผิดกฎหมาย [Violation Ad 2012]” ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ : คาดว่าจะแล้วเสร็จทั้งระบบ กันยายน ๒๕๕๖ ในพัฒนาเชื่อมเข้าสู่ระบบ Post marketing - E logistic ในอนาคต รวมทั้งข้อมูลโฆษณาและกลยุทธ์หรือรูปแบบการโฆษณาที่ต้องเฝ้าระวัง

(๒) ปรับระบบสายด่วน 1556 เป็นระบบ digital เพิ่ม เครือข่าย ออย. น้อย ให้เป็น ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ระดับพื้นที่

(๓) อยู่ระหว่างการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณา ยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่ออื่นๆ ด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานทุกระดับ

(๔) อยู่ระหว่างแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับยา อาหาร เครื่องสำอาง โดยมีการปรับเพิ่มโทษ และกำหนดแนวทางการจัดการปัญหาโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมายซ้ำซาก ให้สามารถเชื่อมโยงในการพักใช้ใบอนุญาตผลิตเพิกถอนทะเบียนตำรับ และเลขสารบบ

กสทช. ได้จัดทำหลักเกณฑ์หลักเกณฑ์การประกอบกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณา ยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวม ๒๐ หลักเกณฑ์ ซึ่งในปัจจุบันหลักเกณฑ์ดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วในบางส่วน บางหลักเกณฑ์ที่อยู่ในระหว่างการจัดทำประชาพิจารณ์ และบางหลักเกณฑ์อยู่ในระหว่างการประกาศในราชกิจจานุเบกษา

กสทช. ได้จัดทำ (ร่าง) ประกาศเพื่อกำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการฯ จัดสรรเวลาอย่างชัดเจน และเพียงพอในช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่หน่วยงานหรือองค์กรหรือองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค โดยได้แบ่งประเภทของใบอนุญาตประกอบกิจการฯ เป็นกิจการสาธารณะ ธุรกิจ ชุมชน ซึ่งเนื้อหาในส่วนของภาคธุรกิจ ระบุให้มีการบริการสาธารณะไว้ด้วย นอกจากนี้ยังได้สนับสนุนชุมชน/ภาคประชาชนให้ทำหน้าที่เฝ้าระวังการโฆษณา ยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ฝ่าฝืนกฎหมายในระดับภูมิภาค

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งภายใต้ กสทช. ได้แก่ คณะกรรมการบริหารกองทุนวิจัยและพัฒนา กิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบายที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ตามที่ระบุในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้

๑๕. สมัชชาสุขภาพ ๔ มติ ๖ การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของ คนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น :

คสช. ได้มีการประชุมเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๕๕ มีมติเห็นชอบและให้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบต่อไป ซึ่ง ครม. ได้มีการประชุม เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๕ รับทราบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

กระทรวงแรงงาน มีการดำเนินการเพื่อรองรับมาตรา ๓ วรรค ๒ โดยมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเตรียมความพร้อมรองรับพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.๒๕๕๔ ในส่วนภาครัฐ เมื่อวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐทราบรายละเอียดตามมาตรา ๓ วรรคสอง และสามารถนำไปปฏิบัติภายในหน่วยงานได้ และขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการนำเรื่องเสนอเข้าที่ประชุม ครม.เพื่อทราบ และมอบหมายให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทุกกระทรวง แจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีแผนดำเนินการรองรับดังนี้ (๑) นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อมีมติรับทราบ และขอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแต่ละกระทรวงแจ้งให้หน่วยงานราชการในสังกัดปฏิบัติโดยเคร่งครัด (๒) จัดประชุมชี้แจงและจัดทำคู่มือประกอบการดำเนินการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานสำหรับหน่วยงานราชการ

สภาเครือข่ายและเครือข่ายแรงงานได้มีความพยายามในการดำเนินการเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย อาทิ การจัดเวทีกิจกรรมรณรงค์ การเข้าพบรัฐมนตรีเพื่อเสนอเรื่องการอบรมให้แก่แรงงาน และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแรงงานในการร่วมกับกระทรวงแรงงานในการออกกฎหมายลูก การร่วมกับสำนักงานประกันสังคมดำเนินการเรื่องอาชีวอนามัยในพื้นที่อยุธยา ชลบุรี ระยอง รังสิต จ.ปทุมธานีและใกล้เคียง เพื่อเป็นการสร้างผู้นำเครือข่ายสุขภาพ

กรมควบคุมโรค ได้มีการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับ รพศ. รพท. และ รพช. มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการอาชีวอนามัยแก่กลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และในปี ๒๕๕๖ จะดำเนินการทดลองนำร่องมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ดังกล่าวในพื้นที่ ๕ จังหวัด ได้แก่ ลำพูน อุตรธานี สุพรรณบุรี ระยอง และสงขลา ก่อนที่จะนำไปขยายผลในระดับประเทศ

กรมควบคุมโรคร่วมกับ สปสช. ได้มีการพัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการในระดับจังหวัดอย่างมีส่วนร่วมในการสนับสนุนหน่วยบริการในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มสิทธิประกัน

สังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการในจังหวัด และการค้นหาสถานประกอบการหรือหน่วยราชการ “ต้นแบบ” ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ หน่วยบริการ ที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับกลุ่มสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ อาทิ หน่วยบริการภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือ ภาคเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก และอาจเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการอาชีวอนามัย บริการตรวจสุขภาพประจำปี หรือบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่กลุ่มสิทธิประกันสังคม หรือ กลุ่มสวัสดิการข้าราชการอยู่แล้ว หรือ มีความสนใจแต่ยังไม่เคยจัดบริการ

กรมควบคุมโรค ได้เริ่มการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพคลินิกอาชีวเวชศาสตร์สำหรับการบริการ ทุติยภูมิในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (คลินิกโรคจากการทำงาน) มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ซึ่งในปัจจุบัน มีการจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และทั่วไปแล้ว รวม ๗๒ แห่ง ใน ๖๖ จังหวัด กระจายตัวในทุกภูมิภาคของประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคลินิกโรคจากการทำงานที่ รพ.นพรัตน์ราชธานี และ รพ.ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยบางแห่ง)

