ระบบเอชไอเอประเทศไทย ๕ ควรเป็นอย่างไรในอีก ๕ ปี ข้างหน้า

สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ
ระบบเอชไอเอประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร
ในอีก ๕ ปีข้างหน้า วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๓
ณ สวนสามพราน โรงแรมโรสการ์เด้น ริเวอร์ไซด์
จ.นครปฐม จัดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบ
และกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หนังสือเล่มนี้ใช้หมึกพิมพ์ที่ผลิต
จากถั่วเหลือง (Soyink) ซึ่งเป็นมิตร
ต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

“เราจะหยิบประเด็นจากทุกท่านว่าอนาคตอยากเห็น HIA เป็นอย่างไร แล้วสรุปเพื่อที่จะนำมาทำงานต่อไป ประเด็นที่เรารวบรวมได้วันนี้ จะถูกนำไปศึกษาความเป็นไปได้ที่จะขับเคลื่อน และนำแนวทางและกลวิธีขับเคลื่อนมาพูดคุยกันอีกที...”

นพ.วิพุธ พูลเจริญ
ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไก
การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

ระบบเอชไอเอประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร ใน ๕ ปีข้างหน้า?

๑.เป้าหมายของการพัฒนาระบบเอชไอเอ

เอชไอเอเป็นเครื่องมือหนุนเสริมการพัฒนาให้คนไทยและสังคมไทยมีสุขภาวะ

๒.ระบบเอชไอเอที่อยากเห็น

- การทำเอชไอเอควรเป็นพันธะสัญญามากกว่าการบังคับ
- เอชไอเอกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในสังคมไทย
- ทุกคนเปิดใจ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เข้าใจ เข้าถึง และเป็นเจ้าของ
- เน้นการมีส่วนร่วมและเป็นกระบวนการเรียนรู้
- มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ
- การทำเอชไอเอ ถือเป็นภาระหน้าที่ของทุกคนในสังคม ไม่ใช่เป็นของคนภาคสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว
- มีการทำเอชไอเอในหลากหลายระดับ ตั้งแต่ชุมชน โครงการ และระดับนโยบาย

๓.แนวทางเบื้องต้นในการพัฒนาระบบ เอชไอเอ

๓.๑ สร้างความสมดุลระหว่างสามอำนาจ คือ อำนาจทางกฎหมายที่รองรับการทำเอชไอเอ อำนาจของผู้บริหารองค์กรที่ต้องเข้าใจและมีพันธะสัญญา และอำนาจทางวิชาการที่ต้องมีนักวิชาการร่วมพัฒนาเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

๓.๒ สร้างความเข้าใจและวางแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำเอชไอเอ

- จัดทำแนวทางการปฏิบัติเฉพาะกรณี (HIA Guideline) เช่น กรณีเหมืองแร่ การขนส่ง ที่พักอาศัย การพัฒนาอุตสาหกรรม การพัฒนาแหล่งน้ำและการชลประทาน เป็นต้น
- มีกระบวนการสร้างความเข้าใจระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สช. กรมอนามัย กรมควบคุมโรค องค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

๓.๓ จัดการศึกษาและสร้างองค์ความรู้ได้แก่

• พัฒนาหลักสูตรในระบบการศึกษา ตั้งแต่ระดับประถม มัธยม และอุดมศึกษา รวมถึงการศึกษานอกระบบและการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยที่สอนในบ้าน ในวัด เป็นต้น เพื่อปลูกฝังความคิดและจิตสำนึกให้กับคนรุ่นใหม่

• พัฒนาศักยภาพชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสนับสนุนให้มีการทำเอชไอเอระดับชุมชน (Community Health Impact Assessment : CHIA)

• ศึกษาวิจัยข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ เช่น การกำหนดค่ามาตรฐาน

• การจัดระบบการฝึกอบรม โดยสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยต่างๆ รวมถึงหน่วยงานองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก เครือข่ายในกลุ่มภูมิภาคอาเซียน เป็นต้น

• การกำหนดเนื้อหาการเรียนการสอนและการฝึกอบรม นอกจากจะให้เข้าใจเรื่องกระบวนการและเครื่องมือด้านเอชไอเอแล้วยังต้องเข้าใจเรื่องแนวคิดและกระบวนการนโยบายสาธารณะด้วย

๓.๔ สร้างเครือข่ายการทำเอชไอเอ โดยคำนึงถึงทุนที่มีอยู่เดิมในชุมชนและสังคม เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ตามหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ

๓.๕ จัดระบบข้อมูลที่เอื้อต่อการทำเอชไอเอ เชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อรองรับการทำเอชไอเอ โดยเฉพาะข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพ

๓.๖ จัดระบบติดตามและประเมินผลการนำเอชไอเอไปใช้

๓.๗ จัดระบบการสื่อสาร

• สร้างการสื่อสารเชิงบวก

• ให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

• ให้สังคมรู้ว่าเอชไอเอเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมได้ประโยชน์หมด ไม่ใช่มีคนหนึ่งได้คนหนึ่งเสีย

• สร้างความเข้าใจกับกลุ่มผู้ประกอบการว่า เอชไอเอ คือ corporate social responsibility (CSR) แบบหนึ่ง

• เอชไอเอไม่ใช่เครื่องมือสำหรับการต่อสู้ทางการเมืองแต่เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การออกแบบยุทธศาสตร์และทางเลือกในการพัฒนา

• สนับสนุนการสื่อสารในท้องถิ่น ที่สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

• ใช้สื่อที่หลากหลาย และง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ และสร้างการมีส่วนร่วม

หนึ่งทศวรรษ ย้อนรอย HIA ประเทศไทย

หาก พ.ศ. ๒๕๔๓ คือจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทย อันเป็นปีเดียวกับที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ทำการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy-HPP) ซึ่งพบว่าการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment – HIA) น่าจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำมาใช้ได้ในประเทศไทย

นับจากวันนั้น ถึงวันนี้ ก็ครบสิบปีพอดี

เส้นทางระหว่างทศวรรษนี้ มีเรื่องราวเกี่ยวกับเอชไอเอ เกิดขึ้นมากมาย พลังการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องของทุกภาคส่วนทำให้เอชไอเอ ถูกเขียนไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ อันมีสาระสอดคล้องกับเจตนารมณ์เดิมที่ต้องการให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน หลังจากนั้นได้ถูกพัฒนาเติมต่อจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจประกอบการอนุมัติอนุญาตโครงการ ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

วันนี้ แม้เราจะมีหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะที่ประกาศโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม ที่จัดทำโดยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แต่นั่นมิได้หมายความว่างานของเราบรรลุเป้าหมาย แล้ววางมือจากการพัฒนาเรื่องนี้ ในทางกลับกันนั่นเป็นเพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น

หากย้อนมองเส้นทางเอชไอเอ ในช่วงสิบปี ที่ผ่านมา เราจะเห็นพัฒนาการซึ่งแบ่งได้เป็น ๔ ยุค ดังนี้

ยุคที่หนึ่ง (พ.ศ. ๒๕๔๓ – ๒๕๔๖)

“บุกเบิกด้วยงานวิจัยการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้แผนงาน HPP-HIA สวรส.”

หลังจากที่ คณะกรรมาธิการ การสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เผยแพร่รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ในวันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๔๓ ซึ่งเสนอให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ต่อมา กรกฎาคม ๒๕๔๓ ได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ทำหน้าที่สร้างกระบวนการขับเคลื่อนสังคมเพื่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างความรู้สนับสนุนขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มอบหมายให้ ผศ.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ อ.เดชรัต สุขกำเนิด และ ดร.นพ.อนุพงศ์ สุจริยากุล ศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พบว่า เอชไอเอ น่าจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำมาใช้ได้ในประเทศไทยจึงได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ เอชไอเอ ใน ๔ ประเทศ ได้แก่ แคนาดา อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ และนิวซีแลนด์

หลังจากนั้นได้ทำการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดและประสบการณ์ ได้แก่ การทบทวนความรู้เรื่องกลไกและกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดย ผศ.นพ. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และ ดร.นพ.อนุพงศ์ สุจริยากุล นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : ทบทวนเปรียบเทียบการวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ผลกระทบทางสังคม และการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ โดย อ.เดชรัต สุขกำเนิด และสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : การพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทย โดย นพ.เกษม วัฒนชัยและคณะ

การทบทวนประสบการณ์ EIA ในประเทศไทย ได้แก่ การวิเคราะห์ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และจัดทำกรณีศึกษา ได้แก่ HIA โครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก กรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง HIA จากการทำการเกษตรแบบมีสัญญาผูกพัน

มิถุนายน ๒๕๔๔ ร่วมประชุม International Association for Impact Assessment (IAIA) ณ ประเทศโคลัมเบีย ซึ่งเป็นการประชุมของสมาคมนานาชาติว่าด้วยการประเมินผลกระทบ ที่จัดเป็นประจำทุกปี เป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยได้ก้าวออกไปทำความรู้จัก และเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานของประเทศต่างๆ ทั่วโลก

กันยายน ๒๕๔๔ เข้าร่วมกระบวนการสมัชชาสุขภาพสาธิต โดยนำเสนอผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ กรณีศึกษาการเกษตรแบบพันธะสัญญาและการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก

ธันวาคม ๒๕๔๔ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ HIA International Workshop on “International Experiences for HIA Development in Thailand” ณ จังหวัดเชียงใหม่ และในเดือนเดียวกันนี้เองได้รายงานผลการศึกษาต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

“ทีมงานได้เริ่มนำแนวทางเชิงรุกแบบของอังกฤษและเนเธอร์แลนด์มาดำเนินการ โดยในระยะแรกให้น้ำหนักกับการพัฒนากรอบการวิเคราะห์หรือทฤษฎีที่เกี่ยวกับ HIA เพื่อพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยมีความคิดว่าควรพัฒนา HIA ให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าจะเป็นกระบวนการขออนุมัติโครงการ”

พ.ศ. ๒๕๔๕ ในช่วงแห่งการเรียนรู้ ทดลอง พร้อมปรับเปลี่ยนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นมี นพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นผู้อำนวยการ ได้สนับสนุนการทำงานของแผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ อย่างเป็นทางการ แบ่งการทำงานออกเป็น เครือข่ายนโยบาย ทำหน้าที่เคลื่อนไหวนโยบายสาธารณะเชิงประเด็น ทั้งที่เป็นนโยบายที่เกิดผลกระทบระยะยาวและนโยบายที่เห็นผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ อุตสาหกรรมและพลังงาน เกษตรและชนบท เมืองและขนส่ง การจัดการทรัพยากรน้ำ ข้อตกลงระหว่างประเทศ โครงการยุทธศาสตร์ฐานทรัพยากร สนับสนุนการทำงานเครือข่ายภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ (ม.เชียงใหม่) อีสาน (ม.ขอนแก่น) และภาคใต้ (ม.สงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่) จัดตั้งสำนักกระบวนการเรียนรู้ ทำหน้าที่ฝึกอบรมและสร้างความรู้ด้าน HIA และ HPP แก่บุคคลทั่วไป รวมถึงการดำเนินโครงการพัฒนานักวิจัย (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

ต่อมา เปลี่ยนชื่อเป็น แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HPP-HIA)ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยมีพันธกิจคือ การพัฒนาและสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในการพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพและความเป็นธรรมในสังคมไทย เริ่มแสดงบทบาทขับเคลื่อนนโยบายชัดเจนทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

ในปีเดียวกันนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งกองสุขาภิบาลชุมชนและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ อยู่ภายใต้กรมอนามัย ทำหน้าที่พัฒนาการใช้ เอชไอเอ ในบริบท พ.ร.บ.การสาธารณสุข และระบบเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชนท้องถิ่น

ยุคที่สอง (พ.ศ. ๒๕๔๗ – ๒๕๔๘)
“อึมครึม และ พร่ามัว”

เป็นช่วงเวลาที่หลายอย่างเริ่มสะดุด ไม่ว่า ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่มีสัญญาณของการนำเข้าสู่กระบวนการทางนิติบัญญัติ การพัฒนาวิชาการ การปฏิบัติการ และการเตรียมบุคลากร ด้าน HPP-HIA ขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายของแผนงาน HPP-HIA ภายใต้ สวรส. จนกระทั่งยุติบทบาท

ทว่าเกิดการแตกยอดความคิดและปฏิบัติการ HPP-HIA ภายใต้การทำงานของมูลนิธินโยบายสุขภาวะ (มนส.) ในปลายปี ๒๕๔๘ ต่อ ๔๙

ก่อนเครือข่าย HIA จะหลงทาง ได้มีการแตะมือกันหลวมๆ เพื่อร่วมเดินต่อ

ยุคที่สาม (พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๒)
"ฟ้าหลังฝน กับการสร้างกลไกที่เป็นทางการ"

๓ มีนาคม ๒๕๕๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงลงพระปรมาภิไธย ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติได้รับรองสิทธิการร้องขอให้ทำ HIA ส่วนการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้เป็นหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๙ เมษายน ๒๕๕๐ เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก ยื่นหนังสือต่อ สช.ให้มีการทำเอชไอเอ กรณีการขยายปิโตรเคมีระยะที่ ๓ นับเป็นกรณีแรกที่มีการขอใช้สิทธิ์ตาม ม. ๑๑ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

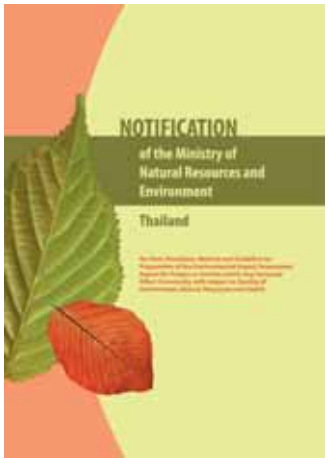
๕ เดือนถัดมา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมีผลบังคับใช้ ซึ่งได้รับรองสิทธิชุมชน และกำหนดให้ต้องทำเอชไอเอ กรณีโครงการ/กิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง

การพัฒนาระบบและกลไกเอชไอเอรองรับการทำงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพจึงจัดอยู่ในลำดับงานสำคัญของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เริ่มต้นจากการพัฒนาหลักเกณฑ์และวิธีการ HIA ซึ่งเป็นการทำงานตามมาตรา ๒๕(๕) ในการนี้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้ง คณะทำงานยกร่างระบบและกลไกเอชไอเอในสังคมไทย ผลจากการทำงานได้เสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีมติเห็นชอบ ต่อมา คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้แต่งตั้ง คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกเอชไอเอ ตามข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยมี นพ.วิพุธ พูลเจริญ เป็นประธาน มีศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นฝ่ายเลขานุการ หลังจากนั้น วันที่ ๘ พฤศจิกายน นายกรัฐมนตรี (อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ประธาน คสช. ได้ลงนามในประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. ๒๕๕๒

พร้อมๆ กับการพัฒนาระบบและกลไก ได้มีการสร้างเครือข่ายภายใต้ปฏิบัติการจริง ทั้งในและต่างประเทศผ่านการดำเนินงานตามคำขอใช้สิทธิ ม.๑๑ การพัฒนาแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพระดับชุมชน การเป็นเครือข่ายและจัดประชุมนานาชาติ HIA ในระดับ Asia Pacific และการเข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การทำงานกับเครือข่าย International Association for Impact Assessment (IAIA) อย่างต่อเนื่อง

เอชไอเอ ถูกกำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในหมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ข้อ ๓๘ *"ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้รัฐส่งเสริม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการเอชไอเอ ในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ"*

รวมถึงสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญโดยมีการเสนอระเบียบวาระที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอเอ หลายเรื่อง



ยุคที่สี่ (พ.ศ. ๒๕๕๒ ... อนาคต)
“เผชิญกับความท้าทาย”

ในขณะที่ภาคส่วนต่าง ๆ ได้ลงมือทำเอชไอเอโดยเฉพาะการนำไปใช้ในบทบาทของการเป็นเครื่องมือประกอบการพิจารณาอนุมัติอนุญาตโครงการตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ สังคมก็เริ่มตั้งคำถาม พร้อม ๆ กับการถามหาคุณภาพและมาตรฐานของการทำเอชไอเอ

ทำอย่างไรให้เอชไอเอ มีบทบาทในฐานะเป็นเครื่องมือของสังคม ที่มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มากกว่าการใช้เพื่อการตัดสินใจอนุมัติอนุญาตโครงการ ?

ทำอย่างไรให้ เอชไอเอ เป็นส่วนหนึ่งในการทำงานขององค์กรต่างๆ ?

จะพัฒนาองค์ความรู้และบุคลากร อย่างไร ? ....

