

เอชไอเอ. **สมดุล** หรือ **จุด** การพัฒนา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ





เอช ไอ เอ. หนูหรือคุณ การพัฒนา

ผู้เขียน

บรรณาธิการ

ภาพประกอบ

ศิลปกรรม

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ

สมพร เพ็งคำ

บำเพ็ญ ไชยรักษ์

พินธกานต์ ตุงฉิน

ชนิษฐา แซ่เอี้ยว

สมพร เพ็งคำ

ถนุนต์ มกรพจน์

วันทีนีย์ มณีแดง

จัดพิมพ์โดย

ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไก

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อาคารสุขภาพแห่งชาติ

๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐

www.nationalheath.or.th และ www.thia.in.th

ISBN

พิมพ์ครั้งที่ ๑

พิมพ์ที่

๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๐๕๔๖-๔

๑,๐๐๐ เล่ม ธันวาคม ๒๕๕๓

บริษัทคุรุณาไทย จำกัด (วนิดาการพิมพ์)

คำนำ

2

ผมเข้ามาทำงานขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี ๒๕๔๓ เพิ่งได้ยินคำว่าเอชไอเอ. ในสมัยนั้น ซึ่งเป็นช่วงที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำลังริเริ่มให้มีการพัฒนางานทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนี้ ต่อมาเรื่องเอชไอเอ. ได้ถูกนำไปบรรจุไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่กำลังยกร่างกันอยู่ในช่วงนั้น จนกระทั่ง พ.ร.บ.ฉบับนี้ ผ่านออกมาเป็นกฎหมายเมื่อปี ๒๕๕๐ เรื่องเอชไอเอ. ก็ได้ปรากฏอย่างเป็นทางการครั้งแรกอยู่ในนั้น

ในขณะเดียวกัน เรื่องเอชไอเอ. ก็ได้ถูกบรรจุเข้าไว้ในรัฐธรรมนูญฯ ฉบับปี ๒๕๕๐ เป็นครั้งแรกด้วยเหมือนกัน

สังคมไทยหันมาพูดถึงเรื่องเอชไอเอ. กันหนาหูในปี ๒๕๕๒ เมื่อศาลปกครองมีคำสั่งให้ระงับการดำเนินโครงการในพื้นที่จังหวัดระยองและอื่นๆ จำนวน ๗๖ โครงการ เนื่องจากยังไม่ผ่านการทำเอชไอเอ. ตามที่รัฐธรรมนูญฯ มาตรา ๖๗ กำหนด

เอชไอเอ. คืออะไร มีความเป็นมาเป็นไปอย่างไร เป็นคุณหรือเป็นโทษแก่ประเทศชาติกันแน่ และน่าจะเดินหน้ากันไปอย่างไร เป็นเรื่อง que ทุกฝ่ายในสังคมน่าจะได้ใช้โอกาสนี้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนปัญญาของสังคมร่วมกัน

ผมจึงได้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เขียนเป็นหนังสือเล่มนี้ขึ้น เพื่อหวังให้เป็นสื่อสำหรับการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่สนใจตามสมควร แต่มิได้หวังให้เป็นหนังสือที่มีความความสมบูรณ์หรือมีความเป็นเลิศในทางวิชาการ

ผมต้องขอชื่นชมและยกย่องทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการพัฒนาวิชาการและการดำเนินงานเกี่ยวกับเอชไอเอ. ให้ก้าวหน้าอย่างมากมาจนถึงทุกวันนี้ และขอขอบคุณ คุณหมอมวิพุด พูลเจริญ ดร.เดชรัตน์ สุขกำเนิด คุณสมพร เพ็งคำ และทีมงานอีกหลายคน ที่จับตาดูงานเอชไอเอ. มายาวนาน และเอื้อเฟื้อข้อมูลต่างๆ ให้แก่ผมในการเขียนหนังสือเล่มนี้

ผมหวังว่าหนังสือเล่มนี้ จะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพะ ในสังคมตามสมควรต่อไป

อำพล จินดาวัฒนะ

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เมษายน ๒๕๕๓

สารบัญ

หน้า

เกริ่นนำ	๗
๑ ทำไมต้องมีเลขไอเอ.	๙
๒ ความเป็นมาของเลขไอเอ.	๑๕
๓ การทำเลขไอเอ.ในต่างประเทศ	๒๓
๔ ตัวอย่างการทำเลขไอเอ. ในต่างประเทศ	๒๗
๕ จากเทศสู่ไทย	๓๗
๖ ความรู้ คนและองค์กรเพิ่มพูน	๔๓
๗ ผลักดันเข้าสู่กฎหมาย	๔๙
๘ เลขไอเอ. ในพ.ร.บ.สุขภาพฯ	๕๕
๙ เตรียมระบบและกลไกทำงาน	๕๙
๑๐ ประชาชนขอทดสอบ	๖๓
๑๑ เชื่อมสากล	๗๑
๑๒ เข้าสู่รัฐธรรมนูญ	๘๑
๑๓ คลอดหลักเกณฑ์เลขไอเอ.	๘๗
๑๔ เลขไอเอ. ในอีไอเอ.	๙๕
๑๕ สู่การเรียนรู้ของสังคม	๑๐๑
๑๖ บทส่งท้าย	๑๐๕

