สุขภาพคนไทย 2553

วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส?

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแรงงาน

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2553 : วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส / ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา … [และคนอื่น ๆ]. – –
พิมพ์ครั้งที่ 1. – – นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 369)

ISBN 978-974-11-1263-0
1. ทุนนิยม. 2. ดัชนีสุขภาพ. 3. คุณภาพชีวิตการทำงาน. 4. แรงงาน--สุขภาพและอนามัย.
I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. II. ชาย โพธิสิตา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล. IV. อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์.
V. เฉลิมพล แจ่มจันทร์ VI. กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล. VII. ปาณฉัตร ทิพย์สุข. VIII. สุภรต์ จรัสสิทธิ์.
IX. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
RA776 ส743 2553
DNLM: 1. สุขภาพ WA100 ส743 2553

ออกแบบปก	:	ธนภูมิ คงอนันตพันธ์
กราฟิกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ	:	สุกัญญา พรหมทรัพย์
รูปเล่ม	:	http://khunnaipui.multiply.com
จัดพิมพ์โดย	:	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
พิมพ์ที่	:	บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) โทรศัพท์ 0-2882-1010 โทรสาร 0-2434-1385
จำนวนพิมพ์	:	17,000 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 0-2441-0201-4, 0-2441-9666 ต่อ 115, 118 โทรสาร 0-2441-5221
e-mail : directpr@mahidol.ac.th
website : http://www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
เลขที่ 979 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 0-2298-0500 โทรสาร 0-2298-0501
website : http://www.thaihealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 2 อาคาร 88/37 ติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-2304 โทรสาร 0-2590-2311

ข้อมูลในหนังสือนี้สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ แต่ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพคนไทย 2553

สังคมไทยกำลังอยู่ท่ามกลางวิกฤตการณ์หลายอย่างที่สะสมจนกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และบั่นทอนความอยู่ดีมีสุขในสังคม ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ความขัดแย้งความคิดทางการเมืองที่ยังมองหาทางออกที่เห็นพ้องต้องกันไม่ได้ ในขณะที่ภัยธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด ก็เกิดบ่อยครั้งในช่วงปีที่ผ่านมาก่อให้เกิดความสูญเสียมากมายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ส่วนโรคภัยไข้เจ็บ ก็มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก และล่าสุดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว มีผลต่อชีวิต และก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ท่ามกลางวิกฤตเหล่านี้ ปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจที่เริ่มก่อตัวในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงปี 2550 ได้แผ่ขยายไปทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นเหมือนฟางที่ทับเพิ่มลงบนหลังลา ที่ไม่รู้ว่าจะแบกรับไปได้อีกแค่ไหน

สุขภาพคนไทย 2553 เล่มนี้ ได้นำเสนอหัวข้อพิเศษประจำฉบับเรื่อง "วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส?" ที่ชี้ให้เห็นถึงอุดมการณ์ของทุนนิยมที่เป็นต้นตอของปัญหาหลายเรื่องข้างต้น เช่น การมุ่งแสวงหากำไร หรือการเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดปัญหามลพิษ และปัญหาโลกร้อน การเน้นการแข่งขันที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม ท้ายบทความนี้ได้เปิดประเด็นที่น่าคิดว่า วิกฤตทุนนิยม ที่เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่าในประวัติศาสตร์นั้น เราจะนำสิ่งที่เราได้เรียนรู้มาเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาสได้อย่างไร เพื่อให้เกิด "ทุนนิยมที่ดีกว่า" ไม่ใช่ทุนนิยมที่มุ่งจะแสวงหากำไรเพียงอย่างเดียว แต่เป็นทุนนิยมที่กลไกตลาดถูกกำกับควบคุมอย่างเหมาะสม มีความโปร่งใส และเป็นธรรม และเกิดประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่ในสังคม

บอกกล่าว

ดัชนีชี้วัดทางสุขภาพในปีนี้นำเสนอเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของแรงงานไทย ซึ่งมีทั้งหมด 12 หมวด ครอบคลุมทั้งเรื่องสุขภาพกายและใจ คุณภาพชีวิตแรงงาน ภาวะการเงิน ความปลอดภัยในการทำงาน แรงงานนอกระบบ แรงงานที่อยู่ในภาวะยากลำบาก และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของ 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ที่ได้มาจากการสำรวจความคิดเห็นจากภาคประชาชน ปีนี้หนีไม่พ้นเรื่องวิกฤตการณ์ทางการเมืองที่ยืดเยื้อมากว่า 4 ปี มาบตาพุดที่ปัญหาต่างๆ เริ่มเผยออกมาอย่างต่อเนื่อง ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่คร่าชีวิตคนทั่วโลกนับหมื่นคน ฯลฯ ติดตามบันทึกเหตุการณ์สำคัญในรอบปีที่ผ่านมาได้ใน "สุขภาพคนไทย 2553" เล่มนี้

คณะทำงานสุขภาพคนไทยต้องการบันทึกเหตุการณ์และข้อมูลที่สำคัญของประเทศอย่างต่อเนื่องทุกปี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้อ่านทุกท่านจะได้นำสาระเรื่องราวที่มีอยู่นำไปต่อยอดความรู้ และสื่อสารให้กับคนรอบข้าง เพื่อความมีสุขภาพดีตามความมุ่งหวังของคณะทำงานสุขภาพคนไทย

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

มีนาคม 2553

สารบัญ

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแรงงาน 2553

1. สถานการณ์แรงงานในประเทศไทย 10
2. สุขภาพกายของแรงงาน 14
3. สุข ทุกข์ ของแรงงาน 16
4. คุณภาพชีวิตแรงงาน 18
5. ภาวะการเงินของแรงงาน 20
6. การประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน 22
7. แรงงานนอกระบบ 24
8. สุขภาพกับแรงงานย้ายถิ่น 26
9. แรงงานไทยที่อยู่ในภาวะยากลำบาก 28
10. สถานการณ์สุขภาพแรงงาน จากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว 30
11. สวัสดิภาพของแรงงานไทย 32
12. กองทุนสวัสดิการ 34

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. วิกฤตการเมืองไทย ยังมี "ทางออก" หรือไม่? 38
2. มาบตาพุด: ปัญหาร้อนทางเศรษฐกิจ ปัญหามลพิษของชาวบ้าน 42
3. ประเทศไทยกับไข้หวัด 2009 46
4. "เบาหวาน-ความดัน" ฆาตกรที่มากับความเงียบ 50
5. นโยบายและมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ ยังถูกใช้ไม่จริงจังและจริงใจ 54

6. "แม่วัยรุ่น" ปรากฏการณ์ใหญ่ที่การป้องกัน และแก้ไขยังทำกันในระดับเล็กเกินไป 58

7. ธรรมาภิบาลระบบยามีปัญหา ยาไทยจึงแพงทะลุฟ้า 62

8. (ใคร) ไทยเข้มแข็งแห่งกระทรวงสาธารณสุข 66

9. กฎควบคุม "สเต็มเซลล์" : ระหว่างจริยธรรมและความก้าวหน้า 70

10. รื้อระบบประสบภัยจากรถ เพื่อความเป็นธรรมต่อผู้ประสบภัย 74

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. กองทุนสุขภาพชุมชน รูปแบบกระจายอำนาจ ให้ท้องถิ่นดูแลสุขภาพ ที่เห็นผลแล้ว! 78

2. คนไทยได้รับ 2 รางวัลเกียรติยศ : รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล และรางวัลแมกไซไซ 78

3. เอชไอเอ : เครื่องมือดูแลสุขภาพเพื่อประชาชน 79

4. ความสำเร็จครั้งแรกของการพัฒนา วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย 79

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส? 80

ภาคผนวก

บรรณานุกรม 116

เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 122

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง 124

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 125

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ 125

ทีมวิชาการสุขภาพคนไทย 125

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานสุขภาพคนไทย 127

1. สถานการณ์แรงงานในประเทศไทย
2. สุขภาพกายของแรงงาน
3. สุข ทุกข์ ของแรงงาน
4. คุณภาพชีวิตแรงงาน
5. ภาวะการเงินของแรงงาน
6. การประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน
7. แรงงานนอกระบบ
8. สุขภาพกับแรงงานย้ายถิ่น
9. แรงงานไทยที่อยู่ในภาวะยากลำบาก
10. สถานการณ์สุขภาพแรงงาน
    จากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว
11. สวัสดิภาพของแรงงาน
12. กองทุนสวัสดิการ

12 ตัวชี้วัด
สุขภาพแรงงาน

ภาพรวมแรงงานไทย ปี 2553

โอกาสทองของการปันผลทางประชากรของประเทศไทย คือ ระหว่างปี 2533–2563 ซึ่งเป็นช่วงที่วัยแรงงานประมาณ 2 คน ดูแลเด็กและผู้สูงอายุ 1 คน หรือเป็นช่วงแห่งการมีอัตราส่วนพึ่งพิงรวมต่ำ โดยประเทศไทยเหลืออีกเพียง 10 ปี นับจากนี้ ที่อัตราส่วนประชากรวัยแรงงานจะเริ่มลดต่ำลงจากร้อยละ 67.4 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2553 เป็นร้อยละ 66.0 ในปี 2563 หลังจากนั้นแนวโน้มจะลดต่ำลงถึงร้อยละ 59.3 ในปี 2583 ดังนั้น การจะพัฒนาแรงงานให้มีคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อรองรับความมั่นคงทางเศรษฐกิจในอนาคตได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ในช่วงปี 2550 เป็นต้นมา ประเทศประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากวิกฤตเศรษฐกิจโลก ทำให้เรื่องการว่างงานเป็นความสนใจของสังคม จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สำรวจภาวะการมีงานทำ พบว่า อัตราการว่างงานของแรงงานไทยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1–2 ของกำลังแรงงาน มาตั้งแต่ปี 2549 ถึงกลางปี 2552 ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิค ที่มีอัตราการว่างงานเฉลี่ยในปี 2551 ร้อยละ 5.7 ในด้านคุณภาพของแรงงงานไทย ก็พบว่า มีคุณภาพดีขึ้นเมื่อวัดจากระดับการศึกษา คือ แรงงานไทยจบการศึกษาระดับตั้งแต่มัธยมขึ้นไปสูงขึ้น เมื่อพิจารณาย้อนหลังไป 10 ปีที่ผ่านมา จะพบว่า แรงงานที่จบระดับมัธยมต้นจากเดิมร้อยละ 12 ในปี 2542 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในปี 2552 และแรงงานจบระดับอุดมศึกษา เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10 ในปี 2542 เป็น ร้อยละ 16 ในปี 2552 เมื่อรัฐบาลสมัยปัจจุบันได้มีนโยบายเรียนฟรี 15 ปีอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมัธยมปลาย จะช่วยขยายโอกาสทางการศึกษาให้แก่เยาวชนไทยทุกคน เพื่อที่จะเป็นแรงงานที่มีคุณภาพในอนาคต ซึ่งการศึกษาที่สูงขึ้นนี้จะมีผลต่อการได้รับรายได้เพิ่มขึ้นด้วย

ด้านสุขภาพกายของประชากรในวัยแรงงานนั้น พบว่า เอชไอวีและเอดส์ เป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามภาวะสุขภาพของทั้งชายและหญิง รวมไปถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นสาเหตุอันดับต้นที่ทำให้แรงงานชายและหญิงต้องสูญเสียปีสุขภาวะ จากการสำรวจของเอแบคโพลล์ พบว่า ประมาณ 1 ใน 10 ของแรงงาน เคยคิดจะฆ่าตัวตายเนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลด้านบวกทั้งต่อตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงสังคมการทำงาน ซึ่งแนวทางการสนับสนุนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่คนทำงานนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดทำโครงการ Happy Workplace โดยนำความสุข 8 ประการ (Happy 8) มาเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความสุขทั้ง 8 ประการ ได้แก่ ความสุขทางกาย น้ำใจงาม ทางสายกลาง พัฒนาสมอง ศาสนาและศีลธรรม ปลอดหนี้ สร้างความสุขจากการมีครอบครัวที่ดี และความสุขที่เกิดจากสังคม ในความสุขทั้ง 8 ประการนี้จะพบว่า การปลอดหนี้เป็นความสุขที่แรงงานส่วนใหญ่ ยังเข้าไม่ถึงจากปัญหาภาระหนี้สิน

กลุ่มแรงงานนอกระบบยังคงเป็นกลุ่มใหญ่ของประเทศที่มีถึง 2 ใน 3 ของกำลังแรงงานทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มแรงงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคม ซึ่งอัตราการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ ในปี 2551 คือ 174 ต่อประชากร 1,000 คน มากกว่าแรงงานในระบบ ที่มีอัตราการได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน 106 ต่อประชากร 1,000 คน

นอกจากแรงงานไทยที่มีบทบาทในการพัฒนาประเทศแล้ว ยังมีแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย การเข้ามาทำงานของแรงงานข้ามชาติมีทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมายเมื่อเจ็บป่วยหากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากนายจ้างในด้านค่ารักษาพยาบาล ก็ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ในปัจจุบันรัฐบาลให้ความช่วยเหลือแรงงานต่างชาติที่เข้าประเทศมาอย่างผิดกฎหมาย โดยอนุญาตให้แรงงานจากประเทศ พม่า ลาว และกัมพูชา สามารถจดทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานได้ในประเภทงานระดับล่าง เช่น ผู้รับใช้ในบ้าน บริการในสถานศึกษา มูลนิธิ สมาคม และสถานพยาบาล และทำงานในภาคเกษตร ปศุสัตว์ และกิจการต่อเนื่อง ในสัดส่วนที่สูงกว่าภาคการจ้างงานอื่น

ในด้านสวัสดิภาพของแรงงาน การศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดมาตรฐานความมั่นคงของมนุษย์ โดยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จากการนำตัวชี้วัด 4 ตัว ได้แก่ ร้อยละของแรงงานที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสังคม เงินช่วยเหลือเฉลี่ยที่ครัวเรือนได้รับต่อเดือน อัตราการเกิดคดีประทุษร้ายต่อชีวิตและร่างกาย และอัตราการเกิดคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน มาประมวลเป็นดัชนีรวม พบว่าได้ค่าดัชนีที่น่าสนใจรายจังหวัดที่ชี้ให้เห็นว่า แรงงานในภาคอีสานและเหนือ มีสวัสดิภาพสูงกว่าแรงงานภาคอื่น

ในระดับมหภาคนั้น รัฐบาลได้ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนสวัสดิการต่างๆ ให้แก่แรงงาน โดยมีกองทุนเงินทดแทน และกองทุนประกันสังคม ที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือแก่แรงงาน ตั้งแต่ค่ารักษาพยาบาล ค่าทำศพ เงินสงเคราะห์บุตร เงินบำเหน็จบำนาญชราภาพ และเงินทดแทนระหว่างการว่างงาน เป็นต้น

1 สถานการณ์แรงงานในประเทศไทย

"สัดส่วนแรงงานในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลางมีขนาดที่เล็กลง ในขณะที่สัดส่วนแรงงานในเขตภูมิภาคอื่นมีขนาดใหญ่ขึ้น สำหรับขนาดของแรงงานนอกระบบในประเทศไทยมีการขยายตัวเพิ่มสูงขึ้น เป็น 24.1 ล้านคน หรือร้อยละ 63.8 ของกำลังแรงงานทั้งหมด"

การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องอาศัยประชากรในวัยแรงงานเป็นตัวจักรขับเคลื่อนสำคัญ โดยกำลังแรงงานที่มีงานทำพบว่า ส่วนใหญ่ทำงานเป็นลูกจ้างในภาคเอกชน โดยสัดส่วนแรงงานไทยในปี 2552 อยู่ในภาคอีสานมากที่สุด คือ ร้อยละ 32 ของกำลังแรงงานทั้งหมด รองลงมา อยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 25) และอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 11) ทั้งนี้ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2547-2551) กำลังแรงงานไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 54.9 ของประชากรในปี 2547 เป็นร้อยละ 56.7 ในปี 2551 ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลง (จากร้อยละ 24.2 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 21.8 ในปี 2551) และเป็นไปได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีขนาดใหญ่ขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จะมีช่วงอายุการทำงานที่ยาวขึ้น นั่นคือ ยังคงทำงานอยู่แม้อายุมากกว่า 60 ปี

ระดับการศึกษาของแรงงานไทยสูงขึ้น แต่จำนวนแรงงานนอกระบบจำนวนมากยังคงเป็นปัญหา หากจัดให้มีการฝึกอบรมแรงงานให้มีคุณภาพมากขึ้นและสนับสนุนแรงงานนอกระบบจำนวนมากให้เข้าสู่ระบบ จะเป็นการปิดช่องว่างการพัฒนาประเทศไทยได้ส่วนหนึ่ง

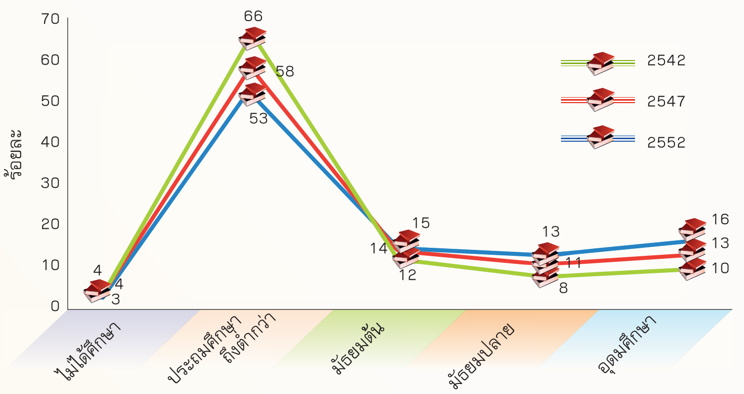
คุณภาพของแรงงานไทย ในด้านระดับการศึกษาพบว่า มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น นับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพแรงงานที่มีแนวโน้มปรับตัวไปในทางบวก แรงงานที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จากร้อยละ 70 ของกำลังแรงงาน ในปี 2542 เป็นร้อยละ 56 ในปี 2552 ในขณะที่แรงงานที่จบระดับอุดมศึกษามีสัดส่วนสูงขึ้น จากร้อยละ 10 ของกำลังแรงงานในปี 2542 เป็นร้อยละ 16 ในปี 2552

ถึงแม้ว่าสัดส่วนแรงงานที่ไม่มีงานทำจะไม่สูงมากนัก คือ ประมาณร้อยละ 2 ของกำลังแรงงานทั้งหมด แต่ผู้มีงานทำเกือบ 2 ใน 3 เป็นการทำงานนอกระบบ และแรงงานนอกระบบเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา โดยแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคอีสาน ในขณะที่ ในกรุงเทพมหานครแรงงานนอกระบบมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น จึงเห็นได้ว่ากำลังแรงงานที่ส่วนใหญ่อยู่ในภาคอีสานนั้นเป็นการทำงานนอกระบบเกือบ 4 ใน 5 ทั้งนี้ แรงงาน

จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

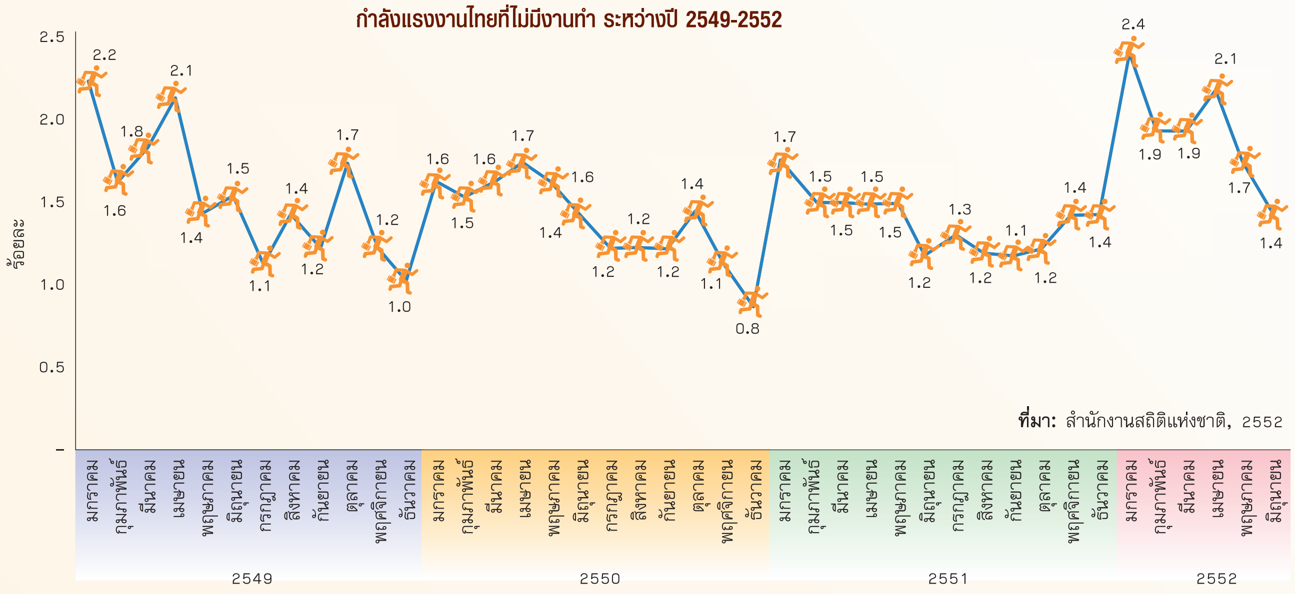
นอกระบบเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ทำงานโดยไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน (ตามนิยามของสำนักงานสถิติแห่งชาติ) ในกลุ่มแรงงานในระบบนั้น เมื่อไม่มีงานทำ สามารถขอใช้สิทธิประกันสังคมต่อได้ ซึ่งพบว่า ผู้ว่างงานถูกเลิกจ้างจากนายจ้างรวมไปถึงสมัครใจที่จะลาออกมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547-2550 สำหรับกลุ่มแรงงานในระบบที่บาดเจ็บจากการทำงานจนกระทั่งต้องขอบริการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานจากสำนักงานประกันสังคมนั้น พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานของผู้ชายที่จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง

ระดับการศึกษาของแรงงานไทยเปรียบเทียบระหว่างไตรมาสที่ 1 ของปี 2542, 2547 และ 2552



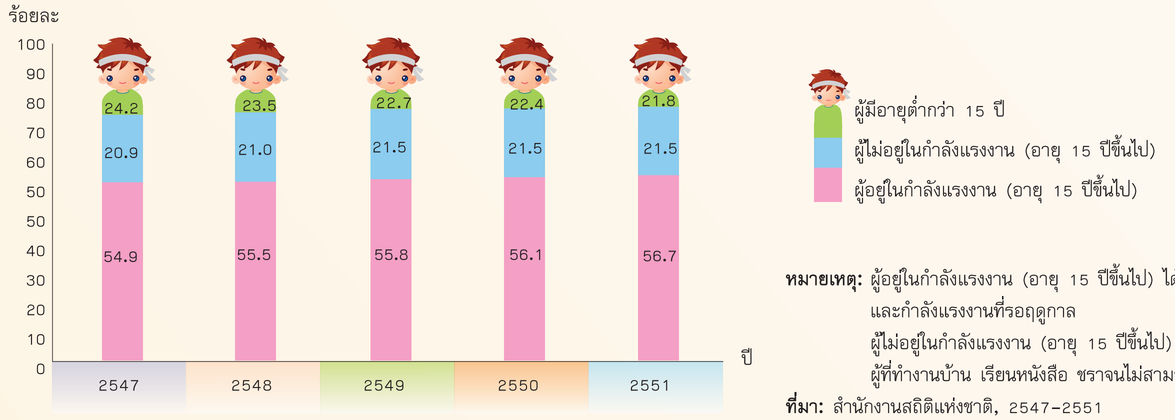
หมายเหตุ: ข้อมูลไตรมาส 1 ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542, 2547 และ 2552

กำลังแรงงานไทยที่ไม่มีงานทำ ระหว่างปี 2549-2552



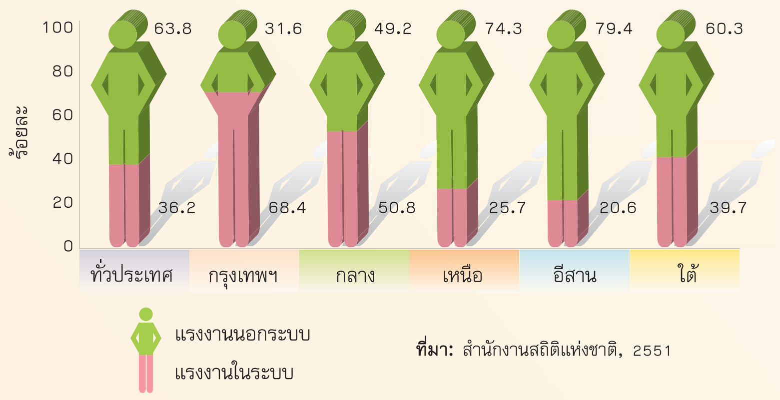
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552

สัดส่วนกำลังแรงงานไทย ปี 2547-2551



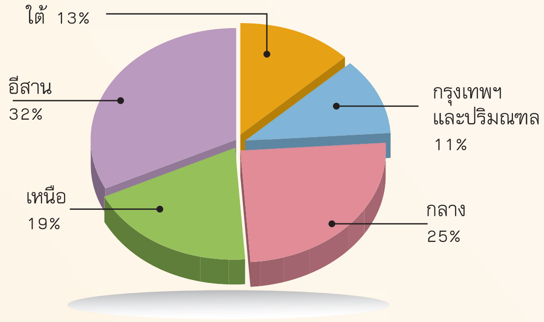
หมายเหตุ: ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ได้แก่ ผู้มีงานทำ ผู้ว่างงาน และกำลังแรงงานที่รอฤดูกาล
ผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ได้แก่ ผู้ที่ทำงานบ้าน เรียนหนังสือ ชราจนไม่สามารถทำงานได้
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547-2551

สัดส่วนผู้มีงานทำในระบบและนอกระบบรายภาค ปี 2551



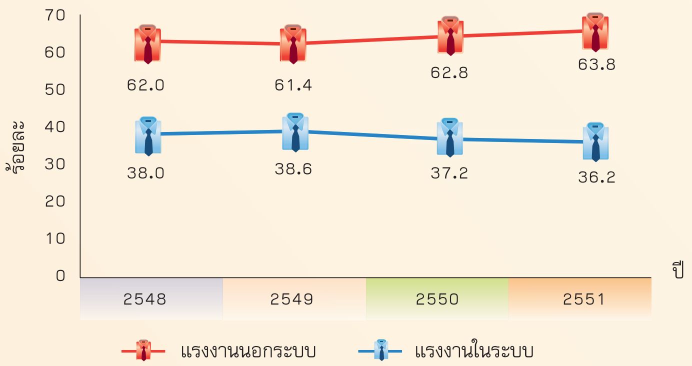
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551

สัดส่วนผู้มีงานทำทั่วประเทศรายภาค ไตรมาส 1 ปี 2552



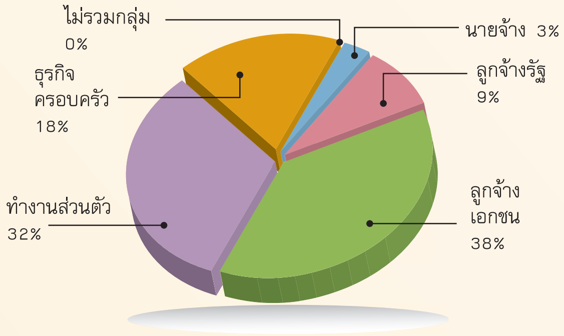
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552

สัดส่วนผู้มีงานทำในระบบและนอกระบบ ปี 2548-2551



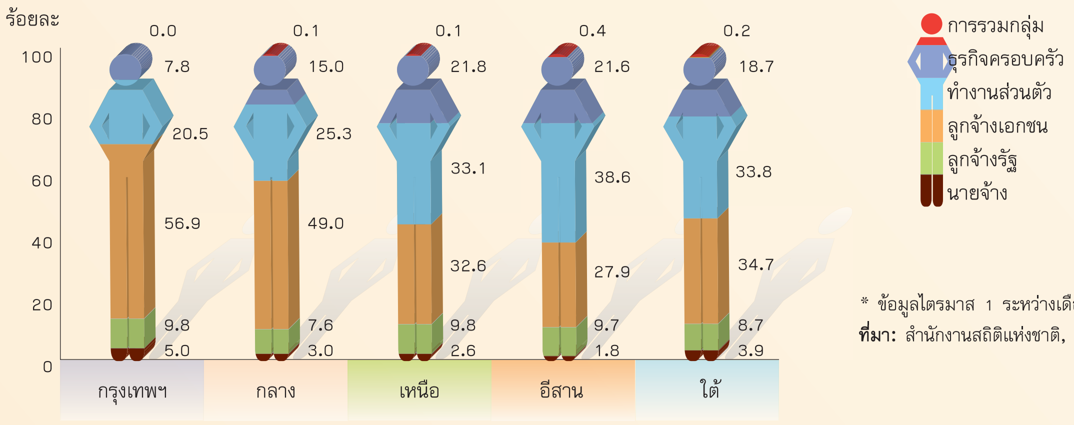
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548-2551

สัดส่วนผู้มีงานทำทั่วประเทศ จำแนกตามสถานภาพการทำงาน ไตรมาส 1 ปี 2552



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552

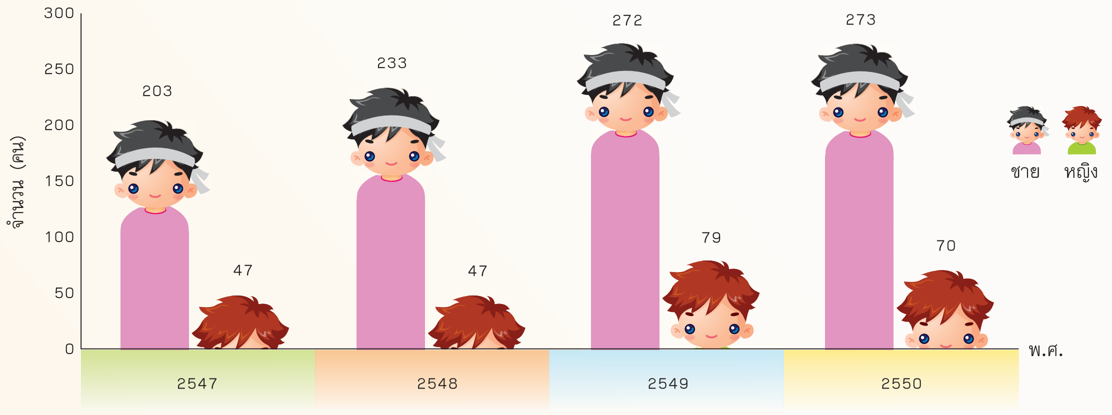
สถานภาพการทำงานของแรงงานไทยในแต่ละภาค ปี 2552*



* ข้อมูลไตรมาส 1 ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2552

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552

แรงงานอายุ 16-59 ปี ที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน ปี 2547-2550



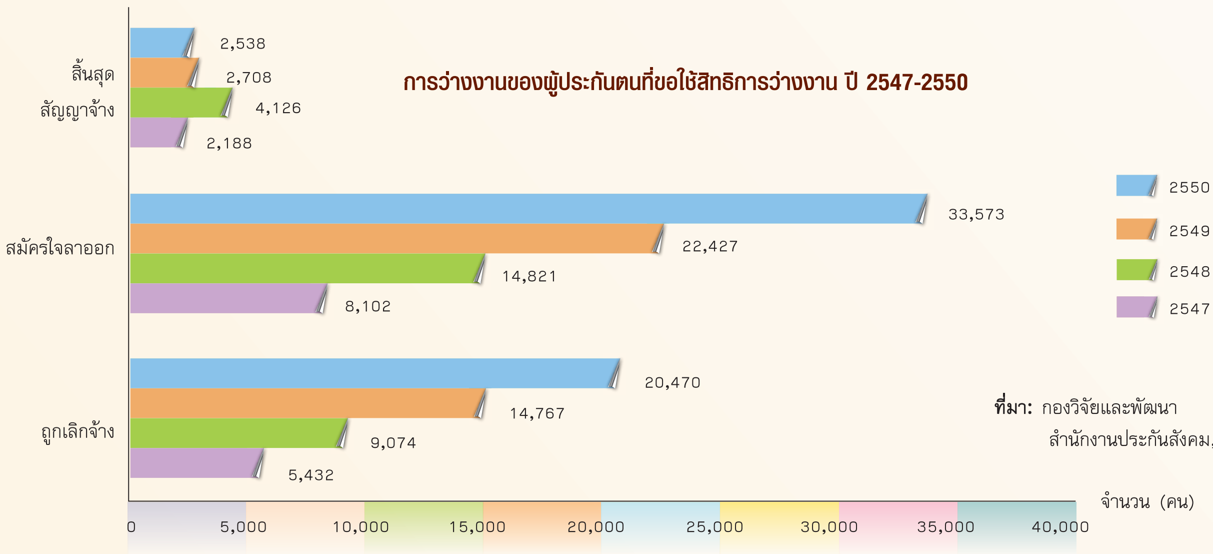
หมายเหตุ: ข้อมูลจากจังหวัดปทุมธานีและระยอง

ที่มา: ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน สำนักงานประกันสังคม, 2551

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน หมายถึง การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ฝึกเตรียมเข้าทำงาน ฝึกอาชีพ แก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย ในความดูแลของสำนักงานประกันสังคม

ปัจจุบัน สำนักงานประกันสังคม มีศูนย์ฟื้นฟูฯ ที่เปิดให้บริการแล้วเพียง 2 แห่ง คือ ภาคกลาง จ.ปทุมธานี และภาคตะวันออก จ.ระยอง สามารถรองรับผู้เข้ารับบริการได้ไม่เกินแห่งละ 200 เตียง/ปี และขณะนี้ได้ขยายการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานออกไปให้ครอบคลุมทั่วทุกภาค โดยขยายการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ขึ้นอีก 2 แห่ง คือ ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น และภาคเหนือ จ.เชียงใหม่ ในอนาคตจะจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูฯ ที่ ภาคใต้ จ.สงขลา

การว่างงานของผู้ประกันตนที่ขอใช้สิทธิการว่างงาน ปี 2547-2550



ที่มา: กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม, 2551

2 สุขภาพกาย ของแรงงาน

อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายหลักที่คร่าชีวิต วัยแรงงานช่วงอายุ 15-44 ปี การเพิ่มความไม่ประมาทในการดำรงชีวิตจะช่วยลด การตายและการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจราจร

"อุบัติเหตุ โรคทางจิตเวช และเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัญหาสุขภาพของแรงงานอายุ 15-29 ปี และเมื่ออายุเพิ่มขึ้น พบว่า โรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของแรงงานไทยตอนกลางและตอนปลาย (อายุ 30-59 ปี)"

การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคจากการทำงานของแรงงาน จากรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2551 พบว่า อาการเจ็บป่วยจากโรคที่มีสาเหตุจากการได้รับสารพิษในสารกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นสัดส่วนที่มากเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือ อาการโรคพิษจากสารปิโตรเคมี และโรคปอดจากการประกอบอาชีพซึ่งคิดเป็นร้อยละ 8 และ 6 ของจำนวนผู้ป่วย ตามลำดับ

การศึกษาด้านภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ข้อมูลที่น่าสนใจของแรงงานไทยในปี 2547 กล่าวคือ เมื่อแบ่งกลุ่มแรงงานไทยเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรงงานอายุ 15-29 ปี และกลุ่มแรงงาน อายุ 30-59 ปี พบว่า สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยในกลุ่มแรงงานอายุ 15-29 ปี ทั้งชายและหญิง เกิดจาก 3 สาเหตุสำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคทางจิตเวช และเอชไอวี/เอดส์ ในแรงงานไทยกลุ่มอายุ 30-59 ปี มีรูปแบบการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มวัยแรงงานตอนต้น นั่นคือ ผู้ชายจะมีสัดส่วนของการสูญเสียปีสุขภาวะจากอุบัติเหตุและโรคทางจิตเวชลดลงเกือบครึ่ง และมีโรคมะเร็งเข้ามาเป็นสาเหตุหลัก นอกจากนี้มะเร็งได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ในแรงงานหญิงอายุ 30-59 ปี รวมไปถึงโรคหลอดเลือดและหัวใจที่พบว่า เป็นสาเหตุสำคัญต่อการสูญเสียปีสุขภาวะเช่นกัน ปัญหาสุขภาพสำคัญนี้ นำไปสู่สาเหตุการตายสำคัญที่พบในกลุ่มแรงงาน ได้แก่ อุบัติเหตุจราจร เอชไอวี/เอดส์ มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก และหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ พบว่า ปัญหาสุขภาพสำคัญที่เกิดขึ้นทั้งในชายและหญิงไม่ว่าจะเป็นแรงงานช่วงอายุใด คือ เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่หลายหน่วยงานพยายามรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันและการอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยที่ยังสามารถทำงานได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยแรงงานหรือกำลังแรงงานควรที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในความไม่ประมาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอันนำไปสู่ภาระต่างๆ ได้

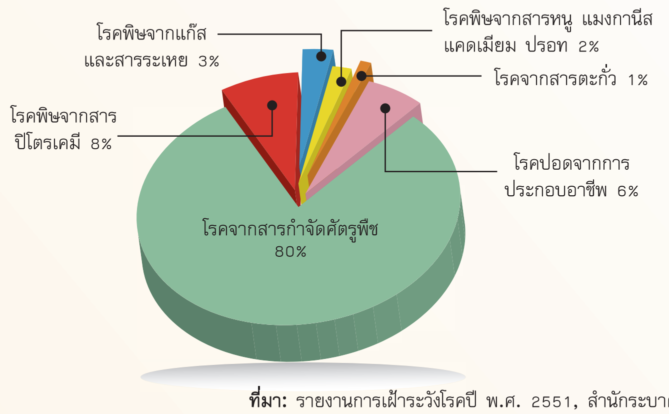
จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

สาเหตุการตายรายอายุและเพศ

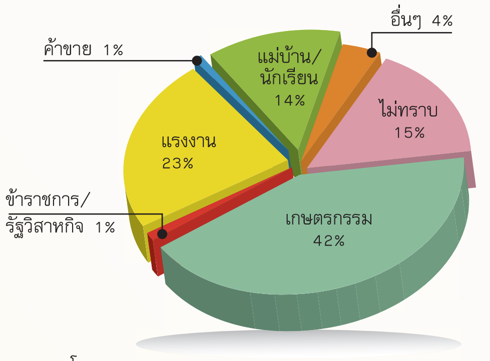
กลุ่มอายุ	สาเหตุการตายหลัก	
	ชาย	หญิง
0-4	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์, ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์, โรคความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด
5-14	อุบัติเหตุจราจร, จมน้ำตาย	จมน้ำตาย, เอชไอวี/เอดส์
15-29	อุบัติเหตุจราจร, เอชไอวี/เอดส์	เอชไอวี/เอดส์, อุบัติเหตุจราจร
30-44	เอชไอวี/เอดส์, อุบัติเหตุจราจร	เอชไอวี/เอดส์, อุบัติเหตุจราจร
45-59	มะเร็งตับ, เอชไอวี/เอดส์	โรคของหลอดเลือดสมอง, มะเร็งปากมดลูก
60-69	มะเร็งตับ, โรคของหลอดเลือดสมอง	โรคของหลอดเลือดสมอง, เบาหวาน
70-79	โรคของหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	โรคของหลอดเลือดสมอง, เบาหวาน
80+	โรคของหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	โรคของหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด

ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2548-2550. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550

สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามโรค ปี 2551

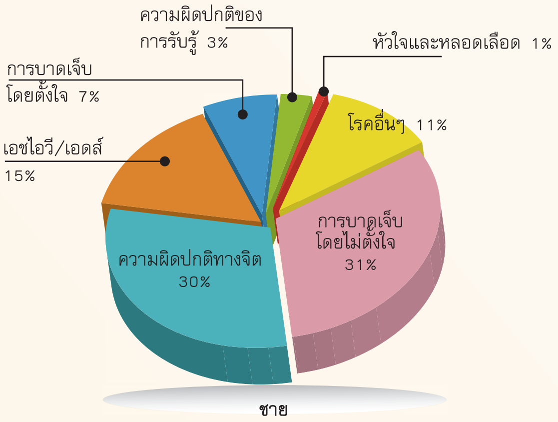


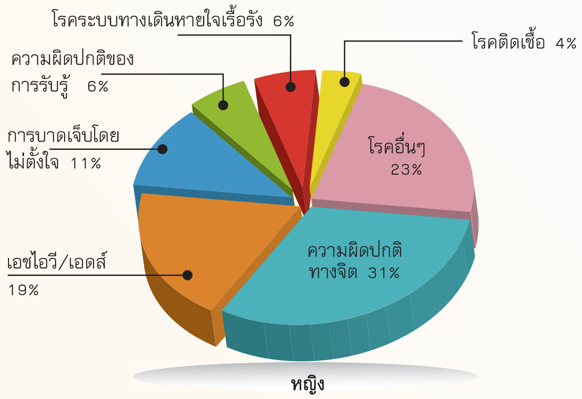
สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามลักษณะงาน ปี 2551



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรคปี พ.ศ. 2551, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551

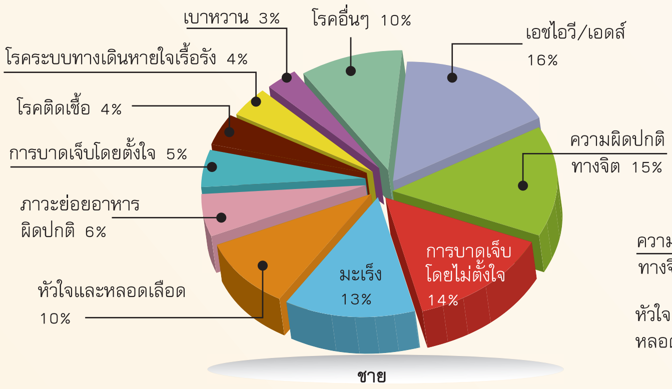
ความสูญเสียปีสุขภาวะของวัยแรงงานไทย ชายและหญิง อายุ 15-29 ปี ในปี 2547

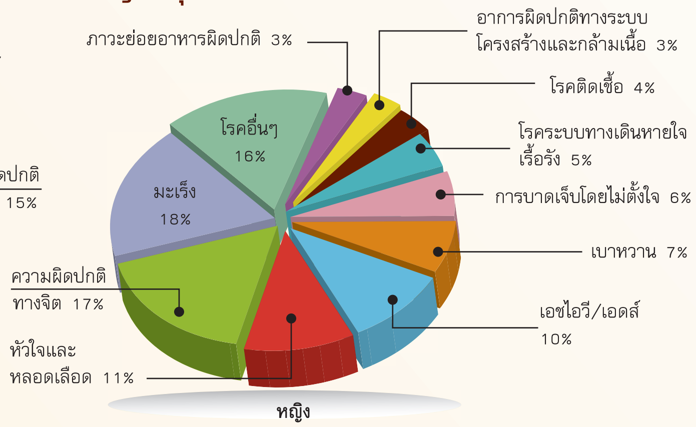




ที่มา: รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (รายงานขั้นกลาง). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2551

ความสูญเสียปีสุขภาวะของวัยแรงงานไทย ชายและหญิง อายุ 30-59 ปี ในปี 2547





ที่มา: รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (รายงานขั้นกลาง). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2551

ปีสุขภาวะ คือ ปีที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีชีวิตตามปกติ ทำกิจกรรมได้ตามปกติ แต่ถ้ามีความพิการ เจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุแล้วพิการ ก็จะเริ่มไม่มีสุขภาวะ

ที่มา: เรื่องเด่น "เหลียวหลัง เพื่อแลหน้า เจาะลึกวิจัย "ภาระโรค"", สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552

"ระดับความสุขขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการกับปัญหาผู้ที่มีความสามารถจัดการปัญหาได้มากย่อมมีความสุขสูงกว่า"

ในสภาวะที่สังคมเผชิญกับปัญหาวิกฤตมากมาย โดยเฉพาะปัญหาเศรษฐกิจที่กำลังส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนไทย ผู้ที่น่าจะเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจมากที่สุดก็คือ กลุ่มแรงงาน ซึ่งเปรียบเสมือนกับพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี พ.ศ. 2550 อัตราตายด้วยการฆ่าตัวตายของวัยแรงงานเท่ากับ 0.07 ต่อประชากร 1,000 คน หรือในจำนวนประชากรวัยแรงงานแสนคน จะฆ่าตัวตาย 7 คน ซึ่งสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 ซึ่งอยู่ที่ 5.95-5.96 ต่อประชากรแสนคน เท่านั้น

3 สุข ทุกข์ ของแรงงาน

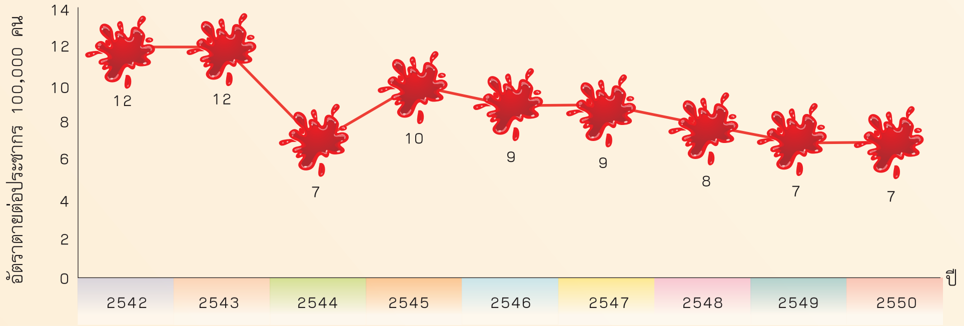
แรงงานไทยเครียด ฆ่าตัวตายสูงถึง 7 ต่อประชากรแสนคน

นอกจากการฆ่าตัวตายแล้ว การคิดจะฆ่าตัวตายแม้จะไม่ได้กระทำจริงก็สะท้อนถึงความเครียดได้ จากการสำรวจของเอแบคโพลล์ ในปี พ.ศ. 2550 โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า แรงงานไทยเกือบหนึ่งในสิบ ตั้งแต่ระดับล่างจนถึงคนทำงานในสำนักงาน 13 จังหวัดทั่วประเทศ คิดจะฆ่าตัวตายอันเนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีพอ โดยอาชีพรับจ้างทั่วไปมีสุขภาพจิตต่ำกว่าอาชีพอื่นๆ อาจเนื่องจากเป็นอาชีพที่ไม่มั่นคงหรือมีรายได้ไม่แน่นอน สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และกรมสุขภาพจิตที่พบว่าแรงงานที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุด ในขณะที่ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีคะแนนสุขภาพจิตสูงที่สุด

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสุขภาพจิตของแรงงานไทยได้เริ่มมีเค้าลางของปัญหา แต่ในภาพรวม วัยแรงงานมีระดับความสุขสูง แต่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันระดับความสุขก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการกับปัญหาด้วย ผู้ที่มีความสามารถจัดการปัญหาได้มากก็ย่อมมีความสุขมาก

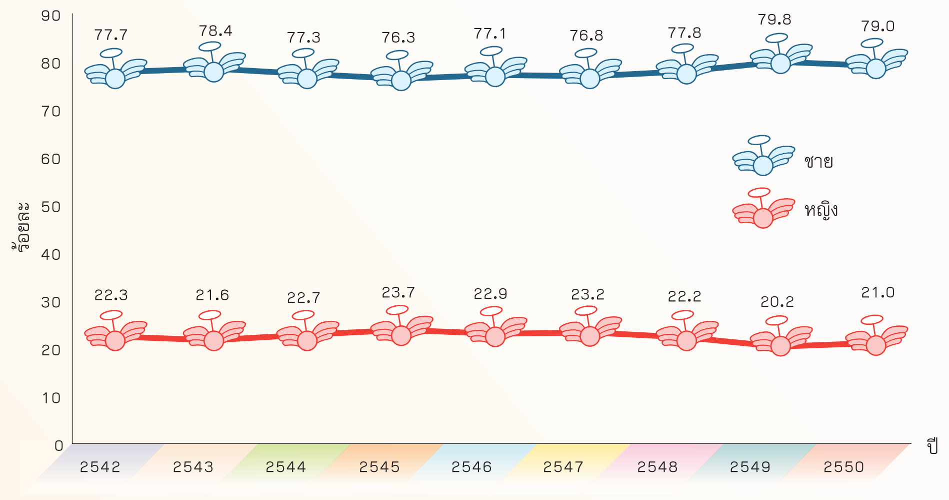
จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

อัตราตายจากการฆ่าตัวตายของวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี ต่อประชากร 100,000 คน



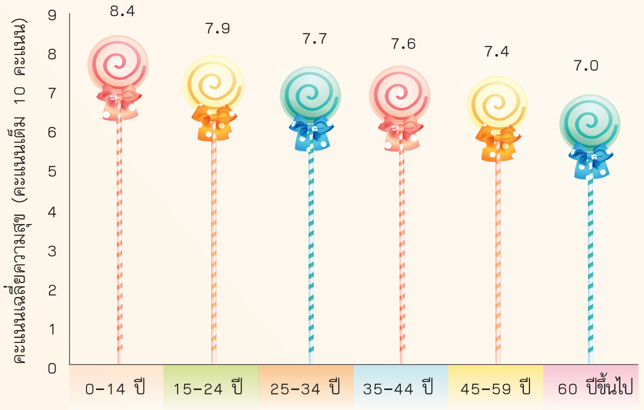
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542-2550

การฆ่าตัวตายของแรงงานอายุ 15-59 ปี แยกตามเพศ ตั้งแต่ปี 2542-2550



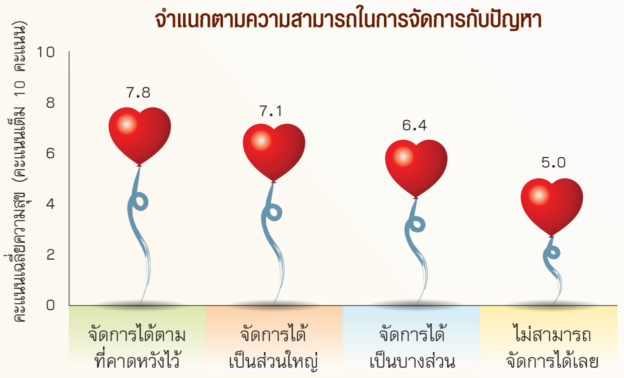
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542-2550

คะแนนเฉลี่ยความสุขคนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ



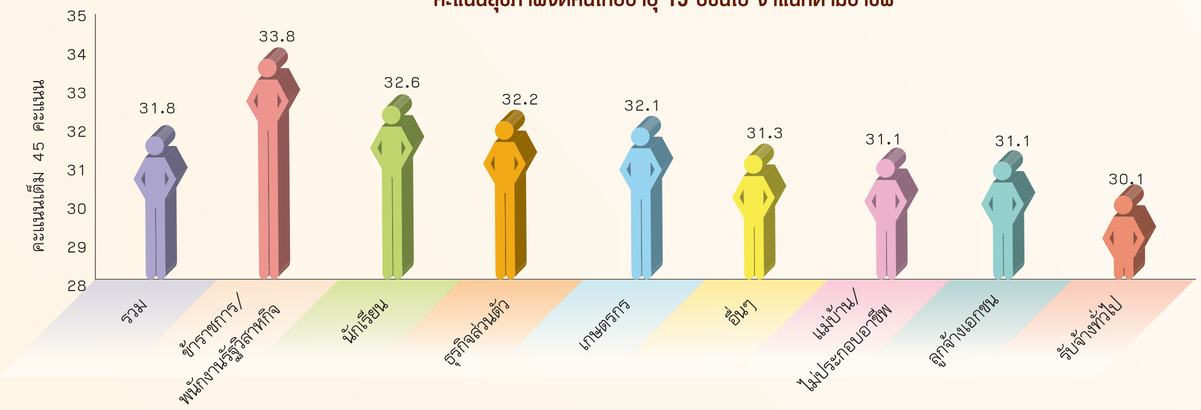
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และกรมสุขภาพจิต, 2552

คะแนนเฉลี่ยความสุขของแรงงานภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ จำแนกตามความสามารถในการจัดการกับปัญหา



ที่มา: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2551. การศึกษาคุณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ

คะแนนสุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอาชีพ



ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และกรมสุขภาพจิต, 2552

4 คุณภาพชีวิตแรงงาน

แรงงานอายุน้อยให้ความสนใจด้านศาสนาและศีลธรรมน้อยกว่าแรงงานอายุมาก แต่ยังมีความเอื้ออาทรส่วนบุคคลให้แก่กัน นอกจากนี้ กลุ่มแรงงานที่ใช้เวลากับกิจกรรมยามว่าง และการใช้จ่ายของฟุ่มเฟือยมากที่สุด คือข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

"แรงงานมากกว่าครึ่งมีการผ่อนคลายจากการทำงาน โดยผ่านการเล่นกีฬา เล่นดนตรี หรืออ่านหนังสือ ยกเว้นแรงงานรับจ้างทั่วไป ที่มีเพียงร้อยละ 38.6 ที่เล่นดนตรีเป็นการผ่อนคลาย"

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ให้คำนิยามคำว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง "ชีวิตที่สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุข โดยบรรลุความต้องการตามเกณฑ์แห่งความจำเป็นพื้นฐานบุคคลหรือชุมชนพึงจะมี เช่น ความต้องการด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน การเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน" เป็นต้น ทั้งนี้คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับการจัดสมดุลชีวิตในการทำงานและใช้ชีวิตผ่านความสุขในโลกสามใบ คือ ความสุขของตัวเอง ความสุขของครอบครัว และความสุขขององค์กรและสังคม ซึ่งความสุขในโลกสามใบนี้ ประกอบด้วยความสุข 8 ประการ คือ ความสุขทางกาย น้ำใจงาม ทางสายกลาง พัฒนาสมอง ศาสนาและศีลธรรม ปลอดหนี้ สร้างความสุขจากการมีครอบครัวที่ดี และความสุขที่เกิดจากสังคม

วัยแรงงานเป็นวัยที่มีเป้าหมายที่จะประสบผลสำเร็จในชีวิตการงาน ดังนั้นในช่วงต้นของการทำงาน หรือแรงงานที่อายุน้อย จึงยึดแต่ตนเองเป็นที่ตั้ง ความใส่ใจในด้านศาสนา ศีลธรรม และเอื้อเฟื้อต่อสังคมโดยรวมจึงน้อยกว่าผู้ที่อายุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม หากเป็นความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันในส่วนของบุคคล แรงงานไม่ว่าจะมีอายุเท่าใดก็มีความเอื้ออาทรต่อกันสูง

เวลาที่ใช้ในกิจกรรมส่วนตัวเป็นสิ่งสะท้อนถึงการพักผ่อนของแรงงาน อ่านหนังสือ เล่นกีฬา ดนตรี/ร้องเพลง เป็นกิจกรรมที่พบเห็นได้ทั่วไปในกลุ่มวัยแรงงาน แต่มากน้อยขึ้นอยู่กับอาชีพ สิ่งที่พบคือ อาชีพข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นอาชีพที่มีเวลาพักผ่อนในกิจกรรมเหล่านี้มากกว่าอาชีพอื่น ขณะเดียวกัน ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนการไม่ใช้จ่ายฟุ่มเฟือยน้อยที่สุด

จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

ร้อยละของพฤติกรรมด้านต่างๆ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุของแรงงาน

กลุ่มอายุ	การมีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน		การรักษากติกาและดูแลสิ่งแวดล้อม	
	การช่วยเหลือผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ	การให้โอกาสผู้อื่นก่อนตนเอง	การไม่แซงคิว	การไม่ทิ้งขยะในที่สาธารณะ
15-24 ปี	92.5	93.0	58.0	47.1
25-34 ปี	94.4	93.6	68.8	54.8
35-44 ปี	96.1	93.4	73.9	60.3
45-59 ปี	95.6	92.6	77.0	64.6

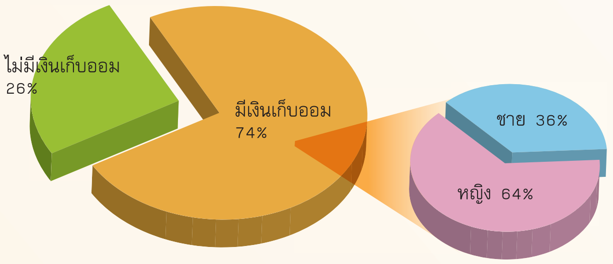
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ร้อยละของพฤติกรรมด้านต่างๆ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	การรู้จักผ่อนคลาย			การรู้จักใช้จ่ายเงิน
	การเล่นกีฬา	การเล่นดนตรี/ร้องเพลง	การอ่านหนังสือ	การไม่ใช้เงินฟุ่มเฟือย
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	82.0	70.4	92.0	49.6
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	65.7	52.3	77.2	60.7
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	64.0	46.6	78.6	64.9
เกษตรกร	68.7	43.0	66.3	79.6
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	72.3	38.6	64.1	79.0
นักเรียน/นักศึกษา	92.0	67.4	97.3	52.8
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	52.3	41.3	74.1	71.3

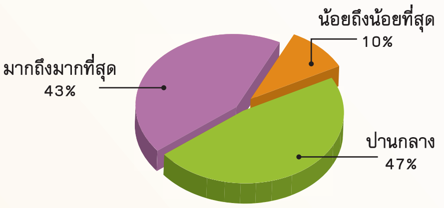
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ภาวะการออมของแรงงาน



ที่มา: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2551. การศึกษาคุณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ

ระดับความพึงพอใจต่อสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของข้าราชการพลเรือนสามัญ ปี 2552



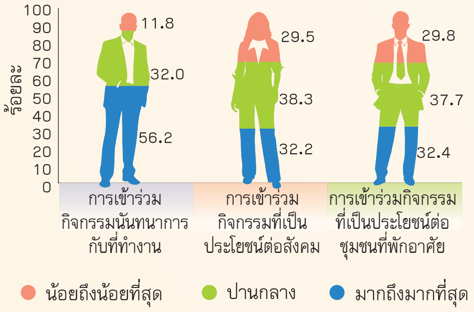
ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. 2553. โครงการพัฒนาระบบเงินเดือน ค่าตอบแทน สิ่งจูงใจและคุณภาพชีวิต ข้าราชการ: การศึกษาเพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของข้าราชการ

คะแนนเฉลี่ยของความเคร่งศาสนาและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน)

กลุ่มอายุ	คะแนนเฉลี่ยที่ได้รับจากแรงงานกลุ่มอายุต่างๆ	
	ระดับความเคร่งทางศาสนา	การปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา
15-24 ปี	5.5	5.6
25-34 ปี	5.7	5.8
35-44 ปี	6.0	6.0
45-59 ปี	6.2	6.2
60 ปีขึ้นไป	6.7	6.7
รวม (อายุ 15 ปีขึ้นไป)	6.1	6.1

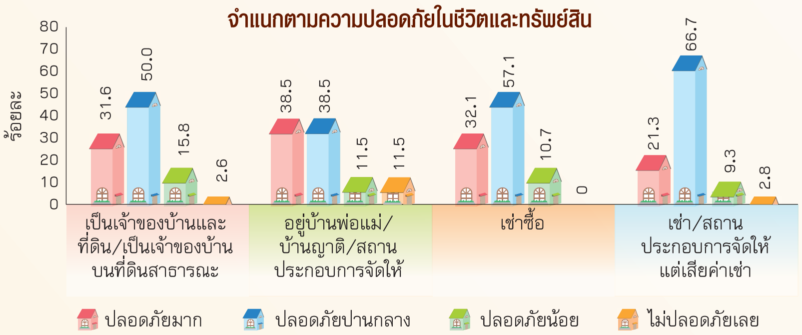
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

การเข้าร่วมกิจกรรมด้านนันทนาการและกิจกรรมเพื่อสาธารณะประโยชน์ของข้าราชการพลเรือนสามัญ



ที่มา: กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ, 2553. โครงการพัฒนาระบบเงินเดือน ค่าตอบแทน สิ่งจูงใจและคุณภาพชีวิตข้าราชการ : การศึกษาเพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของข้าราชการ

การครอบครองที่อยู่อาศัยของแรงงานภาคอุตสาหกรรมและบริการ จำแนกตามความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน



ที่มา: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2551. การศึกษาคุณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ

5 ภาวะการเงินของแรงงาน

แรงงานในกรุงเทพฯ ครองตำแหน่งภาวะหนี้สูงสุด แต่มีภาระในการชำระหนี้น้อยเพียงร้อยละ 7.5 โดยพบว่า ยิ่งมีรายได้สูง รายจ่ายก็สูงเป็นเงาตามตัว การบริหารด้านการเงินให้ปลอดหนี้จะช่วยให้แรงงานไทยมีเงินออมเพิ่มขึ้น

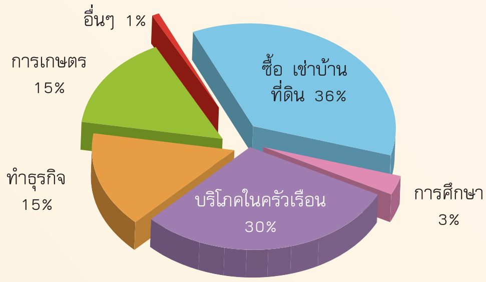
"แรงงานมีหนี้สินที่เกิดจากที่พักอาศัยมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงความต้องการความมั่นคงในด้านที่พักอาศัย"

ภาวะทางการเงินของแรงงานในระดับครัวเรือนในปี 2552 พบว่า ครัวเรือนแรงงานไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 21,139 บาท และใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพที่จำเป็นในส่วนของอาหารประมาณ ร้อยละ 41.1 ด้านภาวะหนี้สินพบว่าครัวเรือนแรงงานมีระดับหนี้สินโดยรวมอยู่ที่ 133,328 บาทต่อครัวเรือน ยิ่งครัวเรือนแรงงานมีรายได้สูง ภาวะการเป็นหนี้ก็สูงตามเช่นกัน

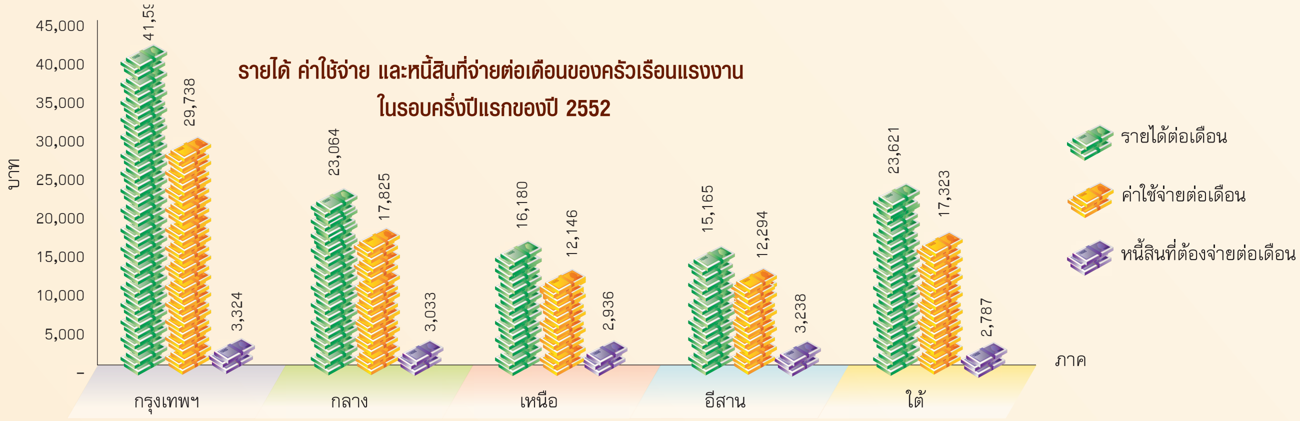
แรงงานที่ทำงานในเขตกรุงเทพฯ ภาคตะวันออกและภาคกลาง ทั้งที่มีและไม่มีประสบการณ์การทำงานมีค่าจ้างขั้นต้นสูงกว่าภาคอื่นๆ ในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2552 (รอบครึ่งปีแรก) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แรงงานในภาคการไฟฟ้า ก๊าซ และการประปา มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยสูงสุด คือ 60,875 บาทต่อเดือน รองลงมาเป็นแรงงานในภาคการเป็นตัวกลางทางการเงิน การประกันภัยและกองทุนบำเหน็จบำนาญ ที่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน 57,936 บาทต่อเดือน ในขณะที่ แรงงานทำงานในภาคการเกษตรเป็นหลัก มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำที่สุด และมีความไม่แน่นอนสูง เนื่องจากขึ้นอยู่กับปริมาณผลผลิตทางการเกษตรที่สามารถผลิตได้ในแต่ละช่วงเวลา อีกทั้ง เป็นภาคการผลิตที่มีลักษณะของการว่างงานแอบแฝง (Disguised Unemployment) ที่ค่อนข้างสูง

จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

วัตถุประสงค์การกู้ยืมเงินของแรงงาน

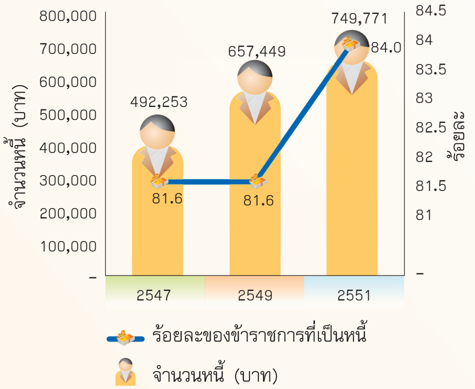


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2552 (รอบครึ่งปีแรก), สำนักงานสถิติแห่งชาติ



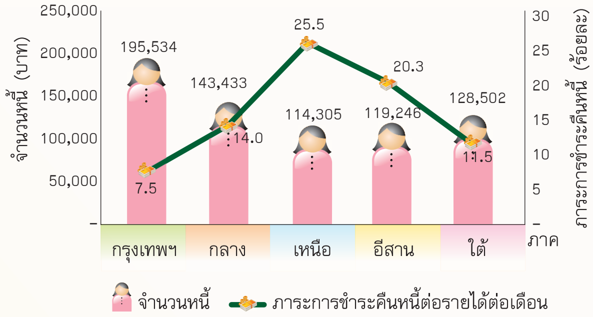
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2552 (รอบครึ่งปีแรก), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จำนวนหนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือน และร้อยละของข้าราชการที่มีหนี้ ปี 2547-2551



ที่มา: การสำรวจภาวะการครองชีพของข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

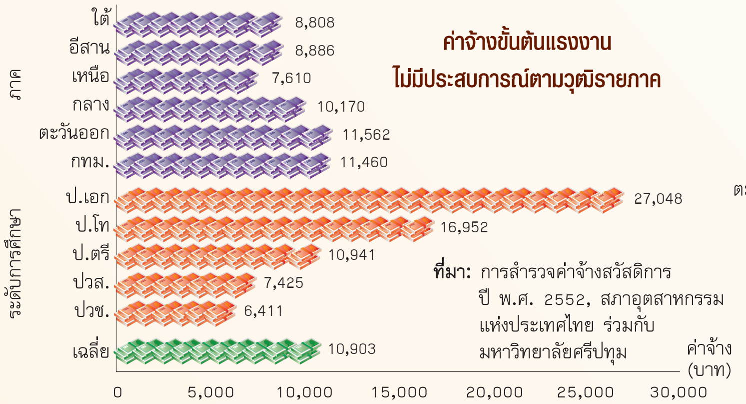
ภาวะหนี้สินและภาระการชำระคืนหนี้สินเทียบกับรายได้ของครัวเรือนแรงงาน



หมายเหตุ: ภาระการชำระคืนหนี้สินเทียบรายได้ คำนวณจากจำนวนหนี้สินที่ต้องจ่ายในแต่ละเดือน หารด้วยรายได้ต่อเดือน

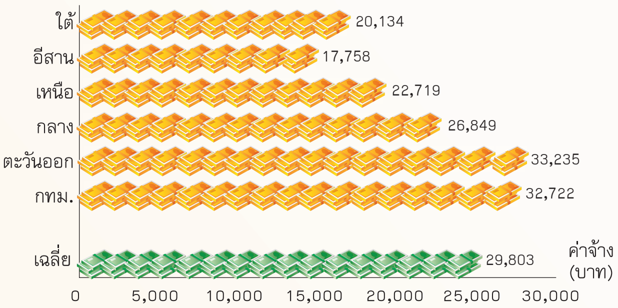
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2552 (รอบครึ่งปีแรก), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ค่าจ้างขั้นต้นแรงงานไม่มีประสบการณ์ตามวุฒิรายภาค



ที่มา: การสำรวจค่าจ้างสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2552, สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีปทุม

ค่าจ้างขั้นต้นแรงงานมีประสบการณ์รายภาค



ที่มา: การสำรวจค่าจ้างสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2552, สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีปทุม

รายได้ ค่าใช้จ่าย ภาวะและภาระหนี้สินครัวเรือนแรงงาน ตามภาคการจ้างงาน

สาขาการผลิต	รายได้ต่อเดือน (บาท)	รายจ่ายต่อเดือน (บาท)	ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	ภาวะหนี้สิน (บาท)	การชำระหนี้ต่อเดือน (บาท)	ภาระการชำระหนี้เทียบกับรายได้ต่อเดือน (ร้อยละ)
เกษตรกรรม การล่าสัตว์ และการป่าไม้	14,653	11,939	43.8%	88,823	3,060	23.2%
การประมง การเพาะพันธุ์สัตว์น้ำ และการเลี้ยงสัตว์น้ำ	17,675	15,205	46.3%	46,268	1,524	7.8%
การทำเหมืองแร่และเหมืองหิน	31,498	25,007	36.7%	82,983	4,742	10.8%
การผลิต (อาหาร/เครื่องดื่ม, ยาสูบ, สิ่งทอ, สิ่งพิมพ์ ฯลฯ)	22,133	17,309	40.0%	118,746	2,266	14.2%
การไฟฟ้า ก๊าซ และการประปา	60,875	31,995	32.4%	524,289	9,846	26.3%
การก่อสร้าง	18,383	14,693	43.4%	85,725	2,659	34.5%
การขายส่ง ขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์/ของใช้ส่วนบุคคลและของใช้ในครัวเรือน	28,269	19,349	38.6%	213,479	3,709	13.9%
โรงแรมและภัตตาคาร	26,795	19,459	39.5%	152,306	2,789	11.9%
การขนส่ง สถานที่เก็บสินค้า และการคมนาคม (รวมการไปรษณีย์และโทรคมนาคม)	30,310	21,470	40.4%	180,478	3,537	12.7%
การเป็นตัวกลางทางการเงิน การประกันภัยและกองทุนบำเหน็จบำนาญ	57,936	37,786	29.7%	418,023	7,981	14.6%
กิจกรรมด้านอสังหาริมทรัพย์ การให้เช่าและกิจกรรมทางธุรกิจ (รวมการวิจัยและการพัฒนา)	33,394	26,072	36.2%	238,278	3,875	11.0%
การบริหารราชการและการป้องกันประเทศ (รวมการประกันสังคมภาคบังคับ)	29,882	22,940	33.9%	293,029	5,887	20.4%
การศึกษา	47,152	29,701	28.9%	598,002	9,474	19.9%
งานด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์	34,329	23,814	33.3%	312,447	6,776	19.8%
กิจกรรมด้านการบริการชุมชน สังคมและการบริการส่วนบุคคลอื่นๆ	19,180	17,276	39.8%	114,456	2,954	13.6%
ลูกจ้างในครัวเรือนส่วนบุคคล	13,182	11,379	46.0%	26,146	890	6.5%
องค์การระหว่างประเทศและองค์การต่างประเทศอื่นๆ	21,587	19,612	24.6%	–	–	0.0%
รวม	**21,139**	**16,082**	**41.1%**	**133,328**	**3,080**	**17.3%**

หมายเหตุ : ภาระการชำระหนี้เทียบกับรายได้ต่อเดือนเป็นค่าเฉลี่ย (ร้อยละ) ที่คำนวณจากข้อมูลรายครัวเรือน
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2552 (รอบครึ่งปีแรก), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

6 การประสบอันตราย เนื่องจากการทำงาน

อัตราผู้ประสบอันตรายจากการทำงานลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แต่ปัญหาสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และความประมาทเลินเล่อของลูกจ้างยังคงมีอยู่

"จำนวนการประสบอันตรายของลูกจ้างลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ขณะที่สถานประกอบการขนาดใหญ่มีอัตราการประสบอันตรายน้อย"

จากสถิติการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานของสำนักงานประกันสังคมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542-2551) พบว่า มีแนวโน้มลดลง โดยอัตราการประสบอันตรายทุกกรณีต่อลูกจ้าง 1,000 คน ในปี 2542 สูงถึง 32.3 ต่อ 1,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งปี 2551 ลดลงเหลือ 21.7 ต่อ 1,000 คน หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ประสบอันตรายกรณีร้ายแรง (ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน และหยุดงานเกิน 3 วัน) จะพบว่า มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากอัตรา 10.2 ต่อ 1,000 คนในปี 2542 เหลือ 6.1 ต่อ 1,000 คน ในปี 2551

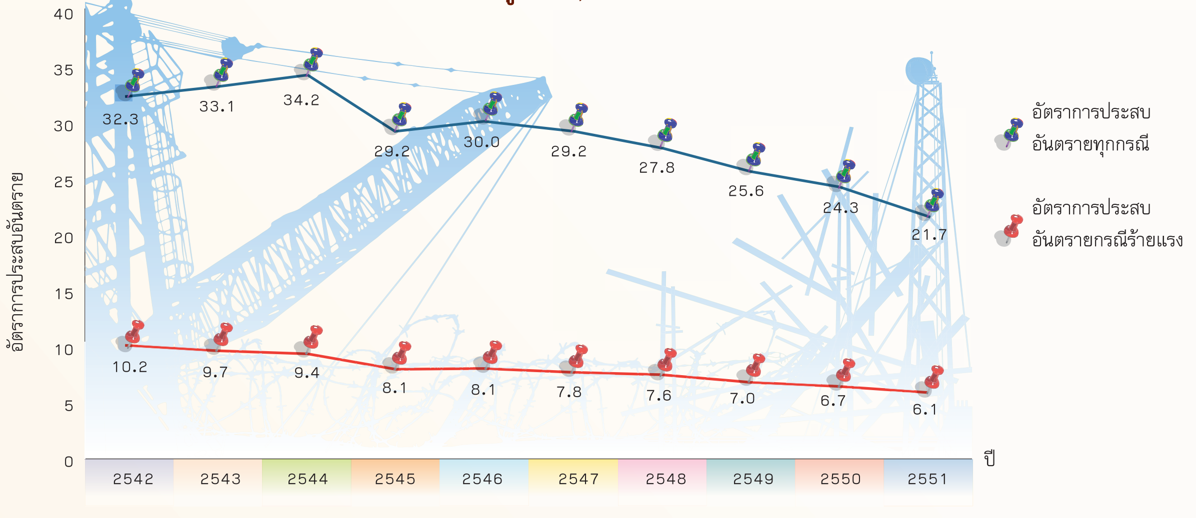
อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการประสบอันตรายจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานก็ยังมีจำนวนสูง ในแต่ละปีจะมีผู้ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานประมาณ 1.5-2.0 แสนคน ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียต่อครอบครัว สถานประกอบกิจการ สังคม และประเทศ โดยรัฐต้องจ่ายเงินทดแทนให้กับลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานไม่น้อยกว่าปีละ 1.6 พันล้านบาท ทั้งนี้ ยังไม่รวมถึงความสูญเสียของนายจ้างที่ต้องหยุดเดินเครื่องจักรเพราะเหตุที่ลูกจ้างหยุดทำงาน และความสูญเสียต่อครอบครัวของลูกจ้างที่ต้องขาดรายได้และเป็นภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย

ที่ผ่านมากระทรวงแรงงานได้กำหนดนโยบายในการลดอัตราการประสบอันตรายจากการทำงานให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 ต่อปี นอกจากนี้ ยังได้กำหนดเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ "แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี" เพื่อรณรงค์ให้ทุกภาคส่วนเกิดความตระหนักและสร้างจิตสำนึกในเรื่องความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานคงมิใช่ขึ้นกับภาครัฐเพียงอย่างเดียว ฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างก็เป็นกลไกสำคัญในการลดปัญหาดังกล่าว กล่าวคือ นายจ้างจะต้องเอื้อให้ลูกจ้างสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย เช่น จัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้กับลูกจ้าง หรือจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ได้มาตรฐาน และจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการตามที่กฎหมายกำหนด เป็นต้น ที่สำคัญคือตัวลูกจ้างเองจะต้องตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน เพราะสาเหตุที่ลูกจ้างประสบอันตรายส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความประมาทเลินเล่อของลูกจ้างเอง รวมทั้งไม่ยอมใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่นายจ้างจัดให้

ดังนั้น หากทั้ง 3 ฝ่ายร่วมแรงร่วมใจกันในการตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง ก็จะทำให้ลูกจ้างมีความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น

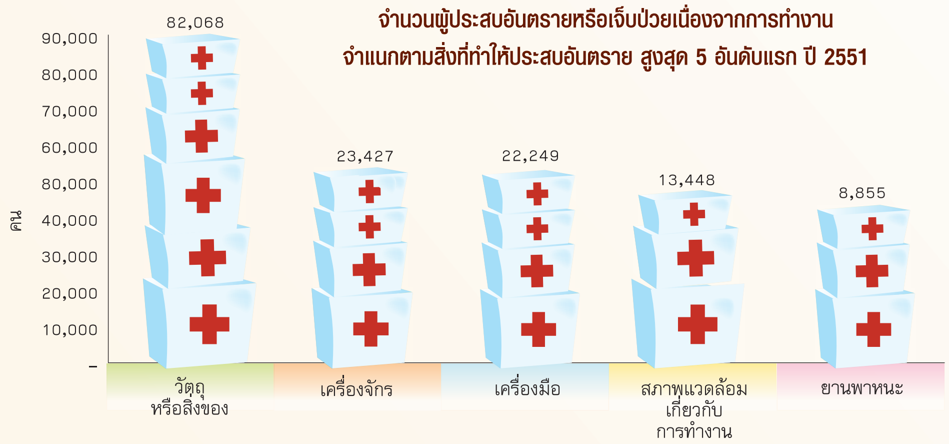
*จัดทำโดย **ดร.วิภาวี ศรีเพียร***
สำนักพัฒนามาตรฐานแรงงาน กระทรวงแรงงาน

อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 คน ปี 2542-2551



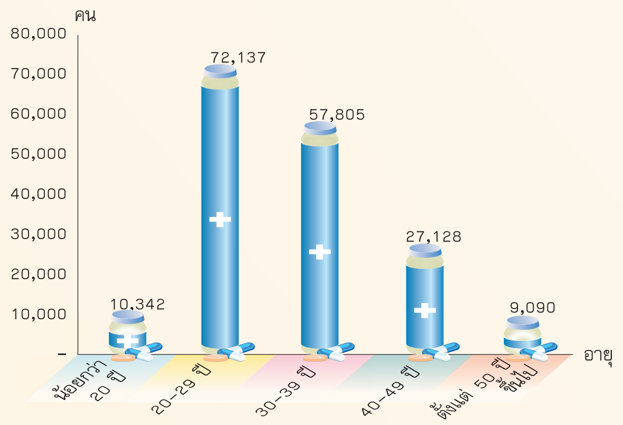
ที่มา: สำนักงานประกันสังคม. สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2551

จำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย สูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2551



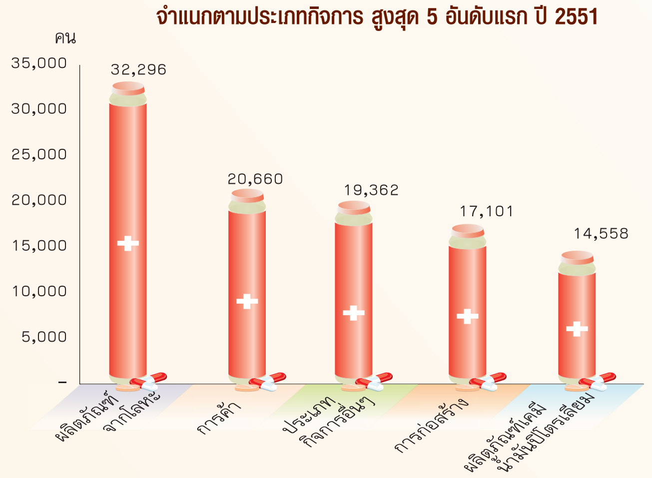
ที่มา: สำนักงานประกันสังคม. สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2551

จำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2551



ที่มา: สำนักงานประกันสังคม. สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2551

จำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามประเภทกิจการ สูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2551



ที่มา: สำนักงานประกันสังคม. สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2551

7 แรงงานนอกระบบ

3 ใน 5 ของแรงงานนอกระบบประสบปัญหาสารเคมีที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้ 2 ใน 5 ของแรงงานนอกระบบต้องทำงานหนัก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพแรงงาน

"แรงงานนอกระบบเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ซึ่งมีถึง 2 ใน 3 ของกำลังแรงงานของไทย นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 70 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศมาจากแรงงานนอกระบบ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า แรงงานนอกระบบมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก"

แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานในภาคการเกษตรและประมง งานบริการ หัตถกรรม และอาชีพต้องใช้แรงงาน ซึ่งไม่มีกฎหมายรองรับ ไม่มีการรวมตัวกันและไม่สามารถต่อรองใดๆ ได้ จึงถูกละเลย และถูกเอารัดเอาเปรียบ ในด้านสุขภาพกายของแรงงานนอกระบบนั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจในปี 2551 และพบว่า ส่วนใหญ่ประสบอันตรายจากการทำงานเนื่องจากความไม่ปลอดภัยของสารเคมี รองลงมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องจักรและเครื่องมือที่เป็นอันตราย ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบการได้รับบาดเจ็บจากการทำงาน ระหว่างแรงงานนอกระบบและแรงงานในระบบ พบว่า แรงงานนอกระบบมีอัตราการได้รับบาดเจ็บ 174 ต่อ 1,000 ประชากร ขณะที่แรงงานในระบบได้รับบาดเจ็บจากการทำงานอยู่ที่ 106 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งคิดเป็นอัตราที่สูงกว่าอยู่ถึง 1.64 เท่า ดังนั้นการได้รับบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานนับเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงสภาวะที่เปราะบางและปัจจัยเสี่ยงของแรงงานกลุ่มนี้ในด้านมาตรฐานสภาพการทำงาน

2 ใน 5 ของแรงงานนอกระบบต้องทำงาน 50 ชั่วโมงขึ้นไปใน 1 สัปดาห์ การทำงานหนักเช่นนี้ย่อมมีผลต่อสุขภาพอย่างมาก งานวิจัยจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียว ชี้ให้เห็นว่า แม้แรงงานนอกระบบมีรายได้หลักและเสริมเฉลี่ยต่อวันค่อนข้างสูง แต่ไม่มีสวัสดิการอื่นๆ ให้แก่แรงงาน

รายได้ เงินออม และการกู้เงินของแรงงานนอกระบบ : ศึกษากรณีผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้างและผู้ค้าขายตลาดนัดในเขตกรุงเทพมหานคร

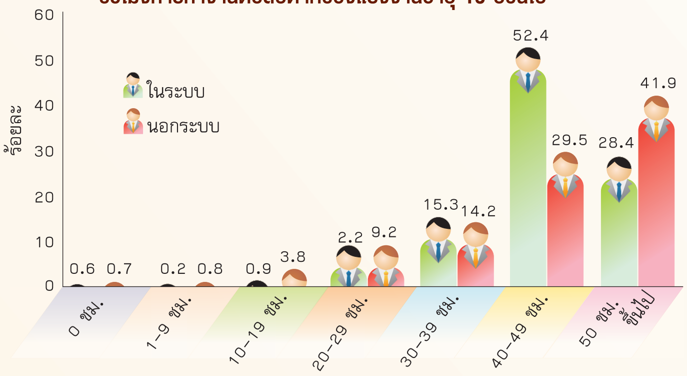
	มอเตอร์ไซด์รับจ้าง	ค้าขายตลาดนัด
รายได้จากอาชีพหลัก	วันละ 301-400 บาท	วันละ 401-500 บาท
รายได้จากอาชีพเสริม	วันละ 201-300 บาท	วันละ 201-300 บาท
ร้อยละของผู้ทำงานอาชีพเสริม	16.8	13.8
เงินออมต่อเดือน	เดือนละ 1,001-2,000 บาท	เดือนละ 2,001-3,000 บาท
การกู้เงิน	เงินกู้นอกระบบ วงเงินไม่เกิน 5,000 บาท	เงินกู้จากสถาบันการเงิน และกู้มากกว่า 20,000 บาท ขึ้นไป
การรักษาเมื่อเจ็บป่วย	- 80% ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ไม่สนใจออกกำลังกาย - 15.8% มีโรคประจำตัว เช่น ภูมิแพ้ หอบหืด ต้อกระจก ความดันโลหิตต่ำ - เจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเอง เจ็บป่วยมากจึงไปโรงพยาบาล และใช้สิทธิบัตรทอง - 21% เห็นว่าการใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐไม่สะดวก เพราะช้ายุ่งยาก บัตรระบุโรงพยาบาลต่างจังหวัด คุณภาพยาต่ำ	- 80% ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ไม่สนใจออกกำลังกาย - เจ็บป่วยเล็กน้อยส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเอง ถ้าเจ็บป่วยมากมีร้อยละ 60 ไปโรงพยาบาลรัฐโดยใช้สิทธิบัตรทอง - เกือบ 30% ไม่มีบัตรทอง
สวัสดิการที่ต้องการจากรัฐ	1. ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย 2. การรักษาพยาบาลฟรี 3. เงินกู้เพื่อการลงทุนดอกเบี้ยต่ำ 4. เบี้ยผู้สูงอายุ 5. เงินสงเคราะห์บุตรผู้มีรายได้น้อย	

ที่มา: วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ. 2552. การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ: ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์รับจ้างและผู้ค้าขายตลาดนัดในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยหัวเฉียว.