นี่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความท้าทาย ที่เรากำลังเผชิญ

ให้ลมมันแรงร้อนเพียงใด ให้มีฝนมากมาย
แดดเกรียมเผาแทบตาย อย่าไปยอมแพ้
อย่ายอมให้ลมพัดเราไป อย่ายอมเพราะความง่าย
หยัดยืนสู้ด้วยหัวใจ ด้วยใจที่รวมกัน

ปิดใจอิฐก้อนแรก
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

ผมเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ตอนนั้นก็ ๒๐ กว่าปีแล้ว ได้รับเชิญชวนมาทำเรื่องปฏิรูประบบสุขภาพ สมัยนั้นตอนอยู่สาธารณสุขก็เข้าใจว่าเรื่องสุขภาพมันกว้างแล้วนะ แต่พอมาทำเรื่องปฏิรูประบบสุขภาพเราก็มาเรียนรู้กันใหม่ว่าเรื่องสุขภาพมันกว้างเป็นเรื่องของสุขภาวะ ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ ที่เป็นองค์รวม จากตรงนั้นทำให้มารู้จักเรื่อง เอชไอเอ

คนที่ทำให้รู้จักเรื่องนี้เป็นอย่างดีก็คือ คุณหมอวิพุธ ซึ่งตอนนั้นเป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ต้องให้เครดิตว่าคนที่จับเรื่อง เอชไอเอ คือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำงานบนพื้นฐานวิชาการ ผู้ใหญ่อีกท่านหนึ่งที่ต้องพูดถึงคือ อาจารย์หมอเกษม วัฒนชัย แล้วก็มีตัวละครที่สำคัญคือ อาจารย์เดชรัต ต้องเรียกว่าเป็นมิสเตอร์ เอชไอเอ

ปี ๒๕๔๔ เรามีการจัดประชุมวิชาการนานาชาติที่เชียงใหม่ ผมถือว่าเป็นโอกาสเรียนรู้ว่าเอชไอเอเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำงานแบบบูรณาการ ที่หมอวิพุธย้ำว่าคือกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความโดดเด่นไม่ใช่เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือที่ใช้พหุวิทยาการ สหสาขานะครับ ไม่ใช่มีนักเอชไอเอ แต่ทุกสาขาต้องมาร่วมกันทำงาน ถ้าจะถามว่ามันเป็นยังไงเอาให้ชัดๆ เนี่ย ผมคิดว่าจะหงุดหงิดกับมันพอสมควร

หลังจากนั้นก็เข้ามาขับเคลื่อนเรื่องทำ พ.ร.บ. สุขภาพ มีการยกร่างสาระสำคัญ โดยเอาความรู้จากที่ สวรส. สังเคราะห์ ไปถามประชาชน มีการจัดสมัชชาสุขภาพทั่วประเทศหลายครั้งหลายครา จนในที่สุดก็รับเอาความเห็นมาใส่ในร่าง พ.ร.บ. ตอนนั้นการยกร่างต้องคุยกันทุกวันเสาร์ หลายสัปดาห์ ผู้ใหญ่ที่นั่งหัวโต๊ะคืออาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ ตอนนี้ท่านก็อาวุโสมากแล้วนะครับ ท่านก็ช่วยดูแลให้ มีหลายภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง อาจารย์เดชรัตเข้าไปนำเสนอเรื่องเอชไอเอ ผมยังจำแผนภาพต่างๆ ของอาจารย์ได้ แล้วเราก็เขียนลงไปในร่าง พ.ร.บ.

มียุคหนึ่งหลังจากที่ พ.ร.บ. ถูกดองเรียบร้อยแล้ว ผ่านรัฐบาลไปเข้ากฤษฎีกา ทุกคนจะจำได้ว่า เอชไอเอถูกถอดออกทั้งหมดเพราะ ถูกวิเคราะห์ว่า เอชไอเอจะเพิ่มความลำบากในการพัฒนาประเทศ ในที่สุดทำไมเอชไอเอ กลับเข้าอยู่ใน พ.ร.บ.สุขภาพ ในมาตรา ๕ ๑๐ ๑๑ และ มาตรา ๒๕

ก็คนนี้แหละครับ ดร.เดชรัต

หลังจากที่อาจารย์เดชรัตไปเรียนเมืองนอกกลับมา ผมก็ชวนไปเป็นกรรมาธิการ ตอนนั้นผมเป็นสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เป็นเลขานุการของกรรมาธิการ อาจารย์เดชรัตเข้าไปก็ผลักดันเอชไอเอเข้าไปใหม่ มันเป็นประวัติศาสตร์ของการเชื่อมงานวิชาการเข้ากับการพัฒนา แล้วมีการเคลื่อนไหวทางการเมืองทำให้เอชไอเอเข้าไปอยู่ในกฎหมายสูงสุดครั้งแรกของประเทศไทย

แนวคิดของเอชไอเอครั้งแรกมี ๒ แนว คือ แนวหนึ่งเอาไปใช้อนุมัติอนุญาต ที่ต่างประเทศเขาใช้เหมือนอีไอเอ อีกแนวหนึ่งคือกระบวนการเรียนรู้ ใน พ.ร.บ. สุขภาพ เราใส่ไว้ในแนวของกระบวนการเรียนรู้ในเวลาใกล้ๆ กัน มีการทำรัฐธรรมนูญปี ๕๐ คนที่นั่งอยู่ในห้องนี้และมีส่วนสำคัญในเรื่องนี้ คือ อาจารย์กรรณิการ์ บรรเทิงจิต เป็นสมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ (สสร.) ทำรัฐธรรมนูญปี ๕๐

ในรัฐธรรมนูญปี ๔๙ เขียนไว้ว่าให้ฟังความเห็นหน่วยงานต่างๆ และประชาชนด้วย ตอนนั้นเรา สปรส. ทำเรื่องนี้อยู่ เราก็รู้สึกว่าต้องใส่ มีเขียนเรื่องสุขภาพ เรื่องสิ่งแวดล้อม มีอีไอเอ แต่เอชไอเอ ทำไมไม่มี เราก็เลยทำหนังสือไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและยื่นไปที่ สสร. ด้วย ในที่สุดมาตรา ๖๗ วรรคหนึ่ง และสอง ก็มีเรื่องเกี่ยวกับเอชไอเอ เกิดขึ้น แต่พอเข้าไปอยู่ในรัฐธรรมนูญปี ๕๐ ก็เลยเป็นเรื่องของการอนุมัติอนุญาตไปคู่กับอีไอเอ ในที่สุดก็ไปปรากฏในรัฐธรรมนูญ อีกที่หนึ่ง

ในปี ๕๐ เรื่องเอชไอเอ จึงเกิดในสองที่ แล้วเกิดสองทางด้วย คือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และอีกทางหนึ่งเป็นส่วนของการอนุมัติอนุญาต ซึ่งไปสอดคล้องกับหน้าที่ของ คสช. คือหน้าที่ออกหลักเกณฑ์และวิธีการทำเอชไอเอ ในปี ๕๒ ทำหน้าที่ออกหลักเกณฑ์เรียบร้อยแล้ว มี ๔ แบบ

วันก่อนเพิ่งอ่านหนังสือรายงานสุขภาพคนไทย เขาไปบันทึกไว้ว่า เอชไอเอเป็นหนึ่งในสิ่งงานที่สำเร็จเป็นรูปธรรมที่เรียกว่า ตัวอย่างดีๆ ที่เกิดขึ้นในปี ๕๒ วันสองวันนี้ถ้าเราอ่านหนังสือพิมพ์จะเห็นว่าเอชไอเอมีผลต่อสังคมแล้ว สังคมขานรับและพูดต่อมาจนถึงตอนนี้ เมื่อก่อนไม่มีใครรู้จัก ตอนนี้สื่อมวลชนใครต่อใครรู้จัก ในทัศนะที่แตกต่างกันทั้งพอใจและไม่พอใจ

ผม อาจารย์เดชรัต และใครต่อใคร ถูกเชิญจากนายธนาคารให้ไปกินข้าวด้วย ก็เพราะเรื่องเอชไอเอมันเริ่มมีฤทธิ์ มีเดช เริ่มออกฤทธิ์แล้วไปกระทบอะไรต่ออะไร แล้วเขาก็มาสนใจ

วันสองวันนี้มีการพูดกันว่า เอชไอเอหลอกต้มชาวบ้าน เพราะไปฟอกสิ่งที่ไม่ถูกต้องให้ดูถูกต้อง ไม่ได้ช่วยอะไรชาวบ้าน อันนี้ผมว่าเป็นประเด็นใหญ่นะ ที่พวกเราอยู่ในแวดวงเป็นเรื่องที่ต้องขบคิดนะ ถ้าเป็นผมทัศนะของผมต่อการทำเรื่องตรงนี้ มีความรู้สึกว่าเป็นการมองว่าเครื่องมืออะไรเครื่องมือหนึ่งจะต้องเป็นเรื่องสำเร็จรูป ซึ่งผมว่าไม่ใช่ เอชไอเอเป็นกระบวนการเรียนรู้ ต้องใจเย็นๆ ต้องให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเรียนรู้ แล้วค่อยๆ ได้ผล แต่ถ้ามองว่าเอชไอเอเข้าไปปุ๊บมันต้องสำเร็จปั๊บ แก้ปัญหาได้ปั๊บ ยกตัวอย่างเช่น มาบตาพุดใช้แล้วทำให้นักวิชาการร่ำรวย ฟอกตัวเอง แต่ประชาชนยังดมมลพิษเหมือนเดิม ผมว่าอันนี้มองสั้นไปนิด ถ้ามองยาวๆ มันเป็นเครื่องมือที่ทุกฝ่ายเข้ามาทำงานร่วมกัน คุณหมอวิพุธพูดถึงขนาดว่าเป็นเครื่องมือที่ให้ทุกฝ่ายเข้ามาทำงานร่วมกัน อันนี้ต้องช่วยกันทำ

ผมว่าเราต้องมาช่วยกันแต่งอนาคต อีก ๕ ปีข้างหน้า ย่างก้าวของงานเอชไอเอ การมีส่วนร่วม ร่วมคิดร่วมอ่าน อย่างที่คุณหมอวิพุธบอกว่าเราไม่มีกรอบ เพราะเอชไอเอเป็นของทุกคนทุกฝ่าย สช. เป็นฝ่ายสนับสนุนเอื้ออำนวย คสช. คณะทำงานที่หมอวิพุธเป็นประธานก็เป็นเพียงเครื่องมือชวนทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมกันใช้ เพราะฉะนั้นแผน ๕ ปี ก็มาช่วยกันดูทิศทางการพัฒนาและนำ เอชไอเอ ไปใช้ ผมก็จะมีหน้าที่หาทางหรือสนับสนุนหรือไปร่วม ไปชวนคนมาสนับสนุน

ผมมองเรื่องนี้ เรื่องของการเอาเอชไอเอไปเป็นเครื่องเสริมศักยภาพชุมชน เสริมหนุนชาวบ้านมากกว่า คือการทำเอชไอเอของชุมชน (Community HIA : CHIA) ส่วน เอชไอเอ ในรัฐธรรมนูญเราก็ว่ากันไป ถ้าเราเอาเรื่องเอชไอเอไปเป็นเครื่องมือของชาวบ้านของชุมชนมันจะเกิดประโยชน์สูงกว่า

สิ่งที่เรากำลังคุยกันเรื่องตรงนี้มันมีความสำคัญครับอีก ๕ ปี มันจะไปอย่างไร เราจะช่วยกันอย่างไร ขณะนี้คุณหมอวิพุธก็เอาไปโยงอาเซียน องค์การอนามัยโลก เพื่อนบ้านเอเชียแปซิฟิก ไม่ใช่ว่าทำ HIA เฉพาะบ้านเรา เรามองชุมชนนี้ไม่ใช่แค่ระดับตำบล หมู่บ้าน แต่ในแง่ของประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกัน เรามองสังคมโลก เป็นชุมชนที่เชื่อมโยงกัน ขอบคุณครับ

ปิดใจอิฐก้อนแรก
อาจารย์ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด

จุดเริ่มต้นตอนนั้นช่วงปี ๔๓-๔๔ บ้านเรามีเหตุการณ์สำคัญก็คือเรื่องเขื่อนปากมูล บ่อนอกบ้านกรูด เรายังไม่มีทางออกมาเจรจาหาข้อยุติกันได้ รวมถึงกรณีมาบตาพุดก็เป็นข่าวอยู่ ถึงแม้จะไม่ได้ใหญ่โตมากเหมือนทุกวันนี้ ตอนนั้นผมคิดว่าต้องมีเครื่องมือสักอย่างที่เรา เราหมายถึงคนในสังคมที่เป็นผู้ซึ่งอาจได้รับผลกระทบ ได้มีโอกาสคุยกันอย่างมีความหมายกับภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม ก็เลยสนใจศึกษาเครื่องมือต่างๆ รวมถึงการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งเราได้เรียนรู้มาจากหลายๆ ประเทศ และเป็นประเด็นสำคัญมากในกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ที่เป็นหลักการสำคัญว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ

หลังจากนั้นก็ได้ไปเรียนรู้ในหลายๆ ประเทศ ได้ไปกับคุณหมอวิพุธที่โคลัมเบีย ได้เรียนรู้หลายอย่างมาก ได้เรียนรู้ว่าเรื่องเอชไอเอนั้นในประเทศอื่นๆ เขาไม่ได้มองว่าถ้าเป็นเรื่องรุนแรง เรื่องร้ายแรง เรื่องขัดแย้ง แล้วจะมาใช้เอชไอเอ แต่เขาใช้เอชไอเอออกแบบสวนสาธารณะ ทางเดิน ทางรถไฟ ที่เอื้อต่อการที่ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งเรื่องเหล่านี้อาจจะไม่สำเร็จมากนักในประเทศเรา เราผลักดันเชิงกฎหมาย นโยบายได้บ้าง แต่ในเชิงวัฒนธรรมเรายังไม่ได้คิดว่าเอามาใช้ในทางบวกก็ได้ ว่าทำอย่างไรจะให้สุขภาพดีขึ้นและเหมาะกับทุกเพศทุกวัยทุกกลุ่ม

ปิดใจอิฐก้อนแรก

นายแพทย์ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

ผมเริ่มต้นเป็นหมอที่บ้านนอก ที่โรงพยาบาลชุมชน อำเภอพล ได้มีโอกาสทำงานกับชาวบ้าน แล้วเห็นความทุกข์ยากของชาวบ้านเยอะแยะมากมาย ต้องทิ้งเรือกสวนไร่นา เหลือแต่เด็กคนแก่ไว้ในหมู่บ้าน ต่อมาก็ได้เข้ามาอยู่แวดวงวิชาการมาเป็นอาจารย์ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ได้ทำงานร่วมกับ สวรส. อยู่ระยะนึง พอมีการปฏิรูประบบสุขภาพก็เลยมีการตั้งคณะอนุกรรมการวิชาการ ผมอยากจะขอพูดถึงบุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งคือคุณหมอสุวิทย์ วิบูลผล-ประเสริฐ ซึ่งตอนนั้นท่านเป็นอนุวิชาการปฏิรูประบบสุขภาพ ก็ได้วางแนวทางงานวิชาการหลายๆ เรื่อง เรื่องที่วางไว้คือเรื่องนโยบายสาธารณะ ซึ่งผมก็ได้มีโอกาสไปทบทวนองค์ความรู้ ร่วมกับคุณหมออนุพงษ์ สุจริยากุล

พอผมนำเสนอรายงานเรื่องนโยบายสาธารณะไปแล้ว เนื้อหาที่ผมเสนอได้พูดถึงเรื่องเอชไอเอ ว่าเป็นกระบวนการที่มีความไม่แน่นอนสูง มีกรณีศึกษาของบางประเทศในการตั้งโรงงานแอมโมเนีย ซึ่งสามารถตีความได้ตั้งแต่มีความปลอดภัยที่สุดจนถึงอันตรายที่สุด เพราะฉะนั้นจึงเห็นความจำเป็นของการทำงานเรื่องนี้ แล้วในที่ประชุมวันนั้น มีคุณหมอวิพุธ คุณหมอสุวิทย์ พี่ด้วง(คุณดวงพร) ก็ได้คุยกันว่าจะขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างไรต่อ ผมก็ได้เสนอให้นำอาจารย์เดชรัตมาทำงานเรื่องนี้ต่อ ผมบอกว่าได้อ่านจดหมายข่าว สวรส. เรื่อง ปฏิรูประบบสุขภาพที่ออกมาเป็นระยะ มีบทสัมภาษณ์อาจารย์เดชรัตเรื่องเขื่อนปากมูล ซึ่งอาจารย์ลงไปคลุกคลี เป็นผู้มีศักยภาพ ก็คิดว่านี่เป็นนาทีสำคัญที่จะขับเคลื่อนเรื่องนี้ ก็เข้ากับแนวคิดที่ผมเรียนรู้จากอาจารย์วิพุธนะครับ ว่าการขับเคลื่อนสังคม มันเป็นเรื่องของวิวัฒนาการ บางครั้งเราคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นข้างหน้าไม่ได้

มีความรู้สึกว่าน่าดีใจที่ประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่องนี้ วิวัฒนาการมาจนเรามีเครือข่ายมากมาย เรามีเครือข่ายภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคอีสาน หลายท่านก็อยู่ในที่นี้ อาจารย์พงษ์เทพ อาจารย์อุไรวรรณ ก็ช่วยกันทำเรื่องนี้กันมาในส่วนของภาคเอกชนมากมายและ NGOs นะครับ

ผมว่ามีอีกหลายเรื่องที่เราต้องดำเนินการต่อ ผมได้มีประสบการณ์ตรงในการทำ เอชไอเอในภาคเกษตร แล้วก็พบว่ามีการใช้สารเคมีมากมาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในหลายๆ อวัยวะ สปรส. ก็มีการทำสมัชชาสุขภาพเรื่องนี้อยู่หลายรอบด้วยกัน เคยมีการพาดหัวหนังสือพิมพ์ด้วยซ้ำไปว่า ถึงเวลาหรือยังที่ประเทศไทยควรสั่งห้ามนำเข้าสารเคมี เพราะมันทำลายสุขภาพคนไทยมหาศาล ในปีนั้นจำได้ว่าภาคเอกชน บริษัทขายสารเคมี มาประชุมในสมัชชาสุขภาพของเรามากเป็นพิเศษเลย แล้วก็เข้าใจว่าตรงนั้นสร้างความตื่นตัวจากผลการวิจัยเรื่องนี้ สังคมก็ตื่นตัว สื่อมวลชนก็จับเรื่องนี้ ต่อมาก็เกิดการตอบรับเรื่องอาหารปลอดภัย (Food safety) หลายหน่วยงานก็สร้างแผนงานที่จะมาจับเรื่องนี้มากขึ้น แต่ผมไปดูตัวเลขปรากฏว่าสถิติการนำเข้าสารเคมีมากขึ้นครับ ประเทศไทยใช้สารเคมีมากขึ้น คนไทยเป็นมะเร็งมากขึ้น คราวนี้เป็นมะเร็งอันดับ ๑ ติดต่อกัน ๓-๔ ปี ผมก็เจอคนไข้ด้วย พบว่าเขาเป็นทุกข์มากนะครับ ที่ให้คำตอบไม่ได้ ให้ความหวังแค่ช่วยยืดอายุออกไป เร็วๆ นี้ผมได้รับ forward mail จากแถวๆ มาบตาพุดนะครับ มีพนักงานที่ทำงานโรงงานปิโตรเคมีบอกว่าตอนนี้ลูกเป็นมะเร็งเม็ดเลือดค่ารักษา ๕-๖ แสน ขอบริจาคค่ารักษา ก็ผมคิดว่าเรื่องราวของสุขภาพมีหลายเรื่องที่ซ่อนอยู่ในสังคม ผมคิดว่ากระบวนการเอชไอเอน่าจะมีส่วนคลี่และช่วยแก้ปัญหาเรื่องเหล่านี้