เกริ่นนำ

6 เมื่อก่อนนี้เราจะคุ้นกันแต่เรื่องอีไอเอ. ที่ย่อมาจาก Environmental Impact Assessment หรือ EIA ซึ่งหมายถึง การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมก่อนที่จะอนุมัติ หรืออนุญาตให้ดำเนินโครงการลงทุนต่างๆ แต่เมื่อปี ๒๕๕๒ ที่ผ่านมา เราเริ่มได้ยินเรื่องเอชไอเอ. หนาหูขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีคำสั่งศาลปกครองจังหวัดระยองให้ระงับโครงการ ๗๖ โครงการ ที่ยังไม่ได้ทำเอชไอเอ. ตามที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐ กำหนดให้ครบถ้วน

ก่อนหน้านั้น ผมทำงานขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยจัดกระบวนการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นการมีส่วนร่วมมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ เพื่อวางระบบสุขภาพที่มองเรื่องสุขภาพกว้างกว่างานของกระทรวงสาธารณสุข หรือเรื่องมดหมอหยูกยา โดยมองคลุมไปถึงเรื่องสุขภาพะของทั้งคนและสังคมที่เป็นองค์รวม จนกระทั่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สำเร็จออกมาเป็นกฎหมายเมื่อปี ๒๕๕๐ ก็เริ่มมีการพูดถึงเอชไอเอ. กันมากขึ้น แต่ก็ยังไม่เคยสื่อสารกับสังคมได้มากนัก

มาบัดนี้ เรื่องเอชไอเอ. เป็นที่สนใจของสังคมมากขึ้นชัดเจน ผมจึงขอถือเป็นโอกาสนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับเอชไอเอ. เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้คนในสังคมกันต่อไป

๑. ทำไมต้องมี เอชไอเอ.

“ในประเทศที่พัฒนาแล้ว...มีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ.) และใช้มาก่อนเรา ทั้งนี้ก็เพื่อหาทางป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นให้มีน้อยที่สุด และหาวิธีลดผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วให้เบาบางลง เพราะเขาเห็นคุณค่าของชีวิตและสุขภาพของคนและสังคมของเขา...”

เนื่องจากสุขภาพหรือสุขภาวะเป็นผลรวมของการพัฒนาทั้งปวง ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทั้งบวกและลบมาจากอย่างน้อย ๓ ด้าน คือ (๑) **ด้านตัวเราเอง** ไม่ว่าจะจะเป็นความเชื่อ วิถีชีวิต พฤติกรรม หรือกรรมพันธุ์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อตัวเราเองมากกว่าครึ่งหนึ่งของ ปัจจัยทั้งหมด อย่างเช่น พฤติกรรมการกินอยู่ของเรานี้เห็นได้ชัดเจนมีบางคนบอกว่า you are what you eat เรากินกินพอสดีและขาดการออกกำลังกายที่เพียงพอ ก็จะมีโรคหลายชนิดตามมา ถ้าเราดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ ก็จะมีหลายโรคถามหา เป็นต้น เรียกว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ดีอยู่ที่ตัวเราเป็นคนกำหนดเองอย่างมาก (๒) **ด้านสภาพแวดล้อมต่างๆ ทั้งทางกายภาพ และชีวภาพ และระบบต่างๆ ในสังคม** ก็ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสุขภาวะของเราไม่น้อย เช่น มลพิษทางอากาศ น้ำ ขยะ สารเคมีตกค้างในอาหารและสิ่งแวดล้อมทั่วไป ระบบการขนส่ง การสื่อสาร การพัฒนาทางเศรษฐกิจต่างๆ ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งบวกและลบ รวมไปถึงการดำเนินการตามนโยบายสาธารณะต่างๆ เช่น การพัฒนาอุตสาหกรรม การวางผังเมือง การกำหนดพื้นที่สาธารณะ การกำหนดกติกาของชุมชน การควบคุมวินัยจราจร ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสุขภาวะของผู้คนในสังคมนั้นๆ ไม่น้อยกว่า ๑ ใน ๓ ของปัจจัยทั้งหมด และ (๓) **ระบบบริการ**

สุขภาพ อันได้แก่ การจัดบริการสาธารณสุข เช่น การมีสถานพยาบาลที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อการบริการประชาชน การดำเนินงานด้านสาธารณสุขต่างๆ ก็มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นกัน อย่างเช่น ปัญหาเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กในอดีตลดลงได้มาก ส่วนหนึ่งก็เพราะเรามีระบบบริการสุขภาพที่ดีและทั่วถึงมากขึ้น เป็นต้น

ที่ผ่านมา เมื่อเราพูดถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เรามักจะมองกันอยู่ที่เรื่องสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ เราสนใจเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม ส้วม น้ำ ความสะอาด อากาศ เรามักจะมองข้ามผลกระทบต่อสุขภาพที่มากับการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มากับการพัฒนาที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการตัดถนนหนทาง การจัดเขตพื้นที่อุตสาหกรรม การทำเหมือง การพัฒนาพลังงาน การเจรจาทางการค้า การพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อหาเงินเข้าประเทศ และการกำหนดสิทธิบัตรต่างๆ ทั้งๆ ที่สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสุขภาพะของคนในชาติไม่น้อย