ปัญหาและอุปสรรค

การดำเนินการเพื่อจัดตั้งสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานในฐานะองค์กรมมหานที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554 ยังไม่แล้วเสร็จ เนื่องจากยังหาความเห็นร่วมกันของทุกฝ่ายต่อบทบาทหน้าที่ และองค์ประกอบของคณะกรรมการสถาบันไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

กระทรวงแรงงานควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการออกแบบสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งอาจนำเอากระบวนการสมัชชาสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ไปใช้

ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติรับทราบรายงานผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๑๒ เรื่องข้างต้น



ภาคผนวก ๒

บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่าย
ในการประชุมสมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ ๕

1. กลุ่มเครือข่ายพื้นที่ (๓๓ กลุ่มเครือข่าย)

- 1.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดกรุงเทพมหานคร
- 2.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดกระบี่
- 3.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดกาญจนบุรี
- 4.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์
- 5.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดกำแพงเพชร
- 6.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น
- 7.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดจันทบุรี
- 8.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดฉะเชิงเทรา
- 9.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดชลบุรี
- 10.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดชัยนาท
- 11.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดชัยภูมิ
- 12.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดชุมพร
- 13.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่
- 14.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดเชียงราย
- 15.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดตรัง
- 16.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดตราด
- 17.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดตาก
- 18.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนครนายก
- 19.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนครปฐม
- 20.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนครพนม
- 21.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนครราชสีมา
- 22.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช
- 23.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนครสวรรค์
- 24.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนนทบุรี
- 25.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดนราธิวาส
- 26.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดน่าน
- 27.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดบึงกาฬ
- 28.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดบุรีรัมย์
- 29.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดปทุมธานี
- 30.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดประจวบฯ
- 31.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี
- 32.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดปัตตานี
- 33.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดระนอง
- 34.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดพะเยา
- 35.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดพังงา
- 36.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดพัทลุง
- 37.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดพิจิตร
- 38.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดพิษณุโลก
- 39.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดเพชรบุรี
- 40.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดเพชรบูรณ์
- 41.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดแพร่
- 42.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดภูเก็ต
- 43.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม
- 44.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดมุกดาหาร
- 45.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- 46.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดยโสธร
- 47.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดยะลา
- 48.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด
- 49.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดระนอง
- 50.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดระยอง
- 51.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดราชบุรี
- 52.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดลพบุรี
- 53.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดลำปาง
- 54.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดลำพูน
- 55.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดเลย
- 56.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ
- 57.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสกลนคร
- 58.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสงขลา
- 59.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสตูล
- 60.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ
- 61.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสมุทรสงคราม
- 62.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสมุทรสาคร
- 63.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว
- 64.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสระบุรี
- 65.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี
- 66.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสุโขทัย
- 67.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสุพรรณบุรี
- 68.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 69.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดสุรินทร์
- 70.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดหนองคาย
- 71.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู
- 72.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดอ่างทอง
- 73.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดอำนาจเจริญ
- 74.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี
- 75.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดอุตรดิตถ์
- 76.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดอุทัยธานี
- 77.กลุ่มเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี



2. กลุ่มเครือข่ายภาคส่วนหลัก (3 ภาคส่วน)

2.1 กลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน และเอกชน (65 กลุ่มเครือข่าย)