ปิดใจอิฐก้อนแรก
นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ

เอชไอเอไม่ใช่ ๑๐ ปีนะครับ ผมจบแพทย์มารุ่นเดียวกับหมออำพล ประมาณ ๓๐ ปี ที่แล้ว ตอนจบมาผมไปอยู่ที่อุบล ผมเจอเอชไอเอที่นั่น เขาทำเรื่องเขื่อนปากมูล ตอนนั้นยังไม่สร้างเขื่อนปากมูล คนที่ไปทำเอชไอเอคืออาจารย์ที่เวชศาสตร์เขตร้อน แต่ทำเอชไอเอให้กับบริษัทแห่งหนึ่ง

เป็นเอชไอเอในอีไอเอ คือ อีไอเอมีเอชไอเอ อยู่แล้ว ต้องทำความเข้าใจเรื่องนี้ คนไทยรู้จักเอชไอเอในอีไอเอมานาน แล้วอาจารย์บ้านเรานี่แหละไปทำ เพียงแต่ว่าอีไอเอถูกใช้เป็นเครื่องมืออนุมัติอนุญาตโครงการ

ที่เราทำเรื่องระบบปฏิรูปสุขภาพ ที่เราทำวิจัยระบบสุขภาพ ตอนนั้นผมเป็นผู้อำนวยการอยู่ได้วางกรอบการวิจัย เรามีกรอบการวิจัยหลายด้าน แต่เรื่องหนึ่งที่น่าสนใจแต่ไม่มีความรู้เลยคือเรื่องนโยบายสาธารณะ ประเด็นเรื่องนโยบายสาธารณะ จำได้ว่าเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันเยอะ เพราะคนไทยคุ้นเคยกับนโยบายแบบที่เราเรียกว่า วาทะทางนโยบาย เช่น ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เป็นวาทะแต่ตัวเป้าหมาย กลไก เป็นอย่างไรไม่รู้ เรียนฟรี ๑๒ ปี ก็เป็นวาทะ

คนไทยชอบแบบนี้เพราะว่าเราคุ้นเคยกับวาทะนโยบาย เอาคำเดียวไปเลย แล้วไม่ต้องรู้หรอกว่า เป้าหมายนโยบายไปถึงเมื่อไหร่ กระบวนการเป็นอย่างไร แต่ละขั้นตอนเป็นอย่างไร นี่เป็นปัญหาใหญ่ของเราเลย เพราะฉะนั้นตอนหลังเราก็มามองเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะ มองให้กว้างไปอีก

ที่นี้เราก็มองว่ามันเปลี่ยนมุมมาที่นโยบายสาธารณะ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ ผมเห็นกระบวนการนโยบายสาธารณะมีหลายเรื่อง เรื่องของการดูแลนโยบายสาธารณะให้มันไปได้ เรื่องของการคาดการณ์อนาคต (foresight) เรื่องของกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายซึ่งเดี๋ยวนี้ไม่ทุบโต๊ะแล้วบอกว่านโยบายต้องเป็นแบบนี้แล้ว เรามองถึงนโยบายจากหลายภาคส่วน กระบวนการแดงเหลืองเป็นกระบวนการกำหนดนโยบายได้ทั้งนั้น เพราะฉะนั้นมันมีหลายส่วน แต่ทำอย่างไรที่จะให้เข้ามาที่เรียกว่า แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทำงานเรื่องนี้

คิดว่าต้องมีเครื่องมืออะไรสักอย่างที่จะทำเรื่องนี้ พอดีคุณหมอสุวิทย์ซึ่งเป็นแพทย์ฝึกหัดที่เดียวกับผมที่อุบล ก็มาบอกว่ามีเรื่องเอชไอเอนะ สนใจมั้ย เราจึงได้บอกนักวิชาการที่ทำงานกับ สวรส. เช่น คุณหมอปัตพงษ์ อาจารย์เดชรัต อาจารย์อนุพงษ์ ไปศึกษาเรื่องนี้

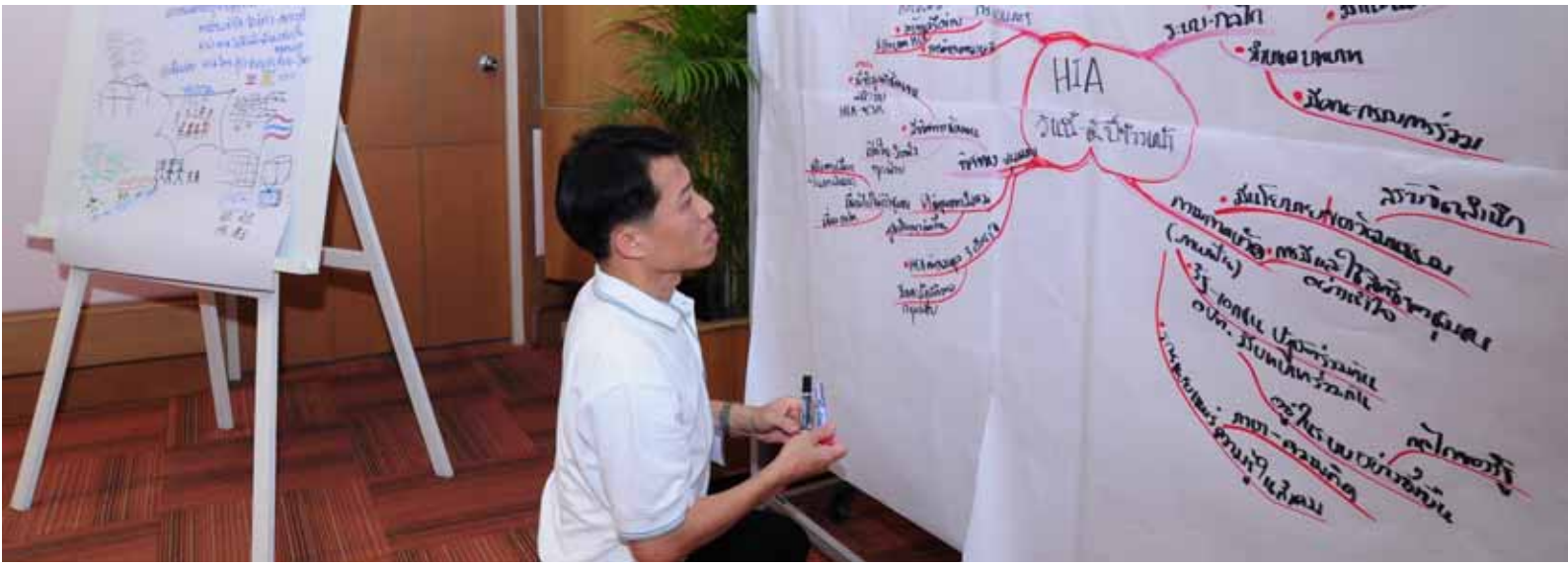
“ผมจำได้ว่าตอนทำวิจัยให้กับสปรส.ชุดหนึ่ง เราพูดถึงกระบวนการนโยบายแบบร่วมคิด แบบถกแถลง เขาบอกว่าประเทศไทยไม่มีทางเป็นไปได้ ผมเข้าใจว่าที่บอกว่าเป็นไปไม่ได้หรอก เรียกว่าเป็นการท้าทาย ถ้าเราเป็นได้ สังคมเราจะดีกว่านี้หรือเปล่า ที่จะมาค่อยๆ คุยกัน ค่อยๆ พัฒนาตัวนโยบายขึ้นมา เพราะอย่างนั้น เราเลยมองว่าเอชไอเอน่าจะเป็นคำตอบหนึ่งที่ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายและไม่ใช่คำตอบทั้งหมด”

พอเราเริ่มไปเปิดหูเปิดตา แต่ตัวที่เปิดหูเปิดตาผมนี่ เป็นเรื่อง Impact Assessment เรียกว่ากระบวนการประเมินผลกระทบ ผมเข้าใจว่าการประเมินผลกระทบจะเอาอะไรไปใส่ก็ได้ ตั้งแต่เรื่อง Environmental Impact Assessment แล้วก็มาสังคม Health Strategy แล้วก็เรื่องของ Cultural Impact Assessment, Biodiversity Impact Assessment คือจะเอาอะไรมาเป็นประธานแล้วแต่สังคมสนใจอะไร สังคมเราเริ่มมาสนใจเรื่องสุขภาพ แต่ในสังคมยุโรปเขาสนใจมานานแล้ว

ก็เลยเริ่มรวบรวมศึกษา เริ่มด้วยทีมงานอาจารย์เดชรัต เราเห็นสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจแล้วอยากให้เราตระหนักเรื่องนี้ด้วย ในหลายประเทศก็มีวงจรชีวิตเหมือนกัน คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย เราเจอ เนเธอร์แลนด์ และรัฐบริติสโคลัมเบีย ในกรณีเนเธอร์แลนด์ มีการใช้เอชไอเอมาประเมิน พ.ร.บ.ที่จะผ่านรัฐสภา ไม่ใช่ประเมินเพื่อหา Yes or No นะ แต่ประเมินเพื่อที่จะหา พ.ร.บ.ที่สมบูรณ์ที่สุด เพื่อที่จะหาผลกระทบในเรื่องลบ ตอนที่ทำในเนเธอร์แลนด์ เราสนใจมากเลยนะครับ แต่ตอนนี้เนเธอร์แลนด์ ฝอไปแล้วเรียบร้อย หลังจากนั้นมีในบริติสโคลัมเบีย ก็ฮือฮากันมาก นักการเมืองบอกตรงนี้ต้องใช้ ต้องอะไร ต่ออะไร ไม่กี่ปี ฝอไปเหมือนกัน เขารู้สึกว่ามันยุ่งเหลือกัน ตรงนี้ก็เป็นประเด็นใหญ่ที่เราต้องทำความเข้าใจ ในขณะที่กระบวนการที่อยู่ในอังกฤษเป็นกระบวนการเรียนรู้กับชุมชนก็ค่อยๆ โตเลยมองว่ากระบวนการที่อาจารย์เดชรัตกำลังทำเรื่องการเรียนรู้กับชุมชนมันไปได้ แต่ถ้าเร่งมันนะใส่ปุ๋ย โตเร็วเดี๋ยวพอปฏิวัติมีกฎหมายออกมา เอาไปใช้ตูมๆ มีสิทธิ์ฝอเร็ว อันนี้ก็เป็นเรื่องใหญ่ อยากให้เรามองเป็นฐานเลยว่าเราต้องมองตัวกรอบว่ามันเป็นวิธีคิด เป็นวัฒนธรรม

ผมจำได้ว่าตอนทำวิจัยให้กับ สปรส.ชุดหนึ่งเราพูดถึงกระบวนการนโยบายแบบร่วมคิด แบบถกแถลง เขาบอกว่าประเทศไทยไม่มีทางเป็นไปได้หรอก ผมเข้าใจว่าที่บอกว่าเป็นไปไม่ได้หรอก เรียกว่าเป็นการท้าทาย ถ้าเราเป็นได้สังคมเราจะดีกว่านี้หรือเปล่า ที่จะมาค่อยๆ คุยกัน ค่อยๆ พัฒนาตัวนโยบายขึ้นมา เพราะอย่างนั้น เราเลยมองว่าเอชไอเอน่าจะเป็นคำตอบหนึ่งที่ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายและไม่ใช่คำตอบทั้งหมด แต่คงเป็นคำตอบหนึ่งที่คนไทยจะได้จากที่นี่ เพราะฉะนั้นตัวกรอบกระบวนการที่เรามองไปถึงกระบวนการ ๔ ช่องทางที่จะเอาไปใช้นี่ก็เป็นประเด็นใหญ่ที่ต้องคำนึงถึงด้วยครับ

นำเสนอกลุ่มย่อย



กลุ่ม ๑
เป้าหมายของระบบเอชไอเอคือ
สุขภาวะของคนและสังคมไทย

ไม่ว่า in put จะมายังไง แต่ว่า outcome ทุกคนได้เหมือนกัน คือ ต้องการให้มีสุขภาวะของคนและของสังคมไทย อยากให้ทุกส่วนมีความสุข นี่คือเป้าหมายของเราแล้วก็เป็นจุดสุดท้ายของทุกคนที่สรุปออกมาได้ สำหรับ การขับเคลื่อนเอชไอเอ ในอีกห้าปีข้างหน้า จากหลากหลายความเห็นประมวลกันมาได้ดังนี้

๑. เน้นการมีส่วนร่วมของหลายฝ่าย โดยการเปิดรับความคิดเห็นไม่ว่าจะเป็นของฝ่ายชาวบ้าน ฝ่ายโรงงาน ฝ่ายราชการ ไม่ว่าจะต่างวัฒนธรรม ต่างพื้นที่ เพราะจะเข้าถึงปัญหาได้หลายรูปแบบ แล้วก็ช่วยกันแก้ไข

๒. สร้างกระบวนการเรียนรู้ ผ่านสื่อที่หลากหลาย และง่ายต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอเอ ในตอนนี้ ไม่ควรจำกัดแค่วงนักวิชาการ แต่ควรจะไปสู่ชุมชน ชาวบ้าน ทุกระดับ ทุกหน่วยงาน เพื่อที่จะให้ชาวบ้านเข้าใจและตระหนักว่าเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวและทุกคนอยากจะมีส่วนร่วม จะได้มีการทำเอชไอเอได้อย่างเข้าถึงมากขึ้น

๓. เอชไอเอไม่ใช่จะอยู่ในเมืองไทยเท่านั้น เพราะว่าตอนนี้โลกเรามีปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม โลกร้อน และอื่น ๆ อีกมากมาย ประเทศไทยจะอุดมสมบูรณ์อยู่ประเทศเดียวก็ไม่มีความหมาย ถ้าเกิดทั่วโลกกำลังจะตายลงไป เพราะฉะนั้น ถ้าเกิดว่าเราสามารถขับเคลื่อนงานเอชไอเอของประเทศไทยได้แล้ว เราก็จะนำไปสู่ในอีกขั้นหนึ่ง คือนำไปสู่อาเซียน ไปสู่โลก ไปสู่สังคมที่กว้างขึ้น

รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ๑

๑. นายยงยุทธ บุญขันท์
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๒. ผศ.ดร. นุศราพร เกษสมบูรณ์
อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓. นางสาวสดใส สร่างโศก
นักพัฒนาเอกชน
๔. พญ.ทัศนี เอกวานิช
กองการแพทย์ เทศบาลนครภูเก็ต
๕. นายกฤษฎา บุญชัย
นักวิชาการอิสระ
๖. อ.กรรณิการ์ บรรเทิงจิต
รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๗. นายประพจน์ ภู่ทองคำ
พิธีกรรายการ Healthstation

กลุ่ม ๒
เอชไอเอ ในอีก ๕ ปีข้างหน้า อยากให้มองว่าเป็นพันธะสัญญา มากกว่าการบังคับ

อยากให้เอชไอเอเป็นพันธะสัญญา อย่าไปคิดว่าเป็นการบังคับ ทุกฝ่ายต้องมองแบบนั้น ให้ทุกคนเข้าใจ เข้าถึง และให้ทุกคนเป็นเจ้าของในการทำงานตรงนี้ เพราะว่าทุกคนจะได้ประโยชน์เหมือนๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นชุมชน ผู้ประกอบการ หน่วยงานรัฐ หรือว่าองค์กรอิสระก็แล้วแต่ ขออย่ามองว่าเรามีหลายสี ประเทศไทยอยากให้เป็นสีเขียวและมีหัวใจสีชมพู อยากให้มองประเทศไทยเป็นสังคมที่มีแสงสว่าง อย่ามืดมัว อึมครึม ขอให้มีแนวทางชัดเจน และมีแสงสว่างในตัวมันเอง

ส่วนแรก เราต้องกำหนดให้ดี ในส่วนของกลไกและบทบาทหน้าที่ ทุกคนต้องรู้ก่อนว่าตัวเองมีหน้าที่อะไร ชุมชนต้องรู้พื้นฐานของตัวเอง มีปัญหา ประเด็นมลพิษทางด้านอะไร มีปัญหาสุขภาพไหม สัตว์เจ็บ ป่วย ตาย หรือเปล่า น้ำมีปัญหาอะไรไหม และทุกคนต้องเปิดใจและรับฟัง อย่ามีอคติในการทำงาน ในส่วนผู้ประกอบการเองก็ต้องเปิดเผยข้อมูลทุกเรื่อง เปิดใจรับฟัง อย่าปิดบังกัน ในส่วนของเอ็นจีโอ องค์กรอิสระ มีหน้าที่เป็นเหมือนผู้แทนชุมชน ต้องศึกษารวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และต้องชี้แจงข้อเท็จจริงให้ชุมชนได้รับทราบ ทั้งนี้ขอให้เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง แนะนำไปสู่การพัฒนาอย่างแท้จริง และยั่งยืน รวมถึงต้องรับฟังเหตุผลด้วย หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานรัฐ ซึ่งในที่นี้มีหลายหน่วยงาน เช่นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงแรงงาน กรมโยธาธิการและผังเมือง

และส่วนที่เกี่ยวข้อง ทุกคนต้องรู้ว่าตอนนี้ตัวเองมีแผนงานอะไรอยู่ แล้วที่ผ่านมาเราทำอะไรมาบ้าง ข้อมูลเรามีอะไรอยู่ในมือบ้าง ดูในเรื่องของกำลังคน และแนวทางที่เราพัฒนาอยู่ กับที่เราจะทำในอนาคตจะไปในทิศทางไหน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และท้องถิ่นก็เช่นกัน