ตัวอย่างที่เห็นได้ง่ายๆ เช่น การสร้างเขื่อน การทำเหมือง การเปิดพื้นที่อุตสาหกรรม การตัดถนนหนทางด่วน การเปิดพื้นที่ท่องเที่ยว การขยายเขตพื้นที่เมือง ฯลฯ มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ สุขภาวะทางสังคมของพวกเขาต้องเปลี่ยนไปอย่างมาก และเกิดมลพิษที่มีผลทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ รวมไปถึงปัญหาสุขภาพะทางสังคมตามมาด้วย

ในบ้านเราที่เห็นกันชัดเจนมานานแล้วก็เช่น กรณีเหมืองตะกั่วที่บ้านคิลีตี้ กาญจนบุรี ที่ทำให้เกิดสารตะกั่วตกค้างในธรรมชาติ มีผลทำให้คนในพื้นที่เจ็บป่วยรุนแรงมาจนถึงทุกวันนี้ กรณีผลกระทบต่อสุขภาพคนที่อยู่อาศัยรอบๆ โรงไฟฟ้าแม่เมาะที่ลำปาง และที่เป็น

ข่าวครึกโครมมานานแล้วก็คือ การเกิดผลกระทบด้านสุขภาพอย่างรุนแรงหลายเรื่องในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียงในจังหวัดระยองอันเนื่องมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลตะวันออกที่มีมา ๒-๓ ทศวรรษแล้ว

ที่เป็นผลกระทบจากนโยบายสาธารณะใหม่ๆ ก็ได้แก่ นโยบายการเปิดให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพ การกำหนดสิทธิบัตร การกำหนดข้อตกลงทางการค้า เหล่านี้ก็เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยในรูปแบบใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม

ในช่วง ๒๐-๓๐ ปีที่ผ่านมา เราเริ่มให้ความสนใจผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม อาจเป็นเพราะเข้าใจและสัมผัสได้ง่ายและชัดเจน จนมีการออกกฎหมายกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมก่อนการอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินโครงการที่เข้าข่ายมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่อสิ่งแวดล้อม มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๒๔

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งเผชิญกับผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะมาก่อน เขาจึงมีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เฮชไอเอ.) และใช้มาก่อนเรา ทั้งนี้ก็เพื่อหาทางป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด และหาวิธีลดผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วให้เบาบางลง เพราะเขาเห็นคุณค่าของชีวิต และสุขภาพวะของคนและสังคมของเขา ควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย เฮชไอเอ. จึงเป็นเครื่องมือทางสังคมอย่างหนึ่งสำหรับประเทศที่มีคุณภาพ



๒ ความเป็หมา ของเอชไอเอ.

“...สุขภาพของคนอาจได้รับผลกระทบจาก
โครงการพัฒนาต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลง
ทางสิ่งแวดล้อม ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม
ซึ่งการทำเอชไอเอ. ก่อนเริ่มดำเนินโครงการใดๆ
จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง...”

ไอเอ หรือ ไอเอ. ย่อมาจาก Health Impact Assessment หรือ HIA หรือ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ มีการพัฒนาและใช้ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy Public Policy) ในระดับสากลมานานหลายทศวรรษแล้ว ด้วยเหตุ ที่มองเห็นว่า สุขภาพของคนอาจได้รับผลกระทบจากโครงการ พัฒนาต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ซึ่งการทำไอเอ. ก่อนเริ่มดำเนินโครงการใดๆ จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

ในช่วงต้นๆ มีการให้ความหมายของไอเอ. ไว้ว่า หมายถึง “การประมาณการณ์ผลกระทบของการกระทำใดการกระทำหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง” ซึ่งการกระทำ ดังกล่าวอาจครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงการ เช่น โครงการโรงไฟฟ้า พลังน้ำ ระดับแผนงาน เช่น แผนการจัดสรรและระบายน้ำในพื้นที่ ชลประทาน ระดับนโยบาย เช่น การนำต้นทุนผลกระทบต่อสุขภาพ เข้าร่วมไว้ในต้นทุนอุตสาหกรรม เป็นต้น

ในระยะเริ่มแรก ไอเอ. มักจะจำกัดอยู่ในเรื่องเกี่ยวกับ มลภาวะทางเสียงและอากาศ แต่ต่อมามีการขยายครอบคลุมกว้าง

ขึ้นไปถึงเรื่องปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ปัจจัยทางการเพาะปลูก ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเกิดมลภาวะ รวมไปถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