นอกระบบเหล่านี้เลย ยกเว้นบางคนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า แรงงานนอกระบบทุกคนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถใช้สิทธินั้นได้ เนื่องจากบางคนเป็นผู้ย้ายถิ่น ก็ไม่มีสิทธิใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) การที่รัฐบาลอนุมัติแรงงานนอกระบบสามารถใช้สิทธิประกันสังคมตามมาตรา 40 (ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ) โดยได้รับสิทธิพิเศษ 5 กรณี คือ คลอดบุตร ทุพพลภาพ เสียชีวิต เจ็บป่วย และชราภาพ และการจ่ายเงินสมทบสามารถจ่ายเป็นรายเดือนๆ ละ 280 บาท ทำให้เปิดโอกาสให้แรงงานนอกระบบได้รับสวัสดิการเพิ่มขึ้น นับว่ารัฐเห็นความสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคม

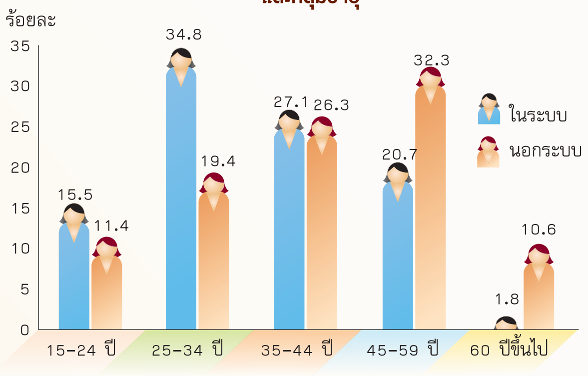
จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของแรงงานอายุ 15 ปีขึ้นไป



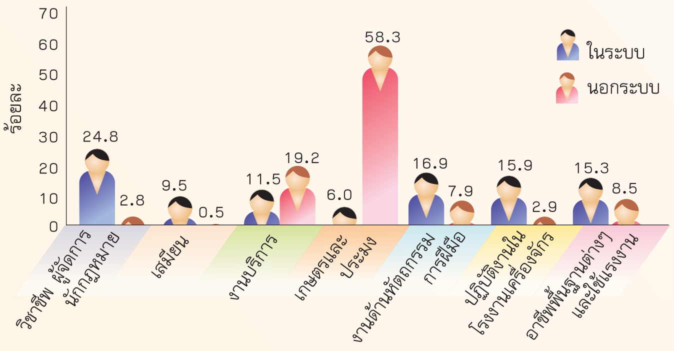
ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้มีงานทำอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามชนิดของแรงงานและกลุ่มอายุ



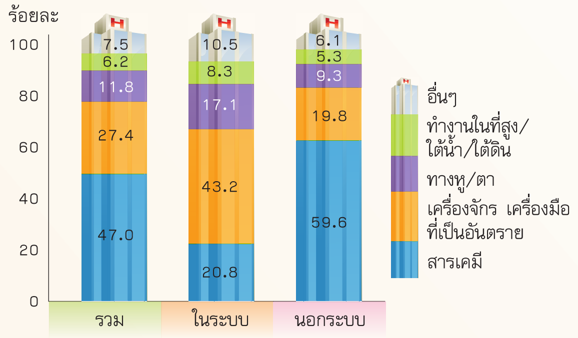
ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้มีงานทำอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามชนิดของแรงงาน และกลุ่มอาชีพ



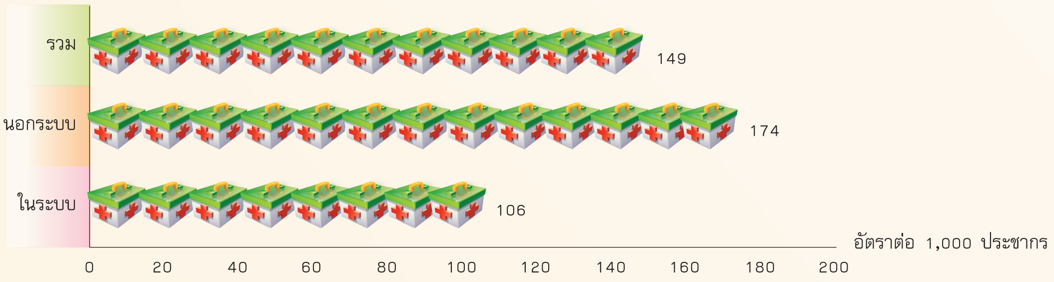
ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้มีงานทำที่อยู่ในแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงาน



ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ 2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อัตราการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงานต่อแรงงาน 1,000 คน ปี 2551



ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ 2551. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

8 สุขภาพกับแรงงานย้ายถิ่น

ปัญหาสุขภาพกายและใจของแรงงานย้ายถิ่นยังมีอยู่ แต่ผู้ถูกทิ้งไว้ถิ่นต้นทางก็ได้รับปัญหาไม่แพ้กัน

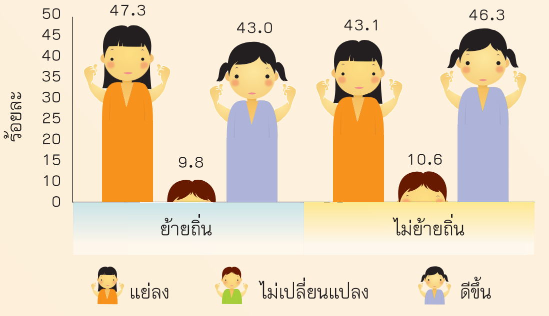
"แม้ว่า รายงานการพัฒนามนุษย์ 2552 ได้กล่าวถึงการย้ายถิ่นว่ามีผลต่อการพัฒนามนุษย์ทั้งในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นเอง และชุมชนต้นทางของผู้ย้ายถิ่น แต่แรงงานย้ายถิ่นส่วนหนึ่งก็ยังได้รับผลกระทบทางลบทั้งกับตัวเอง และผู้ที่อยู่ข้างหลัง ไม่มากก็น้อย"

แรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่ไม่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวประมาณ 1 ใน 5 เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีเพียงประมาณร้อยละ 6 ที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ แต่หากเปรียบเทียบเป็นรายภาค กรุงเทพมหานครมีแรงงานย้ายถิ่นที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพสูงกว่าภาคอื่นๆ ขณะเดียวกันเกือบครึ่งของแรงงานย้ายถิ่นในกรุงเทพมหานคร ซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพกายและจิตของผู้ย้ายถิ่นอายุ 15-29 ปีที่มาทำงานในเมืองกับผู้ไม่ย้ายถิ่นในโครงการการย้ายถิ่นกับสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี 2548 และปี 2550 พบว่า สุขภาพกายและจิตของสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันมาก

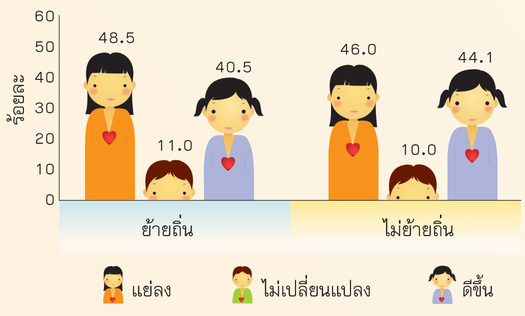
แต่สำหรับผู้ที่อยู่ในชุมชนต้นทางที่แรงงานย้ายถิ่นจากมานั้น พบผลกระทบด้านลบต่อบุตรของพ่อแม่ย้ายถิ่น กล่าวคือ มีพัฒนาการด้านสติปัญญาล่าช้ากว่าบุตรของพ่อแม่ที่ไม่ย้ายถิ่น ในประเด็นนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพในจังหวัดกาญจนบุรี ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ชี้ว่าเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่คือ ปู่ย่าตายาย โดยได้รับเงินส่งกลับจากผู้ย้ายถิ่นอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับพียงจำนวนน้อย ประกอบกับการที่ปู่ย่าตายายไม่สามารถทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่ สรุปก็คือ ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากแรงงานย้ายถิ่น เกิดกับชุมชนต้นทางมากกว่าตัวแรงงานย้ายถิ่นเอง

*จัดทำโดย **คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกาย ระหว่าง พ.ศ.2548-2550



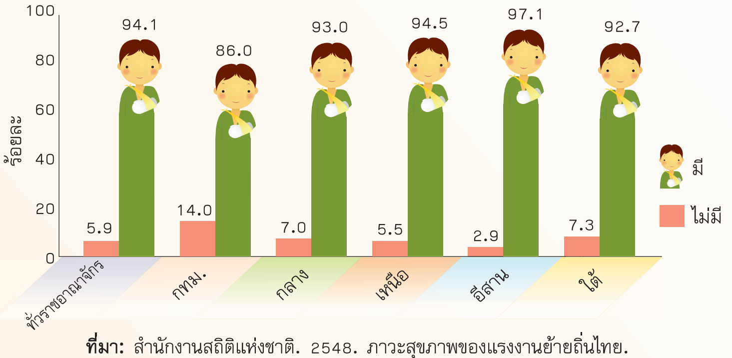
การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต ระหว่าง พ.ศ.2548-2550



หมายเหตุ: ผู้ย้ายถิ่น คือ ผู้ที่อายุ 15-29 ปี ในปี พ.ศ. 2548 ที่อยู่ในเขตชนบท แต่หลังจากนั้นได้ย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในเมือง (กทม. นครปฐม และเทศบาลเมืองกาญจนบุรี) และถูกสัมภาษณ์อีกครั้งในปี พ.ศ. 2550

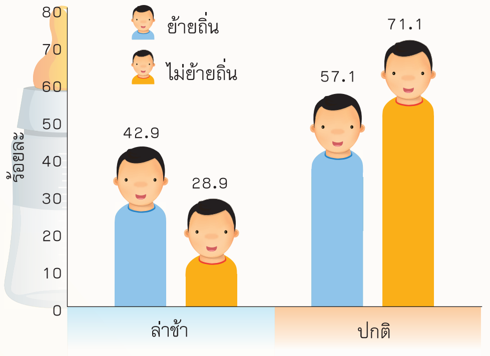
ที่มา: โครงการการย้ายถิ่นกับสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แรงงานย้ายถิ่นที่มีและไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547



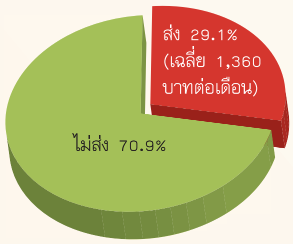
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548. ภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นไทย.

พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กอายุ 1-12 ปี ในจังหวัดแพร่ บุรีรัมย์ สระบุรี และกรุงเทพมหานคร กับการย้ายถิ่นของพ่อแม่



ที่มา: สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. 2549. การย้ายถิ่นของบิดามารดากับสุขภาพเด็กอายุ 1-12 ปี.

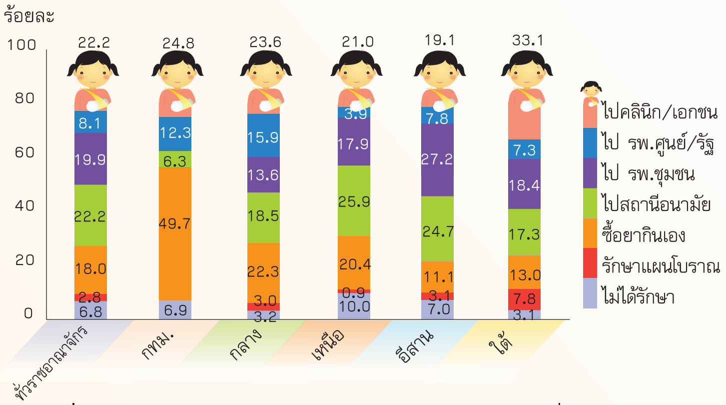
การส่งเงินกลับของแรงงานย้ายถิ่น ระหว่าง พ.ศ. 2548-2550



หมายเหตุ: แรงงานย้ายถิ่นในเขตเมือง (กทม. นครปฐมและเทศบาลเมืองกาญจนบุรี) ในปี พ.ศ.2550 ซึ่งย้ายถิ่นมาจากเขตชนบทของจังหวัดกาญจนบุรี และถามย้อนหลังถึงการส่งเงินกลับในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมา

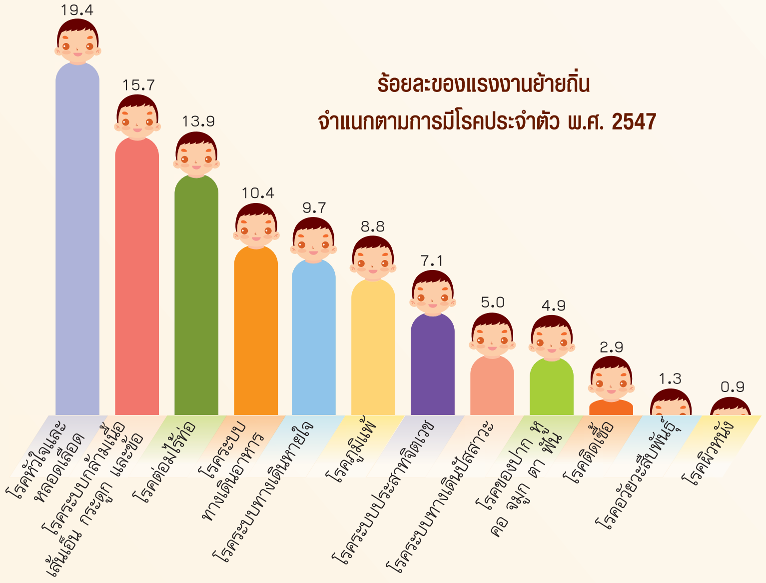
ที่มา: โครงการการย้ายถิ่นกับสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แรงงานย้ายถิ่นที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล และภาค พ.ศ. 2547



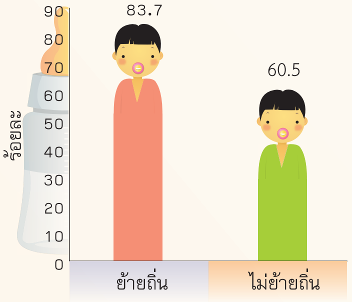
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548. ภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นไทย.

ร้อยละของแรงงานย้ายถิ่น จำแนกตามการมีโรคประจำตัว พ.ศ. 2547



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2548. ภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นไทย.

การได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของเด็กอายุ 1- 12 ปี ในจังหวัดแพร่ บุรีรัมย์ สระบุรี และกรุงเทพมหานคร กับการย้ายถิ่นของพ่อแม่



ที่มา: สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. 2549. การย้ายถิ่นของบิดามารดากับสุขภาพเด็กอายุ 1-12 ปี.

9 แรงงานไทยที่อยู่ในภาวะยากลำบาก

กฎหมายคุ้มครองแรงงานยังไม่เคร่ง พบแรงงานเด็กต่ำกว่าอายุ 15 ปี ร้อยละ 12 ของแรงงานไร้ฝีมือ แรงงานไทยถูกหลอกไปทำงานต่างประเทศ เพราะกฎหมายควบคุมการจัดส่งคนงานไปต่างประเทศนั้นค่อนข้างล้าสมัย นอกจากนี้ควรส่งเสริมสิทธิผู้พิการในการทำงานให้มากขึ้น

"แรงงานที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ได้แก่ แรงงานเด็ก คนพิการ แรงงานผู้สูงอายุ และแรงงานที่ถูกหลอกไปทำงานในต่างประเทศ ยังถูกเอารัดเอาเปรียบด้านแรงงาน"

ตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานไทยในปัจจุบันได้ระบุอายุขั้นต่ำของแรงงานเด็กที่อายุ 15 ปี อย่างไรก็ตาม การจ้างแรงงานเด็ก ก็มีให้เห็นในรูปแบบของการจ้างเด็กทำงานในบ้าน แรงงานเด็กทำงานในร้านอาหารหรือคาราโอเกะ และแรงงานขอทาน ข้อมูลช่วงครึ่งปีแรกของการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 พบว่า ยังมีแรงงานเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งทำงานในอาชีพขั้นพื้นฐานหรือไร้ฝีมือ ร้อยละ 12 ของแรงงานไร้ฝีมือทั้งหมด ข้อมูลชุดเดียวกันยังได้แสดงให้เห็นว่าแรงงานเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนวันทำงานเฉลี่ยเท่าผู้ใหญ่คือ 22 วันต่อเดือน และ 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยแรงงานเด็กจากพม่า กัมพูชาทำงานเฉลี่ยเดือนละ 28 และ 25 วัน ตามลำดับ หรือแทบไม่มีวันหยุดเลย

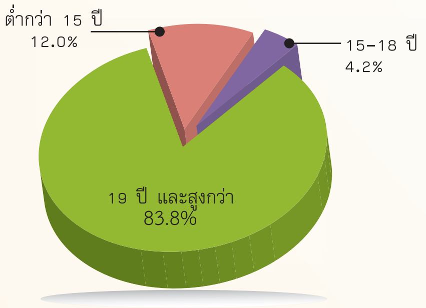
ผู้พิการมีโอกาสในการทำงานน้อยกว่าผู้ไม่พิการอย่างชัดเจน โดยผู้ไม่พิการมีงานทำถึง 3 ใน 4 ของผู้ไม่พิการ แต่ผู้พิการมีงานทำเพียง 1 ใน 3 ของผู้พิการทั้งหมด โดยงานของผู้พิการครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคการเกษตรและประมง นอกจากโอกาสในการทำงานของผู้พิการที่ไม่เท่าเทียมกับผู้ไม่พิการทั่วไปแล้ว สิทธิของผู้พิการยังไม่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปในด้านผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินด้วย ร้อยละ 53.2 ของผู้พิการมีรายได้เป็นตัวเงินประมาณ 3,000 บาท หรือน้อยกว่า นั่นหมายความว่าผู้พิการ 3 ใน 5 มีรายได้ต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำต่อวันของแรงงานไทยทั่วไป

แรงงานที่ถูกหลอกไปทำงานต่างประเทศ นับว่าเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นในประเทศไทยบ่อยมาก ไม่ว่าจะเป็นแรงงานประมงไทย แรงงานไทยในต่างประเทศที่ถูกหลอกขายบริการ และแรงงานไทยทั่วไป ปมหลักที่ทำให้แรงงานไทยถูกหลอกลวง คือ กฎหมายที่ควบคุมการจัดส่งคนงานไปต่างประเทศนั้นค่อนข้างล้าสมัย โดยยึดตามพระราชบัญญัติจัดหางานและคุ้มครองคนหางาน พ.ศ. 2528 ข้อกฎหมายดังกล่าว ให้บริษัทจัดหางานวางเงินค้ำประกันเพียง 5 ล้านบาท ก็สามารถเปิดบริษัทจัดส่งคนงานได้ และดำเนินการอย่างอิสระ รับสมัครคนงานมากกว่าโควตา หรือบางครั้งไม่มีโควตา ก็หลอกลวงคนหางานว่ามีตำแหน่งงาน เพื่อให้ได้เงินค่าหัว หากมีการร้องเรียนก็ถูกยึดเพียงเงินค้ำประกัน แล้วมาตั้งบริษัทใหม่ การดำเนินหลอกลวงจึงเข้าสู่ระบบอีกครั้ง

มูลนิธิกระจกเงารายงานว่า แรงงานหญิงไทยที่ถูกหลอกไปขายบริการทางเพศในต่างประเทศส่วนหนึ่งเป็นหญิงบริการทางเพศอยู่แล้วในประเทศไทย แต่ถูกหลอกให้ไปทำงานที่ต้องทำงานหนักกว่าที่ตกลงกันไว้ นอกจากนี้บางส่วนต้องการมีคู่เป็นชาวต่างชาติ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัวให้ดีขึ้น แรงงานหญิงเหล่านี้จึงใช้บริการบริษัทจัดหาคู่หรือนายหน้าหาคู่กับชายชาวต่างชาติ เมื่อไปแต่งงานในต่างประเทศแล้ว กลับถูกบังคับให้ทำงานขายบริการทางเพศหรือทำงานบ้านอย่างหนัก

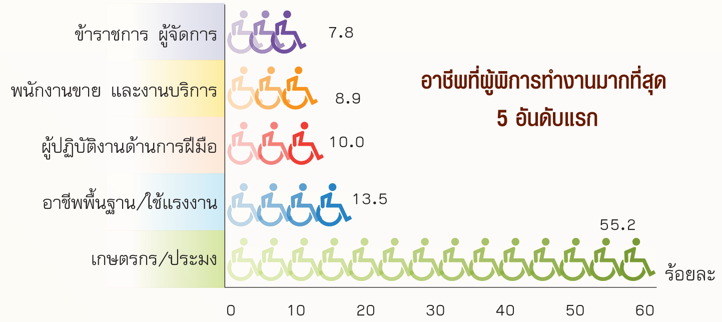
จัดทำโดย ***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

แรงงานไร้ฝีมือ จำแนกตามกลุ่มอายุ



หมายเหตุ: แรงงานไร้ฝีมือ คือ แรงงานที่ถูกจัดกลุ่มในกลุ่มอาชีพขั้นพื้นฐาน
ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2552 (6 เดือนแรก). สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อาชีพที่ผู้พิการทำงานมากที่สุด 5 อันดับแรก



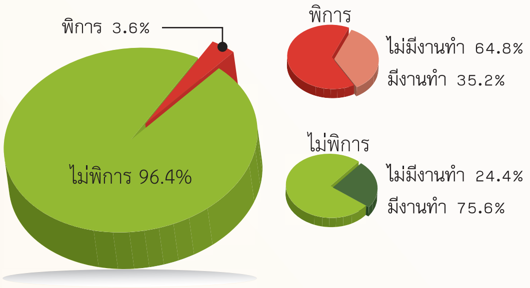
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550.

จำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อเดือน (จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน) ของแรงงานไร้ฝีมือ จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาษาที่ใช้ในครอบครัว

กลุ่มอายุ	ภาษาที่ใช้ในครอบครัว				
	ไทย	พม่า	เขมร	อื่นๆ	รวม
ต่ำกว่า 15 ปี	22 (8)	28 (7)	25 (9)	19 (7)	22 (8)
15 – 18 ปี	20 (8)	28 (10)	30 (8)	8 (6)	22 (8)
19 ปี และสูงกว่า	22 (8)	26 (8)	24 (8)	22 (8)	22 (8)

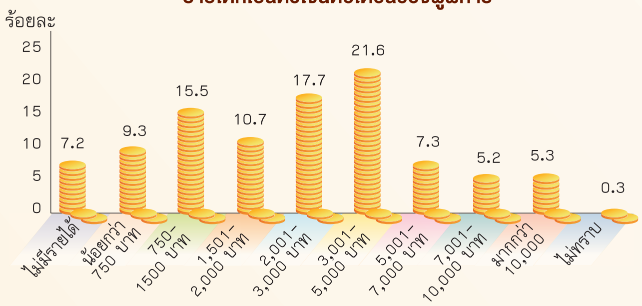
หมายเหตุ: แรงงานไร้ฝีมือ คือ แรงงานที่ถูกจัดกลุ่มในกลุ่มอาชีพขั้นพื้นฐาน
ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 (6 เดือนแรก). สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ร้อยละของผู้พิการและไม่พิการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามการมีงานทำ



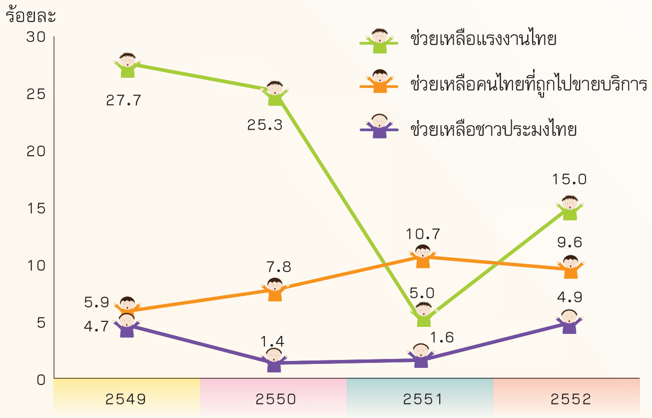
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550.

รายได้ที่เป็นตัวเงินต่อเดือนของผู้พิการ



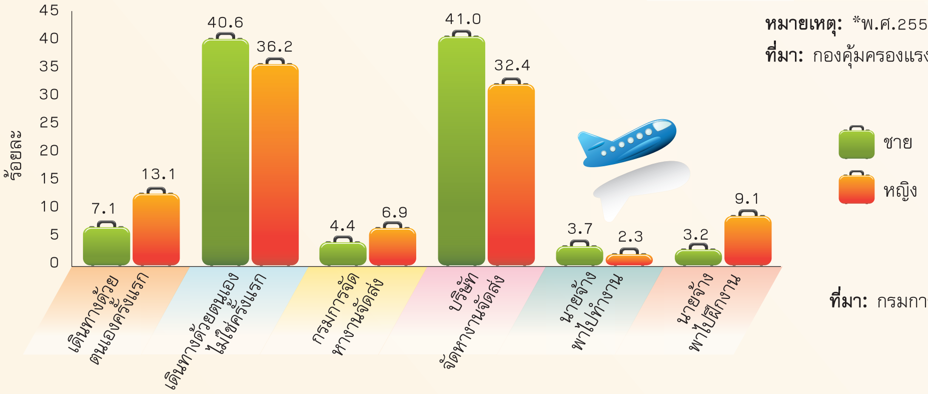
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550.

ร้อยละของคนไทยในต่างประเทศที่ได้รับการให้ความช่วยเหลือจากกระทรวงต่างประเทศ ระหว่าง ปี 2549 ถึง ปี 2552*



หมายเหตุ: *พ.ศ.2552 ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง กรกฎาคม
ที่มา: กองคุ้มครองแรงงาน กรมการกงสุล กระทรวงต่างประเทศ

แรงงานที่เดินทางไปต่างประเทศจำแนกตามเพศ และประเภทการจัดส่ง ปี 2548



ที่มา: กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

10 สถานการณ์สุขภาพแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว

รัฐบาลไทยได้ผ่อนผันให้มีการจ้างแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่เข้าเมืองแบบไม่ปกติ (irregular migration) สามารถลงทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานได้ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ประเภทงานที่อนุญาตให้ทำคือ งานระดับล่างที่เรียกกันว่า "งานกรรมกร"

"เกือบ 1 ใน 5 ของแรงงานข้ามชาติกระจายอยู่ในกรุงเทพฯ ขณะที่โรคไม่ติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ต่อการเสียชีวิตของแรงงานข้ามชาติ โดย 2 ใน 3 ของแรงงานข้ามชาติต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง"

ใน พ.ศ. 2552 รัฐบาลมีมติคณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่งให้แรงงานจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้านที่ยังไม่มีใบอนุญาตทำงานให้มาขึ้นทะเบียนได้ โดยผู้ที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้วก็ให้มาต่ออายุตามกำหนด จำนวนแรงงานที่มาขึ้นทะเบียนทั้งหมด มีอยู่รวม 1,310,690 คน โดยทุกคนที่ขึ้นทะเบียนต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพ 1,300 บาทต่อปีต่อคน และตั้งแต่ พ.ศ. 2549 รัฐบาลอนุญาตให้มีการนำเข้าแรงงานระดับล่างจากประเทศลาวและกัมพูชา กลุ่มนี้เป็นแรงงานถูกกฎหมาย มีสวัสดิการรักษาพยาบาลภายใต้ พ.ร.บ.ประกันสังคม ในปี 2552 มีแรงงานนำเข้าอยู่รวม 26,562 คน

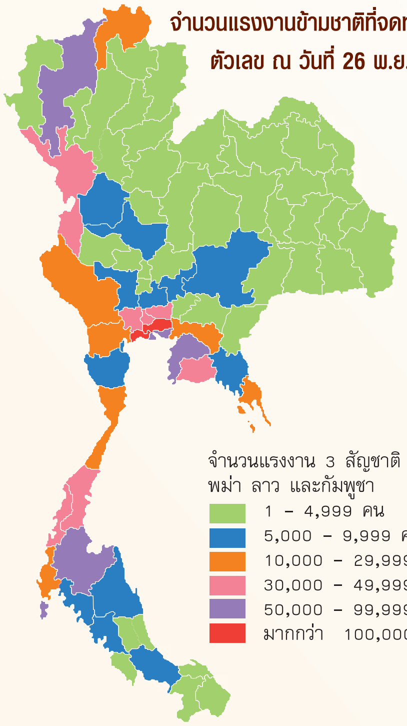
สำหรับจำนวน 1,310,690 คน มีกระจายในทุกจังหวัด หนาแน่นที่สุดในภาคกลาง และจังหวัดที่มีแรงงานมากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร (250,465 คน) อันดับสองคือสมุทรสาคร (159,554 คน) จังหวัดที่มีน้อยที่สุดคืออำนาจเจริญ (64 คน) แรงงานส่วนใหญ่ทำงานเป็นกรรมกรในภาคบริการ (ร้อยละ 28) รองลงมา คือ ภาคเกษตร ปศุสัตว์ และกิจการต่อเนื่อง (ร้อยละ 23) แรงงานในภาคการก่อสร้าง/เหมืองแร่ (ร้อยละ 17) และภาคประมง/กิจการต่อเนื่อง (ร้อยละ 15) มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ที่น่าสนใจคือมีจำนวนหนึ่งไม่มากนัก 822 คน ถูกจ้างเป็นผู้ใช้แรงงานในสถานศึกษา มูลนิธิ และสถานพยาบาล ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ถูกจ้างเป็นพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ช่วยงานในโรงพยาบาล หรืออาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) ช่วยงานในโรงเรียน และองค์กรสาธารณกุศลต่างๆ

ภาวะการเจ็บป่วยและการตายของแรงงานข้ามชาติ เป็นผลมาจากที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขอนามัย การกินที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และเงื่อนไขการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ดังผลรายงานสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวที่จัดเก็บอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ในปี 2551 พบว่า แรงงานป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงร้ายแรงมากที่สุด ถัดมาคือมาลาเรีย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ ปอดบวม และไข้เลือดออก และเมื่อสรุปแบบแผนการตายย้อนหลัง 5 ปี (2547-2551) พบว่า แรงงานข้ามชาติตายเพราะโรคไม่ติดเชื้อสูงสุด รองลงมาคือตายเพราะอุบัติเหตุ ถัดมาคือตายเพราะโรคติดเชื้อ และสุดท้ายตายเพราะถูกฆาตกรรมหรือฆ่าตัวตาย

ในจำนวนแรงงานข้ามชาติที่รับบริการจากสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ มีทั้งผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ผู้ที่ไม่มีบัตรหรือที่เรียกกันว่าแรงงานใต้ดิน และผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคม รวมถึงชาวพม่า ลาว และกัมพูชาที่เดินทางมารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชายแดน สถิติปี 2551 ชี้ชัดว่า สถานพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือแรงงานที่ไม่มีบัตรและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้รวมเป็นเงิน 5.6 ล้านบาท แต่ก็มีผู้ที่ไม่มีบัตรแต่จ่ายเงินเองรวม 53 ล้านบาท ขณะที่ผู้มีบัตรเข้ารักษาตัวใช้เงินไปรวมประมาณ 19.7 ล้านบาท จากจำนวนเงินประกันสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขจัดเก็บได้ในปี 2551 ประมาณ 300 ล้านบาทเศษ

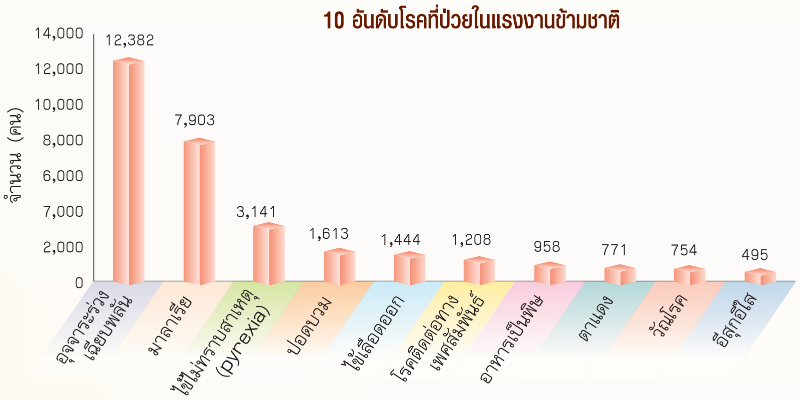
*จัดทำโดย **รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล***
*และ **กุลภา วจนสาระ***

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนล่าสุด ตัวเลข ณ วันที่ 26 พ.ย. 2552



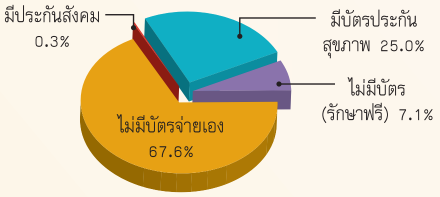
ที่มา: รายงานผลการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2552 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 วันที่ 26 พฤษภาคม วันที่ 28 กรกฎาคม 2552 และวันที่ 3 พฤศจิกายน 2552 แยกรายจังหวัด (ปรับปรุง ณ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2552)

10 อันดับโรคที่ป่วยในแรงงานข้ามชาติ



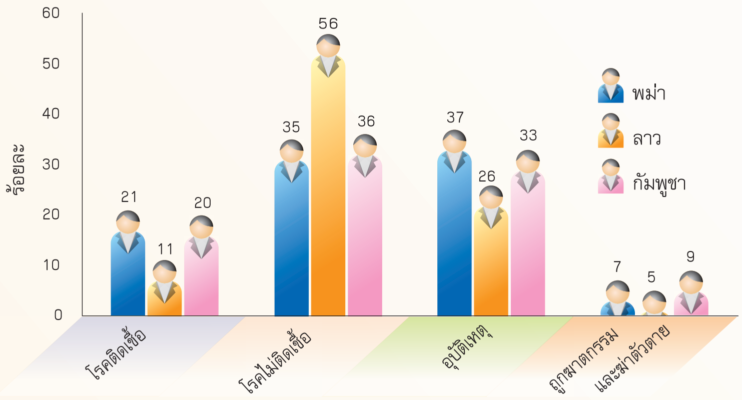
ที่มา: ปรับจากตาราง 6 ในสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2551.

การรักษาพยาบาลของแรงงานข้ามชาติ



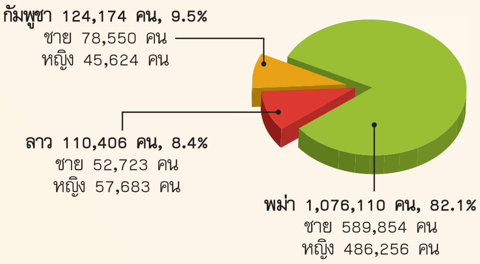
หมายเหตุ: ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงกันยายน 2552
ที่มา: คำนวณจากฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

การกระจายร้อยละสาเหตุการตายของแรงงานข้ามชาติ จากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ช่วง พ.ศ. 2547-2551

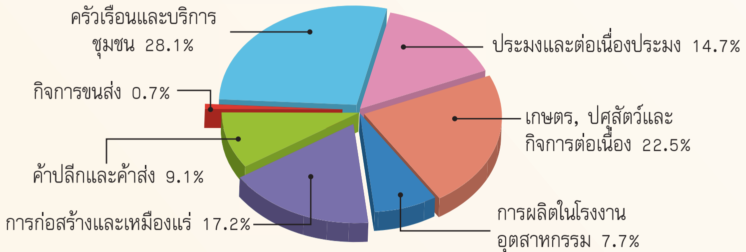


ที่มา: Nucharee Srivirojana and Sureeporn Punpuing. 2009. Health and Mortality differential among Myanmar, Laos and Cambodia Migrants in Thailand. Paper presented in the 2009 Annual Meeting of the Population Association of America, April 30-May 2, 2009. (calculated from Migrants' vital registration 2004-2008, Ministry of Interior)

สัดส่วนการกระจายของแรงงานข้ามชาติ จำแนกตามประเทศต้นทาง



การกระจายของแรงงานข้ามชาติ จากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ขอรับใบอนุญาตทำงาน ปี 2552 จำแนกตามภาคการจ้างงาน (ตัวเลข ณ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2552)



หมายเหตุ: ภาคครัวเรือนและบริการชุมชน รวมผู้รับใช้ในบ้านและผู้ใช้แรงงานในงานบริการต่างๆ รวมถึงผู้ทำงานในสถานศึกษา มูลนิธิ สมาคม สถานพยาบาล
ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2553. (คำนวณจากรายงานผลการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงาน ต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง จากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2552 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 วันที่ 26 พฤษภาคม วันที่ 28 กรกฎาคม 2552 และวันที่ 3 พฤศจิกายน 2552 แบบแยกประเภทกิจการทั่วประเทศ ฝ่ายพัฒนาระบบการทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน)

"แรงงานในภาคอีสานและเหนือส่วนใหญ่มีสวัสดิภาพสูง"

สวัสดิภาพแรงงานไทยเป็นมิติหนึ่งของความอยู่เย็นเป็นสุขของแรงงานไทย ซึ่งให้ความสำคัญกับหลักประกันทางสังคมที่จะช่วยให้แรงงานดำรงชีวิตอยู่ได้ หากไม่มีงานทำหรือมีรายได้ไม่พอเพียงกับการดำรงชีวิตตลอดจนความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของแรงงาน ตัวชี้วัดที่มีข้อมูลลงลึกถึงระดับจังหวัดที่สะท้อนสวัสดิภาพของแรงงานไทย คือ อัตราร้อยละของกำลังแรงงานที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสังคม เงินช่วยเหลือเฉลี่ยที่ครัวเรือนได้รับต่อเดือนจากภาครัฐ (transfer) อัตราการเกิดคดีประทุษร้ายต่อชีวิตและร่างกายต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการเกิดคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สินต่อประชากร 100,000 คน สองตัวแรกเป็นตัวชี้วัดเชิงบวก ขณะที่สองตัวหลังเป็นตัวชี้วัดเชิงลบ

11 สวัสดิภาพของแรงงานไทย

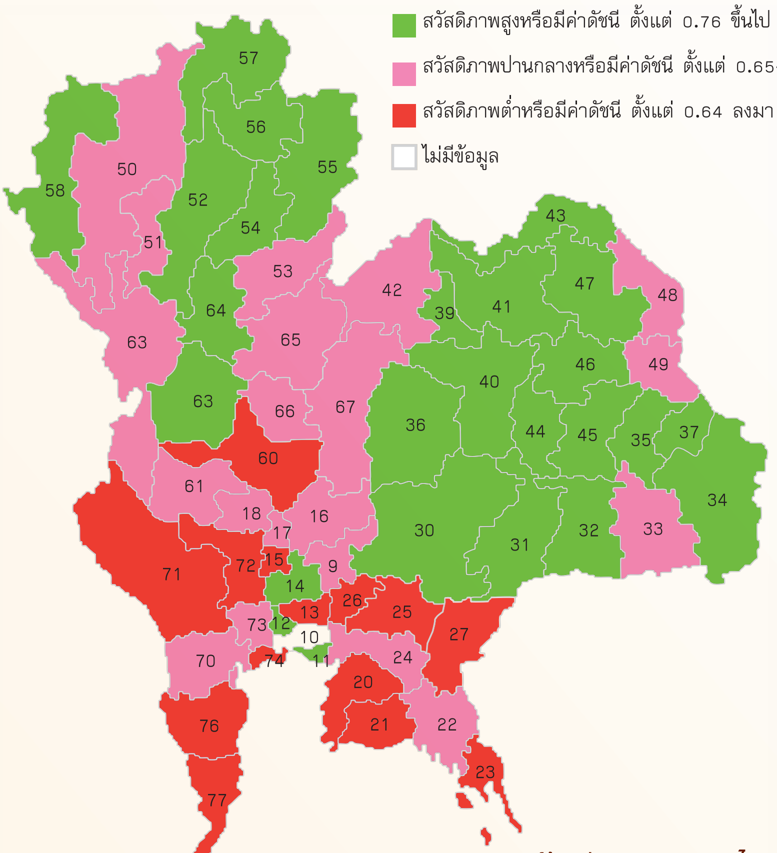
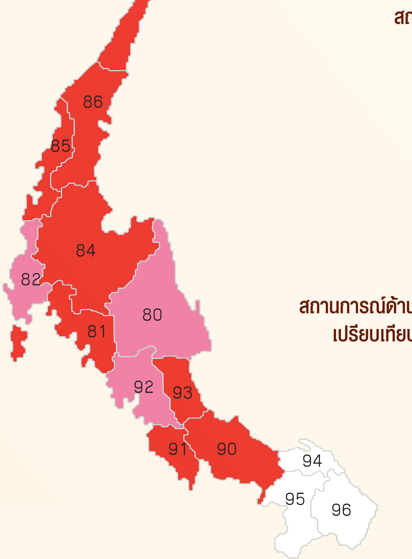
อัตรากำลังแรงงานที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของการประกันสังคม มูลค่าเงินช่วยเหลือเฉลี่ยที่ครัวเรือนได้รับ อัตราการเกิดคดีประทุษร้ายต่อชีวิตและร่างกาย และอัตราการเกิดคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน เป็น 4 ตัวชี้วัดสำคัญที่ชี้ให้เห็นสวัสดิภาพแรงงานไทย

สวัสดิภาพของแรงงานกลุ่มจังหวัดภาคกลางและภาคใต้ตามตัวชี้วัดข้างต้นนั้นดีกว่าภาคอื่นในเรื่องการคุ้มครองของการประกันสังคม แต่น้อยกว่าในด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการได้รับเงินช่วยเหลือ ซึ่งหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือให้ความสำคัญกับระดับความขาดแคลน จึงทำให้ครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีข้อได้เปรียบภาคอื่น โดยนัยนี้ดัชนีมวลรวมที่ประมวลจากตัวชี้วัดทั้งสี่จึงชี้ให้เห็นว่าแรงงานที่มีสวัสดิภาพสูงส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ

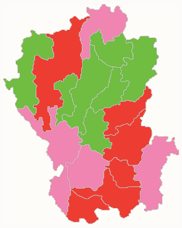
ดัชนีมวลรวมข้างต้นช่วยให้แนวทางในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสวัสดิภาพของแรงงานในหลายประเด็น อาทิ การจัดกลุ่มจังหวัด (cluster) ที่อยู่ในระดับเดียวกันหรือมีปัญหาคล้ายคลึงกัน การยึดเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากรตามระดับปัญหา และการสร้างความสมดุลระหว่างการคุ้มครองทางสังคมและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินซึ่งแปรผกผันซึ่งกันและกันโดยมีมิติด้านเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และความเป็นเมืองเป็นคำอธิบายของการแปรผกผันระหว่างการคุ้มครองทางสังคม (ซึ่งขยายตัวพร้อมกับเมือง เศรษฐกิจ อุตสาหกรรม) กับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (ซึ่งจะลดน้อยลงหากสังคมยังคงสภาพความเป็นชุมชนแบบชนบท)

*จัดทำโดย **รศ.ดร.สุรพล ปธานวณิช***
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

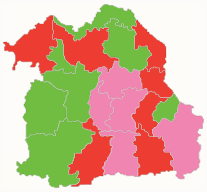
สถานการณ์ด้านสวัสดิภาพของแรงงานไทยในระดับประเทศ ปี 2550

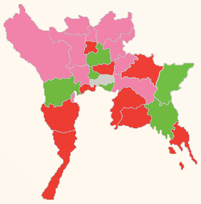
สถานการณ์ด้านสวัสดิภาพของแรงงานไทย เปรียบเทียบภายในภาคเหนือ ปี 2550



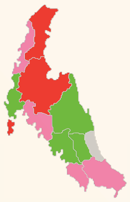
สถานการณ์ด้านสวัสดิภาพของแรงงานไทย เปรียบเทียบภายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2550



สถานการณ์ด้านสวัสดิภาพของแรงงานไทย เปรียบเทียบภายในภาคกลาง ปี 2550



สถานการณ์ด้านสวัสดิภาพของแรงงานไทย เปรียบเทียบภายในภาคใต้ ปี 2550



รหัสจังหวัด	จังหวัด	รหัสจังหวัด	จังหวัด
10	กรุงเทพมหานคร	51	ลำพูน
11	สมุทรปราการ	52	ลำปาง
12	นนทบุรี	53	อุตรดิตถ์
13	ปทุมธานี	54	แพร่
14	พระนครศรีอยุธยา	55	น่าน
15	อ่างทอง	56	พะเยา
16	ลพบุรี	57	เชียงราย
17	สิงห์บุรี	58	แม่ฮ่องสอน
18	ชัยนาท	60	นครสวรรค์
19	สระบุรี	61	อุทัยธานี
20	ชลบุรี	62	กำแพงเพชร
21	ระยอง	63	ตาก
22	จันทบุรี	64	สุโขทัย
23	ตราด	65	พิษณุโลก
24	ฉะเชิงเทรา	66	พิจิตร
25	ปราจีนบุรี	67	เพชรบูรณ์
26	นครนายก	70	ราชบุรี
27	สระแก้ว	71	กาญจนบุรี
30	นครราชสีมา	72	สุพรรณบุรี
31	บุรีรัมย์	73	นครปฐม
32	สุรินทร์	74	สมุทรสาคร
33	ศรีสะเกษ	75	สมุทรสงคราม
34	อุบลราชธานี	76	เพชรบุรี
35	ยโสธร	77	ประจวบคีรีขันธ์
36	ชัยภูมิ	80	นครศรีธรรมราช
37	อำนาจเจริญ	81	กระบี่
39	หนองบัวลำภู	82	พังงา
40	ขอนแก่น	83	ภูเก็ต
41	อุดรธานี	84	สุราษฎร์ธานี
42	เลย	85	ระนอง
43	หนองคาย	86	ชุมพร
44	มหาสารคาม	90	สงขลา
45	ร้อยเอ็ด	91	สตูล
46	กาฬสินธุ์	92	ตรัง
47	สกลนคร	93	พัทลุง
48	นครพนม	94	ปัตตานี
49	มุกดาหาร	95	ยะลา
50	เชียงใหม่	96	นราธิวาส

ดัชนีมวลรวมคำนวณจากสูตร = $\sqrt{\dfrac{Z_t + \left| M_Z + \frac{f_2}{f_1} \right|}{2\left| M_Z + \frac{f_2}{f_1} \right|}}$

Z_t = ผลรวมของค่ามาตรฐานจากตัวชี้วัดทั้งหมดที่ใช้ในการประเมินซึ่งอาจมีค่าเป็น ลบ หรือ บวก ก็ได้ (The Total Z Score)

M_Z = ค่าสูงสุดของผลรวมค่ามาตรฐานที่ไม่คำนึงถึงเครื่องหมาย (Absolute Value of the Maximum Total Z Score)

f_1 = ความถี่ของบุคคลหรือพื้นที่ได้ค่าคะแนนมาตรฐานรวมเป็นลบ

f_2 = ความถี่ของบุคคลหรือพื้นที่ได้ค่าคะแนนมาตรฐานรวมเป็นบวก

12 กองทุนสวัสดิการ

ลูกจ้างกว่า 8 ล้านคนทั่วประเทศได้รับการคุ้มครอง เมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จากกองทุนเงินทดแทน ด้านการเจ็บป่วยทั่วไป พบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น

"กองทุนเงินทดแทนสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน นอกจากนี้ ลูกจ้างควรดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย และมีโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อให้ห่างไกลจากโรคเรื้อรัง"

ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานจะได้รับเงินชดเชยจากกองทุนเงินทดแทน ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน กองทุนเงินทดแทนจะเก็บเงินสมทบจากนายจ้างในอัตราที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยในแต่ละประเภทกิจการ และมีการปรับอัตราเงินสมทบเพิ่มขึ้นหรือลดลงในแต่ละปี โดยพิจารณาจากอัตราการประสบอันตรายของลูกจ้างในกิจการนั้นๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด

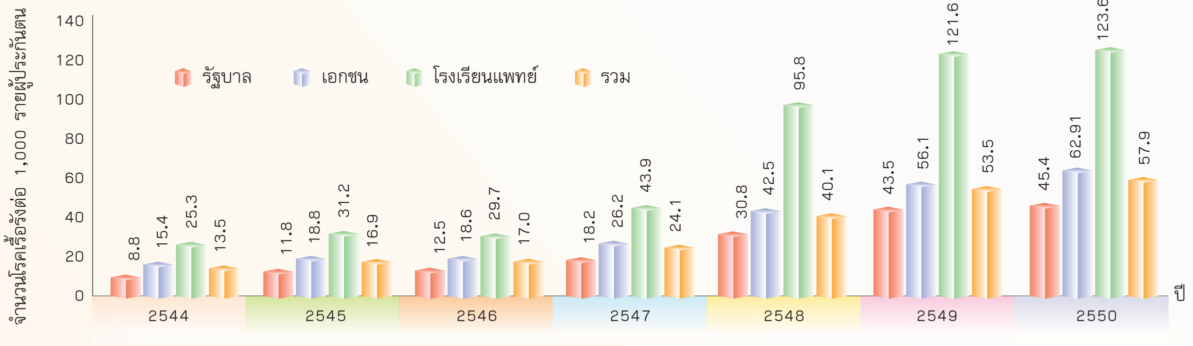
ปัจจุบันกองทุนเงินทดแทนให้ความคุ้มครองแก่สถานประกอบการทุกแห่งในประเทศไทยที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป จากสถิติของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนในปี 2551 มีกิจการของนายจ้างทั้งหมด จำนวน 282,212 กิจการ และมีลูกจ้างในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน จำนวน 8,135,608 คน ทำให้กองทุนเงินทดแทนสามารถจัดเก็บเงินสมทบจากนายจ้าง เป็นเงิน 2,875.29 ล้านบาท ในขณะที่มีการจ่ายเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้างหรือผู้มีสิทธิรับเงินทดแทน เป็นเงิน 1,688.35 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 58.72 ของเงินสมทบที่เก็บได้

ในส่วนของกองทุนประกันสังคม ผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีประมาณร้อยละ 5 ของผู้ประกันตนทั้งหมด แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีมากถึงประมาณ 1 ใน 4 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังจากสถานพยาบาลทั่วประเทศในปี 2548 เป็นจำนวน 2,291.21 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 3,109,01 ล้านบาท และ 4,381.70 ล้านบาท ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ ถ้าคำนวณค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลเฉลี่ยต่อคนต่อปี พบว่า ค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลเฉลี่ยในปี 2548, 2549 และ 2550 มีค่าเท่ากับ 267.46, 346.57 และ 458.39 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ สัดส่วนของค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 16.79 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดในปี 2548 และเพิ่มเป็นร้อยละ 18.55 และร้อยละ 22.31 ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ

ในอนาคตค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังของสถานพยาบาลในกองทุนประกันสังคมจะมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นปัญหาต่อระบบได้ ดังนั้น สำนักงานประกันสังคม จึงควรมีนโยบายเชิงรุกและการบริหารจัดการที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้ประกันตน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้พบได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ประกันตนทั้งหมดที่เป็นโรคเรื้อรัง และควรเน้นย้ำในเรื่องการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรค การดูแลรักษาโรคอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันจะนำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรู้จักการโภชนาการที่เหมาะสม

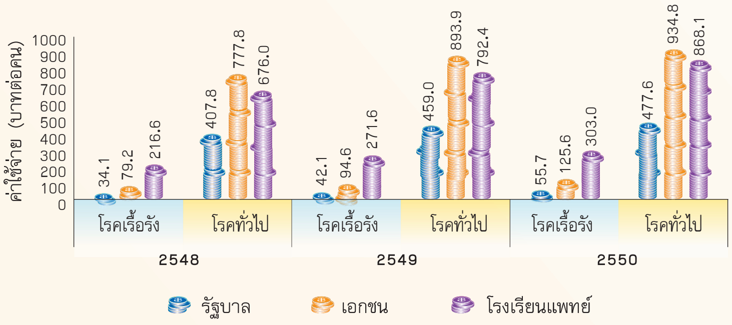
*จัดทำโดย **นพ.สนธยา พรึงลำภู** ที่ปรึกษาการแพทย์*
สำนักงานประกันสังคม

จำนวนโรคเรื้อรังต่อ 1,000 รายผู้ประกันตน จำแนกตามประเภทของสถานพยาบาล ปี 2544-2550



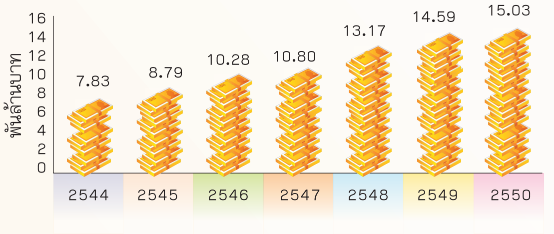
หมายเหตุ: ปี 2544-2547 โรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 8 โรค ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา ได้เพิ่มทะเบียนโรคเรื้อรังจากเดิม 8 โรค เป็น 25 โรค
ที่มา: การวิเคราะห์และทบทวนระบบการจัดการค่าบริการทางการแพทย์ กรณีภาระเสี่ยงในกองทุนประกันสังคม. สนธยา พรึงลำภู. 2551.

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีของผู้ป่วยใน ที่อยู่ในกองทุนประกันสังคม



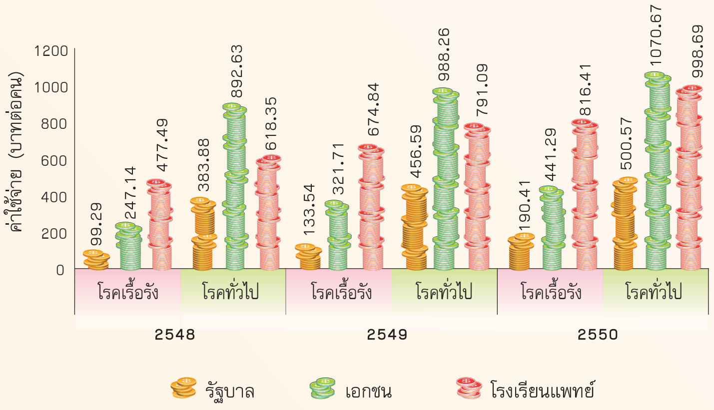
หมายเหตุ: ผู้ป่วยใน คือ ผู้เข้ารับการรักษาและนอนรักษาตัวในสถานพยาบาล
ที่มา: การวิเคราะห์และทบทวนระบบการจัดการค่าบริการทางการแพทย์ กรณีภาระเสี่ยงในกองทุนประกันสังคม. สนธยา พรึงลำภู. 2551.

ค่าบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลได้รับจากสำนักงานประกันสังคม



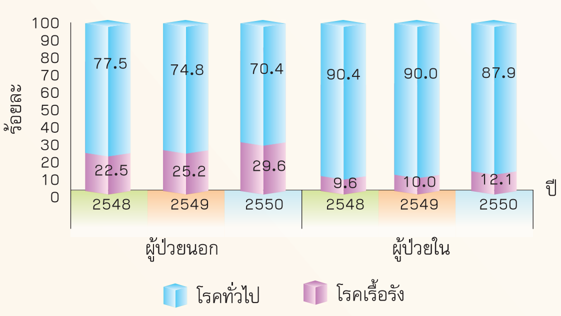
หมายเหตุ: สถานพยาบาล ได้แก่ สถานพยาบาลของรัฐ เอกชน และโรงเรียนแพทย์ค่าบริการทางการแพทย์ ได้แก่ ค่าเหมาจ่าย ค่าภาระเสี่ยง (โรคเรื้อรัง) ค่าอัตราการใช้บริการ และค่าแพทย์พิเศษ
ที่มา: การวิเคราะห์และทบทวนระบบการจัดการค่าบริการทางการแพทย์ กรณีภาระเสี่ยงในกองทุนประกันสังคม. สนธยา พรึงลำภู. 2551.

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีของผู้ป่วยนอก ที่อยู่ในกองทุนประกันสังคม



หมายเหตุ: ค่าใช้จ่าย (บาทต่อคน) คำนวณจากค่าใช้จ่าย (บาท) หารด้วยจำนวนผู้ประกันตนรวมของสถานพยาบาลแต่ละประเภท ผู้ป่วยนอก คือ ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล โดยไม่ได้นอนรักษาตัวในสถานพยาบาล
ที่มา: การวิเคราะห์และทบทวนระบบการจัดการค่าบริการทางการแพทย์ กรณีภาระเสี่ยงในกองทุนประกันสังคม. สนธยา พรึงลำภู. 2551.

เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโรคเรื้อรังและโรคทั่วไปของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2548-2550



หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของรัฐ เอกชน และโรงเรียนแพทย์
ที่มา: การวิเคราะห์และทบทวนระบบการจัดการค่าบริการทางการแพทย์ กรณีภาระเสี่ยงในกองทุนประกันสังคม. สนธยา พรึงลำภู. 2551.

1. วิกฤตการเมืองไทย ยังมี "ทางออก" หรือไม่?

2. มาบตาพุด: ปัญหาร้อนทางเศรษฐกิจ
   ปัญหามลพิษของชาวบ้าน

3. ประเทศไทยกับไข้หวัดใหญ่ 2009

4. "เบาหวาน-ความดัน" มาตกรที่มากับความเงียบ

5. นโยบายและมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์
   ยังไม่จริงจังและจริงใจ

6. "แม่วัยรุ่น" เรื่องใหญ่ที่ยังป้องกัน
   และแก้ไขกันแบบเล็กๆ

7. ธรรมาภิบาลระบบยาอ่อนแอ
   ถึงเวลาต้องแก้ไข

8. (ใคร) ไทยเข้มแข็งแห่งกระทรวงสาธารณสุข

9. กฎควบคุม "สเต็มเซลล์":
   ระหว่างจริยธรรมและความก้าวหน้า

10. รื้อระบบประสบภัยจากรถ
    เพื่อความเป็นธรรมต่อผู้ประสบภัย

10
สถานการณ์เด่น ทางสุขภาพ

เป็นเวลา 4-5 ปีแล้ว ที่สถานการณ์การเมืองไทยยังคงเต็มไปด้วยความขัดแย้ง ที่ความรุนแรงดูเหมือนจะไม่มีทางมอดลง แต่กลับกระพือโหมแรงเป็นช่วงๆ ซึ่งกระหน่ำซ้ำเติมสถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่ทำท่าจะ "โงหัว" ขึ้นมาได้บ้าง ให้ต้องคอพับคออ่อนฟุบแฟบกันต่อไป เสียงเรียกร้องให้สมานฉันท์ถูกกลืนหายไปในสายลม จนประชาชนจำนวนมากเกิด "อาการเครียดจากสถานการณ์ทางการเมือง" เพราะคำถามที่ว่า จะยังพอมี "ทางออก" สำหรับวิกฤตการณ์ข้ามเดือนข้ามปีนี้หรือไม่ ดูเหมือนยังจะไม่มีคำตอบ

1 วิกฤตการเมืองไทย ยังมี "ทางออก" หรือไม่?

คนไทยกับอาการ PSS

ทุกวันนี้ คำทักทายที่เคยติดปากคนไทยว่า... "สวัสดี"...อาจต้องเปลี่ยนเป็น... "วันนี้คุณเป็น PSS แล้วหรือยัง"... PSS เป็นตัวย่อของอาการที่เรียกว่า Political Stress Syndrome หรือ "อาการเครียดจากสถานการณ์ทางการเมือง" คนไทยเพิ่งรู้จักเจ้าอาการที่ว่านี้เมื่อกลางปี 2551 ท่ามกลางสภาพความตึงเครียดทางการเมือง นายกรัฐมนตรี สมัคร สุนทรเวช ต้องหลุดจากเก้าอี้ด้วยคำพิพากษาของศาลรัฐธรรมนูญ กรณีจัดรายการ "ชิมไปบ่นไป" สมชาย วงศ์สวัสดิ์ น้องเขย พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร กำลังจะเข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรีแทน ขณะที่การชุมนุมประท้วงของกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ที่ยืดเยื้อมากว่า 100 วัน ยังไม่มีทีท่าจะยุติ การข่มขู่ คุกคามผู้ชุมนุมและองค์กรอิสระเกิดขึ้นเป็นระยะๆ และเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

ในห้วงเวลานั้น *นายแพทย์ มล.สมชาย จักรพันธุ์* อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้กล่าวถึง อาการเครียดจากสถานการณ์การเมืองว่ากำลังเกิดขึ้นกับคนไทยทั้งประเทศ[1] โดยเฉพาะคนในกรุงเทพมหานครที่ตกอยู่กลางวงล้อมของสถานการณ์ที่เขม็งเกลียวขึ้นทุกขณะ คนที่ติดตามสถานการณ์ทางการเมืองผ่านสื่อต่างๆ โดยตลอดทั้งดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์ ผู้ที่เข้าร่วมการชุมนุมทางการเมืองอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นฝ่ายสนับสนุนหรือคัดค้านรัฐบาล รวมถึงบรรดานักการเมืองทั้งหลาย

อาการทางกายที่ปรากฏคือ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อตึงบริเวณขมับ ต้นคอ หรือตามแขนขา นอนไม่หลับ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หายใจไม่ทั่วท้อง แน่นท้อง และปวดท้อง เป็นต้น ส่วนอาการทางใจคือ จะมีความวิตกกังวล ครุ่นคิดตลอดเวลา หงุดหงิดง่าย โมโห ฉุนเฉียว ก้าวร้าว ท้อแท้ หมดหวัง ไม่มีสมาธิและฟุ้งซ่าน เป็นต้น ส่งผลต่อพฤติกรรมและความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจะเริ่มใช้อารมณ์ในการพูดคุย รวมไปถึงมีความคิดที่จะตอบโต้ด้วยการใช้กำลัง

2552 "เสื้อแดง" แผลงฤทธิ์

แต่ดูเหมือนว่าอาการเครียดที่เกิดจากการเมืองนี้จะไม่พรากจากสังคมไทยไปง่ายๆ เห็นได้จากการสำรวจความคิดเห็นประชาชนของนักทำโพลล์จากสำนักต่างๆ ในหัวข้อที่

เกี่ยวกับการเมืองและความสุข ผลสรุปจะเป็นไปในทำนองเดียวกันแม้ว่าเวลาจะต่างกันเป็นปี คือ เมื่อการเมือง รู้สึกเครียดเมื่อพูดเรื่องการเมือง หวังให้ประเทศชาติสงบสุข คนไทยรักกัน[2] หรือปัญหาการเมืองได้ฉุดความสุขของคนไทยให้ลดต่ำลง โดยคนในกรุงเทพมหานครมีค่าความสุขต่ำที่สุด[3]

ทั้งนี้ ก็เพราะตลอดปี 2552 การชุมนุมประท้วงและการเคลื่อนไหวตอบโต้ทางการเมืองยังคงเกิดขึ้นแทบไม่เว้นวัน ไม่ผิดจากการคาดการณ์ของหลายๆ ฝ่ายที่ว่าเมื่อการเมือง "เปลี่ยนขั้ว" ฝ่ายที่จะเดินลงสู่ท้องถนนแทนที่ "เสื้อเหลือง" ในปีที่แล้วก็คือ "เสื้อแดง" ดังที่ *ดร.สุรชาติ บำรุงสุข* ได้ระบุว่า *"...เพราะถ้าปี 2551 จะเป็นปีเสื้อเหลือง ไม่ว่าจะเป็นความสำเร็จในการโค่นล้มรัฐบาล การปิดล้อมทำเนียบรัฐบาลและการปิดสนามบินของประเทศ และปี 2552 ก็อาจจะเป็นปีเสื้อแดง เพราะแม้พวกเขาจะถูกล้อมปราบจากการลุกขึ้นสู้ในเทศกาลสงกรานต์ แต่ก็ไม่ได้ทำให้ในที่สุดแล้วเสื้อแดงจะถูกขจัดออกไปจากเวทีการเมือง..."*[4]

ผู้ชุมนุมที่เรียกตัวเองว่า "กลุ่มแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ" (นปช.) หรือ "กลุ่มคนเสื้อแดง" มีรูปแบบการชุมนุมที่แทบไม่แตกต่างจาก "กลุ่มคนเสื้อเหลือง" หรือ "พันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย" มากนัก เข้าตำรา "คุณทำได้ ผมก็ทำได้"[5] แทบจะแกะรอยกันก้าวต่อก้าวด้วยซ้ำ ตั้งแต่การใช้สีเสื้อ มือตบและตีนตบ การชุมนุม ยุทธศาสตร์ดาวกระจาย การปิดล้อมสถานที่ราชการ ฯลฯ รวมถึงพลังอำนาจในการใช้ "ทีวีผ่านดาวเทียม" แต่ที่แตกต่างคือ เสื้อแดงมีสื่อหลายตัว จากการสนับสนุนของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร และเครือข่าย เป็นกำลังหลักสำคัญในการช่วงชิงพื้นที่ข่าวและสร้างพลังกดดันรัฐบาลได้ข้ามปี ไม่ว่าจะเป็นวิดีโอลิงค์, โฟนอิน, เอสเอ็มเอส, จัดรายการวิทยุรายสัปดาห์ทางอินเตอร์เน็ต, ทวิตเตอร์รายวัน ไปจนถึงสื่อพื้นๆ อย่างนิตยสารหลายต่อหลายเล่ม และวิทยุชุมชนหลายสถานี ถูกใช้เป็นกระบอกเสียงไปยังกลุ่มผู้สนับสนุน ใช้ตอบโต้รัฐบาล เปิดประเด็นใหม่ๆ และกำหนดทิศทางการเคลื่อนไหว[6] ขณะที่แนวรบในรัฐสภาเป็นหน้าที่ของพรรคเพื่อไทย ในฐานะพรรคฝ่ายค้านที่จนแล้วจนรอดก็ยังไม่สามารถหาบุคคลมาเป็น "ผู้นำฝ่ายค้านในสภาผู้แทนราษฎร" ตามรัฐธรรมนูญได้

การชุมนุมปิดล้อมทำเนียบรัฐบาล และหน้าบ้านสี่เสาเทเวศร์ของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ประธานองคมนตรี ช่วงเทศกาลสงกรานต์ วันที่ 8-14 เมษายน 2552 ที่กลุ่มคนเสื้อแดงหมายมั่นปั้นมือให้เป็นการชุมนุมใหญ่เพื่อขับไล่รัฐบาลและโค่นล้มอำมาตย์แบบม้วนเดียวจบ กลับกลายเป็นการ "สะดุดขาตัวเอง" เพราะปฏิบัติการ "เลยธง" โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยกทัพบุกล้มการประชุมอาเซียนที่เมืองพัทยา บุกกระทรวงมหาดไทย ก่อเหตุล้อมกรอบไล่ทุบรถที่ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี และสุเทพ เทือกสุบรรณ รองนายกรัฐมนตรี นั่งอยู่ภายใน

กระทั่งเช้าวันที่ 13 เมษายน ได้ใช้กองทัพแท็กซี่ปิดการจราจรบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิและถนนสำคัญอีกหลายสาย ก่อนจะปิดถนน เผารถเมล์ และลากรถแก๊สมาจอดตรงชุมชนแฟลตดินแดง จนรัฐบาลต้องประกาศพระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อให้ทหารเข้าควบคุมสถานการณ์ มีชาวชุมชนนางเลิ้ง 2 คน ถูกยิงเสียชีวิต โดยยังไม่สามารถจับมือใครดมได้ว่า ใครคือผู้ยิง มีผู้บาดเจ็บจากการปะทะและการสลายการชุมนุมอีกร่วมร้อย ในที่สุดแกนนำเสื้อแดงยอมยุติการชุมนุม และถูกดำเนินคดีฐานมั่วสุมก่อการจลาจล[7] ขณะที่บางรายได้หลบหนีออกนอกประเทศ

หลังจาก "เมษาฯ จลาจล" ดูเหมือนกลุ่มคนเสื้อแดงจะระมัดระวังจังหวะก้าวมากขึ้น เน้นการชุมนุมโดยสันติ เปลี่ยนเข็มมุ่งไปที่การนำรายชื่อประชาชน 5 ล้านรายชื่อ "ถวายฎีกา" ขอพระราชทานอภัยโทษให้กับ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2552 และมีการนัดชุมนุมอีก 2-3 ครั้ง ในขณะที่รัฐบาลใช้อำนาจ ตามพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร เป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมป้องกันมิให้เกิดเหตุรุนแรงซ้ำรอย สรุปแล้วในปี พ.ศ. 2552 มีการประกาศใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าวถึง 6 ครั้ง

ไม่ยุบสภา-ไม่รัฐประหาร มีแต่ "สนิมเกิดแต่เนื้อในตน"

หากจะเปรียบว่าการเคลื่อนไหวกดดันของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร และกลุ่มคนเสื้อแดงคือ "ศึกนอก" รัฐบาลผสมภายใต้การนำของพรรคประชาธิปัตย์ก็ผจญกับ "ศึกใน" อย่างหนักหนาสาหัสเอาการ ทั้งจากพรรคร่วมรัฐบาล และจากสมาชิกของพรรคตน เข้าตำรา "สนิมเกิดแต่เนื้อในตน" อย่างไรอย่างนั้น

ในกรณีความสัมพันธ์กับพรรคร่วมรัฐบาล มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า ถูกพรรคภูมิใจไทยที่มีแกนนำคนสำคัญอย่างเนวิน ชิดชอบ ที่แปรพักตร์สลับขั้วมาสนับสนุน ทำการ "กดข่ม-เรียกร้อง" จนนายกรัฐมนตรีต้องยอมตามใจ จนได้รับฉายาจากสื่อมวลชนสายทำเนียบรัฐบาลว่า "หลักลอย" ทั้งๆ ที่หลายๆ กรณีมีกลิ่นไม่สู้ดี ส่อแววว่ามีการโกงกินคอร์รัปชั่น สำทับด้วยข้อเรียกร้องให้แก้ไขรัฐธรรมนูญ มาตรา 190 ว่าด้วยการทำสัญญากับต่างประเทศที่ต้องผ่านรัฐสภา และแก้ไขมาตรา 93-98 ในเรื่องจำนวนและที่มาของส.ส. ซึ่งในที่สุดหลังจากถูกวิจารณ์ว่า "ซื้อเวลา" มานาน พรรคประชาธิปัตย์ก็มีมติพรรค ไม่เข้าร่วมการแก้ไขรัฐธรรมนูญ เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2553[8] ส่งผลให้สัมพันธภาพของพรรคร่วมรัฐบาลมีสภาพ "ปริแยก" อย่างชัดเจน

สำหรับสนิมที่เกิดแต่เนื้อใน ก็ด้วย 2 กรณีใหญ่ คือ โครงการชุมชนพอเพียง ที่พ่นพิษจนต้องเปลี่ยนตำแหน่งของ กอร์ปศักดิ์ สภาวสุ จากรองนายกรัฐมนตรีที่เคยดูแลรับผิดชอบโครงการนี้ ไปเป็นเลขาธิการคณะรัฐมนตรีแทน นิพนธ์ พร้อมพันธุ์ ที่ลาออกไปเนื่องจากวิกฤตการแต่งตั้งผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ซึ่งเป็น "ระเบิดเวลา" อีกลูกหนึ่งที่รัฐบาลกำไว้ในมือ ส่วนอีกกรณี คือ งบประมาณโครงการไทยเข้มแข็งที่กวาดสองรัฐมนตรีแห่งกระทรวงสาธารณสุขตกเก้าอี้ ด้วยข้อกล่าวหาที่ส่อเค้าว่ามีความไม่ชอบมาพากลทุจริต โกงกินเกิดขึ้น

สภาพการณ์เช่นนี้ ทำให้เกิดข่าวลือแพร่สะพัดว่าจะมีการ "ยุบสภา" เพื่อผ่าทางตันหากพรรคร่วมรัฐบาลเกิดการปันใจ พลิกขั้ว กลับไปจับมือเพื่อตั้งรัฐบาลใหม่กับพรรคเพื่อไทย หรือเพื่อหนีการอภิปรายไม่ไว้วางใจที่ฝ่ายค้านจองกฐินไว้แล้วในช่วงต้นปี พ.ศ. 2553 อย่างไรก็ตาม อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ได้สยบข่าวลือดังกล่าวแทบจะสามเวลาหลังอาหาร ด้วยการยืนยันว่า ยังไม่ถึงเวลาที่จะยุบสภา[9]

อีกกระแสที่ตีคู่มากับกระแสการยุบสภาและการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนเสื้อแดงก็คือ กระแส "การรัฐประหาร" ซึ่ง พลเอกอนุพงษ์ เผ่าจินดา ผู้บัญชาการทหารบก ผู้นำทหารคนสำคัญ ได้ออกมารับประกันครั้งแล้วครั้งเล่าว่า จะไม่มีการรัฐประหารและการนองเลือดอย่างแน่นอน ในการสัมภาษณ์ครั้งหนึ่งในรายการ "ดิ เอ็กซ์คลูซีฟ" ทางสถานีวิทยุ อสมท. เอฟเอ็ม 100.5 ก็ยังคงยืนยันว่า *"ทหารจะไม่ปล่อยให้คนไทยตีกันเอง ขณะเดียวกันก็อย่าทำผิดกฎหมาย เพราะจะอยู่กันไม่ได้ ขอยืนยันว่าปีหน้า (พ.ศ. 2553) ไม่มีเหตุการณ์นองเลือด และจะไม่มีการปฏิวัติรัฐประหารแน่นอน เรายังมีทางเดินอีกหลายทางที่จะแก้ปัญหาของคนในชาติ..."*[10]

ทางออกประเทศไทย มีหรือไม่? และจะไปทางใด?