เมื่อทุกคนรู้หน้าที่ของตัวเองแล้ว ก็มาเปิดใจคุยกัน ซึ่งมีกระบวนการเรียนรู้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย มีการตั้งโจทย์สาธารณะ ค้นหาแนวทางการประเมินผลกระทบอย่างเป็นอิสระ พอเสร็จแล้วอยากให้มีคณะกรรมการทำงานร่วมกัน เพราะว่าการทำเอชไอเอในทุกๆ ที่มันไม่ได้ตายตัว ขึ้นอยู่กับว่าพื้นที่นั้นมีลักษณะความต้องการแบบไหน ให้แต่ละที่มาคิดกัน พอคิดแล้วก็ให้มีการถ่ายทอดความรู้ให้ทั่วถึงแล้วก็กำหนดรูปแบบ ว่าอะไรที่เหมาะสมกับเรา จัดตั้งกองทุนที่จะนำมาสู่การพัฒนาเอชไอเอของพื้นที่ตัวเอง ทั้งในเรื่องของการศึกษา สาธารณสุข สิ่งแวดล้อม เรื่องของโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ที่สอดรับกับการพัฒนา แล้วก็ต้องมีการติดตามการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ในอีกส่วนหนึ่ง คือ อยากเห็นการคุยกันระหว่างหน่วยงานรัฐ คือเท่าที่ดู กฎหมาย กฎระเบียบ หลักเกณฑ์มี แต่บางทีก็แยกกันอยู่คนละกระทรวง ทั้งๆ ที่เป็นในเรื่องเดียวกัน เพราะฉะนั้นสิ่งที่อยากเห็นเหลือเกิน ว่าจะออกอะไรก็แล้วแต่ ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาคุยกัน แล้วออกแนวทางในทิศทางที่ทุกคนดำเนินต่อไปได้ สำหรับชุมชนกับผู้ประกอบการก็ต้องคุยกัน เปิดใจกัน ทำงานร่วมกัน ถ้าทำได้ทั้งหมด คิดว่าการทำเอชไอเอ ในอนาคตก็ไม่น่าจะมีปัญหา

รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ๒

๑. ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง
ที่ปรึกษากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
๒. ผศ.ดร.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๓. นางสาวสุรัตน์ แซ่จุ่ง
นักพัฒนาเอกชน
๔. นางนัทชธีร์ญา บัวสรวง
บริษัทพีทีที ยูทิลิตี้ จำกัด
๕. นางสาวภารณี สวัสดิรักษ์
นักวิชาการอิสระเครือข่ายผังเมืองเพื่อสังคม
๖. นายนิติธร ธนธัญญา
นักวิชาการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่ม ๓
สร้างให้เป็นวัฒนธรรม
จะทำนโยบายอะไรต้องคิดถึงเอชไอเอ

ในเมื่อมีรัฐธรรมนูญ และนโยบายที่กำหนดเรื่องเอชไอเอไว้แล้ว ดังนั้น ภาพฝันที่อยากเห็น ก็คือความสมดุลระหว่างผลกำไรของผู้ประกอบการกับสิทธิของภาคประชาชน ผู้ประกอบการได้ ประชาชนก็ต้องได้ด้วย เพราะในการประกอบการไม่ได้เสียไปทั้งหมด แต่ทุกครั้งประชาชนเสียเรื่องสุขภาพ

อย่างแรกที่อยากเห็นคือ ความเป็นเอกภาพของภาคนโยบาย เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบ เพราะขณะนี้เรามีทั้ง HIA SIA EIA ซึ่งหลากหลายมาก ต่างคนต่างทำ เรามีนโยบายเกี่ยวกับเรื่องนี้แล้ว แต่นโยบายนั้นกระจัดกระจายจะทำอย่างไรให้นโยบายนั้นเป็นหนึ่งเดียว

ภาคธุรกิจกับภาครัฐต่างคนต่างตาบอดแล้วก็ลืมฟังกัน เพราะว่าผลประโยชน์ข้อเดียว เอชไอเอ ควรเป็นกระบวนการที่ทำให้เรามีโอกาสได้ฟังกัน โดยเฉพาะองค์การปกครองท้องถิ่น ที่ต้องฟังเสียงจากรากแก้วด้วย เราอยากเห็นภาพของความอยู่ดีมีสุข ทุกคนใช้น้ำร่วมกันอย่างปลอดภัย ทุกคนมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกายจิตใจ

ไม่อยากให้นโยบายการทำเอชไอเอ เป็นเพียงนโยบายของผู้กำหนดนโยบาย แต่อยากให้เป็นดั่งวัฒนธรรม เหมือนคนอีสานถ้าพูดถึงเอชไอเอต้องนึกถึงอยากกินส้มตำ เพราะฉะนั้นถ้าเอชไอเอเป็นนโยบายแบบคำประกาศของรัฐ รัฐกำลังทำงานแบบแยกส่วน เพราะไม่ได้ให้ฝังในจิตใจคนไทย ในจิตสำนึกว่า ต่อไปเรื่องของนโยบายคือวัฒนธรรม แบบที่ว่า เจอคนต้องสวัสดี จะทำนโยบายอะไรต้องคิดถึงเอชไอเอ อีไอเอ

รัฐควรทำอย่างไร

อันที่หนึ่ง สร้างการมีส่วนร่วม เราจะเอาใครมาร่วมกับใคร ทำอย่างไรให้ร่วมทุกภาคส่วน เวทีแห่งนี้เป็นก้าวแรกของการร่วมทุกภาคส่วน แต่จะทำอย่างไรให้ไปสู่ระดับล่าง เพราะทุกวันนี้การมีส่วนร่วม บางทีร่วมเฉพาะผู้มีโอกาส แต่ผู้ไม่มีโอกาสไม่ได้ร่วม ข้อเสนอ คือ การสร้างเครือข่ายให้ไปถึงรากแก้วให้ได้ โดยเริ่มตั้งแต่การใช้ทุนทางสังคม บางครั้งตั้งอะไรใหม่ๆ อาจจะยากในยุคเริ่มแรก การใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ก็จะช่วยได้ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งมีเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ที่สามารถจะช่วยเป็นกลไกตรงนี้ได้เลย เพราะมีฐานข้อมูลสุขภาพอยู่แล้ว จากทุนทางสังคมที่เป็นเจ้าหน้าที่ มารวมกับทุนทางสังคมที่เป็นนักพัฒนา ประกอบกับทุนทางสังคมที่เป็นทางการ มีกฎหมายรองรับ คือ องค์การปกครองท้องถิ่น

อันที่สอง ต้องทำฐานข้อมูลแบบประชาชน คงจะยากที่จะให้สร้างระบบเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (IT) ที่เพียบพร้อมในปีแรก แต่อย่างไรก็ตามควรให้มีการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นให้เป็นก่อน หลังจากนั้นระบบไอทีถึงลงไป

หลังจากนั้น คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ภาคสหสาขาวิชา หรือผู้มีความรู้หรือผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติตามนโยบาย ต้องสร้างสิ่งใหม่โดยการวิจัย ดูการปฏิบัติ ปรับปรุงเป็นระยะ และสื่อสารต่อสาธารณะ (mass media) ใช้สปอตโฆษณา ขึ้นเหมือนกับที่ สสส. รณรงค์เลิกเหล้า ทำให้เอชไอเออยู่ในใจคนไทย

สถานการณ์ที่ว่า นายจ้างก็ได้ผลประโยชน์ ประชาชนก็ได้ผลประโยชน์ก็จะเกิดขึ้นเอง จากเอชไอเอที่เป็นนโยบายจะสรุปรวมเป็นวัฒนธรรมของคนไทย ไม่ต้องใช้แรงทำอะไรมาก แต่จะเหนื่อยในช่วงสร้าง ทำอย่างไรให้เกิดการบูรณาการตรงนี้แค่นั้นเอง หลังจากนั้นคนไทยเราจะอยู่ดีมีสุข

รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ๓

๑. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
๒. นางสร้อยสุดา เกสรทอง
นักวิชาการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๓. นางนันท์นภัส วิเศษสิทธิกุล
รองนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบางจัก
๔. นางวัชราภรณ์ วัฒนขำ
มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเลยอย่างยั่งยืน
๕. นางรสริน อมรพิทักษ์พันธ์
สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๖. นายอนันต์ กิจไพบูลย์วัฒน์
บริษัทกรุงเทพชินธิติกส์ จำกัด
๗. ผศ.ดร. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๘. คุณพนิตา เจริญสุข
กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่ม ๔
ต้องหากลไกในการสื่อสารให้สังคมรู้ว่าเอชไอเอเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมได้หมด ไม่ใช่มีคนหนึ่งได้คนหนึ่งเสีย

กลุ่มเรามองว่านี่คือภาพที่อยากเห็น แล้วเราคิดต่ออีกนิดนึงว่า จะทำอย่างไรให้เอชไอเออยู่ในระบบและอยู่ในสังคมไทยได้ ไม่อยากเห็นเอชไอเอในประเทศไทยเป็นอย่างของเนเธอร์แลนด์ ผมเป็นผู้ประกอบการ ผมผ่านเอชไอเอมาตั้งแต่ภาคบังคับ พอทำไประยะหนึ่ง แล้วลงชุมชน ชุมชนถามว่าคุณมาทำไม เพราะในอดีตเขาไม่เคยเห็นคนซึ่งทำงานระดับบริหารมาคุยกับประชาชน ประสบการณ์นี้ทำให้ผมมองว่า HIA คือ CSR เจอใครผมก็บอกว่าให้คุณลองเปลี่ยนวิธีคิดว่าให้คุณทำ HIA ให้เหมือน CSR แล้วคุณจะมีเพื่อนเยอะขึ้น

บทเรียนจากสภาผังเมือง บอกว่า เอชไอเอ หากจะให้อยู่อย่างยั่งยืน ต้องสมดุลในเรื่องของอำนาจสามอำนาจ คือ อำนาจจากการมีกฎหมายรองรับ อำนาจของผู้บริหารองค์กรที่ต้องเข้าใจและมีพันธะสัญญา และอำนาจทางวิชาการที่ต้องมีนักวิชาการคอยกระตุ้นและคิดเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

กรณีผังเมือง ปัญหาอยู่ที่ข้อสอง ผู้บริหารไม่มีพันธะสัญญาและก็ไม่เข้าใจ เพราะว่าสำนักผังเมือง ผู้บริหารส่วนใหญ่จบรัฐศาสตร์ จึงกลายเป็นว่าคนที่เป็นนักวิชาการพยายามผลักดัน เบอร์หนึ่งไม่เข้าใจว่าข้างล่างกำลังทำอะไรอยู่ เรื่องแบบนี้ถ้าเบอร์หนึ่งไม่เข้าใจ สุดท้ายก็จะล้มเหลว เพราะฉะนั้นเอชไอเอต้องหากลไกมาสร้างสมดุลของสามอำนาจ

ประเด็นที่สองที่อาจทำให้ล้มเหลวคือกฎหมาย กฎหมายไม่ควรทำให้เกิดความล่าช้าในสังคม จากกรณีผังเมือง พอเป็นกฎหมาย ต้องมีการตีความ ต้องมีการอุทธรณ์ แล้วก็มีการสั่งให้ทำใหม่ ก็เลยวนกันอยู่อย่างนี้ไม่มีความคืบหน้า

เรื่องของทรัพยากรมนุษย์ เรื่องของความพร้อมของคนในสังคม อย่าไปมองว่า เอชไอเอ เป็นภาระหน้าที่ ที่คนในภาคสาธารณสุขจะต้องเข้าใจมัน หากแต่ทุกคนในสังคมต้องเข้าใจ ผู้ประกอบการ บริษัทที่ปรึกษา สาธารณสุข ประชาชน ต้องเข้าใจให้ดี ไม่ใช่เพียงแค่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องบูรณาการศาสตร์หลายๆ ศาสตร์ อันนี้เป็นสิ่งที่เราเอง ผมเองก็ไปทำงานบ้านพิษณุโลก สิ่งที่ผมเห็นเอง ผมอยู่อนุเอชไอเอและอนุเติมเต็มทางเทคนิค ของ อ.สุทิน ผมไม่เคยเห็นนักวิชาการรุ่นผมและสาธารณสุขมานั่งคุยกันจริงๆ จังๆ อันนี้ที่ผมเจอเอง ผมอยู่สองอนุ เราเจอกันแค่ในงานประชุมอนุ เราเคยมีความคิดความฝันว่า อยากจะมีเวทีที่ดึงนักวิชาการเอชไอเอ ของประเทศ เอาสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และผู้ที่เกี่ยวข้องมาทำเป็นทีมหนึ่ง มันก็แค่คิด แต่ระยะยาวจริงๆ ควรจะเป็นอย่างนั้น เพราะว่า เอชไอเอ โดยเฉพาะโครงการปิโตรเคมี เราไม่สามารถทำ เอชไอเอ ได้ โดยไม่มีอีไอเอ เพราะอีไอเอจะระบุสารพิษ เพราะฉะนั้นการบูรณาการจึงไม่ใช่เพียงแค่ปากเปล่า ต้องมี steering นักวิชาการระดับประเทศ ที่เอาความรู้ด้านวิชาการสิ่งแวดล้อมและสุขภาพมาทำงานร่วมกัน พูดจริงๆ ผมอยู่ ไปบ้านเอเอฟ (บ้านพิษณุโลก) มาตั้งแต่เดือนธันวา เราไม่เคยเห็นนักวิชาการทั้งสองค่ายนี้มาคุยกันจริงๆ จังๆ เลยว่า อนาคตเราจะมาสร้างทาง เอชไอเออย่างไร ต่างคนต่างมองข้างตัวเอง

การสื่อสารเชิงบวก ตอนนี้สังคมไทย เราพยายามมองวิกฤติ ให้เป็นวิกฤติ คือหาคนผิด เราไม่คิดถึงว่า คนที่เหลืออยู่ในสังคม จะหาโอกาสในสังคม แล้วเราจะมาทำร่วมกันเชิงบวกอย่างไร ในเรื่อง เอชไอเอเราก็มองว่า ต้องหากลไกในการสื่อสารให้สังคมรู้ว่า เอชไอเอ เป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมได้หมด ไม่ใช่มีคนหนึ่งได้ คนหนึ่งเสีย มันพูดง่าย แต่ทำยาก แต่ถ้าทำได้ก็ดี เพราะว่าตอนนี้ พอมีเรื่อง เอชไอเอมา ผู้ประกอบการจำนวนมากลำบาก แต่ ถ้าทำไปเยอะๆ แล้ว ถึงจุดหนึ่งจะพบว่า มันมีความน่ารักแฝงอยู่ในตัว แต่กว่าจะถึงจุดนั้นก็ใช้เวลา

สองเรื่องสุดท้าย คือ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน เรามีปัญหาจริงๆ หมายถึงว่า ตอนนี้เรามี เอชไอเอเป็นแนวทาง ที่พูดถึงขั้นตอนในการเรียกประชุม แต่ไม่มีแนวทางเชิงวิชาการ เช่น ผมมีสารเบนซินตัวหนึ่งอยู่ในมาบตาพุด ถ้าใช้ dose assessment จากการวิจัยเอชไอเอ คนละเรื่องกัน อย่างเมื่อเช้าชอบมากเลย มีท่านพูดว่า โรงงานผลิตแอมโมเนีย ประเมินผลกระทบทางสุขภาพออกมาได้ตั้งแต่ปลอดภัย ไปจนถึงไม่น่าตั้ง นี่แหละปัญหาอันหนึ่งในประเทศไทย เจ็ด แปดเดือน พอเราส่งผลให้คณะผู้ชำนาญการ (คชก.) ผมว่า คชก. ต้องมึนแน่เลย เพราะตอนนี้เราไม่มีแนวทางอันนี้ ผมก็เคยเรียนหลายๆ ท่านที่บ้านเอเอฟ (บ้านพิษณุโลก) ว่า ตอนนี้ทางผู้ประกอบการอยากให้สาธารณสุขช่วยเขียนแนวทาง อย่างอีไอเอ มันช่วยเราได้มาก เพราะเรารู้ว่า ประเทศไทยต้องประมาณไหนถึงจะรับได้ รับไม่ได้ ตอนนี้ด้านสุขภาพเราไม่มี ต่างคนต่างใช้สิ่งที่ตัวเองคิดว่าดีที่สุดในโลกแล้วสุดท้ายก็ไม่รู้ว่า พอจบออกมาจะเหมือนโรงงานแอมโมเนียรึเปล่า อันนี้ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน อยากจะให้เป็นแนวทาง (Guideline)สุดท้าย อยากจะให้แม้กระทั่ง เอ็นจีโอ หรือภาคประชาชนมาร่วมกันทำแนวทางของคสช. เพราะว่าตอนนี้ที่เราหวั่นเกรงในใจ คือ ทำมันเถอะ แต่ปรากฏว่าไม่มีใครในสังคมยอมรับ แล้วทุกคนก็บอกว่า คุณต้องไปทำใหม่ ดังนั้นในระยะยาว ถ้าจะให้คนในสังคมมองว่าเอชไอเอเป็นหลัก ถ้ามีแนวทางสักนิดหนึ่งก็ดี ถือว่ามีมาตรฐานระดับหนึ่ง แต่คนที่เขียนแนวทางตัวนี้ คงต้องมีทั้งด้านนักวิชาการและภาคประชาชนมาช่วย แล้วคนที่ปฏิบัติเหล่านี้เขาจะได้สบายใจว่าไม่ได้ถูกกระทำ

บางครั้ง คนถ้าถูกเตะเข้าไปในมุม แล้วหาทางออกไม่ได้ ไปอยู่แถวราชประสงค์ ก็มีนะครับ คือผมไม่มีสีเสื้อนะ แล้วผมก็ไม่ชอบพวกชุมนุมแบบนี้ เพราะผมเองก็เป็นผู้ประกอบการ ผมก็เข้าใจ พอถึงจุดหนึ่งมันถูกเข้าไปในมุม แล้วถูกระดมชกยกมือปิดหน้าอย่างเดียว เราก็ทำอะไรไม่ได้ ตอนนี้ตาพวกผมโดนเข้ามุมบ้าง อย่ากระนั้นเลย ประเทศไทยอย่าจับใครเข้ามุมอีกเลย