องค์การอนามัยโลกมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาเอชไอเอ. มาอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการเสนอให้นำประเด็นสุขภาพและความปลอดภัยเข้าร่วมไว้ในการวิเคราะห์ผลกระทบจากนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาอื่นๆ มีการผลักดันให้ประเทศในภาคพื้นยุโรปพัฒนาและใช้เอชไอเอ. จนกระทั่งมีการกำหนดนโยบายให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยให้มีข้อห่วงใยด้านสุขภาพอยู่ในการกำหนดนโยบายทุกด้าน (Health in All Policies) และมีการเสนอให้มีการจัดทำอีไอเอ. และเอชไอเอ. มีการกำหนดให้สหภาพยุโรปต้องพิจารณาว่าข้อเสนอทั้งหลายจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ และต้องส่งเสริมสุขภาพที่ดีของมนุษย์ด้วย นอกจากนี้ยังผลักดันให้สหภาพยุโรปกำหนดนโยบายให้การพัฒนาทุกสาขาต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพทั้งระดับนโยบายภายในและต่างประเทศด้วย

องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. ๒๕๓๘) ได้ให้เหตุผลของการทำเอชไอเอ. ไว้ ๘ ประการว่า (๑) ความเสื่อมโทรมทางสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ (๒) ผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์จำเป็นต้องได้รับการดูแลและดำเนินการโดยสาธารณะและภาครัฐอย่างทันที่ (๓) การป้องกันมีประสิทธิผลดีกว่าการรักษาและฟื้นฟู (๔) ผลลัพธ์ทางสิ่งแวดล้อม สังคม และสุขภาพ สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ (๕) มีการระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยการประเมินผลกระทบในรูปแบบต่างๆ (๖) วิธีการทำเอชไอเอ. สามารถผนวกรวมไว้กับการทำอีไอเอ. ตามปกติได้ (๗) การรวมประเด็นด้าน

สุขภาพเข้าไว้ในการพิจารณาอย่างเป็นระบบจะช่วยเสริมความ
แม่นยำและความชอบธรรมของการตัดสินใจและการดำเนินการ
ต่างๆ ในภายหลัง และ (๘) ไม่มีเหตุผลใดที่จะต่อต้านหรือไม่ทำ
เอชไอเอ.

สำหรับแนวทางการทำเอชไอเอ. ในระดับสากล มีการแนะนำ
ไว้ ๔ แนวทาง คือ (๑) ทำตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนด
(๒) ประยุกต์ใช้การประเมินความเสี่ยง (๓) ทำตามที่ธนาคารเพื่อ
การพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) กำหนด และ (๔) ใช้วิธีวิทยาศาสตร์ทั่วไป

ในระยะเริ่มต้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกระบวนการ
ทำเอชไอเอ. เชิงเทคนิคไว้ ๙ ขั้นตอน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เพื่อทำเอชไอเอ.
เกี่ยวกับโครงการสร้างเขื่อนและการพัฒนาแหล่งน้ำ หัวใจสำคัญที่
องค์การอนามัยโลกเสนอไว้ก็คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนใน
ชุมชนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยกำหนดขั้นตอนเชิงกระบวนการ
ไว้ ๑๐ ขั้นตอน ประกอบด้วย การกำหนดระยะเวลาดำเนินการ
การกลั่นกรองเบื้องต้น การกำหนดคณะกรรมการกำกับประเมิน
การกำหนดขอบข่ายและเห็นชอบขอบเขตการศึกษา การคัดเลือกผู้
ทำการประเมิน การกำหนดขอบเขตเชิงพื้นที่ การกำหนดขอบเขตเชิง
เวลา การประเมินและการเผยแพร่ผลการประเมิน การเจรจาต่อรอง
รวมถึงการดำเนินงาน และการตรวจสอบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ต่อมาได้มีการปรับปรุงให้ง่ายขึ้น เหลือเพียง ๕ ขั้นตอน โดย
เป็นขั้นตอนช่วงระยะเวลาพัฒนานโยบายและโครงการเพื่อการ
ประเมินผลกระทบ ๓ ขั้นตอน คือ (๑) การคัดกรองเบื้องต้น เป็นการ
สำรวจประเด็นสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายหรือโครงการที่จะทำ
เอชไอเอ. (screening) (๒) กำหนดขอบเขตการทำเอชไอเอ.
(scoping) คือ การจำแนกประเด็นสุขภาพที่สำคัญและความห่วงกังวล

ของสาธารณะ การกำหนดข้อตกลงและขอบเขตการทำเอชไอเอ. (๓) การประเมินผลกระทบ (appraisal) คือการประเมินอย่างรวดเร็วหรือประเมินเชิงลึกของผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบ ข้อมูลพื้นฐาน การคาดการณ์โอกาสที่อาจเกิด และการลดผลกระทบ

จากนั้นก็เป็นที่ ๒ ขั้นตอนในระยะเวลาการปฏิบัติตามนโยบาย คือ (๔) การรายงานผล สรุปการทำเอชไอเอ. และข้อเสนอในการขจัดหรือลดผลกระทบเชิงลบ หรือการเสริมผลกระทบเชิงบวก และ (๕) การกำกับติดตามตลอดการดำเนินนโยบายหรือโครงการนั้นๆ