ลำดับ	ชื่อกิจกรรม	หมายเหตุ
1	กลุ่มเครือข่ายผู้หญิง 1	
1	สภาสตรีแห่งชาติ	
2	กลุ่มเครือข่ายผู้หญิง 2	
1	มูลนิธิผู้หญิง	
2	มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง	
3	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง	
4	มูลนิธิอาเซีย	
5	สมาคมติดตามการพัฒนสตรีในประเทศไทย	
6	สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ	
7	สมาคมสหพันธ์สตรีเพื่อสตรี	
3	กลุ่มเครือข่ายผู้หญิง 3	
1	สมาคมสตรีนักธุรกิจและวิชาชีพแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์	
2	สมาคมสตรีภาคพื้นแปซิฟิกและเอเชียอาคเนย์แห่งประเทศไทย	
3	สหพันธ์สตรีเพื่อสันติภาพโลกประเทศไทย	
4	สถาบันผู้หญิงกับการเมือง	
5	องค์การแพธ	
6	เครือข่ายผู้หญิงพลิกโฉมประเทศไทย	
7	กลุ่มสตรีมุสลิมอาสาสมัคร	
4	กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน 1	
1	สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย	
5	กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน 2	
1	มูลนิธิเกียรติร่วมมิตรเพื่อการศึกษา	
2	มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว	
3	มูลนิธิเพื่อการฟื้นฟูพัฒนาเด็กและครอบครัว	
4	มูลนิธิส่งเสริมสถาบันครอบครัว	
5	มูลนิธิหนังสือเพื่อเด็ก	
6	มูลนิธิพัฒนาชีวิตชนบท	
7	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก	
6	กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน 3	
1	มูลนิธิสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนลลิตรา	
2	มูลนิธิช่วยเหลือเด็กกำพร้าสตรีไทยมุสลิมฯ	
3	มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
4	มูลนิธิมิตรมวลเด็ก	
5	มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล	
6	มูลนิธิสันติสุข	
7	สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย	
7	กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน 4	
1	สมาคมรักแม่	
2	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ	
3	สมาคมศูนย์ข่าวเยาวชนไทย	
4	สมาคมบ้านเยาวชนแห่งประเทศไทย	
5	สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยฯ	
6	สมาคมสงเคราะห์เด็กกำพร้าแห่งประเทศไทย	
7	สมาคมสวัสดิการเด็กในประเทศไทย	
8	เบญจมาชลาลัยสมาคม ในพระบรมราชินูปถัมภ์	
8	กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน 5	
1	สภาเยาวชนกรุงเทพมหานคร	
2	สภาองค์การพัฒนาเด็กและเยาวชนในพระราชูปถัมภ์ฯ	
3	สภาเยาวชนคาทอลิกแห่งประเทศไทย	
4	สำนักข่าวเด็กและเยาวชน "ขบวนการตาต๊อบประด"	
5	ศูนย์กิจกรรมเยาวชนเพื่อชุมชนและสังคม (Y-ACT)	
6	ศูนย์ประสานงานเด็กและเยาวชนสร้างสรรค์เพื่อชีวิตและสิ่งแวดล้อม	
7	ศูนย์ประสานงานเยาวชนเพื่อเยาวชน	
8	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทิพูเย	
9	กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน 6	
1	ศูนย์พัฒนาเยาวชน	
2	เครือข่ายคณะทำงานเด็ก	
3	เครือข่ายเยาวชนเพื่อการพัฒนา	
4	กลุ่มเยาวชน Black Box	
5	กลุ่มเยาวชน YIY	
6	พีระยานุเคราะห์มูลนิธิ	
7	ล้มมาชีวิศิลป์มูลนิธิ	
10	กลุ่มเครือข่ายองค์กรคนพิการ	
1	มูลนิธิคนพิการไทย	
2	มูลนิธิออทิสติกไทย	
3	สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย	
4	สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวสากล	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
5	สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย	
6	สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย	
7	สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	
8	องค์การคนพิการสากลประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก	
9	คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ	
11	กลุ่มเครือข่ายองค์กรสนับสนุนหรือดำเนินการเพื่อคนพิการ 1	
1	มูลนิธิคอลฟิลด์เพื่อคนตาบอดฯ	
2	มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยฯ	
3	มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย	
4	มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย	
5	มูลนิธิส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ	
6	มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ในพระบรมราชูปถัมภ์	
12	กลุ่มเครือข่ายองค์กรสนับสนุนหรือดำเนินการเพื่อคนพิการ 2	
1	มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก ในพระบรมราชูปถัมภ์	
2	สมาคมผู้ปกครองบุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญา	
3	สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย)	
4	สมาคมเพื่อคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย	
5	สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต	
6	สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย	
7	สภาศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการประเทศไทย	
13	กลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุ 1	
1	สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ	
14	กลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุ 2	
1	มูลนิธิศูนย์ส่งเสริมผู้สูงอายุ	
2	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย	
3	สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย	
4	สมาคมส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุ	
15	กลุ่มเครือข่ายเศรษฐกิจพอเพียง/ปราชญ์ชาวบ้าน	
1	สถาบันเศรษฐกิจพอเพียง	
2	ชุมนุมร้านสหกรณ์แห่งประเทศไทย	
3	ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด	
4	ชุมนุมสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย	
5	ชุมนุมสหกรณ์โคนมแห่งประเทศไทย	
6	ชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
16	กลุ่มเครือข่ายแรงงาน 1	
1	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ	
2	มูลนิธิเพื่อแรงงานหญิงแห่งเอเชีย	
3	สมาคมช่างเสื้อสตรี	
4	สภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย	
5	สมาพันธ์อาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน	
6	สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ (องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ)	
17	กลุ่มเครือข่ายแรงงาน 2	
1	สหกรณ์แท็กซี่รวมมิตร จำกัด	
2	สหกรณ์สามล้อมวลชน จำกัด	
3	เครือข่ายแรงงานนอกระบบ 4 ภาค	
4	เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน (LPN)	
5	คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย	
6	กลุ่มบูรณาการแรงงานสตรี	
18	กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข	
1	สมาคมการอาสาสมัครเพื่อพัฒนาสังคมไทย	
2	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพเพื่อสังคม	
3	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคเหนือ	
4	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้	
5	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคกลางเพื่อสังคม	
6	สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
19	กลุ่มเครือข่ายสื่อ 1	
1	สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย	
2	สมาคมนักหนังสือพิมพ์ภูมิภาคแห่งประเทศไทย	
3	สมาคมหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	
4	สมาคมหนังสือพิมพ์ส่วนภูมิภาคแห่งประเทศไทย	
5	สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ	
6	สถาบันอิศรา อมันตกุล	
7	เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคกลางและตะวันออก	
8	เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคใต้	
9	เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคเหนือ	
10	เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคอีสาน	
20	กลุ่มเครือข่ายสื่อ 2	
1	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาวิทยุชุมชนไทย	
2	สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
3	สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพวิทยุท้องถิ่นไทย	
4	สมาคมเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย	
5	สภาวิชาชีพกิจการการแพร่ภาพและการกระจายเสียง (ประเทศไทย)	
6	สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย	
7	สหพันธ์วิทยุชุมชนแห่งชาติ	
21	กลุ่มเครือข่ายสื่อ 3	
1	สมาคมช่างภาพสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย	
2	สมาคมนักข่าวช่างภาพกีฬาแห่งประเทศไทย	
3	สมาคมนักประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย	
4	สมาคมผู้ผลิตข่าวออนไลน์	