ทีนี้ มองไปข้างหน้าอีกห้าปี ให้เอชไอเออยู่ในสังคมไทยอย่างยั่งยืน ในเรื่องของความรู้ทางวิชาการก็ต่อยอดมาจากว่า ถ้าเรามีคนระดับประเทศ คนจากหลายๆ ภาคส่วนมารวมกัน เราก็เอาความรู้เหล่านี้ ที่เกิดสหวิทยาการ ให้ประชาชนรับรู้ การจะสื่อสารให้คนในสังคมเข้าใจ ควรจะมีหลากหลาย จะใช้ภาษายังไงในการสื่อสารที่ทุกคนเข้าถึง ปลูกฝังความคิดตั้งแต่เด็กรุ่นใหม่ เช่น วิชาสุขศึกษา สอนว่าก่อนกินข้าวต้องล้างมือ ทีนี้เราทำ เอชไอเอ แบบเวอร์ชั่นง่ายๆ เอาไปใส่ไว้ในวิชาสุขศึกษา ปลูกจิตสำนึกคนว่า คุณต้องนึกถึงผลกระทบคนรอบตัวด้านสุขภาพ ให้เด็กม.ปลายเอาไปใช้ในการสอบเอนทรานซ์ จำได้แม่นแน่นอน อาจจะปูตั้งแต่ เอชไอเอ แบบประถม มัธยม คนที่สอบเข้ามหาวิทยาลัย ที่เรียนเอชไอเอมาตลอดจนจบ ม.๖ เนี่ย เชื่อว่าจะอยู่ในสายเลือด

เรื่องของการสร้างจิตสำนึกทุกภาคส่วน พวกเราก็บอกว่าเน้นที่ผู้ประกอบการอย่างเรา และคนที่ต้องไม่ลืมคือผู้บริหาร เราต้องนึกถึงวิธีว่า จะให้ความรู้กับผู้บริหารยังไงให้เขาเข้าใจว่ามันคืออะไร อย่างผมทำอยู่โรงงาน ผมดูเรื่องความปลอดภัย เรื่องใหญ่ ผมพบว่าทุกโรงนะครับ CEO เบอร์หนึ่งหากไม่ทำเป็นตัวอย่าง หรือหัวไม่ส่าย มันก็ไม่เกิด เพราะฉะนั้นอันนี้ก็เห็นชัดแล้ว แล้วอีกอันหนึ่งคือ พวกนักบริหารนี่แหละ เราไปบอกประชาชนทั่วไป นักวิชาการ แต่อย่าลืม ทุกภาคส่วนรวมนักบริหาร รวมนายเราด้วยนะครับ

รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ๔

๑. คุณพรทิพย์ จิรศรีสกุล
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
๒. นางสุธิดา อุทะพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
๓. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
สำนักงานโครงการพัฒนาวัตกรรมการสาธารณสุขมูลฐานภูมิภาคเอกเชียตะวันออกเฉียงใต้
องค์การอนามัยโลก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๔. ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ
สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
๕. นายสุวิทย์ กุหลาบวงศ์
กลุ่มนิเวศวัฒนธรรมศึกษา
๖. นายเสขสิริ ปิยะเวช
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์ จำกัด มหาชน
๗.ดร.ธงชัย โรจนกนันท์
สำนักผังเมืองรวมและผังเมืองเฉพาะ กรมโยธาธิการและผังเมืองเฉพาะ กรมโยธาธิการและผังเมือง

กลุ่ม ๕
อยากให้เอชไอเอ กลายเป็นวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่น

เอชไอเอ ในอีกห้าปีข้างหน้าทางกลุ่มก็อยากให้กลายเป็นวัฒนธรรม เพราะถ้ากลายเป็นวัฒนธรรมแล้วเอชไอเอในเชิงกฎหมายก็จะแข็งแรงไปด้วย ถ้าสมมุติว่าเอชไอเอกลายเป็นวัฒนธรรมแล้ว จะมีสักกี่กลุ่มที่อยากจะปรับใช้ให้เกิด

๑. เอชไอเอ ที่อยู่ในระดับชุมชน อยู่ในระดับ อปท. เนื่องจากระดับนี้ จะเป็นสิ่งที่ประชาชนทำให้ตัวเอง เพราะว่าเอชไอเอที่อยู่ในกฎหมายหรืออยู่ในอีไอเอก็จะถูกทำโดยบริษัท แต่ว่าถ้าที่ทำโดยพื้นที่ ก็จะถูกทำโดยประชาชน การตั้งคำถาม การนำไปสู่จุดหมายอะไรต่างๆ มีความแตกต่างกันแน่นอน

๒. เอชไอเอในระดับนโยบายของรัฐ หรือว่ากลไกของหน่วยงานต่างๆ ในเชิงยุทธศาสตร์ เช่น ที่กรมอนามัยก็อาจมีกองเอชไอเออยู่ ถ้าสมมุติว่าเข้าไปอยู่ในระบบกลไก หรือเข้าไปอยู่ในระบบนโยบายของรัฐ ก็จะช่วยทำให้ทุกภาคส่วนรับรู้ว่าเอชไอเอเป็นข้อมูลที่สำคัญ

ทั้งนี้ทั้งนั้น เรื่องเหล่านี้อาจจะต้องอาศัยกลไกอะไรบางอย่าง ที่จะทำให้เอชไอเอกลายเป็นวัฒนธรรมในอีกห้าปีข้างหน้า อย่างเช่น กลุ่มเราเสนอว่า ในระดับชุมชน สช. ก็เริ่มกับบางที่ในการทำเอชไอเอไว้แล้ว ถ้าได้มีการขยายผล ด้วยวิธีการสื่อสารสาธารณะ สร้างความเข้าใจว่าเอชไอเอไม่ได้เป็นเครื่องมือสำหรับการต่อสู้ของการเมืองแต่เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การออกแบบยุทธศาสตร์การพัฒนา ทางเลือกการพัฒนา ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับวงอื่นต่อไป ซึ่ง สช. ได้เริ่มทำออกมาแล้ว มันเป็นกระบวนการที่ส่งทอดศักยภาพของเครื่องมือไปสู่ผู้อื่น

ในขณะเดียวกัน ก็จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะ เข้าใจว่ามองตรงกันกับกลุ่มอื่น คือว่า อปท. จะเป็นหน่วยงานระดับท้องถิ่นที่มีความสำคัญมีภาระหน้าที่รับผิดชอบหลายเรื่อง ถ้าเอชไอเอเข้าไปอยู่ในนี้ด้วย ก็จะทำให้ในอนาคตอีกห้าปีข้างหน้าเอชไอเอก็จะกลายเป็นเครื่องมือ กลายเป็นวัฒนธรรมของชุมชนท้องถิ่นไปด้วย

อย่างไรก็ตาม ทางกลุ่มมองว่า สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ มีตัวสำคัญอยู่ตัวหนึ่งในระบบคือ เรื่องของระบบคน เพราะว่า เวลาเราทำเอชไอเอ กับ อีไอเอ โดยเฉพาะเอชไอเอที่ชาวบ้านทำ สิ่งที่ต่างกันก็คือว่า การตั้งคำถาม การออกแบบคำถาม และการแสวงหาคำตอบ พูดง่ายๆ ก็คือ ระบบข้อมูลที่ถามจะต่างกัน เพราะฉะนั้น ถ้าเรามีระบบข้อมูล แล้วระบบข้อมูลนั้นนำไปสู่การเข้าใจปัญหาเรื่องของทรัพยากร สิ่งแวดล้อม สังคม เรื่องของสุขภาพ เรื่องของวัฒนธรรมทั้งหมด มันก็จะทำให้เรื่องของเอชไอเอกลายเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ประชาชนแสวงหาทางเลือกของการพัฒนาของตนเองได้

ถ้าระบบข้อมูลดี ก็จะนำไปสู่ทางเลือกการพัฒนา การแก้ปัญหา หรือการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น ระบบข้อมูลจะนำไปสู่การติดตามตรวจสอบ ความสำคัญอีกอันหนึ่งต่อเนื่องจากระบบการตรวจสอบก็คือว่า จะต้องมีการส่งเสริมระบบความรับผิดชอบ จะต้องมีกองทุนที่สนับสนุนกระบวนการทางทฤษฎี แต่ในกลุ่มก็มองว่า กองทุนจะต้องไม่เป็นระดับใหญ่หรือว่าระดับชาติ แต่ขอให้แค่เป็นกองทุนในระดับท้องถิ่น ระดับชุมชน

อีกอันหนึ่งที่ตรงกับบางกลุ่มที่คุยมาก็คือ ถ้าจะทำให้เอชไอเออยู่ในสายเลือดต้องบรรจุเนื้อหาเข้าไป ในระบบการศึกษา สอนในโรงเรียน ตั้งแต่ระดับมัธยมจนถึงอุมดมศึกษา สอนในบ้านด้วย ในวัดด้วย ไม่เฉพาะระบบการศึกษาอย่างเดียว และควรมีกลไกจังหวัดในการผลักดันเรื่องเอชไอเอตามบริบทของแต่ละพื้นที่

รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ๕

๑. นางสาววรวรรณ พลิคามิน
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๒. รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์
อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๓. นางสาวอภิญญา กรรณลา
ศูนย์ประสานงานประชาสังคมจังหวัดเลย
๔. นายประสิทธิ์ชัย หนูนวล
โครงการประเมินผลกระทบสุขภาพระดับชุมชน
๕. นายศุภกิจ นันทะวรการ
นักวิชาการมูลนิธินโยบายสุขภาวะ
๖. รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง
อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๗. คุณสว่างใจ ธนะนาวานุกูล
องค์การบริหารส่วนตำบลศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น
๘. นายชุณหเดช พรหมเศรณี
นักวิชาการอิสระเครือข่ายผังเมืองเพื่อสังคม

กลุ่ม ๖
การติดตามตรวจสอบกระบวนการต่างๆ จะทำให้เอชไอเอ พัฒนา แล้วสิ่งที่หลายกลุ่มพูดว่าจะอยู่ในวัฒนธรรมของเรา อันนั้นเกิดขึ้นได้ แต่ต้องด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน

ถ้าถามว่า เราอยากได้อะไรเมื่อห้าปี ในกลุ่มก็คิดว่า คนต้องมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แล้วต้องยั่งยืนด้วย ก็เลยเสนอว่า เราคงต้องมี 7ส. คือ สุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี สังคมดี สะดวก สบาย เศรษฐกิจ และศิลปวัฒนธรรม

แล้วเราจะทำอย่างไร อย่างปัญหาตอนนี้ เริ่มต้นไม่ดีตรงที่ว่า รัฐธรรมนูญออกมาแล้ว กว่าเราจะเริ่มทำ เรารอให้มันเป็นปัญหาก่อน แล้วมันเป็นปัญหาบนพื้นฐานของความไม่ไว้วางใจกัน เลยทำให้จุดเริ่มต้นเอชไอเอ ดูเหมือนเป็นปัญหาไปหมดเลย แต่ถ้าถามจริงๆ ในทัศนะผมซึ่งมาจากสถานประกอบการแถวมาบตาพุด มองว่าเป็นเรื่องที่ดีนะ เพียงแต่ว่าทำยังไงให้ระบบมันเดินไปได้แล้วก็พูดกันด้วยเหตุ ด้วยผล

เรากลับมาดูอันแรกเลย นโยบายยังไงล่ะครับ ถามว่านโยบายรัฐปัจจุบันเป็นเรื่องสั่งการจากบนลงล่าง ไม่มีใครเคยถามความรู้สึกของคนเลย ตรงนี้ก็เลยมีติ่งของเอชไอเอขึ้นมา เพราะฉะนั้นต่อไปนี้ต้องเริ่มจากนโยบายและแผน ไม่ว่าจะเป็นระดับท้องที่หรือระดับประเทศก็แล้วแต่ ให้เอาแนวคิดเอชไอเอเข้าไปด้วย อย่างเช่นเรากำลังจะมีเซาท์เทิร์น ซีบอร์ด (แผนพัฒนาภาคใต้)ถ้าเราไม่ทำอะไร ก็จะเป็นประวัติศาสตร์ซ้ำรอยกันไปเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นผมว่ามันต้องเริ่มที่ตรงนี้ แต่ในขณะเดียวกันเราต้องมีการพัฒนาภาคส่วนต่างๆ ซึ่งก็มีหลายกลุ่มพูดตรงนี้

ว่าไม่ใช่สาธารณสุขอย่างเดียว เหมือนอย่างผมลงพื้นที่ พอเขาบอกว่าต้องมีพื้นที่กันชน ถามว่าเราเป็นสถานประกอบการเราทำได้ไหม เขาบอกว่าคุณต้องไปทำพื้นที่กันชนสองกิโลเมตรรอบโรงงาน แล้วถามเขาว่าโรงงานเราก็ติดกับโรงงานอื่น แล้วจะให้ทำอย่างไร การกระทำพวกนี้ ทุกภาคส่วนมีส่วนเกี่ยวข้องต้องมาแก้ปัญหาด้วยกัน อันไหนที่เป็นส่วนของสถานประกอบการ เราทำอยู่แล้ว แต่อันไหนที่เป็นเรื่องสาธารณูปโภค เรื่องอะไรต่างๆ พวกนี้ อาจจะต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยกันแก้ปัญหาด้วย รวมถึงชุมชนเองด้วย

ด้วยการที่เรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ เพราะฉะนั้นงานวิจัย พัฒนากระบวนการต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งเราคิดว่าที่เรากำลังทำตรงนี้ ผิดหรือถูกก็ไม่รู้ ดังนั้นต้องมีตรงนี้ออกมารองรับ แล้วสักวันหนึ่ง เราก็จะมีบริบทของประเทศไทยเรา ไม่ต้องไปอ้างอิงของคนอื่น

ภาคส่วนต่างๆ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมคนต้องตระหนักในหน้าที่และบทบาทของตัวเอง อย่างตอนนี้ บอกว่าถ้ามาต้องได้ห้าร้อยบาท เลยกลายเป็นว่าคนที่มาเข้าเวที เขามาเพื่อจะมาแสดงความห่วงกังวล หรือมาเพื่อรับเงินห้าร้อย เราก็คุยกันในกลุ่มว่าจริงๆ ไม่ต้องมีคนเยอะหรอก แต่เอาคนที่สนใจ ที่เกี่ยวข้อง แล้วเราก็จะได้ข้อมูลจากเขา เพราะว่าเขามาบ่นอะไร หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ซึ่งเราก็คุยกันว่ามันเป็นสิทธิและเป็นหน้าที่ ถ้าหากว่าเอาเงินเข้ามาเกี่ยวข้องก็กลายเป็นว่าเบี่ยงเบนประเด็นไป แล้วอีกหน่อยก็จะมีปัญหาได้ เรามองว่า เรื่องนี้ไม่มีใครคนใดคนหนึ่งทำได้ ต้องมีการเชื่อมโยง มีเครือข่ายเข้ามาด้วยกัน ตรงนี้เอง ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โครงการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติ เป็นสิ่งจะตามมา การปฏิบัติในรายงานเอชไอเอ เราต้องเอาบทเรียนจากอีไอเอมา เท่าที่ผมเห็นรายงาน เขาบอกว่าอีไอเอที่เราทำ เราทำตั้งสี่หมื่นกว่าโครงการ แต่เวลาเราปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ได้สี่พัน แต่เวลาทำตามข้อกำหนดนี้ กลับมาเอาเจ็ดร้อย เจ็ดร้อยจากสี่พันนี้ไม่ถึงยี่สิบเปอร์เซ็นต์ แล้วที่เหลือล่ะ ตอนนี้ สผ. ได้ขึ้นประกาศในเว็ปไซต์ว่าใครไม่ส่งรายงาน หรือไม่ทำตามนั้น ถามว่ามีคนกี่คนเข้าไปดูเว็ปไซต์ ถ้าไม่ใช่คนที่เกี่ยวข้องหรือเป็นบริษัทที่ปรึกษา เราจึงคิดว่าการปฏิบัติตามเอชไอเอหรือตามที่กำหนดไว้ในรายงาน ต้องทำอย่างจริงจัง แล้วก็ต้องมีการติดตาม เราคิดว่า มันต้องมีรางวัล หรือการลงโทษ ไม่เช่นนั้นก็ไม่เกิด จากตรงนี้เอง การติดตามตรวจสอบกระบวนการต่างๆ ก็จะมีสิ่งที่ดี แล้วสิ่งที่หลายๆ กลุ่มพูดว่ามันจะอยู่ในวัฒนธรรมของเรา อันนั้นเกิดขึ้นได้ครับ แต่ต้องด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนครับ

รายชื่อสมาชิกกลุ่ม ๖

๑. นางสาวสุชญา อัมราลิขิต
สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
๒. นายกิจจา เรืองไทย
สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
๓. นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล
ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและนโยบายและยุทธศาสตร์(ภารกิจสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพชุมชน) กระทรวงสาธารณสุข
๔. นายณัฐสุชน อินทราวุธ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
๕. รศ.ลำดวน ศรีศักดา
อาจารย์ประจำภาควิชาวิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๖.นายทวีป จูมั่น
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวไผ่ อ.เมือง จ.สิงห์บุรี
๗. คุณศศิธร พิมพ์ชายน้อย
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
๘. นายวรภรณ์ คงอุดหนุน
เทศบาลสุราษฎร์ธานี
๙. นางสาวรัตนา เอิบกิ่ง
นักวิชาการอิสระ