เริ่มต้นปีใหม่ พ.ศ. 2553 ได้ไม่เท่าไหร่ กลุ่มคนเสื้อแดงได้ยกระดับปฏิบัติการ พุ่งเป้าสู่บุคคลระดับองคมนตรีอีกคนหนึ่งคือ พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ในกรณี "ที่ดินเขายายเที่ยง" งัดมุข-ปลุกกระแส "ต่อต้านรัฐประหาร" อย่างต่อเนื่องถึงขั้น พ.ต.ท.ทักษิณประกาศจะต่อสู้ด้วยการตั้งรัฐบาลพลัดถิ่น ตามมาด้วยการประกาศก่อตั้ง "กองทัพประชาชนแห่งชาติเพื่อประชาธิปไตยในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว" (กปช.) ก่อนจะล่มสลายไปในเวลาไม่ถึงสองวัน เพราะแกนนำเสื้อแดงกลุ่ม นปช. ก็ดี แกนนำสมาชิกพรรคบ้านเลขที่ 111 รวมถึงกระแสสังคมโดยรวมต่อต้านอย่างหนัก[11]

ในทัศนะของ *ดร.สุรชาติ บำรุงสุข* แห่งคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิเคราะห์ความเสี่ยงประเทศไทยในปี 2553 โดยเฉพาะความเสี่ยงทางการทหาร ยังคงให้น้ำหนักไปที่ปัญหาการก่อความไม่สงบในภาคใต้และความขัดแย้งที่ชายแดนตะวันออกระหว่างไทย-กัมพูชา ส่วนความเสี่ยงทางด้านการเมือง ยังคงอยู่ที่ปฏิบัติการของกลุ่มคนเสื้อแดงและบทบาทของทหารกับการเมือง โดยเห็นว่าความพยายามที่จะทำให้การเมืองไทยถอยกลับสู่ภาวะปกตินั้น เป็นเพียง "ความฝันที่เลื่อนลอย" คำถามสำคัญคือ จำเป็นต้องให้เกิดการแตกหักก่อนแล้วจึงจะสามารถจัดระเบียบทางการเมืองใหม่ได้ใช่หรือไม่ ถ้าใช่...ความรุนแรงดังกล่าวจะอยู่ในลักษณะใด?[12]

มาร์ติน เพ็ตตี้ แห่งสำนักข่าวรอยเตอร์ ได้รวบรวมทัศนะของนักวิเคราะห์ต่างชาติที่มองแนวโน้มการเมืองไทยมาสรุปฟันธงว่า สถานการณ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุดก็คือ การชุมนุมมีขึ้นและผ่านพ้นไปโดยไม่มีอะไรเกิดตามมา ด้วยเหตุผลง่ายๆ คือ ไม่มีใครได้อะไรจากเหตุรุนแรง แม้กระทั่งเสื้อแดงเองก็ไม่ได้ผลประโยชน์อะไรจากการที่จะก่อเหตุรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากการก่อเหตุจลาจลเมื่อเดือนเมษายนที่ผ่านมา ได้ทำลายความน่าเชื่อถือของขบวนการไปอย่างรุนแรง ฉะนั้น เพียงแค่ชุมนุมใหญ่ได้ก็น่าจะเพียงพอที่จะทอนความน่าเชื่อถือของรัฐบาลอภิสิทธิ์ที่นับวันจะปริร่วนมากขึ้นทุกทีได้แล้ว[13]

อีกมุมมองหนึ่งเป็นของ *โรเบิร์ต เฮอเรร่า-ลิม* นักวิเคราะห์ของยูเรเซีย กรุ๊ป ที่ระบุว่า "...ถึงเวลานี้ ไม่มีกลุ่มพลังทางการเมืองสำคัญๆ ในประเทศนี้มีศักยภาพ หรือต้องการที่จะพลิกผันสถานการณ์ตึงเครียดชวนอึดอัดให้กลับกลายเป็นอย่างอื่น เกมการเมืองที่เล่นกันตอนนี้เป็นเพียงแค่ เวตติ้ง เกม ที่รอคอย และจ้องตากันไม่กะพริบ..."[14]

แต่สำหรับ *ชัชรินทร์ ไชยวัฒน์* นักหนังสือพิมพ์และคอลัมนิสต์ผู้คร่ำหวอดกับข่าวสารและเฝ้าสังเกตการณ์การเมืองไทยมากว่า 30 ปี วิเคราะห์ว่าความขัดแย้งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เรื่องในปัจจุบัน ไม่ใช่ความขัดแย้งของพรรคการเมือง แต่น่าจะเป็นผลสืบเนื่องยาวไกลไปถึงระดับ "โครงสร้าง" อันเนื่องมาจากแผนการพัฒนาประเทศที่ย้อนหลังไปกว่า 50 ปี[15] สอดคล้องกับความเห็นของนักวิชาการหลายท่าน อาทิ *ศาสตราจารย์ผาสุก พงษ์ไพจิตร* แห่งคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เห็นว่าความขัดแย้งในสังคมไทยเป็นความขัดแย้งเชิงโครงสร้าง ปัญหาการเมืองไทยจึงมีต้นตอมาจาก "ความเหลื่อมล้ำ" ระหว่างความมั่งมีมหาศาลและคนชั้นกลางฝ่ายหนึ่ง กับคนจนส่วนใหญ่อีกฝ่ายหนึ่ง[16]

ชัชรินทร์ ไชยวัฒน์ มองว่าความขัดแย้งทางการเมืองในปัจจุบัน ระหว่างพรรคการเมืองด้วยกัน หรือระหว่างพรรคกับมวลชน โดยเฉพาะในหมู่ชนชั้นกลาง หรือคนในเมือง "ไม่ได้อยู่ในวงจำกัด" เหมือนความขัดแย้งทางการเมืองในอดีต

อีกต่อไปแล้ว แต่ระเบิดออกมาเป็นความขัดแย้งทางโครงสร้าง จนทำให้วิกฤตการณ์ทางการเมืองไม่สามารถหาข้อยุติลงได้ แม้จะมีความเพียรพยายามในการใช้กรรมวิธีทั้งแบบอ่อน แบบแข็ง และใช้ช่วงเวลายาวนานเป็นปีๆ ก็ตาม

ดังนั้น การแก้ปัญหาความขัดแย้งเหล่านี้ จึงไม่ได้เป็นเพียงการต่อสู้กับตัวบุคคล หรือแม้กระทั่งกับพรรคการเมืองพรรคใดพรรคหนึ่งเท่านั้น แต่กลายเป็นการต่อสู้ทางความคิดระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบท การต่อสู้เพื่อให้เกิดความยุติธรรมในเรื่องรายได้และโอกาส ซึ่งต้องใช้ "ระยะเวลาที่ยาวนาน" จึงจะสามารถคลี่คลายลงไปได้ อีกทั้งอิทธิพลของเงินและสภาพของสื่อสารมวลชนสมัยใหม่ ได้มีส่วนซ้ำเติมให้ข้อขัดแย้งเป็นไปอย่างซับซ้อนและรุนแรงเพิ่มขึ้นอีกด้วย

ด้วยเหตุนี้ จากการประมวลรวมข้อเท็จจริง มุมมองและทัศนะต่างๆ นักหนังสือพิมพ์และคอลัมนิสต์อาวุโสท่านนี้จึงเห็นว่า ทางออกของประเทศภายใต้ความขัดแย้งเช่นนี้ มีอยู่ 2 แนวทางด้วยกันคือ[17]

1. เป็นแนวทางที่ "ต้องใช้เวลา" ในการต่อสู้ทางความคิด ค่อยๆ ปรับช่องว่างความแตกต่างทางรายได้และโอกาสไปพร้อมๆ กับการปฏิรูปกลไกต่างๆ ให้สามารถดำรงความยุติธรรมให้แก่ผู้คนในสังคมได้อย่างทั่วถึงกันทั้งหมด

2. เป็นแนวทางที่เห็นว่า "ไม่อาจใช้เวลา" ยาวนานได้อีกต่อไป เพราะสภาพความขัดแย้งสามารถนำไปสู่ความล่มสลายของสังคมได้อย่างเบ็ดเสร็จ จึงต้องใช้ช่วงเวลาสั้นๆ ใช้กรรมวิธีเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสังคมแบบฉับพลันทันที หรือเริ่มต้นปฏิรูปสังคมอย่างทั่วถึง เพียงแต่ยังมีอุปสรรคสำคัญคือ อาจไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปของโลกที่ต้องการให้ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปในแนวทางประชาธิปไตย

อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของ ดร.เกษียร เตชะพีระ จากคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กลับมองว่า "*คนไทยเลยชอบเลือกทางลัด ...แต่ปัญหาคือเส้นทางแบบนี้ในระยะยาวมันอันตราย เพราะจะเป็นภาระหนักมากของผู้ใหญ่ที่ขอให้เข้ามาแก้ปัญหา ต้องดึงต้องลากให้ผู้ใหญ่เข้ามาในจุดที่ล่อแหลม ทำให้สิ่งที่ควรจะเป็นสมบัติกลางของคนทั้งชาติ มาอยู่ข้างคุณไม่ใช่ข้างคนอื่น สถาบันใดที่เป็นของคนทั้งชาติเลือกข้างเมื่อไรมีปัญหาทันที*"[18]

บทเรียนจากการรัฐประหารครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 ที่ล้มเหลวและพ่ายแพ้[19] จึงไม่น่าจะใช่ทางออกของประเทศไทยในวิกฤตการเมืองครั้งนี้ ดร.พิชญ์ พงษ์สวัสดิ์ นักวิชาการจากคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มองว่ารัฐประหารครั้งล่าสุดก่อให้เกิดเรื่องใหญ่ 2 เรื่องในบ้านเมืองเราคือ (1) มีการวิพากษ์วิจารณ์สถาบันกษัตริย์ องคมนตรี และศาลเพิ่มมากขึ้น และ (2) เกิดปัญหาการตีความเรื่องความยุติธรรม โดยเฉพาะประเด็นสองมาตรฐาน[20]

เส้นทางการเมืองของประเทศไทย ที่สมาทานศีลการปกครองประชาธิปไตยมานานถึง 78 ปีแล้ว โดยระหว่างทางก็ระหกระเหินสู่ประชาธิปไตยครึ่งใบ คั่นด้วยการรัฐประหารเป็นระยะๆ มาสู่การเคลื่อนไหวมวลชนสองกลุ่มที่ตื่นตัวต่อการเมืองเต็มที่ คือ กลุ่มเสื้อเหลือง และเสื้อแดง รวมถึงความพยายามสร้างกลุ่มสีอื่นๆ เข้ามาเป็นทางเลือกเพิ่ม ไม่ว่าจะเป็นสีน้ำเงิน หรือสีขาวก็ตาม แน่นอนว่ากลุ่มการเมืองทุกสีต่างต้องการดุ่มเดินสู่ถนนประชาธิปไตยเสรีนิยมต่อไป อย่างยากที่จะหวนกลับไปหาวิธีทางลัดอื่นๆ ***เพียงแต่ถนนการเมืองไทย นับแต่นี้จะไม่เหมือนเดิมอีกแล้ว***

ในระยะสั้น เป็นไปได้ว่าอาจมีการยุบสภาในปีนี้ (พ.ศ. 2553) เพื่อการเลือกตั้ง กลับสู่วงจรการต่อสู้ในระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน และหากผลการเลือกตั้งครั้งใหม่เป็นที่ยอมรับ นำมาสู่การจัดตั้งรัฐบาลที่มีเสียงประชาชนเป็นหลักพิงอีกครั้ง "ความเป็นปกติของการเมืองไทย" คงจะค่อยๆ กลับคืนมา

เมื่อทนทุกข์จากมลพิษต่อไปไม่ไหว การฟ้องร้องต่อศาลปกครองของชาวบ้านมาบตาพุดก็เกิดขึ้น จนศาลสั่งระงับ 76 โครงการ และกลายเป็นปัญหาร้อนทั้งเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ จนเป็นที่มาของกลไก (ชั่วคราว) เพื่อสางปัญหาในลักษณะองค์กรอิสระ

2 มาบตาพุด: ปัญหาร้อนทางเศรษฐกิจ ปัญหามลพิษของชาวบ้าน

มิติใหม่ของการต่อสู้

เชื่อแน่นอนว่า สังคมไทยรับรู้ถึงความเดือดร้อนของชาวบ้านมาบตาพุด จ.ระยอง ที่ต้องจมอยู่กับมลพิษจากอุตสาหกรรมมาเนิ่นนาน ทั้งยังรับทราบด้วยว่าการเรียกร้องของชาวบ้านให้มีการแก้ไขปัญหามีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยื่นจดหมายตามขั้นตอน และเดินขบวนประท้วง แต่สุดท้ายก็...ล้มเหลว และไร้ผล

สาเหตุหลักก็เพราะภาครัฐยังคงวิตกกังวลแบบเดิมๆ ว่า เส้นเลือดใหญ่ทางเศรษฐกิจของประเทศจะได้รับผลกระทบตามไปด้วย ทำให้หนทางที่ถูกเลือกใช้ "เยียวยา" มลพิษที่มาบตาพุดก็หนีไม่พ้นการ "ซื้อเวลา" ด้วยการตั้งคณะกรรมการศึกษาชุดแล้วชุดเล่า ตั้งกองทุนให้ชุมชน ลงโฆษณาว่านักลงทุนมีธรรมาภิบาล และทำธุรกิจอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมหรือ ซีเอสอาร์ (CSR-Corporate Social Responsibility)

ผลพวงจากการ "หรี่ตา" ให้กับการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายผังเมือง จนทำให้โรงงานอุตสาหกรรมกับบ้านพักอาศัยของคนในชุมชนอยู่ห่างแค่รั้วกั้น และบานปลายกลายเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่สิ้นสุด ขณะที่ปัญหามลพิษไม่ลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้น พร้อมๆ กับการขยายตัวของอุตสาหกรรมหนักหลากหลายประเภท

ทำให้ชาวบ้านตัดสินใจยื่นฟ้องต่อศาลปกครองระยอง โดยศาลประทับรับฟ้องเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เป็นคดีที่มีผู้ฟ้องเป็นชาวบ้าน 27 คน จาก 11 ชุมชน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด โดยมีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติเป็นผู้ถูกฟ้อง ในข้อหาละเว้น ไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ในการประกาศให้พื้นที่มาบตาพุดเป็นเขตควบคุมมลพิษ และสร้างผลสะเทือนครั้งยิ่งใหญ่ในเวลาต่อมา

เปิดฉาก...ประกาศเขตควบคุมมลพิษ

การ "ปิดฟ้าด้วยฝ่ามือ" ที่มาบตาพุด ก้าวเดินไปไม่ได้อีกแล้ว เมื่อศาลปกครองระยองอ่านคำพิพากษาเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2552 ว่า การที่คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติมิได้ประกาศให้ท้องที่เขตเทศบาลมาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษ เป็นการละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้า

จึงให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติประกาศให้ท้องที่เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุดทั้งหมด รวมทั้งตำบลเนินพระ ตำบลมาบข่า และตำบลทับมา อำเภอเมืองระยองทั้งตำบล ตลอดจนท้องที่ตำบลบ้านฉาง อำเภอบ้านฉางทั้งตำบล เป็นเขตควบคุมมลพิษ เพื่อดำเนินการควบคุม ลด และขจัดมลพิษตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย โดยให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษา[2]

ทั้งนี้ในรายละเอียดของคำพิพากษา ยังได้อ้างถึงเอกสารทั้งของราชการและเอกชน ที่ล้วนระบุตรงกันถึงปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นทั้งในอากาศ คลองสาธารณะ น้ำทะเล และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะรายงานการศึกษาจากมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเรื่องมาบตาพุด ขณะที่ชาวบ้านผู้ฟ้องคดีถือเป็น "ก้าวแรกของความสำเร็จ" หากแต่ปฏิกิริยาจากนักลงทุนกลับตรงกันข้าม โดยเรียกร้องให้นายกรัฐมนตรียื่น "อุทธรณ์" พร้อมกับระบุถึงความเสียหายอย่างใหญ่หลวงต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

พยุงศักดิ์ ชาติสิทธิผล รองประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (ส.อ.ท.) ถึงกับชี้ว่า "กรณีดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการลงทุน และมีผลต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจ และอาจทำให้เกิดการย้ายฐานการผลิตไปยังต่างประเทศ รวมทั้งจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการลงทุนในภาพรวมของประเทศ เพราะพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดเป็นแหล่งอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ มีรายได้สูงถึง 1.1 ล้านล้านบาท/ปี คิดเป็น 11% ของจีดีพีของประเทศ รวมทั้งมีการจ้างงานกว่า 1 แสนอัตรา"[3] และยืนยันด้วยว่า "ปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นไม่ได้รุนแรงจนน่าวิตก เนื่องจากบริษัทที่มาลงทุนส่วนใหญ่ในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด มีมาตรฐานที่สูงพอ"[4]

ดร.เดชรัต สุขกำเนิด อาจารย์คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ให้มุมมองแง่บวกของการปฏิบัติตามคำพิพากษาว่า "การประกาศเขตควบคุมมลพิษ จะช่วยให้ภาคส่วนต่างๆ ของสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ได้มีกลไกการทำงานร่วมกัน เพื่อช่วยกันควบคุมและลดมลพิษภายในพื้นที่ และมีขั้นตอนการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้น"[5] และยังถือเป็น "โอกาส" ที่จะยกระดับมาตรฐานสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของคนในจังหวัดระยอง นำมาสู่การลงทุนด้านเทคโนโลยีสะอาดในทุกอุตสาหกรรม ซึ่งจะส่งผลดีต่อการค้าในเวทีโลก[6]

ในที่สุด อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ก็ออกมาเปิดเผยในวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2552 ว่าที่ประชุมฯ มีมติเป็นเอกฉันท์ว่าให้ประกาศพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดเป็นเขตควบคุมมลพิษ แต่จะยื่นอุทธรณ์ในประเด็นที่ยืนยันว่าหน่วยงานรัฐไม่ได้ละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่เรื่องการประกาศเขตควบคุมมลพิษตามที่ศาลพิพากษา ทั้งยังชี้ชัดด้วยว่า "การประกาศเขตควบคุมมลพิษ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ได้มีผลเพื่อต่อต้านธุรกิจ และธุรกิจต้องเคารพเรื่องการรักษามาตรฐานสิ่งแวดล้อม และต้องทำให้ชุมชนไม่เดือดร้อนด้วย และไม่คิดว่าจะทำให้เสียบรรยากาศการลงทุน"[7]

ดาบสอง...ฟ้องระงับ 76 โครงการ

หลังการประกาศให้พื้นที่มาบตาพุดและบริเวณใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษตามคำพิพากษาของศาลปกครองระยอง ภาคเอกชนยังคงให้สัมภาษณ์ถึงผลกระทบต่อการลงทุนพร้อมยกตัวเลขหลักแสนล้านเป็นค่าเสียหาย โดยมีรายงานพิเศษในหน้าเศรษฐกิจของหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ตั้งคำถามในเชิงไม่เห็นด้วยกับการประกาศเขตควบคุมมลพิษของรัฐบาล[8]

สฤณี อาชวานันทกุล นักวิชาการอิสระ เขียนถึงเรื่องนี้ว่า "ถ้าภาคอุตสาหกรรมในนิคมฯ มี 'ความรับผิดชอบต่อสังคม' หรือ 'ซีเอสอาร์' อย่างแท้จริงตามที่ชอบโฆษณา ก็ควรมองว่าคดีนี้นับเป็น 'โอกาส' ที่จะแสดงความจริงใจให้ปรากฏ ด้วยการอุทิศทุน เวลา และความเชี่ยวชาญ มาช่วยชาวบ้านและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนลดมลพิษ ตามหลักซีเอสอาร์ที่ดี ซึ่งมีหัวใจอยู่ที่การร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย ไม่ใช่นั่งเฉยๆ รอดู 'น้ำยา' ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รอเวลาที่จะชี้นิ้วสมน้ำหน้าในภายหลัง ปล่อยให้ชาวบ้านผู้เดือดร้อนต้องทุกข์ระทมต่อไป"[9]

อย่างไรก็ตาม ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน จ.ระยอง เร่งเดินหน้าจัดทำแผนลดและขจัดมลพิษ ในอีกด้านหนึ่งคือ การอนุมัติโครงการก่อสร้างอุตสาหกรรมแห่งใหม่ยังคงเดินหน้าไปพร้อมกัน โดยเฉพาะการถมทะเลเพื่อสร้างท่าเรือ และคลังเก็บสารเคมีบนพื้นที่กว่าพันไร่ ขณะที่อุบัติเหตุจากสารเคมีรั่วถึงขั้นมีผู้เสียชีวิตยังคงปรากฏให้เห็น

เมื่อเสียงเรียกร้องให้ชะลอการลงทุนครั้งใหม่ เพื่อให้การจัดทำแผนลดและขจัดมลพิษเริ่มต้นนับหนึ่ง ไร้การตอบสนอง การเคลื่อนไหวของชาวบ้านมาบตาพุดจึงมีขึ้นอีกครั้งที่ศาลปกครองกลาง เมื่อ 19 มิถุนายน 2552 โดยสมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อนและชาวบ้านในพื้นที่มาบตาพุด บ้านฉาง ยื่นฟ้องหน่วยงานของรัฐ 8 แห่ง ที่อนุญาตให้มีการก่อสร้างหรือขยายโรงงานในพื้นที่มาบตาพุด โดยไม่ปฏิบัติตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 และกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หรือกระทำการโดยไม่ครบถ้วนตามที่กฎหมายบัญญัติ 3 ประการคือ

1. ไม่ทำการศึกษาหรือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
2. ไม่จัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน
3. ไม่ให้องค์กรอิสระ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม หรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือด้านสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการโครงการต่างๆ

ศรีสุวรรณ จรรยา กรรมการสิ่งแวดล้อม สภาทนายความแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้ยื่นฟ้องร้องครั้งนี้ระบุว่า "ตั้งแต่รัฐธรรมนูญ 2550 ประกาศใช้เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน เพียง 1 ปี 9 เดือนเศษ แต่สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) โดยคณะกรรมการผู้ชำนาญการ (คชก.) ได้เห็นชอบรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม หรืออีไอเอ ในพื้นที่มาบตาพุด บ้านฉาง และใกล้เคียงไปแล้วกว่า 76 โรงงาน"[10]

ขณะที่ภาคเอกชนกลุ่มอุตสาหกรรมปิโตรเคมี สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เดินหน้าลงโฆษณาชี้แจงเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่มาบตาพุด[11] และยืนยันว่าระยองติดอันดับเมืองน่าอยู่ คุณภาพน้ำทั้งชายทะเลและน้ำคลองดีขึ้นกว่าแต่ก่อน...อัตราการเกิดโรคมะเร็งก็ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ...จึงไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่า คุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยของประชาชนในจังหวัดระยอง ได้รับผลกระทบที่เกิดจากอุตสาหกรรมในพื้นที่[12]

ในที่สุด นักลงทุนในพื้นที่มาบตาพุดก็ต้อง "ช็อค" อีกครั้ง เมื่อศาลปกครองกลางมีคำพิพากษาเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2552 ว่าพิเคราะห์ข้อเท็จจริงแล้วรับฟังได้ว่า ปัญหามลพิษในพื้นที่มาบตาพุด ส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสถานการณ์ของปัญหามลพิษมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น จึงมีเหตุจำเป็น และเป็นการยุติธรรม สมควรตามหลักนิติธรรม ที่จะสั่งระงับโครงการหรือกิจกรรม 76 โครงการไว้เป็นการชั่วคราว เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญ

นับจากนั้นมา ภาคเอกชนทั้งการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ก็ดาหน้ากันให้สัมภาษณ์ถึงความเสียหายที่เกิดขึ้นในทิศทางเดียวกันว่า ...ภาคเอกชนสับสน นักลงทุนมีความเชื่อมั่นลดลง อาจทำให้การลงทุนชะลอตัว ผู้ประกอบการอาจย้ายฐานการผลิตไปประเทศอื่น อาจส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงการขยายตัวทางเศรษฐกิจ และการจ้างงานในอนาคต อย่างไรก็ตาม คำพิพากษาจากศาลปกครองกลางครั้งนี้ ไม่ต่างอะไรกับการ "ตีแสกหน้า" นักลงทุน โดย สฤณี อาชวานันทกุล เรียกสิ่งที่เกิดขึ้นว่า "*ภาวะซีเอสอาร์ล้มเหลว*"[13]

มาบตาพุด...จึงหวนกลับมาเป็นข่าวพาดหัวบนหน้าหนังสือพิมพ์อย่างต่อเนื่องอีกครั้ง และถึงขั้นติดอันดับข่าวเด่นในรอบปี 2552 ของสื่อหลายสำนักอย่างง่ายดาย

กลับมานับหนึ่งกันใหม่ที่มาบตาพุด

ท่ามกลางความ "ระส่ำระสาย" ของนักลงทุน พร้อมๆ กับการออกมาระบุถึงตัวเลขค่าเสียหายที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้กอร์ปศักดิ์ สภาวสุ รองนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ซึ่งรับหน้าที่แก้ไขปัญหามาบตาพุด ต้องออกมาบอกว่า "ผมอยากจะขอร้องให้ภาคเอกชนควรเลิกนำตัวเลขความเสียหายมาพูดกันได้แล้วว่าเสียหายกันเท่าไหร่ แต่ต่อให้ความเสียหายมันมากแค่ไหน หากเราต้องสูญเสียชีวิตคนแม้เพียงคนเดียว มันก็ไม่คุ้ม"[14]

ด้าน อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ในฐานะนายกรัฐมนตรี ก็เดินหน้าหาทางออกด้วยการให้โครงการที่ได้รับอนุมัติก่อนการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2550 ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองเป็นรายๆ ไป พร้อมกับเร่งทำกระบวนการคู่ขนานตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญ โดยแต่งตั้ง นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี ให้เป็นประธานคณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือคณะกรรมการ 4 ฝ่าย ประกอบด้วยภาคประชาชน นักวิชาการ เอกชน และภาครัฐ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมหรืออีไอเอ และรายงานผลกระทบด้านสุขภาพ หรือเอชไอเอ รวมทั้งการรับฟังความเห็นของประชาชน

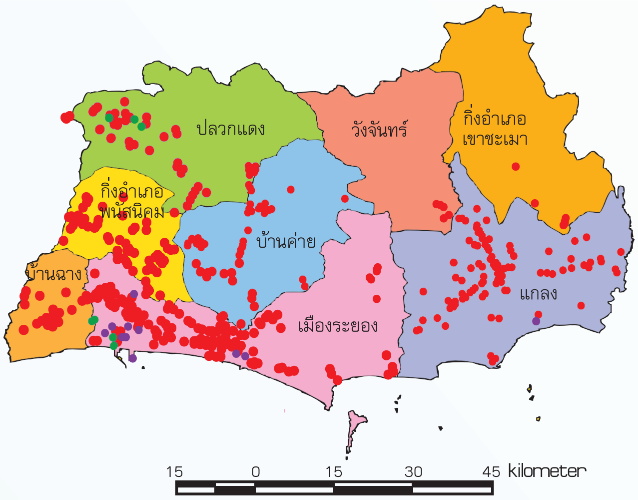
เพียงวันเดียวก่อนขึ้นปีใหม่ 2553 ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ระเบียบปฏิบัติ และแนวทางจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสำหรับโครงการ หรือกิจการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนรุนแรง ทั้งด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ซึ่งเป็นผลงานของคณะกรรมการ 4 ฝ่าย ก็ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในวันที่ 30 ธันวาคม 2552 โดยมีภาคเอกชนขานรับ เพราะทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

องค์กรอิสระ (เฉพาะกาล) กลไกสางปัญหามาบตาพุดชั่วคราว

พอถึงต้นปี มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2553 ก็เห็นชอบต่อการจัดตั้งองค์กรอิสระ (เฉพาะกาล) ทำงานภายใต้ (ร่าง) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย "*การประสานงานการให้ความเห็นขององค์กรอิสระในโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง พ.ศ....*"[15] เพื่อให้กระบวนการดำเนินการตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญมีเครื่องมือครบถ้วนสมบูรณ์ คือ ประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่องการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ การรับฟังความคิดเห็นของประชาชน และการได้ความเห็นจากองค์กรอิสระ สำหรับอนาคตองค์กรอิสระนี้จะมีกฎหมายขึ้นมารองรับ โดย ครม. ได้อนุมัติร่าง พ.ร.บ.เรื่องนี้ ส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ก่อนที่จะเสนอสู่ สภาผู้แทนราษฎรต่อไป

ในร่างระเบียบนี้ กำหนดให้มีคณะกรรมการประสานงานการให้ความเห็นขององค์กรอิสระ หน้าที่สนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยเหลือการดำเนินการขององค์กรอิสระ แต่ต้องไม่ขัดแย้งกับความเป็นอิสระในการดำเนินงาน โดยเริ่มแรกคณะกรรมการฯ จะประกาศให้องค์กรเอกชน ซึ่งประสงค์จะร่วมกันจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระแจ้งรายชื่อเพื่อเข้าร่วมประชุมทำความตกลงการจัดตั้งองค์กรอิสระ รวมถึงแจ้ง ครม. เพื่อประกาศการจัดตั้งองค์กรอิสระภายในเวลา 60 วัน นับแต่วันที่มีการแต่งตั้งกรรมการครบ

แผนที่แสดงตำแหน่งแหล่งกำเนิดมลพิษ จังหวัดระยอง



● โรงงานอุตสาหกรรม
● คลังน้ำมัน
● นิคมอุตสาหกรรม

จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง

อำเภอเมือง	585 โรง
อำเภอปลวกแดง	339 โรง
อำเภอแกลง	239 โรง
อำเภอบ้านค่าย	203 โรง
กิ่งอำเภอพนัสนิคม	189 โรง
อำเภอบ้านฉาง	65 โรง
อำเภอวังจันทร์	20 โรง
อำเภอเขาชะเมา	10 โรง
รวม	1,704 โรง

ที่มา: อุตสาหกรรมจังหวัดระยอง (1 กุมภาพันธ์ 2550)

สำหรับโครงการหรือกิจกรรม ซึ่งต้องส่งให้องค์กรอิสระให้ความเห็นนั้น ประกอบด้วย รายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งความเห็นของคณะกรรมการผู้ชำนาญการ และสรุปสาระสำคัญของมาตรการป้องกันและลดผลกระทบสิ่งแวดล้อม โดยคณะกรรมการประสานงานกับองค์กรอิสระเพื่อติดตามการพิจารณาให้ความเห็น ให้เสร็จภายใน 60 วัน นับแต่วันได้รับข้อมูล จากนั้นให้จัดส่งไปยังหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบหรือเป็นผู้อนุญาตเพื่อนำไปประกอบการพิจารณา

จุดเปลี่ยนของการพัฒนา

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนในพื้นที่มาบตาพุด จ.ระยอง ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาที่ก้าวเดินไปบนเส้นทางที่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของผู้คนในชุมชนรอบข้าง ให้เป็นต้นทุน "ราคาถูก" อย่างชัดเจนที่สุด

ความพังพินาศทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในวันนี้ คงยากที่จะปฏิเสธว่า ล้วนถูกสะสมมาจากการปล่อยปละละเลยให้ชาวบ้านต้องทนทุกข์กับปัญหามลพิษอย่างแสนสาหัส เพราะความกลัวที่ "ล้าหลัง" และ "ไร้เหตุผล" ว่าจะเกิดผลกระทบต่อนักลงทุน

มาบตาพุดถูกหยิบยกให้เป็นตัวอย่างดีที่สุดที่สะท้อนถึงความ "พิกลพิการ" ของเมืองไทยอย่างเลี่ยงไม่พ้น โดย โธมัส ฟุลเลอร์ จากนิวยอร์กไทม์ส/ไอเอชที ได้ระบุว่า "คดีฟ้องร้องหนนี้มีความหมายต่อสังคมไทยมากกว่าฟ้องร้องปกติธรรมดา เพราะเป็นคดีตัวอย่างที่โดดเด่นและเป็นอรุณรุ่งของวันใหม่ ยุคใหม่ของการพัฒนาประเทศ ซึ่งหาได้ยากยิ่งในสังคมที่การฟ้องร้องดำเนินคดีเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางกฎหมายไม่ได้รับความนิยมเหมือนการปิดถนนประท้วง...กรณีนี้คงจะทำให้การรักษาชีวิตและสิ่งแวดล้อมเป็น "ต้นทุน" ที่จำเป็นสำหรับโครงการธุรกิจใดๆ ต่อไปในอนาคต ทำให้สังคมไทยหายพิกลพิการไปได้อีกส่วนหนึ่ง และทำให้ชีวิตไม่ใช่ผักไม่ใช่ปลาอีกต่อไป"[16]

ส่วนทิศทางการลงทุนในพื้นที่มาบตาพุดจะก้าวเดินไปเช่นไร เอกนิติ นิติทัณฑ์-ประภาส ผู้อำนวยการสำนักนโยบายเศรษฐกิจมหภาค สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) กล่าวชัดเจนว่า "ทิศทางเศรษฐกิจประเทศไทยจากนี้ถึงจุดเปลี่ยน เพราะนักลงทุนในกลุ่มอุตสาหกรรมหนักจะทยอยถอนการลงทุน เพื่อไปยังประเทศที่ต้องการแทน สอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจโลกที่เน้นการดูแลสิ่งแวดล้อม และมุ่งหาอุตสาหกรรมสีเขียว อุตสาหกรรมสะอาด พลังงานทดแทน อุตสาหกรรมเกษตร"[17]

ดูเหมือนว่า อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ในฐานะนายกรัฐมนตรีที่เข้ามารับผลพวงจากมลพิษที่มาบตาพุดแบบเต็มๆ ตลอดระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา ได้บทสรุปที่ชัดเจนว่า "กรณีมาบตาพุดนั้น ไม่มองในแง่กฎหมายเท่ากับความไม่ไว้วางใจความไม่เชื่อถือของชุมชนในท้องถิ่นที่มีต่อภาคอุตสาหกรรม ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าส่วนหนึ่งเกิดจากภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน ...การไม่ยึดตามแผนผังเมืองดั้งเดิม ละเลยโดยไม่มีเหตุผลที่ดี สุดท้ายก็แก้ไขยาก จากนี้ไปต้องตั้งใจพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมที่สมดุล ยั่งยืน ไม่มักง่าย การกำหนดมาตรฐานกรอบกติกาต้องเข้มงวดมากขึ้น อย่าไปคิดถึงทางลัด สะดวกรวดเร็ว และกลับมาทำลายศักยภาพทุกฝ่าย"[18]

ลุงน้อย ใจตั้ง วัย 70 ปี ชาวมาบตาพุดขนานแท้ที่ผ่านการเวนคืนบ้านอยู่อาศัยเพื่อเปิดทางให้กับโรงงานถึง 2 ครั้ง 2 ครา และต้องสูญเสียคนในครอบครัวด้วยโรคมะเร็งคนแล้วคนเล่า พูดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในวันนี้ว่า "เมื่อชาวบ้านอยู่ไม่ได้ แล้วโรงงานจะอยู่ได้ยังไง"[19]

คงไม่มีใครกล้าปฏิเสธอีกต่อไป เพราะคงไม่มีพื้นที่แห่งไหนยอม "สังเวย" ชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ดี ให้กับการพัฒนาเช่นเดียวกับมาบตาพุดอีกแล้ว

ที่มา: www.bangkokbiznews.com/home/deta...594.html

แม้มีประสบการณ์รับมือการแพร่ระบาดของโรคซาร์สและไข้หวัดนกอย่างยอดเยี่ยม แต่เมื่อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 แพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทย และมีผู้ป่วย-ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกไปทั่ว ...การฉีด "วัคซีน" เพื่อป้องกันจึงเป็นมาตรการรองรับการกลับมาระบาดระลอกใหม่

3 ประเทศไทยกับไข้หวัดใหญ่ 2009

จากเม็กซิโกสู่เชื้อโรคไร้พรมแดน

กลางเดือนมีนาคม 2552 ชาวบ้านจำนวนมากในเพโรเต เมืองลากลอเรีย รัฐเวรากรูซ ประเทศเม็กซิโก ล้มป่วยด้วยอาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง แต่ยังไม่ชัดเจนว่าสาเหตุมาจากอะไรกันแน่ และการแพร่ระบาดก็เริ่มรุนแรงหนักขึ้น จนมีผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ วันที่ 25 เมษายน 2552 ดร.มาร์กาเร็ต ชาน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกแถลงว่า เกิดการแพร่ระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ และประกาศให้เป็นภัยฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่นานาชาติต้องติดตามสถานการณ์ต่อไป[1]

ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีพรมแดนติดต่อกันก็เริ่มพบผู้ป่วยด้วยอาการเข้าข่ายเช่นกัน ถัดจากนั้นไม่นานก็มีการถอดรหัสพันธุกรรมจากผู้ป่วยชาวอเมริกันที่เดินทางกลับจากเม็กซิโก พบว่าเป็นไวรัสไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์เอ (A) ชนิดเอช 1 เอ็น 1 (H_1N_1) ซึ่งมีรหัสพันธุกรรมบางส่วนคล้ายคลึงกับไวรัสไข้หวัดใหญ่ในหมูที่เคยพบในอดีต จึงเป็นที่มาของชื่อ "ไข้หวัดหมู" หรือ 'Swine Flu' ในระยะแรก

นับจากนั้นเป็นต้นมา เชื้อโรคก็แพร่ระบาดอย่างไร้ขีดจำกัด จากประเทศหนึ่งสู่อีกประเทศหนึ่งอย่างรวดเร็ว ในที่สุด องค์การอนามัยโลกจึงปรับระดับเตือนภัยโรคระบาดจากระดับ 3 เป็นระดับ 4 เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2552 ซึ่งหมายถึงเชื้อโรคมีการติดต่อจากคนสู่คนอย่างต่อเนื่องแล้ว และเพียงแค่ 2 วันต่อมา ก็ประกาศยกระดับสัญญาณเตือนภัยจากระดับ 4 เป็นระดับ 5 นั่นหมายถึง เชื้อโรคได้เป็นอันตรายเกือบถึงขั้นสูงสุด เพราะสามารถแพร่ระบาดจากคนไปสู่คน และมีแนวโน้มที่จะแพร่กระจายไปทั่วโลก[2] ซึ่งสูงสุดของการเตือนภัย คือ ระดับ 6

การยกระดับเตือนภัยขององค์การอนามัยโลกครั้งนี้ ได้ส่งสัญญาณอันตรายอย่างชัดเจนไปทั่วโลก ไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทย เพราะทำให้ข่าวคราวการแพร่ระบาดของ "ไข้หวัดหมู" เริ่มต้นนับหนึ่งทันที

ติดเชื้อเพิ่ม ตายพุ่ง...ผู้คนตื่นตระหนก

ท่ามกลางความตื่นตระหนกของผู้คนทั่วโลก เนื่องจากรายงานจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจาก "ไข้หวัดหมู" ยังคงพุ่งสูงขึ้น โดยต้นตอของการแพร่ระบาดอย่างเม็กซิโก ซึ่งขณะนั้นมีผู้เสียชีวิตทะลุ 180 ศพ และติดเชื้อสูงถึง 1,614 คน ถึงกับประกาศให้วันที่ 1-5 เมษายน 2552 เป็นวันหยุดพิเศษ พร้อมออกคำสั่งห้ามประชาชนเดินทางออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็น และขอความร่วมมือธุรกิจร้านค้าปิดกิจการชั่วคราว งดกิจกรรมทุกชนิด ปิดการเรียนการสอนในโรงเรียนและ

มหาวิทยาลัยทุกแห่ง และระดมแจกหน้ากากอนามัยในย่านชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคลุกลามไปมากกว่าที่เป็นอยู่

ผลกระทบจากการประกาศวันหยุดพิเศษดังกล่าว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังของเม็กซิโกแถลงภายหลังว่า "ทำให้เม็กซิโกได้รับความสูญเสียจากไข้หวัดใหญ่ 2009 ประมาณ 2,300 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเกือบ 0.3% ของจีดีพี"[3]

ขณะที่สหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพอนามัย พร้อมกับกระจายยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์กว่า 12 ล้านกล่อง ไปทั่วประเทศ

ด้านกรรมาธิการสหภาพยุโรปได้เรียกประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขฉุกเฉินทันที อาเซียนก็ออกแถลงการณ์ 'ASEAN One Health' เพื่อออกมาตรการป้องกันและรับมือหากเกิดการแพร่ระบาดในภูมิภาคอาเซียน โดยมียาต้านไวรัส 5 แสนโดส เก็บไว้ในคลังยาที่สิงคโปร์[4]

มาตรการหนึ่งที่หลายประเทศเลือกใช้ นั่นคือ การคัดกรองผู้ป่วยที่สนามบิน โดยติดตั้งเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิหรือเทอร์โมสแกน ขณะที่หน้ากากอนามัย และเจลล้างมือกลายเป็นสินค้าขายดีอย่างกระทันหัน

พอล เคลลี ศาสตราจารย์ด้านระบาดวิทยาประจำมหาวิทยาลัยออสเตรเลีย เตือนว่า "ไข้หวัดหมูมีอันตรายกว่าไข้หวัดนก เพราะสามารถแพร่ระบาดสู่คนได้รวดเร็วกว่า แม้จะทำให้เสียชีวิตน้อยกว่าก็ตาม" พร้อมกับระบุด้วยว่า ไม่กี่วันข้างหน้าจะเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ เพราะทั่วโลกจะรู้ว่า "ไข้หวัดหมู" จะแพร่กระจายไปทั่วโลกหรือไม่[5]

ขณะเดียวกัน การเรียกชื่อว่า "ไข้หวัดหมู" ก็นำมาซึ่งความเข้าใจผิดจนกลายเป็น "หายนะ" ของผู้เลี้ยงหมูทั่วโลก เพราะทำให้เกิดภาวะไม่กล้าบริโภคเนื้อหมู โดยประเทศอียิปต์ถึงกับฆ่าหมูกว่า 400,000 ตัว เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด ทั้งนี้องค์กรเพื่อสุขภาพสัตว์ (OIE) ได้ออกมาระบุว่าเป็นการใช้คำผิดอย่างร้ายแรง ทั้งที่เชื้อโรคไม่ได้แพร่ระบาดจากหมูสู่คน ทำให้แต่ละประเทศทยอยเปลี่ยนชื่อเรียกโรคระบาดชนิดนี้

สำหรับประเทศไทย นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคขององค์การอนามัยโลกกำหนดให้เรียกชื่อโรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ที่พบในเม็กซิโกว่า "*ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009*" โดยเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ แคลิฟอร์เนีย (A/Callifornia/04/2009) ซึ่งมาจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์เอ ตรวจแยกเชื้อได้ครั้งแรกที่รัฐแคลิฟอร์เนีย เมื่อปี 2009[6]

เมื่อไข้หวัด 2009 มาเยือนเมืองไทย

ในช่วงที่ข่าวระบาดของไข้หวัด 2009 เข้ามาถึงประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ความมั่นใจกับคนไทยทั้งประเทศด้วยการประกาศมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด พร้อมตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมแก้ไขสถานการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่ขึ้นทันที

โดยมีคณะกรรมการ 2 ชุด ที่จะประชุมประเมินสถานการณ์ทุกวัน ปรับปรุงมาตรการป้องกันและแก้ไขให้รับมือได้ทันท่วงที รวมทั้งงัดมาตรการสารพัดที่เคยใช้รับมือการแพร่ระบาดของโรคซาร์สและไข้หวัดนกกลับมาอีกครั้ง ไม่ว่าจะเป็น "ทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็ว" ศูนย์ตรวจเชื้อไวรัสที่สามารถยืนยันโรคได้อย่างรวดเร็ว หรือรถตรวจเคลื่อนที่ รวมทั้งการเชื่อมโยงเครือข่ายการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศิริราชพยาบาล ฯลฯ โดยที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติงบประมาณ 100 ล้านบาท เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขใช้เตรียมความพร้อมเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้หวัดใหญ่ 2009[7]

ห้วงเวลานั้น สังคมไทยดูจะเฝ้าติดตามข่าวการแพร่ระบาดของไข้หวัด 2009 ด้วยความสงบ อาจกล่าวได้ว่าคนไทยส่วนใหญ่เชื่อมั่นในประสบการณ์ที่กระทรวงสาธารณสุขเคยรับมือกับโรคระบาดร้ายแรงอย่างโรคซาร์สและไข้หวัดนกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แต่คนไทยจำนวนไม่น้อยก็แห่กันไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาลที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเตรียมไว้ สำหรับฉีดบุคคลกลุ่มเสี่ยงกว่าหนึ่งล้านโดส หมดลงอย่างรวดเร็วและไม่เพียงพอ จนทำให้ นายแพทย์ ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ต้องออกมาชี้แจงว่า "โรคไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดอยู่นี้ เป็นเชื้อสายพันธุ์ใหม่ ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน" โดยการป้องกันที่ดีที่สุดก็คือ การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด และปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข นั่นคือ กินของร้อน ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน และล้างมือบ่อยๆ ส่วนผู้ที่เป็นไข้หวัด ก็ต้องใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปสู่ผู้อื่น[8]

กระนั้นก็ตาม วันที่ 9 พฤษภาคม 2552 ประเทศไทยก็ได้ขึ้นทะเบียนผู้สงสัยว่าติดเชื้อไข้หวัด 2009 ซึ่งเดินทางมาจากเม็กซิโกเป็นรายแรก ทำให้ประเทศไทยถือเป็นลำดับที่ 31 ของโลกที่มีการติดเชื้อดังกล่าว[9]

และแล้วความเชื่อมั่นในการควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัด 2009 ก็ถูกสั่นคลอนอย่างแรง เมื่อมีคนไทยเสียชีวิต

รายแรกในวันที่ 20 มิถุนายน 2552 ก่อนที่ตัวเลขทั้งผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจะทะยานสูงขึ้น จนทำให้ยอดผู้ติดเชื้อในประเทศไทยมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และเป็นประเทศที่มียอดผู้เสียชีวิตติดอันดับ 1 ในทวีปเอเชีย ซึ่ง นางอมรา ศรีพยัคฆ์ ผู้อำนวยการอาวุโส ฝ่ายเศรษฐกิจในประเทศ ธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) ให้ความเห็นว่า "ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เป็นอีกหนึ่งปัจจัยลบทางเศรษฐกิจไทย"[10]

นับจากปลายเดือนมิถุนายน 2552 เป็นต้นมา ความหวาดวิตกและสารพัดข่าวลือถึงจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตก็ลุกลามไปทั่วประเทศไทย จนนายกรัฐมนตรีสั่งการให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบแนวทางการปฏิบัติให้เป็นไปในทางเดียวกัน และคณะรัฐมนตรีก็ได้อนุมัติงบประมาณ 850 ล้านบาท เพื่อสั่งซื้อยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์ 10 ล้านเม็ด และอีก 600 ล้านบาท เพื่อสั่งจองวัคซีนป้องกันไข้หวัด 2009 จำนวน 2 ล้านโดส

ท่ามกลางการวิพากษ์วิจารณ์ถึงการรับมือไข้หวัด 2009 ของกระทรวงสาธารณสุขว่า "ล้มเหลว" หรือ "ตกม้าตาย" กลับมีอีกมุมมองที่น่าสนใจและน่าติดตามเช่นกัน นั่นคือข้อเขียนที่ระบุว่า "สหรัฐอเมริกาที่ว่าแน่ๆ และมีเครื่องไม้เครื่องมือทันสมัยกว่าไทยมากมาย ทำอะไรไม่ได้ครับ หวัดหมูระบาดไปทั่วทั้ง 50 รัฐ ประเทศที่กักกันโรคเข้มงวดอย่างจีน...ถึงตอนนี้ยังมีคนป่วยเป็นหวัดหมูมากพอๆ กับในเมืองไทยนี่แหละครับ...แน่นอน อาจมีความบกพร่อง แต่ต้องเข้าใจด้วยว่า นี่เป็นโรคใหม่และพฤติกรรมของโรคไม่ได้เหมือนกันในทุกประเทศครับ"[11]

จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตของไทยและทั่วโลก

นับจนถึงวันที่ 12 มีนาคม 2553 มีผู้เสียชีวิตที่ได้รับการยืนยันทั่วโลกแล้วกว่า 16,713 ราย (ดูตาราง) จำนวนดังกล่าวเป็นผลรวมของรายงานจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคต่างๆ (http//www.who.int) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกคาดว่าอัตราการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 "มีจำนวนสูงกว่าที่ระบุนี้อย่างไม่มีข้อสงสัย"[12] เพราะเพียงจำนวนผู้เสียชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกาประมาณการเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2552 ว่า มีผู้เสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 แล้วกว่า 9,820 ราย[13]

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย การระบาดแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกตั้งแต่เดือนพฤษภาคม–กันยายน 2552 และนับตั้งแต่สัปดาห์แรกของเดือนกุมภาพันธ์ 2553 สำนักระบาดวิทยาได้ประกาศว่าการระบาดเข้าสู่ระลอกที่ 2

ตารางสรุปรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หวัด 2009 ทั่วโลก ณ วันที่ 12 มีนาคม 2553

ภูมิภาค	จำนวนผู้เสียชีวิต
แอฟริกา	167 คน
อเมริกา	อย่างน้อย 7,576 คน
เมดิเตอเรเนียนตะวันออก	1,019 คน
ยุโรป	อย่างน้อย 4,571 คน
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	1,664 คน
แปซิฟิกตะวันตก	1,716 คน
ยอดรวมทั้งหมด	**อย่างน้อย 16,713 คน**

ที่มา: องค์การอนามัยโลก สืบค้นจาก http://www.who.int/csr/don/2010_03_12/en/index.html

แล้ว สรุปได้ว่าตั้งแต่ช่วงวันที่ 3 พฤษภาคม 2552 ถึง วันที่ 10 มีนาคม 2553 จำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการยืนยันอาการว่าคือ เป็นไข้หวัดใหญ่ 2009 มีรวม 35,446 คน และมีผู้เสียชีวิตรวม 218 คน แยกเป็นชาย 105 คน และหญิง 113 คน

วัคซีนคือคำตอบ

ปลายเดือนกรกฎาคม ยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียร์ จำนวน 10 ล้านเม็ด ซึ่งเดิมมีไว้บริการเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ก็กระจายให้กับคลินิกเอกชนทั่วประเทศที่เข้าร่วมโครงการกับกระทรวงสาธารณสุข และแนวโน้มการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคไข้หวัด 2009 ค่อยๆ ลดจำนวนลง

จนกระทั่ง 11 พฤศจิกายน 2552 นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น แถลงว่าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ถือเป็นสัปดาห์แรกในรอบ 6 เดือน ที่ประเทศไทยไม่พบผู้เสียชีวิตจากไข้หวัด 2009 โดยมียอดผู้เสียชีวิตสะสม 184 ราย "นับว่ากระทรวงสาธารณสุขสามารถเอาชนะต่อโรคนี้ได้เรียบร้อยแล้ว" ซึ่งเป็นผลมาจาก 2 ปัจจัย นั่นคือ (1) ผู้ป่วยเริ่มลดจำนวนลงในทุกพื้นที่ และประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันตนมากขึ้น และ (2) ประชาชนที่มีอาการป่วยเข้าสู่ระบบรักษาพยาบาลได้เร็วขึ้น[14]

แม้ดูเหมือนว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของไข้หวัด 2009 ในประเทศไทย จะสงบลงในช่วงปลายปี 2552 หาก แต่กระทรวงสาธารณสุข ยังคงเดินหน้าเฝ้าระวังและออกมาตรการป้องกันการหวนกลับมาระบาดอีกครั้งอย่างไม่ลดละ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ ประธานมูลนิธิส่งเสริมการศึกษาไข้หวัดใหญ่ ระบุว่า "สถานการณ์ในปี 2553 ยังคงเป็นเรื่องที่คาดการณ์ไม่ได้ แต่จากความรุนแรงของโรค ตลอดจนการแพร่ระบาดที่ลดลงในระยะนี้ ชี้ให้เห็นว่า ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ 2009 กำลังลดความรุนแรงลง และกลายเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล"[15] และเครื่องมือป้องกันดีที่สุด คือ **การฉีดวัคซีน** จำนวน 2 ล้านโดส ที่สั่งซื้อจากประเทศฝรั่งเศส เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ให้กับกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงประมาณ 2 ล้านคน ใน 6 กลุ่ม คือ

(1) แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

(2) หญิงตั้งครรภ์มากกว่า 3 เดือน

(3) ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 100 กิโลกรัม

(4) ผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

(5) ผู้ป่วยเรื้อรังอายุ 6 เดือนถึง 64 ปี ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด โรคหัวใจทุกประเภท โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรับเคมีบำบัด โรคธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรง ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เบาหวาน

(6) คนที่ทำงานเกี่ยวกับสัตว์ โดยเฉพาะหมู

แต่เนื่องจากการระบาดที่เริ่มลดลง และมีข่าวซึ่งก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าทารกในครรภ์เสียชีวิต จากการฉีดวัคซีนทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงลังเลที่จะรับการฉีดวัคซีน ตั้งแต่ 11 ม.ค.–16 ก.พ. 2553 จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการฉีดวัคซีนไปแล้วรวม 2.9 แสนคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนมากได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวม 279 ราย โดยมีอาการรุนแรง 19 ราย เป็นบุคลากรสาธารณสุข 2 ราย หญิงมีครรภ์ 14 ราย และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ราย และจากการพิจารณาจำนวนผู้ได้รับผลข้างเคียงกับจำนวนผู้ที่มีอาการปกติ สรุปได้ว่าการฉีดวัคซีนยังมีความปลอดภัยสูง จึงจะมีการรณรงค์ให้กลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการฉีดวัคซีนด้วยความสมัครใจต่อไป[16]

ที่มา: nationmedia

กระทรวงสาธารณสุขแถลงเมื่อต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ว่า เนื่องจากการระบาดรอบใหม่มีความรุนแรงขึ้น จะยังคงดำเนินการควบคุมการระบาดต่อไปอย่างไม่ประมาท เพราะยังพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ประมาณ 500 คน ต่อสัปดาห์ และมีผู้เสียชีวิตสัปดาห์ละ 3–5 คน โดยผู้ป่วย 1 คน อาจแพร่เชื้อสู่คนอื่นๆ ได้ถึง 300–400 คน ดังนั้น ในแต่ละสัปดาห์มีประชากรเสี่ยงที่จะรับเชื้อ 150,000–200,000 คน[17]

ขณะที่โครงการศึกษาวิจัยวัคซีนไข้หวัด 2009 ชนิดเชื้อเป็นขององค์การเภสัชกรรม ได้ก้าวมาถึงขั้นพ่นวัคซีนให้อาสาสมัครกลุ่มแรกเรียบร้อยแล้ว โดยไม่พบว่ามีผลข้างเคียงรุนแรง จึงจะเริ่มทำการทดลองในระยะที่สองปลายเดือนเมษายน 2553 และหากโครงการนี้ประสบผลสำเร็จก็จะสามารถผลิตวัคซีนได้ 500,000–10,000,000 โดส[18] และต้องถือเป็นความสำเร็จครั้งสำคัญในการพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 2 ระดับในประเทศไทย นั่นคือ (1) ในระดับประเทศสามารถพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขึ้นมาได้ทั้งจากเชื้อตายและเชื้อเป็น (2) ในระดับสากล มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากประเทศที่ก้าวหน้าสูงทางเทคโนโลยีให้แก่ประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย โดยผ่านตัวกลาง คือ องค์การอนามัยโลก และไทยได้ถ่ายทอดเทคโนโลยีนี้ต่อไปให้แก่อินเดียด้วย ที่สำคัญคือเป็นการถ่ายทอดเทคโนโลยีให้แก่กันโดยไม่คิดมูลค่า หากทำไปด้วยเหตุผลด้านมนุษยธรรมอย่างแท้จริงในภาวะที่ต้องเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคร่วมกัน[19]

ระยะเวลาประมาณ 1 ปีเศษ ที่ไข้หวัด 2009 แพร่กระจายครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคของโลก แม้จะยังไม่อาจวางใจได้ว่า เชื้อโรคนี้จะหวนกลับคืนมาระบาดรุนแรงอีกครั้งหรือไม่ หากแต่องค์การอนามัยโลกยังคงเรียกร้องให้ทุกประเทศทั่วโลกเฝ้าจับตาอย่างใกล้ชิดว่า เชื้อโรคไข้หวัด 2009 จะกลายพันธุ์จนเป็นสายพันธุ์ที่มีอันตรายมากกว่าเดิมหรือไม่ แต่ที่แน่ๆ ก็คือ ไข้หวัด 2009 จะกลายเป็นไข้หวัดตามฤดูกาลที่ทุกคนคุ้นเคยในไม่ช้า

ที่มา: "http://gotoknow.org/file/easyeasy/list?page=2

"เบาหวานและความดันโลหิตสูง" ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งโลกมีอัตราการตายร้อยละ 13 ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีอัตราการตายร้อยละ 6 น่าแปลกที่โลกเคลื่อนตัวไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ เทคโนโลยีในการรักษาที่ทันสมัย อายุคาดเฉลี่ยของมนุษย์ยาวนานขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในอดีตอย่างเรื่องสุขอนามัยไม่ดีลดลงอย่างรวดเร็ว หากแต่ปัจจัยเสี่ยงสมัยใหม่กลับเพิ่มภาระคุกคามให้กับชีวิตที่สุขสบายของมนุษย์[1] สิ่งสำคัญกว่าตัวเลขและข้อมูลขององค์การอนามัยโลกเหล่านี้ก็คือ ปัจจัยเสี่ยงเงียบๆ ทั้งสองชนิดนี้ก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงต่อร่างกายได้อย่างคาดไม่ถึง

4 "เบาหวาน-ความดัน" ฆาตกรที่มากับความเงียบ

"เบาหวาน": ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทั้งไม่เบาและไม่หวานต่อชีวิต

จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) ซึ่งเป็นองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศ คาดการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี ทั่วโลก ว่ามีจำนวน 285 ล้านคนในปี 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 438 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ประมาณ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้านคน ในปี 2553 ไปถึง 101 ล้านคน ในปี 2573 เรียกว่าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 72 เลยทีเดียว[2] เพียงเท่านี้ก็น่าจะเห็นได้ชัดเจนแล้วว่า เบาหวานเป็นเรื่องหนักหนาเพียงใด

สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามเฝ้าระวังปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ การเฝ้าระวังตลอดปี 2551 พบว่า เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจาก 44 จังหวัดทั่วประเทศที่ส่งรายงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 645,620 ราย และยังพบว่าผู้หญิงป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่า ในคนกลุ่มวัยทำงานอายุน้อยกว่า 40 ปี มีแนวโน้มป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น[3]

นายแพทย์มานิต ธีระตันติกานนท์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ในปี 2551 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการแทรกซ้อนทั้งหมด 224,506 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณร้อยละ 30 เกิดที่หลอดเลือดแดง และเกิดภาวะไตวาย[4]

หากพิจารณาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในปี 2551 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจาก 44 จังหวัดทั่วประเทศ มีทั้งสิ้น 645,620 คน ในจำนวนนี้แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งรายเก่าและใหม่ มีจำนวน 550,956 คน และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอีก 94,654 คน ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 47 เป็น

ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สูงที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง (15%) ทางไต (14.5%) ดังรายละเอียดในตาราง 1 อย่างไรก็ดี ตัวเลขข้างต้นนี้ต้องถือว่าต่ำกว่าความเป็นจริงพอสมควร เพราะเป็นข้อมูลที่ได้รับรายงานจากเพียง 44 จังหวัด เท่านั้น

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับรายงานการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2551

ผู้ป่วยเบาหวาน	2551		
	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนผู้ป่วยรวม	**211,836**	**433,784**	**645,620**
(1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	178,897	371,999	550,956
(2) มีภาวะแทรกซ้อน	32,939	61,785	94,654
- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	15,134	29,694	44,828
- ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง	5,153	8,863	14,016
- ภาวะแทรกซ้อนทางไต	4,882	8,887	13,769
- ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง	3,541	6,951	10,492
- ภาวะแทรกซ้อนทางตา	2,842	4,591	7,433
- ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท	1,119	2,385	3,504
- ภาวะแทรกซ้อนต้องตัดอวัยวะ	268	414	612

ที่มา: ปรับจาก วนัสสนันทน์ รุจิวิพัฒน์. 2552. *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2551.* กลุ่มงานระบาดโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยายังแสดงให้เห็นว่า สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้หญิงนั้นมีมากกว่าผู้ชายถึง 2 เท่า นั่นคือ ประมาณร้อยละ 67 เมื่อเทียบกับร้อยละ 33 ในผู้ป่วยชาย ในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เกือบครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และประมาณเกือบร้อยละ 30 เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี แม้จังหวัดขอนแก่นจะเป็นจังหวัดที่ได้รับรายงานผู้ป่วยสูงสุด แต่จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุดกลับเป็นจังหวัดสุโขทัย (3,837.34) รองลงมาคือ ชัยนาท และอ่างทอง[5]

ภาพรวมของสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทุก 10 ปี คือตัวเลขปี 2529, 2539 และ 2549 ยิ่งตอกย้ำให้เห็นว่าเบาหวานไม่ใช่เป็นเรื่องเบาๆ และหวานๆ เลย นั่นคือ อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลประมาณ 33 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2529 เพิ่มเป็น 100 ในปี 2539 และพุ่งสูงถึง 586.8 ในอีก 10 ปีต่อมา[6] ที่น่าตกใจก็คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยนั้นมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 65 ในผู้ชาย และร้อยละ 49 ในผู้หญิง[7] ตัวเลขที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจึงเรียกได้ว่าเป็นเพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งเท่านั้นเอง

เรื่องควรรู้ของเบาหวาน

ธรรมชาติของเบาหวานนั้นคุกคามสุขภาพเราอย่างเงียบๆ เนื่องจากไม่มีอาการบ่งชี้ในระยะแรก เบาหวานเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนในการสร้างฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งทำหน้าที่ช่วยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เพื่อเผาผลาญให้เป็นพลังงาน เมื่อตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ไม่ดีนัก น้ำตาลจึงถูกกักเก็บอยู่ในเลือดและอวัยวะต่างๆ และขับส่วนเกินออกมาทางปัสสาวะ เราสามารถรู้ได้เบื้องต้นหากปัสสาวะมีมดขึ้น ถ่ายปัสสาวะมาก กระหายน้ำ นอกจากนี้เมื่อร่างกายไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลมาเป็นพลังงานได้ ผลกระทบคือการหันไปหาพลังงานจากกล้ามเนื้อและไขมัน ผู้ป่วยจึงมักจะน้ำหนักลด กล้ามเนื้อลีบ รู้สึกอ่อนเพลีย ติดเชื้อง่ายขึ้น อันตรายจากเบาหวานที่จริงแล้วคือ ความผิดปกติที่เกิดจากการคั่งของน้ำตาลในร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

นายแพทย์สุรัตน์ โคมินทร์ จากภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุว่าเบาหวานเป็นภัยร้ายแรงในวงการสาธารณสุข "คนที่เป็นเบาหวาน น้ำตาลในเลือดจะสูงมากหากปล่อยตัว ภายใน 10 ปี จะเกิดโรคแทรกอื่นๆ เช่น เส้นประสาทอักเสบ หลอดเลือดเสื่อม ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ นำไปสู่การติดเชื้อโรคอื่นๆ เช่น เป็นแผลเรื้อรัง เมื่อแผลรักษาไม่ได้ เท้าก็เน่าและถูกตัดขา ไตวายต้องล้างไตทางช่องท้องหรือฟอกเลือด เส้นเลือดเลี้ยงสมองเสื่อม ทำให้เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจเสื่อม ทำให้เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงตาเสื่อม ทำให้จอประสาทตาเสื่อมและนำไปสู่การตาบอด"[8]

ข้อควรปฏิบัติ หากสงสัยว่าเป็นเบาหวาน ควรไปตรวจเลือดเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 6 ชั่วโมง (fasting plasma glucose/FPG) หากพบว่ามีค่า**เท่ากับหรือมากกว่า 126 มิลลิกรัม** (คนปกติมีค่าต่ำกว่า 110 มิลลิกรัม) ในการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง ก็ถือได้ว่าเป็นเบาหวาน ซึ่งต้องระมัดระวังดูและระดับน้ำตาลในเลือด และ

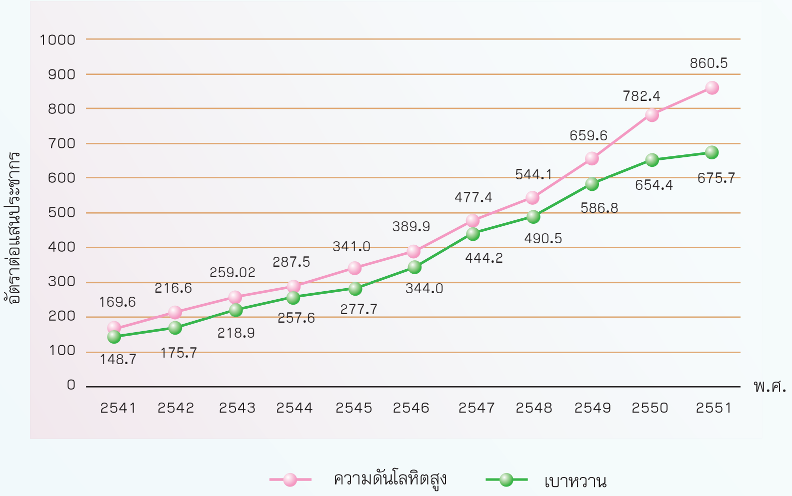
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ที่สำคัญคือ ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก หลีกเลี่ยงอาหารมันๆ ทอดๆ อาหารหวาน ขนมกรุบกรอบ รวมถึงอาหารที่หวานมากๆ ทุกชนิด[9] เพียงเท่านี้เรื่องเบาหวานก็ไม่รุนแรงหนักหนาเกินไปที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุขแล้ว

ความดันโลหิตสูง: อีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงเงียบในฉายามาตกร

เมื่อมองภาพรวมในระดับโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมีประมาณ 1,000 ล้านคนทั่วโลก ขณะที่ตัวเลขจากเครือข่ายความดันโลหิตสูงโลก (World Hypertension League) **พบว่า 1 ใน 4 ของพลโลกทั้งผู้ชายและหญิงมีภาวะความดันโลหิตสูง**[10]

สำหรับสถิติของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่าความดันโลหิตสูง

รูปแสดงอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานในรอบ 10 ปี



ที่มา: โครงการสุขภาพคนไทย (ตัวเลข พ.ศ. 2541-2550 คำนวณจากรายงานประจำปี 2550. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. เป็นตัวเลขทั้งประเทศยกเว้นกรุงเทพมหานคร; ตัวเลขปี 2551 คำนวณจากจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั่วประเทศ ปี 2551. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

<สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/data_disease.php?pages=1>)

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรายงานการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2551

ผู้ป่วยความดันสูง	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนผู้ป่วยรวม	**428,965**	**716,592**	**1,145,557**
(1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	419,567	703,851	1,123,418
(2) จำนวนการมีภาวะแทรกซ้อน* (ผู้ป่วยคนหนึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ)	79,316	91,023	170,339
- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	52,910	64,647	110,927
- กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	11,486	9,445	20,931
- เจ็บหน้าอก	8,114	8,234	16,348
- ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ	3,112	4,534	7,646
- ภาวะแทรกซ้อนทางไต	2,495	2,830	5,325
- ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง	737	1,010	1,747
- ภาวะแทรกซ้อนอัมพาต	462	363	825

หมายเหตุ: ทำให้ยอดรวมของผู้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนกับผู้มีภาวะแทรกซ้อน มากกว่าจำนวนผู้ป่วยรวม

ที่มา: ปรับจาก วนัสสนันทน์ รุจิวิพัฒน์. 2552. *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2551.* กลุ่มงานระบาดโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

เป็นโรคที่มีอัตราผู้ป่วยต่อแสนประชากรสูงที่สุดในกลุ่ม**โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อัตราการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น 5 เท่าจากปี 2540 เป็น 782.4** ต่อแสนประชากร และพุ่งสูงขึ้นถึง 860.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2551 (ดูรูป) และยังไม่มีทีท่าจะลดลงแต่อย่างใด จากโครงการวัดความดันโลหิตประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 20.7 ล้านคน พบว่ามีความดันโลหิตผิดปกติ 2.4 ล้านคน (11%) โดยที่มากกว่าร้อยละ 70 ไม่รู้ว่ามีความดันผิดปกติหรือไม่[11]

ที่จริงแล้วความร้ายกาจของความดันโลหิตสูงคล้ายกับเบาหวาน ตรงที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่ออวัยวะและการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกาย หากพิจารณาในเชิงตัวเลข จำนวนผู้ป่วยความดันสูงในปี 2551 (ตาราง 2) จาก สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 1,145,557 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเก่า 781,627 คน และผู้ป่วยใหม่ 363,930 คน สัดส่วนผู้ป่วยหญิงมีมากกว่าผู้ชายเกือบเท่าตัวคือ ร้อยละ 62.5 เมื่อเทียบกับร้อยละ 37.5 ในผู้ป่วยชาย และมักพบในผู้สูงอายุโดยเฉพาะมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในจำนวน 44 จังหวัด ที่ส่งรายงานมานั้น พบว่า ชาวสุโขทัยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด (8,097.4) รองลงมาคือ อุตรดิตถ์ และอ่างทอง[12] เช่นเดียวกับเบาหวานที่ตัวเลขเหล่านี้ได้จาก 44 จังหวัดทั่วประเทศเท่านั้น

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจแบ่งได้ 2 กรณี[13] คือ (1) ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หรือหลอดเลือดในสมองแตก และ (2) ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตันทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่พอ ความรุนแรงของผลกระทบของความดันโลหิตสูงจึงอยู่ที่อวัยวะสำคัญๆ ของร่างกาย ที่พบมากคือ *ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ* หัวใจโตหลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งตัวขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน *ทางไต* คือ ไตเสื่อม เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อาจนำไปสู่ไตวายเรื้อรัง *ทางสมอง* คือ ทำให้สมองตายจากการขาดเลือด เส้นเลือดในสมองตีบ นำไปสู่ภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์

นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา อดีตโฆษกกระทรวงสาธารณสุข อธิบายถึงความร้ายแรงของโรคนี้ว่า ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ มีโอกาสเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน ร้อยละ 20-30 มีโอกาสเสียชีวิตจากไตวาย ร้อยละ 5-10 มีโอกาสเป็นอัมพาตมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า โดยมีคนไทยเสียชีวิตจากผลพวงของโรคความดันโลหิตสูงปีละ 48,000 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 ราย และมีคนไทยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตประมาณ 250,000 คน[14]

เรื่องควรรู้ของความดันโลหิตสูง

สำหรับสาเหตุของความดันโลหิตสูงนั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่าสัมพันธ์กับกรรมพันธุ์และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วย นั่นคือ ทานอาหารไม่มีคุณภาพ มันๆ ทอดๆ เค็ม ขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ น้ำหนักเกิน สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เครียด อายุมากขึ้น ฯลฯ ความดันโลหิตสูงไม่แสดงอาการเช่นเดียวกับเบาหวาน แต่ที่พบทั่วไปคือ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ส่วนใหญ่จะเป็นในช่วงเช้า นอกจากนี้อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว ใจสั่น เหนื่อยง่าย เลือดกำเดาออก ปัสสาวะเป็นเลือด ตาพร่ามัว เป็นต้น

แม้ความดันโลหิตสูงจะดูเหมือนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคร้ายแรงอื่นๆ มากกว่าเป็นตัวโรคเสียเอง ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงจึงควรดูแลสุขภาพตัวเอง ปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ข้อควรปฏิบัติจึงได้แก่ (1) การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและรักษาน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารมัน ทอด รับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น ที่สำคัญคือ งดอาหารเค็ม (2) บริหารความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ (3) ออกกำลังกายอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ (4) งดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (5) ในกรณีผู้ป่วยที่ต้องกินยาลดความดันเนื่องจากความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพียงใช้ยาควบคุมอาการ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆ ดังนั้น จึงควรพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรงดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์

รับมืออย่างไรกับภัยเงียบ?

ทั้งเบาหวานและความดันสูงโลหิตต่างเป็นภาวะผิดปกติเรื้อรัง รักษาไม่หาย ที่ส่งผลสะเทือนต่อการทำงานของอวัยวะอื่นๆ อย่างเงียบงัน แม้จะมีการประกาศให้วันที่ 17 พฤษภาคมของทุกปีเป็น วันความดันโลหิตสูงโลก และวันที่ 14 พฤศจิกายนของทุกปีเป็น วันเบาหวานโลก แล้วก็ตาม เสียงป่าวร้องให้ระวังภัยทั้งสองปัจจัยเสี่ยง ก็ยังคงดูเหมือนเป็นเสียงเตือนแว่วๆ ในหมู่ประชาชนคนไทย ความเคลื่อนไหวล่าสุดคือ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพ ได้จัดให้มีโครงการรณรงค์คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงฯ ทำการตรวจสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อคัดกรองหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 จำแนกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อสร้างกระแสตื่นตัวให้ประชาชนทราบภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ส่งผลถึงการตัดสินใจปฏิบัติการลดปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมและต่อเนื่อง[15]

อย่างไรก็ดี ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ "ฆาตกร" เงียบทั้งสองชนิดหมดความหมายคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน ให้สมดุล สอดคล้องกับวิถีชีวิตสมัยใหม่อย่างไม่เป็นภัยกับร่างกาย โดยการใส่ใจเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใส่ใจดูแลระดับความตึงเครียดทางอารมณ์และจิตใจ และหากร่างกายมีความผิดปกติ ต้องเอาใจใส่และเท่าทันต่อสัญญาณการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากนั้นรีบปรึกษาแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการรักษาอย่างทันท่วงที เพียงเท่านี้ ชีวิตเราก็คงจะเดินคนละเส้นทางกับ "ฆาตกร" เงียบทั้งสอง

ขบวนการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการควบคุมสุราในสังคมไทยเริ่มขึ้นจริงจัง เมื่อกรกฎาคม 2546 จากการรณรงค์ "งดเหล้าเข้าพรรษา" และมีมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และจำกัดเวลาโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ จนนำมาสู่การตราพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 นับว่าประเทศไทยมีจำนวนมาตรการมากกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติยังขาดการเอาจริงเอาจังอย่างต่อเนื่อง คำถามคือทำไม? และทำไม?