5	สมาคมผู้สื่อข่าวกีฬาแห่งประเทศไทย	
6	สมาคมผู้สื่อข่าวบันเทิงแห่งประเทศไทย	
7	สมาคมผู้สื่อข่าวเศรษฐกิจ	
8	ชมรมนักข่าวสิ่งแวดล้อม	
9	ชมรมนักข่าวสายเทคโนโลยีสารสนเทศ	
10	เครือข่ายพันธมิตรสื่อสมัชชาสุขภาพ	
22	กลุ่มเครือข่ายนักกฎหมาย	
1	มูลนิธิศูนย์กฎหมายสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย	
2	สมาคมบัณฑิตสตรีทางกฎหมายแห่งประเทศไทยฯ	
3	สภาทนายความ	
4	เนติบัณฑิตยสภา	
5	สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
23	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเกษตร 1	
1	หอการค้าไทย	
24	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเกษตร 2	
1	สมาคมเพาะเลี้ยงปลาไทย	
2	สมาคมการค้าปุ๋ยและธุรกิจการเกษตรไทย	
3	สมาคมการค้ามันสำปะหลังไทย	
4	สมาคมผู้ผลิตอาหารสำเร็จรูป	
5	สมาคมผู้ส่งออกข้าวไทย	
6	สมาคมพ่อค้าข้าวโพดและพืชพันธุ์ไทย	
7	สมาคมยางพาราไทย	
8	สมาคมอาหารแช่เยือกแข็งไทย	
25	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจอุตสาหกรรม 1	
1	สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
26	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจอุตสาหกรรม 2	
1	สมาคมผู้ประกอบการสตรี	
2	สมาคมผู้ผลิตเครื่องสำอางไทย	
3	สมาคมผู้ผลิตถุงมือยางไทย	
4	สมาคมผู้ผลิตน้ำตาลและชีวพลังงานไทย	
5	สมาคมผู้ผลิตสบู่ไทย สิ่งชำระล้างและผลิตภัณฑ์ส่วนบุคคล	
6	สมาคมผู้ผลิตอาหารทารก และเด็กเล็ก	
7	สมาคมส่งเสริมผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมไทย	
8	สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องตีไม้ไทย	
9	สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องนุ่มห่มไทย	
10	สมาคมอุตสาหกรรมสิ่งทอไทย	
27	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจบริการ 1	
1	สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย	
28	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจบริการ 2	
1	สมาคมการขายโดยตรง (ไทย)	
2	สมาคมการตลาดแห่งประเทศไทย	
3	สมาคมโฆษณาธุรกิจแห่งประเทศไทย	
4	สมาคมผู้ค้าเวชภัณฑ์สำหรับสัตว์	
29	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเงิน 1	
1	สมาคมธนาคารไทย	
30	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเงิน 2	
1	สภาธุรกิจตลาดทุนไทยและสมาคมในสังกัด	
2	สมาคมประกันชีวิตไทย	
3	สมาคมประกันวินาศภัย	
31	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร	
1	สมาคมวารสารสนเทศไทย	
2	สมาคมความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ	
3	สมาคมธุรกิจคอมพิวเตอร์ไทย	
4	สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย	
5	สมาคมสมาพันธ์โอเพ่นซอร์สแห่งประเทศไทย	
6	สมาคมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์ไทย	
32	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจท่องเที่ยว	
1	สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยและสมาคมในสังกัด	
33	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจด้านสุขภาพ 1	
1	สมาคมการค้ากลุ่มยาและเวชภัณฑ์	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
2	สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน	
3	สมาคมร้านขายยา	
4	สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
5	สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์	
6	สมาคมอาหารเสริมสุขภาพ	
7	สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย	
8	เภสัชพาณิชย์สมาคม	
9	ชมรมเภสัชกรขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์	
10	ชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย	
34	กลุ่มเครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคม	
1	มูลนิธิโรตารีแห่งประเทศไทย	
2	ชมรมรัฐวิสาหกิจเพื่อชุมชน	
3	ชมรมส่งเสริมคุณธรรมทางการเงินและสังคม	
4	สโมสรไลออนส์ประเทศไทย	
5	เครือข่าย CSR-DIW	
6	เครือข่ายธุรกิจ SME คุณธรรม	
7	เครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม	
8	คณะกรรมการนักธุรกิจเพื่อสิ่งแวดล้อมไทย	
9	CSR Club	
35	กลุ่มเครือข่ายสิ่งแวดล้อม 1	
1	มูลนิธิคุ้มครองสัตว์ป่าและพรรณพืชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์	
2	มูลนิธิชีววิถี	
3	มูลนิธิบูรณะนิเวศ	
4	มูลนิธิใบไม้สีเขียว	
5	มูลนิธิป้องกันควันพิษและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	
6	มูลนิธิพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยว	
7	มูลนิธิพลังงานเพื่อสิ่งแวดล้อม	
8	มูลนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการแห่งประเทศไทย	
9	มูลนิธิเพื่อสันติภาพเขียว (กรีนพีซ)	
36	กลุ่มเครือข่ายสิ่งแวดล้อม 2	
1	มูลนิธิเครือข่ายอนุรักษ์ผืนป่าตะวันตก (มอต.)	
2	มูลนิธิบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ (ประเทศไทย)	
3	มูลนิธิป้องกันควันพิษและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	
4	มูลนิธิพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยว	
5	มูลนิธิฟื้นฟูชีวิตและธรรมชาติ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
6	มูลนิธิโลกสีเขียว	
7	มูลนิธิสถาบันราชพฤกษ์	
8	มูลนิธิสืบนาคะเสถียร	
9	สมาคมอนุรักษ์ศิลปกรรมและสิ่งแวดล้อม	
10	สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย	
37	กลุ่มเครือข่ายสิ่งแวดล้อม 3	
1	สถาบันการจัดการบรรจุภัณฑ์เพื่อสิ่งแวดล้อม	
2	สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม	
3	สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย	
4	สมัชชาคนจน	
5	ชมรมอนุรักษ์สภาพแวดล้อม	
6	เครือข่ายอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.)	
7	กลุ่มบีที	
38	กลุ่มเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่น	
1	มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย	
2	มูลนิธิเพื่อพัฒนาการแพทย์ทางเลือก (ประเทศไทย)	
3	สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย	
4	เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย (4 ภาค)	
39	กลุ่มเครือข่ายพัฒนาสังคม 1	
1	มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม	
2	มูลนิธิชุมชนไท	
3	มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
4	มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	
5	มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย	
6	สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน	
7	สหพันธ์พัฒนาองค์กรชุมชนคนจนเมืองแห่งชาติ (สอช.)	
8	สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI)	
40	กลุ่มเครือข่ายพัฒนาสังคม 2	
1	เครือข่ายคนไร้บ้าน	
2	เครือข่ายชุมชนป้อมมหากาฬ	
3	เครือข่ายสลัม 4 ภาค	
4	คณะกรรมการคานทอลิกเพื่อการพัฒนา	
5	คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กปอพช.)	
6	บางกอกฟอรัม	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
41	กลุ่มเครือข่ายเกษตรเพื่อสุขภาพ	
1	มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย)	
2	มูลนิธิกสิกรรมธรรมชาติ	
3	เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก	
4	เครือข่ายกสิกรรมไร้สารพิษแห่งประเทศไทย	
5	สถาบันชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน	
6	ชมรมเกษตรปลอดสารพิษ	
42	กลุ่มเครือข่ายเกษตรและอาหาร 1	
1	มูลนิธิกองทุนมันสำปะหลัง	
2	มูลนิธิข้าวไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	
3	มูลนิธิชัยพัฒนา	
4	มูลนิธิมาตรฐานเกษตรอินทรีย์	
5	มูลนิธิส่งเสริมยุวเกษตรกรไทย	
6	สมาคมพืชสวนแห่งประเทศไทย	
7	สมาคมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหารแห่งประเทศไทย (FoSTAT)	
8	สมาคมเศรษฐศาสตร์เกษตรแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	
9	สมาคมส่งเสริมการเลี้ยงไก่แห่งประเทศไทย	
10	สมาคมสหพันธ์เกษตรกรเพื่อการพัฒนาประเทศไทย	
43	กลุ่มเครือข่ายเกษตรและอาหาร 2	
1	สมาคมลัตวาบาลแห่งประเทศไทย	
2	สภาเกษตรกรแห่งชาติ	
3	สภามาตรฐานผลิตภัณฑ์เกษตรกรรมทางเลือก	
4	สำนักงานส่งเสริมการปฏิรูประบบเพื่อคุณภาพชีวิตเกษตรกร ชุมชน และสังคม	
5	องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ เอฟเอไอ	
6	เครือข่ายตลาดสีเขียว	
7	ชมรมเกษตรอินทรีย์แห่งประเทศไทย	
8	ชมรมถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร	
9	ตลาดสินค้าเกษตรล่วงหน้าแห่งประเทศไทย (AFET)	
44	กลุ่มเครือข่ายจิตอาสา 1	