เพิ่มเติม สริมความเห็น

ประทีป จูมั่น

นายก อบต.หัวไผ่ อ.เมือง จ.สิงห์บุรี

มุมมองผม ในอนาคต ทุกอย่างประชาชนเป็นที่ตั้ง แต่ว่าไม่อยากเห็นภาพของเอชไอเอ เหมือนกับอีไอเอ ที่ชอบไปครอบงำ อยากเห็นเอชไอเอเป็นเจ้าภาพอยู่กลางๆ ทำตัวเป็นเจ้าภาพทำอย่างไร เหมือนวงกลางที่เขียนไว้ มันหลากสีช่างมัน แต่เมื่อตกผลึกแล้วต้องเหลือสีเดียว ทุกวันนี้ที่บ้านเมืองยุ่งเหยิงเพราะเห็นกันคนละมุม แต่ไม่เคยมีคนกลางที่จะมานั่งคิดให้เหลือมุมเดียว คิดในการพัฒนา เพราะฉะนั้นเอชไอเอต้องทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องการควบคุม การใช้อำนาจอย่างเต็มที่ ส่วนใหญ่ก็จะไปควบคุมอำนาจครั้งแรก เวลานายทุนเขาจะลงทุนอะไร เขาจะบอกว่า ปฏิบัติตามทุกข้อ ข้อหนึ่ง ข้อสอง ข้อสาม พอหลังจากลงทุนไปแล้ว อำนาจช่วงหลัง ผมถามว่า ไม่เคยมีใครบังคับใช้ได้ อันนี้เป็นประสบการณ์ตรงที่เราเคยพูดกันในพื้นที่ของสิงห์บุรี อีกส่วนหนึ่งที่ผมอยากเห็นว่าการบังคับใช้ได้ คือ เรื่องของไตรภาคี

เอชไอเอ ต้องให้ความสำคัญกับการลงนามข้อตกลงความร่วมมือขององค์กรความรู้ ทำไมถึงพูดแบบนี้ เพราะว่าตัวไตรภาคีน่าจะเป็นตัวกำหนดได้ สมมติว่าผู้ลงทุนปฏิบัติผิดข้อตกลง วันดีคืนดีปล่อยน้ำเสียลงไป แล้วคนในชุมชนจับได้ ก็ต้องอยู่ในข้อตกลงของไตรภาคีตรงนั้น ครั้งที่ ๑ เจอทำอย่างไร ครั้งที่ ๒ เจอทำอย่างไร ครั้งที่ ๓ เจอทำอย่างไร ต้องมีข้อตกลงอาจถึงขั้นต้องปิดโรงงาน แต่ ณ วันนี้ ภาครัฐใช้มาตราการนี้ไม่ได้เลย ที่ไหนก็ใช้ไม่ได้ เอชไอเอต้องคิดตรงนี้ ว่าหลังจากที่ผู้ประกอบการลงทุนแล้ว ในไตรภาคี ต้องเขียนไว้ว่าอย่างไร

รศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ไม่อยากให้เป็นลักษณะเข้าไปครอบงำชุมชน เอชไอเอไม่มีเจตนารมณ์ใช้วิธีนี้ คือเรามองว่าไม่ว่าจะเป็นเอชไอเอ หรืออีไอเอ ก็มองว่าต้องการประเมินว่าโครงการนั้นมีผลกระทบอะไร ไม่ว่าจะสิ่งแวดล้อม หรือสุขภาพและมาตรการอะไรที่จะลดผลกระทบ โครงการอยู่ร่วมกับชุมชนได้ อันนั้นเป็นเจตนารมณ์แท้ๆ ซึ่งมองว่าเอชไอเอลงไปแล้วดึงกระบวนการมีส่วนร่วมเข้ามา ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในตรงนี้เป็นอันดับแรก ซึ่งตอนนี้อาจจะเป็นการนำคนเข้ามาในกระบวนการแต่ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยแท้ตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะแท้

รศ.ลำดวน ศรีศักดา

คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ถามว่าการพัฒนาทั้งหลายเราต้องการอะไร คำตอบน่าจะอยู่ที่ว่าต้องการให้ชีวิตคนดีขึ้น เคยลองไปถามคนมาเยอะ ว่าคนดีขึ้นมันคืออะไร ก็เลยปรากฏ ส ขึ้นมาหลายๆ ตัว ๗ ส คือ สุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี สังคมดี สะดวก สบาย เศรษฐกิจ และศิลปวัฒนธรรม ถือว่าตั้งโจทย์ใหม่ว่าอะไรที่พัฒนาต้องเข้ามาเสริมตรงนี้ เอชไอเอต้องเข้ามาเสริมตรงนี้เพื่อรับประกันว่ามันทำให้คนดีขึ้น

แลกเปลี่ยนความเห็น

ดำเนินรายการโดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ

รศ.วิลาวัลย์ เสนารัตน์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ท่านที่อยู่ในห้องนี้ เราถือว่าท่านเป็นครูของคลัง เอชไอเอ ซึ่งคิดว่าทาง สช. หรือท่านที่นั่งอยู่ก็มีทุนทางสังคมของ เอชไอเออยู่แล้ว ก็อยากให้ทำ list ออกมา พวกเราก็ได้รู้ด้วยว่าใครทำอะไรที่ไหน เวลามีอะไรก็จะได้ประสาน แล้วก็แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หลายท่านก็มีประสบการณ์ หลายท่านก็ได้แนะนำ ไม่บ่อยนักที่เราจะได้เห็นความหลากหลายของการประชุมที่มีผู้ประกอบการ และภาคส่วนอื่นร่วมกัน กรณีมาบตาพุดคือป่วยเสียแล้วค่อยมาเยียวยาภายหลัง ซึ่งทำได้ยากกว่า แต่อย่างไรก็ตามเรามีตัวอย่างของผู้ประกอบการที่ดีที่เห็นตัวอย่างของ เอชไอเอ ทำแล้วเกิดเครือข่ายขึ้น เราน่าจะใช้ทุนตรงนี้มาขยายให้ผู้ประกอบการอื่นๆ เห็นว่าการทำ เอชไอเอ ไม่ยุ่งยาก ทำแล้วเกิดผลดี ทุกด้าน คุณเสขสิริ ท่านน่าจะเป็น Change Agent ที่สำคัญในเรื่องที่จะไปเปลี่ยนวิธีคิดของผู้ประกอบการที่จะได้เห็นความสำคัญของ เอชไอเอ ทำให้ผู้ประกอบการได้มองอีกมุมนึงนะคะ

รศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ในส่วนของความคาดหวัง ของกลุ่ม ๓ เรานำเสนอการบูรณาการในเชิงนโยบาย อีไอเอและเอชไอเอมีความคาบเกี่ยวกัน บางคนสับสน พอปฏิบัติอีไอเอดูดี ปฏิบัติเอชไอเอแล้วมีความขัดแย้งกันมันวุ่นวายไปหมด ฟังผู้ประกอบการพูดก็เห็นใจ ความชัดเจนเรื่องการปฏิบัติยังไม่เกิด วันนี้ Node ต่างๆ มารวมกันเราอยากให้สรุปคืนเราหน่อยนะคะ คือเราอยากให้สรุปเชิงนโยบายที่อยากเห็นใน ๕ ปี ยกตัวอย่างเมื่อมีนโยบาย มีกลไก มีแนวทาง ผลลัพธ์ของนโยบายคืออะไร เครื่องมือทางสังคมที่ผู้ประกอบการทำได้จริง หนึ่ง สอง สาม คืออะไร ไม่อย่างนั้นเขาจะถูกมัด เหมือนกับว่าการพัฒนาประเทศมีทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจรวมกันไป เราก็ร้องเรียนว่าเราได้เศรษฐกิจมานานแล้วนะ เราขอสุขภาพคืน ณ วันนี้เราทำสุขภาพให้มีเสียง

อยากให้ถอดความยากให้เป็นความง่าย ชาวบ้านดูรู้เรื่อง ผู้ประกอบการรู้ว่า ถ้าผมจะเปิดโรงงานจะต้องทำอย่างไร ในเมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็เสนอมาแล้วว่าต้องมี หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า นักวิจัยก็เสนอมาแล้วนี่คือแนวทางบริบทแบบไทยๆ ไม่ยืมองค์การอนามัยโลก หรือใครๆ มาใช้

ประทีป จูมั่น นายก อบต.หัวไผ่ อ.เมือง จ.สิงห์บุรี

สิ่งที่อยากจะฝากให้เดินซึ่งไม่รู้ว่ามีใครทำหรือยัง ว่าบทเรียนที่มีอยู่เราตีแผ่ความจริงได้หรือไม่ สาเหตุที่เกิดมลภาวะ หรือเหตุการณ์ที่มาบตาพุด มันเกิดจากอะไร อยากให้ตีแผ่เรื่องแบบนี้ ให้มีคณะที่ทำเกี่ยวกับเรื่องวิจัย หรือที่มาบตาพุดมีโรงงานขนาดนี้ ทำให้เกิดปัญหามากขนาดนี้ จะได้เป็นทิศทางให้เราเดินต่อครับ

ทวีสุข พันธุ์เพ็ง
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาบุคลากรด้าน เอชไอเอ เป็นเรื่องสำคัญ ที่จะทำให้เรื่องนี้มีค่ามีมาตรฐาน คนทำ เอชไอเอ ต้องมีจริยธรรมสูงพอสมควรเพราะจะมีผลได้ผลเสียสูงมาก ในต่างประเทศเวลาเราไปประชุมเราจะเห็นนักปฏิบัติการ เอชไอเอ ใน อีไอเอ เราจะเห็นระบบการขึ้นทะเบียนผู้ชำนาญการ เราอาจจะไม่ต้องถึงขนาดนั้น แต่ต้องมีระบบควบคุมศีลธรรม มาตรฐานของการที่ทำ

ประสิทธิชัย หนูนวล นักวิจัย CHIA นครศรีธรรมราช

อยากจะเสริมเรื่อง CHIA นะครับ หรือ เอชไอเอ ระดับชุมชน ประเด็นแรกผมคิดว่าการทำ เอชไอเอระดับชุมชนไม่ต้องไปกำหนดกฎเกณฑ์อะไรมากเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ตามที่ว่าไว้ใน พรบ.สุขภาพ ผมว่ามันจะมีความแตกต่างบางประการ ของ เอชไอเอ ที่อยู่ในมาตรา ๖๗ วรรคสอง หรือตามรัฐธรรมนูญ ถ้าเป็น อีไอเอในกฎหมายอาจจำเป็นต้องกำหนดกฎเกณฑ์ตามกฎหมายที่ชัดเจน อะไรบางอย่างเพื่อเป็นมาตรฐานตามกฎหมาย ประสบการณ์การทำเอชไอเอ ที่นครศรีธรรมราช พบว่าถ้าจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ต้องไม่มีกฎเกณฑ์ กลไกที่แข็งตัว เพราะมันจะไม่เกิดการเรียนรู้ ในอีก ๕ ปีข้างหน้าผมว่ามันเป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์กับชุมชนมาก และในที่ที่อาจจะเกิดความขัดแย้งได้ด้วยครับ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

ประเด็นที่ผมได้จากเมื่อกี้ตอนมาเสนอว่าถ้าในชุมชนมีความตระหนักในเรื่อง HIA ถ้าทำตามกฎหมายหรือตามของชุมชน มันมีโอกาสที่จะต่อเชื่อมกัน เพียงแต่ว่าที่หลายคนใส่คำถามไว้ว่าตัว อปท. เจ้าของพื้นที่ตามกฎหมายสามารถเชื่อมโยงเรื่องเหล่านี้เข้าไปได้หรือไม่ หมายถึงทำกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนที่ไต่ระดับไปเชื่อมกับกฎหมาย

รศ.ดร.อาจารย์อุไรวรรณ อินทร์ม่วง
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประเด็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีกระบวนการหนึ่งที่เอชไอเอเอาไปประยุกต์ได้ คือ การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นไม่ว่าจะเป็นแผน อบจ. อบต. ซึ่งตอนนี้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นมีแนวทางการทำแผนนี้ชัดเจน ทั้งนี้ที่เคยไปทำงานกับท้องถิ่นก็มีเสียงสะท้อนว่าอาจารย์มาทำ เอชไอเอ กับทางท้องถิ่นแล้วเป็นไปได้หรือไม่ว่าจะไปทำระดับนโยบาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประสานกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นว่าการจัดทำแผนปกครองส่วนท้องถิ่นต้องประยุกต์ใช้เอชไอเอ แล้วถ้ากำหนดไว้ใน KPI ของท้องถิ่น ได้รับรองว่าทุกท้องถิ่นมีการนำ เอชไอเอไปประยุกต์ใช้

สำหรับเรื่อง เอชไอเอ ใน อีไอเอ ถ้าเราไปเปรียบกับแนวทาง อีไอเอ ซึ่งพัฒนามาก่อนเขาก็มีการทำแนวทางไว้ชัดเจน อย่างในกลุ่มประเภทพัฒนาแหล่งน้ำ พัฒนาอุตสาหกรรม เขาก็มีแนวทางชัดเจน เพราะฉะนั้นใน เอชไอเอ ของเราน่าจะมีการพัฒนาเป็นแนวทาง ซึ่งจะมีจุดต่างของ CHIA เพราะว่าต้องมีวิธีการทางวิทยาศาสตร์อะไรอีกมากมาย แต่ละประเภทโครงการก็จะมีความเสี่ยงทางสุขภาพแตกต่างกันไป

ประทีป จูมั่น นายก อบต.หัวไผ่ อ.เมือง จ.สิงห์บุรี

การทำเอชไอเอในระดับท้องถิ่น ต้องสร้างคนในท้องถิ่นที่ให้แต่งตัวเขาเอง ว่าเขาจะป้ายสีตัวเขาอย่างไร สีแดง เหลือง ขาว ให้เขาทำเวทีอย่างนั้น เอชไอเอจะเข้าไปเคลื่อน เข้าไปเสริมท้องถิ่น ไม่ให้ใครไปครอบงำ วันหนึ่งถ้าเขาประกาศว่าเขาไม่เอาโรงงานนะ เขาอยากได้ที่นาเขา วันนั้นคนนอกก็ไม่สามารถไปทำอะไรเขาได้

นพ.กิจจา เรืองไทย ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย

ปัญหาตอนนี้อีกเรื่องหนึ่งคือข้อมูล ซึ่งถ้าเป็นไปได้ สช. อาจจะต้องประสานเรื่องข้อมูลที่ต้องใช้ เพราะว่าไม่ใช่เรื่องของสาธารณสุขอย่างเดียวนะครับ ผมว่าข้อมูลหลายๆ เรื่องเราต้องเอามาใช้ อาจจะต้องกลับไปดูเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้ง ๙ ตัวอีกที เพราะว่าตอนนี้ที่เรากังวลคือเมื่อเอาเข้าคณะผู้ชำนาญการ (คชก.) แล้วเราไม่มั่นใจว่าเขาจะใช้ตัวไหนเหมือนที่หลายๆ คนพูดว่าเขาจะยอมรับหรือไม่ ผมว่าก็เป็นอีกกระบวนการที่เราต้องพัฒนาด้วยนะครับ

เสขสิริ ปิยะเวช บริษัท ปตท.อะโรเมติกส์ จำกัด มหาชน

ผมมองในมุมปัจจุบัน ผมเองก็ยังตอบตัวเองไม่ได้ว่า ตกลงใครเป็นเจ้าภาพในการฝึกอบรมประชาชนในพื้นที่ ยกตัวอย่างมาบตาพุด คนที่ต้องมาฝึกอบรมเป็นคนจากส่วนกลาง ท่านมา ๑-๒ วันท่านก็กลับไป ประชาชนฟัง ๒ ชั่วโมง ผมเป็นผู้ประกอบการผมทำมา ๒ เดือนผมยังไปไม่ถึงแก่น อยากให้มีหน่วยงานสาธารณสุขสักหน่วยงานเข้าไปอบรมให้มี Training for Trainer ในท้องถิ่นไม่มีใครเป็นผู้เชี่ยวชาญ ถ้าไม่มีนักวิชาการอุตสาหกรรมจังหวัด เอาใครก็ได้เจ้าหน้าที่เทศบาล หรือใครก็ได้ให้เขาแข็งแรงพอที่จะไปอบรมให้กับประชาชนเรื่อง HIA ในชุมชนจะทำอย่างไรดี เขาจะเรียนรู้อย่างไรดี

เรื่องหมอกิจจาพูดถึง Data Base ผมพูดถึง M&E เลยนะ Monitoring & Evaluation ผมคุยกันมาหลายคน ทั้งกรมอนามัย กรมควบคุมโรค สสจ. กรมอนามัยก็บอกว่าเพราะทางแพทย์ Database ไม่เกี่ยวกับ M&E ความหมายผมก็คือเรามี Health Database แต่มันไม่ไปตอบโจทย์ M&E หรือ Health Hazard เราทำ M&E เสร็จแต่เราไม่มี Baseline แล้วปีต่อไปเราจะเก็บอะไร ผมนึกไม่ออกว่าเราจะทำอย่างไร อยากจะฝากกระทรวงสาธารณสุข ว่า Workflow ของ data outcome รวมถึง Proactive Reactive ทั้งหลายใครทำแล้วจะแลกเปลี่ยนอย่างไร

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

ตรงนี้ก็จะมีประเด็นของเรื่อง train facilitator จริงๆ แล้วกรมอนามัยบอกว่ารับผิดชอบแน่นอน แล้วก็กระโดดมารับแล้ว เราต้องเข้าใจว่าในเบื้องต้นไม่ใช่อยู่ๆ กระโดดลงไปฝึกอบรมเลย เพราะมันเป็นเรื่องใหม่ ต้องเป็นกระบวนการเรียนรู้ แล้วในระยะใหม่นี้ การถ่ายตัวตรงนี้ลงไปในระดับจังหวัดเป็นอีกประเด็นหนึ่ง ผมมองว่าโดยความเป็นจริง พูดอยู่เรื่องหนึ่งคือเขาเชื่อใจหรือเปล่า ผู้ฝึกอบรมส่วนกลางเขาเชื่อใจหรือเปล่า ความจริงต้องมีหลายภาคส่วนในจังหวัดเป็นผู้ฝึกอบรม ทั้งจากสาธารณสุข อุตสาหกรรม ท้องถิ่น (ยกตัวอย่าง) หรือแม้แต่ NGOs ในจังหวัดที่เขาเป็นประชาสังคมอยู่ในจังหวัดซึ่งมีความรู้ ตอนนี้เรามีมหาวิทยาลัยในภูมิภาคแล้ว ทำอย่างไรที่จะให้มีตัวแทนที่อยู่ระดับนั้นแล้วมีทางเลือก ส่วนDatabaseและGuideline ต้องทำความเข้าใจว่าฐานข้อมูลและ Monitoring & Evaluation เป็นคนละเรื่องกัน เป็นไปไม่ได้ที่ทุกจังหวัดจะมีฐานข้อมูลที่ทำ Monitoring & Evaluation เหมือนกันหมด แต่ประเด็นหลักคือการเชื่อมโยงหน่วยงานแล้วดึงข้อมูลมาแล้วใช้เพื่อวัตถุประสงค์ติดตามและประเมินผลโครงการที่ทำ เอชไอเอ ไปแล้ว