สำหรับการประยุกต์ใช้วิธีประเมินความเสี่ยง เป็นการทำให้พยายามตอบคำถามสำคัญ ๕ ประการ คือ อะไรที่สามารถเกิดเป็นความผิดพลาดขึ้นได้บ้าง ผลที่ต่อเนื่องจากความผิดพลาดนั้นจะรุนแรงเพียงใด อย่างไร โอกาสที่จะเกิดผลต่อเนื่องที่รุนแรงมีมากน้อยเพียงใด มีมาตรการที่จำเป็นอะไรบ้างหากเกิดความผิดพลาดรุนแรงขึ้น และอะไรคือสิ่งที่สามารถดำเนินการได้เพื่อป้องกันความเสี่ยงและความเสียหายที่อาจยอมรับได้ และด้วยต้นทุนเท่าใด

ส่วนแนวทางการทำเอชไอเอ. ที่กำหนดโดยธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย มี ๔ ขั้นตอน คือ การกำหนดประเภทและสถานที่ตั้งของโครงการ การระบุภาวะความเสี่ยงและอันตรายต่อสุขภาพ การตรวจสอบภาวะสุขภาพเบื้องต้น ความจำเป็นของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ การกำหนดขอบข่ายของการทำเอชไอเอ. การจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการตรวจสอบและการประเมินผลประโยชน์ของโครงการ

สำหรับการทำเอชไอเอ. ด้วยวิธีวิทยาศาสตร์ทั่วไป เป็นการพัฒนาแบบผสมผสานระหว่างการประเมินความเสี่ยงเข้ากับการทำเอชไอเอ.

๓ การทำเอชไอเอ. ในต่างประเทศ

“...จำแนกออกได้เป็นสองกลุ่ม คือ
กลุ่มที่ ๑ เป็นการต่อยอดมาจากอีไอเอ. และ
กลุ่มที่ ๒ เป็นการพัฒนามาจากแนวคิดการ
พัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีหรือที่เรียกว่า
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ...”

๑ ร.เดชรัตน์ สุขกำเนิด และคณะ (พ.ศ. ๒๕๔๕) ได้ศึกษาการทำเอชไอเอ. ใน ๔ ประเทศ ได้แก่ แคนาดา นิวซีแลนด์ สหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ พบว่า ในประเทศแคนาดา มีสถาบันเอชไอเอ. ที่เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการทำอีไอเอ. โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมประเทศสหราชอาณาจักรเริ่มแนวคิดเรื่องเอชไอเอ. โดยทางมหาวิทยาลัย ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขรับดูแลการดำเนินงานนี้ โดยการให้ทุนและส่งเสริมภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการด้านสุขภาพ ประเทศเนเธอร์แลนด์ มีจุดเริ่มต้นที่กระทรวงสาธารณสุขให้ทุนแก่มหาวิทยาลัยเพื่อพัฒนาเครือข่ายมหาวิทยาลัยในการทำเอชไอเอ. ต่อมากระทรวงสาธารณสุขรับดำเนินงานนี้เองเพราะสามารถนำประเด็นต่างๆ เข้าสู่การพิจารณาของ ครม. ได้โดยตรง

สรุปแล้ว การทำเอชไอเอ. ใน ๔ ประเทศข้างต้น จำแนกออกได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ ๑ เป็นการพัฒนาต่อยอดจากอีไอเอ. ได้แก่ ประเทศแคนาดา และนิวซีแลนด์ โดยมีการทำเอชไอเอ. ให้เป็นส่วนหนึ่งของอีไอเอ. ซึ่งมีข้อเด่น คือ มีกฎหมายอีไอเอ. รองรับชัดเจน มีอำนาจใน

การอนุมัติและการตัดสินใจ และลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินการ แต่ก็มีข้อด้อย คือ การทำอย่างนี้มักจะทำให้จำกัดอยู่แค่ระดับโครงการเท่านั้น และมักเกี่ยวข้องกับเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากปัจจัยทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก

กลุ่มที่ ๒ เป็นการพัฒนามาจากแนวคิดการพัฒนานโยบาย สาธารณะที่ดี หรือที่เรียกว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policy) ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ มีการพัฒนาการทำเอชไอเอ. แยกออกจากอีไอเอ. โดยถือว่าการทำเอชไอเอ. เป็นกระบวนการหนึ่งในการกลั่นกรองนโยบายสาธารณะ โดยผ่านการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ ข้อเด่น คือ สามารถใช้การทำเอชไอเอ. ในขอบเขตที่กว้างขวางกว่า ตั้งแต่ระดับนโยบายรัฐไปจนถึงนโยบายระดับท้องถิ่น และสามารถ ใช้กับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยทางกายภาพ ชีวภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมได้ด้วย เพราะไม่ติดขัดข้อกำหนดทางกฎหมาย แต่ก็มีข้อด้อย คือ กระบวนการนี้ ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ หรืออนุมัติอนุญาตโครงการต่างๆ







ตัวอย่าง การทำเอชไอเอ. ในต่างประเทศ

“...กฎหมายกำหนดให้นายกเทศมนตรี
มหานครลอนดอนที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรง
ต้องรับผิดชอบต่อการกำหนดยุทธศาสตร์หรือ
การดำเนินการใดๆ ก็ตาม ที่มีผลต่อสุขภาพและ
ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ซึ่งนั่นหมายความว่า
นายกเทศมนตรีจะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้าน
สุขภาพเสมอเมื่อจะออกนโยบายและยุทธศาสตร์
การทำงานเรื่องใดๆ จึงเป็นที่มาของการทำ
เอชไอเอ. ในมหานครลอนดอน...”