1	มูลนิธิปอเด็กตั้ง	
2	มูลนิธิพุทธฉือจี้ไต้หวันแห่งประเทศไทย	
3	มูลนิธิเพื่อนช่วยเพื่อน	
4	มูลนิธิร่วมกตัญญู	
5	มูลนิธิสยามกัมมาจล	
6	มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
7	มูลนิธิเอสซีจี	
45	กลุ่มเครือข่ายจิตอาสา 2	
8	สถาบันคีนันแห่งเอเชีย	
9	สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
10	สถานีวิทย์ร่วมด้วยช่วยกัน	
11	สถานีวิทย์ เอฟเอ็ม 100 เม็กกะเฮิร์ต (จส.100)	
12	เครือข่ายจิตอาสา/Volunteer Spirit	
13	กลุ่มอาสา เสถียรธรรมสถาน	
14	โครงการบัณฑิตอาสา ม.สงขลานครินทร์ (วช.หาดใหญ่)	
46	กลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ เหล้า บุหรี่ อุบัติเหตุ	
1	มูลนิธิเมาไม่ขับ	
2	มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	
3	สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย	
4	ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา	
5	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)	
6	ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน	
7	ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย	
8	เครือข่ายลดอุบัติเหตุ	
9	เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่	
10	เครือข่ายองค์กรงดเหล้า	
47	กลุ่มเครือข่ายองค์กรทำงานด้านเอดส์	
1	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	
2	มูลนิธิป้องกันยาเสพติดและเอดส์แห่งเอเชีย	
3	มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์	
4	มูลนิธิเฟิร์ด เอล บัค ประเทศไทย	
5	มูลนิธิรักษ์ไท	
6	มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย	
7	สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์	
8	องค์การแอคชั่นเอดส์ประเทศไทย	
9	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย	
10	คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์	
48	กลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพองค์กรรวม	
1	มูลนิธิพัฒนาสุขภาพสังคม	
2	มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา	
3	มูลนิธิสุขภาพไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
4	มูลนิธิหมอบ้าน	
5	ชมรมอยู่ร้อยปีชีวิมีความสุข	
49	กลุ่มเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	
1	มูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม (มภส.)	
2	สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	
3	แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา	
4	ชมรมเพื่อนโรคไต	
5	เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์	
6	กลุ่มศึกษาปัญหา ยา	
50	กลุ่มเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไป	
1	มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค	
2	สมาคมพิทักษ์ประโยชน์ผู้บริโภค	
3	สมาคมคุ้มครองผู้บริโภคไทย	
4	สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค	
5	FTA Watch	
51	กลุ่มเครือข่ายศาสนาธรรม (ศาสนาพุทธ)	
1	มูลนิธิธรรมกาย	
2	มูลนิธิพุทธธรรม	
3	เปรียญธรรมสมาคมแห่งประเทศไทย	
4	พุทธสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
5	ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	
6	เครือข่ายพุทธิก : เพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม	
7	เครือข่ายสันติอโศก	
8	เสถียรธรรมสถาน	
52	กลุ่มเครือข่ายศาสนาธรรม (ศาสนาคริสต์)	
1	สมาคมคาทอลิกแห่งประเทศไทย	
2	สภาคริสตจักรในประเทศไทย	
3	สหกิจคริสเตียนแห่งประเทศไทย	
53	กลุ่มเครือข่ายศาสนาธรรม (ศาสนาอิสลาม)	
1	มูลนิธิเพื่อศูนย์กลางอิสลามแห่งประเทศไทย	
2	มูลนิธิอิสลามเพื่อพัฒนาสังคมไทยและเศรษฐกิจแห่งประเทศไทย	
3	สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย	
4	เครือข่ายมุสลิมเอเชีย	
5	เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
54	กลุ่มเครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาซิกข์)	
1	มูลนิธิไทยซิกข์	
2	สมาคมไทย ซิกข์แห่งประเทศไทย	
55	กลุ่มเครือข่ายเฉพาะ 1	
1	มูลนิธิชาวไทยภูเขา	
2	มูลนิธิพัฒนาชุมชนและภูเขา (พชภ.)	
3	มูลนิธิพันธกิจไทย-อาข่า	
4	มูลนิธิรักษ่าอาข่า	
5	มูลนิธิศึกษาพัฒนาประชาชนบนที่สูง (พปส.)	
6	สมาคมศูนย์รวมการศึกษาและวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาในประเทศไทย	
7	สถาบันพัฒนาเยาวชนชนชาติพันธุ์	
56	กลุ่มเครือข่ายเฉพาะ 2	
1	ชมรมชาวอาข่าแห่งประเทศไทย	
2	เครือข่ายคนไทยพลัดถิ่น	
3	เครือข่ายคนไร้สัญชาติ (ลาวอพยพ)	
4	เครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย	
5	เครือข่ายชาวเลมอแกน	
6	เครือข่ายสตรีชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย	
7	กลุ่มชนพื้นเมืองแห่งภูมิภาคเอเชีย	
8	กลุ่มอัตลักษณ์ทางเพศ	
57	กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่เกี่ยวกับสภาองค์กรชุมชน	
1	คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบลกรุงเทพฯ ปริมาณพล และตะวันออก	
2	คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบล ภาคกลางตอนบนและตะวันตก	
3	คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
4	คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบล ภาคใต้	
5	คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบล ภาคเหนือ	
6	ที่ประชุมระดับชาติของสภาองค์กรชุมชนตำบล	
58	กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่เกี่ยวกับเครือข่ายองค์กรชุมชน	
1	คณะประสานงานองค์กรชุมชนกรุงเทพฯ ปริมาณพล และตะวันออก	
2	คณะประสานงานองค์กรชุมชนชาติ	
3	คณะประสานงานองค์กรชุมชน ภาคกลางตอนบนและตะวันตก	
4	คณะประสานงานองค์กรชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
5	คณะประสานงานองค์กรชุมชน ภาคใต้	
6	คณะประสานงานองค์กรชุมชน ภาคเหนือ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
59	กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่เกี่ยวกับเครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง 4 ภาค	
1	เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองกรุงเทพฯ ปริมณฑล และตะวันออก	
2	เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตน ภาคกลางตอนบนและตะวันตก	
3	เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
4	เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตน ภาคใต้	
5	เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตน ภาคเหนือ	
60	กลุ่มเครือข่ายศิลปินที่เกี่ยวกับคีตศิลป์ ทัศนศิลป์ และวรรณศิลป์	
1	มูลนิธิศิลปินเพื่อมวลมนุษย์	
2	สมาคมการ์ตูนไทย	
3	สมาคมช่างภาพสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย	
4	สมาคมดนตรีแห่งประเทศไทย	
5	สมาคมนักเขียนแห่งประเทศไทย	
6	สมาคมนักแต่งเพลงแห่งประเทศไทย	
7	สมาคมนักกลอนแห่งประเทศไทย	
8	สมาคมสมาพันธ์ภาพยนตร์แห่งชาติ	
9	สถาบันทักษิณคดีศึกษา	
10	ชมรมหนังสือแห่งประเทศไทย	
11	ศูนย์ศิลป์สิรินธร	
12	กลุ่มดนตรีพื้นบ้านอีสานหมอลำแคน	
61	กลุ่มเครือข่ายศิลปินทั่วไป	
1	มูลนิธิศิลปินเพื่อมวลมนุษย์	
2	มูลนิธิสื่อชาวบ้าน (มะขามป้อม)	
3	สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย	
4	สมาคมช่างภาพ	
5	สมาคมศิลปินตลกแห่งประเทศไทย	
6	สมาคมศิลปินอีสาน	
7	สมาพันธ์ศิลปินเพื่อสังคม	
8	สโมสรนักเขียนภาคอีสาน	
9	มหาวิทยาลัยพื้นบ้านศรีวิชัย	
10	ชมรมเบิกฟ้าล้านนา	
62	กลุ่มเครือข่ายศิลปินระดับภาค	
1	เครือข่ายศิลปินภาคเหนือ	
2	เครือข่ายศิลปินภาคใต้	
3	เครือข่ายศิลปินภาคกลาง	
4	เครือข่ายศิลปินภาคอีสาน	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
5	เครือข่ายศิลปินล้านนา	
63	กลุ่มเครือข่ายด้านการเมือง	
1	มูลนิธิ 14 ตุลา	
2	มูลนิธิ ฟรีดริค เนามัน	
3	มูลนิธิวิเทศพัฒนา	
64	กลุ่มเครือข่ายด้านการศึกษาทั่วไป	
1	มูลนิธิการศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม	
2	มูลนิธิอริยาภา	
3	สมาคมเครือข่ายผู้ปกครองแห่งชาติ	
4	สมาคมครูสถานศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย	
5	สภาผู้ปกครองและครูแห่งประเทศไทย	
6	ศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้ปกครองในสถานศึกษา	
65	กลุ่มเครือข่ายด้านการศึกษาทางเลือก	
1	มูลนิธิกองทุนการศึกษาเพื่อการพัฒนา	
2	สมาคมบ้านเรียนไทย	
3	สมาคมสภาการศึกษาทางเลือก	
4	สถาบันการศึกษาทางเลือก	
5	มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน	
6	โรงเรียนหมู่บ้านเด็ก มูลนิธิเด็ก	
7	เครือข่ายการศึกษาทางเลือก	