ผมเข้าใจว่าบทเรียนจากมาบตาพุดช่วยเราได้ เพราะเรากำลังดูเรื่อง Monitoring & Evaluation มันจะไปรอดมั้ย เพราะว่าทำไปแค่ปีเดียว ส่วนประเด็นเรื่อง Guideline ผมว่าปัญหาใหญ่ก็คือข้อมูลทางวิชาการมีอยู่แล้ว แต่เอามาทำเป็นตัวเลขที่ยอมรับทางวิชาการทุกภาคส่วนต่างหากหละ ตรงนั้นเป็นเรื่องของการทำความตกลงไม่ใช่ประเด็นเรื่องไม่มีข้อมูล อันนี้ก็ต้องทำความตกลงกันเหมือนกัน เช่น ยกตัวอย่างกระทรวงสาธารณสุขต้องตกลงว่าเป็นกรมอนามัยหรือกรมควบคุมโรคด้วยซ้ำไปเพราะว่ามี ๒ ส่วน หรือให้เข้าร่วมกันแล้วทำมาตรฐานโดยดึงภาคส่วนอื่นๆ มาร่วมด้วย เช่น อุตสาหกรรมภาคเอกชน สาธารณประโยชน์ ท้องถิ่นเข้ามาคุยเรื่องค่ามาตรฐาน ผมเรียกว่าทำงานให้โปร่งใส ให้ทุกฝ่ายเข้ามาทำงานร่วมกัน ร่วมกำหนด แต่ว่าถ้าทุกฝ่ายต่างไปกำหนดออกมาโดยนักวิชาการทีมเดียว ผมว่าก็มีปัญหาเรื่องความเห็นไม่ลงรอยกันได้

ประทีป จูมั่น นายก อบต.หัวไผ่ อ.เมือง จ.สิงห์บุรี

เรื่องการฝึกอบรมที่จะลงไป อย่างเรื่องของมาบตาพุด เป็นเรื่องของการสร้างโรงงานที่เกินการรองรับ อย่างสุ่มมติเรากำหนดไว้ที่ ๕ โรง มาบตาพุดเป็นแหล่งโกยเงินโกยทองที่ทุกคนวิ่งเข้าใส่ ผมถึงอยากให้ทำการศึกษาว่าสิ่งที่มันเกินแล้วเอามาเป็นบทเรียนมากกว่า

อีกส่วนเป็นเรื่องของกฎหมาย ต้องแก้ที่กฎหมาย ยกตัวอย่างโรงงานกระดาษที่สิงห์บุรี สิ่งที่เหลือจากการทำกระดาษมีผู้ประมูลไปแล้วเอาไปกองไว้ที่หน้าบ้านแล้วเกิดการร้องเรียนกัน แต่กฎหมายทำอะไรไม่ได้ เพราะว่าไปตรวจตามกฎหมายแล้วมันไม่เกินสิ่งที่เป็นอันตราย แต่สิ่งที่ไม่เกินอันตรายมันเป็นอันตรายอยู่แล้ว ผลสุดท้ายต้องฟ้องกันที่โรคสุขภาพจิต ฟ้องว่าสิ่งที่มากองอยู่ที่หน้าบ้านกลิ่นไม่เป็นอันตราย แต่เสียสุขภาพจิต คุณกองได้แต่ต้องทำกำแพงไม่ให้ผมเห็นเหมือนบ้านเราที่นั่งมองเห็นปล่องเมรุทุกวัน คล้ายกัน มาบตาพุดก็คล้ายกันเอาบทเรียนตรงนี้มาดีแผ่ให้เห็น ผมว่าน่าจะสร้างความเข้าใจให้เห็นแนวทาง

รศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้มีการผลิตพยาบาลชุมชนไปอยู่หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ เราอาจจะผลักดันให้เป็นเครือข่ายเอชไอเอได้ เพราะที่คณะสอนเอชไอเอ ม.เชียงใหม่ ก็มี ถ้าหากว่า สช.จะเชื่อมและใช้นโยบาย เราเอากลุ่มคนเหล่านี้ไปใช้ได้หรือไม่ เพราะว่าเรามีหลักสูตรแล้ว

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

เรามีหน่วยบริการชาวบ้านอยู่ทั่วประเทศอยู่แล้ว คนในหน่วยบริการเหล่านี้จะเป็นพยาบาลจะเป็นแพทย์ เภสัชกร เขาจะรู้ว่าเขาจะช่วยอย่างไร ผมเข้าใจว่านั่นเป็นศักยภาพที่เรามีอยู่ เพียงแต่ว่าเราจะปรับใช้อย่างไร อันนี้จะเป็นกรอบอีกอัน ซึ่งแต่เดิมเราไม่ได้มองในผังนี้เท่าไหร่

ภารณี สวัสดิรักษ์ เครือข่ายพังเมืองเพื่อสังคม

อยากให้ความเห็นเรื่องกระบวนการ คือเวลานี้โดยกระแสในปัจจุบัน จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่มีความรู้เรื่องเอชไอเอและเป็นกระแสเอชไอเอ ที่เกี่ยวกับมาตรา ๖๗ เสียเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งตามความเห็นของดิฉันมองว่าเอชไอเอตามมาตรา ๖๗ อาจไม่ทำให้เกิด outcome ที่ดีของสุขภาวะส่วนรวมทั้งหมด การมีแนวทาง(Guidline)กับผู้ฝึกอบรม (Trainer) อาจจะดีที่มาตรา ๖๗ แต่ว่าเราอบรมไปเท่าไหร่ก็อาจได้ผลเท่าเดิม ดิฉันคิดว่ากระบวนการที่ Train ก่อนไปถึง Trainer นี้เราอาจจะเริ่มต้นมองหาความต่างให้ได้มากที่สุด อาจจะต้องเริ่มต้นจากการหาความไม่รู้ก่อน หรือความที่เรามองเรื่องของ Health Impact Assessment ในมุมมองของคนที่ไม่รู้ ต่างกันที่ตรงไหน ในกลุ่มของดิฉัน ดิฉันเสนอว่าเรามองแยก H แยก I แยก A แล้วก็แต่ละคนมอง H มอง I มอง A ต่างกันอย่างไร แล้วก็นำไปสู่การกำหนดแนวทาง และการฝึกอบรมที่ครอบคลุมที่เรามองข้าม

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

อันนี้ก็น่าสนใจนะครับเพราะว่ามาตรา ๖๗ เป็นเพียง ๑ ใน ๔ ช่องทาง เพราะเราพูดถึงการทำงานที่ผ่านระบบงานปกติ อันที่ ๒ ผ่านเรื่องของชุมชน ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องของไปอยู่กับอีไอเอ ซึ่งก็วางปรับกันไปแล้ว แต่ว่าตัวของชุมชนก็ดีที่เกี่ยวข้องกับงาน เอชไอเอ นี้จะไปปรับใช้อย่างไร ตรงนี้คิดว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ถ้าเราจะวางภาพฝันที่เราจะเห็นต่อไป แล้วก็กลไกกับระบบที่เราว่าจะเป็นอย่างไร ซึ่งเราไม่พูดเฉพาะเรื่องของมาตรา ๖๗ ที่ตอนนี้เป็นเรื่องร้อน แล้วคนก็พูดถึงแต่เรื่องนี้มาเป็นประเด็นเยอะเลย ผมว่าเป็นประเด็นสำคัญที่เราต้องเคลียร์กันให้ชัด

ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ผมคิดว่าที่เราแลกเปลี่ยนกันมามันมีประโยชน์มากแต่สิ่งที่ผมจะเตือนความจำคือเวลาเราทำ เอชไอเอ เราไม่ทำแค่ระดับโครงการ หรือแผน แต่ต้องมองไปถึงระดับนโยบายด้วย เพราะฉะนั้น ที่พูดมาเรายกตัวอย่างที่มีผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมหรืออุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ แต่ผมคิดว่านโยบายบางนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพ สมมติว่าถ้าเกิดมีการรวม ๓ กองทุน เช่น สปสช. กองทุนหลักประกันสังคม เข้ามา มันจะมีผลต่อสุขภาพอย่างไร พวกนี้ เอชไอเอ จะเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ได้ด้วย เพราะฉะนั้นผมว่าการไปฝึกอบรมคน การไปสร้าง Facilitator อะไรต่างๆ หลีกไม่ได้ที่จะต้องทำให้เขาเข้าใจนอกจากกระบวนการเรื่องเครื่องไม้เครื่องมือด้าน เอชไอเอแล้ว ต้องเข้าใจเรื่องของกระบวนการนโยบายสาธารณะ หรือแนวคิด ตรงนี้ลงไปด้วย

ผศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกษสมบูรณ์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อยากให้อาจารย์พงศ์เทพ ช่วยอธิบายต่อนิดนึง พอดีว่าในโต๊ะมีการถึงเรื่อง Impact ในPart ของปัญญา หรือจิตวิญญาณ ทราบว่าอาจารย์ทำปริญญาเอกเรื่องนี้ เข้าใจว่ามี consultant ในที่นี้หลายคนอยากทราบ

ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ผมเข้าว่า เอชไอเอ พูดถึงเรื่องสุขภาวะ มี กาย จิต สังคม ปัญญา เดิมปัญญา เราใช้คำว่าจิตวิญญาณ แต่มีการถกเถียงกันว่าจิตวิญญาณในภาษาไทย อาจจะไม่เคลียร์ ก็เลยขยับไปเรื่องของปัญญา คือ รู้ว่าอะไรควร ไม่ควร รู้ว่าต้องทำอะไร ไม่ต้องทำอะไร รู้ว่าอะไรถูกผิด เพราะฉะนั้นกระบวนการประเมินสุขภาวะทางปัญญาคงจะไปประเมินแบบ Checklist ไม่ได้ ต้องมีวิธีการที่ไปดูนานๆ แล้วทำความเข้าใจ การที่เราเข้าไปดูนานๆ เข้าไปสังเกตทำความเข้าใจ มันเป็นเรื่องของการใช้ปัญญาของเราด้วยนะ ไปดูเรื่องวิธีคิดของเขาว่ามันถูกมันควรหรือไม่ มันมากกว่าการไปวัดว่าไฮโดรคาร์บอนเท่าไหร่ สูงสุดต่อวันท่าไหร่

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

บางหน่วยที่เขาทำ cultural impact assessment ผลกระทบทางวัฒนธรรมกับจิตวิญญาณบางอย่างมันใกล้เคียงกันมาก อย่างทางด่วนไปลงกุโบร์ ไปลงบ้านครัว ถ้าเอาตามกฎหมายเขาออกกฤษฎีกา เขาออกกฎหมายเวนคืนที่ดินแล้ว ถามว่าเขาสร้างได้หรือไม่ ก็ยังสร้างไม่ได้ ถ้าเอาตามกฎหมาย กฤษฎีกา ก็ผิดเหมือนกันนะแต่ก็สร้างไม่ได้ เป็นประเด็นใหญ่เลยนะเรื่องกุโบร์เรื่องพื้นที่หวงห้าม ตรงนี้เป็นประเด็นที่พูดถึงเรื่องวัฒนธรรมก็ได้

ในประเด็น สร้างตึกสูงที่เชียงใหม่กับวัดก็เกี่ยวข้องกัน เพราะว่าตึกสูงจะบังดอยสุเทพ ความจริงตรงนี้ก็มีการจัดการได้หลายแบบ เหมือนเรื่องกลิ่น วัดปริมาณไม่ถึงค่าที่กำหนดไว้ก็เอาเรื่องสุขภาพจิตก็ได้ ในเกาหลีการสร้างตึกสูงบังแสงแดดยังเป็นเรื่องเลย เพราะฉะนั้นเอาใจเขามาใส่ใจเรา พูดง่ายที่สุด ทุกคนมีข้ออนาทรอย่างไร แล้วปรับแก้ หาทางออกอย่างไร

อาจารย์ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด

ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไก เอชไอเอ

ปัญหาที่ทำให้เราชวนสงสัยว่าเราจะประเมินเรื่องตรงนี้อย่างไร ผมว่ามีข้อติดขัด อยู่ ๒ เรื่องครับ คือ เรามักจะคิดว่าการประเมินเท่ากับการวัด จริงๆ แล้วไม่ใช่ แต่บางเรื่องเราวัด บางเรื่องอาจไม่ต้องชัด เราเข้าใจว่า บางเรื่องมันสำคัญไม่ต้องการให้มีผลกระทบ บางเรื่องมันสำคัญแล้วเราอาจจะเสริมหนุนได้ด้วยซ้ำ ถ้าหากเราวางแผนโครงการได้อย่างดี ส่วนหนึ่งที่ขัดข้องอาจเกิดมาจากที่เราไม่เข้าใจหรือไปมองว่าการประเมินคือการวัด จริงๆ การวัดเป็นเครื่องมือหนึ่งของการประเมิน และยังมีเครื่องมืออื่นๆ อีกมากมาย

ยังมีอีกเรื่องหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของบ้านเรา อย่างที่ต่างประเทศที่หลายท่านไปร่วมประชุม ยังมี การประเมินผลกระทบ (Impact Assessment: IA) ที่จะเกิดขึ้นตั้งแต่มีการวางแผนโครงการ อย่างที่คุณหมอพูดนี้เห็นชัดว่าถ้าเรามีกุโบร์อยู่ตรงนี้ การที่เราวางแผนโครงการไม่ให้ทางด่วนมาลงกูโบร์นั่นคือการวางแผนที่ดี แต่นี่มันเราออกแบบเสร็จแล้ว วางแผนเสร็จแล้ว เหลือแต่รอเวลาที่เราจะทำมันไม่ได้ดั่งใจเพราะว่าต้องผ่านกระบวนการ IA คือเราไปมองว่ากระบวนการ IA ช้ากว่าที่ควรทำ ไปมองว่ากระบวนการ IA มันวุ่นวาย ทำอย่างไรให้มันผ่าน ถ้าเรามองกลับกัน IA จะช่วยให้เราออกแบบโครงการได้เยอะ

ผมในฐานะผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานและพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ขออนุญาตมีข้อสะท้อนมุมมองที่รับไปดำเนินการ

ประเด็นแรก ที่ไม่ต้องรอถึง ๕ ปีอาจทำให้เสร็จได้ภายใน ๕ วัน ก็คือการนัดประชุมหารือทำความเข้าใจของหน่วยงานต่างๆ เรื่องของการทำ เอชไอเอ โดยเฉพาะส่วนของการทำตามมาตรา ๖๗ ในส่วนที่เกี่ยวกับ สผ. ก็ดี วันนี้ท่านผู้อำนวยการก็มาหารือทางกรมอนามัย สช. กรมควบคุมโรค องค์การอิสระที่เกี่ยวข้อง อย่างที่ผู้ประกอบการบอก ว่าถึงเวลาที่ต้องพูดกันให้ชัดว่าตกลงจะทำอย่างไรทั้งกระบวนการและเนื้อหา กระบวนการแบบนี้ที่เป็นไปได้ ตรงไหนยังมีส่วนที่ขัดข้องแก้ปัญหาอย่างไร ผมคงต้องขออนุญาต กรมอนามัย และสผ.ที่เป็นตัวหลักว่าเราจะนัดหมายหารือเรื่องนี้กันเมื่อไหร่

ประเด็นที่สอง การดำเนินงานเรื่องของ เอชไอเอ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ มาตรา ๖๗ เรื่องเกี่ยวกับการวางแผนพัฒนานโยบายที่แยกแยะรายสาขา ซึ่งที่คุณหมอวิพุธสำทับว่าต้องทำเพราะสำคัญ ด้านนอกท่านจะเห็นว่ามีหลายเล่มที่เดียว บางเล่มเป็นแนวทางเรื่องเหมืองแร่ บางเล่มเกี่ยวกับเรื่องขนส่ง ผมว่าเราต้องรีบพัฒนา เรามีการทำเรื่องขนส่งมากมาย ซึ่งสร้างอยู่แล้ว แล้วยังมีรถไฟรางคู่ รถไฟด่วน รถไฟฟ้า อีกมากมาย ควรมีคู่มือด้วยหรือไม่ที่มีการแยกให้ชัดเจน อีกส่วนคือเรื่องของบ้านพักอาศัย เรื่องชลประทานแหล่งน้ำต่างๆ จะทยอยทำมาเรื่องของแนวทางเหล่านี้

ประเด็นที่สาม เรื่องของการศึกษาความรู้และองค์ความรู้นะครับ ซึ่งผมขออนุญาตแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ โดยแต่ละระดับเราพยายามเอาแนวความคิดเรื่อง ๗ ส ที่ท่านอาจารย์ลำดวนได้ให้มากับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งปรากฏอยู่ในหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเอามาอธิบายให้ง่ายและบางส่วนอาจต้องลึกขึ้นแล้วแต่ระดับครับ

ระดับแรกก็เป็นระดับเด็กและเยาวชนหลายท่านแนะนำว่าเป็นเรื่องที่ดีที่จะเอาไปฝังอยู่ในหัว อยู่ในความคิดของเด็กรุ่นใหม่ ของสถาบันการศึกษาด้วย ๗ ส จะอธิบายอย่างไรในระดับการศึกษา

ระดับที่สอง ชุมชนที่จะเอาไปวางแผนพัฒนา ไประดับเทศบาล จะนำเอา ๗ ส ไปใช้อย่างไร ใช้กับการประเมินผลกระทบอย่างไร เป็นระดับชุมชนใช้อย่างไร