5 นโยบายและมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ยังไม่จริงจังและจริงใจ

มาตรการควบคุมแอลกอฮอล์เข้มข้น แต่จำนวนผู้ดื่มยังไม่ลดลง

มาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มี 4 ด้านคือ ***ควบคุมการเข้าถึงและหาซื้อ*** คือ จำกัดเวลาให้ขายได้เฉพาะในเวลา 11.00–14.00 และ 17.00–24.00 จำกัดอายุผู้ซื้อและดื่มสุราไม่ให้ต่ำกว่า 18 ปี และห้ามจำหน่ายสุราในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน ปั๊มน้ำมัน เป็นต้น ***มาตรการจำกัดการดื่มสุรา*** มิให้จำหน่ายสุราให้แก่ผู้มีอาการมึนเมา และห้ามผู้มีอายุไม่ถึง 20 ปี เข้าสถานบริการ ***มาตรการลดอุบัติเหตุ*** ห้ามผู้ขับขี่ขับรถขณะเมาสุรา โดยมีการเพิ่มโทษให้สูงขึ้น และ***มาตรการรณรงค์*** กำหนดให้สุราเป็นอาหารที่ต้องมีฉลากคำเตือน และ ห้ามการขายสุราในโอกาสวันสำคัญทางศาสนา รวมถึงความพยายามห้ามการโฆษณาเหล้า 100% ซึ่งยังไม่ประสบความสำเร็จ[1]

จนมาถึงการตราพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 เพื่อมุ่งหวังลดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ 3 ด้าน คือ (1) ลดนักดื่มหน้าใหม่โดยเลื่อนอายุการริเริ่มดื่มของเยาวชนให้นานที่สุด (2) ลดปริมาณการดื่มของประชากรโดยรวม และ (3) ลดอันตรายจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง และปัญหาสุขภาพ

แต่มาตรการทั้งหมดนี้ ก็ส่งผลสะเทือนในทางปฏิบัติไม่มากนัก ดังเอกสาร ***"แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ"*** ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติในเดือนมีนาคม 2553[2] ระบุว่า แม้ปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสองสามปีล่าสุดมีแนวโน้มทรงตัว แต่สังคมไทยยังคงมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประมาณปีละ 2.6 แสนคน รวมจำนวนการเพิ่มขึ้นในอัตราสูงของนักดื่มหญิง และนักดื่มวัยเยาว์ เอกสารดังกล่าวนี้วิเคราะห์ว่า

(1) พฤติกรรมการดื่มของคนไทย ดูเป็นเรื่องปกติมากขึ้น สถิติชี้ว่าจำนวนนักดื่มขาประจำ ประเภทดื่มกันทุกสัปดาห์หรือทุกวันกลับเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 37 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 41 ในปี 2550 ส่วนกลุ่มนานๆ ถึงดื่มสักครั้งกลับลดลง และจำนวนนักดื่มสูงอายุมีแนวโน้มลดลง เสมือนว่าการรณรงค์ลด ละ เลิก เหล้า ดูจะได้ผลในกลุ่มที่ดื่มน้อยอยู่แล้ว แต่ได้ผลน้อยในกลุ่มนักดื่มขาประจำ

(2) ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ยังคงเติบโตอย่างต่อเนื่องทั้งในมิติของปริมาณและมูลค่า โดยเฉพาะเครื่องดื่มสไตล์ตะวันตก ที่ออกรสชาติและรูปลักษณ์ใหม่ๆ เสมอ เพื่อมุ่งเจาะตลาดเฉพาะเยาวชนทั้งชายและหญิง ขณะที่ผู้ประกอบการก็ยังคงทุ่มโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งทางตรงและทางอ้อมในความถี่ที่สูง[3]

การท่องเที่ยวกับการดื่มในโอกาสวันสำคัญทางศาสนา

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมานี้ รัฐบาลกำหนดให้งดการจำหน่ายสุราในวันพระใหญ่ 4 วัน คือ วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันอาสาฬหบูชา และวันเข้าพรรษา สำหรับปี 2552 มีปรากฏการณ์จากเครือข่ายองค์กรงดเหล้าที่เคลื่อนไหวให้งดจำหน่ายสุราช่วงวันหยุดสงกรานต์ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มี พล.ต.สนั่น ขจรประศาสน์ รองนายกรัฐมนตรีจากพรรคชาติไทยพัฒนา และเป็นเจ้าของไร่และโรงงานผลิตไวน์เป็นประธานไม่เล่นด้วย

นอกจากนี้ยังปรากฏว่า ชุมพล ศิลปอาชา หัวหน้าพรรคชาติไทยพัฒนา ในฐานะเจ้ากระทรวงการท่องเที่ยว กลับนำเรื่องการงดจำหน่ายสุราในวันพระใหญ่ ยื่นต่อคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อขอให้ผ่อนผันการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในโรงแรม ซึ่งแน่นอนว่าเครือข่ายองค์กรงดเหล้าย่อมคัดค้านเต็มที่ และในวันที่ 3 กรกฎาคม 2552 มีข่าวดีว่า สำนักนายกรัฐมนตรี ได้ออกประกาศห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทุกชนิดในวันพระใหญ่ โดยไม่มีการยกเว้นเรื่องสถานที่[4] แต่ความดีใจก็เกิดขึ้นได้เพียงวันเดียวเท่านั้น เพราะวันต่อมาคณะกรรมการฯ ก็ปรับมติเป็นผ่อนผันให้โรงแรมที่จดทะเบียนอย่างถูกต้องตามพระราชบัญญัติโรงแรมสามารถขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระใหญ่ได้[5]

ต่อกรณีนี้ นายแพทย์บัณฑิต ศรไพศาล ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา กล่าวว่าเป็นเรื่องสายสัมพันธ์ระหว่างภาคธุรกิจและนักการเมือง ถือเป็นเรื่องที่ต้องจับตามองว่าจริงๆ แล้ว มีความจริงใจที่จะทำเพื่อประชาชนคนไทย หรือเพื่อประโยชน์ของภาคธุรกิจกันแน่[6]

ร้านขายเหล้าเกลื่อนรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เคยเป็นปัญหาสำหรับนักดื่มไทย มีการสำรวจสถิติจำนวนร้านขายสุราในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีร้านค้าที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึง 585,700 ร้าน หรือประมาณหนึ่งร้านต่อประชากรไทย 110 คน โดยผู้บริโภคใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 7.5 นาที ในการหาซื้อ และมีผู้บริโภคเพียงร้อยละ 3 ที่รายงานว่ามีความยุ่งยากในการหาซื้อ[7] คนไทยจึงเข้าถึงร้านจำหน่ายสุราได้ง่ายดาย

ขณะที่ "การร่ำสุราร่วมกัน" เพื่อใช้เป็นตัวกลางเชื่อมความสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน ก็ถูกปลูกฝังลึกในลักษณะรุ่นต่อรุ่น จนเป็นวัฒนธรรมสืบทอดกัน เช่น การบังคับให้รุ่นน้องดื่มในกิจกรรมรับน้อง การเลี้ยงเหล้ารุ่นน้อง หรือการเปิดใจโดยใช้สุรา เพราะเชื่อว่าเมื่อดื่มเหล้าเข้าไปแล้วจะทำให้กล้าพูดมากขึ้น หรือร้านเหล้าคือสถานที่เปิดใจคุยกันหลังจากการเรียนที่เหน็ดเหนื่อยมาทั้งวัน[8] ธุรกิจน้ำเมากับวัยรุ่นจึงดำเนินไปได้อย่างฉลุย เห็นได้จากการที่มีร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ล้อมรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ เฉลี่ยถึง 57 ร้าน ต่อตารางกิโลเมตร[9] (ดูตารางหน้า 56)

หน่วยราชการหลายแห่งได้พยายามแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง ดังเช่น การจัดประชุมร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับคณะทำงานแก้ปัญหาการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษาอีก 25 สถาบัน เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2552 ได้ข้อสรุปว่า ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่อยู่ห่าง 500 เมตร จากบริเวณสถานศึกษา และให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด พิจารณาร่วมกับสถานศึกษาในการกำหนดเขตยกเว้นหรือผ่อนผันให้สามารถจำหน่ายได้ รวมทั้งเสนอประกาศฉบับนี้ใช้บังคับเมื่อพ้น 180 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป และสำหรับผู้ที่ได้รับใบอนุญาตก่อนประกาศฉบับนี้มีผลใช้บังคับ ให้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จนกว่าใบอนุญาตจะหมดอายุ[10]

ถึงมีมติออกมาแล้ว แต่การบังคับใช้กลับไม่เกิดขึ้น เพราะมติดังกล่าวก็ยังไม่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ส่งผลให้หลายหน่วยงานละเลยจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

"เหล้าปั่น" เครื่องดื่มอินเทรนด์ของวัยรุ่น

ปัญหาร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ไม่ใช่ปัญหาเดียวที่เกิดขึ้นในหมู่วัยรุ่นเท่านั้น ยังมี "เหล้าปั่น" ที่ซึมลึกเข้าสู่สังคมวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยจำหน่ายอยู่ในร้านเหล้ารอบมหาวิทยาลัยนั่นเอง แรงจูงใจในการดื่มก็มีหลากหลายไม่ว่าจะเป็นดื่มง่าย เพื่อนชักชวน รวมไปถึงกลยุทธ์ในการขาย ทั้งในเรื่องของรูปแบบภาชนะที่ใช้ในการใส่ที่โปร่งใสเพื่อให้เห็นถึงสีสันของเหล้าปั่นได้อย่างชัดเจน และราคาถูกทำให้เยาวชนสามารถซื้อหาได้ง่าย รวมไปถึงบรรยากาศในการตกแต่งร้านเพื่อดึงดูดความสนใจของผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย ที่มีหลากหลายแนวเพื่อเรียกให้กลุ่มวัยรุ่นสนใจ[11]

อย่างไรก็ตาม ผู้เกี่ยวข้องก็พยายามจะสกัดกั้นเหล้ารูปแบบใหม่นี้อย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นการสั่งให้เจ้าหน้าที่ตำรวจปราบปรามอย่างเต็มที่ หรือความพยายามของกลุ่มเครือข่ายเยาวชนป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ 34 องค์กร ที่ยื่นหนังสือถึง พล.ต. สนั่น เรียกร้องให้นำปัญหาการขายเหล้าปั่นรอบสถานศึกษารวมถึงออกนโยบายที่ชัดเจน ตลอดจนกฎหมายเพื่อควบคุมเรื่องนี้อย่างจริงจัง[12] แต่ดูเหมือนความพยายามก็จะเป็นได้แค่ความพยายามเท่านั้น เพราะในทางปฏิบัติแล้วกลับไม่เคยปรากฏผลเลยสักที

ตารางแสดงจำนวนร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ล้อมรอบสถานศึกษาในรัศมี 500 เมตร

รายชื่อสถานศึกษา	จำนวนร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	พื้นที่โดยรอบ (ตร.กม.)	จำนวนร้าน ต่อ ตร.กม.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	407	3.15	129
มหาวิทยาลัยรามคำแหง	164	2.25	73
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	129	3.90	33
มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม	125	1.68	74
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง	123	3.81	32
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	100	1.66	60
มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย	95	1.26	76
มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี และบ้านสมเด็จเจ้าพระยา	94	1.68	56
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และสวนดุสิต	86	1.72	50
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ รวม 2 วิทยาเขต	83	2.04	41
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์	81	1.50	54
มหาวิทยาลัยสยาม	81	1.43	57
มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์	76	1.71	45
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ	54	1.30	42
มหาวิทยาลัยศิลปากร	14	1.09	13
รวม 15 มหาวิทยาลัย	**1,712**	**30.19**	**57**

ที่มา: ภัทรภร พลพนาธรรม. 2552. *การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (อ้างใน น.พ.บัณฑิต ศรไพศาล และ ร.ท.หญิงจุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ. 2552. ตาราง 1 หน้า 2)

ความล่าช้าของการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์

อุปสรรคสำคัญที่ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการสะสางอย่างจริงจัง ก็คือ การจัดทำกลไกนโยบายต่างๆ นั้นเป็นไปอย่างล่าช้า โดยเฉพาะร่างกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 4 ฉบับ ได้แก่ ร่างประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องกำหนดวิธีการหรือลักษณะในการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2552 ซึ่งห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบของการนำมาผสมในน้ำหวาน น้ำผลไม้ หรือน้ำที่มีกลิ่นผลไม้ หรือสิ่งอื่นใดแล้วนำมาปั่นรวมกัน เช่น เหล้าปั่น ทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด โดยยกเว้นให้ขายได้ในสถานบริการที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการเท่านั้น

ฉบับที่ 2 คือ ร่างประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องกำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีใจความว่า ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณที่อยู่ห่างไม่เกิน 500 เมตร จากรั้วหรือแนวเขตสถานศึกษาตั้งแต่ระดับประถมขึ้นไป

ฉบับที่ 3 คือ ร่างประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องกำหนดสถานที่ หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยห้ามดื่มในสถานที่หรือบริเวณหน่วยงานรัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่นของรัฐ และภายในหรือบนยานพาหนะทางบกที่อยู่ในที่หรือทางสาธารณะ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล หรือสโมสร หรือการจัดเลี้ยงตามประเพณี

ฉบับสุดท้าย ร่างประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่าด้วยฉลากข้อความคำเตือนพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตในประเทศหรือนำเข้า ซึ่งกำหนดให้ภาชนะบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะต้องไม่มีข้อความ

ที่อาจทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดว่า เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความปลอดภัย ส่งผลดีต่อสุขภาพ มีระดับสารอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วไป หรือมีลักษณะเป็นการโฆษณาทั้งโดยตรงหรืออ้อม และให้พิมพ์ข้อความว่า "เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามจำหน่ายแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 ปี ปรับ 20,000 บาท"[13]

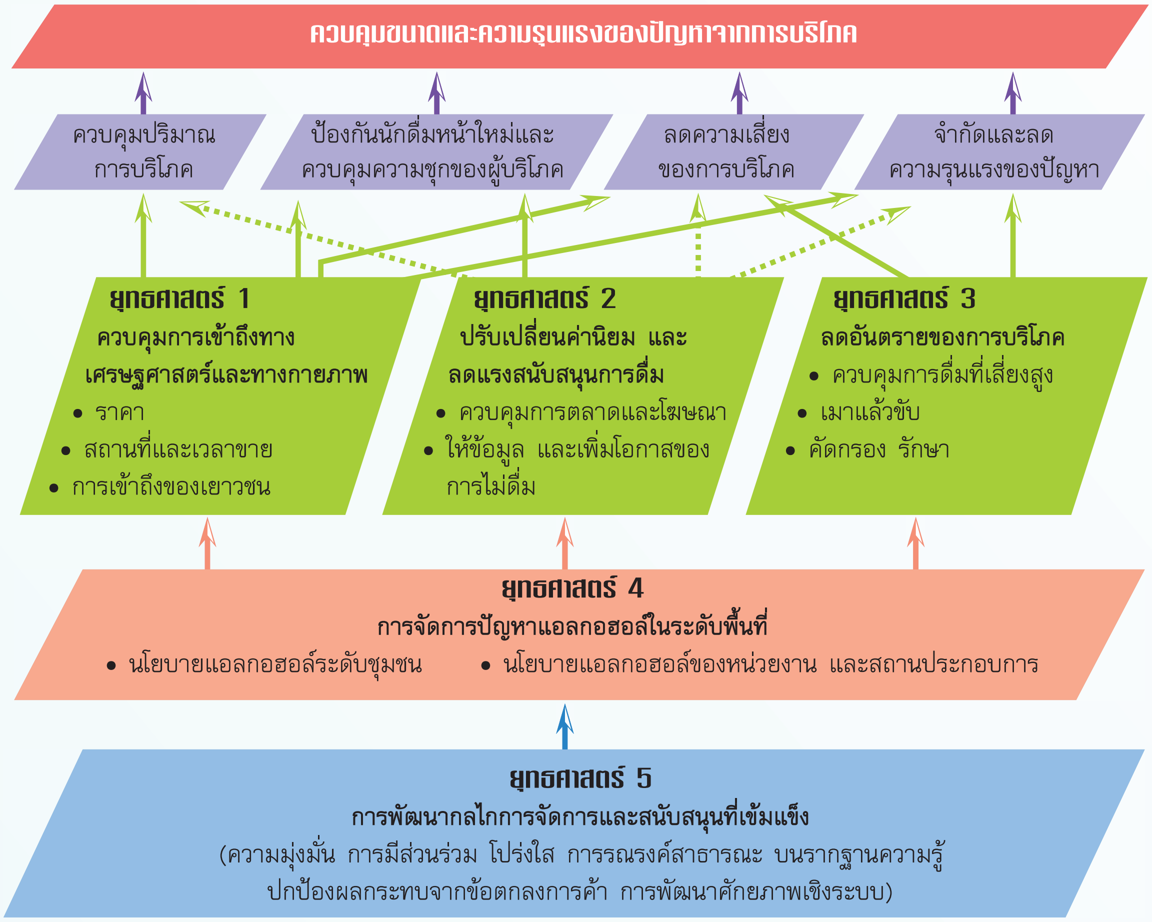
โดยร่างทั้งหมดนี้ได้เคยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่พอถึงวันที่ 24 ธันวาคม 2552 กลับถูกนำกลับมาพิจารณาทบทวนใหม่ ทำให้ไม่สามารถประกาศบังคับใช้ได้สักที จนดูเหมือนว่า ขาดความจริงจังของฝ่ายนโยบายและฝ่ายบริหาร[14]

แล้วเราก็มาถึงข้อเสนอ "ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ"

องค์กรเครือข่ายที่ทำงานเกาะติดเรื่องนี้ ได้เล็งเห็นความซับซ้อนของปัญหาผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และผลประโยชน์มหาศาลที่มาจากธุรกิจน้ำเมาที่ภาครัฐและเอกชนได้ประโยชน์ร่วมกัน จึงผลักดันและเสนอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก (ธันวาคม 2551) เห็นชอบต่อ "ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์" ที่นำไปสู่การใช้เวลาหนึ่งปีในการร่าง *แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ* นำเสนอต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง (ธันวาคม 2552)

แผนดังกล่าวนี้ประกอบด้วยตัวชี้วัดในแต่ละยุทธศาสตร์ชัดเจน และวางกรอบเวลาดำเนินการไว้ทั้งระยะสั้น 5 ปี และระยะยาว 10 ปี ซึ่งมีรายละเอียดครบถ้วนและรอบด้าน คงต้องติดตามกันต่อไปว่า *แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ* จะประสบความยากลำบากในการนำไปบังคับใช้จริงอย่างไร และจะสามารถนำมาสู่ความสำเร็จได้ในระดับไหน (ตามรูป)

รูป 1 ยุทธศาสตร์ทั้งห้าและความเชื่อมโยงกับเป้าหมายเชิงกลไกและวัตถุประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ



ตลอดทั้งปี 2552 หลายฝ่ายนำเสนอข้อมูลและสถิติเพื่อส่งสัญญาณเตือนสังคมถึงประเด็น "แม่วัยรุ่น" ในฐานะระเบิดเวลาลูกใหม่ของสังคมไทย รัฐบาลสนองตอบปัญหาอย่างรวดเร็ว แต่น่าเสียดายที่กลับกำหนดปฏิบัติการในพื้นที่ขนาดเล็กจนไม่สามารถทำจะก่อผลกระทบที่ดีต่อสภาพปัญหาในภาพรวม

6 "แม่วัยรุ่น" เรื่องใหญ่ที่ยังป้องกันและแก้ไขกันแบบเล็กๆ

ปี 2552 เป็นปีที่สัดส่วนแม่วัยรุ่นพุ่งสูงที่สุดในรอบสิบปี

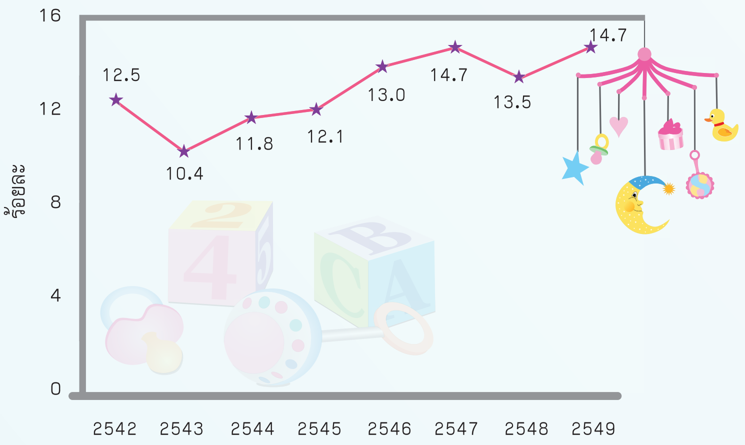
ปี 2552 เป็นปีที่สถานการณ์การตั้งครรภ์ของผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้รับความสนใจมากเป็นพิเศษ โครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch Project) ระบุไว้ตั้งแต่ต้นปีว่า ปัญหาแม่วัยรุ่นเป็นปัญหาซึ่งสังคมพึงจับตามากที่สุดในรอบปี[1] หากพิจารณาเฉพาะจำนวนแม่ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า จำนวนแม่วัยใสที่ไปแจ้งเกิดบุตรตนเองมีจำนวนสูงสุดใน พ.ศ. 2550 คือ 108,496 คน และในปีถัดมามีจำนวนลดลงเหลือ 95,747 คน เพราะจำนวนการแจ้งเกิดรวมทั้งประเทศลดลง[2]

แต่ถ้าเจาะข้อมูลรายงานการเกิดมีชีพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2542 จนถึง 2549 ชี้ว่า สัดส่วนของผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอดบุตรมีชีพนั้นมีแนวโน้มค่อยๆ ขยับสูงขึ้น จาก พ.ศ. 2542 ที่สัดส่วนแม่อายุน้อยกว่า 20 ปี ของการคลอดทั่วประเทศ อยู่ที่ร้อยละ 12.5 ไต่ขึ้นมาเป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2549 (ดูรูป)

ข้อมูลล่าสุดจากระบบรายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวชี้ว่า ในปีงบประมาณ 2552 อัตรานี้พุ่งขึ้นไปถึงร้อยละ 17.2 กล่าวได้ว่าสถานการณ์แม่วัยรุ่นกำลังอยู่ในช่วง "ขาขึ้น" อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม สถิตินี้นับว่าต่ำกว่าสถานการณ์จริง เพราะเป็นสัดส่วนของการท้องที่นำไปสู่การเกิดมีชีพเท่านั้น ไม่ได้รวมการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่จบลงด้วยการตายคลอด หรือการแท้งเอง หรือไปทำแท้ง หรือการคลอดเองแล้วทิ้งทารก หรือไม่ได้แจ้งการคลอดกับสถานพยาบาลและสำนักทะเบียนท้องถิ่น

นอกเหนือจากสถิติระดับประเทศแล้ว ข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ก็ขานรับไปในแนวทางเดียวกัน เมทินี พงษ์เวช ผู้อำนวยการสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ หรือบ้านพักฉุกเฉินให้ข้อมูลว่า ปัญหาแม่วัยรุ่นเป็นปัญหาที่หนักมากเมื่อเทียบกับ 6 ปีที่แล้ว เพราะมีอัตราส่วนสูงขึ้นทุกปี ในบ้านพัก

รูปแสดงสัดส่วนของแม่อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอดบุตร พ.ศ. 2542-2549



ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2550 (อ้างใน http: //anamai.moph.go.th/static.htm)

ฉุกเฉินมีแม่วัยรุ่นมากถึงร้อยละ 30 ของผู้หญิงที่มาขอพักโดยส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นไปจนถึงระดับมหาวิทยาลัย[3]

เช่นเดียวกับคลินิกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งพบว่าร้อยละ 20 ของผู้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่อายุระหว่าง 10-24 ปี และในจำนวนนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมไม่ได้ตั้งใจมากถึงร้อยละ 80 และมีการทำแท้งอยู่ที่ร้อยละ 30[4] สอดคล้องกับข้อมูลภาคสนามของแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ที่จัดประชุมสัญจรเรื่องสุขภาวะทางเพศไปใน 4 ภูมิภาคของประเทศ ในช่วงเดือนมกราคม 2553 มีตัวแทนผู้ปฏิบัติงานทั้งภาคราชการและองค์กรพัฒนาเอกชนจาก 53 จังหวัด มาเข้าร่วมประชุมก็ได้ข้อสรุปตรงกันในประเด็นสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นวัยเรียนว่า กำลังเกิดขึ้นโดยทั่วไป และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนกลายเป็นความวิตกร่วมกันของที่ประชุม[5]

ผลกระทบกว้างขวางตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับประเทศ

พาดหัวข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ตลอดปี 2552 บ่งบอกถึงผลกระทบที่ติดตามมาจากสถานการณ์แม่วัยรุ่นโดยเฉพาะเรื่องของการทอดทิ้งทารกและคุณภาพชีวิตของทั้งแม่และลูก *"แม่ 18 เสพยาคลั่งแทงลูก 7 เดือนดับ"*[6] คงเป็นข่าวที่สะเทือนใจคนจำนวนมาก และยังสอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่รวบรวมจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบข้อเท็จจริงประการหนึ่งว่าแม่ที่อายุน้อยมีแนวโน้มใช้สารเสพติดมากกว่าแม่ที่อายุมากกว่า[7] อาจเนื่องมาจากสภาพความกดดันหลายด้านที่ต้องแบกรับ นอกจากนี้ข่าวการทิ้งทารกไว้ในที่สาธารณะยังมีให้พบเห็นอยู่อย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งปีนี้[8] ภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี ของแม่วัยรุ่นเป็นอีกหนึ่งมิติที่สำคัญ ข้อมูลจากโรงพยาบาลบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในปีงบประมาณ 2551 พบว่าจำนวนแม่วัยรุ่นอายุ 15-20 ปี มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20.8 โดยอัตราการติดเชื้อเอช ไอ วี ของแม่วัยรุ่นกลุ่มนี้อยู่ที่ร้อยละ 1.9 ซึ่งสูงถึง 2.5 เท่า ของอัตราการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 0.75[9]

ขณะที่การต้องออกจากสถานศึกษาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบระยะยาวต่อตัวแม่วัยรุ่น ครอบครัวและชุมชนอีกด้วย[10] เพราะโอกาสที่จะกลับเข้าสู่สถานศึกษาอีกครั้ง เป็นเรื่องที่ห่างไกลความเป็นจริงของคนที่ต้องทำหน้าที่แม่และเมียตั้งแต่อายุยังน้อย บ่อยครั้งบุคลากรครูในระดับพื้นที่จึงสะท้อนให้ได้ยินว่าเมื่อนักเรียนหญิงตั้งครรภ์ก็มักออกจากโรงเรียนและไม่กลับมาเรียนอีกเลย[11] กลายเป็นจุดหักเหของอนาคตที่น่าเสียดาย

ผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่เกิดในวงกว้างและเป็นผลระยะยาวต่อสังคม คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น ดังที่ นายแพทย์ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนก่อน ออกมาระบุว่า เด็กไทยมีแนวโน้มพัฒนาการลดลงเมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ปี 2547 จนถึง 2550 โดยปัญหาแม่วัยรุ่นได้ส่งผลให้ประเทศไทยประสบปัญหาเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ประมาณร้อยละ 8 หรือคิดเป็นจำนวน 64,000 คน โดยในจำนวนนี้เป็นเด็กคลอดก่อนกำหนดถึง 40,000 คน[12] ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำ และการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ส่งผลต่อการตายของทารก และเกิดผลเชิงลบในระยะยาวต่อสุขภาพของเด็กด้วย[13]

ที่น่าสนใจในเชิงนโยบายสุขภาวะทางเพศอย่างยิ่งคือ ในกลุ่มแม่วัยรุ่นนี้ จำนวนหนึ่งเป็นแม่ที่ยังอยู่ในช่วงวัย 'แรกรุ่น' เท่านั้น ตัวเลขจากสำนักบริหารการทะเบียนที่อ้างถึงข้างต้นชี้ว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง 2551 จำนวนแม่วัยแรกรุ่น (อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์) มีประมาณ 3,000 คนต่อปี[14]

แม้ยังไม่มีการศึกษาที่มาและผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยเยาว์ แต่ข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากมิติสุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อ ที่เสนอในที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก (ปี 2551) ชี้ชัดว่า ประเด็นการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนี้ จำนวนมากเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพราะเป็นผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้คุมกำเนิด และหลายกรณีเป็นผลมาจากการถูกละเมิดทางเพศ สถิติของศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2547-2550 ได้ข้อสรุปชัดเจนว่า เด็กผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและเข้ามารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ ประมาณหนึ่งในสามถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ขณะที่รายงานวิจัยระดับประเทศก็ชี้ว่า ร้อยละ 46 ของเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี มีเซ็กส์ครั้งแรกโดยการถูกบังคับ[15]

การป้องกันและแก้ไขทำในระดับเล็ก ยากที่จะส่งผลกระทบถึงสถานการณ์ในภาพรวม

"เปิดตัวโครงการแม่วัยใส 16 มิ.ย.นี้"[16]

"ผุดโครงการแม่วัยใสป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม"[17]

"ลุยโครงการแม่วัยใส"[18]

"พม.คลอดโครงการแม่วัยใสสกัดท้องไม่พร้อม"[19]

"พม.เปิดแม่วัยใสสลดโจ๋ท้องก่อนวัย"[20]

ที่มา: www.sxc.hu

พาดหัวข่าวจำนวนมากในช่วงกลางปี 2552 สะท้อนถึงความคึกคักของหน่วยงานภาครัฐในการตอบสนองต่อปัญหาแม่วัยรุ่น นวลพรรณ ล่ำซำ ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กล่าวถึงความสำคัญของเรื่องนี้ว่า *"สถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับสถิติการออกจากโรงเรียนกลางคัน และผู้สมัครเรียนต่อมหาวิทยาลัยลดลง ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ มีโครงการแม่วัยใสโดยร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ เป็นโครงการระดับประเทศเปิดตัวในเดือนพฤษภาคมนี้ รณรงค์ทั้งในครอบครัวและในโรงเรียน ให้ความรู้โดยวิทยากรที่เด็กๆ สนใจในเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด"*[21] อย่างไรก็ดี ข่าวที่ออกมาอย่างต่อเนื่องในภายหลังชี้ให้เห็นว่าโครงการดังกล่าวเป็นเพียง "โครงการนำร่อง" เท่านั้น โดยโรงเรียนสุวรรณสุทธารามวิทยา ในสังกัดกรุงเทพมหานครได้รับเลือกเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ โดยมีการจัดงานรณรงค์สร้างกระแสโครงการแม่วัยใสแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนดังกล่าว[22]

มีบางข่าวรายงานเชิงลึกว่า โครงการนำร่องนี้อยากหาแนวทางดูแลแม่วัยรุ่นไว้ในระบบโรงเรียน ทำให้ในอีกด้านหนึ่งโครงการถูกท้วงติงจากอดีตวุฒิสมาชิกที่ทำงานด้านเด็กอย่าง "ครูยุ่น" มนตรี สินทวีชัย ที่เกรงว่ากระแสการรณรงค์เชิงบวกให้โรงเรียนดูแลแม่วัยใสไว้ในระบบโรงเรียนนี้เป็นการชี้โพรงให้กระรอก *"โครงการบางอย่างไม่จำเป็นต้องป่าวประกาศ เป็นนโยบายเงียบก็ได้ การออกมาพูดอาจทำให้เรื่องการท้องก่อนวัยหรือท้องไม่พร้อมกลายเป็นเรื่องปกติในสังคม"*[23] แต่ก็เห็นด้วยว่า *"โครงการต่างๆ ที่ออกมาควรมีขั้นตอน มีแนวทางแก้ไขที่ชัดเจน และช่วยฟื้นฟูดูแลเด็กได้จริง รวมถึงควรจัดกลุ่มบุคลากรที่สามารถแนะแนวหรือช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ได้ เด็กบางคนอาจท้องเพราะพลาดหรือถูกกระทำ"*[24] อนาคตของโครงการนำร่องนี้ยังไม่เป็นเรื่องที่ชัดเจนนักหลังนวลพรรณลาออกจากตำแหน่งผู้ช่วยรัฐมนตรี

อย่างไรก็ตาม การร่วมคลี่คลายสถานการณ์แม่วัยรุ่น คงมิใช่เรื่องของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกภาคส่วนทั้งกระทรวง กรม ที่เกี่ยวข้องทางการศึกษา การพัฒนา การบริหาร องค์กรปกครองท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนด้วย ดังคำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกต่อสถานการณ์แม่วัยรุ่น (ดูล้อมกรอบหน้า 61)

นโยบายและมาตรการเพื่อคลี่คลายสถานการณ์แม่วัยรุ่น

คงปฏิเสธได้ยากว่า จำนวนแม่วัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางเพศในสังคมไทย โดยเฉพาะมุมมองในเรื่องเพศของเยาวชนที่เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นการเรียนรู้ของคนรักกัน หรือเพื่อนที่ถูกใจกัน ซึ่งต่างไปจากมุมมองเชิงจารีตที่ตีตราเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน หรือเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนว่าล้วนคือ เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรทั้งสิ้น[25] การจะคลี่คลายสถานการณ์ดังกล่าว จึงไม่ควรชี้นิ้วว่าแม่วัยรุ่นคือตัวปัญหา เพราะแท้จริงแล้วตัวแม่วัยรุ่นเองคือผลผลิตของความคิด ความเชื่อเรื่องเพศที่เปลี่ยนแปลงไป แนวทางแก้ไขควรเน้นไปที่การลดขนาดของปัญหา ผ่านกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเยาวชน และแนวทางการคุ้มครองและเสริมสร้างระบบบริการต่อสุขภาวะทางเพศของเยาวชน โดยเฉพาะในประเด็นวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม[26]

(1) **รณรงค์และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะให้เกิดขึ้นในสังคมไทยให้ได้** คือ เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง ต้องมาจากความสมัครใจ ไม่บังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือผลที่ไม่ต้องการคือ ท้องไม่พร้อม นั่นคือ เพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย

(2) จัดให้มีการสอนเพศศึกษารอบด้านให้สอดคล้องเหมาะสมกับนักเรียนทุกชั้น เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาวะทางเพศ เนื้อหาหลักสูตรต้องสอดแทรกการเรียนรู้เรื่องเนื้อตัวร่างกายตนเอง เรื่องเพศกับเอดส์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และทักษะการจัดการความสัมพันธ์กับผู้อื่น ครูผู้สอนทุกคนต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้าน เพื่อแก้ปัญหาการนำครูที่ไม่มีทักษะและไม่มีความเข้าใจเรื่องเพศศึกษารอบด้านมาสอน และกำหนดให้การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษารอบด้านในโรงเรียน เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของการประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

(3) สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการให้การปรึกษา โดยเน้นการสร้างเสริมกระบวนการให้การปรึกษาก่อนและหลังเผชิญปัญหา (pre-post counseling) ปรับทัศนคติและฐานคิดของผู้ให้คำปรึกษาให้คำนึงถึงความแตกต่างทางอาชีพ ศาสนา วัย ความหลากหลายทางเพศ ชาติพันธุ์ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อการตั้งท้องของวัยรุ่นทั้งที่เป็นการตั้งใจท้อง หรือเป็นท้องที่ไม่พร้อม รวมถึงปัญหาความรุนแรงทางเพศ ลดการระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ บุคลากร/หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาสำคัญๆ คือ ครู/อาจารย์แนะแนวในสถานศึกษาทุกระดับ สถาบันที่ทำงานด้านสุขภาพจิต บริการให้การปรึกษาขององค์กรภาคประชาสังคม การให้การปรึกษาในงานโรงพยาบาลชุมชน ที่ควรเน้นการปรึกษาทักษะชีวิตก่อนมีชีวิตคู่ และช่วงการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนระบบการปรึกษาโดยกลุ่มเพื่อนหรือกลุ่มผู้เผชิญปัญหาเดียวกัน รวมถึงพัฒนาเครือข่ายผู้ให้การปรึกษาและการส่งต่อ

(4) จัดให้มีศูนย์บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชนอย่างครอบคลุม ครบวงจร เพียงพอ โดยมีบริการที่ดีและเข้าถึงได้ โดยให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิดของวัยรุ่น และการบริการแม่วัยรุ่นตั้งแต่ระหว่างท้อง–ก่อนคลอด–หลังคลอด ทั้งในด้านสุขภาพ และจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์สามารถช่วยตนเองได้ ในกรณีที่เป็นนักเรียน/นักศึกษา สถานศึกษาควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ดำเนินงานได้จริง เพื่อให้สามารถศึกษาต่อได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรมและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนเพียงพอเป็นผู้ให้บริการ

(5) สร้างเสริมเครือข่ายการทำงานเรื่องแม่วัยรุ่นระหว่างองค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) กับองค์กรชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขสถานการณ์จากทรัพยากรของ อปท. ทั้งนี้ต้อง**สร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชนด้วย** พื้นฐานสำคัญคือ ชุมชนต้องสามารถเป็นที่พึ่งในเบื้องต้นได้ และอาจส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เชี่ยวชาญต่อไป ถ้ากรณีที่เกิดขึ้นรุนแรงมากเกินกว่าชุมชนจะเยียวยาได้

(6) รัฐควรมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อป้องกันและลดปัญหาของแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ให้โรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน บุคลากรสาธารณสุขยอมรับ ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่มีปัญหาสุขภาพทางกายและทางใจที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามข้อบังคับแพทยสภา (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 118 ง ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2548) โดยจัดให้มีบริการฯ ที่ปลอดภัยอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพทุกระบบทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งมีบริการปรึกษาก่อนและหลังยุติการตั้งครรภ์ด้วย

คำแนะนำจากคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกต่อสถานการณ์แม่วัยรุ่น
World Health Organization. 2006. Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope.

- **ภาคนโยบายและกฎหมาย:** ต้องปรับปรุงกฎหมายหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อวัยรุ่นสามารถตั้งครรภ์ได้โดยไม่สูญเสียโอกาสทางการศึกษาหรืออาชีพการงาน, กฎหมายเกี่ยวกับการรับบุตรบุญธรรมต้องได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมบุตรที่เกิดจากแม่วัยรุ่น, กฎหมายและนโยบายต้องไม่เอื้อต่อการจำหน่ายบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่วัยรุ่น
- **ภาคสาธารณสุข:** การบริการสุขภาพแก่แม่วัยรุ่นต้องมีความละเอียดอ่อนเป็นพิเศษเพื่อให้สามารถดูแลความต้องการของแม่วัยรุ่นได้อย่างแท้จริง, แม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 15 ปีต้องได้รับการดูแลประคับประคองเป็นพิเศษ
- **ภาคส่วนอื่นๆ** (ได้แก่ การศึกษา สวัสดิการสังคม วัฒนธรรม สื่อ ศาสนา แรงงาน พรรคการเมือง องค์การพัฒนาเอกชน และประชาสังคมต่างๆ): ต้องถือว่าสถานการณ์แม่วัยรุ่นเป็นเรื่องที่สังคมต้องรับผิดชอบร่วมกันและจำเป็นต้องมีแนวทางเชิงบูรณาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหา, ควรมีการศึกษาปัญหาความยากจนเชื่อมโยงกับปัญหาแม่วัยรุ่น, การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควรถูกมองให้ครบด้านว่าเป็นประเด็นหญิงชาย, แม่วัยรุ่นต้องได้รับการคุ้มครองจากการถูกเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิ, ภาคส่วนที่ไม่ใช่สาธารณสุขต้องร่วมกันจัดมาตรการเชิงคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ของแม่วัยรุ่น

ที่มา: http://learners.in.th/blog/bowbow/298144

ตัวเลขค่าใช้จ่ายยาของคนไทยที่สูงร่วมปีละ 2 แสนล้านบาท สะท้อนให้เห็นสารพัดปัญหาที่หมักหมมเรื้อรังอยู่ใน "ระบบยา" ของประเทศ ตั้งแต่ยาที่มีสิทธิบัตรผูกขาดราคาแพง คนไทยจำนวนหนึ่งใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น ขณะที่อีกจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงยาคุณภาพได้จนถึงไม่มียากินหรือใช้เมื่อป่วย มีการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทยากับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ความอ่อนแอ ล้มเหลวของการควบคุม ดูแล ตรวจสอบในทุกระดับ และอื่นๆ อีกมากมายที่ชี้ว่าสังคมไทยยังมีปัญหาธรรมาภิบาลเรื่องยาอีกมาก

7 ธรรมาภิบาลระบบยาอ่อนแอ ถึงเวลาต้องแก้ไข

ทำไมราคายาจึงแพง?

ไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่ระบบการควบคุมราคายายังอ่อนแออยู่มาก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาในภาพรวมของประเทศสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ ในปี 2550 คนไทยบริโภคยาเป็นเงินสูงถึงปีละ 186,331 ล้านบาท เมื่อคำนวณเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมทั้งหมด จะสูงถึงร้อยละ 42.8 ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย ที่มีสัดส่วนอยู่ที่ 12.3, 17.7, 18.9, 16.3, 18.9 และ 12.8 ตามลำดับ[1]

สาเหตุหลักที่ค่าใช้จ่ายเรื่องยาสูงนี้ เกิดจากระบบการควบคุมการสั่งจ่ายยาที่อ่อนแอ ดังที่พบว่า ในปีงบประมาณ 2552 เฉพาะข้าราชการกลุ่มเดียวเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงเกือบ 70,000 ล้านบาท สูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ 48,000 ล้านบาท เกือบเท่าตัว ถ้าไม่มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงใดๆ คาดว่าจะทะลุถึง 1.05 แสนล้านบาท ในปีงบประมาณ 2553 นี้แน่นอน โดยเงินที่เบิกจ่ายส่วนใหญ่เป็น "ค่ายา"

ปัจจัยหลักที่ทำให้ยาแพงนั้นเริ่มต้นจาก "สิทธิบัตร" ที่ทำให้เกิดการผูกขาด ราคายาจะถูกลงได้ถึงร้อยละ 90 หากไม่มีสิทธิบัตร หรือสิทธิบัตรหมดอายุ เช่น กรณียาต้านไวรัสบางตัวที่มีสิทธิบัตร แพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 6.2 เท่า ยารักษาโรคเบาหวานที่มีสิทธิบัตรแพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 14.5 เท่า[2] เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้ยาแพงขึ้น ดังผลงานวิจัยของ *รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์* และ *ภญ.วรสุดา ยูงทอง* ที่สำรวจราคายา 43 ชนิด ที่ขึ้นทะเบียนใน พ.ศ. 2550 พบว่า ร้อยละ 51 ของยาทั้ง 43 ชนิด มีราคาตั้งแต่ 11-50 บาท ต่อเม็ด ขณะที่ร้อยละ 15 มีราคาตั้งแต่ 51-99 บาท ต่อเม็ด ร้อยละ 25 มีราคาตั้งแต่ 101-500 บาท ต่อเม็ด และร้อยละ 3 มีราคาสูงกว่า 1,000 บาท ต่อเม็ด โดยภาพรวมถือว่ายามีราคาแพงมาก **ที่สำคัญเมื่อตรวจสอบราคาต้นทุนที่บริษัทยาแจ้งไว้กับกรมการค้าภายในกับราคาที่ขายให้โรงพยาบาลรัฐ พบว่ามีส่วนต่างถึง 60-800 เท่า**[3] โดยบริษัทยาแจ้งว่าเป็นการบวกค่าบริหารจัดการภายใน

คำถามมีอยู่ว่า "ค่าบริหารจัดการภายใน" นี้หมายถึงอะไรบ้าง ?

ค่าบริหารจัดการภายในนั้น เน้นหนักไปที่ "การตลาดหรือการส่งเสริมการขาย" หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ กระตุ้นผู้บริโภคโดยตรง และการสนับสนุนการทำกิจกรรมของแพทย์บางกลุ่ม เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่แนบแน่นในฐานะที่แพทย์คือ ผู้สั่งจ่ายยา โดยเฉพาะการสนับสนุนแพทย์ให้ใช้ยาของบริษัทนั้นๆ[4] ซึ่งเคยมีการวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาพบว่า ไทยมีมูลค่าส่งเสริมการขายยาสูงกว่าการวิจัยพัฒนายาถึง 2 เท่า[5]

มีการสำรวจพบว่า ค่าใช้จ่ายในการโฆษณายาของประเทศไทยมีมูลค่าสูงมาก เฉพาะการโฆษณาในสื่อหลัก เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ทีวี วิทยุ บิลบอร์ด ฯลฯ ในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2549-2551) สูงกว่าปีละ 2,500 ล้านบาท

จาก "ปากกา" ถึงระบบ "ยิงยา" ที่สั่นคลอนศักดิ์ศรีและจริยธรรมบุคลากรสาธารณสุข

นอกจากกระตุ้นผู้บริโภคด้วยการโฆษณาโดยตรงแล้ว บริษัทยายังได้สร้างสายสัมพันธ์ที่แนบแน่นกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็น "ผู้มีอำนาจในการจ่ายยาและจัดซื้อยา" ทั้งสิ้น

ความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวมีมานานแล้ว แต่นับวันจะ "หนักข้อและล้ำเส้น" ยิ่งขึ้นเรื่อยๆ ถึงขั้นใช้ "พริตตี้" แต่งตัวล่อแหลมไปติดต่อกับแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆ เลี้ยงดูปูเสื่อทั้งแพทย์ ทั้งเภสัชกร เชิญไปต่างประเทศโดยอ้างว่าไปดูงานและประชุม แต่ที่จริงแล้วไปท่องเที่ยวกันเป็นหลัก สนับสนุนการจัดประชุมวิชาการ ซึ่งหลายกรณีเป็นการให้ข้อมูลเพียงด้านเดียว การให้ทุนทั้งระดับบุคคลและสถาบัน ดูแลอำนวยความสะดวกต่างๆ ถึงระดับเรื่องส่วนตัว ที่หนักกว่านั้นคือ การให้ค่าตอบแทนแพทย์ตามยอดสั่งใช้ยา และให้ค่ารายหัวกรณีที่สั่งจ่ายยารักษาโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยรายใหม่[6]

ประเด็นข้างต้นถูกจับมาถกกันในที่ประชุมเรื่อง "แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา" ณ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2552 ที่ประชุมมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ปัจจุบันได้เกิดปัญหาการส่งเสริมการขายยาอย่างไม่มีจริยธรรม ซึ่งได้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการสั่งจ่ายยาและการจัดหายา ปัญหาได้ลุกลามเข้าขั้นวิกฤต เพราะทำให้ยามีราคาแพงเกินจำเป็น และทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระบุว่า มีการให้ค่าตอบแทนเป็นเงินสด เมื่อแพทย์สั่งจ่ายยาได้ตามจำนวน ที่เคยพบเป็นกรณีแพทย์ให้ยาตัวอย่างรักษาโรคอัลไซเมอร์แก่คนไข้ประมาณ 10-20 เม็ด โดยไม่มีการนัดมาตรวจซ้ำ ซึ่งไม่สามารถแปลเป็นอย่างอื่นได้นอกจากส่งเสริมการขาย และยังมีกรณีเปลี่ยนยาที่มีความเข้มข้นน้อยเป็นเข้มข้นมากกว่า เพื่อให้ได้ยอดตามที่บริษัทยาต้องการ หรือกระทั่งให้แพทย์บางรายสั่งจ่ายยาแพงๆ ให้กับผู้ป่วยที่สามารถเบิกจ่ายค่ายาได้[7] ถือเป็นการยัดเยียดยาให้ ทั้งๆ ที่ไม่จำเป็น

กรณีที่ "ผู้มีอำนาจ" ในการสั่งซื้อ สั่งจ่ายยา อาทิ แพทย์ เภสัชกร หรือกระทั่งโรงพยาบาล สามารถจ่ายยาหรือสั่งซื้อยาบางกลุ่มที่ไม่จำเป็น หรือมีราคาแพงได้ถึงเป้าที่บริษัทยาต้องการ แล้วได้รับสิ่งตอบแทนกลับมา ไม่ว่าจะเป็นการพาไปเที่ยว จ่ายเป็นเงินสด ของขวัญ หรือลดแลกแจกแถมตัวยา หรือให้ในรูปของสวัสดิการ ฯลฯ ปรากฏการณ์เหล่านี้เรียกว่า *"การยิงยา"* ซึ่งสั่นคลอนศักดิ์ศรีและจริยธรรมของวงการแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างรุนแรง

ความเสียหายนี้มี "ราคาแพง" อย่างยิ่ง เพราะจะกินลึกลงไปถึงทัศนคติ และจิตวิญญาณ

ด้วยสภาพปัญหาที่เข้าขั้นวิกฤต ทำให้คณะทำงานที่มี *นายแพทย์มงคล ณ สงขลา* อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ได้กำหนด "แนวทางยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม" เข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ ก่อนจะผลักดันเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหาที่นับวันจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

กฎหมายและกฎเกณฑ์ล้าสมัย ไล่ไม่ทันปัญหา หนำซ้ำยังขาดมาตรการควบคุมราคา

จากงานวิจัยเรื่องราคายาและระบบควบคุมราคายาในต่างประเทศ[8] โดย *รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ ภญ.วรสุดา ยูงทอง* และ *ฟ้าใส จันทร์จารุภรณ์* ทำให้ทราบว่าในต่างประเทศมีมาตรการกำหนดราคายาหลายแบบ ทุกประเทศในสหภาพยุโรปมีกลไกควบคุมราคายาที่เหมือนหรือแตกต่างกันไป บางประเทศใช้แบบผสม สำหรับออสเตรีย ฝรั่งเศส สเปน และสวีเดน ใช้วิธีตกลงร่วมกันระหว่างรัฐกับผู้ผลิตโดยพิจารณาจากการคาดการณ์ปริมาณการขาย, ไอร์แลนด์ ใช้วิธีเทียบราคายากับ 5 ประเทศ, เยอรมนี เดนมาร์ก สเปน เนเธอร์แลนด์ ใช้มาตรการตั้งราคายาอ้างอิงสำหรับยากลุ่มเดียวกัน ถ้าเกินราคาอ้างอิงก็ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย นอกจากนี้ เยอรมนียังมีระบบควบคุมแพทย์ไม่ให้จ่ายยามากเกินไป ถ้าใช้งบประมาณเกินกำหนด สมาคมแพทย์จะถูกลงโทษให้ต้องจ่ายเงินให้กับกองทุนผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทย ใช้กลไกตลาดและบทบัญญัติมาตรา 24-25 ของพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ตามอำนาจของกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ เช่นเดียวกับการกำหนดและควบคุมราคาสินค้าอุปโภค บริโภคทั่วไป ทั้งๆ ที่ยาแตกต่างจากสินค้าอื่นๆ โดยสิ้นเชิง

อีกวิธีหนึ่งคือ ให้หน่วยงานภาครัฐรวมกันจัดซื้อและต่อรองราคายา ซึ่งทำได้เฉพาะยาชื่อสามัญ คือยาที่ไม่มีสิทธิบัตรและมีการแข่งขันในตลาด ราคาไม่แพงนัก แต่ทำไม่ได้กับยาต้นแบบ ที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ผูกขาดการขาย ไม่มีการแข่งขัน และราคามักจะแพงลิบลิ่ว

ประเด็นสำคัญอยู่ที่ราคาขายที่บริษัทยาแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมการค้าภายในนั้น เป็นราคาที่สมเหตุสมผลหรือไม่ เพราะไม่มีการแจกแจงรายละเอียดของต้นทุนให้ทราบแต่อย่างใด ขณะที่กลไกมาตรการตรวจสอบหรือควบคุมก็ไม่มีเกณฑ์ที่ชัดเจน สรุปคือบริษัทยาเป็นผู้กำหนดราคาขาย บอกมาเท่าไหร่ กรมการค้าภายในบวกเปอร์เซ็นต์เพิ่มเล็กน้อย แล้วติดป้ายว่าห้ามขายยานี้เกินราคาที่กำหนด ซึ่ง *ผศ.ดร.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี* บอกเล่าให้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่า *"เขาขายไม่เกินราคาแน่ๆ เพราะราคาที่ข้างกล่องเขาตั้งมาตรฐานแบบเวอร์ ชัวร์ว่าไม่มีทางละเมิด สรุปคือไม่มีใครรู้ว่าต้นทุนจริงๆ นั้น เป็นเท่าไหร่... สมมติเขาบอกต้นทุนนำเข้าเม็ดละ 1 แสน กระทรวงพาณิชย์ก็เอาไปบวกด้วยสูตรอะไรสักอย่าง แล้วบอกว่าราคาขายห้ามเกิน 1 แสนห้าพันบาท แต่เราไม่เคยได้รู้เลยว่าที่เขาบอกมา 1 แสนนั้น ต้นทุนมันคือ 1 แสนจริงๆ หรือเปล่า"*[9]

เข้าไม่ถึงยา-ภาระงบประมาณ

ราคายาแพงส่งผลกระทบต่อเนื่องในหลายๆ ด้าน แต่หลักๆ มีอยู่ 2 ด้าน คือ การเข้าไม่ถึงยาของผู้ป่วย และงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาล

1. **ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยา** ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการที่สามารถเบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางได้โดยตรง การรักษาพยาบาลครอบคลุมกว้างขวาง สามารถเบิกจ่ายยาได้ทุกชนิดที่หมอสั่ง รวมถึงยาราคาแพงที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคม จำกัดการสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักฯ ดังนั้นย่อมทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาบางตัวที่จำเป็นจริงๆ สำหรับผู้ป่วยบางโรค เช่น ยามะเร็งเม็ดเลือดขาว และยารักษาโรคข้ออักเสบ แต่ไม่ได้จัดอยู่ในบัญชียาหลักฯ เนื่องจากมีราคาแพงมาก รัฐไม่มีงบประมาณพอ

2. **ผลกระทบต่องบประมาณด้านสาธารณสุข** ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่ดูแลประชากรจำนวนประมาณ 5 ล้านคน พบว่าเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่า หรือคิดเป็นมูลค่าสูงถึง 54,904 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 ภายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ตัวเลขค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นปีละประมาณร้อยละ 15-20 ทุกปี จากที่เคยใช้ประมาณปีละ 20,000 กว่าล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 ได้พุ่งขึ้นเกือบ 70,000 ล้านบาท ขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งดูแลประชากรจำนวนมากถึง 57 ล้านคน มียอดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ใน พ.ศ. 2551 จำนวน 98,700 ล้านบาท เท่านั้น (ไม่ได้รวมเงินเดือนข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลที่ตั้งไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขอีกเกือบสามหมื่นล้าน หากนำมารวมแล้วจะตกประมาณ 130,000 ล้านบาท)

ที่เป็นเช่นนี้เพราะ**ในระบบสวัสดิการของข้าราชการแทบไม่มีควบคุมการสั่งใช้ยา** และจ่ายตามการเบิกจริง จึงเป็นเหตุให้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ผลประโยชน์ทับซ้อนของบริษัทยาและบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่ง รวมถึงความไม่ตระหนักในการช่วยกันประหยัดงบประมาณของชาติอีกด้วย[10]

ด้วยเม็ดเงินที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเกือบ 70,000 ล้านบาท ทั้งๆ ที่ตั้งงบประมาณ ปี 2551 ไว้เพียง 48,000 ล้านบาท ทำให้กรมบัญชีกลางในฐานะผู้ดูแลการเบิกจ่ายอยู่เฉยไม่ได้อีกต่อไป *พงษ์ภาณุ เศวตรุนทร์* อธิบดีกรมบัญชีกลางได้เปิดเผยว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ประมาณ 34 แห่ง เบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 90 ของวงเงินทั้งหมด ตรวจสอบเบื้องต้นพบว่า มีการใช้ยาแพงที่ผลิตจากต่างประเทศ ไม่ใช้ยาบัญชีหลักฯ และมีการจ่ายยาจำนวนมาก ซึ่งหากไม่มีการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลการเบิกจ่าย จะทำให้ในปีงบประมาณ 2553 ค่าใช้จ่ายจะสูงถึง 1.05 แสนล้านบาท ซึ่งจะเป็นภาระของประเทศหนักขึ้นไปอีก[11]

ไม่มีกฎหมาย..แม้มี...ก็ไล่ตามไม่ทัน

สภาพการณ์ที่เข้าขั้นวิกฤตนี้ ส่วนหนึ่งก็เพราะไม่มีกฎหมาย ไม่มีมาตรการควบคุม หรือที่มีอยู่ก็ไม่ทันสมัย ไม่เท่าทันสถานการณ์ บทลงโทษไม่เข้มแข็ง และการบังคับใช้มีปัญหา ลองมาตรวจสอบดูว่ากฎหมายที่มีอยู่ ทำอะไรได้-ไม่ได้บ้าง[12]

1. สมัชชาอนามัยโลกมีมติรับรอง "เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา" เมื่อ พ.ศ. 2531 และกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกนำไปปรับใช้ ในส่วนของไทย มีการแปลและจัดพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกโดยกลุ่มศึกษาปัญหายา ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ร่วมกับแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังระบบยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพิ่มเติมรายละเอียด และจัดพิมพ์ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2552 ทางด้านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ร่วมมือกับหลายภาคส่วน จัดทำเกณฑ์จริยธรรมเรื่องการส่งเสริมการขายยาของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2537 แต่ทั้งหมดนี้ไม่มีกฎหมายบังคับใช้

2. กฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมการโฆษณายาล้าสมัย ไม่เท่าทันสถานการณ์ ไม่มีประสิทธิภาพ บทลงโทษไม่เข้มแข็ง และไม่มีบทบัญญัติที่ควบคุมการส่งเสริมการขายยาทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่

3. กฎหมายควบคุมวิชาชีพ แม้จะมีเกณฑ์จริยธรรมหรือจรรยาบรรณ แต่ไม่มีบทบัญญัติที่ควบคุมหรือกำหนดเกณฑ์การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริษัทยากับบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมการขายยาแต่อย่างใด ทำให้บริษัทยาอ้างได้ว่า การที่ไม่แจกแจงรายละเอียดต้นทุนค่ายาหรือเม็ดเงินที่ใช้ในการส่งเสริมการขายเพราะกฎหมายไทยไม่ได้ห้าม หรือไม่ได้บังคับให้ต้องทำ ขณะที่แพทยสภาก็ไม่ได้ทำหน้าที่นี้เท่าที่ควร อาจเป็นเพราะกรรมการมีผลประโยชน์ทับซ้อนมากมาย

4. กฎหมายที่อยู่ระหว่างการร่าง ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ... (ฉบับประชาชน) ที่เสนอให้ปรับปรุงมาตรการควบคุมการโฆษณายา และเพิ่มเติมมาตรการควบคุมการส่งเสริมการขายยา เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้เท่าทันสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและการตลาด และร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ... (ฉบับผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา) มีสาระบางส่วนเกี่ยวกับการโฆษณาและการส่งเสริมการขายยา มีความพยายามแก้ไขหลายครั้งเพื่อให้ทันสถานการณ์ แต่ร่างกฎหมายนี้ยังไม่สามารถผลักดันให้ผ่านรัฐสภาได้ผลสำเร็จ

ทางแก้-ทางออก

ปัญหาในระบบยานั้น พัวพันเกี่ยวเนื่องกันเป็นลูกโซ่ ต้องแก้ไขกันในหลายมิติ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว คณะทำงานกำหนดแนวทางยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นำเสนอสถานการณ์ปัญหา และหาทางออกโดยการสร้างยุทธศาสตร์การทำงานด้านนี้ อันเป็นมติจากที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-18 ธันวาคม 2552 แนวทางของคณะทำงานฯ และภาคีเครือข่าย รวมถึงส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ประมวลรวมได้ดังนี้

1. สร้างเกณฑ์จริยธรรมกลางของประเทศที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการขายยาและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาและบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข และผลักดันให้เป็นกฎหมายใช้บังคับ ซึ่งปัจจุบันมีเพียงข้อบังคับจริยธรรมวิชาชีพของแพทยสภาในปี 2549 ที่ระบุให้แพทย์รับของขวัญจากบริษัทยาได้เฉพาะเมื่อมีมูลค่าไม่เกิน 3,000 บาท[13] แต่ก็ไม่มีผลบังคับใช้ ในขณะที่หลายประเทศมีเกณฑ์จริยธรรมและกฎหมายควบคุมอย่างเคร่งครัด

2. สร้างระบบติดตามการใช้ยา การส่งเสริมการขายด้วยความร่วมแรงร่วมใจของหน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินคือ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งดึงภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม เฝ้าระวังปัญหาการส่งเสริมการขายที่ไม่ถูกไม่ควร โดยภาครัฐควรจัดงบประมาณสนับสนุน[14]

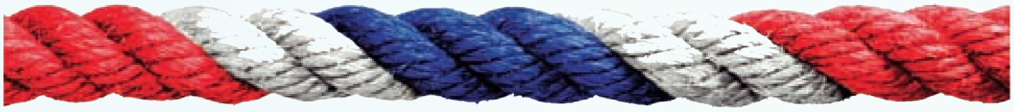
3. ปรับทัศนคติของแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการจ่ายยา ส่วนประชาชนไทยก็ควรได้เรียนรู้ข้อมูลรอบด้านในการใช้ยา เพื่อไม่ใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น รวมทั้งเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ที่ถูกปลูกฝังมานานว่ายานอกดีกว่ายาใน ยาแพงดีกว่ายาถูก

4. องค์กรวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สมาคมเภสัชกร สมาคมร้านขายยา ฯลฯ ควรร่วมกันรณรงค์และผลักดันให้มีระบบควบคุมราคายา ตั้งแต่การกำหนดราคาของบริษัทผู้นำเข้า จนกระทั่งถึงราคาขายในท้องตลาด

5. ผลักดันให้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพของประเทศเป็นหนึ่งเดียวเพื่อควบคุมราคายา โดยรวมระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมมาให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแล[15]

6. สำหรับยาที่จำเป็นแต่มีราคาแพงมาก จนไม่สามารถจัดอยู่ในบัญชียาหลักฯ ได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการ "การใช้สิทธิโดยรัฐ" หรือ CL ต่อยาที่มีสิทธิบัตร 7 รายการ ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2551 และในปัจจุบันกำลังเจรจาต่อรองเพื่อให้บริษัทยาลดราคายาจำเป็นที่มีราคาแพงมากอีก 3 รายการ คือ ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และยารักษาโรครูมาตอยด์ หรืออาจจะพิจารณาประกาศใช้ CL ในท้ายที่สุด ขณะเดียวกัน ก็ได้มองไปข้างหน้าเพื่อหามาตรการแก้ไขปัญหาราคายาแพงอย่างจริงจังมากขึ้น โดยเริ่มทำการเจรจากับบริษัทยาเพื่อให้มีการ "กำหนดราคายาที่แตกต่างกันออกไป" ให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ เช่น กำหนดราคายาออกเป็นราคาสำหรับกลุ่มประเทศยากจน ราคาสำหรับกลุ่มประเทศปานกลาง และราคาสำหรับประเทศร่ำรวย โดยใช้ GDP เป็นบรรทัดฐาน ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้มาก เพราะปัจจุบันบริษัทยาหลายแห่งได้ใช้มาตรฐานดังกล่าวนี้ในการตั้งราคายารักษาโรคเอดส์แตกต่างกันไปตามฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ ที่นอกจากนี้ยังจะให้มีการเจรจาให้มีการกำหนดราคายาที่จำหน่ายให้แก่บุคคลที่มีรายได้ต่างกันในแต่ละประเทศให้มีราคาต่างกันด้วย[16]

7. แก้ปัญหายาราคาแพงได้อย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญในประเทศให้เข้มแข็ง สามารถยืนอยู่ได้ด้วยขาของตัวเอง เพื่อจะได้ลดการพึ่งพายาที่ผลิตจากต่างประเทศลง นอกจากนั้น ต้องเพิ่มความระมัดระวัง และรอบคอบเพียงพอ ในการทำการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีประเด็นเรื่องของยาและสุขภาพรวมอยู่ด้วย เช่น กรณีของข้อตกลงเขตการค้าเสรี (FTA) เป็นต้น ต้องเป็นไปตามมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่ระบุให้ต้องผ่านขั้นตอนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรก่อน



ปฏิบัติการ
ไทยเข้มแข็ง
2555

รัฐบาลลงทุน กระตุ้นไทยก้าวหน้า

8 (ใคร) ไทยเข้มแข็ง แห่งกระทรวงสาธารณสุข

เม็ดเงินกระตุ้นเศรษฐกิจจากโครงการไทยเข้มแข็งที่รัฐบาลจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข 11,515 ล้านบาท ในปี 2553 เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลระดับจังหวัดและอำเภอ จัดซื้อเครื่องมือแพทย์ และปรับปรุงสถานีอนามัย เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลายเป็นประวัติศาสตร์ซ้ำรอย เมื่อชมรมแพทย์ชนบทร้องเรียนว่า...ทุจริต

เศรษฐกิจแย่ต้องแก้ด้วยการ "อัดฉีด"

ปลายปี 2551 เศรษฐกิจทั่วโลกตกอยู่ในชะตากรรมเดียวกัน นั่นคือ วิกฤตเศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง ประเทศไทยก็หนีไม่พ้นพิษเศรษฐกิจดังกล่าว หนำซ้ำยังถูกซ้ำเติมด้วยความวุ่นวายทางการเมืองภายในประเทศ คนไทยแตกแยกอย่างรุนแรงและยาวนาน รัฐบาล อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ซึ่งเพิ่งเริ่มต้นนับหนึ่งในช่วงเวลานั้น จึงทำทุกวิถีทางเพื่อกอบกู้เศรษฐกิจของประเทศ

หนทางหนึ่งที่รัฐบาลเลือกเดิน นั่นคือ อัดฉีดเม็ดเงินกว่า 21,000 ล้านบาท เพื่อกระตุ้นการใช้จ่ายผ่านโครงการเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อยกระดับชุมชน โดยมี กอร์ปศักดิ์ สภาวสุ รองนายกรัฐมนตรีเป็นผู้กำกับดูแล ในตำแหน่งประธานคณะกรรมการบริหารโครงการ

ไม่กี่เดือนต่อมา ความคึกคักที่เคยเกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นก็ถูกตรวจพบว่ามีความไม่ชอบมาพากลเกิดขึ้น โดยเฉพาะในขั้นตอนของการใช้จ่ายเงินของชุมชนต่างๆ ที่สำคัญก็คือมีการกล่าวหาว่าคนของพรรคประชาธิปัตย์เข้าไปเกี่ยวข้องแสวงหาผลประโยชน์ด้วย จนถูกวิจารณ์ว่า "ภาพรวมโครงการนี้ รัฐบาลนายกฯ อภิสิทธิ์ ตั้งเป้าหมายว่า จะให้คนในชุมชนรู้จักการวางแผนการใช้งบประมาณอย่างมีแบบแผนตามวัตถุประสงค์เพื่อให้การพัฒนาของชุมชนเป็นไปอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จึงถือว่าประสบความล้มเหลวโดยสิ้นเชิง"[1]

ในที่สุดนายกรัฐมนตรีจึงแต่งตั้งให้ เจริญ คันธวงศ์ ถวิล ไพรสณฑ์ และนิพิฏฐ์ อินทรสมบัติ ร่วมกันทำหน้าที่คณะกรรมการตรวจสอบการทุจริตที่เกิดขึ้น และก่อนที่ปัญหาจะลุกลามไปมากกว่านี้ วันที่ 19 สิงหาคม 2552 กอร์ปศักดิ์ สภาวสุ ก็ขอลาออกจากประธานกรรมการบริหารโครงการ โดยคนที่ถูกเสนอให้นั่งเก้าอี้แทนก็คือ มีชัย วีระไวทยะ

อย่างไรก็ตาม แม้โครงการชุมชนพอเพียงยังคงเดินหน้าต่อไป แต่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ก็เข้ามามีบทบาทเพื่อตรวจสอบความผิดปกติของโครงการชุมชนพอเพียงนับแต่นั้นเป็นต้นมา

แปดแสนล้านสร้างไทยเข้มแข็ง

ทันทีที่พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) และร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจ วงเงินรวม 800,000 ล้านบาท ผ่านสภาผู้แทนราษฎรเมื่อ วันที่ 16 มิถุนายน 2552 โครงการกระตุ้นเศรษฐกิจ "ก๊อกสอง" ของรัฐบาลอภิสิทธิ์ก็เริ่มต้นขึ้น โดยเฉพาะโครงการไทยเข้มแข็ง ที่ใช้เงินงบประมาณประจำปีและเงินกู้รวม 1,431,330 ล้านบาท และมีโครงการยิบย่อยกว่า 20,000 โครงการ กระจายไปตามกระทรวงต่างๆ ภายในระยะเวลา 3 ปี (2553-2555) ถูกคาดหวังจากรัฐบาลว่าจะทำให้เศรษฐกิจไทยรอดพ้นจากภาวะวิกฤต

แน่นอนว่าแผนกระตุ้นเศรษฐกิจดังกล่าวตามมาด้วยเสียงวิพากษ์วิจารณ์ในทิศทางคล้ายคลึงกัน อาทิ "ไทยเข้มแข็งคือการลงทุนครั้งประวัติศาสตร์ของชาติไทย ถือเป็น "เดิมพัน" สำคัญที่สุดในการวัดฝีมือในการบริหารประเทศของรัฐบาล"[2]

"การกู้เงินเป็นจำนวนมากจากต่างประเทศเช่นนี้เป็นเสมือนการเล่น "เกมเสี่ยง" เพราะก่อให้เกิดภาระอย่างหนักแก่ระบบการคลังของประเทศ"[3]

ขณะที่ผลสำรวจของ "สวนดุสิตโพลล์" เกี่ยวกับโครงการไทยเข้มแข็ง ซึ่งผลออกมาว่า ประชาชนร้อยละ 50 เป็นห่วงเรื่องความโปร่งใส และกลัวการทุจริตของผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 26 กลัวนักการเมืองเข้าไปล้วงลูก โดยเฉพาะนักการเมืองท้องถิ่นที่เป็นฐานเสียงของรัฐบาล[4]

ไม่นานนัก ความวิตกกังวลของคนไทยที่สะท้อนผ่านผลสำรวจดังกล่าวก็กลับกลายเป็นความจริง ณ กระทรวงสาธารณสุข

ความเข้มแข็งของหมอชนบท

ปลายเดือนสิงหาคม 2552 โครงการไทยเข้มแข็งก้าวเข้ามาเยือนกระทรวงสาธารณสุขเป็นครั้งแรกด้วยงบประมาณ 86,684 ล้านบาท โดยเงินก้อนนี้จะใช้ระหว่างปี 2553-2555 เพื่อก่อสร้างสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศ จัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ งบประมาณ 11,515 ล้านบาท คือ เงินก้อนแรกที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553

วิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ในขณะนั้น) กล่าวว่า "งบที่ใช้ก่อสร้างสถานีอนามัยและโรงพยาบาลทั่วประเทศที่ได้รับนั้น ถือเป็นงบประมาณที่สูงกว่างบปกติที่ได้รับในแต่ละปีถึง 50 เท่า เรียกว่าเป็นงบลงทุนก่อสร้างสถานีอนามัยและโรงพยาบาลครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศ"[5]

แต่แล้วงบประมาณครั้งประวัติศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ก็ถึงเวลาถูกตรวจสอบอย่างเข้มข้น เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2552 นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชระนุกูลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบทออกมาระบุถึงความไม่ชอบมาพากลของการใช้เงินงบประมาณดังกล่าว ซึ่งแพทย์ชนบทที่กระจายอยู่ทั่วประเทศกำลังรวบรวมข้อมูลหลักฐาน

แม้จะยืนยันถึงความโปร่งใสและตรวจสอบได้อย่างต่อเนื่อง แต่ในที่สุด นายวิทยาก็มอบหมายให้ นายแพทย์ไพจิตร์ วราชิต ซึ่งเพิ่งรับตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ ตั้งคณะกรรมการ 2 คณะขึ้นมาตรวจสอบข้อร้องเรียนดังกล่าว โดยเฉพาะการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ที่โรงพยาบาลไม่ต้องการ มีการล็อคสเปค และมีราคาแพงเกินจริง[6] โดยมีนายแพทย์เสรี หงษ์หยก ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน พร้อมสั่งชะลอการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ 6 รายการ ที่ถูกร้องเรียนเอาไว้ก่อน

พอต้นเดือนตุลาคม 2552 ทีมที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศลาออกทั้งคณะ โดยระบุว่าเพื่อแสดงความบริสุทธิ์ใจและให้ความร่วมมือในการตรวจสอบ วันที่ 7 ตุลาคม นายแพทย์เกรียงศักดิ์ ในฐานะตัวแทนของชมรมแพทย์ชนบทเข้าพบ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี เพื่อให้ข้อมูลการทุจริตในโครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุข[7] ทำให้มีการเปิดเผยชื่อย่อของนักการเมืองและข้าราชการที่ถูกระบุว่ามีส่วนเกี่ยวข้องตามมา

นายแพทย์ประเวศ วะสี แพทย์อาวุโส กล่าวถึงการทุจริตที่เกิดขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขครั้งนี้ว่า "โชคดีที่กระทรวงสาธารณสุขมีแพทย์อยู่กลุ่มหนึ่งที่ไม่ยอมรับในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง...ผมขอเตือนนักการเมืองที่คิดแสวงหาผลประโยชน์กับกระทรวงสาธารณสุขให้ยุติ เพราะถ้าไม่หยุด ความจริงจะต้องถูกนำมาเปิดเผย"[8]

ห้วงเวลานั้น ข่าวคราวการทุจริตของกระทรวงสาธารณสุขกลับมาอยู่ในความสนใจของสังคมไทยอีกครั้ง และยิ่งทวีความร้อนแรงมากขึ้นเมื่อผลการสอบสวนของคณะกรรมการจากกระทรวงสาธารณสุขถูกเปิดเผยเมื่อ วันที่ 13 ตุลาคม 2552

ปกป้องนักการเมือง" อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี จึงทาบทามบุคคลภายนอกเพื่อตรวจสอบ โดยมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 227/2552 แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงโครงการลงทุนตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9 คน โดยมี นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน เป็นกรรมการและเลขานุการ

ทันทีที่ทราบรายชื่อคณะกรรมการ ซึ่งบางท่านเคยร่วมตรวจสอบการทุจริตยามูลค่า 1,400 ล้านบาท ของกระทรวงสาธารณสุขมาก่อน ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทมีปฏิกิริยาเชิงบวก ด้วยการออกแถลงการณ์ปรับลดบทบาทในการเคลื่อนไหว และหันมาสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการชุดนี้อย่างเต็มที่[10]

การประชุมนัดแรกของคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงโครงการไทยเข้มแข็ง กระทรวงสาธารณสุข เริ่มขึ้นในวันที่ 20 ตุลาคม 2552 ณ ทำเนียบรัฐบาล นับจากนั้นมาผู้เกี่ยวข้องกับโครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขก็ทยอยเข้าให้ข้อมูลกับคณะกรรมการชุดนี้ ไม่เว้นแม้กระทั่งรัฐมนตรีว่าการ และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทั้งยังมีการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงอย่างต่อเนื่อง

การสอบสวนใช้การบันทึกเสียงเก็บไว้เป็นหลักฐานทั้งหมด และมีการถอดเทปทุกครั้ง ซึ่ง นายแพทย์วิชัย อธิบายว่า "เพราะคณะกรรมการให้ความสำคัญกับเอกสาร พยานวัตถุหลักฐานมากกว่า เพราะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อเท็จจริงได้ ส่วนพยานบุคคล เป็นการให้ถ้อยคำเพื่อยืนยันตามเอกสารข้อเท็จจริงเท่านั้น"[11]

ประวัติศาสตร์ "ทุจริต" ซ้ำรอย

ก่อนจะข้ามเข้าสู่ปีใหม่ วันที่ 28 ธันวาคม 2552 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช และคณะกรรมการตรวจสอบฯ ก็แถลงสรุปผลการตรวจสอบหลังจากเข้ารายงานต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อมอบพยานหลักฐานจำนวน 4,733 หน้า ว่า "การจัดตั้งงบประมาณดังกล่าวมีพฤติกรรมและพยานหลักฐานที่น่าเชื่อถือได้ว่า ส่อไปในทางที่จะทำให้เกิดการทุจริตจริง...หากไม่มีการแก้ไขให้ถูกต้อง แทนที่จะทำให้ไทยเข้มแข็งสมเจตนารมณ์ จะกลับทำให้ประเทศชาติอ่อนแอลง"[12]

โดยมีข้อสรุปว่า[9]

(1) มีการจัดสรรครุภัณฑ์บางรายการที่ไม่ตรงกับความต้องการและไม่มีคำขอ แต่กลับมีการจัดสรรให้ เช่น เครื่องฆ่าเชื้อโรคด้วยแสงอัลตราไวโอเลตระบบปิดยูวี-แฟน

(2) มีการจัดสรรเครื่องมือแพทย์ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์และไม่เหมาะสม เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งไม่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

(3) มีการจัดสรรงบประมาณให้สิ่งก่อสร้างสูงกว่าที่เคยดำเนินการมา โดยใช้การประเมินราคาในอนาคต ทำให้ราคาสูงกว่าปกติ

เมื่อข้อร้องเรียนมีมูล แต่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ มีเพียงข้าราชการระดับซี 9 เพียงคนเดียวเท่านั้น ผลสรุปในลักษณะดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขยิ่งเผชิญกับแรงเสียดทานมากขึ้นทันที ขณะที่ประธานชมรมแพทย์ชนบทให้สัมภาษณ์แสดงความ "ผิดหวัง" กับผลสอบสวนที่ไม่มีนักการเมืองคนใดเกี่ยวข้อง พร้อมกับเรียกร้องให้มีการตั้งคณะกรรมการกลางที่เป็นคนนอกเข้ามาตรวจสอบเช่นเดียวกับที่เคยตรวจสอบกรณีทุจริตยา

ดูเหมือนว่าข้อเสนอดังกล่าวของแพทย์ชนบทจะสอดคล้องกับอารมณ์ของคนในสังคม เพราะห้วงเวลานั้นโครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุขดูกระดำกระด่างไปด้วยบาดแผลของการทุจริตเรียบร้อยแล้ว

เมื่อไทย (ไม่) เข้มแข็ง

"ผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่ได้ อาจยังไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน ยังมีความแคลงใจ เกรงว่าจะเป็นการ

คณะกรรมการตรวจสอบฯ เสนอให้ดำเนินการทางวินัย แพ่ง และอาญา กับผู้เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายการเมือง 4 คน และข้าราชการประจำ 8 คน พร้อมกับระบุความเกี่ยวพันในทางทุจริตต่อท้ายเป็นรายบุคคล ตามด้วยสิ่งเตือนใจถึงนักการเมืองด้วยการยกมาตรฐาน 9 ข้อ ที่นายกรัฐมนตรีประกาศเมื่อครั้งเข้ารับตำแหน่งใหม่ๆ ที่ระบุว่า...ให้ยึดถือการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริตอย่างเคร่งครัด...ความรับผิดชอบทางการเมืองนั้น มีมาตรฐานที่สูงกว่าความรับผิดชอบทางกฎหมาย...มาย้ำชัดๆ อีกครั้ง

เมื่อผลสรุปโครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุข กลายเป็น "ระเบิดในมือ" ผู้เกี่ยวข้องโดยตรงอย่างวิทยา แก้วภราดัย ก็ยื่นใบลาออกจากตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 30 ธันวาคม 2552 ตามมาด้วย มานิต นพอมรบดี ที่ "จำยอม" ทิ้งเก้าอี้รัฐมนตรีช่วยว่าการในสภาพสะบักสะบอม

สำหรับการสอบสวนต่อเนื่องเพื่อเอาผิดข้าราชการประจำนั้น จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ ได้ลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนวินัยข้าราชการประจำจำนวน 5 คน ที่ถูกคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงฯ ชุดที่ นายแพทย์บรรลุ เป็นประธาน ชี้มูลความผิด โดยคณะกรรมการสอบสวนวินัยมีเลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เป็นประธาน ส่วนข้าราชการที่เกษียณอายุราชการแล้วและถูกชี้มูลด้วยจำนวน 3 คน ก็ส่งเรื่องไปยังสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) ดำเนินการต่อไป[13]

รัตพงษ์ สอนสุภาพ นักวิชาการจากศูนย์บริการวิชาการธรรมาภิบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม เขียนบทความเรื่องนี้มีความตอนหนึ่งว่า "...ปัญหาการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวอย่างหนึ่งเท่านั้นภายใต้โครงการไทยเข้มแข็ง ส่วนสาเหตุที่เรื่องมาแดงในกระทรวงนี้ก่อน เพราะว่ากลไกการตรวจสอบถ่วงดุลกันภายในกระทรวง มีมากกว่าข้าราชการในกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ เนื่องจากว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเป็นวิชาชีพ และมีอิสระมากกว่าสาขาอาชีพอื่นๆ..."[14]

เปรียบเทียบการทุจริตยา เมื่อปี 2541 กับโครงการไทยเข้มแข็งปี 2552

ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์ นักวิชาการที่ทำงานเรื่องการทุจริตหลายโครงการ เปรียบเทียบการทุจริต 2 ครั้งนี้ ว่ามีความเหมือนกันสองประการคือ

(1) เกิดในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ *ทุจริตยา* เกิดหลังวิกฤตเศรษฐกิจที่รัฐบาลไปกู้เงินไอเอ็มเอฟ แล้วจัดสรรงบประมาณปี 2541 เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงหรือจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ และโรงพยาบาลก็มีหนี้ค่ายากันจำนวนมาก งบประมาณจึงไม่มากแค่ 1,400 ล้านบาท ส่วน *ทุจริตโครงการไทยเข้มแข็ง* เป็นงบประมาณปี 2552 เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ หวังทำให้ระบบเศรษฐกิจและคนไทยเข้มแข็งขึ้น วงเงินจึงมหาศาลถึง 1.4 ล้านล้านบาท โดยทยอยอนุมัติงบประมาณผ่านรัฐสภาฯ ทีละหลายแสนล้านบาท

(2) มีการเร่งรีบจัดทำโครงการหรือคำของบประมาณ การทุจริตยาเป็นการจัดสรรงบให้โรงพยาบาลต่างๆ ไปใช้หนี้ค่ายาที่ติดค้างกับบริษัทยาและองค์การเภสัชกรรม แต่กลับนำไปซื้อเวชภัณฑ์ราคาแพง ส่วนโครงการไทยเข้มแข็ง ต้องถือว่าเกิดจากผลกระทบหลังการรัฐประหาร ปี 2549 ที่ทำให้ระบบราชการเกิดความเฉื่อยชา เมื่อมีโครงการใหญ่และเร่งด่วนลงมือจึงไม่มีการกลั่นกรองเลย

ส่วนวิธีการทุจริตนั้น มีลักษณะที่เหมือนกันทั้ง 2 กรณี คือ (1) เกิดขึ้นได้เพราะข้าราชการให้ความร่วมมือกับนักการเมือง ลำพังนักการเมืองฝ่ายเดียวไม่สามารถทุจริตได้ (2) กรณีการทุจริตยา เนื่องจากยามีราคากลาง จึงเริ่มต้นจากการออกระเบียบยกเลิกราคากลาง เพื่อสั่งซื้อตามอำเภอใจ ส่วนโครงการไทยเข้มแข็ง ซึ่งเป็นงบลงทุน ที่มีคณะกรรมการตรวจสอบ กลับไม่ใช้กลไกนั้น แต่เลือกใช้กลไกพิเศษ และ (3) เป็นการจัดสรรงบประมาณกระจายออกไปในส่วนภูมิภาคก็จริง แต่มี 'ใบสั่ง' ออกไปจากส่วนกลาง ทำให้มีคนรู้เห็น 'ความผิดปกติ' เห็นปัญหาและผลกระทบจำนวนมาก นำมาซึ่งการตรวจสอบ เปิดโปงได้อย่างรวดเร็ว[15]

แต่มีข้อแตกต่างที่โครงการไทยเข้มแข็งสามารถตรวจสอบและยับยั้งก่อนจะมีการทุจริต ขณะที่โครงการทุจริตยาพบการทุจริตไปแล้วราว 100-200 ล้านบาท[16]

โครงการไทยเข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้งบประมาณที่มาจากการกู้เงินครั้งประวัติศาสตร์ของประเทศไทย ยังคงถูกตรวจสอบต่อไปจากสำนักงานป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) และเงินกู้ครั้งนี้ ไม่เพียงแต่จะทำให้คนไทยทุกคนต้องแบกรับภาระหนี้ก้อนโตร่วมกันเท่านั้น แต่ยังถูกนำมาใช้ในทิศทางที่ทำให้คนไทยทั้งชาติต้องสูญเสียโอกาส จากการ "ทุจริต" ที่เกิดขึ้นอีกด้วย

ที่มา: www.goprocurement.com/news.php?id=104

ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา วงการสุขภาพมีการโฆษณาชวนเชื่อเรื่องการรักษาและขายผลิตภัณฑ์สเต็มเซลล์กันอย่างคึกคักและครึกโครม ราวกับเป็นสินค้าเสริมซ่อมสุขภาพทั่วไป ข้อความที่โฆษณาขาดทั้งพื้นฐานทางวิชาการและมาตรฐานความปลอดภัย และมีจำนวนมากที่เข้าข่ายหลอกลวงผู้บริโภค จนสมาคมแพทย์ในสหรัฐอเมริกาชี้ว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการหลอกลวงบริการและรักษาสเต็มเซลล์อย่างขาดจริยธรรม และโฆษณาเกินจริง

9 กฎควบคุม "สเต็มเซลล์": ระหว่างจริยธรรมและความก้าวหน้า

ชีวิตต่อชีวิต

สเต็มเซลล์หรือเซลล์ต้นกำเนิด คือ เซลล์อ่อนที่พร้อมจะเจริญเติบโต แบ่งตัวเองขึ้นมาใหม่ได้อย่างไม่จำกัด และเปลี่ยนแปลงเพื่อไปทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง มีคุณสมบัติพิเศษในการสร้างเซลล์เฉพาะทางที่จะเจริญเติบโตต่อไป และอาจกลายเป็นเนื้อเยื่อและ/หรืออวัยวะในที่สุด แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ตามแหล่งที่มา[1] คือ

1. สเต็มเซลล์จากตัวอ่อนของมนุษย์หรือสัตว์ (Embryonic Stem Cells) เก็บจากมวลเซลล์ชั้นใน (inner cell mass) ของมนุษย์หรือสัตว์ ขณะที่มีอายุครรภ์เพียงไม่กี่วัน

2. สเต็มเซลล์ที่เก็บจากเนื้อเยื่อจำเพาะ (Tissue-Specific Stem Cells) หรือเนื้อเยื่อที่โตเต็มวัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สเต็มเซลล์ของผู้ใหญ่ (Adult Stem Cells) เช่น จากไขกระดูก เลือด ผิวหนัง ฟันน้ำนม เป็นต้น

โดยทั่วไป สเต็มเซลล์จากเนื้อเยื่อที่โตเต็มไว จะถูกกำหนดแล้วว่าจะกลายเป็นเซลล์ เนื้อเยื่อ หรืออวัยวะกลุ่มใดหรือเฉพาะเจาะจงชนิดใด ยากที่จะเปลี่ยนได้ อย่างไรก็ตาม เริ่มมีการค้นพบว่าอาจมีข้อยกเว้นในบางกรณี ขณะที่สเต็มเซลล์จากตัวอ่อนนั้น มีความสามารถในการเติบโตไปเป็นเซลล์ เนื้อเยื่อและอวัยวะได้มากชนิดกว่า หรือสร้างได้ทั้งตัว[2] แต่ถูกต่อต้านมากกว่า เพราะถือว่าเป็นการทำลายชีวิต เนื่องจากเมื่อมวลเซลล์ชั้นในถูกดึงออกไป ตัวอ่อนนั้นก็จะฝ่อและตายไปในที่สุด

นักวิจัยทั่วโลกโดยเฉพาะในต่างประเทศต่างเดินหน้าวิจัยและพัฒนาสเต็มเซลล์กันเต็มที่ ส่วนใหญ่เป็นสเต็มเซลล์ที่ได้จากเนื้อเยื่อที่โตเต็มวัย แต่ต้น พ.ศ. 2552 ประธานาธิบดี บารัก โอบามา แห่งสหรัฐอเมริกา ได้ยกเลิกคำสั่งรัฐบาลก่อนที่จะห้ามใช้เงินรัฐบาลสนับสนุนการวิจัยสเต็มเซลล์จากตัวอ่อนมนุษย์ ก็คาดว่าจะมีการวิจัยพัฒนาสเต็มเซลล์ตัวอ่อนกันมากขึ้น แต่ฝ่ายต่อต้านก็ยังคงมองว่าเป็นการทำลายชีวิตเพื่อต่อชีวิต

ตัวอย่างงานวิจัยที่รวบรวมจากข่าวบนหน้าหนังสือพิมพ์ภาษาไทยในช่วงปี 2552 เห็นได้ว่ามีความพยายามนำสเต็มเซลล์มาใช้อย่างกว้างขวางทางการแพทย์[3] ได้แก่ การผลิตเซลล์ต้นกำเนิดจากผิวหนังเด็ก เพื่อไม่ต้องใช้สเต็มเซลล์จากตัวอ่อน การค้นพบสเต็มเซลล์โรคลูคีเมียเพื่อปูทางไปสู่การปรับปรุงการรักษาจนถึงบำบัดโรคให้หายขาด การเพาะชิ้นส่วนขากรรไกรจากสเต็มเซลล์ในห้องทดลองเพื่อรักษาความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร การผลิตเลือดเทียมจากสเต็มเซลล์ เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนเลือดและเลือดติดเชื้อ การปลูกถ่ายสเต็มเซลล์จากสายสะดือเพื่อรักษาโรคกระจกตาขุ่น การเพาะเลี้ยงเซลล์กระดูกเทียมโดยผสมผสานเทคนิคสเต็มเซลล์จากเลือดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลงานของนักวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฯลฯ

ทั้งนี้มีงานวิจัยหลายเรื่องถูกวิจารณ์ว่าผิดธรรมชาติและผิดศีลธรรม ได้แก่ การผลิตไข่และอสุจิจากสเต็มเซลล์ตัวอ่อน เพื่อรักษาผู้มีภาวะเป็นหมัน หรือได้รับผลกระทบจาก

การรักษาโรคมะเร็ง และการฉีดสเต็มเซลล์จากตัวอ่อนรักษาอาการอัมพาตท่อนล่าง ที่ถือว่าเป็นการทดสอบสเต็มเซลล์ตัวอ่อนเป็นครั้งแรกในมนุษย์ งานวิจัยหลากหลายชิ้นที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาอีกราว 5-10 ปี จึงจะเห็นผล

นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ให้ข้อมูลว่า **การรักษาด้วยสเต็มเซลล์ที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก มีเพียงการปลูกถ่ายไขกระดูกและโรคทางโลหิตวิทยา** เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือด โรคเลือดที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ผู้ป่วยที่ไขกระดูกถูกทำลายจากยารักษามะเร็ง แต่ก็พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียงระยะหนึ่งเท่านั้น ยังไม่พบว่าสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และอาจมีผลข้างเคียง เนื่องจากยังไม่ได้รับการพิสูจน์ยืนยันด้านความปลอดภัย[4]

คำยืนยันข้างต้นเหมือนกับจะเตือนว่า **ถ้าผิดไปจากโรคเลือดและการปลูกถ่ายไขกระดูกแล้วล่ะก็ คือการ "หลอกลวง-หลอกขาย" และอาจเกิดอันตรายร้ายแรงตามมานั่นเอง**

หลอกลวง...เกินจริง

มีการประกาศขาย "สเต็มเซลล์จากรก" ทั้งรกแกะ รกกวาง กระทั่งรกเด็ก ที่โอ้อวดว่านำเข้าจากต่างประเทศ เกิดขึ้นอย่างโจ่งแจ้งในเว็บไซต์และเว็บบอร์ดภาษาไทยกว่า 8,000 แห่ง ด้วยสนนราคาแพงลิบลิ่ว ตั้งแต่หลักพันถึงหลักหลายหมื่นบาท อวดอ้างสรรพคุณประดุจ "ยาอายุวัฒนะ" จะฉีด จะกิน จะทา แล้วแต่จะเลือก ผลที่ได้คือ ผิวพรรณที่เริ่มมีริ้วรอย เหี่ยวย่น หย่อนคล้อย หมองคล้ำของผู้สูงวัยจะกลับมาตึงใส ขาวนวล อ่อนเยาว์ราวผิวทารก บางยี่ห้อโอ่ว่าจะช่วยชะลอความแก่ สร้างภูมิคุ้มกันโรค กระตุ้นการเจริญเติบโตของระบบประสาท มีเส้นผมงอกใหม่ ช่วยให้นอนหลับสบาย เหมือนร่างกายกลับไปเป็นเด็กอีกครั้ง[5]

ตามคลินิก หรือสถานพยาบาลและโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่ง เปิดให้บริการรักษาโรคด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด หรือสเต็มเซลล์กันมานานแล้ว ทั้งโรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ โรคอัลไซเมอร์ พาร์กินสัน ฯลฯ แต่ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา เรียกได้ว่า "บูมสุดขีด" ทำรายได้จำนวนมหาศาล จนถูกจัดให้เป็น "บริการดาวรุ่ง" เพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ลูกค้าจึงต้องเป็นผู้มีฐานะดีเท่านั้น[6]

สเต็มเซลล์ที่ขาย ที่โฆษณากันเกลื่อนเมือง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ[7]

(1) สเต็มเซลล์แบบสั่งทำ (Stem Cell made by order) เป็นการสกัดสเต็มเซลล์จากตัวผู้ป่วยเองเพื่อใช้รักษาโรคหัวใจ ศัลยกรรมความงาม ต้านความชรา เป็นสเต็มเซลล์ของเม็ดเลือด สเต็มเซลล์หลอดเลือด และสเต็มเซลล์ไขมัน เดิมใช้กันแพร่หลายในโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน แต่เนื่องจากค่อนข้างยุ่งยากและใช้เวลามาก จึงไม่ค่อยเป็นที่นิยม

(2) ผลิตภัณฑ์สเต็มเซลล์ (Stem Cell product) คือ ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ทำจากสเต็มเซลล์ หรือเกี่ยวข้องกับสเต็มเซลล์ มีทั้งชนิดน้ำ ผง และครีม ใช้กิน ฉีด หรือทา ได้รับความนิยมมากและแพร่หลายไปทั่วประเทศ

นายแพทย์ถนอม บรรณประเสริฐ หัวหน้าศูนย์นวัตกรรมเซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะสังเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ตั้งคำถามไว้ในบทความ "อะไรๆ ก็...สเต็มเซลล์" ว่า[8] ทำไมสเต็มเซลล์ถึงได้รับความนิยมแพร่หลายในประเทศไทยซึ่งไม่มีความรู้พื้นฐานด้านสเต็มเซลล์มาก่อนเลย เพิ่งเริ่มมีการวิจัยในมหาวิทยาลัยบางแห่งเมื่อไม่กี่ปีมานี้เอง และสเต็มเซลล์มีอานุภาพครอบจักรวาลดังเช่นคำโฆษณาจริงหรือ?