2.2 กลุ่มเครือข่ายภาควิชาชีพ/วิชาการ (35 กลุ่มเครือข่าย)

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
1	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพแพทยศาสตร์	
1	แพทยสภาและองค์กรภายใต้แพทยสภา	
2	แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย	
2	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาแพทยศาสตร์	
1	กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย	
3	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพเภสัชศาสตร์	
1	สภาเภสัชกรรม	
2	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)	
3	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล	
4	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์	
1	คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
5	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพทันตแพทยศาสตร์	
1	ทันตแพทยสภา	
2	สมาคมทันตแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	
6	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์	
1	องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย	
7	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลศาสตร์	
1	สภาการพยาบาล	
2	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย	
8	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์	
1	กลุ่มสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์	
9	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์	
1	สภาเทคนิคการแพทย์	
2	สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย	
10	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาเทคนิคการแพทย์	
1	กลุ่มสถาบันการศึกษาเทคนิคการแพทย์	
11	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัด	
1	สภากายภาพบำบัด	
2	สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย	
12	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษากายภาพบำบัด	
1	กลุ่มสถาบันการศึกษากายภาพบำบัด	
13	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาลี้กักสถาบันบรมราชชนก	
1	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	
2	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	
14	กลุ่มเครือข่ายคณะกรรมการวิชาชีพตาม พ.ร.บ.ประกอบโรคศิลปะ	
1	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย	
2	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย	
3	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์	
4	คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด	
5	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก	
6	คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก	
7	คณะกรรมการวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค	
15	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาศาธารณสุขศาสตร์	
1	เครือข่ายสถาบันการศึกษาศาธารณสุขศาสตร์	
16	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
1	เครือข่ายสถาบันการแพทย์แผนไทย	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
2	วิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม	
3	คณะการแพทย์แผนจีน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ	
17	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านสังคมศาสตร์ สังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล	
1	คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
2	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล	
3	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล	
4	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	
5	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	
18	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านสังคมศาสตร์	
1	คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	
2	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	
3	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	
4	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
5	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
19	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
1	คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
2	คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
3	วิทยาลัยสิ่งแวดล้อม วิทยาเขตบางเขน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	
4	สถาบันวิจัยทรัพยากรทางน้ำแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
5	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
6	สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
7	สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย	
20	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านรัฐศาสตร์	
1	คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	
2	คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
3	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
4	คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง	
5	สาขาวิชารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	
6	เครือข่ายคณะรัฐศาสตร์ภาคใต้	
21	กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการด้านสื่อสารสาธารณะ	
1	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
2	คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	
3	คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ท่าพระจันทร์	
4	ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย	
5	ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
6	สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ	
7	สวนดุสิตโพลล์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต	
8	สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	
9	เครือข่าย We Voices	
22	กลุ่มเครือข่ายอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	
1	ที่ประชุมอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	
23	กลุ่มเครือข่ายอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย	
2	ที่ประชุมอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย	
24	กลุ่มเครือข่ายอธิการบดีแห่งประเทศไทย	
3	ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย	
25	กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาชั้นอุดมแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	
4	สมาคมสถาบันการศึกษาชั้นอุดมแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	
26	กลุ่มเครือข่ายหมออนามัย	
1	มูลนิธิหมออนามัยแห่งชาติ	
2	สมาคมหมออนามัยแห่งชาติ	
27	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ (บริหาร)	
1	ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	
2	ชมรมผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน	
3	ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	
4	ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย	
28	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ	
1	สมาคมวิชาชีพสุขภาพแห่งประเทศไทย	
2	สมาคมสุขภาพ พลศึกษาและสันทนาการแห่งประเทศไทย	
3	ชมรมทันตสาธารณสุขบูร	
4	ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	
5	ชมรมแพทย์ชนบท/มูลนิธิแพทย์ชนบท	
6	ชมรมเภสัชชนบท	
29	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพผังเมือง สถาปัตย์ วิศวกรรม	
1	สมาคมนักผังเมืองไทย	
2	สมาคมภูมิสถาปนิกแห่งประเทศไทย	
3	สมาคมสถาปนิกชุมชนเมืองไทย	
4	สมาคมสถาปนิกสยาม	
5	สมาคมอนุรักษ์ศิลปกรรมและสิ่งแวดล้อม	
6	วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (วสท.)	
7	เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
30	กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสื่อ	
1	สภาสถาบันนักวิชาการสื่อมวลชน	
2	สมาคมนักวิชาการนิเทศศาสตร์แห่งประเทศไทย	
3	มีเดียมอนิเตอร์	
31	กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายสถาบัน	
1	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	
2	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)	
3	สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)	
4	สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.)	
5	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)	
6	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกลส.)	
7	ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ครท.)	
32	กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ 1	
1	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)	
2	สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
3	สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)	
4	สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ	
5	สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน	
6	สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	
7	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง	
8	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	
33	กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ 2	
1	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)	
2	สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.)	
3	สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)	
4	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)	
34	กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ 3	
1	สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)	
2	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)	
3	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)	
4	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)	
5	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	
6	สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)	
7	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	
8	สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
9	สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)	
35	กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ 4	
1	มูลนิธินโยบายสุขภาพ (มท.)	
2	มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์ (มทส.)	
3	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มทช.)	
4	สมาคมพัฒนาอนามัยแห่งประเทศไทย	