ระดับที่สาม อาจจะใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น ในการที่จะมาตัดสินบางสิ่งบางอย่าง อาจจะไม่ใช่ทุกสิ่งทุกอย่าง บางอย่างจะตัดสินทางวิทยาศาสตร์ไม่ได้ บางอย่างตัดสินทางวิทยาศาสตร์ได้ คงต้องนำสิ่งที่คุณหมอปัตพงษ์กับคุณเสขสิริเสนอที่อยากนำไปสู่การตัดสินอะไรหลายอย่างมาคุยกันเลย อาจจะเป็นสิ่งไม่ดีก็ได้ เอามาหาสิ่งที่เป็นฉันทามติร่วมกันว่าจะใช้อะไรเป็นเกณฑ์ สุดท้ายที่เป็นวิทยาศาสตร์ผมไม่ได้บอกว่าจะใช้ได้กับทุก ส อย่างเช่นศิลปวัฒนธรรม เราก็ไม่ได้บอกว่ามี

อาจารย์ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด
ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไก เอชไอเอ

วัฒนธรรมแล้วจะเพิ่มความกระชุ่มกระชวยกี่หน่วย คงจะไม่ใช่อย่างงั้น แต่คงอธิบายให้เห็นว่าเอามาใช้กับการประเมินผลกระทบได้อย่างไร

ประเด็นที่ ๔ การจัดระบบข้อมูล ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายถึงที่อยู่ในมาตรา ๖๗ เท่านั้น แต่หมายถึง ในพื้นที่สำคัญต้องใช้ข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้น ระบบข้อมูลที่จะเอื้อต่อการทำ เอชไอเอ ควรเป็นอย่างไร ทั้งนี้ต้องอธิบายก่อนไม่ใช่ว่า สช. จะต้องมานั่งเสียเงินเสียทองเสียเวลาเยอะแยะสร้างระบบฐานข้อมูลขึ้นมาใหม่ เราอาจจะใช้การแนะนำและเชื่อมโยงและพยายามปรับให้การใช้ข้อมูลต่างๆ ให้มันสามารถเชื่อมโยงกันได้ ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ เช่นสาธารณสุขที่มีการเก็บข้อมูลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บเอามาใช้ในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะในบริบทของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

ประเด็นที่ ๕ ระบบติดตามและประเมินผล ผมก็คงกลับไปหารือกับกรมอนามัยให้จริงจังมากขึ้น ที่ผ่านมาเราหารือกันในเชิงปรับทุกข์ แลกเปลี่ยนมุมมอง แต่ก็ต้องออกตัวนะครับว่ากรมอนามัยเองก็ไม่ใช่เป็นผู้รับผิดชอบหลักของเรื่องนี้ แต่ก็ต้องรับผิดชอบในฐานะที่เป็นสมาชิกของเรื่องนี้ ที่จะไปดำเนินการส่วนนี้ให้ชัดเจนขึ้น

ต่อไปเรื่องประเด็นการฝึกอบรม ก็คงจะพยายามทำให้เป็นระบบมากขึ้น ผมเห็นด้วยกับคุณหมอวิพุธเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหากระบวนการที่จะขยายจุด/กลุ่มที่ฝึกอบรมออกไป เดิมที่มหาวิทยาลัยภูมิภาคก็ทำเรื่องนี้อยู่ ท่านอาจารย์วิลาวัลย์ก็เคยทำหน้าที่นี้อยู่ อาจารย์พงศ์เทพก็ทำหน้าที่นี้อยู่ อาจารย์ปัตพงษ์ก็ด้วย แต่ช่วงหลังกลไกนี้มันหายไป ผมคิดว่าเราต้องเร่งนำกลไกนี้กลับมา

อีกอย่างหนึ่งที่เราน่าจะให้ความสำคัญมากอีกเรื่องหนึ่งคือตัว CHIA คือทำให้ชุมชนเตรียมความพร้อมขึ้นมาก่อนจริงๆ แล้วในระดับมาบตาพุด ถ้าชุมชนทำ CHIA เป็นการเตรียมข้อมูลมาก่อนว่าสุขภาพของตนเองขึ้นอยู่กับอะไร ถ้าโครงการพัฒนาเข้ามามันจะกระทบอะไรกับสุขภาพของตนเอง ผมคิดว่าถ้าชาวบ้านมีโอกาสทำ CHIA ขึ้นมาก่อน ผมว่าถ้าเข้าไปให้ความเห็นในกระบวนการที่ผู้ประกอบการทำเอชไอเอ ตามมาตรา ๖๗ ผมว่ามันจะคุยกันได้รู้เรื่อง และลึกมากขึ้น แต่การที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมในส่วนนี้ ก็เลยทำให้การคุยเป็นไปได้จำกัด จริงๆ ในกรณีเมืองเลยก็เคยผ่านกระบวนการตรงนี้มาก็อาจจะแลกเปลี่ยนได้ว่ามันก็เป็นเรื่องที่เราเรียกว่าเป็นพื้นฐานของสุขภาพของคนในพื้นที่ ขณะเดียวกันก็เป็นเรื่องของความชัดเจนของข้อมูลด้วย ดังนั้นสิ่งนี้ก็รับไปดำเนินการต่อ

อีกสิ่งหนึ่งที่เราอาจใช้คำว่ากรณีตัวอย่างที่ทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องนี้อย่างแท้จริงเราต้องพยายามตั้งเป้าหมายในแต่ละเรื่อง

ประเด็นแรกก็คือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เราอาจจะพยายามตั้งเป้าหมาย อาจจะเป็นที่สิงห์บุรีของท่านนายกก็ได้ หรืออาจจะเป็นที่อ่างทอง หรือ ขอนแก่น อาจจะเป็นสักหนึ่งหรือสองกรณีศึกษา หรืออาจจะมาจากกรมอนามัย อาจจะมีกรณีดีๆ มาแลกเปลี่ยนกัน ผมว่าเราต้องเอามาสื่อสาร เช่นเดียวกัน ในทางผู้ประกอบการเราไม่นับในส่วน ของมาตรา ๖๗ บางส่วนเราอาจจะนับกรณีอื่นที่ผู้ประกอบการเอาเอชไอเอไปใช้ แม้ว่าจะไม่เป็นการบังคับทางกฎหมาย ขณะนี้ก็มีผู้ประกอบการบางแห่งก็ไม่ทราบว่าตัวเองเข้าข่ายการทำตามกฎหมายมาตรา ๖๗ หรือ ไม่ แต่ก็ลงมือทำไปแล้ว สิ่งเหล่านี้ต้องเอามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

อีกสิ่งที่อาจารย์พงศ์เทพมาย้ำ ก็คือการทำระดับนโยบาย ก่อนที่จะลืมไปว่า เอชไอเอเท่ากับมาตรา ๖๗ มันจะหมดไป ผมว่าระดับนโยบายนี่สำคัญมาก ที่เราเล็งไว้ อย่างน้อยที่สุด ๒-๓ เรื่อง เรื่องแรกคือแผนพัฒนาภาคใต้ นายกอภิสิทธิ์ท่านย้ำมากว่าแผนพัฒนาภาคใต้ต้องทำ เอชไอเอ ก่อนที่จะไปทำในระดับโครงการ อันที่ ๒ เรื่องที่เกี่ยวกับการจัดการน้ำ ผมคิดว่าอีกหน่อยคงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ตอนนี้ที่เราทำอยู่คือเราทำเรื่องการพัฒนาแม่น้ำโขง อีกเรื่องที่เป็นเรื่องใหญ่คือเรื่องผังเมือง เราน่าจะเอากระบวนการผังเมืองและเอชไอเอเข้ามาด้วยกัน

ประเด็นสุดท้าย เรื่องการสื่อสาร วันนี้เราได้โจทย์ใหม่ว่าการสื่อสารที่เป็นวัฒนธรรม เป็นภาษาท้องถิ่นที่เข้าไปในท้องถิ่นได้มากขึ้น โจทย์นี้เราช่วยกันคิดครั้งแรกเมื่อปี ๒๕๔๕ ตอนเริ่มทำเอชไอเอ ใหม่ๆ สุดท้ายก็เลิกคิด แต่ตอนนี้ก็ต้องกลับมาคิดกันใหม่

กลุ่มแรกที่ให้ข้อแนะนำการเชื่อมสู่เวทีอาเซียน และเวทีโลก วันนี้เราก็ได้ข่าวดีขององค์การอนามัยโลก เมื่อเช้าเห็นใน slide เขาก็ใช้เราเป็นกรณีต้นๆ ในประเทศที่กำลังพัฒนา เขามาช่วยเสริมสร้าง และในขณะเดียวกันเขาก็ให้เราช่วยสนับสนุนประเทศข้างๆ ในการทำเอชไอเอ ด้วย ก็คงไปพร้อมๆ กัน จริงๆ แล้วเวียดนามติดต่อมาเลยหลังจากเกิดเหตุการณ์มาตรา ๖๗ ที่มาบตาพุด เอ็นจีโอเวียดนามติดต่อมาว่าให้ไปทำที่เวียดนามเพราะมีการคาดการณ์ว่าหลังจากที่ลงทุนในเมืองไทยไม่ได้เขาจะไปลงที่เวียดนาม ก็ยังไม่ได้ตอบเพราะยังไม่ได้สานต่ออะไรกัน ไม่ได้ไปเวียดนามเพราะลำพังที่มาบตาพุดก็หมดแรงหมายความว่าเรามีเรื่องที่ต้องช่วยกัน แต่ถ้าเขาจะมาก็ยินดี เพราะเป็นเรื่องที่ต้องช่วยกัน แลกเปลี่ยนทั้งผู้ประกอบการ ไทยคิดอย่างไร เจออะไร มุ่งหวังอะไร ก็หวังว่าเขาจะได้เรียนรู้ด้วย

.....

ยินดีต้อนรับเข้าสู่ พื้นที่แห่งมิตรไมตรี ในการร่วมกันประมวลภาพ แห่งจินตนาการ

ระบบ HIA ประเทศไทยควร เป็นอย่างไร ในอีก ๕ ปีข้างหน้า?

วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๓ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมคอรัล (Coral) โรสการ์เดนริเวอร์ไซด์สวนสามพราน จ.นครปฐม

หาก พ.ศ. ๒๕๔๓ คือจุดเริ่มต้นของการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทย อันเป็นปีเดียวกับที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ทำการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy-HPP) ซึ่งพบว่าการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment – HIA) น่าจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำมาใช้ได้ในประเทศไทย

นับจากวันนั้น ถึงวันนี้ ก็ครบสิบปีพอดี

เส้นทางระหว่างทศวรรษนี้ มีเรื่องราวเกี่ยวกับ HIA เกิดขึ้นมากมาย พลังการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องของทุกภาคส่วนทำให้ HIA ถูกเขียนไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ อันมีสาระสอดคล้องกับเจตนารมณ์เดิมที่ต้องการให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน หลังจากนั้นได้ถูกพัฒนาเติมต่อจนเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจอนุมัติอนุญาตโครงการ ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

วันนี้ แม้เราจะมีหลักเกณฑ์ฯ HIA ที่ประกาศโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม ที่จัดทำโดยกระทรวงทรัพยากร-ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แต่มิได้หมายความว่างานของเราบรรลุเป้าหมาย แล้ววางมือจากการพัฒนาเรื่องนี้ ในทางกลับกัน มันเป็นเพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น

ท่ามกลางสังคมที่มีความเป็นพลวัตสูง ระยะเวลา ๕ ปี คงไม่นานเกินไปที่เราจะช่วยกันจินตนาการภาพเชิงระบบของ HIA ในสังคมไทยว่าควรเป็นอย่างไร เพื่อจะได้ร่วมกันออกแบบการทำงานที่เหมาะสมที่จะทำให้พวกเราได้ก้าวไปถึงหลักชัยที่ร่วมกันกำหนดไว้อย่างพร้อมเพรียงกัน

ฟัง เพื่อให้เข้าใจ

รวมกันสร้างพื้นที่แห่งมิตรไมตรี โดยการร่วมกันสร้างบรรยากาศการสนทนาที่เป็นมิตรรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และสะดวกใจในการบอกเล่าความคิดและประสบการณ์ของเราให้เพื่อนๆ ฟัง

ให้เกียรติกัน เคารพซึ่งกันและกัน

ชื่อมโยงแนวคิด มุมมองที่แตกต่างกัน

ข้อควรรู้ ของพื้นที่แห่งมิตรไมตรี

หากใครต้องการให้เพื่อนร่วมวงสนทนาคนใดร่วมแสดงความคิดเห็นอาจหยิบลูกอม ขนม หรือ เครื่องดื่ม ที่อยู่บนโต๊ะยื่นให้ ประหนึ่งจะถามว่า “โปรดบอกฉันเถิดว่าเธอคิดเช่นไร”

ให้โอกาสเพื่อนร่วมวงสนทนาได้แสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง

ใครมีประเด็นคำถาม/ ความรู้สึก/ ความคาดหวัง ฯลฯ ที่ไม่ต้องการกล่าวด้วยวาจาในกลุ่ม สามารถเขียนใส่กระดาษแล้วนำไปติดไว้ที่บอร์ดด้านหลังห้อง ซึ่งเพื่อนๆ สามารถไปเขียนตอบเพื่อแลกเปลี่ยนทัศนะ ความเห็น มุมมอง รวมถึงเพื่อการให้กำลังใจก็ได้

ภาคเช้า

๐๘.๓๐-๑๖.๐๐ น.

๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียนรับเอกสาร

๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น. กล่าวต้อนรับ วัตถุประสงค์ ความเป็นมา และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้จากการประชุม โดย **นพ.วิพุธ พูลเจริญ** ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๐๙.๓๐ – ๐๙.๔๕ น. **"หนึ่งทศวรรษ ย้อนรอย HIA ประเทศไทย"** สไลด์มัลติวิชั่น กับ **การเปิดใจอิฐก้อนแรก**

๐๙.๔๕ – ๑๐.๐๐ น. ชี้แจงกระบวนการประชุม โดย **อ.ดร.เดชรัต สุขกำเนิด** ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

๑๐.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. ความคิด ความรู้สึก ต่อ ระบบ HIA ที่อยากเห็นในอีก ๕ ปี ข้างหน้า

- เขียนการ์ดแนะนำตนเอง
- ทำความรู้จักกับเพื่อนร่วมโต๊ะ
- วาดภาพระบบ HIA ที่ข้าพเจ้าอยากเห็นในอีก ๕ ปีข้างหน้า
- อธิบายความคิดและความหมายของภาพที่วาดขึ้นให้เพื่อนๆ ในกลุ่มฟัง
- ประมวลความคิดของทุกคนในกลุ่มรวมเป็นหนึ่งเดียว (อาจวาดเป็นรูปภาพวาด แผนที่ความคิด คำสำคัญ หรือรูปแบบอื่นๆ)
- ผู้แทนแต่ละกลุ่มเล่าภาพความคิด ให้เพื่อนๆ ในห้องฟัง ในขณะเดียวกันมีอาสาสมัครจากผู้เข้าร่วมประชุม ทำหน้าที่เก็บประเด็นและประมวลความคิดในภาพรวม
- อาสาสมัครฯ สรุปประเด็น
- อภิปราย ซักถาม เติมเต็มภาพรวมความคิด

๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

ภาคบ่าย

๑๓.๐๐-๑๕.๓๐ น.

๑๓.๐๐ – ๑๓.๑๐ น. ชี้แจงกระบวนการกลุ่มในช่วงบ่าย

๑๓.๑๐ – ๑๕.๐๐ น. สุนทรียสนทนา **"แนวทางการพัฒนา จากระบบที่เป็นอยู่ สู่ระบบที่ควรเป็น"**

- ผู้เข้าร่วมประชุมเลือกทั้งนั่งตามใจชอบ
- ทำความรู้จักกับเพื่อนร่วมวงสนทนา
- เปิดประเด็นการสนทนาตามที่กำหนดไว้
- ผู้พูดควรทิ้งร่องรอยของความคิด ความเห็นของตน ไว้บนกระดาษที่ปูไว้บนโต๊ะ ซึ่งอาจเขียนเป็นคำพูด วาดภาพ แผนภาพความเชื่อมโยง ฯลฯ เพื่อให้เพื่อนๆ ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วย
- ใช้เวลาในการสนทนา ๑๕ นาที จากนั้นขอให้แต่ละคนได้เปลี่ยนโต๊ะสนทนา ทั้งนี้ให้มี ๑ คน อยู่โต๊ะเดิมเพื่อทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพคอยต้อนรับเพื่อนใหม่ที่มาเยือน
- เมื่อเพื่อนใหม่เวียนมาขอให้เจ้าภาพเล่าสรุปประเด็น/ความคิด ที่เพิ่งมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเมื่อสักครู่ เพื่อเปิดประเด็นในการแลกเปลี่ยน ต่อยอดความคิดกันต่อไป
- ทำอย่างนี้ไปเรื่อยๆ จนครบทุกโต๊ะ
- ให้ผู้แทนแต่ละโต๊ะเล่าสรุปการสนทนาของแต่ละโต๊ะ โดยทีมผู้จัดจะประมวลเป็นภาพรวมในรูปแบบของแผนที่ความคิด

๑๕.๐๐ – ๑๕.๓๐ น. อภิปรายทั่วไป สรุป และปิดประชุม ดำเนินการโดย **นพ.วิพุธ พูลเจริญ**

พิมพ์ครั้งที่ ๑ จำนวน ๑,๐๐๐ เล่ม กันยายน ๒๕๕๓
จัดทำโดย ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ชั้น ๒ อาคารเลขที่ ๘๘/๓๗ ติวานนท์ ๑๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๒๔๗๘ โทรสาร ๐๒-๕๙๐-๒๓๑๑
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th และ www.thia.in.th อีเมล์ contact_hia@nationalhealth.or.th
พิมพ์ที่ บริษัท แปลนพริ้นติ้ง จำกัด ๓๔๖ ซ.ไสวสุวรรณ ถ.ประชาราษฎร์ ๑ แขวงบางขื่อ เขตบางขื่อ กรุงเทพฯ โทรศัพท์ ๐-๒๕๘๗-๑๒๗๗