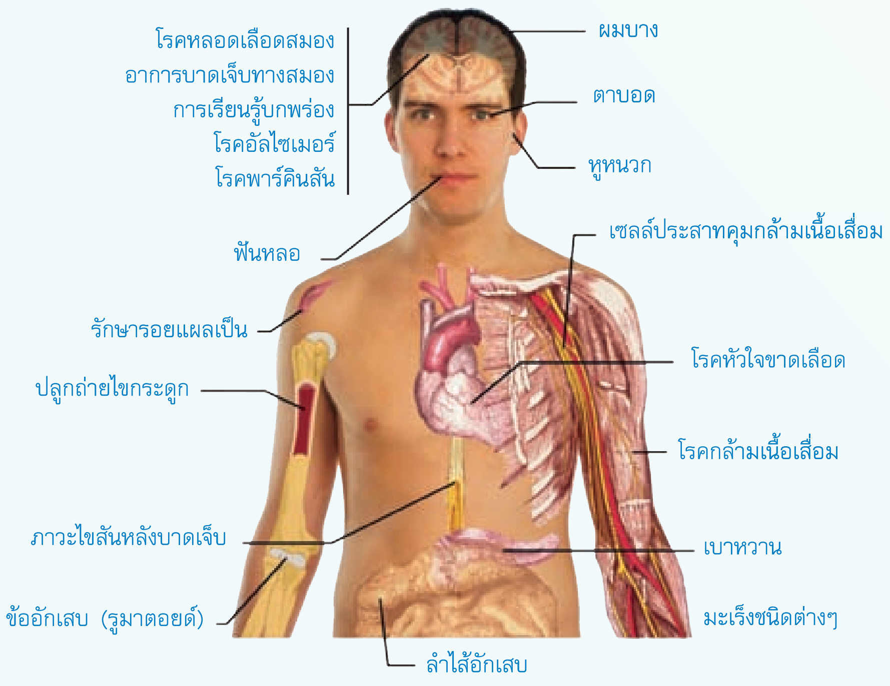
ก่อนจะเฉลยว่า ข้อมูลข่าวสารเรื่องแนวโน้มการใช้สเต็มเซลล์ในการรักษาโรคจากงานวิจัยของอเมริกาที่ถือว่ามีมาตรฐานสูงที่สุดนั้น มีความเป็นไปได้จริง (ดูรูปหน้า 72) แต่ "เป็นคนละเรื่องกับที่เห็นในโฆษณาในประเทศไทย ที่เกือบทั้งหมดเป็นเรื่องหลอกลวง เพราะสินค้าที่ขายกันอาศัยเกาะกระแสความดังของงานวิจัยสเต็มเซลล์ของอเมริกา หลอกขายชื่อสเต็มเซลล์ที่นำมาทำผลิตภัณฑ์หรือการรักษา ...เป็นเรื่องเพ้อฝัน เกินจริง และไม่ถูกต้องตามหลักการอย่างมาก คนที่นำมาใช้ก็มีความรู้สเต็มเซลล์แบบผิดๆ เพราะไม่เคยเรียนจู่ๆ มีบริษัทมาอธิบายกลไกแบบมหัศจรรย์ของสเต็มเซลล์ บางคนเชื่อและไปบอกคนไข้แบบผิดๆ โดยไม่เจตนา..."

ด้าน นายแพทย์ธีรวัฒน์ เหมะจุฑา ผู้อำนวยการปฏิบัติการโรคทางสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพิ่มเติมว่า ได้มีโอกาสสนทนากับแพทย์ในสมาคมแพทย์อเมริกัน ทราบว่าเขาทำการสำรวจประเทศที่ใช้สเต็มเซลล์ขัดจริยธรรม ปรากฏว่า **ไทยถูกจัดเป็นประเทศที่มีการหลอกลวงบริการและรักษาสเต็มเซลล์ และโฆษณาเกินจริง** ดังนั้น จึงถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยควรมีกฎหมายควบคุมเรื่องของสเต็มเซลล์โดยเฉพาะ[9]

กฎเหล็กแพทยสภา...คุมสเต็มเซลล์

สรุปได้ว่า ในบ้านเราการใช้สเต็มเซลล์แบบผลิตภัณฑ์เป็นปัญหาใหญ่ที่สุด เพราะใช้ง่าย สามารถตั้งราคาได้สูงๆ หลอกลวงผู้บริโภคได้หลายช่องทาง ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้เคยพยายาม "ล้อมคอก" ปัญหานี้ไว้ครั้งหนึ่งแล้วเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2552 โดยอาศัยบทบัญญัติของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไข

โรคหรือภาวะการเจ็บป่วยที่อยู่ระหว่างการวิจัยว่าสเต็มเซลล์จะรักษาได้หรือไม่?



หมายเหตุ: จนถึงปี 2552 มีรายงานยืนยันว่าการปลูกถ่ายไขกระดูกเท่านั้น ที่สามารถรักษาโดยสเต็มเซลล์ได้จริง โรคและภาวะการเจ็บป่วยที่เหลืออื่นๆ ตามรูปข้างบนยังอยู่ระหว่างการทดลอง (อ้างอิงจากรายงานวิจัยจำนวน 13 ชิ้น ที่อ้างใน http://en.wikipedia.org/wiki/Stem_cell สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553)

เพิ่มเติม ประกาศกำหนดการควบคุม กำกับ ดูแลยาที่เป็นผลิตภัณฑ์เซลล์ต้นกำเนิด และผลิตภัณฑ์จากเซลล์ต้นกำเนิด มีผลให้การนำสเต็มเซลล์ไปกระทำการใดๆ ทั้งจำหน่าย วิจัย ขึ้นทะเบียนยา ต้องขออนุญาตจาก อย. ก่อน หากฝ่าฝืนจะมีความผิดตามกฎหมาย มีโทษจำคุกหรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ

แม้มีความพยายามล้อมคอกกันอย่างไรก็ตาม ปัญหาก็ยังคงเพิ่มมากขึ้น นอกจากลักษณะการโฆษณาขายสินค้าจะเป็น "ระบบขายตรง" คือบอกกันปากต่อปาก ทำให้ไม่มีหลักฐานเอาผิดได้แล้ว สาเหตุใหญ่ยังอยู่ที่ไม่มีกฎหมายควบคุมสเต็มเซลล์โดยตรง ซึ่งนายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ได้ยอมรับว่าที่ผ่านมามีผู้ร้องเรียนเข้ามามาก และตรวจสอบพบว่าคลินิกเอกชนหลายแห่งให้บริการฉีดสเต็มเซลล์เพื่อการรักษา และเรียกเก็บค่าบริการในอัตราสูง แต่ไม่สามารถดำเนินการเอาผิดได้เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายควบคุม ดูแลการใช้สเต็มเซลล์ ทำได้แต่เพียงนำเรื่องเข้าคณะอนุกรรมการจริยธรรม ของแพทยสภา ซึ่งมีโทษตั้งแต่ตักเตือน พักใช้ และเพิกถอนใบอนุญาต

ขณะที่พระราชบัญญัติยาก็ไม่สามารถดำเนินการเอาผิดได้ เพราะกฎหมายมีช่องโหว่ตรงที่ว่าหากเป็นการผลิตยาที่รักษาเฉพาะราย ไม่จำเป็นต้องขออนุญาต อย. ซึ่งการให้บริการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ส่วนใหญ่เข้าข่ายเป็นการรักษาเฉพาะราย[10]

หลังจากแพทยสภาตั้งหลักร่างกฎควบคุมการทำวิจัยเกี่ยวกับสเต็มเซลล์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2552 ประเทศไทยก็ได้ฤกษ์มีกฎควบคุม กำกับ ดูแลเรื่องของสเต็มเซลล์โดยตรง นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภาได้ลงนามใน "ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมเรื่องการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษา พ.ศ. 2552" เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2552 ข้อบังคับนี้ ได้รับการเผยแพร่ในราชกิจจานุเบกษาให้มีผลบังคับใช้แล้ว ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2553

การออกข้อบังคับฉบับนี้ทำให้มีกฎหมายรองรับการวิจัยและการให้การรักษาด้วยสเต็มเซลล์ครอบคลุมทั้งในส่วนโรงเรียนแพทย์ที่มีการวิจัย โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกที่เปิดบริการ รวมถึงจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีอำนาจเข้าไปดำเนินการกับสถานพยาบาลที่ฝ่าฝืนได้ ข้อบังคับมีสาระสำคัญ ดังนี้[11]

(1) *ควบคุมการรักษาและการวิจัยให้เป็นไปตามมาตรฐาน* ทั้งนี้ ไม่รวมการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์โรคที่เกี่ยวกับเลือด ไขกระดูก ที่ได้รับการยอมรับและมีกฎหมายควบคุมกำกับอยู่แล้ว เช่น โรคธาลัสซีเมีย แต่การรักษาโรคอื่นที่นอกเหนือจากนี้ต้องขออนุญาต

(2) *กำหนดให้ตั้งคณะกรรมการกลางระดับชาติ* คัดเลือกจากผู้มีความรู้ความสามารถในหลากหลายสาขา อาทิ แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ แพทย์ นักกฎหมาย ผู้แทนศาลฎีกา ผู้แทนสภาทนายความ ตัวแทนภาคประชาชน ฯลฯ โดยจะเปิดเผยรายชื่อคณะกรรมการ เพื่อความโปร่งใส และป้องกันผู้มีผลประโยชน์ทับซ้อน คณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่พิจารณาการทำวิจัยสเต็มเซลล์และการรักษา โดยก่อนจะทำการวิจัยและรักษาด้วยการฉีดสเต็มเซลล์เข้าร่างกายผู้ป่วย นอกจากจะต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถานพยาบาลนั้นๆ แล้ว ยังต้องส่งเรื่องมาให้คณะกรรมการกลางระดับชาตินี้ก่อนด้วย

หากไม่ดำเนินการตาม จะมีบทลงโทษด้านจริยธรรม ถึงขั้นถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ที่ดำเนินการ โดยในเบื้องต้นอาจมีการตักเตือนก่อน

(3) *ขึ้นทะเบียนผู้ที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับสเต็มเซลล์ หรือผู้ที่ใช้สเต็มเซลล์ในการรักษาโรค* ภายใน 60 วัน หลังจากกฎหมายมีผลบังคับใช้ เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ และเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นใดที่ไม่มีความสามารถ ไม่ผ่านการศึกษาอบรมปฏิบัติ แอบอ้างนำวิธีการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ไปใช้ เพราะอาจเกิดอันตรายกับประชาชนได้

ข้อบังคับฯ "เกาถูกที่คัน" ระหว่าง "จริยธรรมและความก้าวหน้า" หรือไม่?

กฎเหล็กคุมสเต็มเซลล์ฉบับนี้ใช่จะได้มาง่ายๆ กว่าจะผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการแพทยสภาชุดใหญ่ และเสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ก็ใช้เวลาถกเถียงกันหลายรอบ โดยภาพรวมแล้วแทบทุกฝ่ายเห็นด้วยกับการมีกฎเกณฑ์ออกมาจัดระเบียบให้การใช้สเต็มเซลล์ในประเทศไทย ให้เป็นไปอย่างถูกต้องทั้งตามหลักวิชาการและหลักจริยธรรม

แต่ความล่าช้าที่เกิดขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเพราะมีผู้คัดค้านค่อนข้างมากในประเด็นการขัดขวางความก้าวหน้าของงานวิจัยสเต็มเซลล์ โดยเฉพาะบรรดานักวิจัยที่เห็นว่าเป็นการแก้ปัญหาแบบ "เกาไม่ถูกที่คัน" เพราะ**ปัญหาของไทยนั้นเกิดจากการใช้สเต็มเซลล์รักษาแบบผิดวิธี** แต่แพทยสภากลับไปคุมงานวิจัยสเต็มเซลล์ในมนุษย์ทั้งประเทศซึ่งเป็นคนละเรื่อง อีกทั้งยังมีประเด็นที่นักวิจัยวิตกกันมากเพราะไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน คือ บทลงโทษผู้ฝ่าฝืนที่รุนแรงถึงขั้นพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

นักวิจัยบางคนถึงขั้นถอดใจ ดังที่ รศ.ดร.พิศมัย เหล่าภัทรเกษม จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น กล่าวว่าอาจจะยุติการวิจัยเพราะข้อกำหนดให้ต้องผ่านการพิจารณาอนุญาตจากคณะกรรมการหลายชุด จะทำให้งานวิจัยไม่ก้าวหน้า ขั้นตอนการพิจารณาจะล่าช้าจนตามต่างประเทศไม่ทัน ส่วนอีกรายหนึ่งกล่าวในเชิงประชดประชันว่าอาจหาทางออกด้วยการนำงานวิจัยไปทำต่อในประเทศอื่น เช่น ลาว กัมพูชา สิงคโปร์ ที่เปิดกว้างและสนับสนุนการวิจัยมากกว่าประเทศไทย[12]

อีกภาคส่วนหนึ่งที่อาจถึงขั้นถอดใจด้วยเช่นกันก็คือ บรรดาบริษัทหรือผู้ประกอบการธุรกิจเอกชนเกี่ยวกับสเต็มเซลล์ โดยหวั่นใจว่าข้อบังคับของแพทยสภาอาจส่งผลให้ธุรกิจเทคโนโลยีชีวภาพต้องแบกรับความเสี่ยงของการลงทุนมากขึ้น ทางด้านโรงพยาบาลเอกชนที่มีรายได้จำนวนมากจากการรักษาด้วยสเต็มเซลล์นั้น จะได้รับผลกระทบจากกฎเหล็กของแพทยสภาอย่างแน่นอน ตามที่ ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หนึ่งในคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กล่าวว่า

"สถานพยาบาลเอกชนไม่มีสิทธิในการวิจัยเรื่องใดๆ ในมนุษย์ทั้งสิ้น เนื่องจากมีหน้าที่ด้านการรักษา ไม่มีหน้าที่ด้านวิชาการ ที่สำคัญยังไม่มีกฎหมายรองรับ แต่กลับมีความพยายามวิจัยและเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลระหว่างการทำวิจัย โดยเฉพาะเรื่องสเต็มเซลล์ที่จะนำมารักษาโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคทางโลหิตวิทยา"[13]

บทสรุปจากนายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ที่อยู่ในฐานะ "เจ้าภาพ" การออกข้อบังคับฉบับนี้ก็คือ ไม่มีเจตนาหรือความต้องการขัดขวางการวิจัย แต่ต้องการส่งเสริมงานวิจัยที่มีคุณภาพ มีมาตรฐาน ถูกหลักเกณฑ์ และเป็นที่ยอมรับ โดยหลังจากที่ข้อบังคับประกาศไปแล้วเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2553 ได้กำหนดระยะเวลาให้นักวิจัยที่ทำงานด้านนี้ส่งรายงานมายังแพทยสภาภายใน 120 วัน ซึ่งรวมถึงการทำวิจัยที่ดำเนินการไปแล้ว เพื่อนำมาประกอบเป็นข้อมูลเท่านั้น โดยข้อบังคับนี้จะยังไม่มีผลย้อนหลัง ทั้งนี้หากพ้น 120 วันไปแล้ว หากยังมีสถานพยาบาลใดที่เปิดทำการวิจัยสเต็มเซลล์ในโรคต่างๆ โดยที่ยังไม่มีการส่งงานวิจัยมาอนุมัติ จะถูกดำเนินการ เนื่องจากเป็นการกระทำผิดจริยธรรมแพทย์ โดยจะถูกฟ้อง ดำเนินคดี สั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม[14]

และเมื่อบังคับใช้แล้ว ก็จะเป็นการพิสูจน์กันว่าจะเป็นกฎเหล็กที่ "เกาไม่ถูกที่คัน" ตามที่มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ก่อนหน้านี้หรือไม่ โดยเฉพาะจะสกัดกั้น ยับยั้งการใช้สเต็มเซลล์แบบผิดๆ ได้จริงหรือไม่ หรืออาจต้องมีการปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้ "เกาที่คันได้ถูก" ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน อาทิ การมี "ระบบควบคุมการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์"[15] ที่รับผิดชอบโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือข้อเสนอให้นำแนวทางการควบคุมการรักษาด้วยสเต็มเซลล์ ตามบทบัญญัติสเต็มเซลล์ของสมาคมนานาชาติและขององค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา มาเป็นแนวทางกำหนดข้อบังคับการใช้สเต็มเซลล์ของประเทศไทย เพื่อให้ได้มาตรฐานสากล[16]

ทั้งนี้ ก็เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่าง "จริยธรรมและความก้าวหน้า" ที่ล้วนแต่มีความหมายและความสำคัญต่อทั้งประเทศชาติและประชาชน

ที่มา: www.thaimtb.com/webboard/133/66825-2.jpg

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ใช้มาครบ 17 ปี พบว่าไม่คุ้มครองผู้ประสบภัยได้จริง ทั้งๆ ที่จำนวนเงินกองทุนฯ โตกว่าหมื่นล้านบาท แต่คืนมาเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถไม่ถึงครึ่ง (ดูตาราง) เพราะส่วนใหญ่จ่ายเป็นค่าบริหารจัดการ ซ้ำยังมีปัญหาวิธีการจัดการยุ่งยากซับซ้อนและล่าช้า ผู้ประสบภัยส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ต้องจ่ายเงินเอง มีเพียงร้อยละ 18 ที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.[1] จำนวนไม่น้อยก็ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) จึงเกิดความพยายามจากหลายฝ่ายต้องการให้ยกเลิกกฎหมายเก่า เพื่อดันกฎหมายใหม่ที่เป็นธรรมต่อผู้ประสบภัยมากขึ้นเข้าสภา

10 รื้อระบบประสบภัยจากรถ เพื่อความเป็นธรรมต่อผู้ประสบภัย

จุดเริ่มต้น

ย้อนกลับไปเมื่อเกือบ 20 ปีที่แล้ว ภาพของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุบนท้องถนน แล้วต้องนอนรอรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนโดยไม่มีใครเหลียวแล เพราะไม่มีเงินพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นคงเป็นที่คุ้นเคยเป็นอย่างดี เหตุผลก็เพราะว่า ขณะนั้นประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับหรือมาตรการช่วยเหลือใดๆ บุคคลเหล่านี้เลย ภาระในการชำระค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจึงตกอยู่กับตัวผู้เสียหายนั่นเอง

จนกระทั่งปี 2535 ในสมัยรัฐบาล อานันท์ ปันยารชุน มีการตราพระราชบัญญัติการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถขึ้น โดยบังคับให้รถทุกประเภทต้องทำกรมธรรม์ประกันภัย เพื่อประกันความเสียหายสำหรับผู้ที่ประสบภัย และหากไม่ทำเจ้าของรถจะมีความผิดตามกฎหมายต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท[2] และมีการตั้งกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่จ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัย หากผู้ประสบภัยไม่ได้รับการชดใช้จากบริษัทประกันภัย หรือเจ้าของรถที่ไม่จัดให้มีประกันภัย หรือไม่สามารถเรียกร้องจากที่ใดได้ เช่น รถชนแล้วหนี เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากผลการปฏิบัติ ภาพที่เกิดขึ้นกลับตรงข้ามอย่างสิ้นเชิง เพราะข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ทำการเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่นอนในโรงพยาบาลของรัฐ ระหว่างปี 2542-2548 ระบุว่า มีผู้ประสบภัยทางรถที่ใช้สิทธิตามกองทุนเพียง ร้อยละ 18 เท่านั้น ขณะที่อีกร้อยละ 63 จ่ายค่ารักษาด้วยตัวเอง หรือไม่ก็ใช้สิทธิตามบัตรทองในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนอีกร้อยละ 15 ใช้สิทธิอื่นๆ[3]

เหตุที่เป็นเช่นนี้ ก็เพราะความยุ่งยากของระบบการจ่ายค่าสินไหมทดแทนและการเอาประกัน เห็นได้จากการที่มีรถยนต์ที่ทำการประกันภัยตามพระราชบัญญัติ 25 ล้านคัน และมีเบี้ยประกันสูงถึง 10,000 ล้านบาท แต่การจ่ายค่าสินไหมทดแทนเพียงร้อยละ 42 ของเบี้ยประกันที่เก็บได้เท่านั้น เพราะการจะจ่ายค่าสินไหมแต่ละครั้งต้องใช้เวลาตรวจสอบว่าใครถูก ใครผิด ไม่น้อยกว่า 7 วัน ทั้งๆ ที่พนักงานสอบสวนทราบข้อเท็จจริงดีว่าเป็นอย่างไร ทำให้ผู้ประสบภัยต้องทดลองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน หรือบางครั้งบิดพลิ้วไม่ยอมจ่ายค่าเสียหายเลยก็มี

ขณะเดียวกัน การเบิกค่ารักษาก็ต้องใช้เอกสารถึง 6 ชนิด ทำให้ผู้ประสบภัยบางคนเกิดความสับสนและไม่เข้าใจว่าตนเองมีสิทธิอย่างไรกันแน่ ที่สำคัญประชาชนจะได้รับสิทธิคุ้มครองจากบริษัทประกันในช่วงแรกเท่านั้น และเมื่อรักษาจนหมดวงเงินประกันแล้ว ก็ต้องกลับเข้ารักษาตามสิทธิของแต่ละบุคคลแทน

ตัวอย่างความเดือดร้อนจนหมดตัวของครอบครัวผู้ประสบภัย

จากปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้มีเรื่องร้องเรียนจำนวนมากส่งไปถึงมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคว่า ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติดังกล่าว *สารี อ๋องสมหวัง* ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้ยกกรณีของประชาชน คือ *นายยา พึ่งม่วง* ที่ต้องหมดเนื้อหมดตัว หลังจากที่ *นางสาวหยาดพิรุณ พึ่งม่วง* บุตรสาว ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2549 เนื่องจากถูกรถกระบะตัดหน้าขณะเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ทำให้ได้รับบาดเจ็บสาหัสคางหักลำไส้ทะลุ ซึ่งหน่วยกู้ภัยนำส่งโรงพยาบาลเอกชน และเบิกค่ารักษาตามพระราชบัญญัติไป 15,000 บาท

แต่วันออกจากโรงพยาบาลกลับถูกเรียกเก็บค่ารักษาเพิ่มเติมอีกเป็นเงิน 260,000 บาท ซึ่งครอบครัวเองก็ไม่มีเงินเพียงพอ จึงขอผ่อนผันไปก่อน ทางนิติกรของโรงพยาบาลจึงแนะนำให้ นายยา เอาที่ดิน 10 ไร่ มาขายฝากไว้ แต่เนื่องจากที่ดินดังกล่าวยังติดจำนองกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธ.ก.ส.) โรงพยาบาลจึงออกเงินให้ 50,000 บาท ส่วนนายยาออกอีก 13,000 บาท เป็นค่าดอกเบี้ย เพื่อไถ่ถอนจำนอง

ทว่า เมื่อ นายยา ติดต่อไปยังที่สำนักงานที่ดิน กลับพบว่า ที่ดินไม่ได้ขายฝาก แต่ถูกขายไปจริงในราคา 160,000 บาท โดยที่สัญญาซื้อขายไม่มีคู่ฉบับ ทำให้ปัจจุบัน นายยาเป็นหนี้ โรงพยาบาลอยู่อีก 150,000 บาท ปัจจุบันมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ได้ให้ความช่วยเหลือโดยให้ภรรยานายยา เข้ามาทำงานที่มหาวิทยาลัย เพื่อช่วยกันหาเงินใช้หนี้โรงพยาบาล[4]

ถึงจะมีผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้พระราชบัญญัติเป็นจำนวนมาก และแม้บริษัทประกันวินาศภัยจ่ายค่าตอบแทนผู้ขายประกัน หรือการส่งเสริมการขายสูงถึงร้อยละ 45-50 ของค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการก็ตาม[5] กลับพบว่ากลุ่มบริษัทประกันวินาศภัยยังได้ผลประโยชน์มหาศาล ดังที่งานวิจัยเรื่อง "พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถในบริบทของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า" ของ *นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ* ระบุว่า ผลกำไรของบริษัทเหล่านี้ในช่วงปี 2544-2548 สูงถึง 3,300 ล้านบาท เลยทีเดียว[6] ส่วนใหญ่คงมาจากยอดรวมค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุต่อยอดเงินกองทุนรวมตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2549 มีสัดส่วนลดลงตลอดเวลา (ดูตาราง) ทำให้บริษัทวินาศภัยมีกำไรมากขึ้น

สัดส่วนยอดเงินที่ลดลงนี้ ส่วนหนึ่งคงมาจากผลสำเร็จของมาตรการรณรงค์เพื่อลดอุบัติเหตุบนถนนที่ภาครัฐและประชาสังคมประสานงานกันทำอย่างเข้มข้นตลอด 8 ปีที่ผ่านมา อีกส่วนหนึ่งมาจากผู้ประสบภัยไม่ได้ใช้สิทธิจาก พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ดังผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2548 พบว่า ผู้ประสบภัยจากรถที่เป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 58 และผู้ป่วยในร้อยละ 56 ใช้สิทธิ

ตารางเทียบรายได้จากเบี้ยประกันภัยตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ กับค่าเสียหายที่มาจากการจ่ายจริง ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2549

พ.ศ.	ยอดกองทุนผู้ประสบภัยจากรถจากประกันภัย พ.ร.บ. (ล้านบาท)	ค่าเสียหายที่จ่ายจริง	
		จำนวนเงิน (ล้านบาท)	ร้อยละจากยอดกองทุน
2545	7,161	3,503	48.9
2546	8,611	3,956	45.9
2547	9,152	4,367	47.7
2548	9,722	3,636	37.4
2549	10,290	3,226	31.4

ที่มา: ปรับจากข้อมูลของบริษัทไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด (มหาชน) อ้างในเว็บไซต์สยามธุรกิจ [http://www.siamturakij.com/home/news/display_news.php?news_id=1759]

รักษาพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิจาก พ.ร.บ. ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสุขภาพระบบอื่นเพิ่มสูงขึ้น[7]

สอดคล้องกับการสำรวจประชาชนผู้ประสบภัยรถยนต์ใน 48 จังหวัด จำนวน 666 คน ของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค พบว่า ผู้ที่ประสบภัยรถยนต์มากกว่าร้อยละ 55 ไม่ใช้สิทธิตามกฎหมายฉบับนี้ มีเพียงร้อยละ 42 ที่ใช้สิทธิ พ.ร.บ. แต่เมื่อใช้ก็เกิดปัญหาเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ (ร้อยละ 99.6) และต้องใช้สิทธิบัตรทองและประกันสังคมควบคู่ไป สูงถึงร้อยละ 43 และ ร้อยละ 16 ตามลำดับ[8] ค่าใช้จ่ายจากการใช้สิทธิบัตรประกันส่วนนี้ เป็นภาระของประชาชนทั้งประเทศ เพราะเงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเงินภาษีของประชาชน ส่วนกองทุนประกันสังคมก็มาจากเงินประกันตนของลูกจ้าง

จากข้อเท็จจริงทั้งหมดข้างต้นนี้ ประมวลให้เห็นถึงความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิงในการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เพราะนอกจากจะไม่เกิดผลในทางปฏิบัติแล้ว ผู้ที่รับผลกระทบมากที่สุดก็คงหนีไม่พ้นประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนนั่นเองที่ต้องเสียค่าประกันเพื่อทำกรมธรรม์ แต่พอถึงเวลากลับไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เลย

ระดมสมองเพื่อชี้ปัญหา

แนวคิดที่ต้องการยกเลิกพระราชบัญญัติฉบับนี้ มีมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในส่วนขององค์กรภาคประชาชนอย่างมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ที่พยายามล่ารายชื่อจากประชาชนเพื่อล้มพระราชบัญญัติ *สารี อ๋องสมหวัง* ผู้จัดการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ย้ำว่า ปัญหาที่ขึ้นมาตลอดนั้น ทำให้ภาคนักวิชาการและภาคประชาชนต่างเห็นตรงกันว่า ถึงเวลาแล้วที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการ โดยแนะให้ให้มีการยกเลิกกฎหมายฉบับเดิม เพื่อไม่ให้เป็นเพดานในการจำกัดสิทธิ หรือให้อุบัติเหตุมาเป็นเครื่องจำกัดสิทธิการเข้าถึงบริการ โดยในส่วนของภาคประชาชนเองก็จะมีการเสนอออกกฎหมายฉบับใหม่เพื่อจัดตั้ง "กองทุนสินไหมผู้ประสบภัยจากรถ" ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรอิสระ ที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และมีการกำหนดให้ค่าบริหารกองทุนไม่เกินร้อยละ 5 เพื่อที่การจ่ายเงินจะได้มีความรวดเร็วขึ้น[9]

ต่อมาภายหลังมีการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ประสบภัยจากรถที่ไม่สามารถเบิกเงินจากกองทุนได้ หันมาใช้บัตรทองแทน ดังนั้น ภาระค่ารักษาจึงตกมาอยู่ที่ระบบหลักประกันสุขภาพแทน ดังนั้น จึงเสนอแนวทางว่าควรจะรวมทั้ง 2 กองทุนนี้เป็นกองทุนเดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้ไม่ต้องมีการพิสูจน์ถูกผิดอีกด้วย เพราะไม่ว่าอย่างไรระบบประกันสุขภาพต้องเป็นผู้จ่ายอยู่แล้ว[10]

เมื่อมีข้อเรียกร้องออกมาเป็นจำนวนมาก จึงทำให้หน่วยงานของภาครัฐเริ่มสนใจกับปัญหานี้มากขึ้น โดยเฉพาะ

ที่มา: www.headlightmag.com/main/images/stories/Safety_by_Louise/Safety003_AungPao/Safety003_02.jpg

กระทรวงสาธารณสุข *วิทยา แก้วภราดัย* รัฐมนตรีว่าการกระทรวง (ในขณะนั้น) อธิบายว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้กฎหมายฉบับนี้ถูกใช้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ คงเป็นเพราะว่าทุกวันนี้กองทุนผู้ประสบภัยจากรถได้เปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์เดิม เพราะช่วงที่จัดตั้งยังไม่มีกองทุนใดที่คอยดูแลเรื่องนี้ แต่พอมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้คนไทยได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกัน สามารถเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งได้

ดังนั้น หากเกิดความเปลี่ยนแปลงใดๆ ควรจะให้เวลาในการหารือและตัดสินใจ เพราะอาจจะกระทบกระเทือนหลายฝ่าย โดยเฉพาะธุรกิจประกันภัย แต่ถึงอย่างไรก็จะมีการให้ทีมที่ปรึกษาระดมความคิด พูดคุยว่าจะดำเนินการอย่างไรได้บ้าง[11]

แนวทางของกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ควรไปทางไหนดี?

ถึงแม้วันนี้เรายังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่า *แนวทางของกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ควรไปทางไหนดี?* แต่ปัจจุบันก็มีข้อเสนอแนวทางการปรับปรุงประสิทธิภาพของกฎหมายคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ออกเป็น 3 แนวทางหลักๆ คือ ปรับปรุงกฎหมายเก่า หรือยกเลิกกฎหมายเก่าแล้วร่างกฎหมายใหม่ ดังนี้

แนวทางแรก นำเสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ในฐานะหน่วยงานกำกับดูแลบริษัทประกันภัย ได้แก้ปัญหาด้วยการระดมความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กรมการขนส่งทางบก และสำนักงานประกันสังคม ได้ข้อสรุปว่า บริษัทประกันภัยต้องเป็นผู้สำรองจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นสูงสุด

ไม่เกิน 50,000 บาท ให้กับผู้ประสบภัยจากรถโดยไม่ต้องรอพิสูจน์ถูกผิดเหมือนที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้ประสบภัยจากรถได้รับความคุ้มครองอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นบริษัท ค่อยไปไล่เบี้ยเรียกคืนกันเองภายหลังที่มีการพิสูจน์ถูกผิดแล้ว

ทั้งนี้ บริษัทต้องจ่ายค่าเสียหายเบื้องต้นภายใน 7 วัน หากฝ่าฝืนจะลงโทษ ปรับข้อหาประวิงโดยโทษปรับสูงสุด 500,000 บาท พร้อมประกาศชื่อบริษัทที่ถูกลงโทษผ่านทางเว็บไซต์ คปภ. เพื่อให้สาธารณชนรับทราบด้วย พร้อมกันนั้นให้ลดเอกสารที่ใช้เป็นหลักฐานประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อลดความยุ่งยากและให้ผู้ประสบภัยจากรถได้รับความสะดวกมากที่สุด[12]

แนวทางที่สอง เสนอโดยองค์กรภาคประชาสังคมที่ไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอของ คปภ. ดังกล่าว ว่าควรให้ประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุ รับการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของตนเอง เพราะประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองด้วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่แล้ว และให้มีการออกกฎหมายฉบับใหม่เพื่อจัดตั้ง "กองทุนสินไหมผู้ประสบภัยจากรถ" ที่คุ้มครองกรณีทุพพลภาพและเสียชีวิต โดยมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และงบประมาณในการบริหารกองทุนนี้ไม่เกินร้อยละ 5 หากคำนวณสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ในแต่ละปีประมาณ 13,000 ราย และให้ได้รับการชดเชยสินไหมสูงสุด จำนวน 100,000 บาท เป็นเงินประมาณ 1,300 ล้านบาท รวมกับจำนวนผู้ทุพพลภาพร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิต จำนวนเงินประมาณ 130 ล้านบาท รวมค่าสินไหมทดแทนทั้งหมดประมาณ 1,430 ล้านบาท

หากมีการใช้เงินค่าบริหารจัดการไม่เกินร้อยละ 5 ประชาชนจะต้องจ่ายเบี้ยประกันตามกฎหมายจัดตั้งกองทุนฉบับใหม่ประมาณ 200 บาท สำหรับรถยนต์ และจำนวน 100 บาท สำหรับรถจักรยานยนต์เท่านั้น ซึ่งจะเป็นการช่วยลดภาระของประชาชน และทำให้ระบบโดยรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากลดความซ้ำซ้อนของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ และกองทุนคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ[13]

แนวทางที่สาม เสนอโดยนักวิชาการ *ศาสตราจารย์ ดร. อัมมาร สยามวาลา* จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ว่าถึงเวลาที่ควรมีการแก้ไขพระราชบัญญัติ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ที่ไม่ควรให้มีบริษัทประกันภัยภาคเอกชนเข้ามาเป็นผู้บริหารกองทุน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันก็ไม่เห็นประโยชน์ของการมีบริษัทประกัน ที่ใช้เงินต้นทุนไปกับการบริหารการทำการตลาดสร้างเงื่อนไขกับการจ่ายเงินทดแทนที่ยุ่งยาก ทั้งที่ภาครัฐสามารถจัดการได้เอง

โครงสร้างใหม่ที่ ศาสตราจารย์ ดร. อัมมาร เสนอก็คือ ค่าเสียหายที่ผู้ประสบภัยมีสิทธิได้รับควรประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือ *ค่าเสียหายกรณีบาดเจ็บสถานพยาบาล* ควรเบิกค่ารักษาพยาบาลโดยตรงกับกรมบัญชีกลาง ผู้ประสบภัยไม่ต้องทดลองจ่ายเอง ขณะที่ส่วนของ*ค่าเสียหายเมื่อผู้ประสบภัยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ* ผู้ประสบภัยหรือตัวแทนสามารถติดต่อขอรับได้โดยตรงที่กรมบัญชีกลางและไม่ต้องรอพิสูจน์ความรับผิดชอบทางกฎหมาย ซึ่งการจัดการแบบใหม่ จะทำให้ปัญหาการไม่ได้รับค่าเสียหายตามสิทธิที่ควรได้หมดไป ขณะที่การใช้สิทธิของผู้ประสบภัยจะเพิ่มขึ้น และลดภาระกองทุนประกันสุขภาพระบบอื่นรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประสบภัยจะลดลง[14]

สำหรับสิ่งที่เกิดขึ้นในเรื่องการแก้ไขพระราชบัญญัติฉบับนี้ คงเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นเป็นอย่างดีว่า หากประชาชนไม่ย่อท้อต่อความไม่เป็นธรรมทางสังคม และพยายามชี้ให้ผู้มีอำนาจได้เห็นว่า ทุกวันนี้เกิดอะไรขึ้นกับสังคม โอกาสที่เรื่องนี้จะได้รับความสนใจหรือถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการพิจารณาก็มีสูง เห็นได้จากความรับผิดชอบของบริษัทประกันวินาศภัยที่เริ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น แม้จะยังไม่สามารถรับประกันได้เต็มร้อยก็ตาม

ส่วนการออกพระราชบัญญัติฉบับใหม่นั้น ถึงวันนี้ก็คงต้องจับตาอย่างใกล้ชิดว่าจะเป็นไปได้แค่ไหน อย่างไร

4 ผลงานดีๆ เพื่อ

1 กองทุนสุขภาพชุมชน: รูปแบบกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดูแลสุขภาพ ที่เห็นผลแล้ว!

กองทุนสุขภาพชุมชน หรือกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นกองทุนเพื่อสุขภาวะของประชาชนในระดับท้องถิ่น ตั้งขึ้นมาเมื่อปี 2549 เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ต้องการกระจายอำนาจให้คนในชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของสมาชิกทุกเพศทุกวัย และทุกกลุ่ม โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ตัวอย่างกิจกรรมดีๆ ที่เกิดขึ้นแล้วในชุมชนหลายๆ แห่งทั่วประเทศ อาทิ การมีรถพยาบาลเพื่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การทำให้ชุมชนปลอดจากการจำหน่ายสุรา โครงการสานสัมพันธ์สายใยรักแห่งครอบครัว การเยี่ยมบ้านเยี่ยมใจ ใส่ใจผู้พิการ และบริบาลผู้สูงอายุ การป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เยียวยาทางกายและใจ ผู้ป่วยเรื้อรัง ป้องกันโรคระบาดอย่างทันท่วงที จากจุดเริ่มเล็กๆ นี้เอง บางชุมชนก้าวไกลไปถึงการจัดการสวัสดิการภาคประชาชนโดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณรัฐอีกด้วย เช่น ระดมทุนสร้างโรงพยาบาลสถานีอนามัย จัดหาแพทย์ประจำสถานีอนามัยตามวันเวลาที่กำหนด ตลอดจนสนับสนุนให้ลูกหลานในท้องถิ่นได้เรียนหมอ พยาบาล เพื่อให้กลับมาดูแลคนในชุมชนอีกด้วย

จนถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2553 มีองค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล ให้ความสนใจและร่วมพัฒนากองทุนสุขภาพชุมชนรวม 3,946 แห่ง ทั่วประเทศ และจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เพราะตัวอย่างกิจกรรมสร้างสรรค์ ที่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชน ได้สร้างแรงบันดาลใจให้อีกหลายชุมชนทั่วประเทศต้องการพัฒนาความอยู่ดีมีสุข บรรเทาความเดือดร้อนด้วยตัวของพวกเขาเอง นับเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพของสังคมไทยที่น่าจับตามองยิ่ง

2 คนไทยได้รับ 2 รางวัลเกียรติยศ: รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล และรางวัลแมกไซไซ

ปี 2552 เป็นปีแห่งความภาคภูมิใจของคนไทยที่สร้างชื่อเสียงให้กับวงการสาธารณสุขไทย กับ 2 รางวัลเกียรติยศที่เป็นที่รู้จักในระดับนานาชาติ รางวัลแรกได้แก่ รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล มีผู้ได้รับรางวัลร่วมกัน 2 คน คือ นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และ นายมีชัย วีระไวทยะ และรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการสาธารณะของ ดร. กฤษณา ไกรสินธุ์ ทั้งสองรางวัลเป็นเครื่องประกาศเกียรติคุณในฐานะที่ทั้งสามท่านเป็นผู้มีบทบาทในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ จนประสบความสำเร็จในระดับประเทศและนานาชาติ

นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร มีผลงานเด่นที่เป็นที่รู้จักกันดีคือ โครงการถุงยางอนามัย 100% ที่ริเริ่มในจังหวัดราชบุรี เมื่อปี 2532 และขยายโครงการให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ และในต่างประเทศก็ได้นำแนวคิดนี้ไปใช้จนประสบผลสำเร็จ ขณะที่ นายมีชัย วีระไวทยะ มีผลงานสำคัญคือ การกระตุ้นให้รัฐบาลและสังคมทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย การปรับเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย

สำหรับ ดร. กฤษณา ไกรสินธุ์ ได้รับการยกย่องให้เป็นต้นแบบของผู้ทำงานที่มีความมุ่งมั่น กล้าหาญ และเสียสละ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและผลิตยาต้านไวรัสเอดส์จีพีโอเวียร์ในราคาถูก ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึง ไม่เพียงแต่ในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยในประเทศอื่นๆ เข้าถึงยา โดยเฉพาะประเทศต่างๆ ในแอฟริกา ซึ่งมีผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นจำนวนมาก โดยตระเวนทำงานร่วม 10 ปี ในประเทศต่างๆ แถบแอฟริกาเพื่อดูแลผู้ป่วยและถ่ายทอดความรู้และฝึกสอนเภสัชกรในแอฟริกาให้ผลิตยาต้านโรคเอดส์และยารักษาโรคมาลาเรียที่มีคุณภาพดีราคาถูก ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ชาวแอฟริกันหลายล้านคนสามารถเข้าถึงยาได้

สุขภาพคนไทย ปี 2553

3

เอชไอเอ: เครื่องมือดูแลสุขภาพเพื่อประชาชน

เครื่องมือที่เรียกว่า `เอชไอเอ' หรือที่มาจากคำว่า Health Impact Assessment (HIA) ถือเป็นเครื่องมือใหม่ที่ใช้ในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะแผนงานหรือโครงการ ทั้งเชิงบวกเชิงลบที่อาจจะมีต่อสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้ความรู้ด้านการประเมินความเสี่ยง ระบาดวิทยา ผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และที่สำคัญประชาชนในพื้นที่มีโอกาสรับรู้รับฟัง และสามารถคัดค้านโครงการต่างๆ นั้นได้ หากส่งผลร้ายต่อสุขภาวะในพื้นที่อย่างใหญ่หลวง มาตรการดังกล่าวนี้ กำหนดให้ต้องกระทำตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร พ.ศ. 2550

สืบเนื่องมาจากวิกฤตมาบตาพุด จังหวัดระยอง (ดูรายละเอียดในสถานการณ์เด่นเรื่องที่ 2 มาบตาพุด: ปัญหาร้อนทางเศรษฐกิจ ปัญหามลพิษของชาวบ้าน) จนมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญมีผลบังคับใช้ทำให้เกิดหลักเกณฑ์การทำ `เอชไอเอ' เพื่อสุขภาวะของประชาชน ประกาศใช้เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2552 โดยมีโครงการ 9 ประเภทที่ควรจะต้องทำเอชไอเอก่อนดำเนินโครงการ ได้แก่ 1. การจัดทำและปรับปรุงผังเมือง 2. การวางแผนภูมิภาค 3. การจัดทำแผนโครงข่ายการคมนาคม 4. การจัดทำแผนพัฒนากำลังการผลิตไฟฟ้า 5. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาแร่ 6. การเพาะปลูกหรือเพาะเลี้ยงสิ่งมีชีวิตที่ดัดแปลงพันธุกรรม 7. การทำการเกษตรขนาดใหญ่ 8. การดำเนินการเกี่ยวกับวัตถุอันตราย กากของเสีย และสารกัมมันตภาพรังสี และ 9. การทำข้อตกลงการค้าเสรี

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ เอชไอเอ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยสร้างสังคมอนาคตที่ดีของลูกหลานที่จะต้องติดตามผลักดันให้เกิดผลอย่างแท้จริงต่อไป

4

ความสำเร็จครั้งแรกของการพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย

นับตั้งแต่มีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 (สายพันธุ์ H1N1) ในประเทศเม็กซิโก เมื่อเดือนมีนาคม 2552 จนมาถึงปัจจุบัน (มีนาคม 2553) เชื้อไข้หวัดใหญ่ได้แพร่กระจายทั่วทุกมุมโลกกว่า 200 ประเทศ และมีผู้เสียชีวิตที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อนี้แล้วอย่างน้อย 16,000 คน ความน่ากลัวอยู่ที่ว่าเมื่อเชื้อไวรัสนี้เข้าสู่ร่างกายมนุษย์แล้ว จะเข้าไปทำลายปอด สมอง และระบบทางเดินหายใจ และสามารถไปติดกับบุคคลใกล้ชิดทันที หากไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว เพราะมนุษย์ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชนิดนี้มาก่อน ดังนั้น วัคซีนป้องกันไวรัส จึงเป็นคำตอบสำคัญในการควบคุมการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ หากมีการแพร่ระบาดอีกหลายระลอกโดยที่ไม่มีใครคาดการณ์ได้

ในขณะที่ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่กำลังระบาดอยู่นี้ ไทยเราเองก็กำลังสร้างโรงงานวัคซีนขนาดใหญ่ 2 แห่ง เพื่อรองรับการผลิตวัคซีนป้องกันโรคระบาดสำหรับคนไทยทั้งประเทศ และที่เป็นความภาคภูมิใจของการพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทยที่ทัดเทียมในระดับสากลคือ เราสามารถพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ขึ้นมาได้ทั้งจากเชื้อตายและเชื้อเป็นได้แล้ว ซึ่งผลการทดลองอยู่ในระดับที่น่าพอใจ และนับจากนี้ไปทีมนักวิจัยจะพัฒนาต่อยอดการค้นคว้าให้ผลออกมาใช้กับคนได้อย่างปลอดภัย ก่อนที่จะเข้าสู่โรงงานผลิตเพื่อใช้ในประเทศ

ผลงานแห่งความสำเร็จของการสาธารณสุขไทยครั้งนี้ เป็นเครื่องรับประกันได้ว่า หากมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ไปทั่วโลก ไทยจะมีวัคซีนใช้ได้ทันท่วงที โดยไม่ต้องรอความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส?

ไม่มีข้อสงสัยเลยว่า ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่เกิดขึ้นเมื่อหลายร้อยปีมาแล้ว และที่โลกสมาทานกันอยู่ในวันนี้ มีคุณูปการต่อความเติบโตทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้คนมีชีวิตดีขึ้นเพียงใด

แต่นั่นก็ไม่ใช่ตัวตนทั้งหมดของทุนนิยม

ความจริงอีกด้านหนึ่งที่ปฏิเสธได้ยาก คือ ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่ถือกันว่าตอบสนองความต้องการของมนุษย์ได้ดีที่สุดนี้ ในตัวมันเองก็ไม่ได้ปราศจากวิกฤต อีกทั้งกระบวนการของมัน ซึ่งถูกขับเคลื่อนด้วยการแสวงกำไรภายใต้กลไกตลาดและการแข่งขันเสรี ได้ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ และเป็นวิกฤตที่กัดกร่อนบ่อนทำลายความผาสุกของสังคมด้วยเช่นกัน

วิกฤตการเงินที่รุนแรงในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2540 และวิกฤตครั้งล่าสุดที่เกิดในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีผลสั่นสะเทือนไปทั่วโลกเมื่อเร็วๆ นี้ คือตัวอย่างวิกฤตทุนนิยมที่คาดกันว่า ในอนาคตอาจจะเกิดบ่อยขึ้นและรุนแรงมากขึ้น

แต่ไม่ว่าจะอย่างไร เราก็คงจะอยู่กับทุนนิยมต่อไป บริบทภายในประเทศ และสถานการณ์ในระดับโลก ไม่ได้ชี้ให้เห็นว่านอกจากทุนนิยมแล้วมีระบบเศรษฐกิจอะไรที่โลกควรจะหันไปหาอีก คำถามจึงอยู่ที่ว่า เราจะอยู่อย่างไรจึงจะไม่เป็นเหยื่อของทุนนิยม และเราจะพลิกวิกฤตทุนนิยมให้เป็นโอกาสได้อย่างไร

กล่าวอย่างเจาะจง เราจะมีทุนนิยมที่ดีกว่า เพื่อสังคมที่ดีกว่าได้อย่างไร

สุขภาพคนไทย ขอขอบพระคุณ พระไพศาล วิสาโล ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี ศาสตราจารย์ ดร. อัมมาร สยามวาลา ศาสตราจารย์ ดร. ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์ รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ ดร. นายแพทย์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ดร. นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคุณสฤณี อาชวานันทกุล ที่กรุณาให้ความรู้และข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการเขียนบทความนี้ อย่างไรก็ตาม ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่เอ่ยนามมาทุกท่านไม่มีส่วนต้องรับผิดชอบใดๆ ต่อข้อผิดพลาดบกพร่องหรือความไม่สมบูรณ์ที่อาจจะมีอยู่ในบทความนี้

ทุนนิยมวิกฤต

สนิมเหล็กเกิดแต่เนื้อ ในตน

เจมส์ ฟุลเคอร์ (James Fulcher) นักเศรษฐศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัย Leicester สหราชอาณาจักร เขียนไว้ในหนังสือ Capitalism (ทุนนิยม) ของเขาเมื่อ 5-6 ปี ที่ผ่านมานี้ว่า "วิกฤตของทุนนิยมไม่ใช่ปรากฏการณ์ที่เป็นข้อยกเว้น แต่มันเป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ตามปกติของสังคมทุนนิยมเลยทีเดียว" ฟุลเคอร์ ชี้ให้เห็นว่า ประวัติศาสตร์ของทุนนิยมนั้นเต็มไปด้วยวิกฤตการณ์มากมาย จนอาจกล่าวได้ว่า *ช่วงเวลาแห่งการเติบโตที่พอจะมีความมั่นคงยั่งยืนอยู่บ้างนั้นเป็นเพียงข้อยกเว้น หาใช่ตัวตนที่แท้จริงของทุนนิยมไม่* นักเศรษฐศาสตร์ท่านนี้สรุปว่า "วิกฤตนั้นเป็นกลไกปกติของทุนนิยม และสิ่งที่ทำให้ทุนนิยมวิกฤตก็คือคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัวของมันนั้นเอง"

นัยยะของข้อสรุปนี้ก็คือ แม้ทุนนิยมจะเป็นระบบเศรษฐกิจที่เข้มแข็งเพียงใด แต่ในตัวมันเองก็มีสิ่งที่เป็นจุดอ่อน ที่มีโอกาสก็จะก่อให้เกิดวิกฤตกับระบบของมันได้ เฉกเช่นเหล็ก ซึ่งแม้จะแกร่งเพียงไร แต่เนื้อในของมันก็ยังทำให้เกิดสนิมกับตัวมันเองได้

สนิมหรือวิกฤตในทุนนิยมนั้น มีอยู่ในอุดมการณ์ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของทุนนิยมเอง อุดมการณ์ที่ว่านี้คือการมุ่งแสวงกำไรอันนำไปสู่การแข่งขันภายใต้กลไกตลาด ในด้านหนึ่งอุดมการณ์นี้ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจให้เติบโต แต่อีกด้านหนึ่งอาจนำไปสู่วิกฤตที่สั่นคลอนเศรษฐกิจได้ เหมือนดังที่เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า ในประวัติศาสตร์ทุนนิยมที่ผ่านมา

การมุ่งแสวงกำไรมักจะขับเคลื่อนให้กลไกทั้งหมดในระบบเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นการผลิต การตลาด และการค้าขาย มุ่งไปในทิศทางที่จะทำกำไรให้สูงสุด และสูงขึ้นเรื่อยๆ สภาพเช่นนี้ถ้าบังเอิญมีปัจจัยอื่นมาหนุนช่วย เช่น สภาพคล่องทางการเงินที่เอื้ออำนวย บริบททางการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย และการบริหารจัดการที่ไม่โปร่งใส โอกาสที่จะเกิดการเก็งกำไรที่ซับซ้อนก็เป็นไปได้ เช่น อาจมีการปั่นราคาที่ไม่ได้มีฐานมาจากมูลค่าของสินค้า หรือความต้องการที่แท้จริงของผู้บริโภค ที่สุดแล้วก็จะหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตได้ยาก โดยเฉพาะในบริบทที่กลไกควบคุมด้อยประสิทธิภาพ

วิกฤตซับไพรม์ ที่เกิดในสหรัฐอเมริกาซึ่งส่งผลกระทบไปทั่วโลกใน พ.ศ. 2550 และ *วิกฤตต้มยำกุ้ง* ในประเทศไทยที่ส่งผลสะเทือนไปทั่วเอเชียเมื่อ พ.ศ. 2540-2541 เป็นตัวอย่างวิกฤตทุนนิยมครั้งใหญ่ ที่เกิดขึ้นในเวลาห่างกันเพียงสิบปี และถ้าย้อนเวลาไปไกลกว่านั้นก็จะเห็นว่า มีวิกฤตเศรษฐกิจอีกมากมายที่สั่นสะเทือนโลกทุนนิยมในระดับที่แตกต่างกัน เช่น *วิกฤตเศรษฐกิจตกต่ำครั้งใหญ่* (the great depression) ซึ่งเกิดในสหรัฐอเมริกาและส่งผลสะเทือนไปทั้งโลกตลอดทศวรรษที่ 1930 นอกจากนี้ยังมีวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นและจำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะในบางประเทศอีกมากมาย ต่างกรรมต่างวาระในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ผ่านมา

ใช่หรือไม่ว่า นี่เป็นเพราะว่าทุนนิยมนั้นมีเชื้อที่ก่อให้เกิดวิกฤตได้อยู่ในตัวของมันอง

ในแง่หนึ่ง การสรุปข้างต้นนั้นก็มีเหตุผล เพราะวิกฤตที่เกิดขึ้นนั้นเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดอยู่กับอุดมการณ์อันเปรียบเสมือนหัวใจของทุนนิยมเอง เฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งแสวงกำไรสูงสุดภายใต้กลไกตลาดเสรี สิ่งเหล่านี้แม้จะก่อให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่มันก็เปิดช่องให้ระบบเศรษฐกิจ "สะดุดขาตัวเอง" ล้มคว่ำพังทลายลงได้ มองในแง่นี้ วิกฤตทุนนิยมนั้นก็มีสาเหตุสำคัญอยู่ในตัวมันนั้นเอง หาได้มาจากปัจจัยภายนอกไม่

แต่ถ้าจะมองด้วยความเข้าใจและเห็นใจทุนนิยม ก็อาจจะแย้งว่า ข้อสรุปข้างต้นนั้นไม่ยุติธรรมกับทุนนิยมมากนัก เพราะความจริงธรรมชาติของทุนนิยมไม่ได้ดีหรือร้าย ระบบไม่ได้วิกฤตหรือมีปัญหาในตัวของมันเอง ปัญหาหรือวิกฤตที่เกิดขึ้นก็เพราะมีมนุษย์เข้ามาเกี่ยวข้อง มนุษย์ต่างหากที่ทำให้ทุนนิยมเกิดวิกฤต

วิกฤตซับไพรม์-พันร้ายของทุนนิยมอเมริกา

วิกฤตซับไพรม์เป็นกรณีตัวอย่างอันหนึ่งของวิกฤตจากกลไกภายในของระบบทุนนิยม

หลังเหตุการณ์วินาศกรรมตึกเวิร์ลเทรดเซ็นเตอร์เมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. 2001 ธนาคารกลางสหรัฐอเมริกาลดดอกเบี้ยลงหลายครั้ง จนทำให้ดอกเบี้ยลดลงจาก 6.5% ในเดือนพฤษภาคมปี ค.ศ. 2000 เหลือ 1% ในเดือนมิถุนายนปี ค.ศ. 2003 ต่ำที่สุดในรอบ 45 ปี ดอกเบี้ยที่ต่ำขนาดนี้เปิดโอกาสให้ธนาคารและสถาบันการเงินได้ช่องแสวงกำไร จากการปล่อยกู้แก่คนอเมริกันที่ต้องการจะซื้อบ้าน

ปกติคนที่จะกู้เงินธนาคารมาซื้อบ้านได้จะต้องมีเครดิตดีพอสมควร อย่างน้อยก็ต้องมีรายได้แน่นอน มีงานมั่นคง หรือมีหลักทรัพย์ที่ไว้ใจได้ ไม่ใช่พวก "นินจา" (NINJA – no income, no job and no asset) แต่เนื่องจากต้องการทำกำไรสูงสุด สถาบันการเงินหลายแห่งจึงปล่อยเครดิตแก่ลูกค้าที่ด้อยเครดิตจำนวนมาก เพราะสามารถขูดดอกเบี้ยได้แพง ๆ เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ดูเหมือนทุกฝ่ายจะสมประสงค์ คือธนาคารได้กำไรจากดอกเบี้ยแพง ลูกค้าได้ทำฝันที่จะมีบ้านของตัวเองให้เป็นจริง

สถาบันการเงินที่ปล่อยเครดิตซื้อบ้านแก่ลูกค้าไปนั้น หาวิธีที่จะลดความเสี่ยงด้วยการนำเอาหนี้ที่ปล่อยให้แก่ลูกค้าที่มีเครดิตต่างระดับกัน ดีบ้าง ด้อยบ้าง มาจัดเป็นกอง ๆ หรือแพ็คเกจ เพื่อเสนอขายในรูปของตราสารอนุพันธ์ กองไหนมีหนี้จากลูกค้าที่ด้อยเครดิตปนอยู่น้อยหรือไม่มีเลย ก็จะเป็นตราสารชั้นดี ผู้ซื้อมีความเสี่ยงน้อยแต่จะได้ผลตอบแทนต่ำ กองไหนมีหนี้จากลูกค้าด้อยเครดิตปนอยู่มากหรือเกือบทั้งหมด ก็จะถูกจัดเป็นตราสารชั้นรองลงมา ผู้ซื้อมีความเสี่ยงสูงแต่ก็จะได้ผลตอบแทนสูงด้วย ปรากฏว่าตราสารเหล่านี้ (ในทางเทคนิคเรียกว่า Collateralized Debt Obligation หรือ CDO) ได้รับการจัดอันดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับที่ดี จากสถาบันจัดอันดับที่มีชื่อ อย่างเช่น มูดี้ แอนด์ อินเวสต์เมนท์ และเอส แอนด์ พี ที่โลกรู้จักดี ทำให้ขายดิบขายดี ไม่เฉพาะในสหรัฐอเมริกา แต่ในยุโรปด้วย ผู้ซื้อมีตั้งแต่ธนาคารพาณิชย์ บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันภัย กองทุนเก็งกำไร (hedge fund) ไปจนถึงประชาชนทั่วไป

เมื่อเวลาผ่านไป ลูกหนี้ด้อยเครดิตจำนวนมากเริ่มมีปัญหา ไม่สามารถชำระหนี้ได้ตามเวลาที่กำหนด ทำให้ธนาคารผู้ปล่อยกู้และผู้ซื้อตราสารอนุพันธ์ ตกอยู่ในภาวะเสี่ยงมากขึ้น และเมื่อลูกหนี้ผิดนัดชำระกันมากขึ้น ๆ การยึดจำนองจากหนี้เสียก็เพิ่มขึ้นอย่างมากด้วย ในเวลาเดียวกัน ความต้องการบ้านและที่อยู่อาศัยก็มาถึงจุดอิ่มตัวแล้ว ราคาบ้านจึงรูดลงอย่างแรง ทำให้บ้านที่ผู้ซื้อเอาไปจำนองไว้กับธนาคารมีมูลค่าที่แท้จริงต่ำกว่ามูลค่าหนี้ที่กู้มาซื้อเสียอีก สถาบันที่ปล่อยกู้เองถึงจะยึดตัวบ้านหรือทรัพย์สินที่จำนองมาก็ยังขาดทุนอยู่ดี ทำให้ประสบปัญหาสภาพคล่องรุนแรง เพราะไม่สามารถชำระหนี้ที่ตัวเองกู้มาเพื่อการนี้ได้ หลายแห่งต้องยื่นเรื่องขอล้มละลาย เมื่อข่าวแพร่กระจายออกไป ความตื่นตระหนกก็ทำให้ปั่นป่วนไปทั่ว

ฟองสบู่ที่โตขึ้นอย่างรวดเร็วจากหนี้ซับไพรม์ในภาคอสังหาริมทรัพย์ และที่ถูกขับเคลื่อนด้วยความละโมบโลภมากของสถาบันการเงิน จึงระเบิดออกมาเป็นวิกฤตที่สร้างความหายนะหลายแสนล้านดอลลาร์ แก่เศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกา และยังความเสียหายอีกประมาณค่ามิได้แก่เศรษฐกิจทั่วโลก

ข้อโต้แย้งนี้แม้จะน่ารับฟัง แต่ก็ต้องไม่ลืมว่า อุดมการณ์ของทุนนิยม ไม่ว่าจะเป็น การมุ่งกำไรสูงสุด การแข่งขัน รวมทั้งการที่เอกชนเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต และผลตอบแทนที่เกิดจากการลงทุน ทั้งหมดเป็นไปเพื่อสนองความต้องการของมนุษย์ *แต่ความต้องการของมนุษย์นั้นไม่มีที่สิ้นสุด* เพราะมนุษย์มักจะมีความโลภเป็นเจ้าเรือน ตรงนี้แหละคือโอกาสที่จะนำไปสู่วิกฤตในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม

มนุษย์มีส่วนในวิกฤตที่เกิดขึ้นแน่นอน แต่อุดมการณ์และตรรกะของทุนนิยมเป็นกรอบสำคัญและเป็นบรรทัดฐาน ที่มนุษย์ใช้เพื่ออธิบายการสนองความโลภอันไม่มีที่สิ้นสุดของตน ไม่ว่าจะด้วยการเก็งกำไร การสร้างความต้องการในหมู่ผู้บริโภค ตลอดจนการปั่นราคาจนเกิดภาวะฟองสบู่ ในที่สุดก็ขับเคลื่อนเศรษฐกิจทั้งระบบไปสู่จุดระเบิดที่เป็นวิกฤตได้ วิกฤตครั้งแล้วครั้งเล่าในทศวรรษที่ผ่านมา ก็มีกระบวนการเกิดขึ้นทำนองนี้

อีกมิติหนึ่งของวิกฤตทุนนิยมเกิดจากการที่แต่ละภาคส่วนของมันพัฒนาไปไม่ทันกัน ที่เห็นชัดคือ ในปัจจุบันภาคการเงินล้ำหน้าไปไกลกว่าภาคอื่นๆ มาก เกิดผลิตภัณฑ์ทางการเงินใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นกองทุน หรือตราสารอนุพันธ์รูปแบบต่างๆ ที่เสนอผลตอบแทนล่อใจและยั่วกิเลสของคน ขณะที่ภาคการผลิตและการบริโภคซึ่งเป็นฐานอิงที่มั่นคงของภาคการเงิน ตามไม่ทัน วิกฤตซับไพรม์ที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ก็เพราะกระบวนการทำงานของภาคการเงินเดินหน้าไปเร็ว ซับซ้อนมาก ขาดระบบตรวจสอบที่เข้มแข็งเพียงพอ และไม่โปร่งใส สถาบันการเงินหลายแห่งปล่อยสินเชื่อแก่ลูกค้าด้อยเครดิต (subprime loan) เป็นที่น่าสังเกตว่า วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นหลายครั้งในช่วงเวลาประมาณ 20 ปีมานี้ ล้วนแต่มีจุดกำเนิดมาจากภาคการเงินทั้งสิ้น รวมทั้งวิกฤตต้มยำกุ้งที่ทำให้เศรษฐกิจของไทยและภูมิภาคเอเชียเจ็บปวดสาหัสมาแล้ว

วิกฤตต้มยำกุ้ง 2540: ฝันสลายของไทย

วิกฤตต้มยำกุ้งเป็นวิกฤตเศรษฐกิจครั้งร้ายแรงที่สุดเท่าที่ประเทศไทยเคยประสบมา วิกฤตนี้ส่งผลกระทบไปทั่วเอเชีย จุดเริ่มต้นมาจากการผ่อนคลายการควบคุมการนำเข้าเงินตราจากต่างประเทศ ใน พ.ศ. 2536 ซึ่งอนุญาตให้ธนาคารพาณิชย์และสถาบันการเงินดำเนินธุรกรรมวิเทศธุรกิจได้ ด้วยความมุ่งหวังว่าจะทำให้ไทยเป็นศูนย์กลางการเงินของภูมิภาค และเป็นเสือตัวที่ห้าของเอเชีย แต่สิ่งนี้กลับเป็นช่องทางให้สถาบันการเงินในประเทศในเวลานั้นกู้เงินจากต่างประเทศซึ่งมีดอกเบี้ยต่ำกว่าในประเทศ มาปล่อยกู้ทำกำไร โดยเฉพาะในภาคธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ที่มีความต้องการสูงและตลาดกำลังเติบโตอยู่พอดี ทั้งนี้โดยไม่ต้องกังวลมากในเรื่องความเสี่ยงจากความผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยน เนื่องจากรัฐบาลใช้นโยบายอัตราแลกเปลี่ยนคงที่

การโหมกู้เงินจากต่างประเทศ มาลงทุนในธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ทำให้เกิดการเก็งกำไร มีการปั่นอุปสงค์อสังหาริมทรัพย์ให้สูงขึ้นจนเกินจริง จนเกิดภาวะฟองสบู่ ขณะเดียวกัน ในช่วงหลังของทศวรรษที่ 2530 ภาคการส่งออกของไทยหดตัวลง การส่งออกที่ขยายตัวในอัตราต่ำมีผลกระทบอย่างแรงต่ออุปสงค์มวลรวม ส่งผลกระทบทางด้านจิตวิทยา และความเชื่อมั่นของนักลงทุนต่างชาติในเรื่องปัญหาสภาพคล่องของทุนสำรองระหว่างประเทศและค่าเงิน เพราะประเทศไทยขาดดุลบัญชีเดินสะพัดมาตลอดตั้งแต่ พ.ศ. 2530 และมีขนาดของการขาดดุลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การโจมตีค่าเงินของกองทุนเก็งกำไร (hedge fund) จากต่างประเทศ

แม้ธนาคารแห่งประเทศไทยจะทุ่มเงินทุนสำรองเงินตราระหว่างประเทศ 24,000 ล้านดอลลาร์ เพื่อปกป้องค่าเงินบาท ก็ต้านไว้ไม่อยู่ จนในที่สุดรัฐบาลต้องปล่อยให้ค่าเงินบาทลอยตัวในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ยังผลให้หนี้สินที่กู้มาจากต่างประเทศก่อนหน้านี้พุ่งขึ้นอย่างมหาศาลในพริบตา สถาบันการเงินหลายแห่งตกอยู่ในภาวะล้มละลาย ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ และผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็กจำนวนมากปิดกิจการ คนว่างงาน 1.3 ล้านคน (พ.ศ. 2541) เศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ในภาวะเสมือนล้มละลายทางการเงิน รัฐบาลต้องขอกู้เงินจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) จำนวน 17,200 ล้านดอลลาร์ เพื่อมาชดเชยทุนสำรองเงินตราระหว่างประเทศ

ประวัติศาสตร์ทุนนิยมทำให้เราเชื่อว่า สาเหตุของวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ๆ นั้นจะเห็นได้ในตรรกะและอุดมการณ์อันเป็นหัวใจของระบบทุนนิยมนั้นเอง ถ้าเช่นนั้นเราก็อาจจะคาดการณ์ต่อไปได้ว่า ตราบใดที่ตรรกะและอุดมการณ์สำคัญของทุนนิยมยังอยู่ที่เรื่องของการลงทุนเพื่อแสวงกำไรสูงสุดภายใต้ระบบการแข่งขันและตลาดเสรี วิกฤตทุนนิยมก็ยังจะมีต่อไป