2.3 กลุ่มเครือข่ายภาคการเมือง/ราชการ/องค์กรของรัฐ (57 กลุ่มเครือข่าย)

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
1	กระทรวงกลาโหม	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	
2	กองบัญชาการกองทัพไทย	
3	กองทัพบก	
4	กองทัพเรือ	
5	กองทัพอากาศ	
2	กระทรวงการคลัง	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง	
2	กรมธนารักษ์	
3	กรมบัญชีกลาง	
4	กรมศุลกากร	
5	กรมสรรพสามิต	
6	กรมสรรพากร	
7	สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ	
8	สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง	
9	สำนักบริหารหนี้สาธารณะ	
3	กระทรวงการต่างประเทศ	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงการต่างประเทศ	
2	กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ	
3	กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย	
4	กรมองค์การระหว่างประเทศ	
5	สำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ	
4	กระทรวงการพัฒนาลังคม	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์	
2	กรมพัฒนาลังคมและสวัสดิการ	
3	สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
4	สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ	
5	สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ	
5	กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	
2	สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ	
3	สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยว	
6	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	
2	กรมการข้าว	
3	กรมชลประทาน	
4	กรมประมง	
5	กรมปศุสัตว์	
6	กรมพัฒนาที่ดิน	
7	กรมวิชาการเกษตร	
8	กรมส่งเสริมการเกษตร	
9	กรมส่งเสริมสหกรณ์	
10	สำนักงานปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม	
11	สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตร และอาหารแห่งชาติ	
12	สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร	
7	กระทรวงคมนาคม	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม	
2	กรมเจ้าท่า	
3	กรมการขนส่งทางบก	
4	กรมทางหลวง	
5	กรมทางหลวงชนบท	
6	สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งจราจร	
8	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
2	กรมควบคุมมลพิษ	
3	กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง	
4	กรมทรัพยากรธรณี	
5	กรมทรัพยากรน้ำ	
6	กรมทรัพยากรน้ำบาดาล	
7	กรมป่าไม้	
8	กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
9	กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่า และพันธุ์พืช	
10	สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
9	กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	
2	กรมอุตุนิยมวิทยา	
3	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	
10	กระทรวงพลังงาน	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงพลังงาน	
2	กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติ	
3	กรมธุรกิจพลังงาน	
4	กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน	
5	สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน	
11	กระทรวงพาณิชย์	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์	
2	กรมการค้าต่างประเทศ	
3	กรมการค้าภายใน	
4	กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ	
5	กรมทรัพย์สินทางปัญญา	
6	กรมพัฒนาธุรกิจการค้า	
7	กรมส่งเสริมการค้าส่งออก	
12	กระทรวงมหาดไทย	
1	สำนักปลัดกระทรวงมหาดไทย	
2	กรมการปกครอง	
3	กรมการพัฒนาชุมชน	
4	กรมที่ดิน	
5	กรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย	
6	กรมโยธาธิการและผังเมือง	
7	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	
13	กระทรวงยุติธรรม	
1	สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม	
2	กรมคุมประพฤติ	
3	กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ	
4	กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	
5	กรมราชทัณฑ์	
6	กรมสอบสวนคดีพิเศษ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
7	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์	
8	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด	
9	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตในภาครัฐ	
14	กระทรวงแรงงาน	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน	
2	กรมการจัดหางาน	
3	กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน	
4	กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	
5	สำนักงานประกันสังคม	
15	กระทรวงวัฒนธรรม	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม	
2	กรมการศาสนา	
3	กรมศิลปากร	
4	สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ	
5	สำนักงานศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัย	
16	กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	
2	กรมวิทยาศาสตร์บริการ	
3	สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ	
17	กระทรวงศึกษาธิการ	
1	สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	
2	สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา	
3	สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน	
4	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	
5	สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา	
18	กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
2	องค์การเภสัชกรรม	
19	กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์	
1	กรมการแพทย์	
2	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
3	กรมสุขภาพจิต	
20	กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข	
1	กรมควบคุมโรค	
2	กรมอนามัย	