เพื่อให้เห็นภาพการทำเอชไอเอ. ของสหราชอาณาจักรตามแนวทางในกลุ่มที่ ๒ จึงขอเสนอกรณีตัวอย่างการใช้เอชไอเอ. สำหรับการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นของมหานครลอนดอน (พ.ศ.๒๕๔๓) โดยสังเขป ดังนี้

เนื่องจากมีกฎหมายกำหนดให้นายกเทศมนตรีมหานครลอนดอนที่มาจาก การเลือกตั้งโดยตรง ต้องรับผิดชอบต่อการกำหนดยุทธศาสตร์หรือการดำเนินการใดๆ ก็ตาม ที่มีผลต่อสุขภาพและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ซึ่งนั่นหมายความว่านายกเทศมนตรีจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพเสมอเมื่อจะออกนโยบายและยุทธศาสตร์การทำงานเรื่องใดๆ จึงเป็นที่มาของการทำเอชไอเอ. ในมหานครลอนดอน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพของลอนดอนขึ้น เพื่อประสานงานทางวิชาการและปฏิบัติการทำเอชไอเอ. สำหรับทุกนโยบายที่กำหนดขึ้น

การทำเอชไอเอ. ในกรณีนี้เป็นการทำแบบใช้เวลาสั้นๆ ด้วยการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน โดยให้สถาบันวิชาการที่มีชื่อเสียงทำหน้าที่เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับหลักคิดและข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อด้านสุขภาพในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย อ่านง่าย

ส่งให้ผู้เข้าร่วมเวทีอ่านก่อนการประชุม ทั้งนี้ มีหน่วยงานระดับชาติ คือ องค์กรพัฒนาสุขภาพ (Health Development Agency) ให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลหลักฐานของผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่เกิดจากนโยบายและกิจกรรมสาธารณะต่างๆ ซึ่งทำให้สามารถย่นระยะเวลาการเตรียมการและการทำเอชไอเอ. ลงไปได้มาก

เมื่อมีการเปิดเวทีรับฟังความเห็นสาธารณะแล้ว ก็ประมวลข้อเสนอแนะต่างๆ ส่งไปยังคณะกรรมการสุขภาพของมหานครลอนดอน โดยขจัดเกล้าให้เป็นข้อเสนอที่เข้าใจง่ายและมีความหมายในทางการเมือง เพื่อส่งต่อให้นายกเทศมนตรีนำไปประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์นโยบายและกิจกรรมสาธารณะต่างๆ ต่อไป

การทำเอชไอเอ. แบบนี้นำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะที่ให้ความห่วงใยต่อเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจนหลายประการ ได้แก่

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

- การพัฒนาระบบการจ้างงานที่เอื้อสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในลอนดอน (เช่น ผู้อพยพเข้าเมือง ชนกลุ่มน้อย กลุ่มคนยากจน)

- การพัฒนาระบบการจัดหางานแนวใหม่ที่ผนวกเรื่องการฝึกอบรม และระบบการศึกษา
- ระบบสนับสนุนการทำงานของสตรีและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
- สภาพการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะส่วนของความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- ระบบการทำงานแบบบางช่วงเวลา และระบบอาสาสมัคร เพื่อเอื้อโอกาสสำหรับผู้ที่ไม่สามารถทำงานเต็มเวลา และเพื่อเอื้อต่อการสร้างระบบอาสาสมัครภายในชุมชน

นอกจากมาตรการหลักเหล่านี้แล้ว ทางหน่วยสังเกตการณ์ด้านสุขภาพของลอนดอนยังพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินผลกระทบจากการดำเนินการทางเศรษฐกิจรูปแบบต่างๆ ภายในท้องถิ่นในลักษณะของตารางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจกับความยั่งยืนและสุขภาพ ซึ่งมีความสะดวกในการใช้งานและมีฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยในตัว การพัฒนาเครื่องมือลักษณะนี้ทำให้การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่นไม่ละเลยผลกระทบและผลประโยชน์ทางสุขภาพ ขณะเดียวกันก็สามารถวางแผนดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว โดยการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่นเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างคณะกรรมการสุขภาพของมหานครลอนดอน คณะกรรมการสุขภาพการพัฒนาที่ยั่งยืนของมหานครลอนดอน และหน่วยงานพัฒนามหานครลอนดอน