เพราะมันเป็นเช่นนั้นเอง

สิ่งทั้งหลายในโลกนี้ ไม่ว่าจะเป็นระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ความเชื่อ หรือแม้แต่ระบบธรรมชาติ เมื่อพัฒนาไปจนเป็นระบบที่ใหญ่โตซับซ้อน ถ้าไม่ถูกท้าทาย หรือไม่มีอะไรมา "เขย่า" ให้ต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอแล้ว ถึงจุดหนึ่งระบบทั้งระบบจะตกอยู่ในสภาพที่เปราะบาง ซึ่งอาจเกิดจากการจัดโครงสร้างของตัวระบบนั้นเอง (self-organization) เช่น การทำหน้าที่ของส่วนประกอบแต่ละส่วนอาจมีความจำเพาะสูงจนเกินไป หรือโครงสร้างความสัมพันธ์กันของส่วนประกอบต่างๆ ภายในระบบอาจไม่มีความยืดหยุ่นเท่าที่ควร ทำให้ทั้งระบบตกอยู่ในสภาวะเปราะบางเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่ปกติ นั่นคือ มีภาวะวิกฤตแฝงอยู่ข้างในของตัวระบบเอง ระบบที่อยู่ในสภาวะเช่นนั้นหากมีส่วนประกอบแม้เพียงส่วนเดียวทำหน้าที่คลาดเคลื่อนไป หรือมีปัญหาจากภายนอกมากระทบ ก็อาจส่งผลสะเทือนรุนแรงจนเป็นวิกฤตไปทั้งระบบได้

ในฐานะเป็นระบบใหญ่โตที่มีความซับซ้อน ทุนนิยมไม่ได้แตกต่างจากระบบอื่นๆ ที่กล่าวมานั้นเลย

วิกฤตการเงินครั้งใหญ่ อย่างเช่นวิกฤตซับไพรม์และวิกฤตต้มยำกุ้ง ก็อาจจะเข้าใจได้ในทำนองเดียวกันนี้ วิกฤตทั้งสองนั้น เริ่มจากการมีสภาพคล่องสูง ขณะที่ตลาดการเงินก็มีความซับซ้อนมากขึ้นๆ มนุษย์ที่มีความโลภเป็น

รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในทางเศรษฐศาสตร์การเมืองวิเคราะห์ว่า การเติบโตของทุนมาจากแรงงานของมนุษย์ แต่พวกเจ้าของทุนมักจะจ่ายค่าแรงต่ำกว่ามูลค่าที่แรงงานผลิตได้เสมอ เพราะถ้าจ้างเท่ากับที่แรงงานผลิตได้ เจ้าของทุนก็ไม่ได้กำไร ทุนก็ไม่เติบโต ธรรมชาติของทุนนั้นมักจะขูดรีดมูลค่าส่วนเกินจากแรงงาน ผลคือ ค่าจ้างที่แรงงานได้มีค่าต่ำกว่าราคาสินค้า ทำให้คนส่วนใหญ่ที่เป็นชนชั้นแรงงานมีกำลังซื้อต่ำ เมื่อเป็นเช่นนั้นมันก็เป็นวิกฤตทางธุรกิจ ที่ส่งผลกระทบย้อนกลับมาสู่นายทุนผู้ผลิต เพราะขายสินค้าได้น้อย ขาดทุน ฝ่ายแรงงานก็เรียกร้องค่าแรงเพิ่ม ผู้ผลิตรับไม่ได้ ถ้าไม่เลิกผลิตก็เปลี่ยนมาใช้เครื่องจักรแทนแรงงานคน พอใช้เครื่องจักร คนก็ว่างงานเพิ่มขึ้น ค่าจ้างก็ถูกลง วิกฤตก็ยิ่งเพิ่มขึ้นไปอีก

เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้น ผู้ผลิตรายเล็กรายน้อยอยู่ไม่ได้ ที่เหลือก็ถูกครอบงำโดยรายใหญ่ ๆ ซึ่งเป็นส่วนน้อย เกิดการกระจุกตัวของทุน ภาพเช่นนี้ถือเป็นภาพพื้นฐานของทุนนิยม ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ โดยทั่วไปก็ 10 กว่าปีครั้งหนึ่ง พอมันเกิดวิกฤตขึ้น ก็จะมีนวัตกรรมใหม่ ๆ เกิดขึ้นมาเพื่อต่ออายุให้ทุนนิยมอยู่ได้ ที่ชัดเจนก็คือ รัฐบาลเอาเงินอัดเข้าไปในระบบเศรษฐกิจ ทำเช่นนี้มาตั้งแต่สมัยประธานาธิบดีรูสต์เวลล์ เมื่อตอนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจครั้งใหญ่ (the great depression) ค.ศ. 1929 และในวิกฤตซับไพรม์ที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ สหรัฐฯ ก็ยิ่งอัดเงินเข้าไปมาก ประเทศไทยเราก็ใช้วิธีนี้ ในความคิดของพวกมาร์กซิสต์ ตราบใดที่เราเลือกที่จะเดินตามทุนนิยม มันก็เลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดวงจรวิกฤตอย่างนี้

เก็บสาระจากการสัมภาษณ์ 12 มกราคม 2553

เจ้าเรือนอยู่แล้ว ใช้กลไกทางการเงินและการตลาดเป็นเครื่องมือ ขับเคลื่อนให้การแสวงกำไรไปไกลเกินระดับปกติธรรมดา จนกลายเป็นภาวะฟองสบู่ ชนิดที่กฎเกณฑ์ที่มีอยู่ หรือการทักท้วงจากผู้รู้ ก็มิอาจทำอะไรได้ ระบบการเงินทั้งระบบจึงเคลื่อนไปสู่ปากเหวแห่งภาวะวิกฤต ณ จุดนั้น แม้การ "ขยับตัว" เพียงเล็กน้อย เช่น การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขาดทุนจนต้องยื่นขอล้มละลาย ของสถาบันการเงินเพียงไม่กี่ราย ก็เพียงพอที่จะเขย่าตลาดการเงินทั้งระบบให้ล้มครืนลงได้ นี่คือกระบวนการที่นำไปสู่วิกฤตการเงินและวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นมาแล้ว

ที่เป็นเช่นนี้ ก็เพราะว่าธรรมชาติของระบบทุนนิยมเป็นเช่นนั้นเอง (เช่นเดียวกับระบบอื่นๆ) คือ เมื่อพัฒนาจนเติบโตไปถึงระดับที่มีความซับซ้อนมากขึ้นๆ ก็มักมีแนวโน้มที่จะเกิดวิกฤตได้ จากการจัดการภายในของตัวระบบนั้นเอง เสมือนมีระเบิดเวลาซ่อนอยู่ เว้นแต่ว่าในกระบวนการเติบโตขึ้นนั้นจะมีอะไรมา "ท้าทาย" หรือทำให้ระบบต้องปรับตัวอยู่เสมอ ในทางเศรษฐกิจและสังคม "อะไร" ที่ว่านั้นอาจเป็นข้อมูลข่าวสาร เสียงวิพากษ์วิจารณ์ คำเตือนจากผู้ที่เห็นต่าง คำพยากรณ์ที่มีหลักวิชา หรือแม้แต่ความขัดแย้ง ถ้าระบบมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งท้าทายเหล่านั้น ก็อาจจะหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตได้

แต่ไม่ว่าจะอย่างไร *ถ้าตัวระบบมีแนวโน้มที่จะก่อให้วิกฤตได้อยู่แล้ว วิกฤตก็จะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากอยู่ดี* นี่คือกฎของทฤษฎี "ภาวะวิกฤตที่เกิดจากการจัดโครงสร้างของตัวระบบเอง" (self-organized criticality theory) ที่นักฟิสิกส์ค้นพบ และนำไปอธิบายวิกฤตของระบบต่างๆ ทั้งในทางธรรมชาติและในทางเศรษฐกิจและสังคม

บทสรุปตรงนี้คือ ไม่ว่าวิกฤตจะเกิดจากอุดมการณ์หรือจากอะไรก็ตาม วิกฤตทุนนิยมก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก

ศาสตราจารย์ ดร. ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์

คณบดี คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทุนนิยมมันมีวิกฤตการณ์ของตัวมันเอง ในแง่ที่ว่ามันมีความไม่แน่นอนสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันเศรษฐกิจมันเติบโต ทำงานรวดเร็วไม่เท่ากัน เศรษฐกิจมันเคลื่อนในลักษณะที่รวดเร็วไม่เท่ากัน ภาคส่วนต่างๆ มันไปไม่ทันกัน ถ้ายังไม่ได้พัฒนาเป็นทุนนิยม ภาคส่วนต่างๆ มันก็อาจจะช้าพอๆ กัน แต่ถ้าทุนนิยมพัฒนาไปมากๆ แล้ว มันจะเร็วแต่เร็วไม่เท่ากัน ทำให้เศรษฐกิจแต่ละสาขามีความเสี่ยงไม่เท่ากัน ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม คือ ภาคการเงิน ซึ่งเป็นภาคที่ทำงานเร็วมาก แต่เร็วมากก็เสี่ยงมาก ในขณะที่ภาคอื่นที่ไม่ใช่ภาคการเงิน เช่น ภาคแรงงาน ก็จะทำงานช้า พอทำงานช้า มันเลยทำให้ภาคที่ทำงานเร็วเข้าสู่ความเสี่ยงที่มากกว่า ตรงนี้มันทำให้เกิดปัญหาของระบบทุนนิยม จะเห็นว่าวิกฤตการณ์ในระยะหลังๆ นี้เกิดในภาคเอกชนและก็เกิดในภาคการเงิน ไม่เหมือนสมัยก่อน ที่วิกฤตมันเกิดเพราะภาวะดินฟ้าอากาศ เช่น ฝนแล้ง น้ำท่วม มากกว่า

อันนี้มันคล้ายกันเลย ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตที่ไหน เช่น ที่เม็กซิโก เมื่อปี ค.ศ.1995 ก็เกิดจากการล้มลงของธนาคาร มาปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศไทย ก็เกิดจากภาคการเงิน วิกฤตซับไพรม์ที่อเมริกา ก็มาจากภาคการเงิน ซึ่งมันทำงานเร็วมาก หลังๆ นี่วิกฤตการณ์มันเกิดทุกๆ 5 ปีเลย มันเกิดเพราะว่าโครงสร้างของมันซับซ้อนหลากหลาย ภาคการเงินเป็นภาคที่มีความเป็นทุนนิยมสูงกว่าภาคอื่นๆ และสุกงอมที่สุดสำหรับการเกิดวิกฤต ส่วนหนึ่งนั้นเป็นปัญหาของระบบ แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นปัญหาการจัดการของมนุษย์

เก็บสาระจากการสัมภาษณ์ 18 มกราคม 2553

วิกฤตเพราะทุนนิยม

หลักการอันเป็นหัวใจของระบบทุนนิยม คือการลงทุนทำการผลิตเพื่อแสวงกำไร โดยมีตลาดซึ่งขับเคลื่อนด้วยการแข่งขันเป็นกลไกสำคัญ หลักการสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ การถือว่าปัจเจกชนเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต และผลกำไรที่เกิดจากการลงทุนของตนได้อย่างไม่มีขีดจำกัด หลักการนี้ทำให้ทุนนิยมเป็นอุดมการณ์ที่มีอิทธิพลยิ่งต่อโลกทัศน์และค่านิยม ที่เป็นเสมือนกรอบหรือแนวทางในการดำรงชีวิตและตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ รวมทั้งการกระทำของมนุษย์ด้วย

ลักษณะเด่นของอุดมการณ์ โลกทัศน์ และค่านิยมแบบทุนนิยมคือ:

ประการแรก ทุนนิยมมองว่า มนุษย์เป็นปัจจัยการผลิต (แรงงาน) ที่ต้องถูกทำให้มีต้นทุน (ค่าจ้าง) ต่ำที่สุด เพื่อที่จะได้มีผลกำไรสูงสุด

ประการที่สอง ทุนนิยมมองมนุษย์เป็นลูกค้า หรือผู้บริโภค ซึ่งเป็นเป้าหมายของการขายผลผลิตเพื่อทำกำไร ทำให้มีการโฆษณาแข่งขันการขายสินค้าด้วยกลยุทธ์ต่างๆ อันนำไปสู่ "วัฒนธรรมบริโภคนิยม"

ประการที่สาม ทุนนิยมมองว่าทุนเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญ ดังนั้น อะไรที่ทำให้เป็นทุนโดยตรงได้ยากมักจะได้รับการให้คุณค่าน้อย เช่น ป่าไม้ แต่อะไรที่ทำให้เป็นทุนได้ง่ายก็จะให้คุณค่ามาก เช่น ต้นไม้ซึ่งสามารถเอามาสร้างบ้านเรือนหรือทำเฟอร์นิเจอร์ได้โดยตรง ทัศนะเช่นนี้นำไปสู่การใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง ไม่ยั่งยืน

ประการที่สี่ นอกจากนี้ ทุนนิยมยังมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างมี "ราคา" ทัศนะเช่นนี้นำไปสู่การตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ บนพื้นฐานของราคามากกว่าคุณค่าด้านอื่น และนำไปสู่การทำให้ทุกอย่างเป็น "สินค้า" (commoditization) เพื่อทำกำไร แม้วัฒนธรรม พิธีกรรม ประเพณี ภูมิทัศน์ ความสวยงามตามธรรมชาติ ฯลฯ ทุนนิยมก็สามารถนำมาทำเป็นสินค้าเพื่อแสวงกำไรได้ เช่น เพื่อการท่องเที่ยว เป็นต้น

ประการที่ห้า ทุนนิยมให้ความสำคัญแก่ระบบตลาดที่มีการแข่งขัน ระบบนี้อาจช่วยให้ผู้บริโภคซื้อสินค้าและบริการได้ในราคาต่ำ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติผู้ที่เข้าสู่การแข่งขันในระบบตลาดโดยมากแล้วไม่ได้อยู่ในสถานะที่เท่าเทียมกัน ทำให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างผู้ที่ "แข็งแรงกว่า" กับผู้ที่ "ด้อยกว่า" ซึ่งนำไปสู่การแข่งขันที่ไม่เป็นธรรม ประเภท "มือใครยาวสาวได้สาวเอา" หรือ "ปลาใหญ่กินปลาเล็ก" ข้อเท็จจริงเป็นเช่นนี้ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการโยกย้ายทรัพยากรจากพื้นที่ที่มีความสามารถในการซื้อหรือการบริโภคต่ำ ไปสู่พื้นที่ที่มีความสามารถในการซื้อสูงกว่า เช่น มีการจับปลาในทะเลไทย หรือเลี้ยงกุ้งตามบริเวณชายฝั่งของไทย (และของประเทศยากจนอื่นๆ) ไปขายให้คนในประเทศร่ำรวยบริโภค เพราะได้ราคาดีกว่า โดยละเลยความต้องการของคนในพื้นที่ ยิ่งกว่านั้น การเคลื่อนย้ายทุนอย่างเสรีในยุคทุนนิยมไร้พรมแดน ยังทำให้ประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วย ต้องพึ่งพาการลงทุนจากต่างประเทศสูงเกินไป มีโอกาสจะนำไปสู่วิกฤตทางการเงินได้ง่าย ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหันในฐานการลงทุน

ประการที่หก ทุนนิยมยอมรับการเป็นเจ้าของทรัพย์สินส่วนบุคคล อย่างไม่จำกัด ทำให้มีแนวโน้มที่จะเน้นความสำคัญของปัจเจกชนเหนือกว่าส่วนรวม นำไปสู่ระบบ "ปัจเจกนิยม" และทำให้มีการ "ผูกขาด" เช่น ระบบสัมปทาน และระบบทรัพย์สินทางปัญญา (ลิขสิทธิ์ สิทธิบัตร) ระบบกรรมสิทธิ์ผูกขาดเช่นนี้ตรงกันข้ามกับระบบกรรมสิทธิ์ร่วม หรือระบบการแบ่งปันการใช้ประโยชน์ เช่น ระบบโฉนดที่ดินชุมชน หรือป่าชุมชน เป็นต้น

อุดมการณ์ โลกทัศน์ และค่านิยมดังกล่าวข้างต้น เป็นลักษณะสำคัญ หรือ core values ของทุนนิยม ที่ทำให้เศรษฐกิจเติบโตและก้าวหน้า แต่ขณะเดียวกัน อุดมการณ์และค่านิยมเดียวกันนี้ก็นำไปสู่ปัญหาหลาย อย่าง โดยเฉพาะปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ชุมชุนอ่อนแอ คุณค่าความเป็นมนุษย์ และศีลธรรมจริยธรรมถูกละเลย และปัญหาสุขภาพ กล่าวโดยสรุปคือ ปัญหาสำคัญหลายอย่างที่สังคมทุนนิยม ส่วนมากได้ประสบกันนั้น มีสาเหตุที่เชื่อมโยงไปถึงระบบ ทุนนิยม ไม่โดยตรงก็โดยอ้อม

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี

ทุนนิยมเกิดขึ้นจากการที่ฝรั่งใช้อำนาจ ใช้กำลังไปแย่งชิงเอาทรัพยากรจากส่วนต่าง ๆ ของโลก เริ่มแรกก็ไปค้าขาย หนัก ๆ เข้าก็ใช้กำลังยึดเอาประเทศที่ด้อยกำลังกว่าเป็นอาณานิคมเสียเลย จุดมุ่งหมายก็เพื่อสะสมทุน สร้างความมั่งคั่ง ระบบทุนนิยมจึงเป็นเครื่องมือสนองโลภะ แล้วมันก็เชื่อมต่อไปถึงโทสะและโมหะด้วย

การพัฒนาในระบบทุนนิยมมันทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวย และระหว่างประเทศจนกับประเทศรวย ช่องว่างอย่างนี้นำไปสู่ปัญหามากมาย ที่ชัดเจนคือมันทำลายสิ่งแวดล้อม เพราะต้องเอาทรัพยากรมาเปลี่ยนเป็นทุน ประเทศไทยเราตอนเริ่มพัฒนาใหม่ ๆ เมื่อ 50 ปีที่แล้ว มีเนื้อที่ป่าอยู่ 220 ล้านไร่ จากพื้นที่ทั้งประเทศ 328 ล้านไร่ แต่ 50 ปี หลังจากเริ่มการพัฒนา ป่าเหลือเพียง 80 ล้านไร่

ในด้านสุขภาพ ทุนนิยมมีส่วนดีตรงที่มันทำให้เกิดเทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้คนมีอายุยืนมากขึ้น แต่ข้อเสียอยู่ที่สิ่งเหล่านี้ราคาแพง มันทำให้เงินของชาติหมดไปกับเรื่องรักษา ถึงอย่างนั้นก็ไม่ทั่วถึง เพราะมีคนอีกมากที่ไม่มีเงินเข้าไม่ถึงบริการ อย่างสหรัฐอเมริกาใช้เงินตั้ง 16% ของ GDP ก็ยังมีคนอีกตั้ง 40 ล้านคน ที่ไม่มีประกันสุขภาพ แปลว่าใช้เงินไปเยอะ แต่ผลที่ได้ไม่คุ้ม ทุกวันนี้เรื่องสุขภาพมันกระจายไปในภาคเอกชน เป็นการค้าไปหมด "ยาขอหมอวาน" เหมือนสมัยก่อนไม่มีแล้ว ประเทศไทยก็พยายามจะเป็นศูนย์การแพทย์ของภูมิภาค รัฐบาลก็ชอบ เพราะได้เงินเข้าประเทศ แต่ระบบนี้มันดูดเอาแพทย์ ดูดเอาพยาบาลไปจากสถานบริการของรัฐ ทำให้โรงพยาบาลในต่างจังหวัดเกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากร โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ใหญ่ ๆ ก็สูญเสียแพทย์ให้โรงพยาบาลเอกชนไปมาก เพราะเขาเสนอค่าตอบแทนให้แพง ๆ ปัญหาก็เพราะเราเอาทุนนิยมเข้ามาในระบบบริการทางสุขภาพ

ถ้าจะให้เราไปรอด เราต้องไม่เอาเงินและวิชาเป็นตัวตั้ง เพราะเงินและวิชามันพาให้คนโลภ คิดแคบ ไม่ใช้ปัญญา เราต้องเอาชีวิต เอาคน เอาชุมชนเป็นตัวตั้ง เพราะชีวิต คน และชุมชนมันจะเชื่อมโยงเอาทุกอย่างเข้ามาให้สมดุลกัน วิกฤตที่เกิดขึ้นนั้นก็เพราะมันขาดดุลยภาพระหว่างกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง อะไรที่เสียดุลยภาพมันก็ไม่สบาย ร่างกายเราถ้าสมดุลดีเราก็รู้สึกสบาย เป็นปกติ และมีความยั่งยืน แต่ถ้าเสียดุลยภาพก็เกิดวิกฤต ดังนั้น วิถีการพัฒนาต่อไปนี้ต้องเป็นวิถีดุลยภาพ เท่านั้น

ตอนนี้วิถีดุลยภาพกำลังเกิดขึ้น เรื่องเศรษฐกิจนี้เห็นชัด เศรษฐกิจชุมชน เศรษฐกิจพอเพียงกำลังเกิดขึ้น ชาวบ้านเป็นหมื่น ๆ ในขณะนี้ได้ค้นพบวิถีดุลยภาพ และชีวิตของพวกเขากำลังดีขึ้น อย่างผู้ใหญ่วิบูลย์ เข็มเฉลิม นั้น ตอนแรกปลูกแต่มันสำปะหลังอย่างเดียว เป็นหนี้เยอะ ตอนหลังพลิกกลับ เปลี่ยนมาปลูกหลายอย่าง ความสมดุลกลับมา อาหารมีพอกิน ป่าไม้ก็กลับมา เวลาก็มีเหลือ คนในชุมชนมีเวลามากขึ้น ใจเย็นขึ้น ความรุนแรงลดลง

ไอสไตน์เคยพูดไว้ว่า "เราจำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีคิดใหม่โดยสิ้นเชิง ถ้าจะให้มนุษยชาติอยู่รอดได้" ในเรื่องทุนนิยมนั้น ที่ดีกว่าคือ conscious capitalism ทุนนิยมที่มีหัวใจ มีจิตสำนึก ในวิกฤตนั้นมันไม่มีทางอื่นนอกจากปฏิวัติจิตสำนึก คือ ต้องเจริญสติ เพราะเจริญสติแล้วมันเป็นสุข ไม่ต้องเสพมาก ทุกอย่างมันดีขึ้นหมด จิตใจดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น ความสัมพันธ์ดีขึ้น ความสุขก็มากขึ้น

เก็บสาระจากการสัมภาษณ์ 27 ธันวาคม 2552

ทุนนิยมนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ

การที่ทุนนิยมให้ความสำคัญแก่กลไกตลาดที่มีการแข่งขันเสรี และการยอมรับสิทธิในการเป็นเจ้าของทรัพย์สินส่วนบุคคลแบบไม่มีขีดจำกัด เป็นสาเหตุสำคัญของความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกหลายด้าน โดยเฉพาะเมื่อมีเงื่อนไขอื่นๆ สนับสนุน เงื่อนไขสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ โครงสร้างทางการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย และกฎกติกาทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม การบริหารจัดการที่ไม่โปร่งใสไร้ธรรมาภิบาล และการไม่มีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับผลประโยชน์สาธารณะ ทุนนิยมในสถานการณ์เช่นนั้นมักจะเป็น "ทุนนิยมผูกขาด" หรือที่นักวิชาการบางท่านเรียกว่า "ทุนนิยมสามานย์" เป็นทุนนิยมที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำ

รูปธรรมของความเหลื่อมล้ำ

การวิเคราะห์ของนักวิชาการหลายท่านต่างชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ในระดับที่น่าเป็นห่วง ความเหลื่อมล้ำนี้วัดเป็นดัชนีที่เรียกว่า "ค่าสัมประสิทธิ์จีนี" (Gini coefficient) ซึ่งเมื่อคำนวณออกมาเป็นตัวเลขจะมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าดัชนีที่อยู่ใกล้ 0 หมายความว่า มีความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้ต่ำ ตรงกันข้าม ถ้าค่าสัมประสิทธิ์จีนีค่อนไปทาง 1 แสดงว่ามีความเหลื่อมล้ำสูง ยิ่งใกล้ 1 มาก ยิ่งแสดงว่ามีความเหลื่อมล้ำสูงมาก

การวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลรายได้ครัวเรือน จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติทำทุก 2 ปี พบว่า ระหว่าง พ.ศ. 2529–2549 ความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้ในสังคมไทยอยู่ในระดับสูงมาตลอด คือ อยู่ในระดับ 0.48 ถึง 0.53 แม้ว่าความเหลื่อมล้ำระหว่างคนจนกับคนรวยจะมีการเปลี่ยนแปลงบ้าง ตามสภาวะทางเศรษฐกิจ แต่ในภาพรวมแล้วก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เฉพาะในปี 2550 ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำอยู่ที่ 0.5 (ตารางที่ 1)

ศาสตราจารย์ ดร. เมธี ครองแก้ว นักเศรษฐศาสตร์ที่สนใจศึกษาเรื่องนี้ต่อเนื่องมานานคนหนึ่งกล่าวว่า "*ขนาดของความเหลื่อมล้ำที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังต้องถือว่าอยู่ในระดับที่น่าวิตกเป็นอย่างยิ่ง สำหรับประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง อย่างเช่นประเทศไทย กล่าวคือ ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำของไทยยังอยู่ในระดับ 0.5 ซึ่งไม่ต่างจากประเทศกำลังพัฒนาใน*

ตารางที่ 1: ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำการกระจายรายได้ในสังคมไทย (ค่าสัมประสิทธิ์จีนี)

พ.ศ.	ทั่วประเทศ	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	เขตเมือง	เขตชนบท
2531	0.487	0.388	0.435	0.439	0.454	0.463	0.434	0.439
2533	0.515	0.420	0.480	0.468	0.434	0.469	0.478	0.447
2535	0.536	0.457	0.462	0.476	0.471	0.481	0.494	0.439
2537	0.520	0.405	0.461	0.468	0.472	0.498	0.473	0.457
2539	0.513	0.401	0.468	0.458	0.470	0.470	0.479	0.440
2541	0.507	0.415	0.443	0.462	0.460	0.491	0.465	0.450
2543	0.522	0.417	0.448	0.469	0.483	0.476	0.471	0.468
2545	0.507	0.438	0.437	0.467	0.469	0.464	0.473	0.448
2547	0.493	0.422	0.433	0.478	0.448	0.445	0.461	0.445
2549	0.515	0.452	0.445	0.491	0.499	0.475	0.479	0.484
2550	0.499	0.468	0.423	0.470	0.471	0.464	0.474	0.459

ที่มา: 1) ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ข้อมูล ปี 2549 และปี 2550 มีการบันทึกข้อมูลรายได้ติดลบ)

2) Boonyamanond. 2008

แอฟริกาอย่างเช่น ไนเจอร์ มาลี หรือ แซมเบีย มากนัก" (มติชนรายวัน 3 สิงหาคม 2550)

- **ความมั่งคั่งกระจุกอยู่ในมือคนส่วนน้อย**

มีหลักฐานอย่างน้อย 3 ประการที่แสดงว่า ความมั่งคั่ง (wealth) ในสังคมไทยกระจุกตัวอยู่ในมือของคนจำนวนน้อยเท่านั้น หลักฐานที่ว่านั้นคือ รายได้ เงินออมในบัญชีเงินฝากธนาคาร และการเป็นเจ้าของที่ดิน

รายได้

การวิเคราะห์ข้อมูลรายได้ครัวเรือน จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ระหว่าง พ.ศ. 2531-2550 แสดงให้เห็นว่า ตลอดช่วงเวลานี้ ประมาณร้อยละ 54-59 ของรายได้ทั้งประเทศเป็นของกลุ่มคนที่รวยที่สุด (กลุ่มบนสุด) ซึ่งมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น ขณะที่คนร้อยละ 20 ซึ่งเป็นกลุ่มที่จนที่สุด (กลุ่มล่างสุด) มีรายได้รวมกันเพียงร้อยละ 4 อีก 3 กลุ่มที่เหลือ (คิดเป็นร้อยละ 60 ของประชากรทั้งประเทศ) ซึ่งเป็นกลุ่มกลางนั้น มีสัดส่วนรายได้รวมกันร้อยละ 40 ของรายได้ทั้งประเทศ เฉพาะในปี 2550 สัดส่วนรายได้ของกลุ่มบน (รวย) สุด กับกลุ่มล่าง (จน) สุด ทิ้งห่างกันเกือบ 13 เท่า ช่วงห่างทางรายได้นี้แทบไม่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 2)

เงินออม

สถิติจากธนาคารแห่งประเทศไทยสำหรับเดือนมิถุนายน พ.ศ.2552 ชี้ให้เห็นว่า บัญชีเงินฝากที่มีเงินฝากตั้งแต่ 10 ล้านบาทขึ้นไป ทั้งหมดมีประมาณ 70,000 บัญชี (หรือร้อยละ 0.1 ของจำนวนบัญชีเงินฝากทั้งประเทศ) บัญชีทั้ง 70,000 บัญชีนี้มีเงินฝากรวมกันประมาณ 3 ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 42 ของเงินฝากในธนาคารทั้งประเทศ หรือประมาณ 1 ใน 3 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ในปี พ.ศ. 2551 สถิติไม่ได้บอกว่าคนจำนวนเท่าใดเป็นเจ้าของบัญชีเหล่านี้ แต่เชื่อว่าโดยปกติคนที่มีเงินฝากมากๆ เช่นนี้คนหนึ่งๆ มักจะมีบัญชีเงินฝากมากกว่า 1 บัญชี สมมุติว่าโดยเฉลี่ยมีคนละ 2 บัญชี ก็จะพบว่ามีเจ้าของบัญชีทั้งหมดประมาณ 35,000 คน หรืออาจจะน้อยกว่านี้ ถ้าแต่ละคนหรือส่วนใหญ่มีมากกว่า 2 บัญชี ถ้าการประมาณการ

ตารางที่ 2: สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม (Quintile by Income) พ.ศ. 2531-2550

กลุ่มประชากรตามระดับรายได้	สัดส่วนรายได้ของประชากร (ร้อยละ)										
	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2547	2549	2550
กลุ่ม 20% ที่ 1 (จนที่สุด)	4.58	4.29	3.96	4.07	4.18	4.30	3.95	4.23	4.54	4.03	4.41
กลุ่ม 20% ที่ 2	8.05	7.54	7.06	7.35	7.55	7.75	7.27	7.72	8.04	7.69	8.04
กลุ่ม 20% ที่ 3	12.38	11.70	11.11	11.67	11.83	12.00	11.50	12.07	12.41	12.13	12.42
กลุ่ม 20% ที่ 4	20.62	19.50	18.90	19.68	19.91	19.82	19.83	20.07	20.16	20.04	20.20
กลุ่ม 20% ที่ 5 (รวยที่สุด)	54.37	56.97	58.98	57.23	56.53	56.13	57.45	55.91	54.86	56.11	54.93
รวม	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
สัดส่วนกลุ่มที่ 5 ต่อกลุ่มที่ 1 (เท่า)	11.88	13.28	14.90	14.07	13.52	13.06	14.55	13.23	12.10	13.92	12.47

หมายเหตุ: 1) รายได้ หมายถึง รายได้ประจำ ที่ไม่รวมรายรับอื่นๆ เช่น เงินทุนการศึกษา มรดก พินัยกรรม ของขวัญ ประกันสุขภาพ ประกันภัยประกันชีวิต/ประกันสังคม เงินถูกสลาก เงินรางวัล ค่านายหน้า และเงินได้จากการพนัน เป็นต้น

2) ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (เฉพาะ พ.ศ. 2549 และ 2550 ได้ปรับข้อมูลรายได้ที่บันทึกติดลบหรือขาดทุน ให้เป็นศูนย์)

ที่มา: ข้อมูลการประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

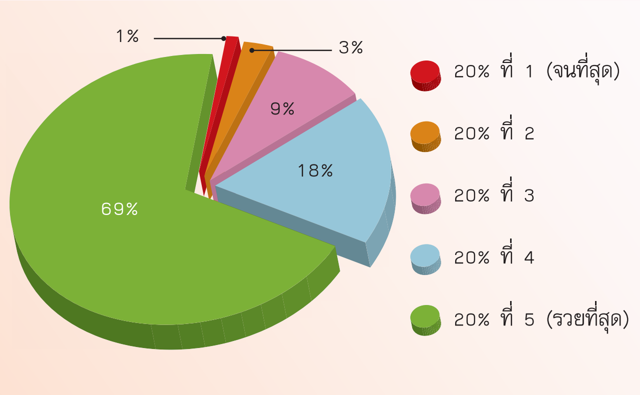
นี้ใกล้ความจริงก็แปลว่า เงินฝากมากกว่า 2 ใน 5 ของทั้งประเทศอยู่ในมือของคนเพียง 35,000 คน หรือร้อยละ 0.06 ของประชากรทั้งประเทศเท่านั้น (ปี 2552 ประเทศไทยมีประชากร 63,396,000 คน) แสดงว่าเงินออมในธนาคารนั้นกระจุกตัวอยู่ในมือของคนกลุ่มเล็กๆ เท่านั้น

การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน

เช่นเดียวกับรายได้และเงินออม การกระจายทรัพย์สินสำคัญ เช่น ที่ดิน ก็แสดงให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำอย่างมากในสังคมไทย ทั้งนี้ นอกจากรากฐานของเศรษฐกิจคือระบบทุนนิยม ที่ให้คุณค่าในการสะสมทุนและความมั่งคั่งอย่างสูงแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการตักตวงกอบโกยโดยกลุ่มผู้มีอำนาจซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้เปรียบในสังคมอยู่แล้วด้วย การวิเคราะห์นำร่องเกี่ยวกับการถือครองที่ดินใน 8 จังหวัด พบว่าผู้ถือครองที่ดินรายใหญ่ที่สุด 50 รายแรก (ทั้งบุคคลและนิติบุคคล) ครอบครองที่ดินมากถึงร้อยละ 10 ของที่ดินในจังหวัดที่ทำการศึกษา ในบางจังหวัด ผู้ถือครองรายใหญ่ที่สุดมีที่ดินรวมกันนับหมื่นไร่

ทรัพย์สินครัวเรือนก็มีการกระจุกตัวสูงมากเช่นกัน ตอกย้ำให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำและช่วงห่างระหว่างครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่ร่ำรวย ซึ่งห่างไกลกันลิบลับ ข้อมูลใน พ.ศ. 2549 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 69 ของทรัพย์สินทั้งประเทศอยู่ในความครอบครองของครัวเรือนที่รวยที่สุด ซึ่งมีเพียงร้อยละ 20 ของทั้งหมดเท่านั้น ขณะที่ร้อยละ 20 ซึ่งเป็นครัวเรือนที่ยากจนที่สุด มีทรัพย์สินรวมกันเพียงร้อยละ 1 นั่นคือห่างกันถึง 69 เท่า (รูปที่ 1)

รูปที่ 1: ความเหลื่อมล้ำของครัวเรือน จำแนกกลุ่มครัวเรือนตามฐานะ และการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน พ.ศ. 2549



ที่มา: สร้างจากข้อมูลการสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

• ความเหลื่อมล้ำในภาคธุรกิจ

การวิเคราะห์การผูกขาดและความเหลื่อมล้ำในภาคธุรกิจ โดย *ดร. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์* แห่งสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) พบว่า ทั้งกลุ่มบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ และกลุ่มบริษัทที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (ซึ่งไม่ได้อยู่ในตลาดหลักทรัพย์) ต่างก็มีการกระจุกตัวของรายได้ในระดับที่สูงยิ่ง

เฉพาะกลุ่มบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์นั้น การวิเคราะห์ในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547–2551 พบว่า ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำ ในกลุ่มบริษัทเหล่านี้มีค่าสูงมาก คือ เท่ากับ 0.76 ใน พ.ศ. 2547 และเพิ่มเป็น 0.78 ใน พ.ศ. 2551 ค่าดัชนีความเหลื่อมล้ำนี้สูงกว่าค่าความเหลื่อมล้ำรายได้ของประชากรทั้งประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.49–0.51 (ซึ่งก็สูงอยู่แล้ว)

นอกจากนี้ยังได้พบว่า บริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ร้อยละ 20 ที่เป็นกลุ่มมีรายได้สูงสุด (กลุ่มบนสุด) นั้น มีรายได้รวมกันแล้วเกินร้อยละ 80 ของรายได้รวมของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ทั้งหมด ขณะที่ร้อยละ 20 ของบริษัทที่เป็นกลุ่มรายได้ต่ำสุด (กลุ่มล่างสุด) มีรายได้รวมกันไม่ถึงร้อยละ 1 และบริษัทที่เหลืออีกร้อยละ 60 (3 กลุ่มกลาง) มีรายได้รวมกันแล้วอยู่ระหว่างร้อยละ 13–18 เท่านั้น ที่น่าวิตกคือความเหลื่อมล้ำมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นว่าช่วงห่างกันระหว่างบริษัทรวยในกลุ่มบนสุด กับบริษัทจนในกลุ่มล่างสุด เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 88 เท่า ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 162 เท่า ในปี พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 3 หน้า 92)

ในกลุ่มบริษัทที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ (บริษัทนอกตลาดหลักทรัพย์) สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำยิ่งรุนแรงมากกว่ากลุ่มบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์เสียอีก กล่าวคือ ระหว่าง พ.ศ. 2548–2550 บริษัทร้อยละ 10 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงสุด มีส่วนแบ่งรายได้รวมกัน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 3: การกระจายรายได้ของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ จำแนกกลุ่มบริษัทตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม

กลุ่มบริษัทตามระดับรายได้	สัดส่วนรายได้ (ร้อยละ)				
	2547	2548	2549	2550	2551
บริษัททั้งหมด 285 บริษัท	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
กลุ่ม 20% รวยสุด (กลุ่มบนสุด)	81.02	82.79	84.05	84.60	86.28
กลุ่ม 60% กลาง (รวม 3 กลุ่ม)	18.05	16.41	15.26	14.76	13.19
กลุ่ม 20% จนสุด (กลุ่มล่างสุด)	0.93	0.80	0.69	0.64	0.53
สัดส่วน กลุ่ม 20% รวยสุด ต่อกลุ่ม 20% จนสุด (เท่า)	**88**	**103**	**121**	**132**	**162**
ค่าสัมประสิทธิ์ จีนี	0.7617	0.7788	0.7800	0.7696	0.7864

ที่มา: ปรับจาก ตารางที่ 2.1 ของเดือนเด่น นิคมบริรักษ์. 2552

85.61 ของรายได้บริษัทนอกตลาดหลักทรัพย์ทั้งหมด ใน พ.ศ. 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.07 ใน พ.ศ. 2550 ขณะที่ร้อยละ 10 ที่มีรายได้ต่ำสุดมีส่วนแบ่งรายได้รวมกันเพียงร้อยละ 0.01 ใน พ.ศ. 2548 และลดลงเป็น 0.007 ใน พ.ศ. 2550 ทำให้ช่วงห่างระหว่างกลุ่มที่รายได้สูงสุดกับกลุ่มที่รายได้ต่ำสุด (ในช่วงเวลา 3 ปีที่ทำการวิเคราะห์นี้) เพิ่มขึ้นจาก 8,476 เท่า เป็น 12,724 เท่า สภาพเช่นนี้ต้องบอกว่าต่างกันราวฟ้ากับดิน (ตารางที่ 4)

หลักฐานที่ชัดเจนอีกอย่างหนึ่งของความไม่เท่าเทียมในภาคธุรกิจจะเห็นได้ในสาขาการค้าปลีก การขยายตัวอย่างรวดเร็วของห้างสรรพสินค้าและศูนย์การค้าใหญ่ๆ บวกกับการเปิดกว้างให้บริษัทข้ามชาติเข้ามาดำเนินกิจการค้าปลีกภายในประเทศ ได้ก่อให้เกิดสถานการณ์วิกฤตที่กำหนดความเป็นความตายสำหรับผู้ค้าปลีกรายย่อย (ร้านโชห่วย) อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ร้านค้าย่อยที่ดำเนินการโดยคนในชุมชนและอยู่คู่กับชุมชนมานานเหล่านี้ ต้องมาแข่งขันกับห้างใหญ่ที่มีพร้อมทั้งเงินทุน เทคโนโลยี การบริหารจัดการ เครดิต และเครือข่าย ทำให้ร้านค้าย่อยในชุมชนหมดอนาคต ที่ตายไปก็มีมาก และคาดว่าจำนวนร้านค้าขนาดเล็กที่เลิกกิจการไปจะมากขึ้นเรื่อยๆ สถานการณ์ "ปลาใหญ่กินปลาเล็ก" เช่นนี้นับวันจะทวีความเข้มข้นยิ่งขึ้น เพราะความมั่งคั่งจะถูกดูดไปอยู่กับห้างใหญ่ๆ หรือบรรษัทข้ามชาติเพียงไม่กี่แห่ง

การกระจายรายได้ในภาคธุรกิจที่มีลักษณะกระจุกตัวสูงมากเช่นนี้ เป็นเพราะระบบทุนนิยมเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันเสรีภายใต้กลไกตลาด การแข่งขันเสรีนั้นอาจจะฟังดูดี แต่ความจริงแล้วในการแข่งขันเสรีแบบทุนนิยมนั้น ผู้ที่แข็งแรงกว่าเท่านั้นคือผู้ที่ได้เปรียบและเป็นผู้ชนะ ในที่สุดการแข่งขันที่ว่าเสรีนั้นก็นำไปสู่การผูกขาด แบบมือใครยาวสาวได้สาวเอา เป็นเช่นนี้ในแทบทุกภาคส่วนของระบบเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นภาคการเกษตร ภาคอุตสาหกรรมและบริการ หรือแม้แต่ในภาคการค้าขายก็ไม่ได้เว้น ดังนั้นการแข่งขันเสรีจึงไม่ใช่การแข่งขันที่เป็นธรรม

ตารางที่ 4: การกระจายรายได้ของบริษัทที่จดทะเบียนกับกรมพัฒนาธุรกิจการค้า จำแนกกลุ่มบริษัทเป็น 10 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน ตามระดับรายได้

กลุ่มบริษัท	สัดส่วนรายได้ (ร้อยละ)		
	2548	2549	2550
บริษัททั้งหมด	100.0	100.0	100.0
กลุ่มรวยที่สุด (10% แรก)	85.61	86.63	89.07
กลุ่มกลาง (80% กลาง 8 กลุ่ม)	14.38	13.36	10.92
กลุ่มจนที่สุด (10% สุดท้าย)	0.0101	0.0080	0.0070
สัดส่วนกลุ่มรวยที่สุด 10% แรก ต่อ กลุ่มจนที่สุด 10% สุดท้าย (เท่า)	**8,476**	**10,828**	**12,724**

ที่มา: ปรับจาก ตารางที่ 2.2 ของ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ 2552

ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย

เนื่องจากอุดมการณ์ทุนนิยมให้ความสำคัญอย่างมากแก่ทุนในฐานะปัจจัยการผลิตเพื่อทำกำไร ดังนั้น จึงมีแนวโน้มสูงที่ทุนนิยมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการผลิต

ประการแรก ทุนนิยมมักจะให้คุณค่าหรือความสำคัญไม่มากนักแก่ทรัพยากรที่แปลงเป็นทุนเพื่อการผลิตโดยตรงได้ยาก เช่น ป่า ทะเล ดิน ภูเขา ฯลฯ สิ่งเหล่านั้นจึงมีแนวโน้มที่จะถูกใช้อย่างสิ้นเปลือง หรือมิฉะนั้นก็มักจะไม่ได้รับการเอาใจใส่ว่าจะเกิดความเสียหายเพียงใดในกระบวนการผลิต แต่สำหรับทรัพยากรที่

ศาสตราจารย์ ดร. อัมมาร สยามวาลา

นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ทุนนิยมทำให้เราเติบโตด้านเศรษฐกิจได้ก็จริงอยู่ แต่ว่าอีกด้านหนึ่งมันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ความไม่เป็นธรรมหลายๆ เรื่อง ในช่วง 40 ปี ก่อนปี พ.ศ. 2540 เศรษฐกิจของเราขยายตัวอย่างก้าวกระโดด แต่ความเหลื่อมล้ำก็เกิดขึ้นมาก ความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่าคนจน จนมากขึ้น หรือมีคนจนมากขึ้น ข้อเท็จจริงก็ประจักษ์ว่า เราลดความยากจนลงได้มากในช่วงเวลานั้น หลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ความยากจนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ในภาพรวมแล้ว ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเพิ่มขึ้น ขณะที่ความยากจนลดลง

ปัญหาที่ต้องแก้จึงมี 2 ส่วน ส่วนหนึ่งเกี่ยวกับคนรวย อีกส่วนหนึ่งเกี่ยวกับคนจน ส่วนที่เกี่ยวกับคนรวยนั้นรู้สึกว่า กลไกของภาครัฐทำงานแบบเอื้อประโยชน์แก่คนรวยค่อนข้างมาก ขณะที่คนรวยก็ใช้อำนาจเงินของตัวเองเข้าไปครองอำนาจทางการเมือง แล้วเอาอำนาจทางการเมืองมาเอื้อประโยชน์ตนด้วย นอกเหนือจากระบบเศรษฐกิจทุนนิยมแล้ว อำนาจรัฐมีส่วนมากในการเอื้อประโยชน์แก่คนรวย ยกตัวอย่างเช่น บีโอไอ (BOI) หรือคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ซึ่งให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีค่อนข้างมากแก่นักลงทุน ซึ่งเป็นคนรวย เราชอบอ้างกันว่า ถ้าไม่ให้สิทธิประโยชน์อันนี้แล้วจะไม่มีใครเอาเงินมาลงทุน ข้ออ้างนี้ไม่ได้มีการพิสูจน์อย่างจริงจัง ถ้าจะลดก็ควรจะลดให้หมดทุกคน ไม่ควรลดให้เฉพาะนายทุนใหญ่ๆ เท่านั้น ทำเช่นนั้นมันเป็นการส่งเสริมความเหลื่อมล้ำ

ระบบภาษีของเราก็ค่อนข้างจะเอื้อต่อคนรวย โดยเฉพาะการไม่เก็บภาษีทรัพย์สิน ซึ่งรวมเรื่องที่ดินและมรดกด้วย ทำให้ความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่แล้วยิ่งสูงขึ้นไปอีก ประเทศทุนนิยมทั้งหลายเขาเก็บภาษีทรัพย์สินกันหมด ส่วนภาษีเงินได้ของเราก็มีการลดหย่อนกันค่อนข้างมาก นอกจากการลดหย่อนส่วนบุคคลแล้ว ยังมีรายการลดหย่อนอื่นๆ อีก เช่น ใครที่ฝากเงินออมแบบ LTF หรือ RMF ก็เอามาหักลดได้ โดยอ้างว่าเพื่อส่งเสริมการออม แต่ความจริงคนที่ออมอย่างนั้นส่วนใหญ่ก็คือคนมีเงิน ระบบภาษีทางตรงของเราเก็บเงินจากคนรวยค่อนข้างน้อย ที่ได้เป็นกอบเป็นกำหน่อยก็คือ ภาษีเงินได้นิติบุคคล ภาษีส่วนใหญ่ของเรามาจากภาษีทางอ้อม คือ ภาษีการขาย ภาษีสรรพสามิต และอากรนำเข้า-ส่งออก แต่ภาษีสรรพาสามิต (ภาษีบาป) บางอย่างเป็นภาระของคนจนมากกว่า

มาตรการทางภาษีจึงเป็นโอกาสที่รัฐควรรีบดำเนินการ เพื่อแก้ปัญหาในส่วนที่เกี่ยวกับคนรวย ซึ่งอยู่ส่วนบนของสังคม เพื่อไม่ให้หนีห่างจากส่วนล่างไปไกลมากเกินไป

ส่วนปัญหาของคนจน คือส่วนล่างของสังคมนั้น ต้องแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เรื่องการประกันสุขภาพ และการให้เรียนฟรีในการศึกษาขั้นพื้นฐานซึ่งก็เป็นสิ่งที่รัฐเริ่มทำแล้ว แต่สิ่งที่น่าจะได้ทำต่อไปก็คือทำให้คุณภาพของบริการเหล่านี้ดีขึ้น ทำอย่างไรบริการในระบบสวัสดิการกับนอกระบบสวัสดิการจะไม่ต่างกันมากเกินไป ส่วนสวัสดิการชราภาพนั้น ยังต้องพัฒนากันอีก ประเด็นมันไม่ควรจะเป็นการเอาเงินงบประมาณแผ่นดินไปแจก มาตรการที่ดีกว่าคือควรจัดให้มีระบบการออมสำหรับชราภาพที่ดี

เก็บสาระจากการสัมภาษณ์ 5 มกราคม 2553

สามารถนำมาเป็นทุนทำการผลิตได้โดยตรง ทุนนิยมจะให้คุณค่ามาก เช่น ต้นไม้ (ทำเฟอร์นิเจอร์ได้) ป่าชายเลน (แปลงเป็นฟาร์มเลี้ยงกุ้งได้) แร่ (ถลุงทำอะไรๆ ได้หลายอย่าง) หิน (เป็นวัสดุก่อสร้างได้) ฯลฯ เมื่อเป็นเช่นนั้นทรัพยากรเหล่านั้นก็จะถูกนำมาใช้มาก จนร่อยหรอลงอย่างรวดเร็ว สรุปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรที่ทุนนิยมให้คุณค่ามากหรือให้คุณค่าน้อย ผลก็ไม่ต่างกัน นั่นคือ มีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบจากทุนนิยมในเชิงลบมากกว่าเชิงบวก

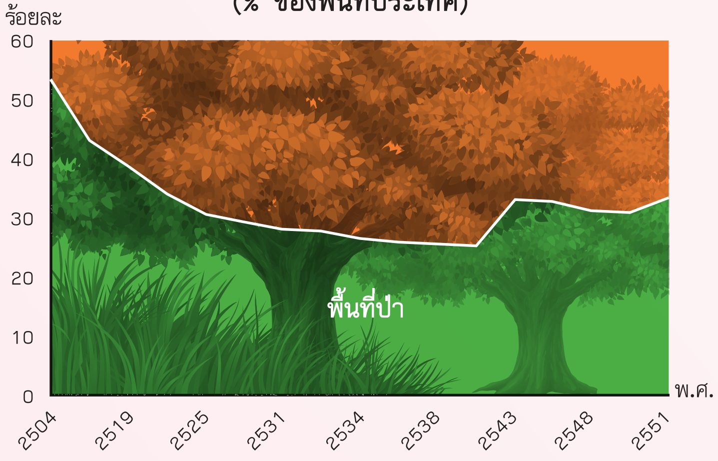
ประการที่สอง การมุ่งกำไรสูงสุดมีแนวโน้มที่จะทำให้กระบวนการผลิตละเลยความสำคัญของสิ่งอื่นนอกเหนือจากกำไร เช่น สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ในระยะยาวจึงหนีไม่พ้นปัญหาสิ่งแวดล้อม ดังที่เกิดขึ้นในประเทศอุตสาหกรรมโดยทั่วไป แม้ในประเทศไทย วิกฤตสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุมาจากการผลิตทางอุตสาหกรรมที่ไม่รับผิดชอบ นอกจากนี้ ในยุคที่โลกไร้พรมแดนอย่างเช่นทุกวันนี้ การมุ่งกำไรภายใต้ระบบทุนนิยมยังทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายทรัพยากรและทุนจากประเทศที่คนมีกำลังซื้อต่ำ ซึ่งส่วนมากคือประเทศยากจน ไปสู่ประเทศที่คนมีกำลังซื้อสูง ซึ่งส่วนมากคือประเทศร่ำรวย เพื่อทำกำไรสูงสุด การทำเช่นนั้นเท่ากับเป็นการ "ดูด" เอาทรัพยากรจากประเทศยากจนไปสนองความต้องการของประเทศร่ำรวย ซึ่งไม่เป็นธรรม

ประสบการณ์ของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเศรษฐกิจตามแนวทางทุนนิยมในช่วงเวลาที่ผ่านมา มีส่วนทำให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายและสิ่งแวดล้อมเสียหายไป มากกว่าที่คนทั่วไปจะคาดคิด ทรัพยากรธรรมชาติ เช่น ป่าไม้ ดิน น้ำ และแร่ต่างๆ ถูก

วิกฤตผืนป่า

ป่าไม้ที่ถูกทำลายไปในช่วงเวลาประมาณ 40-50 ปี มานี้ เป็นวิกฤตทรัพยากรธรรมชาติที่รุนแรงที่สุดอย่างหนึ่ง นับแต่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นต้นมา ตัวเลขจากกรมป่าไม้ชี้ให้เห็นว่า พื้นที่ป่าไม้ที่เคยมีอยู่ถึงร้อยละ 53 ของพื้นที่ทั้งประเทศใน พ.ศ. 2504 ลดลงอย่างต่อเนื่อง จนเหลือเพียงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2541 แล้วก็กลับเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็นร้อยละ 33.2 ใน พ.ศ. 2543 และ 33.7 ใน พ.ศ. 2547 ทั้งนี้ก็เพราะมีการเปลี่ยนวิธีการคำนวณ

การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ป่า พ.ศ. 2504-2551
(% ของพื้นที่ประเทศ)



ที่มา: เนื้อที่ป่าของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2504-2551 จาก http://www.forest.go.th/stat/stat51/TAB1.htm

ผู้เชี่ยวชาญป่าไม้ และนักวิชาการบางท่านเชื่อว่า พื้นที่ป่าไม้ที่เหลืออยู่ตามสถิติของกรมป่าไม้นี้ อาจไม่ได้สะท้อนความจริงเท่าที่ควร ข้อเท็จจริงพื้นที่ป่าอาจเหลืออยู่น้อยกว่านี้ (บางท่านว่าอาจเหลือไม่ถึงร้อยละ 20) ดูเหมือนว่าตัวเลขที่ทางการเผยแพร่ จะมีอะไรแย้งกันอยู่ไม่มากก็น้อย ดังจะเห็นว่า เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2553 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกล่าวเนื่องในวันอนุรักษ์ป่าไม้ว่า พื้นที่ป่าไม้หายไปปีละประมาณ 30,000 ไร่

การบุกรุกแผ้วถางเพื่อทำกินของประชาชนอาจมีส่วนในวิกฤตป่าไม้แน่นอน แต่นักวิชาการบอกว่า นี่ก็ยังไม่รุนแรงเท่ากับการตัดไม้ทำลายป่าเพื่อการค้าไม้ และเพื่อเกษตรเชิงพาณิชย์ บวกกับการสร้างเขื่อนขนาดใหญ่และการตัดถนนผ่านเข้าไปในพื้นที่ป่า ดังจะเห็นว่า เขื่อนและถนนขนาดใหญ่เกิดขึ้นที่ไหน ป่าไม้ในบริเวณนั้นมักจะหายไปมาก จากน้ำมือของนายทุนและผู้มีอิทธิพล ชาวบ้านในภาคอีสานบางคนเปรียบพฤติกรรมของนายทุนและผู้มีอิทธิพลที่ตัดไม้ทำลายป่าว่า "เหมือนผีปอบที่ลงกินป่าไม้ ผีปอบพวกนี้ลงที่ไหนป่าไม้ที่นั่นก็หายเรียบ"

นำมาเร่งผลิต ไม่ใช่เพื่อปากท้องของประชากรที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างเดียวเท่านั้น แต่เพื่อสร้างผลประโยชน์ส่วนเกิน (กำไร) และความมั่งคั่ง ทั้งในส่วนของบุคคลและของชาติโดยรวม

ปริมาณทรัพยากรธรรมชาติที่ลดลง และสิ่งแวดล้อมที่เสียหายไปนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากความต้องการที่จะมีกินมีใช้ ของประชากรที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา แต่นั่นไม่ใช่ตัวการสำคัญที่ทำให้ผืนป่าจำนวนมหาศาลของประเทศลดลงอย่างน่าวิตก ไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้แม่น้ำหลายสายเน่าเสีย และไม่ใช่สาเหตุหลักของมลภาวะทางสิ่งแวดล้อมที่คุกคามชีวิตผู้คนและชุมชนจำนวนมากอยู่ในปัจจุบัน แต่เบื้องหลังของปัญหาทั้งหมดนี้คือการพัฒนาเศรษฐกิจในระบบทุนนิยมภายใต้นโยบายและบรรยากาศทางการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย ไม่โปร่งใส ประชาชนไม่มีส่วนร่วม และเอื้อต่อการผูกขาดตักตวงของคนกลุ่มน้อย

กล่าวเฉพาะกรณีป่าไม้ การศึกษาจำนวนมากทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ ชี้ให้เห็นว่า พื้นที่ป่าไม้ที่ลดลงเนื่องจากประชากรที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา ไม่ใช่สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้ผืนป่า รวมทั้งสัตว์ป่าและพันธุ์พืชหลายชนิด ร่อยหรอไปอย่างน่าวิตก ถ้ามีการจัดการที่ดี ความสูญเสียเพราะถูกชาวบ้านบุกรุกเพื่อทำกินก็ไม่รวดเร็วและรุนแรง เท่ากับการตัดไม้ทำลายป่าเพื่อการพาณิชย์โดยนายทุนที่ผูกขาดทั้งโดยวิธีถูกกฎหมาย (มีสัมปทาน) และไม่ถูกกฎหมาย (ใช้อิทธิพล) และไม่รุนแรงเท่ากับการสร้างโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ เช่น เขื่อนและถนนไฮเวย์ ซึ่งล้วนแต่มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนอุตสาหกรรมและการเกษตรเชิงพาณิชย์เป็นหลัก

ส่วนผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมนั้น ส่วนหนึ่งเป็นความเสื่อมโทรมของธรรมชาติ เช่น ป่าไม้ ชายฝั่งทะเล และแม่น้ำลำคลอง อันเนื่องมาจากการถูกใช้จนเกินขนาด หรือไม่ใส่ใจว่าจะเกิดความเสียหาย อีกส่วนหนึ่งเป็นปัญหามลพิษที่เกิดจากการปล่อยของเสียจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น น้ำเสีย ขยะปนเปื้อน หรืออากาศที่เป็นพิษ มลพิษจากอุตสาหกรรมนั้นมีผลกระทบอย่างมากต่อผู้คนและชุมชน โดยเฉพาะชุมชนรอบๆ นิคมอุตสาหกรรมหลายแห่งดังที่มีข่าวปรากฏอยู่เนืองๆ ในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา ล่าสุดคือกรณีมาบตาพุด ซึ่งจะเป็นบทพิสูจน์ว่า ที่สุดแล้วความสมดุลระหว่างความเติบโตทางเศรษฐกิจกับประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชนจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ในกระบวนการพัฒนาภายใต้ระบบทุนนิยม (ดูรายละเอียดในบทความเรื่อง "มาบตาพุด: ปัญหาร้อนทางเศรษฐกิจ ปัญหามลพิษของชาวบ้าน" หน้า 42 ในเล่มนี้)

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้ศึกษาความรุนแรงของปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เสียหาย (รายงาน ในปี พ.ศ. 2549) โดยใช้วิธีประเมิน 2 แบบ คือ ประเมินจากมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับทรัพยากร หรือกับสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2542-2546 และอีกวิธีหนึ่งประเมินจากการสำรวจทัศนคติของประชาชน ผลการศึกษาพบว่ามีปัญหาทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม 12 เรื่อง ที่มีความรุนแรงสูงมาก ในจำนวนนี้ ที่สำคัญที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ปัญหาทรัพยากรป่าไม้ 2) ปัญหาทรัพยากรน้ำ 3) ปัญหาทรัพยากรดินและการใช้ที่ดิน 4) มลพิษจากขยะ และ 5) มลพิษทางอากาศ แม้ว่าลำดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จากการวัดมูลค่าความเสียหายโดยตรง (วิธีที่ 1) กับที่ได้จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน (วิธีที่ 2) จะไม่ตรงกันหมดทุกเรื่อง แต่โดยรวมแล้วก็มีความสอดคล้องกัน

ที่น่าวิตกคือ เมื่อคำนวณออกมาเป็นตัวเงิน ความเสียหายสำหรับปัญหาแต่ละอย่างนั้นมีมูลค่ามหาศาล กล่าวคือ เฉพาะช่วง 5 ปีที่ทำการศึกษานี้ (พ.ศ. 2542-2546) ความเสียหายจากการที่ป่าไม้ถูกทำลายมีมูลค่าสูงสุด คือเฉลี่ย 80,813 ล้านบาทต่อปี รองลงมาคือความเสียหายต่อดินและการใช้ที่ดิน (7,477 ล้านบาท/ปี) ความเสียหายต่อทรัพยากรน้ำ (6,443 ล้านบาท/ปี) ความเสียหายเพราะมลพิษทางอากาศ (5,866 ล้านบาท/ปี) และความเสียหายเนื่องจากขยะ (4,797 ล้านบาท/ปี) ทั้งนี้ ยังไม่รวมความเสียหายที่วัดเป็นตัวเงินไม่ได้ เช่น ปัญหาสังคม ความขัดแย้ง และความล่มสลายของชุมชน แต่เฉพาะมูลค่าความเสียหายที่เป็นเงินอย่างเดียวก็เป็นหลักฐานที่ยืนยันได้ชัดเจนว่าการพัฒนาที่ไม่สมดุลภายใต้อุดมการณ์ทุนนิยมนั้น มีราคาที่สังคมต้องจ่ายสูงมาก เรื่องนี้ควรจะเป็นบทเรียนให้สังคมได้สำเหนียกว่า ความเติบโตจากทางเศรษฐกิจนั้นมีสิ่งที่สังคมต้องเสียไปด้วยเสมอ สิ่งที่เสียไปนั้น บางอย่างเป็นเรื่องยากยิ่งที่จะสร้างขึ้นมาทดแทน ขณะที่บางอย่างเมื่อหมดแล้วก็หมดเลย (ตารางที่ 5 หน้า 96)

ตารางที่ 5: ลำดับความสำคัญของปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผลการจัดลำดับ*	ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	ลำดับความสำคัญ (จำแนกตามวิธีการจัดลำดับ)		มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท/ปี)
		จัดลำดับด้วยมูลค่าความเสียหาย	จัดลำดับด้วยทัศนคติประชาชน	
1	ทรัพยากรป่าไม้	1	2	80,813
2	ทรัพยากรน้ำ	3	1	6,443
3	ทรัพยากรดินและการใช้ที่ดิน	2	6	7,477
4	มลพิษจากขยะ	7	4	4,797
5	มลพิษทางอากาศ	5	7	5,866
6	มลพิษทางน้ำ	8	5	1,515
7	ทรัพยากรพลังงาน	11	3	ไม่มีข้อมูล
8	ทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง	4	10	6,321
9	มลพิษจากสารอันตราย	9	8	374
10	มลพิษจากของเสียอันตรายจากชุมชน	6	12	5,550
11	ทรัพยากรแร่	10	9	60
12	มลพิษทางเสียง	12	11	ไม่มีข้อมูล

หมายเหตุ: *เป็นการจัดลำดับใหม่ โดยการหาค่าเฉลี่ยของลำดับความสำคัญจากการจัดลำดับด้วยมูลค่าความเสียหายและทัศนคติของประชาชน

ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). 2549.

ทุนนิยมกับวิกฤตชุมชน

ปัจจุบันทุนนิยมได้รุกคืบเข้าไปถึงทุกซอกทุกมุมของสังคม ไม่ว่าจะเป็นในชุมชน ในครัวเรือน หรือสถาบันทางสังคมในระดับสูงขึ้นไป เช่น สถาบันศาสนาและสถาบันการศึกษา ทั้งในเมืองและในชนบท ทำให้การผลิตและวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนไป จากที่เคยอิงอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมและจารีตประเพณี เช่น เครือญาติ ความเป็นเพื่อนบ้านเดียวกัน และความเชื่อทางศาสนา ได้เปลี่ยนไปสู่รูปแบบใหม่ที่ยึดความมีเหตุมีผลเชิงโลกิยนิยม (secular rationality) และกฎเกณฑ์ที่ให้ความสำคัญแก่เรื่องสิทธิและความเสมอภาคระหว่างปัจเจกชนเป็นที่ตั้ง

ความสัมพันธ์ทางการผลิตแบบใหม่นี้ ได้กลายเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนในชุมชน ทำให้หน่วยทางสังคมแต่ละหน่วย ไม่ว่าจะเป็นบุคคล ครัวเรือน หรือชุมชน กลายเป็นหน่วยที่มีความเป็นปัจเจกสูง ขณะที่การพึ่งพาเกื้อกูลและการร่วมมือกัน บนฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมมีน้อยลง ความมั่นคงในชีวิตขึ้นอยู่กับการเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต และความสามารถในการสะสมความมั่งคั่งทางวัตถุ มากกว่าการมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง อาจกล่าวได้ว่า ระบบทุนนิยมนั้นเอาปัจเจกชนเป็นศูนย์กลาง ไม่ได้เอาชุมชนและสังคมเป็นศูนย์กลาง ชุมชนในระบบทุนนิยมจึงมักเป็นชุมชนที่ "เสียศูนย์"

ภายใต้ระบบการผลิตแบบทุนนิยมที่มีตลาดและการแข่งขันเป็นกลไกสำคัญในปัจจุบัน แม้ครัวเรือนเกษตรกรรายเล็กรายน้อยในชนบทจะยังคงทำการผลิตในไร่นาของตนต่อไป แต่เป้าหมายและกระบวนการผลิตได้เปลี่ยนไปมาก แทนผลิตเพื่อกินเพื่อใช้ในครัวเรือน เกษตรกรผู้ผลิตขนาดเล็กจำนวนมากขึ้น หันมาผลิตเพื่อสนองความต้องการของตลาด หรือผลิตสิ่งที่ตลาดกำหนด ไม่ได้เน้นผลิตสิ่งที่ตนต้องกินต้องใช้ และไม่ได้กินไม่ได้ใช้สิ่งที่ตนผลิตเป็นหลัก เศรษฐกิจในชนบทจึงพึ่งตลาดมากขึ้นๆ

แต่การพึ่งตลาดหมายถึงการเข้าไปสู่ระบบการแข่งขัน ซึ่งคนในชนบทส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคย ถึงแม้จะคุ้นเคย การแข่งขันก็คือเกมที่ผู้แข็งแรงกว่าเท่านั้นอยู่รอด ด้วยกระบวนการเช่นนี้ ในระยะยาวเกษตรกรจำนวนหนึ่งที่ไม่อาจจะสู้ได้ในการแข่งขัน ก็กลายเป็นผู้ผลิตที่ไม่มีความมั่นคง สูญเสียปัจจัยการผลิต คือที่ดิน กลายเป็นกรรมกรขายแรงงานในภาคเกษตร หรือไม่ก็ในภาคอุตสาหกรรมและบริการ นี่คือกระบวนการทำให้คนในชนบทกลายเป็นขั้วที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน ขั้วหนึ่งประกอบด้วยคนส่วนมากที่ยากจนและอ่อนแอทางเศรษฐกิจ อีกขั้วหนึ่งประกอบด้วยคนส่วนน้อยที่ร่ำรวยและมีอิทธิพลมากกว่า สภาพเช่นนี้ทำให้ชุมชนชนบทโดยรวมอ่อนแอลง เพราะฐานเดิมที่มีการพึ่งพาเกื้อกูลกันทางสังคมถูกอุดมการณ์ทุนนิยมทำให้อ่อนแรงลงไป

ความอ่อนแอลงของชุมชนในชนบท จะเห็นได้ชัดในระดับครัวเรือน เมื่อการขยายตัวในภาคอุตสาหกรรมต้องการแรงงานราคาถูก ทำให้แรงงานหลักของครัวเรือนในชนบท หลั่งไหลเข้าสู่โรงงาน ทิ้งญาติผู้สูงอายุและเด็กๆ ไว้เบื้องหลัง ครัวเรือนที่ประกอบด้วย "สมาชิกข้ามรุ่น" (คนแก่กับหลานวัยเด็ก) เช่นนี้มีความเปราะบางและไม่มั่นคงในแทบทุกด้าน และกำลังมีจำนวนมากขึ้นในชนบทปัจจุบัน นี่เป็นวิกฤตชนบทอย่างหนึ่งในยุคทุนนิยม

ส่วนสถาบันศาสนาและสถาบันการศึกษานั้น ก็ดูเหมือนว่าได้ถูกทุนนิยมครอบงำไปแล้ว สถาบันทั้งสองนี้นอกจากจะได้สูญเสียความเป็นผู้นำทางปัญญาและจิตวิญญาณ ที่คอยให้สติและชี้ทางที่ถูกต้องในการที่คนและสังคมจะดำรงอยู่โดยไม่ตกเป็นเหยื่อของระบบทุนนิยมแล้ว ในหลายกรณียังมีส่วนหนุนเสริมอุดมการณ์หลักของทุนนิยมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้นไปอีก ไม่มากก็น้อย อาจกล่าวได้ว่า นี่เป็นวิกฤตทางปัญญาและจิตวิญญาณของสังคม ภายใต้กระแสทุนนิยม

ทุนนิยมกับคุณค่าความเป็นมนุษย์และศีลธรรมจริยธรรม

- **ศักดิ์ศรีความมนุษย์ถูกลดทอน**

ประการแรก การที่ทุนนิยมมองว่าคนเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยการผลิต (แรงงาน) นั้น ทำให้ศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ถูกลดทอนลงมาเท่ากับปัจจัยการผลิตอย่างอื่น (เช่น ทุน หรือวัตถุดิบ) นั่นหมายความว่าคุณค่าและคุณภาพของคนขึ้นอยู่กับความสามารถในการผลิตเป็นหลัก ทัศนะเช่นนี้อาจนำไปสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับชีวิตมากมาย เช่น ชีวิตคืออะไร อะไรคือความหมายของการมีชีวิตอยู่ และมนุษย์ควรมีชีวิตอยู่เพื่อจุดมุ่งหมายใด ฯลฯ คำถามทำนองนี้คือประเด็นที่ผู้นำศาสนาและนักคิดคนสำคัญๆ ของโลกได้คิดค้นและทดลอง จนพบสัจธรรมอันเป็นแนวทางการดำรงชีวิตที่มีค่ามีความหมาย และที่จะพาให้ข้ามพ้นเรื่องของการผลิตทางวัตถุ ไปสู่การผลิตความดีงามเพื่อบรรลุถึงความสุขสงบที่ยั่งยืน แต่ทุนนิยมมีแนวโน้มที่จะลดทอนคุณค่าและความหมายของความเป็นมนุษย์ในด้านที่สำคัญนี้ลง

ประการที่สอง เนื่องจากทุนนิยมมองว่าคนเป็นลูกค้า (ผู้บริโภค) ดังนั้น คุณค่าของคนจึงอยู่ที่การเป็นลูกค้าหรือผู้บริโภคที่ดี เพื่อที่ผู้ผลิตจะได้ขายสินค้าและทำกำไร ทุนนิยมส่งเสริมและกระตุ้นให้คนรู้สึกว่าตัวเอง "พร่อง" ดังนั้น จึงต้องเติมเต็มด้วยการบริโภคอยู่ตลอดเวลา แม้จะไม่จำเป็นก็ตาม จนเกิด "วัฒนธรรมบริโภคนิยม" แต่ทุนนิยมก็สนใจเฉพาะที่จะให้คนบริโภคมากๆ เท่านั้น ไม่สนใจว่าเมื่อบริโภคแล้วอะไรจะตามมา เว้นเสียแต่ว่าสิ่งนั้นจะสามารถเอามาทำกำไรได้อีกต่อหนึ่ง ดังเช่นการผลิตอาหารที่มีรสชาติและสีสันล่อใจให้คนบริโภค ซึ่งมีอยู่มากมายในปัจจุบัน เมื่อคนบริโภคกันมากๆ จนเกิดปัญหาโรคอ้วนแล้ว ความอ้วนนั้นเองก็ถูกทุนนิยมทำให้เป็น "สินค้า" เพื่อแสวงกำไร (ด้วยการขายผลิตภัณฑ์อื่นๆ) ได้อีกต่อหนึ่ง

ในแง่ที่กล่าวมานี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมถูกลดทอนลงมาเป็นเพียงผู้บริโภค ไม่ใช่คนผู้ใฝ่ความดีงาม เช่น มิตรไมตรี ความรัก และความเมตตาอารีต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นต้น

วัฒนธรรมบริโภคนิยม ทำให้คนติดยึดอยู่กับการเสพสิ่งบำเรอ และให้คุณค่าการเสพเช่นนั้นมากกว่าสิ่งอื่น คนจำนวนมากที่ตกเป็นทาสของบริโภคนิยมจึงบูชาการบริโภคเสมือนว่าเป็นพระเจ้า ยอมสละได้แม้ศักดิ์ศรีของตนเอง เพื่อขอให้ได้บริโภคตามที่ใจปรารถนา ดังกรณีวัยรุ่นที่ขายตัวเพื่อแลกเงินไปซื้อกระเป๋าถือราคาแพงบางยี่ห้อ หรือกรณีอาม่าเศรษฐีนีประกาศยอมจ่ายเงินหลายล้าน เพียงเพื่อให้หลานรักได้อุ้มลูกหมีแพนด้าสักครั้ง เป็นต้น

- **ศีลธรรมจริยธรรมถูกละเลย**

ทุนนิยมมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างมี "ราคา" หรือสามารถทำให้เป็นสินค้าเพื่อแสวงกำไรได้ ทัศนะเช่นนี้นำไปสู่การมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะได้มาก็ด้วยการซื้อด้วยเงิน ในสังคมที่เน้น "ราคา" เช่นนี้ "เงินคือพระเจ้า" ที่มีอำนาจมาก ในหลายกรณีมีอำนาจมากกว่าคุณธรรมและความดีงาม อย่างเช่นความร่วมมือ การให้โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ความรัก และการเกื้อกูลกันของคนในชุมชน ในสังคมเช่นนั้นมีโอกาสสูงที่ศีลธรรมจริยธรรมจะถูกละเลย

หัวใจของทุนนิยมคือการแสวงกำไรโดยอาศัยกลไกตลาดที่มีการแข่งขันเสรี ซึ่งกำลังมาแรงในโลกปัจจุบัน แต่ในการแข่งขันนั้นผู้ที่อ่อนแอกว่า ซึ่งบังเอิญเป็นคนส่วนใหญ่ในสังคม จะเป็นผู้แพ้ และผู้แพ้ก็มักจะถูกคัดออก ผู้อยู่รอดหรือที่จะเติบโตต่อไปได้คือผู้ที่แข็งแรงกว่าเท่านั้น การแข่งขันเช่นนี้แม้จะเรียกกันว่า "เสรี" แต่ก็ไม่ใช่การแข่งขันที่เป็นธรรม เพราะในข้อเท็จจริงนั้น ผู้ที่แข็งแรงกว่าทั้งในทางทรัพยากรและอำนาจเป็นผู้ได้เปรียบ และผู้ที่อยู่ในสนามแข่งขันก็มักจะใช้กลยุทธ์สารพัดเพื่อเอาชนะคู่แข่ง และเพื่อผลประโยชน์ของตนเป็นหลัก กลยุทธ์เหล่านั้นไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับหลักศีลธรรมจริยธรรมเลยก็ได้ ในแง่นี้ศีลธรรมจริยธรรมจึงมักจะถูกละเลย

การแข่งขันที่ไม่เป็นธรรมและละเลยศีลธรรมเช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในระดับประเทศและในระดับนานาชาติ ดังจะเห็นได้จากการที่ประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจบางประเทศใช้เวทีองค์การการค้าโลกเอาเปรียบประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนอื่นๆ ในการแข่งขันทางการค้า โดยอาศัยสิทธิบัตรที่ให้อำนาจผูกขาดเกินสมควร เป็นต้น

นอกจากนี้ หลักการของทุนนิยมในเรื่องการแสวงกำไร การแข่งขัน และตลาดเสรี ยังมีแนวโน้มทำให้คนมุ่งเอาแต่ประโยชน์ตนเป็นที่ตั้ง ละเลยประโยชน์ผู้อื่นและส่วนรวม ทัศนคติเช่นนี้คือเนื้อแท้ของ "ปัจเจกนิยม" (individualism) ที่ถือคติว่าประโยชน์ตนต้องมาก่อนประโยชน์คนอื่นมาทีหลัง ในสังคมที่สมาทานทุนนิยมคนจึงมักจะมี "ความเป็นปัจเจก" สูง เพราะปัจเจกนิยมในสังคมเช่นนั้นทำให้คนเอาตัวรอดได้ดีกว่า เช่น ทำให้เป็นคนเข้มแข็ง เป็นอิสระ และขวนขวายพึ่งตนเองได้ แต่ปัจเจกนิยมก็มีด้านที่ไม่ดี ตรงที่ไม่ส่งเสริมความความสัมพันธ์เชิงเกื้อกูล ซึ่งเป็นคุณธรรมสำคัญที่ยึดเหนี่ยวคนในกลุ่มและในชุมชน และเป็นคุณธรรมที่ดีในสังคมมาแต่ดั้งเดิม

ทุนนิยมกับวิกฤตสุขภาพ

ทุนนิยมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ 3 ทาง *ทางที่หนึ่ง* ทุนนิยมมีแนวโน้มส่งเสริมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและทำให้เกิดวัฒนธรรม "บริโภคนิยม" (consumer-ism) ที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพได้ *ทางที่สอง* ทุนนิยมมีแนวโน้มทำให้เรื่องของสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเป็นสินค้า เพื่อแสวงกำไรมากเกินไป และ *ทางที่สาม* ทุนนิยมทำให้คนไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและสังคม อันเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพของประชาชน ข้อหลังนี้เป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดลึกซึ้ง แต่สังคมแทบไม่ได้ตระหนักถึง

- **บริโภคนิยม**

ปัญหาสุขภาพเนื่องจากการบริโภคไม่เหมาะสมกำลังเป็นประเด็นใหญ่อย่างหนึ่งในโลกปัจจุบัน ไม่เฉพาะแต่ประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้น แม้แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วโดยทั่วไปก็ประสบปัญหานี้ด้วย ปัญหาการบริโภคในสังคมทุนนิยมนั้น ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการไม่มีอะไรจะกิน (เพราะจน) แต่อีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการมีกินแต่ "กินไม่เป็น" ทุนนิยมมีส่วนต้องรับผิดชอบปัญหานี้ ไม่มากก็น้อย

ทุกวันนี้ ความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมทำให้มีการผลิตอาหารหลากหลายชนิด ที่มีสีสันและรสชาติชวนบริโภค ข้อน่าเสียดายคือ อาหารหลายอย่างที่ผลิตออกมานั้นไม่ใช่สิ่งจำเป็น และไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลายอย่างเป็นเพียง "อาหารขยะ" (junk food) แต่ผู้ผลิตและผู้ขายก็ทำให้เห็นเป็นของดี ถึงขนาดเป็นสัญลักษณ์ของการเป็นผู้บริโภคที่ "มีระดับ" ก็มีไม่ใช่น้อย ผลคือทำให้เกิดค่านิยมและพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในเด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่

พฤติกรรมการบริโภคเช่นนี้ ที่เห็นได้ชัดคือ การบริโภคอาหารที่มีรสหวานจัดและมีไขมันมากเกินไป อาหารที่ไม่จำเป็นต่อสุขภาพร่างกาย เครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งการสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติดหลายชนิด เพียงเพื่อกระตุ้นร่างกายหรือเพื่อความสนุกสนานชั่วเวลาอันสั้นเท่านั้น (รูปที่ 2)