ลำดับ	ชื่อกุุ่ม	หมายเหตุ
21	กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข	
1	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	
2	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	
3	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
22	กระทรวงอุตสาหกรรม	
1	สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	
2	กรมโรงงานอุตสาหกรรม	
3	กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม	
4	กรมอุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่	
5	สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย	
6	สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม	
7	สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม	
8	สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน	
23	คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนประจำสภาผู้แทนราษฎร	
1	คณะกรรมการการพัฒนาการเมือง การสื่อสารมวลชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน	
2	คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ และผู้พิการ	
3	คณะกรรมการการศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม	
4	คณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร	
24	คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนประจำวุฒิสภา	
1	คณะกรรมการการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน	
2	คณะกรรมการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส	
3	คณะกรรมการการศาสนา คุณธรรม จริยธรรม ศิลปะและวัฒนธรรม	
4	คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	
25	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กทม.)	
1	กรุงเทพมหานคร	
26	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (พัทยา)	
1	เมืองพัทยา	
27	สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย	
28	สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย	
29	สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย	
30	สมาพันธ์ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย	
31	สมาคมข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย	
32	สมาคมสมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
33	สมาคมพนักงานเทศบาลแห่งประเทศไทย	
34	สมาคมข้าราชการส่วนตำบลและเทศบาล	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
35	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	
36	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	
37	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
38	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	
39	สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
1	สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
2	สำนักกิจการสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
3	สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย	
40	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
1	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	
2	สำนักยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะ	
3	สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่	
41	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	
1	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	
2	สำนักคุ้มครองสิทธิมนุษยชน	
3	สำนักส่งเสริมและประสานงานเครือข่าย	
42	สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	
1	สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค	
2	กองคุ้มครองผู้บริโภคด้านโฆษณา	
3	สำนักแผนและการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค	
43	สำนักนายกรัฐมนตรี	
1	สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี	
2	สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี	
3	สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี	
4	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	
5	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ	
6	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	
44	สำนักงานประมาณ	
1	สำนักงานประมาณ	
2	สำนักนโยบายและแผนงบประมาณ	
3	สำนักอำนวยการ	
45	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	
1	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	
2	กองบัญชาการตำรวจนครบาล	
3	กองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
46	สถาบันพระปกเกล้า และสภาพัฒนาการเมือง	
1	สถาบันพระปกเกล้า	
2	สภาพัฒนาการเมือง	
47	สถาบันคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม	
1	สถาบันคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม	
2	สำนักวิชาการและพัฒนานโยบาย	
3	สำนักสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย	
48	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
1	สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน	
2	กลุ่มงานพื้นที่	
3	กลุ่มงานสนับสนุนพื้นที่	
49	รัฐวิสาหกิจ	
1	โรงงานยาสูบ	
2	องค์การสุรา	
3	บริษัท สหโรงแรมไทยและการท่องเที่ยว จำกัด	
4	ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร	
5	การกีฬาแห่งประเทศไทย	
6	การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย	
7	องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ	
8	องค์การจัดการน้ำเสีย	
9	การเคหะแห่งชาติ	
10	การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	
11	การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย	
50	องค์กรด้านสื่อสารมวลชนของรัฐ	
1	กรมประชาสัมพันธ์	
2	บริษัท อสมท จำกัด (มหาชน)	
3	องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย	
51	องค์กรในกำกับฝ่ายนิติบัญญัติ	
1	สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร	
2	สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา	
52	องค์กรฝ่ายตุลาการหรือองค์กรศาล	
1	สำนักงานศาลปกครอง	
2	สำนักงานศาลยุติธรรม	
3	สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ	

ลำดับ	ชื่อกลุ่ม	หมายเหตุ
53	องค์กรอิสระและองค์กรตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญ	
1	สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	
2	สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง	
3	สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ	
4	สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน	
5	สำนักงานอัยการสูงสุด	
54	องค์การมหาชน	
1	สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้	
2	สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา	
3	องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน	
4	องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก	
5	สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร	
6	สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ	
7	สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา	
8	สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ	
9	ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม	
55	องค์การอิสระในกำกับฝ่ายบริหาร	
1	ธนาคารแห่งประเทศไทย	
2	สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกันภัย	
3	สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์แห่งชาติ	
4	สำนักงานคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ	
5	สำนักงานคณะกรรมการกิจการพลังงาน	
56	พรรคการเมืองฝ่ายรัฐบาล	
57	พรรคการเมืองฝ่ายค้าน	



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 หมู่ที่ 4 ต.ติวานนท์ 14
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร : 66 2832 9000 โทรสาร : 66 2832 9001
www.nationalhealth.or.th