(๒) นโยบายการจัดระบบการขนส่งมวลชนและการลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น ปัญหาจราจรติดขัด มลพิษทางอากาศ เสียง และอุบัติเหตุ เป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิตของชาวลอนดอน การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงให้ความสำคัญกับนโยบายด้านนี้เป็นอย่างมาก จนสามารถพัฒนาเป็นแนวทางนโยบายที่น่าสนใจหลายประการ ได้แก่

- การลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น โดยการพัฒนาเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการใช้ระบบสื่อสารแทนการเดินทาง และการมุ่งเน้นการพัฒนา ระบบเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่นแทนการมุ่งเดินทางเข้าเมือง
- การจัดเก็บค่าผ่านเข้าเขตจราจรแออัด เพื่อลดปัญหาจราจรติดขัดในย่านใจกลางเมืองกลางมหานครลอนดอน และเพื่อเป็นการผลักดันให้มีการหันไปใช้ระบบการขนส่งมวลชน และทางเลือกอื่นๆ ในการเดินทางที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพน้อยกว่า
- การจัดระบบขนส่งมวลชนที่สะดวก เชื่อถือได้ และเข้าถึงได้ โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้มีรายได้น้อย รวมถึงการออกแบบเส้นทางเดินรถใหม่ การพัฒนาขีดความสามารถของผู้ให้บริการขนส่งมวลชนสาธารณะ การสร้างระบบโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้ออำนวยสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ การเพิ่มระบบการขนส่งมวลชนนอกช่วงเวลาเร่งด่วน เพราะเป็นช่วงเวลาที่เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการจะใช้ในการเดินทาง การปรับปรุงระบบความปลอดภัยของขนส่งมวลชน และการใช้เชื้อเพลิงที่สะอาดเพื่อลดปัญหามลภาวะ
- การเพิ่มการเดินทางด้วยจักรยานและการเดินเท้า ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่จะเพิ่มการออกกำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ ช่วยลดอุบัติเหตุทางถนน และยังมีส่วนสำคัญในการ

เพิ่มเครือข่ายและความสัมพันธ์ในชุมชน โดยจะมีมาตรการในการดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนาทางเดินเท้าที่ปลอดภัยสู่โรงเรียน เพื่อให้เด็ก ๆ สามารถเดินทางไปโรงเรียนได้ด้วยตนเอง ซึ่งบางชุมชนได้พัฒนา มาเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของนโยบายการขนส่งที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วย การจัดระบบทางเดินเท้า และสิทธิของคนเดินเท้าที่ปลอดภัย การจัดระบบทางเดินจักรยานที่แยกจากถนนรถยนต์ เพื่อความปลอดภัยและความสะดวกของผู้ใช้จักรยาน การจัดระบบที่จอดรถจักรยานที่ปลอดภัย และมีการจัดทำที่อาบน้ำสำหรับผู้ใช้จักรยานในการเดินทางไปทำงาน การสนับสนุนการมีระบบประกันภัยที่ไม่แพง และการพัฒนาระบบการต่อเชื่อมระหว่างรถจักรยานกับรถไฟ สำหรับการเดินทางระยะไกล

(๓) การติดตามผลกระทบของการพัฒนาพื้นที่มหานครลอนดอน เนื่องจากมหานครลอนดอนยังมีกรขยายตัวอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าจะในช่วงประมาณ ๑๐ ปีข้างหน้า มหานครลอนดอนยังจะมีการขยายตัวมากกว่า ๗๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งจะต้องมีการจ้างงาน การพัฒนาระบบสาธารณูปโภค ระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาชุมชนตามมา โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ของมหานครลอนดอนขึ้นมาเป็นแผนแม่บท ซึ่งรวมถึงการเพิ่มพื้นที่สีเขียว การเชื่อมต่อพื้นที่สีเขียวเป็น Green Belt และการส่งเสริมความหลากหลายทางชีวภาพในมหานครลอนดอน

เพื่อให้การพัฒนาพื้นที่ของมหานครลอนดอนเป็นไปในลักษณะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอให้มีการติดตามและมีการจัดทำเอชไอเอ. ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ของมหานครลอนดอนอย่างต่อเนื่อง โดยนอกจากจะลด

ผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของชาวลอนดอนแล้ว ยังต้องสร้างความมั่นใจได้ว่า การพัฒนาของมหานครลอนดอน จะต้องไม่สร้างความเดือดร้อนของคนที่ยืนอกพื้นที่ โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการอนุรักษ์พลังงาน สนับสนุนการพัฒนาพลังงานหมุนเวียน และลดการพึ่งพาพลังงานฟอสซิลและนิวเคลียร์ การจัดการขยะ และการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมถึงการใช้มาตรการต่างๆ ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกมหานครลอนดอนด้วย เช่น การจัดเก็บค่าผ่านทางเข้าเขตจราจรแออัดก็ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการจราจรภายนอกพื้นที่ที่เก็บค่าผ่านทางเข้าด้วย

(๔) การเข้าถึงกิจกรรมทางวัฒนธรรมสำหรับทุก ๆ คน

กิจกรรมทางวัฒนธรรมเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของชุมชนและบุคคลในหลาย ๆ มุม ทั้งเป็นการสร้างทุนทางสังคม การลดความกังวลและการเสริมสร้างสุขภาพจิต การเพิ่มการออกกำลังกายและลดการเจ็บป่วย และยังเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการสื่อสารทางสุขภาพและการสร้างความเข้าใจอันดีในสังคมอีกด้วย