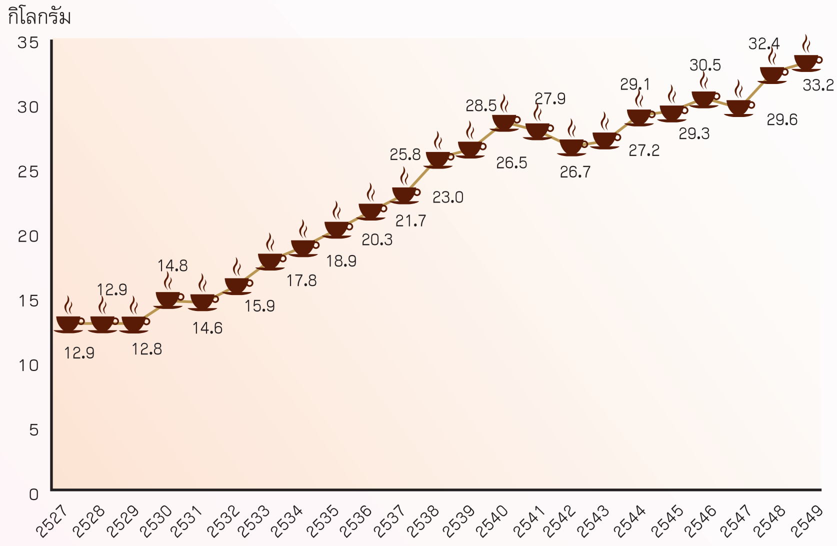
วัฒนธรรมบริโภคนิยม เมื่อบวกกับวิถีชีวิตที่ไม่ส่งเสริมการออกกำลังกายแล้ว ทำให้คนจำนวนมากในปัจจุบันประสบปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ความเจ็บป่วยเหล่านี้นอกจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบันแล้ว ยังทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของครอบครัวและงบประมาณของรัฐด้วย (รูปที่ 3)

บริโภคนิยมนั้นทำให้คนรู้สึกว่าตัวเอง "พร่อง" หรือมิฉะนั้นก็ "ดีไม่พอ" อยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงมีแนวโน้มจะทำให้สิ่งปกติหลายอย่างที่คนเรามีและเป็นอยู่แล้วโดยธรรมชาติ กลายเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการบำบัด เสมือนว่า "เป็นโรค" อย่างหนึ่ง ทุกวันนี้ ตลาดในระบบทุนนิยม มีอำนาจมากพอที่จะทำให้คนที่มีร่างกายและสุขภาพปกติจำนวนไม่น้อยรู้สึกเหมือนว่ามี "ความเจ็บป่วย" ที่ต้องได้รับการบำบัด เช่น ผิวกายที่คล้ำโดยธรรมชาติ สิวฝ้า เรือนร่างไม่งดงาม หรือแม้กระทั่งความแก่ตามสภาพธรรมชาติของสังขารร่างกาย ก็ถูกทำให้รู้สึกว่าต้องได้รับการบำบัดรักษา (ด้วยผลิตภัณฑ์ที่ทันสมัย หรือโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง) ทั้งที่สิ่งเหล่านั้นไม่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเลย นี่คือ "โรคบริโภคนิยม" ที่ดูเหมือนจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน

• สุขภาพเป็นสินค้า

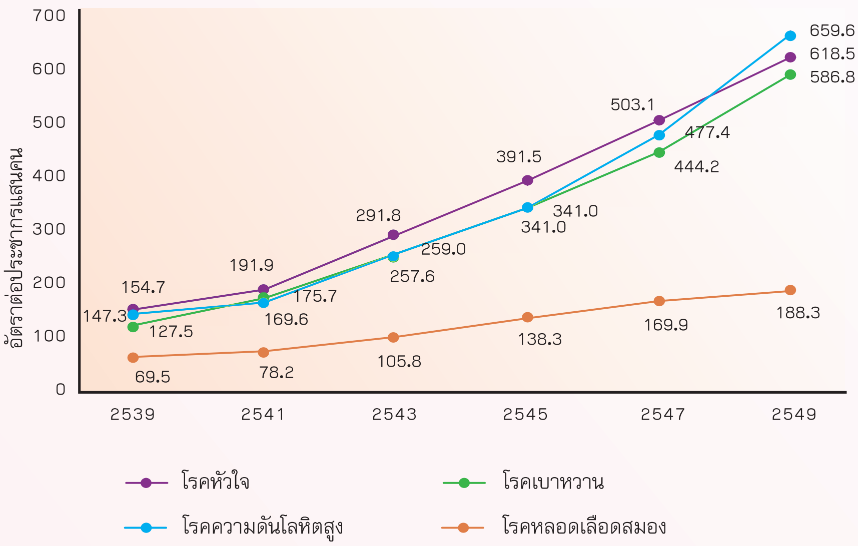
ผลกระทบอีกอย่างหนึ่งของทุนนิยมต่อสุขภาพมาจากกระบวนการทำให้เรื่องของสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นยา บุคลากร และระบบการให้บริการรักษาพยาบาล "เป็นสินค้า" มากเกินไป บางท่านเรียกสิ่งนี้ว่า "ทุนนิยมทางสุขภาพ" (health capitalism)

รูปที่ 2: ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายในประเทศ พ.ศ. 2527-2549 (กิโลกรัม/คน/ต่อปี)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล (อ้างใน การสาธารณสุขไทย 2548-2550)

รูปที่ 3: อัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2539-2549



ที่มา: สร้างจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ในแง่นี้ ทุนนิยมอาจไม่ได้ทำให้เกิดความเจ็บป่วยโดยตรง แต่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยาและบริการทางสุขภาพในหมู่ประชาชน และปัญหานี้เชื่อมโยงไปถึงระบบทุนนิยมโลก (global capitalism) และกระแสโลกาภิวัตน์ อย่างไม่มีข้อสงสัย

การค้าเสรีที่กำลังมาแรงในปัจจุบัน ทำให้บริษัทผลิตยายักษ์ใหญ่เพียงไม่กี่แห่งในประเทศ ที่เป็นหัวขบวนของระบบทุนนิยม สามารถผูกขาดอุตสาหกรรมยาและการค้ายาได้ ภายใต้ระบบสิทธิบัตร ที่ให้อำนาจผูกขาดการผลิตและการจำหน่ายยาแก่บริษัทผู้เป็นต้นคิด การผูกขาดเช่นนี้เป็นผลโดยตรงมาจากการขับเคลื่อนการค้าเสรีโดยองค์การการค้าโลก ซึ่งได้รับแรงกดดันจากประเทศมหาอำนาจ ที่ได้เปรียบในอุตสาหกรรมยามากอยู่แล้ว

ผลพวงของการผูกขาดทำให้ยาที่จำเป็นในการรักษาชีวิตคน (life-saving drugs) มีราคาแพงเกินเหตุ แม้ในประเทศที่เป็นผู้ผลิตยาเอง ซึ่งไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้น ประเทศไทยเองก็ได้รับผลกระทบแล้วมิใช่น้อย ดังเช่นเมื่อรัฐบาลจะใช้สิทธิตามกฎหมายนำยาต้นตำรับมาผลิตเองหรือนำเข้ายาสามัญ ทำให้มีราคาถูกลง (government use of patent) เพื่อที่ประชาชนในประเทศจะสามารถเข้าถึงได้ ก็ทำให้มีเรื่องพิพาทกับบริษัทข้ามชาติบางรายเป็นต้น กล่าวได้ว่า นี่เป็นผลกระทบโดยตรงของทุนนิยมในเรื่องยา

กลอุบายการตลาดก็อาจจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้ปัญหาซับซ้อนขึ้น และทำให้ราคายาและค่าใช้จ่ายการรักษาในสถานบริการของรัฐสูงโดยไม่จำเป็น กรณีบัญชียาหลักเป็นตัวอย่างอันหนึ่งในเรื่องนี้

เป็นเวลานานมาแล้วที่มีความพยายามจะให้ใช้ยาในบัญชียาหลัก ในการรักษาพยาบาลในสถานบริการของรัฐ แต่ก็ดูเหมือนว่ายังไม่ได้ผลเท่าที่ควร สาเหตุอย่างหนึ่งก็เพราะกลอุบายทางการตลาดของนายทุนพ่อค้ายาที่เข้าไปสร้างความสัมพันธ์กับสถานบริการทางสุขภาพหรือบุคลากรบางระดับ ทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่จะรักษาคนไข้แตกต่างกัน แม้ในความเจ็บป่วยอย่างเดียวกันก็ตาม (ซึ่งหมายถึงราคาต่างกันด้วย) ความซับซ้อนเช่นนี้มีเหตุผลทางการตลาด หรือเหตุผลอื่นๆ (เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในสถานบริการกับพ่อค้ายา) เข้ามาเกี่ยวข้อง มากกว่าเหตุผลทางด้านการรักษาโดยตรง

นอกเหนือจากเรื่องยา การจัดระบบให้บริการสุขภาพที่เปิดกว้างให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการ ก็อาจเป็นประเด็นที่มีการโต้แย้งอยู่ไม่มากก็น้อย เนื่องจากเรื่องนี้มีทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และด้านที่อาจสร้างปัญหาในระบบบริการสุขภาพ หากไม่มีการจัดการที่ดีพอ

ต้องยอมรับว่า การที่เอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการ ในรูปของโรงพยาบาลเอกชนนั้น ก็มีข้อดีอยู่เหมือนกัน ที่ชัดเจนคือ ระบบของเอกชนเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ บริการของภาคเอกชนช่วยบรรเทาความแออัดในสถานบริการของรัฐ และลดภาระด้านงบประมาณในภาครัฐลงได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ ในระยะหลังๆ มานี้มีแนวโน้มว่า สถานบริการภาคเอกชนบางส่วนจะเป็นแหล่งนำรายได้เข้าประเทศได้ทางหนึ่งด้วย การขยายตัวของบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชนที่มีลักษณะเป็น "อุตสาหกรรม" เช่นนี้ อาจถือเป็นข้อดีอย่างหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม ความต้องการกำลังคนในภาคเอกชนอาจทำให้สถานบริการของรัฐในบางระดับประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรได้ โดยเฉพาะหมอและพยาบาล เนื่องจากค่าตอบแทนในภาคเอกชนสูงกว่าในภาครัฐมาก ทำให้แพทย์และพยาบาลจำนวนมากลาออกจากภาครัฐไปอยู่ในภาคเอกชน ผลกระทบที่ชัดเจนในเรื่องนี้ดูเหมือนจะตกอยู่ที่ชนบท ซึ่งโดยปกติก็ขาดแคลนแพทย์และพยาบาลอยู่แล้ว (รูปที่ 4)

นอกจากนี้ ยังมีคำถามที่เป็นประเด็นโต้แย้งได้ว่า บริการสุขภาพในภาคเอกชนมีส่วนในการลดความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาล ระหว่างเมืองกับชนบท และระหว่างประชาชนที่มีฐานะดีกับประชาชนที่ยากจนมากน้อยเพียงใด

ข้อเท็จจริงปรากฏว่า (1) สถานบริการของภาคเอกชนเกือบทั้งหมดตั้งอยู่ในเมือง โดยเฉพาะเมืองใหญ่ซึ่งมีบริการที่ค่อนข้างเพียงพออยู่แล้ว (2) สถานบริการภาคเอกชนมีราคาแพง ดังนั้นประชาชนที่ใช้บริการจึงเป็นกลุ่มผู้มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ และ (3) เป้าหมายหลักของการที่เอกชนลงทุนในบริการสุขภาพ ไม่ได้ต่างจากเป้าหมายของการลงทุนในอุตสาหกรรมอื่น นั่นคือมุ่งกำไรเป็นสำคัญ หาไม่แล้ว โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งคงไม่เอากิจการของตนเข้าตลาดหลักทรัพย์ (ข้อมูลล่าสุดมีโรงพยาบาลเอกชน 13 แห่ง เข้าในตลาดหลักทรัพย์)

การเอาธุรกิจเข้าตลาดหลักทรัพย์อาจมองว่าเป็นการระดมทุน แต่ก็ต้องไม่ลืมว่าทุนในตลาดหลักทรัพย์นั้นจะได้มาจากคนที่ซื้อหุ้นเท่านั้น แต่คนที่จะลงทุนซื้อหุ้นนั้น เขาก็ต้องดูก่อนว่าลงทุนไปแล้วจะได้กำไรหรือไม่

ดังนั้น เพื่อจูงใจให้คนมาซื้อหุ้น โรงพยาบาลที่เข้าในตลาดหลักทรัพย์ก็มีทางเลือกเดียวเท่านั้น คือ ต้องทำกำไร ยิ่งกำไรมากยิ่งดึงดูดมาก จึงแน่นอนว่าโรงพยาบาลที่เข้าตลาดหลักทรัพย์จะต้องมุ่งกำไรเป็นหลัก (ความจริง แม้โรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ไม่ได้เข้าในตลาดหลักทรัพย์ก็ไม่ได้มุ่งกำไรน้อยไปกว่ากัน)

ดังนั้น เอาเข้าจริงแล้วภาคเอกชนอาจไม่ได้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ ในด้านการรักษาพยาบาลเท่าใดนัก

โดยสรุปคือ ทุนนิยมในระบบบริการสุขภาพ มีทั้งด้านดีและไม่ดี แต่ปัญหาที่เห็นๆ คือ ด้านความไม่เท่าเทียม ซึ่งไม่แน่ว่าธุรกิจทางสุขภาพในภาคเอกชนช่วยลดลงได้หรือไม่ หรือว่าเป็นตัวเร่งให้ความเหลื่อมล้ำสูงขึ้น

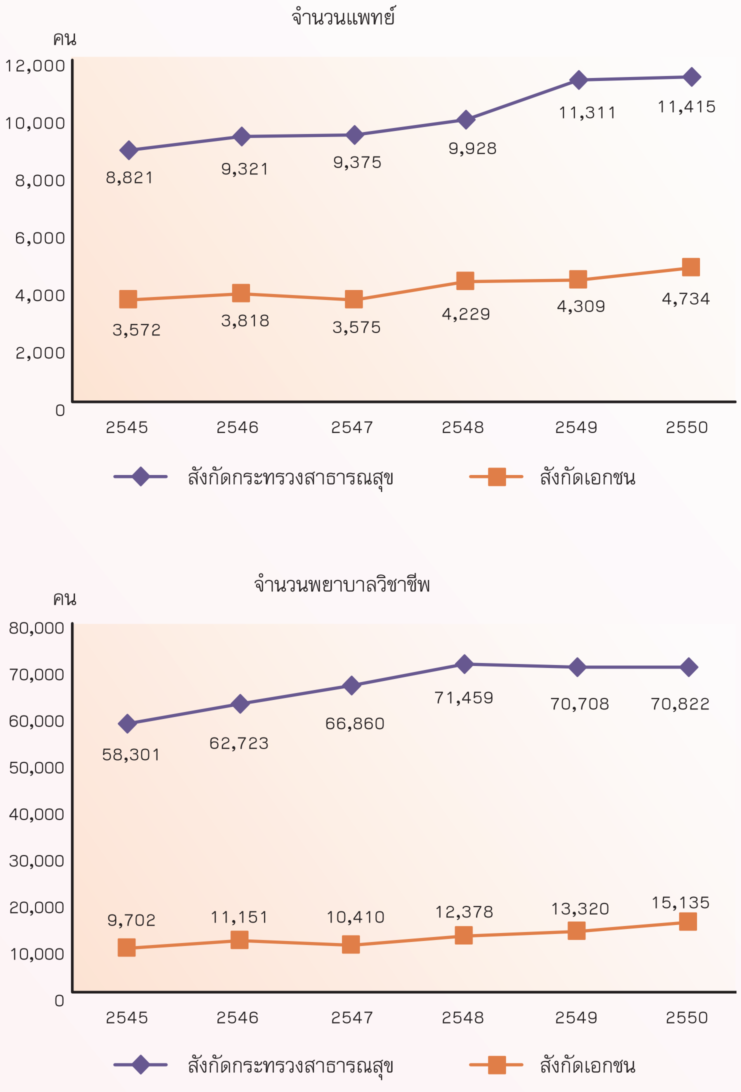
- **ความไม่เท่าเทียมนำไปสู่ปัญหาสุขภาพ**

อันตรายที่น่ากลัวของความไม่เท่าเทียมอย่างหนึ่งคือ มันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและการตายด้วยสาเหตุหลายชนิด แต่สังคมก็ไม่ค่อยได้ตระหนักถึงมากนัก

ในช่วงเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา มีการวิจัยจำนวนมากที่วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้กับปัญหาสุขภาพของคนในสังคม งานวิจัยเหล่านี้ตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงทั้งในอังกฤษและอเมริกา (เช่น British Medical Journal และ American Journal of Public Health) ผลการวิจัยเกือบทั้งหมดชี้ไปที่ข้อสรุปคล้ายกันว่า ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งวัดจากการกระจุกตัวของรายได้นั้น มีความสัมพันธ์กับระดับปัญหาสุขภาพในสังคม อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเจ็บป่วย การตาย สุขภาวะของเด็ก หรือปัญหาที่แสดงว่าสังคม "มีอาการเจ็บป่วย" อย่างอื่นก็ตาม โดยสรุปแล้ว งานวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า ในสังคมที่รายได้และความมั่งคั่งกระจุกตัวอยู่ในมือของคนจำนวนน้อย (นั่นคือมีความเหลื่อมล้ำสูง) ปัญหาสุขภาพสารพัดชนิดก็สูงด้วย ข้อค้นพบจากงานวิจัยต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่ยืนยันข้อสรุปข้างต้น

ในปี 1996 George Kaplan และคณะ ทำการวิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมด้านรายได้กับภาวะการตายในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในทุกรัฐของสหรัฐอเมริกา ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทุกชนิด ที่น่าสนใจคือ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราต่างๆ ต่อไปนี้คือ อัตราตายรายอายุ อัตราเด็กเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อัตราการ

รูปที่ 4: จำนวนแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน พ.ศ. 2545-2550



ที่มา: สร้างจากข้อมูลในฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ถูกฆ่าตาย อาชญากรรมที่เกี่ยวกับความรุนแรง ความทุพพลภาพจากการทำงาน ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านกิจการตำรวจเพื่อรักษาความปลอดภัยให้ประชาชน อัตราการสูบบุหรี่ และอัตราความเจ็บป่วยเนื่องจากคนขาดการออกกำลังกาย และอื่นๆ นอกจากนี้ ในรัฐที่มีความไม่เท่าเทียมด้านรายได้สูง อัตราคนว่างงาน ผู้ต้องโทษจำคุก และผู้รับแสตมป์อาหารสำหรับคนจน (food stamp) ก็สูงด้วย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการกระจายรายได้ที่เหลื่อมล้ำ กับภาวะการตายในสหรัฐอเมริกา ของ Bruce Kennedy และคณะใน ค.ศ. 1996 ก็ได้ข้อสรุปทำนองเดียวกัน นั่นคือ ในรัฐที่มีความเหลื่อมล้ำสูง อัตราตายก็สูงด้วย การวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นแม้กระทั่งว่าดัชนีความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มขึ้น ทุกๆ 1% จะทำให้การตายโดยรวมเพิ่มขึ้นถึง 21.68 ราย ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำยังมีผลต่อการตายของทารก โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเกี่ยวกับเนื้อร้ายต่างๆ และการถูกฆ่าตายด้วย

การศึกษาของ John Lynch และคณะใน ค.ศ. 1998 ช่วยตอกย้ำสิ่งที่นักวิจัยหลายคนพบก่อนหน้านั้นให้หนักแน่นยิ่งขึ้น นักวิจัยคณะนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่เท่าเทียมด้านรายได้กับภาวะการตายในเมืองใหญ่ๆ ของสหรัฐอเมริกา 282 เมือง พบว่า ในเมืองที่มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูง อัตราตายก็สูงด้วย เป็นเช่นนี้ในทุกระดับของรายได้ต่อหัวประชากร ถ้าเทียบกันระหว่าง 2 พื้นที่ โดยพื้นที่หนึ่งมีความเหลื่อมล้ำ

ดร. นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์

หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

มองเรื่องทุนนิยมในระบบสุขภาพอย่างไร

ธรรมชาติของทุนนิยมนั้นมองคนเป็นผู้บริโภคหรือเป็นลูกค้า และมองทุกอย่างว่าสามารถเอามาเป็นสินค้า คือขายได้ อยู่แล้ว ทุนนิยมจึงเอาตรงนี้มาเป็นจุดที่จะแสวงหากำไร บริษัทที่ผลิตยา เขาจะพยายามขายยาให้คนทุกคนไม่ว่าคุณจะป่วยหรือไม่ป่วยก็ตาม ทุนนิยมมี “อุบายขายโรค” ได้เสมอ แม้ความเสื่อมสภาพของร่างกายตามธรรมชาติหลายอย่าง เช่น ผมร่วง รอยเหี่ยวย่น หรือกระดูกพรุน ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติและเป็นธรรมดาของร่างกาย ทุนนิยมก็มองว่าเป็น “โรค” ไม่ใช่ “ภาวะ” ที่เกิดเพราะร่างกายเสื่อมสภาพธรรมดาเท่านั้น เมื่อเป็นเช่นนั้นจึงต้องรักษา และนั่นก็คือช่องทางแสวงประโยชน์แบบทุนนิยม

คือทุกอย่างมันเป็นโรคไปหมด ทั้งภาวะที่ไม่ปกติและภาวะที่เป็นปกติ เขาว่ากันว่า อีกหน่อย ความรักก็คงจะเป็นโรคอย่างหนึ่ง และเป็นโรคเรื้อรังด้วย ดังนั้นมันต้องมียารักษา แม้การนอนหลับ หรือว่าแค่นอนกรนก็เป็นโรค จริงอยู่ การนอนกรนสำหรับบางคนอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพบ้าง แต่เหตุการณ์อย่างนั้น มันเกิดหนึ่งในหลายแสน อุบายของทุนนิยม ก็คือทำเรื่องเล็ก ๆ ธรรมดา ๆ อย่างนี้ให้คนส่วนใหญ่เห็นว่ามันน่ากลัว แล้วก็ขายยา ขายการรักษา อย่างนี้ต้องบอกว่าเป็นทุนนิยมทางสุขภาพ

ต้องเข้าใจว่า ในระบบสุขภาพนั้นมีสิ่งที่คนทั่วไปและวงการแพทย์ “ไม่รู้” อยู่มาก แต่คนไม่ยอมรับ เมื่อไม่รู้และไม่ยอมรับก็เลยเข้าทางทุนนิยม ยกตัวอย่าง เช่นเรื่องมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก เมื่อก่อน 2 โรคนี้คนเป็นแล้วเท่านั้นถึงจะตรวจพบ แล้วก็ทำการรักษา ถึงจุดหนึ่งก็อาจตายไป แต่ทุกวันนี้มีการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือวินิจฉัยเพื่อคัดกรอง ว่าใครมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งต่อมลูกหมากบ้าง เพื่อจะได้หาทางป้องกันแต่เนิ่น ๆ ซึ่งก็ฟังดูมีเหตุผล แต่ข้อเท็จจริงปรากฏว่า ตั้งแต่มีเครื่องมือคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมากนี้ คนที่ตรวจพบว่ามีความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 4-5 เท่า ซึ่งก็หมายความว่ามีคนที่ทำการป้องกันและรักษาเพิ่มขึ้นด้วย แต่คนที่ป่วยและตายก็ยังอยู่ในระดับเดิม ทั้ง ๆ ที่ในทางทฤษฎีแล้วมันน่าจะช่วยลดลงได้ นี่แสดงว่าในเรื่องนี้ยังมีสิ่งที่เราไม่รู้อยู่ และความไม่รู้นี้แหละเข้าทางของทุนนิยม

เก็บสาระจากการสัมภาษณ์ 30 ธันวาคม 2552

รายได้สูง แต่คนมีรายได้เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ กับอีกพื้นที่หนึ่งที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำ แต่คนมีรายได้เฉลี่ยอยู่ในระดับสูง การตายในพื้นที่แบบแรกจะสูงกว่าพื้นที่แบบหลังมาก (เพราะในพื้นที่แบบนั้นมีความเหลื่อมล้ำสูง) คิดเป็นอัตราได้ถึง 139.8 ราย ต่อประชากรแสนคน ความแตกต่างกันของการตายในกรณีที่กล่าวมานี้ เฉพาะใน ค.ศ. 1995 มีระดับสูงมาก เทียบได้กับการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด เบาหวาน อุบัติเหตุจราจร เอดส์ การฆ่าตัวตาย และการถูกฆ่าตาย รวมกันเลยทีเดียว

ความไม่เท่าเทียมในรายได้ของคนในสังคมนั้นคุกคามสุขภาวะของเด็กด้วย การศึกษาของ Kate Pickett และ Richard Wilkinson ในปี ค.ศ. 2007 ที่เปรียบเทียบข้อมูลดัชนีสุขภาวะของเด็ก จากประเทศร่ำรวย 23 ประเทศ และจาก 50 รัฐ ของสหรัฐอเมริกา สุขภาวะของเด็กในการศึกษานี้ วัดเป็นดัชนีอย่างเดียวกับที่กองทุนเด็กระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ใช้เป็นมาตรวัดสำหรับประเทศต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดสำคัญ 6 ด้าน คือ ด้านฐานะความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและความปลอดภัย ด้านการศึกษา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว ด้านพฤติกรรมและความเสี่ยง และด้านการรับรู้สุขภาวะของตัวเอง ผลการศึกษาพบว่า ในสังคมที่ความไม่เท่าเทียมอยู่ในระดับต่ำ ดัชนีสุขภาวะโดยรวมของเด็กจะสูง นั่นหมายถึงว่า เด็กในสังคมแบบนั้นจะมีสุขภาวะโดยรวมดีกว่าเด็กในสังคมที่มีความแตกต่างของรายได้อยู่ในระดับสูง

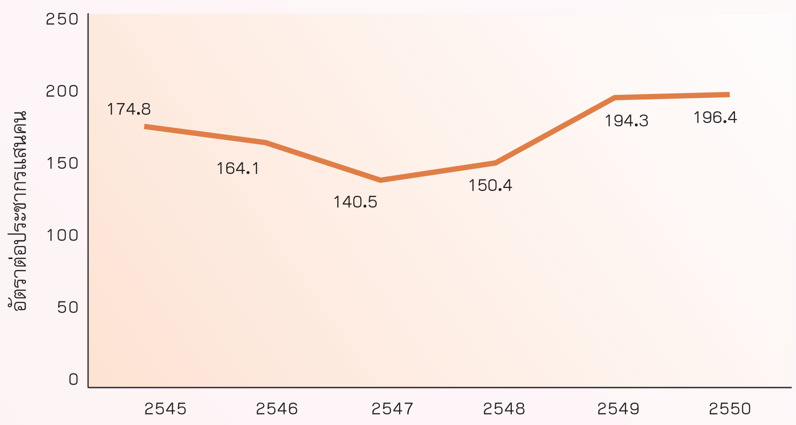
ความเหลื่อมล้ำนั้นยังก่อให้เกิดความยากจนอีกรูปแบบหนึ่ง คือความยากจนเพราะคิดว่าตัวเอง "มีไม่พอ" เนื่องจากเกิดการเปรียบกับคนอื่นที่มีมากกว่า แม้ว่าความจริงตัวเองจะมีพอที่จะซื้อสินค้าและบริการสำหรับการดำรงชีวิตได้โดยไม่ลำบากเลยก็ตาม อาจเรียกความจนแบบนี้ว่า "ความจนเชิงอัตวิสัย" (subjective poverty) หรือ "ความจนทางใจ" ความยากจนเช่นนี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพไม่น้อยกว่าความยากจนเพราะความขาดแคลนทางวัตถุ (objective poverty)

ในบทความเรื่อง Sick of Poverty (เจ็บป่วยเพราะความจน, ตีพิมพ์ในวารสาร *Scientific American, December 2005*) Robert Sapolsky ศาสตราจารย์สาขาประสาทวิทยา แห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ชี้ให้เห็นว่าความจนทางใจนี้ทำให้คน "หยุดไม่ได้ พอไม่เป็น" แม้จะรวยจนล้นแล้วตาม ชีวิตจึงต้องแข่งขันและรีบเร่งตั้งแต่เล็กจนแก่เฒ่า เมื่อเป็นเช่นนั้นก็ทำให้คนเกิดความเครียดชนิด "ฝังใน" มีการวิจัยในประเทศตะวันตกชี้ชัดว่า ความเครียดนั้นเป็นตัวที่ก่อปัญหาทางสุขภาพหลายอย่าง เพราะเป็นโทษต่อการทำงานของทุกระบบในร่างกาย

ในประเทศไทยทุกวันนี้ เราได้เห็นชัดขึ้นว่า ชีวิตคนเมืองที่มีความเป็นทุนนิยมมากนั้น มีแต่ความรีบเร่งและการแข่งขัน คนจึงเป็นโรคเครียดและโรคซึมเศร้ามากขึ้น เพราะหาทางออกจากปัญหาความยากจนทางวัตถุและความยากจนทางจิตใจไม่ได้ (รูปที่ 5)

ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้และความเหลื่อมล้ำในสังคมนั้น เป็นเรื่องธรรมดา แต่ความไม่เท่าเทียมและความเหลื่อมล้ำที่มากเกินขนาด เป็น "โรคทุนนิยม" ที่ควรได้รับการรักษา ผู้ที่เห็นปัญหานี้หลายท่านได้เตือนให้สังคมตระหนักว่า ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของคนในสังคมทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา นี่คือสิ่งที่อาจจะนำไปสู่วิกฤต ไม่เฉพาะในเรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่มีโอกาสที่จะกลายเป็นวิกฤตทางการเมืองและความรุนแรงในสังคมได้ด้วย

รูปที่ 5: อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วประเทศ พ.ศ. 2545-2550



ที่มา: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-19 และศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ในวิกฤต มีโอกาส

วิกฤตทุนนิยมที่เพิ่งเกิดในช่วงปีที่ผ่านมา สังคมควรจะถือเป็นโอกาสที่จะได้ปรับปรุงระบบเศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ เพื่อให้มีความเติบโตที่มั่นคงต่อไป

"โอกาส" ที่จะเสนอต่อไปนี้เป็นการรวบรวมและสังเคราะห์ สิ่งที่ผู้รู้หลายท่านได้ชี้แนะต่อสาธารณะในหลายโอกาส และบางส่วนก็เป็นความรู้ที่ *สุขภาพคนไทย* ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านโดยตรง

ลดความเหลื่อมล้ำ: โอกาสของภาครัฐ

ปัญหาใหญ่ที่เนื่องมาจากระบบทุนนิยม และที่หลายท่านห่วงว่าอาจจะนำไปสู่ความรุนแรงทางสังคมได้ คือ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมตามมา ความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่ในปัจจุบันทำให้คนในสังคมมีชีวิตที่แตกต่างกันมากกว่าที่ควรจะเป็น นี่เป็นประเด็นที่อาจจะระเบิดเป็นความขัดแย้งทางสังคมและการเมืองที่แก้ไขได้ยาก ที่จริง ความขัดแย้งทางการเมืองที่เป็นไปอยู่ในวันนี้ ผู้รู้บางท่านก็ชี้ว่ามีรากเหง้าแท้จริงอยู่ที่ความแตกต่างทางชนชั้น ซึ่งทุนนิยมก็เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง

วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเมื่อปี 2540 และที่เพิ่งเกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อเร็วๆ นี้ เป็นโอกาสที่รัฐบาลควรจะใช้เป็นเหตุผลในการปรับยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจเสียใหม่ คือ ไม่มุ่งเน้นอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจมากจนเกินไป แต่เน้นความสมดุลระหว่างความเติบโตทางเศรษฐกิจ กับความมั่นคงของมนุษย์

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญมากกว่าเรื่องอื่นใดทั้งสิ้นที่รัฐควรทำ และต้องทำ คือ ยุทธศาสตร์ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ด้วยการปรับโครงสร้างระบบภาษี และการใช้จ่ายของภาครัฐ หลักยึดที่สำคัญในเรื่องนี้คือ ความเท่าเทียมและความมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงมาตรการใดๆ ที่จะส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

- **ยุทธศาสตร์การพัฒนา: ต้องเติบโตอย่างสมดุล**

การพัฒนาที่ผ่านมาเน้นความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ยุทธศาสตร์การพัฒนาเช่นนี้เปิดโอกาสให้ทุนนิยมทำหน้าที่ของมันอย่างแทบไม่มีขีดจำกัด และนั่นก็ทำให้เราได้บทเรียนที่สำคัญมาแล้วในอดีต "การเร่งรัดพัฒนา" ซึ่งเคยเป็นวลีที่พูดกันจนติดปากในสมัยหนึ่ง หมายถึงการเร่งผลิตเพื่อสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่โดยนัยแล้วการเร่งผลิตก็คือการส่งเสริมการบริโภค เพราะสองอย่างนี้ไปด้วยกัน นอกจากนี้ ผลผลิตอีกส่วนหนึ่งยังถูกส่งเป็นสินค้าออกเพื่อนำเงินตราเข้ามาจากต่างประเทศ เป้าหมายในภาพรวมคือความเติบโตทางเศรษฐกิจ ที่สามารถวัดเป็นมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ หรือจีดีพี (GDP) ไปๆ มาๆ เป้าหมายและความสำเร็จของการพัฒนาอยู่ที่เรื่องของ GDP เป็นสำคัญ เรื่องอื่นเป็นรองหรือไม่ก็ถูกละเลย

"อาการข้างเคียง" ของปัญหาการพัฒนาแบบนี้ คือ เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้ว กลไกของระบบทุนนิยมมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการกระจุกตัวของรายได้อยู่แล้ว การพัฒนาเศรษฐกิจในความหมายที่ประเทศไทยทำมาแล้วในอดีต เน้นการนำทรัพยากรมาใช้เพื่อการผลิตและการบริโภคมาก จนทรัพยากรที่เคยมีอยู่อุดมสมบูรณ์ร่อยหรอไปเร็วเกินคาด สิ่งแวดล้อมเสียสมดุล และมลภาวะสูงขึ้น ขณะเดียวกันคนจำนวนมากก็ตกอยู่ในพันธนาการของบริโภคนิยม ชีวิตไม่ได้มีความหมายมากไปกว่าการผลิตและการบริโภคมากนัก ความสุขและความสงบทั้งของบุคคลและชุมชนลดลง ที่สุดแล้วความเติบโตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น แทบไม่ได้นำมาซึ่งความผาสุก และไม่ได้ทำให้ชีวิตมีความหมายอย่างที่ควรจะเป็นเท่าใดนัก

นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล อย่าง Joseph Stiglitz และนักวิชาการที่มีชื่อเสียงจากหลายสำนักเห็นว่า ถึงแม้ GDP จะเป็นมาตรวัดประสิทธิผลของการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ดี แต่ก็ไม่ได้บอกอะไรเกี่ยวกับสุขภาวะของคนในสังคม ดังนั้น การพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งความเติบโตของ GDP เป็นหลักอาจจะไม่ใช่ยุทธศาสตร์

ที่เหมาะสม อย่างน้อยก็สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ที่โครงสร้างพื้นฐานยังไม่เอื้อต่อการกระจายรายได้เท่าที่ควร *ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่พึงปรารถนาควรคำนึงถึงความสมดุล ระหว่างความเติบโตทางเศรษฐกิจ กับความผาสุกและความมั่นคงของคนในสังคม*

หนทางที่จะไปสู่ความสมดุลนั้นอาจยากลำบากและต้องใช้เวลา แต่ก็มีบางอย่างที่รัฐสามารถทำได้โดยไม่ต้องรอให้วิกฤตสุกงอมเสียก่อน เช่น มาตรการทางภาษี และการใช้จ่ายของภาครัฐ ที่จะมีผลในการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

• ระบบภาษี: โอกาสที่ยังรอการลงมือ

นักวิชาการทางเศรษฐศาสตร์หลายท่านชี้ให้เห็นว่าระบบภาษีเป็นมาตรการที่ดีอย่างหนึ่งที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในสังคมได้ แต่ระบบภาษีที่เป็นอยู่ของประเทศไทย ยังไม่เอื้อต่อการกระจายรายได้เท่าที่ควร

ศาสตราจารย์ผาสุก พงษ์ไพจิตร กล่าวในการปาฐกถาเมื่อไม่นานมานี้ว่า ระบบภาษีควรจะเป็นระบบที่แฟร์ (fair) คือมีทั้งความยุติธรรมและยอมรับกันได้ในสังคม อีกทั้งไม่นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ในภายหลัง เช่น ไม่ส่งผลเสียต่อแรงจูงใจมากจนทำให้เกิดการเลี่ยงภาษีด้วยอุบายต่างๆ ระบบเช่นนี้ไม่ได้หมายความว่า ต้องเก็บภาษีจากคนรวยเพื่อเอามาช่วยคนจนสถานเดียว หลักการสำคัญอยู่ที่ว่าทุกคนต้องเสียภาษีตามฐานะของตน ผู้ที่ได้ประโยชน์มากจากรัฐและจากทรัพยากรของประเทศ ก็ต้องยอมจ่ายภาษีเป็นสัดส่วนรายได้ที่สูงกว่าผู้ที่ได้ประโยชน์น้อย ดังนั้น นอกจากจะเป็นระบบที่ก้าวหน้าแล้ว ระบบภาษีควรเป็นเครื่องมือจูงใจและบังคับให้คนที่มั่งคั่งร่ำรวยเกินขนาด ใช้ทรัพย์สินที่มีอยู่ของตนให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม ด้วยการสร้างงาน สร้างผลผลิต เพื่อกระจายความมั่งคั่งไปสู่คนอื่นและสู่สาธารณะ ไม่ใช่เก็บไว้โดยไม่ได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศ

นักเศรษฐศาสตร์ส่วนมากเห็นว่า *ภาษีทางตรง* (ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและภาษีเงินได้นิติบุคคล) และ*ภาษีทางอ้อม* (ภาษีการค้า ภาษีสรรพสามิต และอากรต่างๆ) ที่รัฐจัดเก็บอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่เป็นธรรม ยังมีความเหลื่อมล้ำ และควรจะได้รับการปรับปรุง เพื่อให้เอื้อต่อการกระจายรายได้มากขึ้น ช่องว่างสำคัญในระบบภาษีของไทยอยู่ที่การไม่เก็บภาษีทรัพย์สิน ภาษีมรดก และภาษีรายได้จากการขายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งสร้างความได้เปรียบให้แก่คนรวยอย่างมาก

• การใช้จ่ายของภาครัฐ: ต้องมีประสิทธิภาพและมุ่งลดความเหลื่อมล้ำ

ปัจจุบันการใช้จ่ายของภาครัฐยังไม่มีบทบาทมากพอที่จะมีผลช่วยลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ข้อนี้เป็นโอกาสสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่รัฐควรจะได้พิจารณาเพิ่มให้สูงขึ้น

การใช้จ่ายที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำนั้น จะต้องมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้โดยเสมอภาคกัน และสวัสดิการเหล่านั้นก็ไม่ควรแตกต่างกันมากเกินไป ระหว่างคนรวยกับคนจน ดังนั้น การใช้จ่ายของภาครัฐเพื่อการนี้จึงต้องคำนึงถึงทั้งความทั่วถึง ความเสมอภาค และความมีประสิทธิภาพไปพร้อมกัน ข้อสำคัญคือต้องหลีกเลี่ยงการใช้จ่ายที่จะเพิ่มความได้เปรียบให้แก่คนที่ได้เปรียบอยู่แล้ว เพราะนั่นจะยิ่งทำให้สถานการณ์เลวร้ายยิ่งขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องนี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้จ่ายจากภาครัฐที่มีประสิทธิภาพในการลดความเหลื่อมล้ำมากที่สุด คือ การใช้จ่ายอุดหนุนด้านสุขภาพและด้านการศึกษา ดังนั้น การที่รัฐบาลได้มีโครงการให้การรักษาพยาบาลฟรี (บัตรทอง) ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการเรียนฟรี 12 ปี รวมถึงนโยบายเรียนฟรี 15 ปี จึงเป็นการเดินมาถูกทางแล้ว แม้ว่า ทั้งสองโครงการนี้ยังควรจะได้รับการปรับปรุงให้เข้มแข็งต่อไปอยู่ก็ตาม

การใช้จ่ายในภาคการเกษตร ที่มีผลในการเพิ่มรายได้ให้กับเกษตรกรที่ยากจน ก็มีความสำคัญ แต่การใช้จ่ายในรูปของการแทรกแซงตลาดสินค้าเกษตร เช่น การรับจำนำผลผลิต และประกันราคาพืชผลนั้น มีการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผลประโยชนส่วนใหญ่ตกอยู่แก่พ่อค้ามากกว่าเกษตรกร และเกษตรกรฐานะดีได้รับประโยชน์มากกว่าเกษตรกรยากจน ดังนั้น จึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเหลื่อมล้ำมากกว่าที่จะช่วยลด

ส่วนการอุดหนุนค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า และค่าขนส่งบางประเภท รวมทั้งการให้ (แจก) เงินสงเคราะห์โดยตรง อย่างที่ทำมาตอนเกิดวิกฤตเมื่อต้น พ.ศ. 2552 และการให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุนั้น มีผลในการลดความเหลื่อมล้ำได้น้อยมาก หรือแทบไม่มีเลย แต่มีผลทางการเมืองมากกว่า

การใช้จ่ายของภาครัฐอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งมีผลทั้งในการลดความเหลื่อมล้ำ และเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิต

ของประชาชนไปพร้อมกัน *คือการใช้จ่ายเพื่ออุดหนุนระบบประกันสังคม* เป็นเรื่องที่ดีที่ในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสังคมที่ตั้งหลักได้มั่นคงพอสมควรแล้ว แต่ก็*มีข้อจำกัดตรงที่ระบบที่เป็นอยู่นี้ครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างในภาคเอกชนจำนวนหนึ่ง และลูกจ้างในหน่วยงานของรัฐเท่านั้น* ตามสถิติในเดือนกันยายน พ.ศ.2552 มีจำนวนผู้เอาประกันตนในระบบประกันสังคมทั้งสิ้นประมาณ 9.3 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 25 ของแรงงานทั้งหมดเท่านั้น ยังมีแรงงานอีกมากมายที่ไม่ได้อยู่ในระบบนี้ เช่น เกษตรกร กรรมกร ลูกจ้างรายวัน และผู้ทำอาชีพส่วนตัว เป็นต้น นี่คือโอกาสที่รัฐ*ควรจะได้ทำโครงการประกันสังคมให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่*

ในระยะหลังๆ นี้ มีการพูดกันมากขึ้นถึงเรื่อง "รัฐสวัสดิการ" แนวคิดคือ ถ้าดำเนินการได้อย่างเหมาะสม รัฐสวัสดิการจะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำได้ โดยหลักการแล้ว *รัฐสวัสดิการ หมายถึง การดำเนินนโยบายของรัฐที่เน้นการสร้างหลักประกันการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ อย่างน้อยในระดับพื้นฐาน ให้แก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม เพื่อสร้างความเป็นธรรมในสังคม และสร้างภูมิคุ้มกันจากวิกฤติเศรษฐกิจ* ถ้ายึดหลักดังกล่าวนี้เป็นมาตรฐาน ประเทศไทยก็ยังก้าวไปไม่ถึงการเป็นรัฐ

ระบบภาษียังเอื้อต่อความเหลื่อมล้ำ

นักวิชาการบอกว่า ระบบภาษีของไทย ทั้งภาษีทางตรงและภาษีทางอ้อม ยังเอื้อต่อความเหลื่อมล้ำ

ภาษีทางตรง ซึ่งประกอบด้วยภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและภาษีเงินได้นิติบุคคลนั้น รัฐเก็บในอัตราก้าวหน้า ตั้งแต่ร้อยละ 0, 10, 20, 30, จนถึงร้อยละ 37 แต่ในทางปฏิบัติแล้ว การเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้าของไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร มีการศึกษาพบว่าในความเป็นจริงแล้ว ภาษีเงินได้สำหรับบุคคลธรรมดาที่เก็บได้จริง โดยเฉลี่ยแล้วเท่ากับอัตราร้อยละ 5 เท่านั้น นอกจากนี้ ระบบภาษียังมีส่วนลดต่างๆ ให้แก่ผู้มีเงินได้ค่อนข้างมาก ทำให้จำนวนเงินภาษีที่เก็บได้ไม่มากอย่างที่ควรจะเป็น

ส่วนภาษีเงินได้นิติบุคคล (บริษัท ห้างร้าน) ปัจจุบันรัฐเก็บในอัตราเดียว คือร้อยละ 30 อัตรานี้ใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 (ก่อนหน้านั้นเก็บในอัตราก้าวหน้า)

นอกจากนี้ รัฐยังให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีแก่ผู้ลงทุน ที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ - BOI) ซึ่งผู้ลงทุนจะได้รับสิทธิประโยชน์ทางภาษีเงินได้นิติบุคคล และภาษีนำเข้าเครื่องจักรและวัตถุดิบตามเงื่อนไขที่กำหนด *ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา* นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) เห็นว่า การให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีแก่นักลงทุนเช่นนี้ไม่จำเป็น ที่อ้างกันว่าถ้าไม่ให้สิทธิประโยชน์นี้แล้วจะไม่มีใคร (นักลงทุนจากต่างประเทศ) เอาเงินมาลงทุนนั้น ก็เป็นการอ้างที่ไม่ได้มีการพิสูจน์อย่างจริงจัง ดังนั้น สิทธิประโยชน์นี้จึงเป็นการเอื้อประโยชน์แก่นักลงทุน ซึ่งเป็นคนรวยโดยตรง และนี่เป็นช่องว่างทางภาษีที่ควรปรับปรุง

ช่องว่างทางภาษีที่เอื้อให้เกิดความเหลื่อมล้ำอีกอย่างหนึ่งคือ การที่รัฐไม่เก็บภาษีทรัพย์สิน ภาษีมรดก และภาษีเงินได้จากการขายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ ในประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ ภาษีประเภทนี้ เป็นมาตรการลดความเหลื่อมล้ำที่สำคัญอย่างหนึ่ง แต่สำหรับประเทศไทย แม้จะเคยมีการพูดถึงเรื่องนี้มานาน และนักวิชาการรวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ก็สนับสนุนมาตลอด แต่ก็ยังไม่เกิดขึ้น เหตุผลสำคัญก็เพราะได้รับการคัดค้านจากกลุ่มคนรวย ซึ่งมีทั้งเศรษฐี นักธุรกิจ และนักการเมือง คนส่วนน้อยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อนโยบายของรัฐมากที่สุด

ภาษีทางอ้อม ซึ่งประกอบด้วยภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสรรพสามิต และภาษีศุลกากรนั้น เป็นแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ของรัฐ แต่การศึกษาของนักวิชาการหลายคนมีข้อสรุปคล้ายกันว่า โดยเปรียบเทียบแล้ว ระบบภาษีทางอ้อมของไทย เป็นภาระแก่คนจนมากกว่าคนรวย ดังนั้น แทนที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำ ระบบภาษีทางอ้อมกลับเป็นตัวเพิ่มความเหลื่อมล้ำให้มากขึ้น

ช่องว่างที่มีอยู่ในเรื่องภาษีทรัพย์สิน ภาษีมรดก และภาษีเงินได้จากการขายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ รวมทั้งภาษีการค้า ควรถือเป็นโอกาสที่จะได้ปรับปรุง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและช่องว่างในสังคม

ที่มา: ผาสุก พงษ์ไพจิตร, 2552; สมชัย จิตสุชน อมรเทพ จาวะลา และชัยสิทธิ์ อนุชิตวรวงศ์, 2552.

สวัสดิการ เพราะสิ่งที่ทำอยู่ในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมประชาชนได้ทั้งหมด เนื่องจากมีงบประมาณจำกัด และหลายอย่างที่ทำนั้นก็เอื้อประโยชน์แก่คนรวยและคนชั้นกลางมากกว่าคนจน ขณะที่บางอย่างเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะสั้นเท่านั้น โดยทั่วไปรัฐสวัสดิการมักจะรวมเอาด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านต่อไปนี้ คือ สุขภาพ การศึกษา การว่างงาน ชราภาพ ที่อยู่อาศัย และครอบครัว

ถ้าจะเลือกแนวทางรัฐสวัสดิการ มีประเด็นใหญ่ๆ ที่รัฐและสังคมต้องพิจารณา คือ 1) จะจัดให้มีสวัสดิการด้านใดบ้าง 2) งบประมาณที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายจะมาจากแหล่งใด ใน พ.ศ. 2551 ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการของประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 2.8 ของ GDP เท่านั้น (เทียบกับประเทศเกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และสวีเดน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในเรื่องนี้เฉพาะใน พ.ศ. 2541 เท่ากับร้อยละ 5.9, 14.7, และ 31.0 ของ GDP ตามลำดับ) นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องนี้หลายท่านเห็นว่า ถ้าประเทศไทยจะมุ่งไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ จะต้องมีการปฏิรูปในหลายเรื่อง โดยเฉพาะคือ ภาษี, การเติบโตของ GDP, ประสิทธิภาพการบริหารงานภาครัฐ, การกำจัดคอรัปชัน, และระบบการเมือง ปัจจุบันนี้ประเทศไทยยังไม่พร้อมที่จะเข้าสู่การเป็นรัฐสวัสดิการ อย่างไรก็ตาม นักวิชาการเสนอว่าการเป็นรัฐทุนนิยมสวัสดิการนั้นเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ใส่ใจในสังคมและสิ่งแวดล้อม: โอกาสของภาคธุรกิจ

สถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจและวิกฤตสิ่งแวดล้อมบวกกับความตื่นตัวของผู้บริโภค ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ในช่วงเวลาประมาณ 2 ทศวรรษมานี้ ทำให้การดำเนินธุรกิจในระบบทุนนิยมต้องคิดใหม่ว่า การดำเนินธุรกิจแบบมุ่งกำไรเป็นหลัก อย่างที่เคยปฏิบัติกันมานานนั้น ยังจะเป็นวิธีที่เหมาะสม และควรได้รับการส่งเสริมต่อไปอยู่หรือไม่ มีทางเลือกอะไรบ้างไหมในโลกธุรกิจที่นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจแล้ว ยังไม่สร้างความเหลื่อมล้ำในสังคม และไม่ทำลายทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมด้วย ในขณะที่ธุรกิจเองก็ยังมีกำไร และเติบโตไปได้

คำถามที่ท้าทายเหล่านี้สะท้อนความต้องการของสังคม ที่อยากจะมีภาคธุรกิจที่มีความรับผิดชอบ ธุรกิจที่ไม่มุ่งแต่จะเอากำไร แต่ใส่ใจผู้บริโภค ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีส่วนได้เสียในความเติบโตของธุรกิจด้วย กล่าวอย่างถึงที่สุดแล้ว สิ่งที่สังคมกำลังต้องการมากขึ้นทุกวันนี้ คือทุนนิยมที่รับผิดชอบ เป็นธรรม และสร้างสรรค์

แนวโน้มที่ดีคือ ในโลกธุรกิจปัจจุบันเริ่มมีคนพยายามหาคำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้ ด้วยการทำธุรกิจแนวใหม่ ซึ่งมีเป้าหมาย การบริหารจัดการ และขอบเขตของสิ่งที่ทำหลากหลาย เป็นที่รู้จักกันในชื่อต่างๆ แต่ที่น่าสนใจคือ การทำธุรกิจที่เรียกกันว่า "วิสาหกิจเพื่อสังคม" (social enterprise) ซึ่งมีลักษณะพิเศษต่างจากธุรกิจทั่วไป คือ

(1) มีเป้าหมายหลักในการแก้ปัญหา และพัฒนาโอกาสทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

(2) การดำเนินการไม่ได้ถูกขับเคลื่อนโดยแรงจูงใจที่จะสร้างกำไรสูงสุด สำหรับเจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเท่านั้น

(3) กำไรที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะถูกนำไปลงทุนและขยายผลเพื่อบรรลุเป้าหมายหลักของธุรกิจ

วิสาหกิจเพื่อสังคมมีพัฒนาการที่น่าสนใจ ในระดับโลกมีการขยายตัวของการทำธุรกิจประเภทนี้อย่างรวดเร็วในหลายด้าน เช่น ด้านที่อยู่อาศัยสำหรับคนจน เกษตรยั่งยืน การสร้างงานสำหรับผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ พลังงานทดแทน สุขภาวะ สื่อสร้างสรรค์ และการท่องเที่ยวที่จัดการโดยชุมชน เป็นต้น ในประเทศอังกฤษตามรายงานของรัฐบาลบอกว่ามีวิสาหกิจเพื่อสังคมมากกว่า 55,000 ราย สร้างรายได้กว่า 8 พันล้านปอนด์ต่อปี และสร้างผลเชิงบวกแก่สังคมและสิ่งแวดล้อมอีกมหาศาล

เพราะเป็นกิจการที่มุ่งผลประโยชน์เพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก รัฐบาลหลายประเทศมีนโยบายสนับสนุนวิสาหกิจเพื่อสังคมอย่างชัดเจน เช่น อังกฤษ แคนาดา สหรัฐอเมริกา และสิงคโปร์ เกิดการพัฒนาตลาดทุนวิสาหกิจเพื่อสังคมในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หลายประเทศในยุโรป อินเดีย และฮ่องกง นอกจากนี้ยังมีมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลกให้ความสนใจเปิดหลักสูตรกิจการเพื่อสังคมเป็นการเฉพาะ เช่น Oxford, Harvard, Stanford และ MIT เป็นต้น แสดงให้เห็นอนาคตของธุรกิจที่ใส่ใจเรื่องของสังคมและสิ่งแวดล้อมมากขึ้นในปัจจุบัน

ในประเทศไทยวิสาหกิจเพื่อสังคมเพิ่งจะอยู่ในระยะเริ่มต้น นักธุรกิจและคนรุ่นใหม่ที่มีศักยภาพที่จะทำเรื่องนี้

ได้ยังไม่ได้รู้จักวิสาหกิจเพื่อสังคมเท่าที่ควร และยังขาดการสนับสนุนขั้นพื้นฐานทุกด้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคประชาชนยังไม่ชัดเจน แต่มีสถาบันอุดมศึกษาบางแห่งเปิดสอนวิชาเกี่ยวกับวิสาหกิจเพื่อสังคมบ้างแล้ว เช่น คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี และสถาบันศศินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และโครงการ IMBA มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ (ตารางที่ 6)

นอกจากนี้ ยังมีการทำธุรกิจแบบอื่นที่มีแนวทางและเป้าหมายของการดำเนินงานคล้ายกับวิสาหกิจเพื่อสังคม ที่ควรจะกล่าวถึงในที่นี้คือ การลงทุนที่รับผิดชอบต่อสังคม (socially responsible investment-SRI) และความรับผิดชอบขององค์กรธุรกิจต่อสังคม (corporate social responsibility-CSR) การลงทุนที่รับผิดชอบต่อสังคม (SRI) คือแนวทางการลงทุนของกองทุน ที่เลือกลงทุนเฉพาะในบริษัทที่ผ่านเกณฑ์ว่ามีความรับผิดชอบต่อสังคมเท่านั้น (socially responsible fund) โดยที่กองทุนมีเกณฑ์มาตรฐานที่เข้มงวดในเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น มีการดำเนินงานเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม หรือมีความหลากหลายทางเพศในทีมผู้บริหารระดับสูง มีการนำวัสดุเหลือใช้กลับมาใช้ใหม่ เป็นต้น โดยทั่วไป ผลตอบแทนจากการลงทุนในบริษัทเช่นนี้มักจะไม่หวือหวา แต่การลงทุนแบบนี้เป็นการใช้แนวทางธุรกิจในการสร้างจิตสำนึกต่อสังคมที่ดี

ส่วนความรับผิดชอบขององค์กรธุรกิจต่อสังคม (CSR) นั้น คือแนวคิดที่ว่า บริษัทควรมีความรับผิดชอบต่อประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม ไม่ใช่มุ่งแต่จะทำกำไรอย่างเดียว รูปแบบของกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมนั้นมีหลากหลาย ที่สำคัญที่สุดคือปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ทั้งในเรื่องภาษี การจ้างงาน และการรับผิดชอบ

ตารางที่ 6: ตัวอย่างวิสาหกิจเพื่อสังคมในต่างประเทศและในประเทศไทย จำแนกตามประเภทธุรกิจ

ประเภทธุรกิจ	ในต่างประเทศ	ในประเทศไทย
การเงินชุมชน	Grameen Bank ให้สินเชื่อขนาดจิ๋ว (Micro-credit) ระดับชุมชนแก่ผู้ด้อยโอกาสในประเทศบังคลาเทศ	**บริษัท ร่วมทุนชนบท** ให้สินเชื่อและร่วมลงทุนในวิสาหกิจชุมชนที่มีศักยภาพขยายผลทางสังคมและเศรษฐกิจในชนบท
การขายสินค้าจากผู้ผลิตในชุมชน	Community-Friendly Movement ขายสินค้าที่ผลิตจากชุมชนห่างไกลในชนบทอินเดีย โดยสร้างระบบขายส่งไปอเมริกาและประเทศในยุโรป	**บริษัท ไทยคราฟท์ แฟร์เทรด** ขายสินค้าหัตถกรรมของชุมชนทั่วประเทศ เน้นการรักษาวัฒนธรรม และพัฒนาความสามารถในการผลิตและการพึ่งตัวเอง
การสร้างโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ	Digital Divide Data รับงาน out-source จากสหรัฐอเมริกาประเภทงาน IT เบื้องต้น เช่น งานข้อมูลพื้นฐาน แล้วนำมาจ้างและพัฒนาผู้ด้อยโอกาสในกัมพูชา และลาว	(ไม่มีข้อมูล)
สื่อสร้างสรรค์	Participant Media ผลิตสื่อบันเทิงไปพร้อมๆ กับให้ข้อมูลทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างผลงานคือ The Inconvenient Truth	**บริษัท ป่าใหญ่ ครีเอชั่น** ผลิตรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ อย่างน่าสนใจ เช่น รายการมดคันไฟ และรายการทุ่งแสงตะวัน
บริการต่างๆ สำหรับงานภาคสังคม	Idea!s Creative เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่ให้บริการโฆษณาและสื่อสารในลักษณะ Ad Agency ให้องค์กรเพื่อสังคมในฟิลิปปินส์	**บริษัท โอเพน ดรีม** บริการพัฒนาเว็บโปรแกรมมิ่งเพื่อการใช้งานของภาคสังคม เช่น ระบบการเฝ้าระวังและติดตามโรคติดต่อผ่านมือถือ ระบบห้องสมุดดิจิตอล

ที่มา: เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง กิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ของ สุนิต เศรษฐา ผู้อำนวยการองค์กร ChangeFusion บรรยายที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 5 พฤศจิกายน 2552

ต่อสิ่งแวดล้อม ธุรกิจเอกชนนิยมทำ CSR ที่สังคมเห็นภาพได้ชัดเจน มากกว่าการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด เช่น การระดมทุนเพื่อช่วยเหลือชุมชนในยามที่เกิดภัยพิบัติ การสร้างสิ่งสาธารณประโยชน์ และการพัฒนาเด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส ผ่านกิจกรรมทางการศึกษา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า กิจกรรม CSR ที่บริษัทใหญ่ๆ หลายแห่งทำอยู่ในปัจจุบันนี้*ทำด้วยความรับผิดชอบต่อสังคม หรือทำเพื่อต้องการประชาสัมพันธ์และสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่บริษัทเท่านั้น*

สถานการณ์ในปัจจุบันมีความชัดเจนมากขึ้นว่า ประชาชนผู้มีส่วนได้เสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เริ่มตระหนักว่า การดำเนินธุรกิจที่มุ่งกำไรสูงสุด ภายใต้แนวทางทุนนิยมโลกาภิวัตน์ (global capitalism) ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ความตระหนักเช่นนี้นำไปสู่การประท้วงและต่อต้านโครงการอุตสาหกรรมใหญ่ๆ หรือองค์ที่เป็นสัญลักษณ์ของทุนนิยมโลกาภิวัตน์ เช่น ในประเทศไทย ทุกวันนี้แทบไม่มีโครงการทางอุตสาหกรรมขนาดใหญ่โครงการไหน ไม่ถูกประท้วงโดยภาคประชาชนผู้เห็นปัญหา หรือระแวงในผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น บางครั้งถึงกับมีความรุนแรง ในระดับโลกก็เช่นเดียวกัน แทบไม่มีการประชุมว่าด้วยการค้าโลกครั้งไหนในระยะหลังๆ นี้ ที่ไม่ถูกประท้วงจากองค์กรประชาชนที่ตระหนักในผลกระทบของทุนนิยมเสรี (ที่รุนแรงมาก เช่น การประท้วงการประชุมขององค์การการค้าโลกที่เมืองซีแอตเติล สหรัฐอเมริกา เมื่อเดือนธันวาคม 2542) นี่คือสัญญาณที่บอกว่า ถึงเวลาที่ภาคธุรกิจจะต้องคิดใหม่ และใส่ใจในผลกระทบที่จะมีต่อผู้บริโภค สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังมากขึ้น

ตรวจสอบอย่างเป็นอิสระ: โอกาสขององค์กรภาคประชาชน

ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ มักจะมีจุดอ่อนคล้ายกันอยู่อย่างหนึ่ง นั่นคือ โดยพื้นฐานแล้ว มักมีการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย แม้จะประกาศว่าปกครองในระบอบประชาธิปไตยก็ตาม จุดอ่อนอีกอย่างหนึ่งอยู่ที่ระบบการบริหารที่ขาดธรรมาภิบาล ดังนั้น ผลประโยชน์ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และอำนาจทั้งในระบบและนอกระบบ จึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในกิจการสาธารณะค่อนข้างสูง

ในสภาพเช่นนั้น ทุนนิยมมักจะนำไปสู่การมีผลประโยชน์ทับซ้อน การฉ้อราษฎร์บังหลวง การใช้อิทธิพลและความไม่โปร่งใสนานัปการ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ การใช้อำนาจผูกขาด และการกอบโกยทรัพยากรธรรมชาติโดยกลุ่มนายทุนและบรรษัทข้ามชาติที่ไม่รับผิดชอบ แต่มีความได้เปรียบทั้งในด้านทุนและเทคโนโลยี ผลของมันคือความเหลื่อมล้ำที่ทำให้เกิดวิกฤตในสังคม ดังที่กล่าวมาแล้ว

ปฏิเสธยากว่า ที่ผ่านมาและที่เป็นอยู่ในปัจจุบันประเทศไทยไม่ได้ประสบกับสภาพเช่นที่กล่าวมานี้ ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ ลำพังหน่วยงานของรัฐมีกำลังไม่เพียงพอที่จะยับยั้งปัญหาวิกฤตเหล่านี้ได้ องค์กรภาคประชาชนจึงเป็นโอกาส และเป็นความหวังที่ช่วยตรวจสอบ ทักท้วงหรือแม้แต่คัดค้าน การกระทำที่เกินขอบเขต ไม่โปร่งใสหรือเป็นภัยต่อสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ แต่การตรวจสอบที่มีประสิทธิผลคือการตรวจสอบที่เป็นอิสระ โดยมีข้อมูลและความรู้เท่าทันเป็นอาวุธ

ที่ผ่านมา มีองค์กรจัดตั้งจากการรวมตัวกันของประชาชนในหลายพื้นที่ ทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิและผลประโยชน์ของตน ในกรณีที่ถูกละเมิดจากผู้ประกอบการทางธุรกิจอุตสาหกรรมในรูปแบบต่างๆ ปฏิบัติการขององค์กรภาคประชาชนเหล่านี้ มีทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ เช่น กรณีมาบตาพุด ซึ่งจบลงด้วยการที่ศาลปกครองมีคำสั่งให้ระงับการดำเนินการของโครงการทางอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุมัติโดยขัดต่อข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญไว้ก่อน นอกจากนี้ ยังมีองค์กรภาคประชาชนอีกจำนวนมากที่ทำงานตรวจสอบเช่นนี้อยู่ทั่วทุกภาคของประเทศ ในช่วงเวลา 10-20 ปี ที่ผ่านมา

บทเรียนจากที่ได้จากการทำงานขององค์กรภาคประชาชนเหล่านี้คือ ในสถานการณ์ที่ความสนใจหลักอยู่ที่เม็ดเงินและความเติบโตทางเศรษฐกิจ ภายใต้กระแสทุนนิยมเสรีโลกาภิวัตน์ องค์กรภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญ ในการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจโครงการพัฒนาที่ไม่รอบคอบและไม่รับผิดชอบ ทั้งของรัฐและของผู้ประกอบการ องค์กรเหล่านี้จึงควรจะถูกมองว่าเป็นพลังและเป็นโอกาสของสังคม

รู้ทันและพอเพียง: โอกาสของประชาชน

คำถามหลักสำหรับประชาชนทั่วไปคือ ควรจะดำรงชีวิตอยู่อย่างไร จึงจะไม่เป็นเหยื่อของทุนนิยม สิ่งที่จะเสนอต่อไปนี้เป็นเพียงบางส่วนของแนวทางที่ควรจะเป็น สำหรับชีวิตของปัจเจกชนในโลกแห่งทุนนิยม

- **รู้ทัน**

ทุนนิยมส่งเสริมให้คนอยากได้อยากมี และอยากบริโภคแทบไม่มีที่สิ้นสุด ประชาชนจะต้อง*รู้ทันตัวเอง*และ*รู้ทันทุนนิยม*ด้วย

รู้ทันตัวเอง: คือทำความเข้าใจที่ถูกต้องใน*ความต้องการ*และ*ความจำเป็นที่แท้จริง*ของตัวเอง ความต้องการนั้นมักจะถูกขับเคลื่อนด้วยความอยาก (กิเลส) ซึ่งหาที่สุดมิได้ แม้ว่าการสนองความต้องการจะไม่ใช่สิ่งชั่วร้าย แต่ถ้าไม่ถูกกำกับด้วยความรู้เท่าทันคือสติแล้ว ความต้องการมักจะพาไปสู่ปัญหา ส่วนความจำเป็นนั้นมักจะถูกขับเคลื่อนด้วยเหตุผล มากกว่าความอยาก การสนองความจำเป็นสามารถจำกัดให้อยู่ในกรอบของเหตุผลได้ง่ายกว่า ในโลกแห่งทุนนิยม การดำรงชีวิตที่กำกับด้วยเหตุผล แม้เป็นเหตุผลทางโลก (ไม่จำเป็นต้องพูดถึงเหตุผลทางศาสนธรรมก็ได้) ก็คือภูมิคุ้มกันอย่างหนึ่ง

รู้ทันทุนนิยม: คือรู้ทันเล่ห์กลในการผลิตและการตลาดที่ทำให้ผู้คนติดอยู่ในกับดักของการบริโภค ในระบบทุนนิยมนั้นการผลิตและการบริโภคถูกขับเคลื่อนด้วยกลไกตลาดและการแข่งขันเสรี ในโลกที่เป็นเช่นนี้ ถ้าเราอยู่อย่างไม่รู้ทัน ชีวิตก็จะถูกพันธนาการอยู่แต่กับการผลิตและ

สฤณี อาชวานันทกุล
นักเขียน นักวิชาการอิสระ

วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ให้บทเรียนและโอกาสอะไรแก่สังคมบ้าง

บทเรียนที่เกิดขึ้นคือ ผู้ลงทุนจะต้องคำนึงถึงความยั่งยืนและผลในระยะยาว จะต้องไม่มองแค่ผลกำไรระยะสั้น แม้ว่าการมองผลระยะยาวอาจทำให้กำไรลดลงก็ตาม บริษัทจำเป็นต้องเปลี่ยนตัวเอง ด้วยการนำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ เพื่อให้สามารถแข่งขันได้ เช่น การลงทุนในธุรกิจผลิตสินค้าที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม หรือธุรกิจสีเขียว ซึ่งจะดึงผู้บริโภคที่มีความตระหนักเข้ามาเป็นแนวร่วมสนับสนุน ปัจจุบัน การลงทุนที่มีความสนใจทางด้านนี้ขยายตัวขึ้นเรื่อย ๆ ประมาณว่ามีราวร้อยละ 10-15 ส่วนคนธรรมดาสามัญ ไม่ว่าจะเป็นผู้บริโภคหรือผู้ถือหุ้น ก็ต้องเปลี่ยนเช่นกัน เช่น ต้องมีความตระหนักว่าจะเลือกอุดหนุนบริษัทผู้ผลิตแบบไหน ถ้าบริษัททำการผลิตแล้วส่งผลให้ชาวบ้านเจ็บป่วยปีละพันคน เรายังจะซื้อของเขาไหม

กลไกบังคับควบคุมคือ รัฐ และองค์กรเอกชนก็ต้องมีบทบาทสำคัญ รัฐมีหน้าที่คอยกำกับดูแลทั่วไป ขณะที่องค์กรเอกชนทำหน้าที่คอยตรวจสอบอย่างรู้ทัน ธุรกิจไหนปล่อยมลพิษหรือทำลายสิ่งแวดล้อม รัฐก็ต้องเก็บภาษีแพง ๆ ถ้ารัฐไม่อยากให้เขาผลิตสินค้าที่คนกินแล้วเป็นอันตราย ก็ต้องบังคับใช้กฎหมายความรับผิดชอบ ผู้บริโภคก็ไปฟ้องศาล กลไกควบคุมอย่างนี้ต้องมี ธุรกิจไม่ได้อยู่ของมันลอย ๆ ทุกวันนี้สิ่งที่เป็นปัญหา คือ "บรรษัทนิยม" หรือการปล่อยให้ธุรกิจใหญ่ขึ้นจนครอบงำนักการเมือง ครอบงำภาครัฐ มันจึงเป็นปัญหา ในสหรัฐอเมริกาคนต่อต้านบรรษัทนิยมก็เพราะเรื่องนี้แหละ ในประเทศไทยเราก็ด่าพวกนี้ว่าเป็นทุนนิยมสามานย์

ทุนนิยมมีข้อดีอย่างหนึ่งก็คือ มันมีประสิทธิภาพสูงในการสร้างความมั่งคั่งได้อย่างรวดเร็วให้กับบริษัท แต่ประเด็นก็คือ เราเป็นห่วงเรื่องความเหลื่อมล้ำ รัฐมีหน้าที่จัดสรรทรัพยากรเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ด้วยการเก็บภาษีในอัตราก้าวหน้า ใครที่ทำกำไรได้สูงก็ต้องถูกเก็บภาษีเยอะ ระบบการจัดเก็บภาษีก็ต้องทำให้มีประสิทธิภาพ ระบบภาษีของเรายังไม่มีความก้าวหน้าพอ เนื่องจากไม่มีการเก็บภาษีมรดก ภาษีทรัพย์สิน และภาษีที่ดิน ทั้ง ๆ ที่พูดกันมานานแล้ว

เก็บสาระจากการสนทนา 13 มกราคม 2553

บริโภคที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน ในสถานการณ์เช่นนั้น ความสุขความสงบในชีวิตของปัจเจกชนและของสังคม คงจะหวังได้ยาก

แต่ละคนจึงต้องค้นหาให้ได้ว่า ดุลยภาพหรือความพอเพียงในการผลิตและการบริโภคของตนอยู่ที่ไหน

และถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นไปอีก ผู้บริโภคควรจะรู้ทันด้วยว่า สินค้าใดมาจากกระบวนการผลิตที่ชอบหรือไม่ชอบอย่างไร และเลือกบริโภคเฉพาะสินค้าที่มาจากกระบวนการผลิตที่ชอบเท่านั้น เช่น ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ ไม่เอาเปรียบแรงงาน หรือในขั้นสูงสุดไม่ขัดต่อบรรทัดฐานแห่งศีลธรรม

พฤติกรรมผู้บริโภคที่รู้ทันเช่นนี้ ในแง่หนึ่งอาจถือว่าเป็นมาตรการ *"ตอบโต้อย่างสันติและสร้างสรรค์"* ของผู้บริโภค ซึ่งในปัจจุบันก็เริ่มมีการเคลื่อนไหวเช่นนี้บ้างแล้ว แต่ในอีกแง่หนึ่งอาจจะมองว่าเป็นการลดช่องว่างทางจริยธรรมระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภคด้วย เนื่องจากข้อเท็จจริงปรากฏว่า ในระบบทุนนิยมนั้นช่องว่างจากจุดที่ทำการผลิตไปถึงจุดที่มีการบริโภคห่างไกลกันมาก จนทำให้มิติทางจริยธรรมของการบริโภคหายไป ผู้บริโภคส่วนมากไม่มีทางรู้เลยว่า อาหารที่ตนบริโภค หรือสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวันนั้น เกิดจากกระบวนการผลิตที่ผิดธรรมชาติหรือขัดกับบรรทัดฐานทางศีลธรรมของสังคมมากน้อยเพียงใด ของบางอย่างถ้ารู้กระบวนการผลิตแล้ว ผู้บริโภคจำนวนหนึ่งอาจ "เลิกกินเลิกใช้" ไปเลยก็ได้ ไม่ใช่เพราะคุณภาพของสินค้า แต่เพราะกระบวนการผลิตขัดกับบรรทัดฐานทางศีลธรรมที่ตนเองรับไม่ได้ ประเด็นทางจริยธรรมเช่นนี้อาจถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรู้ทันและตอบโต้ทุนนิยมของภาคประชาชน

ดร. นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผู้อำนวยการ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

จะพลิกวิกฤตทุนนิยมให้เป็นโอกาสได้อย่างไร

โอกาสมันมีอยู่แล้วในวิกฤตนั้นเอง ***หนึ่ง*** ต้องชะลอความเร็วของทุนนิยมลงบ้าง ทุนนิยมเติบโตเร็วเกินไป จนด้านอื่น ๆ ของสังคมตามไม่ทัน จึงทำให้เกิดวิกฤต ทุกวันนี้พูดกันมากถึงเรื่องพลังงาน ซึ่งเป็นตัวทำให้ทุนนิยมเติบโตเร็ว เชื่อกันว่าพลังงานจะหมดโลกในอนาคตอันใกล้ ที่จริงอาจจะไม่หมดหรอก แต่พลังงานจะหายากมากขึ้นและแพงมากขึ้น ถ้าเป็นเช่นนั้ก็จะทำให้ทุนนิยมขับเคลื่อนช้าลงและโอกาสที่จะเกิดวิกฤตก็อาจน้อยลง

สอง ภาคประชาสังคมต้องมีบทบาทมากขึ้น เพื่อต่อรองกับภาคเศรษฐกิจ ขบวนการเคลื่อนไหวด้านนี้กำลังชัดเจนมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้อุตสาหกรรมในระบบทุนนิยมระมัดระวังและรับผิดชอบมากขึ้น อย่างกรณีพิพาทเรื่องมาบตาพุดนั้น ถ้าเป็นสมัยก่อนก็คงไม่ต้องมาตั้งกรรมการขึ้นมารับฟังอะไรกันให้ยาก แต่ทุกวันนี้การตรวจสอบอย่างเข้มแข็งของภาคประชาสังคมทำให้ทุนนิยมมีราคาแพงขึ้น จะเห็นว่า ไม่ว่าจะไปตั้งโรงงานผลิตไฟฟ้าที่ไหน หรือจะสร้างเขื่อนขนาดใหญ่ที่ไหน ก็จะมีกลุ่มที่มีส่วนได้เสียลุกขึ้นมาต่อต้านเสมอ ***สาม*** ทุนนิยมจะต้องมองดูตัวเองบ้าง จะเอาแต่กำไรและเติบโตไปอย่างเดียวโดยไม่เหลียวแลสังคมเลย อาจจะไปไม่รอด ทุนนิยมนั้นได้เปรียบในเรื่องการสะสมทุนและการจัดการทางธุรกิจอยู่แล้ว ถ้าเอาสองอย่างนี้มารวมกันเพื่อทำอะไรที่มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม ก็จะเป็นโอกาสที่ดีของทุนนิยม ***สี่*** บางทีเราอาจจะต้องถามหากระบวนทัศน์ หรือวิธีคิดอย่างใหม่บ้าง เพราะว่า วัตถุ ทุน และกำไร อาจจะไม่ใช่ความหมายทั้งหมดของการใช้ชีวิต สาระสำคัญจริง ๆ ของชีวิตอาจจะอยู่ที่ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับธรรมชาติและพระผู้เป็นเจ้า ก็ได้ จะเรียกว่าเป็นสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณก็คงไม่ผิด

เก็บสาระจากการสัมภาษณ์ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2552

- **พอเพียง**

เศรษฐกิจพอเพียง ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงชี้แนะมากว่า 40 ปี แล้ว ควรจะได้รับการน้อมนำมาปฏิบัติด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ทั้งในระดับปัจเจกชน ครอบครัว องค์กรธุรกิจ สังคมและรัฐบาล ปรัชญาซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของเศรษฐกิจพอเพียงประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 เรื่อง และเงื่อนไขในการปฏิบัติ 2 ประการ

ปรัชญาสำคัญที่เป็นหลักในการตัดสินใจและเป็นแนวทางสำหรับพฤติกรรมทางเศรษฐกิจทุกเรื่อง ได้แก่ 1) ความพอประมาณสำหรับตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องเอาความพอประมาณของคนอื่นมาเป็นมาตรฐาน 2) ความมีเหตุผลต้องอยู่เหนือความพึงพอใจ และ 3) การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัวเอง คือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการผลิตและการบริโภค ที่จะทำให้ตัวเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยงโดยไม่จำเป็น

ส่วนเงื่อนไขในการปฏิบัติ 2 ประการนั้น คือ 1) การแสวงหาความรู้ มีความรอบคอบ และมีความระมัดระวังอยู่เสมอ 2) มีความมั่นคงอยู่ในคุณธรรม อันได้แก่ ความขยัน ซื่อสัตย์ ประหยัด อดทน ใช้สติปัญญา และเอื้ออาทรต่อสังคม

สิ่งที่ควรถือว่าเป็นโอกาสสำหรับภาคประชาชนอีกอย่างหนึ่งในปัจจุบันคือ ลดการพึ่งตลาด (ทุนนิยม) ให้น้อยลง แต่พึ่งตัวเองให้มากขึ้น การเคลื่อนไหวในแนวทางนี้มีหลายรูปแบบหลายลักษณะ แต่ทั้งหมดเหมือนกันตรงที่มุ่งลดการพึ่งตลาดลง ขณะเดียวกันก็พึ่งตัวเองและเกื้อกูลกันในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อจะได้ไม่ติดอยู่ในกับดัก

พระไพศาล วิสาโล

วัดป่าสุคะโต จ. ชัยภูมิ

วิกฤตทุนนิยมกับโอกาสของสังคม

วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นเมื่อ 2 ปีที่แล้ว ซึ่งบางคนเรียกว่า "วิกฤตแฮมเบอร์เกอร์"นั้น ส่งผลสะเทือนต่อระบบทุนนิยมอย่างไม่เคยมีมาก่อน ผลกระทบดังกล่าวมิใช่เป็นเรื่องของเม็ดเงินจำนวนมหาศาลที่เกี่ยวโยงกับชีวิตของผู้คนนับพันล้านเท่านั้น หากยังกระเทือนไปถึงทฤษฎีหรือองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าแม่นยำและถูกต้อง โดยเฉพาะเศรษฐศาสตร์มหัพภาคและเศรษฐศาสตร์การคลัง กระทั่ง พอล ครุกแมน ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาเศรษฐศาสตร์ พ.ศ. 2551 ถึงกับกล่าวว่า เศรษฐศาสตร์มหัพภาคในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา *"พูดอย่างเบาก็คือ ไร้ประโยชน์ พูดแรงกว่านั้นก็คือ เป็นโทษ"*

ใช่แต่เท่านั้น มันยังชี้ให้เห็นถึงความผิดพลาดของนโยบายเสรีนิยม ที่ปล่อยให้มีการออกตราสารต่าง ๆ ออกมามากมายไม่ว่าจะเป็นหุ้นกู้ หรือตราสารอนุพันธ์ โดยไม่มีการควบคุม จนเกิดการเก็งกำไรอย่างอิสระเสรี มิหนำซ้ำตราสารเหล่านั้นยังได้รับการรับรองว่ามีความน่าเชื่อถือสูงจากบริษัทจัดอันดับชั้นนำทั้งหลาย ทั้ง ๆ ที่ความจริงได้เปิดเผยต่อมาว่ามีความเสี่ยงอย่างยิ่ง ยิ่งไปกว่านั้นวิกฤตเศรษฐกิจเกิดขึ้นโดยแทบไม่มีเสียงเตือนจากนักวิชาการหรือผู้รู้ทั้งหลายเลย ผลก็คือ เกิดวิกฤตศรัทธาต่อนักเศรษฐศาสตร์ นักวาณิชธนกิจ และผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายอย่างไม่เคยมีมาก่อน

วิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ทำให้ความศักดิ์สิทธิ์ของ "ตลาด" ถูกสั่นคลอน การปล่อยให้ตลาดทำงานอย่างเสรีนั้นอาจก่อความเสียหายอย่างมิอาจประมาณได้ จำเป็นต้องถูกกำกับดูแล อันที่จริงความเสียหายนั้นเกิดขึ้นมานานแล้ว แต่ผู้ที่ได้รับเคราะห์มักเป็นคนเล็กคนน้อยที่ไม่มีปากไม่มีเสียง ในนามของตลาดเสรี เขาต้องสูญเสียที่ดิน ป่าไม้ แหล่งน้ำเพื่อเปิดทางให้กลุ่มทุนเข้ามาใช้ประโยชน์ เด็กและเยาวชนจำนวนมากต้องเป็นเหยื่อของอุตสาหกรรมด้านอบายมุข ซึ่งมีอิสระเสรีในการประกอบกิจการ ในขณะที่อีกไม่น้อยเป็นทาสของบริโภคนิยมที่อาศัยสื่อมวลชนอย่างไม่มีขีดจำกัด

วิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ยังทำให้ผู้คนหันมาตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรม เป็นเพราะเชื่อกันอย่างแพร่หลายว่า "โลภนั้นดี" (greed is good) จึงทำให้เกิดการเก็งกำไรอย่างมโหฬาร เกิดการปั้นแต่งตัวเลขบัญชีเพื่อ

ของทุนนิยมจนกลายเป็นเหยื่อของมัน การเคลื่อนไหวอย่างเป็นกระบวนการในแนวทางนี้จะเห็นได้ เช่น กลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ และกองทุนชุมชนที่มีชื่อเรียกต่างๆ กระจายกันอยู่ตามชุมชน ทั่วประเทศ ที่น่าสนใจยิ่งคือ กระบวนการเคลื่อนไหวเหล่านี้ ผนวกเอาแทบทุกมิติของชีวิตชุมชนเข้ามาบูรณาการไปพร้อมกัน นั่นคือ ไม่ได้ขับเคลื่อนเฉพาะในด้านเศรษฐกิจอย่างเดียว หากแต่รวมเอาแทบทุกด้านไปพร้อมกัน โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ชีวิต ผู้คน ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

ปั่นราคาหุ้นให้สูงขึ้นจนเกิดผลเสียในเวลาต่อมา ขณะเดียวกันความโลภของนักการเมืองและผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีผลประโยชน์เกี่ยวข้องสถาบันการเงินเหล่านี้ทำให้หลับหูหลับตาต่อความไม่ถูกต้อง จนเกิดปัญหาลุกลามในเวลาต่อมา มาถึงตอนนี้ความคิดที่ว่า "โลภนั้นดี" ถูกตั้งคำถามมากขึ้น ขณะเดียวกันจริยธรรมของผู้บริหารธุรกิจก็กลายเป็นเรื่องสำคัญมากขึ้น

วิกฤตที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลดีต่อสังคม เพราะที่ผ่านมาสังคมได้รับผลกระทบมากจากการที่ตลาดถูกปล่อยให้ทำงานอย่างเสรี นอกจากจะสูญเสียทรัพยากรที่สำคัญในการดำรงชีพ และเกิดปัญหาสังคมตามมามากมายแล้ว การที่เงินกลายมาเป็นใหญ่ในชีวิตทำให้ผู้คนอยู่กันอย่างตัวใครตัวมัน มีน้ำใจน้อยลง ขณะที่ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมก็ถูกทำลายลงไปเรื่อยๆ หาไม่ก็ถูกนำไปขายเป็นสินค้าตามกลไกตลาด สังคมเข้มแข็งได้ยากหากตลาดขยายตัวอย่างเสรี หรือมีอำนาจมากมายอย่างที่ผ่านมา การที่ตลาดถูกกำกับด้วยกลไกของรัฐ (หรือกลไกอิสระ) และถูกเหนี่ยวรั้งด้วยจริยธรรม ย่อมเปิดโอกาสให้ภาคสังคมฟื้นตัวได้ง่ายขึ้น

วิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ยังกระตุ้นเตือนให้ผู้คนเห็นถึงโทษของการพึ่งพิงตลาดอย่างเต็มที่ เพราะทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของตนแขวนอยู่กับระบบขนาดใหญ่ที่ตัวเองควบคุมไม่ได้ ดังนั้นจึงหันมาร่วมมือกันมากขึ้น โดยสร้างกลไกทางเลือกใหม่ เช่น สัจจะออมทรัพย์ ธนาคารชุมชน เงินตราท้องถิ่น ซึ่งช่วยให้ทรัพยากรท้องถิ่นไหลเวียนในชุมชน รวมถึงการทำเกษตรกรรมทางเลือก ที่พึ่งพาน้ำมันหรือปุ๋ยเคมีน้อยลง กิจกรรมเหล่านี้ช่วยทำให้ชุมชนเข้มแข็งขึ้น เพราะเป็นบันไดนำไปสู่การร่วมมือกันทำกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน

ถึงที่สุดแล้วในยามที่เงินฝืดเคือง ผู้คนจำเป็นต้องอยู่อย่างประหยัดมัธยัสถ์ มองในแง่ดีก็คือ ทำให้เสียเวลาน้อยลงกับการเสพ การจับจ่ายใช้สอย หรือการเที่ยวห้าง มีเวลาอยู่กับครอบครัวมากขึ้น หลายคนได้ค้นพบความสุขที่ไม่ต้องใช้เงิน เช่น ความสุขจากการสังสรรค์ในครอบครัว จากการทำงานอดิเรกในบ้าน ความสุขจากการทำงานอาสาสมัคร รวมทั้งจากการทำสมาธิภาวนา ทั้งหมดนี้ช่วยกระชับความสัมพันธ์ของผู้คน ทำให้ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง ทั้งยังนำไปสู่สังคมที่เกื้อกูลและสงบร่มเย็นได้

บทสรุป: ขับเคลื่อนสู่ทุนนิยมที่ดีกว่า

ในบทความเรื่อง Capitalism beyond the Crisis อมาร์ตยา เซน (Amartya Sen) นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล กล่าวว่า ถึงทุนนิยมจะทำให้เกิดวิกฤตอย่างไร เราก็ไม่ต้องการทุนนิยมใหม่ แต่เราต้องมีความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับทุนนิยมมากกว่า ทุนนิยมนั้นไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในเรื่องการแสวงหากำไรภายใต้กลไกตลาดเพียงอย่างเดียว ในโลกปัจจุบัน ยังมีสถาบันอื่น และกิจกรรมอื่นๆ อีกมาก ที่ระบบตลาดไม่สามารถจัดการได้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความยากจน ความเหลื่อมล้ำ การว่างงาน หรือปัญหาด้านการศึกษาก็ตาม ดังนั้น เราจึงต้องอาศัยภาครัฐเข้ามาจัดการทุนนิยม เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดวิกฤตในสังคม

สิ่งที่อมาร์ตยา เซน กล่าว ถ้าจะพูดเสียใหม่ก็คือ เราต้องการ "ทุนนิยมที่ดีกว่า" นั่นคือ ทุนนิยมที่ไม่ได้มุ่งแต่จะแสวงหากำไรเพียงอย่างเดียว เป็นทุนนิยมที่กลไกตลาดถูกกำกับควบคุมอย่างเหมาะสม มีความโปร่งใส และเป็นธรรม

ด้วยความเชื่อตามแนวคิดของ อมาร์ตยา เซน ข้างต้น เราได้เสนอแนวทางเพื่อพลิกวิกฤตทุนนิยมให้เป็นโอกาสสำหรับสังคมไทย ดังที่กล่าวมาแล้ว "โอกาส" ที่เราเสนอในที่นี้รวมถึงสิ่งที่สามารถดำเนินการได้อย่างน้อยใน 4 ภาคส่วนของสังคม คือ ในภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรภาคประชาชน และประชาชนทั่วไป สิ่งที่แต่ละภาคส่วนควรทำอาจจะเป็นอิสระต่อกัน นั่นคืออาจขับเคลื่อนและเริ่มต้นที่ภาคส่วนใดก่อนก็ได้ โดยไม่ต้องรอให้ภาคส่วนอื่นเป็นฝ่ายเริ่มก่อน หรือจะเริ่มไปพร้อมๆ กันก็ยิ่งดี นอกจากนี้ การทำงานในแต่ละภาคส่วนสามารถเชื่อมประสานกันได้ เช่น ภาครัฐอาจประสานกับภาคธุรกิจ ในลักษณะการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม หรือองค์กรภาคประชาชนและประชาชนทั่วไปอาจร่วมมือกันสนับสนุน

ตรวจสอบ หรือควบคุม การตัดสินใจของภาครัฐ และการดำเนินงานของภาคธุรกิจ เพื่อขจัดการเอารัดเอาเปรียบ การผูกขาด ความไม่โปร่งใส และการทำลายทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ตราบใดที่สังคมยังมีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสูง อย่างเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การที่จะบรรลุถึงทุนนิยมที่ดีกว่าก็คงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิรูปทางโครงสร้างในระดับที่เพียงพอที่จะนำไปสู่จุดนั้นให้ได้ สิ่งสำคัญในเรื่องนี้คือ จะต้องลดทอนการกระจุกตัวของรายได้ในสังคมลงไม่ว่าจะยากและท้าทายเพียงใดก็ตาม นักเศรษฐศาสตร์ได้ชี้ให้เห็นครั้งแล้วครั้งเล่าว่า มาตรการลดความเหลื่อมล้ำที่มีประสิทธิผล คือ การปรับโครงสร้างทางภาษีและการใช้จ่ายของภาครัฐ ตัวอย่างในประเทศที่พัฒนาแล้วและที่มีความเหลื่อมล้ำในระดับต่ำก็มีให้เห็นอยู่แล้ว

ในเรื่องภาษี การวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญได้ชี้ให้เห็นชัดว่า ระบบภาษีที่เป็นอยู่ของไทยให้ความได้เปรียบแก่กลุ่มคนรวย ซึ่งเป็นส่วนน้อย ขณะที่คนส่วนใหญ่ซึ่งเป็นชนชั้นกลางและชนชั้นล่างต้องแบกรับภาระทางภาษีมากกว่า ทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการเรียกร้องให้ปฏิรูประบบภาษีให้เป็นธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะให้เก็บภาษีทรัพย์สิน ภาษีมรดก และภาษีเงินได้จากการขายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์

ส่วนการใช้จ่ายของภาครัฐก็ควรจะเน้นเรื่องที่จะประกันว่า ประชาชนทุกระดับจะเข้าถึงบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิตได้โดยเสมอภาคกัน โดยเฉพาะในด้านสุขภาพ การศึกษา และความมั่นคงด้านอาชีพการงาน นอกจากนี้ก็ควรส่งเสริมให้เกิดกิจการในภาคธุรกิจ ที่ไม่ได้มุ่งแต่จะเอากำไรอย่างเดียว แต่เป็นกิจการที่ใส่ใจในสังคมและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกันด้วย การลงทุนของภาครัฐในเรื่องสุขภาพ (บัตรทอง) และการศึกษา (ซึ่งขยายจาก 12 ปีเป็น 15 ปี) นั้น รัฐเดินมาถูกทางแล้ว แต่ในด้านความมั่นคงทางอาชีพยังต้องปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ การใช้จ่ายด้านนี้จะต้องไม่เอื้อประโยชน์แก่กลุ่มคนฐานะดี ที่ได้เปรียบทางเศรษฐกิจอยู่แล้ว

ที่สำคัญมากอีกอย่างหนึ่งคือ เรื่องการดูแลฐานทรัพยากรธรรมชาติ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร ได้แก่ ป่าไม้ แหล่งน้ำ ที่ดิน ทรัพยากรธรรมชาติเหล่านี้เป็นฐานชีวิตของคนจน ถ้าถูกคุกคามหรือหมดไป คนจนคือผู้ที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุด รัฐอาจใช้มาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางภาษี เพื่อจัดการในเรื่องนี้ แต่ที่สำคัญการดำเนินงานและกลไกของรัฐจะต้องมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

การปฏิรูปทางโครงสร้างในลักษณะที่กล่าวมาเป็นงานที่ท้าทาย ด้วยเหตุนี้ จึงต้องการเจตจำนงทางการเมือง (political will) ที่มุ่งมั่นและแน่วแน่ และการผลักดันตรวจสอบจากภาคประชาสังคมที่เข้มแข็ง ที่ผ่านมา ความล้มเหลวในการพยายามจะปฏิรูป เกิดจากการขาดเจตจำนงทางการเมือง ขาดความกล้าหาญทางจริยธรรม และกลไกภาคประชาชนก็อ่อนแอ ถ้าฝ่ายการเมืองซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับควบคุมการทำงานของทุนนิยม ยังขาดเจตจำนงและความกล้าหาญ รวมทั้งไม่มีพลังขับเคลื่อนจากภาคประชาชนที่เข้มแข็ง การพัฒนาไปสู่ทุนนิยมที่ดีกว่าก็คงเป็นเพียงความฝัน ที่ไม่มีวันจะเป็นจริง

ภาคผนวก

บรรณานุกรม : ตัวชี้วัดสุขภาพแรงงาน

ภาษาไทย

สถานการณ์แรงงานในประเทศไทย

กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม. 2551. สถิติงานประกันสังคม 2550. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานประกันสังคม. 2551. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน... ฟื้นชีวิตใหม่แรงงานไทย. เอกสารออนไลน์ http://www.thaipr.net/nc/readnews.aspx?newsid=57982743540D47753517412D35933955

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2542. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2542. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2547. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2550. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2551. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2550. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2551. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2552. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 1 : มกราคม-มีนาคม 2552. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุขภาพกายของแรงงาน

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2551. รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (รายงานขั้นกลาง). เอกสารออนไลน์ http://thaibod.org/.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.2552.เรื่องเด่น "เหลียวหลัง เพื่อแลหน้า เจาะลึกวิจัย "ภาระโรค". ต้นคิด ฉบับที่ 3 ประจำเดือนเมษายน 2552.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2550. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุข ทุกข์ ของแรงงาน

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2551. การศึกษาคุณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ. กรุงเทพฯ : บริษัท ธรรมดาเพรส จำกัด. หน้า 79-80.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2552. การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

คุณภาพชีวิตแรงงาน

กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. 2553. โครงการพัฒนาระบบเงินเดือน ค่าตอบแทน สิ่งจูงใจและคุณภาพชีวิตข้าราชการ: การศึกษาเพื่อพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของข้าราชการ. อยู่ระหว่างการพิมพ์.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2551. การศึกษาคุณภาพชีวิตคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ. กรุงเทพฯ : บริษัท ธรรมดาเพรส จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2552. การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ภาวะการเงินของแรงงาน

สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีปทุม. 2552. การสำรวจค่าจ้างสวัสดิการปี พ.ศ.2552.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. การสำรวจภาวะการครองชีพของข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2550. การสำรวจภาวะการครองชีพของข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2552. การสำรวจภาวะการครองชีพของข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2552. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 1 : มกราคม-มีนาคม 2552. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

การประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. 2551. รายงานประจำปี 2551 กองทุนประกันสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานประกันสังคม.

แรงงานนอกระบบ

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ. 2552. การศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานนอกระบบ : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ขับขี่มอเตอร์ไซต์รับจ้างและผู้ค้าขายตลาดนัดในเขตกรุงเทพมหานคร. เอกสารออนไลน์ http://thaisocialwork.org/index.php?option=com_content@view=article@id=106:research-ib&catid=38:research ค้นเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2553

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2551. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. 2551. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ. เอกสารออนไลน์ http://www.nationalhealth.or.th/post_photo/img_7beeba71d8eeee123d465c39ffbc8034.pdf ค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2552

สุขภาพกับแรงงานย้ายถิ่น

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2551. โครงการการย้ายถิ่นกับสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. ภาวะสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่นไทย 2548. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และโชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. 2549. การย้ายถิ่นของบิดามารดากับสุขภาพเด็กอายุ 1-12 ปี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 4 (3) : 57-64

อารี จำปากลาย. 2552. เมื่อต้องเติบใหญ่ห่างไกลพ่อแม่ : ลูกของพ่อแม่ที่ย้ายถิ่นในมุมมองของปู่ย่าตายาย. ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร. ประชากรและสังคม 2552. หน้า 194-205.

แรงงานไทยที่อยู่ในภาวะยากลำบาก

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2552. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 1 : มกราคม-มีนาคม 2552. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2550. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

แฉช่องทุจริต 'ค่าหัวคิว'. ผู้จัดการออนไลน์. 29 เมษายน 2545. เอกสารออนไลน์ http://www.udonthani.com/udnews/00210.html ค้นหาเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2552.

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ เตือนหมอนวดไทยอย่าหลงกลเกาหลี ถูกหลอกฟันค่าหัวคิวปีละแสน. 2550. เอกสารออนไลน์ http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=11407 ค้นหาเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2552

สถานการณ์สุขภาพแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว

รายงานผลการขอรับใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2552 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2550 วันที่ 26 พฤษภาคม วันที่ 28 กรกฎาคม 2552 และ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2552 แยกรายจังหวัด (ปรับปรุง ณ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2552).

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2552. ฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างชาติ.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

Nucharee Srivirojana and Sureeporn Punpuing. 2009. Heatlh and Mortality differential among Myanmar, Laos and Cambodia Migrants in Thailand. Paper presented in the 2009 Annual Meeting of the Population Association of America, April 30-May 2, 2009.

สวัสดิภาพแรงงาน

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. 2551. *สถิติสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน 2550.* กรุงเทพฯ : บริษัท บพิธการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2552. *ข้อมูลสถิติคดีอาญา 5 กลุ่ม.* เอกสารออนไลน์ http://www.royalthaiplice.go.th/index.php. ค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2552

สำนักงานประกันสังคม. 2552. *ศูนย์ข้อมูลสถิติจังหวัด : บริการข้อมูลสถิติ : ข้อมูลสถิติจำแนกตามสาขา.*เอกสารออนไลน์ http://www.service.nso.go.th/nsopublish/contact/datprov.html ค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2552.

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. 2551. *สถิติงานประกันสังคม 2550.* กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุรพล ปธานวนิช และคณะ. (2548). *การศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดมาตรฐานความมั่นคงของของมนุษย์.* กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กองทุนสวัสดิการ

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. 2551. รายงานประจำปี 2251 กองทุนเงินทดแทน. กรุงเทพฯ : สำนักงานประกันสังคม.

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. 2551. รายงานประจำปี 2251 กองทุนประกันสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักงานประกันสังคม.

สนธยา พรึงลำภู. 2551. รายงานผลการศึกษาวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์และทบทวนระบบการจัดการค่าบริการทางการแพทย์กรณีภาระเสี่ยงในกองทุนประกันสังคม สนับสนุนโดยสำนักงานประกันสังคม.

บรรณานุกรม 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. วิกฤตการเมืองไทย ยังมี "ทางออก" หรือไม่?

1. "กรมสุขภาพจิตห่วงคนไทยเป็นโรคเครียดการเมือง" คมชัดลึก (11 กันยายน 2551).
2. "คนไทยเบื่อการเมือง ให้รักกัน-ชาติสงบสุข" โลกวันนี้ (12 มกราคม 2552) หน้า 5.
3. "การเมืองวุ่น ทุบความสุขคนไทย ทรุดเหลือ 6.52" ไทยโพสต์ (2 กุมภาพันธ์ 2553).
4. สุรชาติ บำรุงสุข "วิเคราะห์ความเสี่ยงประเทศไทย 2553" มติชนสุดสัปดาห์ (1 มกราคม 2553) หน้า 36-37.
5. "ปรากฏการณ์เสื้อแดง ซ้ำรอยเสื้อเหลืองฯ" มติชนสุดสัปดาห์ (3 เมษายน 2552) หน้า 22-23.
6. "10 ข่าวการเมือง" โพสต์ทูเดย์ (28 ธันวาคม 2552).
7. เพิ่งอ้าง และ "ที่สุดแห่งปี 2522 ในมุมมองการเมือง เผชิญวิกฤตซ้ำซากลากประเทศไทยดิ่งก้นเหว" ไทยรัฐ (29 ธันวาคม 2552).
8. "ปชป.ไม่แก้รัฐธรรมนูญ ขู่นัก มาร์คหักพรรคร่วมฯ" ไทยโพสต์ (27 มกราคม 2552) หน้า 1.
9. "ระอุศึกภายในรัฐบาล กระแสยุบสภาสะพัดฯ" มติชนสุดสัปดาห์ (4 กันยายน 2552) หน้า 11.
10. "หยุดนองเลือด ไม่ปฏิวัติฯ" โลกวันนี้ (28 ธันวาคม 2552) หน้า 1,6.
11. "จิ๋วปัดนั่งกองทัพเถื่อน นักโทษโบ้ยแค่เดือนฯ" ไทยโพสต์ (5 กุมภาพันธ์ 2553) หน้า 1.
12. สุรชาติ บำรุงสุข "วิเคราะห์ความเสี่ยงประเทศไทย 2553" มติชนสุดสัปดาห์ อ้างแล้ว.
13. "โพลิติคอล เกม-เวตติ้ง เกม ที่เมืองไทย" มติชนสุดสัปดาห์ (18 กันยายน 2552) หน้า 102.
14. เพิ่งอ้าง.
15. สัมภาษณ์ "ชัชรินทร์ ไชยวัฒน์" 5 กุมภาพันธ์ 2553.
16. "ช่องว่างสังคม" โลกวันนี้ (9 พฤศจิกายน 2552) หน้า 2.
17. สัมภาษณ์ "ชัชรินทร์ ไชยวัฒน์" อ้างแล้ว.
18. สัมภาษณ์พิเศษ: เกษียร เตชะพีระ วิกฤตหลัง 26 กุมภาฯ. มติชนรายวัน. 1 มีนาคม 2552. หน้า 11.
19. วาสนา นาน่วม. 2551. ลับ ลวง พราง ปฏิวัติปราสาททราย. คัมภีร์ปฏิวัติเบื้องหลังเหตุการณ์ 19 กันยายน 2549 จากจุดกำเนิดสู่อวสาน คมช. กรุงเทพฯ: มติชน.
20. สัมภาษณ์ พิชญ์ พงษสวัสดิ์. มติชนรายวัน. 19 กันยายน 2552. หน้า 11.

2. มาบตาพุด: ปัญหาร้อนทางเศรษฐกิจ ปัญหามลพิษของชาวบ้าน

1. "ศาลระยองนัดชี้ขาดคดีมลพิษมาบตาพุด 3 มี.ค.". 23 กุมภาพันธ์ 2552. สืบค้นจาก www.bangkokbiznews.com.
2. คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม. 2552. กระบวนการยุติธรรม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ บทเรียนจากมาบตาพุด. หนังสือที่จัดพิมพ์ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะและขับเคลื่อนระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
3. "กกร.ร้อง ชาญชัย หลังมาบตาพุดถูกศาลสั่งเป็นเขตควบคุมมลพิษ หวั่นกระทบลงทุน". อินโฟเควสท์. 12 มีนาคม 2552.
4. "รอง ปธ.ส.อ.ท.ยันปัญหามาบตาพุดไม่รุนแรงจนน่าวิตก". ASTV ผู้จัดการออนไลน์. 14 มีนาคม 2552.
5. "มาบตาพุด เขตปลอดมลพิษ". กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 4 มีนาคม 2552.
6. "มาบตาพุด โอกาสลงทุน...เทคโนโลยีสะอาด". กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 5 มีนาคม 2552.
7. "นายกรัฐมนตรีย้ำการประกาศให้มาบตาพุดเป็นเขตควบคุมมลพิษจะไม่ทำให้เสียบรรยากาศการลงทุน". กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนการประชาสัมพันธ์. สำนักโฆษก. สืบค้นจาก www.thaigov.go.th. 16 มีนาคม 2552.
8. "เปิดทางออกมลพิษมาบตาพุด ผนึกชุมชน-อุตสาหกรรมฟื้นเศรษฐกิจยั่งยืน". สืบค้นจาก HU www.thairath.co.thUH. 22 มีนาคม 2552.
9. สฤณี อาชวานันทกุล". "การ 'ทุบหม้อข้าว'ของบีพี และบทพิสูจน์บทแรกของ 'ซีเอสอาร์' ไทย". ทุนนิยมที่มีหัวใจ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1493. 27 มีนาคม-2 เมษายน 2552.
10. "ฟ้องเพิกถอน EIA. 76 รง.มาบตาพุด เครือ ปตท. เจอแจ็กพ็อต 8 โครงการ". ASTV ผู้จัดการรายวัน. 19 มิถุนายน 2552.
11. "มาบตาพุด...ความจริงที่คุณยังไม่รู้". ไทยรัฐ. 4 กันยายน 2552.
12. "ระยองเมืองชายทะเลตะวันออก แหล่งนิคมอุตสาหกรรม-คุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อชุมชน ติดอันดับ 'เมืองน่าอยู่'". มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1517. 11-17 กันยายน 2552.
13. สฤณี อาชวานันทกุล. "ซีเอสอาร์ล้มเหลวที่มาบตาพุด และนิเวศอุตสาหกรรม". ทุนนิยมที่มีหัวใจ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1524. 30 ตุลาคม-5 พฤศจิกายน 2552.
14. "อีไอเอ-เอชไอเอ มาบตาพุด กก. 4 ฝ่าย ชงเข้า ครม. 22 ธ.ค.". มติชน. 19 ธันวาคม 2552.
15. "คลอด "องค์กรอิสระ" สางมาบตาพุด". ไทยรัฐ. 13 มกราคม 2553.
16. "มาบตาพุด ความพิการของสังคมไทย". เทศมองไทย. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1532. 25-31 ธันวาคม 2552.
17. "สศค. เตือนมาบตาพุดจุดเปลี่ยนไทย". เศรษฐกิจ. ข่าวสด. 28 ธันวาคม 2552.
18. "ต่างชาติผวาลงทุนในไทย ทูตญี่ปุ่นดาหน้าถามหาความชัดเจน". ข่าวเศรษฐกิจ. ไทยรัฐ. 16 มกราคม 2553.
19. จุมพล นิคมรักษ์. "ชาวมาบตาพุดมองอนาคตชุมชน-โรงงานอยู่ยั่งยืน". ภูมิภาค. มติชน. 1 มกราคม 2552.

3. ประเทศไทยกับไข้หวัด 2009

1. "โลกผวา 'หวัดเม็กซิโก' ลำดับเหตุการณ์เขย่าขวัญ". ต่างประเทศ. ข่าวสด. (3 พฤษภาคม 2552).

2. "ฮูเพิ่มเตือนภัยหวัดหมูถึงระดับ 5 เม็กซิโกตาย 180". ไทยรัฐ. (1 พฤษภาคม 2552).
3. "สธ.การันตีไทยปลอดหวัด 2009". คมชัดลึก. (7 พฤษภาคม 2552).
4. "จากเม็กซิโกลามทั่ว "หวัดหมู" โลกผวา-ตาย 103 ศพ". ไทยรัฐ. (28 เมษายน 2552).
5. WHO จับตาฤทธิ์ 'หวัดหมู' ลามทั่วโลก 'เม็กซิโก' ตายพุ่ง 103 ศพ. แนวหน้า. (28 เมษายน 2552).
6. "ถอดรหัส 'ไข้หวัดหมู' 'ไทงชื่อไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก''". ชีวิตคุณภาพ. มติชน. (29 เมษายน 2552).
7. "สธ.การันตีไทยปลอดหวัด 2009". คมชัดลึก. (7 พฤษภาคม 2552).
8. "ฮูเพิ่มเตือนภัยหวัดหมูถึงระดับ 5 เม็กซิโกตาย 180". ไทยรัฐ. (1 พฤษภาคม 2552).
9. "คนไทย 2 คนป่วยเป็นโรคหวัด 2009 รมต. สธ.ปัดปิดข่าว แค่ปกป้องคนไข้". สรุปข่าวในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1500. (วันที่ 15-21 พฤษภาคม 2552).
10. "รัฐบาลมาร์ค 'ติดหวัด' ปั่นกระแสไข้ 2009 'วิทยา-มานิต'ร้องเพลงคนละคีย์?". บทความพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1508. (วันที่ 10-16 กรกฎาคม 2552).
11. "อย่าทำหวัดหมูให้เป็นหวัดการเมือง". เทศมองไทย. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1509. (วันที่ 17-23 กรกฎาคม 2552).
12. Gale, Jason. "Clinical features of severe cases of pandemic influenza", Bloomberg.com, HBloombergH, 2009-12-04. อ้างใน วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี http://th.wikipedia.org/wiki/การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009.
13. "HWho November estimateH", HWHOH, 2009-12-11. อ้างใน วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี http://th.wikipedia.org/wiki/การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009.
14. "เตือนหวัด 2009 ระบาดอีก ธ.ค.นี้". ข่าวสด. (12 พฤศจิกายน 2552).
15. "ฮูปรับสูตรวัคซีนรับมือหวัดสายพันธุ์ใหม่". เศรษฐกิจ-การเมือง. กรุงเทพธุรกิจ. (24 ธันวาคม 2553).
16. "เหยื่อหวัด 2009 ตายเพิ่มอีก 3". มติชนรายวัน. 23 กุมภาพันธ์ 2553.
17. "ของบฯ กลาง 193 ล. สกัดหวัด 2009". มติชนรายวัน. 18 กุมภาพันธ์ 2553.
18. "ปี 2010 หวัด 2009 ระบาดอีกครึ่งปี". คมชัดลึก. 28 ธันวาคม 2552.
19. "การพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 2009 ในไทย" โพสต์ทูเดย์. วันที่ 27 มกราคม 2553. อ้างในเกาะติดสถานการณ์ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่2009 [http://www.thaihealth.or.th/node/11760]

4. "เบาหวาน-ความดัน" มาตกรที่มากับความเงียบ

1. World Health Organization. 2009. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO Press.
2. International Diabetes Federation. 2009. IDF Diabetes Atlas. 4th edition. สืบค้นจาก <http://atlas.idf-bxl.org> เมื่อ 3 มีนาคม 2553.
3. "สธ. พบ 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุกคามคนไทยหนัก ป่วยเพิ่มนาทีละ 1 คน". สำนักข่าวไทย. 31 มกราคม 2553.
4. "สธ. พบ 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุกคามคนไทยหนัก ป่วยเพิ่มนาทีละ 1 คน". สำนักข่าวไทย. 31 มกราคม 2553.
5. วนัสนันทน์ รุจิวิพัฒน์. 2552. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2551. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดโรคไม่ติดต่อสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยใน. อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2550. รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 204.
7. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2550. รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2548-2550. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 206.
8. "รู้และเข้าใจ ไม่เป็นเบาหวาน". โพสต์ทูเดย์. 24 พฤศจิกายน 2552, หน้า 8.
9. "ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน" <http://www.เบาหวาน.kudweb.com> สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2553.
10. World Hypertension League. "World Hypertension Day 2010: Healthy Weight-Healthy Blood Pressure". <http://www.worldhypertensionleague.org/pages/WHD.aspx> สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2553.
11. นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. 2552. "ประเด็นรณรงค์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2552". <http://www.thaincd.com> สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2553. และ นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. 2552. "บทสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สนองน้ำพระทัยในหลวง ห่วงใยสุขภาพประชาชน 2552". <www.thaincd.com/files/news/download1no150.pdf> สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2553.
12. วนัสนันทน์ รุจิวิพัฒน์. 2552. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2551. นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดโรคไม่ติดต่อสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
13. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. "โรคความดันโลหิตสูง". <http://www.thaihypertension.org/information.html> สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2553.
14. "17 พ.ค. วันโรคความดันโลหิตสูงโลก-คนไทยตาย 5 คน/ชม." INN NEWS. 17 พฤษภาคม 2551.
15. นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ. 2552. "บทสรุปสำหรับผู้บริหาร โครงการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สนองน้ำพระทัยในหลวง ห่วงใยสุขภาพประชาชน

5. นโยบายและมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ยังไม่จริงจังและจริงใจ

1. "งดโฆษณาเหล้า 100% ฝันให้ไกลแม้ยังไปไม่ถึง". ใน สุขภาพคนไทย 2550. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. "แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ" นำเสนอเป็นระเบียบวาระเพื่อพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ณ ห้องประชุมตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 19 ก.พ. 2553 และผ่านการอนุมัติเพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรีให้ประกาศเป็นแผนชาติต่อไปในเดือนมีนาคม 2553 นี้
3. "แฉเหล้าผลาญเงิน 3.5 แสนล." ไทยโพสต์. วันศุกร์ที่ 30 ตุลาคม 2552.
4. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 95 ง วันที่ 3 กรกฎาคม 2552 "ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2552"
5. "สาธุ! ห้ามขายเหล้าวันพระใหญ่ มีผลบังคับใช้ 4 ก.ค. นี้". ASTV Manager Online หน้าข่าวคุณภาพชีวิต วันที่ 4 กรกฎาคม 2552
6. "นักวิชาการถาม "สนั่น" ให้โรงแรมขายเหล้าวันพระใหญ่ ทำเพื่อ ปชช.หรือธุรกิจ จี้ "มาร์ค" เร่งสางปมด่วน". มติชนออนไลน์ วันที่ 8 กรกฎาคม 2552
7. "แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ" หน้า 13 อ้างแล้ว.
8. "นิสิตชี้ร้านเหล้าใกล้มหา'ลัย สะดวก เจ้าของร้านปัดให้จุฬาฯ ดูแลเด็กเอง" นิสิตนักศึกษา หนังสือพิมพ์ฝึกปฏิบัติภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับที่ 45 ปีการศึกษา 2552 หน้า 9.
9. น.พ.บัณฑิต ศรไพศาล และ ร.ท.หญิงจุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ. 2552. เหตุผลและความจำเป็น ประกอบการพิจารณามาตรการห้ามจำหน่ายเหล้าปั่นและร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มิถุนายน 2552.
10. "โซนนิ่งห้ามขายเหล้าใกล้สถานศึกษา". สำนักข่าวเจ้าพระยา. วันที่ 7 สิงหาคม 2552.
11. "เหล้าปั่น อสูรร้ายในคราบน้ำหวานหลากสี". บ้านเมือง วันพุธที่ 7 มกราคม 2552.
12. "จี้ "สนั่น" แก้เหล้าปั่นรอบมหา'ลัย". มติชนออนไลน์ วันอังคารที่ 22 ธันวาคม 2552.
13. "เสธ.หนั่น" ไฟเขียวร่างกฎหมาย 4 ฉบับ. "เว็บไซต์สยามรัฐ วันที่ 23 ธันวาคม 2552.
14. "เครือข่ายงดเหล้าจี้นายกฯ ปลด "เสธ.หนั่น"". กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. วันที่ 9 กรกฎาคม 2552.

6. "แม่วัยรุ่น" เรื่องใหญ่ที่ยังป้องกันและแก้ไขกันแบบเล็กๆ

1. "สภาวการณ์เด็กไทยในรอบปี 2550-2551" มติชนรายวัน. 7 มกราคม 2552. หน้า 23.
2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ http://childpregnancy.m-society.go.th/origin1.php (ประมวลผลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)
3. "ท้องไร้เดียงสา 1 ปี ให้ลมหายใจกว่า 7 หมื่นชีวิต" มติชนรายวัน. วันที่ 23 มกราคม 2552 หน้า 25.
4. "ท้องไร้เดียงสา 1 ปี ให้ลมหายใจกว่า 7 หมื่นชีวิต" มติชนรายวัน. วันที่ 23 มกราคม 2552 หน้า 25.
5. รายงานผลการประชุมสัญจรเรื่องสุขภาวะทางเพศ โดย มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง เดือนมีนาคม 2552.
6. "แม่ 18 เสพยาคลั่งแทงลูก 7 เดือนดับ" คมชัดลึก. วันที่ 12 เมษายน 2552 หน้า 12.
7. Adolescent Pregnancy. World Health Organization (WHO) เข้าดูข้อมูลที่ www.who.int/making_pregnancy_safer เมื่อ 26 มกราคม 2553.

8. "แม่วัยรุ่นอุ้มเด็กทารกมาทิ้ง" เดลินิวส์. 23 เมษายน 2552 หน้า 15, "ปาฏิหารย์แห่งชีวิต ทิ้งทารกในปั๊ม ปตท." คมชัดลึก. 6 พฤศจิกายน 2552 หน้า 2.
9. กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนเมืองพัทยา. ฉบับรับรองตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนของเมืองพัทยา. วันที่ 26 พ.ค. 2552 เวลา 9.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม 131 ศาลาว่าการเมืองพัทยา. หน้า 2.
10. Adolescent Pregnancy. World Health Organization (WHO) เข้าดูข้อมูลที่ www.who.int/making_pregnancy_safer เมื่อ 26 มกราคม 2553.
11. รายงานผลการประชุมสัญจรเรื่องสุขภาวะทางเพศ โดยมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง เดือนมีนาคม 2552
12. "วัยรุ่นตั้งครรภ์เพิ่ม" คอลัมน์ส่องโรคไขสุขภาพ มติชนรายวัน 1 กรกฎาคม 2552 หน้า 10.
13. WHO, อ้างแล้ว.
14. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ http://childpregnancy.m-society.go.th/origin1.php.
15. กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2552. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไข ...ความรุนแรงทางเพศ... เอดส์และท้องไม่พร้อม...กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. "เปิดตัวโครงการแม่วัยใส 16 มิ.ย. นี้" ASTV ผู้จัดการรายวัน, 11 พฤษภาคม 2552 หน้า 14.
17. "ผุดโครงการแม่วัยใสป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม" ข่าวสด, 14 พฤษภาคม 2552 หน้า 25.
18. "ลุยโครงการแม่วัยใส" ไทยรัฐ, 15 กรกฎาคม 2552 หน้า 12.
19. "พม. คลอดโครงการแม่วัยใสสกัดท้องไม่พร้อม" ไทยรัฐ, 25 เมษายน 2552 หน้า 15.
20. "พม. เปิดแม่วัยใสลดโจ๋ท้องก่อนวัย" ข่าวสด, 27 เมษายน 2552 หน้า 30.
21. "พม. เปิดแม่วัยใสลดโจ๋ท้องก่อนวัย" ข่าวสด, 27 เมษายน 2552 หน้า 30.
22. "เปิดตัวโครงการแม่วัยใส 16 มิ.ย. นี้" ASTV ผู้จัดการรายวัน, 11 พฤษภาคม 2552 หน้า 14.
23. "ครูยุ่นติงโครงการแม่วัยใสอย่าชี้โพรง" ไทยโพสต์, 14 พฤษภาคม 2552 หน้า 2.
24. "ครูยุ่นติงโครงการแม่วัยใสอย่าชี้โพรง" ไทยโพสต์, 14 พฤษภาคม 2552 หน้า 2.
25. กฤตยา อาชวนิจกุล และพริสรา แซ่ก้วย. 2551. 'การควบคุมเรื่องเซ็กส์กับเพศวิถีที่เปลี่ยนไป' ใน มิติ 'เพศ' ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): 80-95. เอกสารวิชาการหมายเลข 346. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม. 26. ปรับจากข้อเสนอของมติสุขภาวะทางเพศ ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). 2552. อ้างแล้ว.

7. ธรรมาภิบาลระบบยาอ่อนแอ ถึงเวลาต้องแก้ไข

1. OECD Health Data 2006 อ้างในรายงานสาธารณสุขไทย "ธรรมาภิบาลยา" ไทยโพสต์แทบลอยด์ (13-19 ธันวาคม 2552) หน้า 2-5.
2. รักษวร ใจสะอาด และ นุสราพร เกษสมบูรณ์. 2547. ข้อตกลงเขตการค้าเสรี : ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน. หน้า 246.
3. "มหิดลเผยผลสำรวจยาแพง". มติชนรายวัน. วันที่ 20 มิถุนายน 2552.
4. "คนไทยจ่ายค่ายาปีละ 4 หมื่นล้าน" มติชนรายวัน หน้า 10.
5. "ธุรกิจยาชิงตลาด 2 แสนล้านฯ" มติชนรายวัน. 16 ธันวาคม 2552.
6. "จี้เลิกใช้พริตตี้แต่งโป๊ขายยา พาหมอดูงานตปท.ไร้จริยธรรม" ASTV ผู้จัดการรายวัน. 30 เมษายน 2552.
7. เพิ่งอ้าง.
8. "คนไทยซื้อยาแพง" ไทยโพสต์แทบลอยด์ (7-13 มิถุนายน 2552)
9. เพิ่งอ้าง
10. "ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม" เอกสารหลักการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, อ้างแล้ว.
11. "คลังตั้งทีมรื้อค่ารักษา 7 หมื่นล้าน" มติชนรายวัน. 8 ธันวาคม 2552.
12. "ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม" เอกสารหลักการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, อ้างแล้ว.
13. "ธรรมาภิบาลยา" ไทยโพสต์แทบลอยด์ อ้างแล้ว หน้า 3.
14. เพิ่งอ้าง หน้า 5.
15. "คนไทยจ่ายค่ายาปีละ 4 หมื่นล้าน" มติชน อ้างแล้ว.
16. นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี "ทำไมคนไทยต้องใช้ยาแพงกว่าคนอเมริกัน 7 เท่า!" โพสต์ทูเดย์. 4 มิถุนายน 2552.

8. (ใคร) ไทยเข้มแข็งแห่งกระทรวงสาธารณสุข

1. "ตรวจแถวโครงการชุมชนพอเพียง แค่ช่องทาง 'งาบ' ของเหลือบริ้น". เศรษฐกิจ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1510. (24-30 กรกฎาคม 2552).
2. ศัลยา ประชาชาติ. "ธีรยุทธ ลืมวิพากษ์มาร์ค? ปัทมาวดี ซูซูกิ Policy Watch ยำใหญ่ 'ไทย (ไม่) เข้มแข็ง'". บทความพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1517. (11-17 กันยายน 2552).
3. สุรชาติ บำรุงสุข. "การบริหารจัดการวิกฤต : การเมืองกับความมั่นคงปัจจุบัน". ยุทธบทความ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1525. (6-12 พฤศจิกายน 2552).
4. นายดาต้า. "ท้าทายประเพณีการเมือง". เมนูข้อมูล. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1521. (9-15 ตุลาคม 2552).
5. "งบไทยเข้มแข็งหล่นใส่ สธ. 8.6 หมื่น ล. ก้อนใหญ่สุดรอบ 50 ปี/สร้าง สอ.-รพ.". การศึกษา-สาธารณสุข. ไทยโพสต์. 25 สิงหาคม 2552.
6. สำนักสารนิเทศ. "วิทยาประชุม สสจ. ทั่วประเทศ แจงงบไทยเข้มแข็ง 80,000 ล้านบาท เน้นกระจายอำนาจจัดซื้อ ไร้ล็อคสเปค". ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์. กระทรวงสาธารณสุข. 28 กันยายน 2552.
7. 7 ต.ค. 2553 ประธานชมรมแพทย์ชนบท เข้าพบนายกรัฐมนตรี อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ มอบข้อมูลการทุจริตการใช้งบประมาณในโครงการไทยเข้มแข็งเพื่อจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์. วิดีโอข่าวเผยแพร่ใน 76.nationchannel.com/playvideo.php?id=58663.
8. "คน ปชป.-ภท. รวมหัวโกง แพทย์ชนบทแฉแท็กทีม 4-5 คนจ้องงาบหมื่นล้าน". โลกวันนี้. 8 ตุลาคม 2552.
9. "ผลสอบ สธ.ชี้ชัดยัดไส้ซื้อครุภัณฑ์ ฟันข้าราชการ ไร้เงานักการเมือง". กรุงเทพธุรกิจ. 14 ตุลาคม 2552.
10. "แฉงบไทยเข้มแข็ง 5 จว.สูงผิดสังเกต". คมชัดลึก. 18 ตุลาคม 2552.
11. "ชุดสอบไทยเข้มแข็งแบะท่า '1 เดือน' สรุปได้แค่เบื้องต้น". มติชน. 29 ตุลาคม 2552.
12. "สอบไทยเข้มแข็ง 8 ข้าราชการ 4 นักการเมืองทุจริต". กรุงเทพธุรกิจ. 29 ธันวาคม 2552.
13. "'จุรินทร์' ตั้งเลขาธิการก.พ.สางทุจริตไทยเข้มแข็ง". ไทยรัฐออนไลน์. วันที่ 4 มีนาคม 2553
14. "การทุจริตในโครงการไทยเข้มแข็งกับความน่าเชื่อถือของรัฐบาล". ทัศนะวิจารณ์. กรุงเทพธุรกิจ. 26 ตุลาคม 2552.
15. คำอภิปรายในราชดำเนินเสวนาเรื่อง "ถามหา 'มาตรฐาน' จากทุจริตยา ถึง ไทยเข้มแข็ง?" จัดโดยสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2553 ใน ฐิตินบ โกมลนิมิ. 2553. "ทุจริตโครงการไทยเข้มแข็ง จุดเริ่มต้นเตรียมการกินรวบระยะยาว" พิมพ์ในเว็บไซต์ http://www.prachatai.com/journal/2010/01/27306
16. คำอภิปรายของ รสนา โตสิตระกูล สมาชิกวุฒิสภา กรุงเทพมหานคร อ้างใน ฐิตินบ โกมลนิมิ. 2553. เพิ่งอ้าง.

9. กฎควบคุม "สเต็มเซลล์" : ระหว่างจริยธรรมและความก้าวหน้า

1. นเรศ ดำรงชัย. 2547. "ว่าด้วยเรื่องของจริยธรรมในการศึกษาวิจัยสเต็มเซลล์". วารสาร @11 BIOTECH ปีที่ 2 ฉบับที่ 15 มีนาคม และ 16 เมษายน.
2. เพิ่งอ้าง.
3. สยามรัฐ (20 ตุลาคม 2552) โลกวันนี้ (13 กุมภาพันธ์, 13ตุลาคม 2552) ข่าวสด (25 พฤษภาคม, 14 ธันวาคม 2552) มติชน (1 กันยายน 2552) โลกวันนี้ (30 ตุลาคม 2552) กรุงเทพธุรกิจ (25 กุมภาพันธ์ 2552).
4. "สเต็มเซลล์แค่รักษาโรคเลือด อย.ชี้อย่าเชื่อช่วยให้หายขาด" มติชน (27 มีนาคม 2552) หน้า 10.
5. "อันตรายสเต็มเซลล์ เฒ่าทารกเสี่ยงมะเร็ง!" คมชัดลึก (23 มีนาคม 2552) หน้า 1, 13.
6. "โรงพยาบาลเอกชนกลัวผิด/แตะเบรกตัวโก่ง..." ดอกเบี้ยธุรกิจ (15-21 มิถุนายน 2552) หน้า 1, 7.
7. "เจาะระบบคุมสเต็มเซลล์ไทย ฉุดวิจัย-ผู้บริโภคยังเป็นเหยื่อ" กรุงเทพธุรกิจ (12 กรกฎาคม 2535) หน้า 3.
8. "อะไรๆ ก็...สเต็มเซลล์" กรุงเทพธุรกิจ อ้างแล้ว.
9. "มะกันสำรวจไทยติดอันดับลวงรักษาสเต็มเซลล์" มติชน (14 มีนาคม 2552).
10. "เตรียมคลอดกฎคุมสเต็มเซลล์ เข้มการรักษา-วิจัยได้มาตรฐาน" ASTV ผู้จัดการรายวัน (25 พฤษภาคม 2552).
11. เพิ่งอ้าง.
12. "นักวิจัยโวยแพทยสภาคุมสเต็มเซลล์ ถอดใจหอบงานทดลองซบสิงคโปร์" กรุงเทพธุรกิจ (26 พฤษภาคม 2552) หน้า 1, 4.
13. "ปี 53 ออกกฎคุมวิจัยสเต็มเซลล์ กก.จริยธรรมชี้ รพ.เอกชนหมดสิทธิ" มติชน (10 พฤศจิกายน 2552) หน้า10.

14. http://breakingnews.nationchannel.com/read.php?newsid=432156 อ้างใน http://www.oknation.net/blog/pornsuri/2010/02/13/entry-1.
15. นายแพทย์ถนอม บรรณประเสริฐ "ระบบควบคุมสเต็มเซลล์ ปัญหาอยู่ตรงไหน??" กรุงเทพธุรกิจ (22 พฤษภาคม 2552) หน้า 11.
16. "เตรียมคลอดกฎคุมสเต็มเซลล์" ไทยโพสต์ อ้างแล้ว.

10. รื้อระบบประสบภัยจากรถ เพื่อความเป็นธรรมต่อผู้ประสบภัย

1. ผลการแถลงข่าวเรื่อง "ทางสว่างของผู้ประสบเหตุจราจร" จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) วันที่ 2 มกราคม 2551 อ้างใน "พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ความหวังของผู้ประสบเหตุ". ThaiPR.net -- ศุกร์ที่ 4 มกราคม 2551 17:28:23 น..
2. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ มาตรา 37.
3. กรุงเทพธุรกิจ 1 มกราคม 2552 หน้า 15 หน้า 15.
4. ASTV ผู้จัดการรายวัน 22 มกราคม 2552 หน้า 14.
5. "กลุ่มประชาชน เร่งผลักดันให้รัฐบาลยกเลิก กม.ผู้ประสบภัยจากรถ-ผลาญเงินค่าบริหาร". มติชน. วันที่ 21 กรกฎาคม 2552.
6. มติชนรายวัน 21 มกราคม 2552 หน้า 10.
7. "ชำแหละแผนสธ.'ฮุบ'ประกันพ.ร.บ." สยามธุรกิจ. วันที่ 6 พฤศจิกายน 2550.
8. "กลุ่มประชาชน เร่งผลักดันให้รัฐบาลยกเลิก กม.ผู้ประสบภัยจากรถ-ผลาญเงินค่าบริหาร". มติชน. วันที่ 21 กรกฎาคม 2552.
9. ASTV ผู้จัดการรายวัน 6 สิงหาคม 2552 หน้า 1.
10. กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 1 มกราคม 2552 หน้า 15.
11. มติชนรายวัน 24 มกราคม 2552 หน้า 5.
12. สยามธุรกิจ 29 สิงหาคม 2552.
13. "กลุ่มประชาชน เร่งผลักดันให้รัฐบาลยกเลิก กม.ผู้ประสบภัยจากรถ-ผลาญเงินค่าบริหาร". มติชน. วันที่ 21 กรกฎาคม 2552.
14. ASTV ผู้จัดการรายวัน 6 สิงหาคม 2552 หน้า 10.

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย ปี 2553

1. กองทุนสุขภาพชุมชน : รูปแบบกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดูแลสุขภาพที่เห็นผลแล้ว!

- ชุมชนมีส่วน มิติใหม่ กองทุนสุขภาพ อีกกลไกสาธารณสุข. 2552. มติชน. (9 มิถุนายน).
- อบต.-เทศบาล ขานรับตั้งกองทุนสุขภาพชุมชนดูแลคนแก่-ผู้ป่วยกว่า 20 ล้านคน. 2551. ผู้จัดการออนไลน์. (30 พฤศจิกายน).

2. คนไทยได้รับ 2 รางวัลเกียรติยศ : รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล และรางวัลแมกไซไซ

- ดร.กฤษณา คว้ารางวัล "แม็กไซไซ" ปีนี้. 2552. คมชัดลึก. (12 กรกฎาคม).
- หมอแม็กไซไซ กฤษณา ไกรสินธุ์. 2552 ข่าวสด. (28 สิงหาคม).
- ผู้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลเผยทั้งดีใจ-ไม่คาดฝัน.2553. คมชัดลึก. 26 มกราคม.

3. เอชไอเอ : เครื่องมือดูแลสุขภาพเพื่อประชาชน

- สช.บังคับเกณฑ์กระทบสุขภาพบังคับ ต.ค. นี้. 2552. กรุงเทพธุรกิจ. 26 สิงหาคม 2552.
- ไฟเขียวเกณฑ์ประเมินผลกระทบสุขภาพ. 2553. ไทยรัฐ, 20 ตุลาคม.
- ไฟเขียวรับฟังความเห็นผลกระทบมาบตาพุด. 2552. เดลินิวส์. 24 ธันวาคม.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2552 [http://www.nationalhealth.or.th/Hia01_03.html]

4. ความสำเร็จครั้งแรกของการพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย

- สำนักงานคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ. สรุปความเป็นมาของการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย.
- www.nvco.go.th สืบค้นเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2553.
- การพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 2009 ในไทย : เบื้องหลังความพยายาม. 2552. โพสต์ทูเดย์. 27 ตุลาคม.
- องค์การอนามัยโลก http://www.who.int/csr/don/2010_02_12/en/index.html สืบค้นเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2553.

วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส?

เอกสารภาษาไทย

เกริกเกียรติ พิพัฒน์เสรีธรรม. 2551. รายงานการวิจัยเรื่อง ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับความยั่งยืนของธุรกิจและความสงบสุขของสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ดวงมณี เลาวกุล และคณะ. 2552. นโยบายและมาตรการการคลังเพื่อความเป็นธรรมในการกระจายรายได้. ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์. 2552. การผูกขาดกับความเหลื่อมล้ำในภาคธุรกิจ. เอกสารประการสัมมนาวิชาการประจำปี 2552 เรื่องการปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อความเป็นธรรมในสังคม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ. 2552. ทางรอดประเทศไทย: สู่ระบบสวัสดิการพื้นฐาน. สไลด์ประกอบคำบรรยายในการสัมมนาเรื่อง "ทางรอดของประเทศไทยครั้งที่ 1" กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

นิพนธ์ พัวพงศกร. 2552. การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม: ภาพรวมของการสัมมนา. สไลด์ประกอบการบรรยาย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

บทเรียนจากซีแอตเติล : WTO จะไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป. 2543. http://www.focusweb.org/thailand/html/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=90&mode=thread&order=0&thold=0.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร, บรรณาธิการ. 2549. การต่อสู้ของทุนไทย การปรับตัวและพลวัต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.

ผาสุก พงษ์ไพจิตร. 2552. สู่สังคมที่ยอมรับกันว่า Fair. เอกสารประกอบการปาฐกถานำในการประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้า ครั้งที่ 11 ประจำปี 2552 เรื่อง "ความขัดแย้ง ความชอบธรรม และการปฏิรูประบบรัฐ : การจัดสรรผลประโยชน์ที่เป็นธรรมในสังคม" วันที่ 5–7 พฤศจิกายน 2552 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ, กรุงเทพมหานคร.

พระไพศาล วิสาโล. 2547. บทความเรื่อง "มหาวิทยาลัยภายใต้กระแสทุนนิยม". ใน ทางเลือกอุดมศึกษาเพื่อความเป็นไท โดย ประเวศ วะสี, เสน่ห์ จามริก, สุลักษณ์ ศิวรักษ์ และพระไพศาล วิสาโล. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์.

ประเวศ วะสี. 2547. บทความเรื่อง "ทางเลือกอุดมศึกษาเพื่อความเป็นไท". ใน ทางเลือกอุดมศึกษาเพื่อความเป็นไท โดย ประเวศ วะสี, เสน่ห์ จามริก, สุลักษณ์ ศิวรักษ์ และพระไพศาล วิสาโล. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อมรินทร์.

เมธี ครองแก้ว. 2550. ความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ กับยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนประเทศไทย. มติชนรายวัน, 3 สิงหาคม: 6-7.

มูลนิธิสถาบันที่ดิน. 2544. โครงการศึกษาการถือครองและใช้ประโยชน์ที่ดินและมาตรการทางเศรษฐศาสตร์และกฎหมายเพื่อให้การใช้ที่ดินเกิดประโยชน์สูงสุด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

มูลนิธิสถาบันที่ดิน. 2548. โครงการศึกษาระบบการจัดการที่ดินในระดับท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สมชัย จิตสุชน และวิโรจน์ ณ ระนอง. 2552. "ผลการสำรวจทัศนะประชาชนต่อการเมืองและสวัสดิการสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคม." ในการสัมมนาวิชาการประจำปี 2552 "การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อความเป็นธรรมในสังคม" 25-26 พฤศจิกายน 2552: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สมชัย จิตสุชน และวิโรจน์ ณ ระนอง. 2552. "ผลการสำรวจทัศนะประชาชนต่อการเมืองและสวัสดิการสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคม." In การสัมมนาวิชาการประจำปี 2552 1" การปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อความเป็นธรรมในสังคม" 25-26 พฤศจิกายน 2552: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สฤณี อาชวานันทกุล. 2551. ทุนนิยมที่มีหัวใจ ทางเลือกใหม่แห่งการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ openbooks.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2552. คนไทยพร้อมจะจ่ายค่าสวัสดิการหรือ?. รายงานทีดีอาร์ไอ ฉบับที่ 56. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. ข้อมูล/ตัวชี้วัด ความยากจนและการกระจายรายได้. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม. สืบค้นจาก http://poverty.nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. รายงานการประเมินความยากจน ปี 2550. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม. สืบค้นจาก http://poverty.nesdb.go.th

เสน่ห์และอัปลักษณ์ของเศรษฐศาสตร์. 2552. ประชาชาติธุรกิจ. 24 ธันวาคม 2552. ปีที่ 33 ฉบับที่ 4169
อัมมาร สยามวาลา. 2552. เราปฏิรูปเศรษฐกิจเพื่อสร้างความเป็นธรรมในสังคมกันอย่างไร. เอกสารประกอบการประชุม
อัมมาร สยามวาลา และสมชัย จิตสุชน. 2550. แนวทางการแก้ปัญหาความยากจน: เสรีนิยม ประชานิยม หรือรัฐสวัสดิการ. ใน การสัมมนาวิชาการประจำปี 2550 เรื่อง "จะแก้ปัญหาความยากจน แจกจ่าย หรือสวัสดิการ". 10-11 พฤศจิกายน 2550: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

เอกสารภาษาอังกฤษ

Aleksiejuk, Agata, Janusz A. Holyst, Gueorgi Kossinets. Self-organized criticality in a model of collective bank bankruptcies. [Online]. Available : http://ideas.repec.org/p/arx/papers/cond-mat-0111586.html. (Access date : July 18, 09)
Bak, Per. 1996. How Nature Works: The Science of Self-Organised Criticality. Journal of Artificial Societies and Social Simulation. New York: Copernicus Press.
Boonyamanond, Sawarai. 2008. Interconnection between Income Distribution and Economic Growth: Cross-Country and Thai Evidence. Ph.D. Dissertation, Chulalongkorn University, Thailand.
Brunk, Gregory G.. 2000. Understanding Self-Organized Criticality as a Statistical Process. Complexity .Vol. 5, No. 3. John Wiley & Sons, Inc. New York, NY, USA
Brunk, Gregory. G. 2002. Why Do Societies Collapse?: A Theory Based on Self-Organized. Journal of Theoretical Politics 2002; 14 (2) ; 195-230.
Edney, Julian. 2006. How Capitalism Threatens Your Health. [Online]. Available : http://www.countercurrents.org/eco-edney040406.htm. (Access date : Dec 20, 09)
Engardio, Pete and Belton, Catherine. 2000. Global Capitalism Can it be made to work better?. BusinessWeek. [Online]. Available : http://www.businessweek.com/2000/00_45/b3706001.htm. (Access date : Dec 20, 09)
Gates, Bill 2008. Making capitalism more creative. [Online]. Available : http://www.time.com/time/business/article/0,8599,1828069,00.html. (Access date : December 20, 09).
Grumbacher, Sara K.; McEwen, Karen M.; Halverson, Douglas A.; Jacobs, D. T.; Lindner, John. 1993. Self-organized criticality: An experiment with sandpiles. American Journal of Physics, Volume 61, Issue 4, pp. 329-335.
Larosire, J. d. 2009. Analysis of the 2007 Financial Subprime Crisis. [Online]. Available : http://www.canalacademie.com/Analysis-of-the-2007-financial.html. (Access date : January 10, 10)
Lynch, John W., Kaplan, George A., Pamuk E, Cohen RD, Heck K, Balfour JL, et al. 1998. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. American Journal of Public Health.
Lynch, John W., Davey Smith, George A. Kaplan, and James S. House. 2000. "Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment or Material Conditions." BMJ, 320(7243): 1200-1204. Abstract.
Kaplan, GA, ER Pamuk, JW Lynch, RD Cohen, and JL Balfour. 1996. Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways. BMJ, 312: 999-1003.
Kate, Pickett and Richardson Wilkinson. 2007. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. [Online]. Available : www.bmj.com/cgi/reprint_abr/335/7629/1080.pdf. (Access date : May 25, 09)
Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. [Online]. Available : http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7037/1004. (Access date : June 10, 09)
Neilson, Barry. Why Housing Market Bubbles Pop. [Online]. Available : http://www.investopedia.com/articles/07/housing_bubble.asp. (Access date : December 1, 09).
Petroff, Eric. 2007. Who Is To Blame For The Subprime Crisis?. [Online]. Available : http://www.investopedia.com/articles/07/subprime-blame.asp?Page=1&viewed=1. (Access date : January 10, 10)
Sapolsky, Robert. 2005. Sick of Poverty. Scientific American Magazine. [Online]. Available : www.ninapierpont.com/pdf/Sick_of_poverty_3-3-07.pdf. (Access date : July 18, 09)
Seabury, Chris. 2008. The Bright Side Of The Credit Crisis. [Online]. Available : http://www.investopedia.com/articles/economics/08/credit-crisis.asp?&viewed=1&viewed=1. (Access date : July 18, 09)
Sen, Amartya. 2008. Capitalism beyond the crisis. [Online]. Available : http://www.nybooks.com/articles/22490. (Access date : January 10, 10)
Singh, Manoj. The 2007-08 Financial Crisis In Review. [Online]. Available : http://www.investopedia.com/articles/economics/09/financial-crisis-review.asp. (Access date : July 18, 09)
Son, Hyun Hwa (n.d.). 'Is Thailand's Fiscal System Pro-Poor? : Looking from Income and Expenditure Components', Mimeo. The World Bank.
Stiglitz, joseph. 2002. Challenging the Washington Consensus. An Interview with Lindsey Schoenfelder New York, NY, 7 May 2002. The Brown Journal of World Affair.
The Financial Crisis of 2007-2009: Causes and Remedies. [Online]. Available : http://forexcare.net/financialcrisis-20072009-remedies. (Access date : July 18, 09)
The history of deforestation and the impact it brought to the modern world. [Online]. Available : http://www.linkroll.com/deforestation/the-history-of-deforestation-and-the-impact-it-brought-to-the-modernworld. php. (Access date : January 10, 10)
Wikipedia. Financial crisis of 2007-2009. [Online]. Available : http://en.wikipedia.org/wiki/Financial_crisis_of_2007%E2%80%932009. (Access date : September 12, 09)
Wikipedia. Great Depression. [Online]. Available : http://en.wikipedia.org/wiki/Great_Depression. (Access date : September 12, 09)
Wikipedia. Humanistic capitalism. [Online]. Available : http://en.wikipedia.org/wiki/Humanistic_capitalism. (Access date : September 12, 09)
Wikipedia. Subprime mortgage crisis. [Online]. Available : http://en.wikipedia.org/wiki/Subprime_mortgage_crisis. (Access date : September 12, 09)

แหล่งข้อมูลบุคคล

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี. กรรมการสภามหาวิทยาลัยมหิดล. สัมภาษณ์, 27 พฤศจิกายน 2552.
พระไพศาล วิสาโล. วัดป่าสุคะโต อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ. ข้อเขียนและความคิดเห็น, 29 พฤศจิกายน 2552.
ดร. นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. สัมภาษณ์, 23 ธันวาคม 2552.
ดร. นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์, 30 ธันวาคม 2552.
คุณจอมขวัญ โยธาสมุทร. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. สัมภาษณ์, 30 ธันวาคม 2552.
ศาสตราจารย์ ดร. อัมมาร สยามวาลา. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สัมภาษณ์, 5 มกราคม 2553.
รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สัมภาษณ์, 12 มกราคม 2553.
คุณสฤณี อาชวนันทกุล. นักเขียน นักวิชาการอิสระ. สัมภาษณ์, 13 มกราคม 2553.
ศาสตราจารย์ ดร.ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สัมภาษณ์, 18 มกราคม 2553.

หน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลจำนวนหมอและพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน พ.ศ. 2545-2550.

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน

สุขภาพคนไทย 2553

ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย

กระบวนการทำงาน

1. คัดเลือกประเด็นที่จะนำเสนอเป็นชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมพิจารณาและตัดสินประเด็นที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน
2. ค้นหา และติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ทบทวนประเด็นต่างๆ ในด้านแรงงานและค้นหาผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานในด้านแรงงาน ตลอดจนข้อเสนอแนะจากการประชุมคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการฯ เพื่อกำหนดหมวดตัวชี้วัดด้านแรงงานและผู้เชี่ยวชาญประจำหมวดตัวชี้วัด
3. พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการฯ และคณะทำงานสุขภาพคนไทย
4. ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านทบทวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน
5. ปรับแก้ไขงาน ดำเนินการปรับแก้ไขงานหลังจากผ่านการพิจารณาและอ่านทบทวนความถูกต้องและความไม่ซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด รวมถึงนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทบทวนและแก้ไขงาน
6. ตรวจความถูกต้องของข้อมูล ส่งงานหมวดตัวชี้วัดให้ผู้เชี่ยวชาญประจำหมวดพิจารณาความถูกต้องครั้งสุดท้าย ก่อนส่งโรงพิมพ์

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

1. ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้ได้เนื้อหาที่ตรงประเด็นและมีทิศทางในการนำเสนอ
2. ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้มและรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
3. เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกระดับ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดีๆ ของคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพของคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า "สถานการณ์เด่น 10+4" เกณฑ์การเลือกสถานการณ์และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2552
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทยทางสุขภาพ เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีสถานการณ์สำคัญในสังคมไทย ทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2552 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ การเรียงลำดับสถานการณ์ในแบบสำรวจจัดเรียงโดยการจับสลาก ซึ่งไม่ใช่การจัดลำดับความสำคัญ สำหรับตัวเลือกความคิดเห็นของประชาชนแต่ละสถานการณ์นั้นจะให้ความสำคัญ โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 อันดับ คือ มาก (คะแนน = 3 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน = 2 คะแนน) และน้อย (คะแนน = 1 คะแนน)
- การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสถิติ (SPSS) เพื่อหาค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จากนั้นนำมาเรียงลำดับความสำคัญ
- การตัดสินเลือกสถานการณ์เด่นประจำปีได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เป็นเรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) กับเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมาก็ได้ หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกประจำฉบับคือ

- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

วิธีการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อร่างเนื้อหารายงานในเชิงวิชาการ โดยทำงานอย่างใกล้ชิดกับทีมงานสุขภาพคนไทย
4. ทีมงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง ปี 2553

1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ.วิชัย โชควิวัฒน	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	กรรมการ
3. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	กรรมการ
4. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	กรรมการ
6. นพ.ณรงค์ กษิติประดิษฐ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
7. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	กรรมการ
8. รศ.อภิญญา เวชยชัย	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
9. ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
10. คุณยุวดี คาดการณ์ไกล	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
11. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
12. คุณเบ็ญจพร ฉัตรกุล ณ อยุธยา	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
13. คุณวรัญญา เตียวกุล	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
14. อาจารย์พิภพ ธงไชย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
16. อาจารย์สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขนมจีนอำเภอเสนา จ.อยุธยา	กรรมการ
17. คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
18. รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ
19. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
20. รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
21. ดร.อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
22. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
23. คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ
24. คุณปาณฉัตร ทิพย์สุข	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ
25. คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2553

ทบทวนรายงานทั้งเล่ม

1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
2. นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
3. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ

ผู้เชี่ยวชาญตัวชี้วัดสุขภาพแรงงาน

1. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	สถานการณ์สุขภาพแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว
2. ดร.วิภาวี ศรีเพียร	สำนักพัฒนามาตรฐานแรงงาน กระทรวงแรงงาน	การประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน
3. รศ.ดร.สุรพล ปธานวณิช	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	สวัสดิภาพของแรงงาน
4. นายแพทย์สนธยา พรึงลำภู	สำนักงานประกันสังคม	กองทุนสวัสดิการ
5. คุณกุลภา วจนสาระ	นักวิชาการอิสระ	สถานการณ์สุขภาพแรงงานจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว

ที่ปรึกษาด้านข้อมูลเรื่องพิเศษประจำฉบับ "วิกฤตทุนนิยม"

1. พระไพศาล วิสาโล	วัดป่าสุคะโต ต.บ้านท่ามะไฟหวาน อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ
2. ศ.นายแพทย์ประเวศ วะสี	กรรมการสภามหาวิทยาลัยมหิดล
3. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
4. ดร. นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
5. ดร. นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
6. ศ.ดร.ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
7. รศ.ดร.ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. คุณสฤณี อาชวานันทกุล	นักเขียนและนักวิชาการอิสระ

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. คุณอวยพร แต้ชูตระกูล	นักเขียนอิสระ
2. คุณปิยนาถ วรศิริ	นักเขียนอิสระ
3. คุณสุทธิโชค จรรยาอังกูร	นักเขียนอิสระ

ทีมวิชาการสุขภาพคนไทย

1. รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	บรรณาธิการ
2. รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา	เรียบเรียงและประมวล "วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส"
3. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล	เรียบเรียงและประมวล "สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ"
4. ดร.อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์	เรียบเรียงและประมวล "ตัวชี้วัดสุขภาพแรงงาน 2553"
5. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	เรียบเรียงและประมวล "ตัวชี้วัดสุขภาพแรงงาน 2553"
6. คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
7. คุณปาณฉัตร ทิพย์สุข	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
8. คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

ขอบคุณจากใจ

สุขภาพคนไทย 2553
สำเร็จลงด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์
จากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านคือ **พระไพศาล
วิสาโล ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี
ศาตราจารย์ ดร.อัมมาร สยามวาลา ศาสตราจารย์
ดร. ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์ รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ ดร. นายแพทย์** โกมาตร **จึงเสถียรทรัพย์ ดร. นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคุณสฤณี อาชวานันทกุล** ที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับวิกฤตทุนนิยมในประเด็นต่างๆ **รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพล ปธานวณิช ดร. วิภาวี ศรีเพียร นายแพทย์สนธยา พรึงลำภู รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล** และ**คุณกุลภา วจนสาระ** ที่มีส่วนช่วยให้ตัวชี้วัดสุขภาพแรงงานมีข้อมูลถูกต้องครบถ้วน รวมทั้งทีมนักเขียนอิสระ ที่ทำให้ 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ มีเนื้อเรื่องน่าสนใจ ชวนติดตาม และเป็นประโยชน์แก่บุคคลทั่วไป

คณะทำงานสุขภาพคนไทย ต้องขอขอบพระคุณคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทยเป็นอย่างสูง ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อมูลที่มีประโยชน์ รวมถึงได้แนะนำผู้ทรงคุณวุฒิให้แก่คณะทำงานได้ไปศึกษาข้อมูลและการขอสัมภาษณ์ และแรงใจอันสำคัญจากท่านประธานคณะกรรมการชี้ทิศทาง **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** เป็นพลังผลักดันและกำลังใจสำคัญแก่คณะทำงานสุขภาพคนไทยยืนหยัดอย่างไม่ท้อถอย และขอขอบพระคุณ **นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน** และ**คุณปาริชาต ศิวะรักษ์** ที่กรุณาอ่านต้นฉบับ ขัดเกลาเนื้อหา พร้อมเสนอแนะความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์มากสำหรับหนังสือเล่มนี้

ขอขอบพระคุณผู้อ่านและผู้ติดตาม "สุขภาพคนไทย" มาโดยตลอดทุกปี ที่ได้แสดงความคิดเห็นต่อการพัฒนาหนังสือ รวมทั้งได้นำไปขยายผลให้กับทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาคประชาชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ทั่วประเทศ คณะผู้จัดทำขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอได้รับความขอบคุณจากใจผู้จัดทำ
คณะทำงานสุขภาพคนไทย

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานสุขภาพคนไทย

ทีมงาน "สุขภาพคนไทย" ขอความกรุณาท่านที่ได้รับหนังสือนี้ กรุณาตอบแบบสอบถาม
เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของหนังสือให้ดียิ่งขึ้น

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. **เพศ** ☐ ชาย ☐ หญิง
2. **อายุ** .... ปี
3. **ระดับการศึกษาสูงสุด**
   - ☐ ต่ำกว่ามัธยมต้น ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย/ปวช. ☐ อื่นๆ (ระบุ).......................
   - ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. **อาชีพ**
   - ☐ นักวิชาการ ☐ นักบริหาร ☐ ครู/อาจารย์ ☐ นักเรียน/นักศึกษา
   - ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เจ้าหน้าที่/พนักงาน ☐ สื่อมวลชน ☐ อื่นๆ (ระบุ).......................
5. **ท่านเคยอ่าน "สุขภาพคนไทย" ฉบับใดบ้าง** ต่อไปนี้
   - ☐ สุขภาพคนไทย 2546 วัยรุ่นกับสุขภาพ
   - ☐ สุขภาพคนไทย 2548 การค้าเสรีกับการเข้าถึงยา
   - ☐ สุขภาพคนไทย 2549 อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด?
   - ☐ สุขภาพคนไทย 2550 "หอมกลิ่นลำดวน" เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ
   - ☐ สุขภาพคนไทย 2551 โลกร้อน ภัยคุกคามจากน้ำมือมนุษย์
   - ☐ สุขภาพคนไทย 2552 เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษย์ หยุดความรุนแรง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ "สุขภาพคนไทย"

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก	พอใจ	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
1. รูปเล่ม การจัดวางภาพ และข้อมูล					
2. ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล					
3. ความน่าสนใจของเนื้อหา					
4. ความน่าสนใจในการนำเสนอ					

ส่วนที่ 3 การใช้ประโยชน์จาก "สุขภาพคนไทย"

ท่านคิดว่า "สุขภาพคนไทย" มีประโยชน์มากน้อยแค่ไหน

ส่วนต่างๆ ของหนังสือ	มีประโยชน์มากที่สุด	มีประโยชน์มาก	มีประโยชน์ปานกลาง	มีประโยชน์น้อย	ไม่มีประโยชน์
1. ตัวชี้วัด					
2. สถานการณ์เด่น					
3. เรื่องพิเศษประจำฉบับ					
4. ภาพรวมของหนังสือ					

ท่านได้ใช้ประโยชน์จาก "สุขภาพคนไทย" อย่างไรบ้าง

ส่วนต่างๆ ของหนังสือ	ใช้ประกอบการเรียน/การสอน	ใช้ประกอบการจัดทำรายงาน/เอกสาร/การนำเสนอ	ใช้ประกอบการผลักดันนโยบาย/มาตรการ	ใช้เพื่อเป็นความรู้	อื่นๆ
1. ตัวชี้วัด					
2. สถานการณ์เด่น					
3. เรื่องพิเศษประจำฉบับ					
4. ภาพรวมของหนังสือ					

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบอนุญาตเลขที่ ปข. 7/212
ถ้าฝากส่งภายในประเทศ
ไม่ต้องติดไปรษณียากร

กรุณาส่ง

โครงการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 2553
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม **73170**

ข้อเสนอแนะอื่นเพิ่มเติม ....

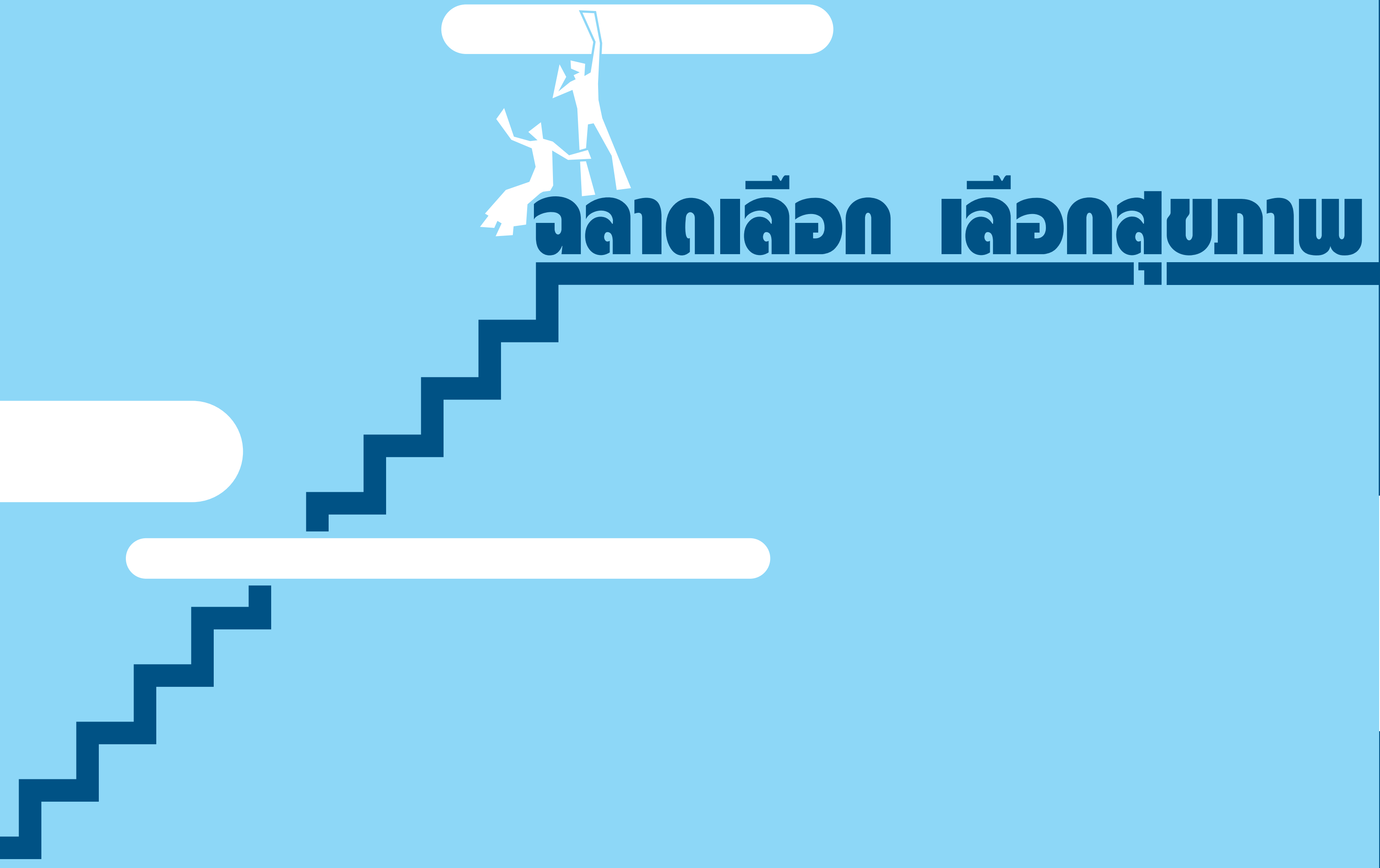
....

....

....

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)