ปัญหาที่พบในมหานครลอนดอน คือ การเข้าถึงกิจกรรมทางวัฒนธรรมยังไม่เท่าเทียมกัน ด้วยข้อจำกัดหลายประการ เช่น ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดทางสังคม และข้อจำกัดอันเนื่องมาจากเงื่อนไขการทำงาน ดังนั้น การทำเอชไอเอ. จึงเสนอให้มีการหนุนเสริมให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าสามารถเข้าถึงกิจกรรมทางวัฒนธรรมได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ถึงแม้ว่า การทำเอชไอเอ. จะให้ข้อเสนอที่ครอบคลุมนโยบายสาธารณะในหลายสาขา แต่การทำเอชไอเอ. ก็มีใช้การตัดสินใจและการดำเนินนโยบายในตัวเอง ในความเป็นจริงแล้วการดำเนิน

นโยบายแต่ละด้านยังมีเงื่อนไขและอุปสรรคต่างๆ มากมาย ซึ่งผู้มีหน้าที่และอำนาจในการตัดสินใจจำเป็นต้องมีการใช้ศาสตร์และศิลป์ และมีความมุ่งมั่นในการดำเนินนโยบายนั้นๆ

(จากหนังสือ “เรียนรู้โลก ห่วงไกลโรค” สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)





๕ จากทศสไทย

“...แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
เปิดมุมมองใหม่ต่อเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่า
การแพทย์และสาธารณสุข และมองว่าการ
พัฒนาสุขภาพเป็นอะไรที่ต้องทำในทุกภาคส่วน
ของสังคม... โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับ
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อด้านสุขภาพทั้งกายภาพ
ชีวภาพ ระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม
สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ...”

ประเทศไทยมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับเอชไอเอ.มานานกว่า ๑ ทศวรรษแล้ว โดยการริเริ่มของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานตามแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่สืบเนื่องมาจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๔๐ ที่เปิดมิติประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมเป็นครั้งแรก มีการดำเนินงานจนกระทั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำเอกสาร “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๔๐” ขึ้น มีการระบุในรายงานหมวดที่ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรค คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ข้อ ๔ ไว้ว่า “รัฐจะต้องจัดให้มีกลไกทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ที่จะสามารถดำเนินการกับบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้รับผิดชอบและจัดการลดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพ.....”

จากแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและรายงานข้างต้นที่เปิดมุมมองใหม่ต่อเรื่องสุขภาพที่กว้างกว่าการแพทย์และสาธารณสุข และมองว่าการพัฒนาสุขภาพเป็นอะไรที่ต้องทำในทุกภาคส่วนของสังคม ไม่ใช่แค่เรื่องของแพทย์ พยาบาล และกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งกายภาพ ชีวภาพ ระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม รวมไปถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ จึงเป็น

ที่มาของข้อเสนอออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.๒๕๕๓ ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้น โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานทำหน้าที่สร้างความรู้และขับเคลื่อนสังคมในการออก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะยาว มีการตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นมาทำหน้าที่หน่วยงานเลขานุการ

พร้อมๆ กันนั้น สวรส. ก็ได้จัดการให้มีการศึกษาองค์ความรู้ในระดับสากลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาเครื่องมือเอชไอเอ. เพื่อเตรียมความพร้อมทางวิชาการในการจัดระบบและกลไกใหม่ๆ ขึ้น ให้เหมาะสมกับระบบสุขภาพที่จะปฏิรูปสำหรับอนาคต และสอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการนานาชาติ “International Experiences for HIA Development” ที่เชียงใหม่ เมื่อเดือนธันวาคม ปี ๒๕๕๔ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้กับเพื่อนภาคีทั้งในและต่างประเทศ มีศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย เป็นประธาน

หลังจากนั้น สวรส. ได้จัดตั้ง “แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” ขึ้น เพื่อเตรียมการทำงานสร้างความรู้และเสนอแนะการวางระบบและกลไกเรื่องนี้สำหรับอนาคต โดยกำหนดการทำงานไว้ ๔ ด้าน คือ (๑) การวิจัยและสร้างความรู้ที่เกี่ยวกับเอชไอเอ. ทั้งในและต่างประเทศ (๒) การศึกษาพัฒนาการเชิงกระบวนการและกลไกที่เกี่ยวกับเรื่องเอชไอเอ. (๓) การรวบรวมคนที่สนใจเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อสร้างกลุ่มคนที่ทำงานด้านนี้ (critical mass) ให้เพิ่มขึ้น และ (๔) การพัฒนาสภาวะแวดล้อมทาง

สังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ เช่น การสื่อสารทางสังคม การเข้าร่วมงานกับกระบวนการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เพื่อหาช่องทางผลักดันทางการเมือง เป็นต้น

ในปีถัดๆ มา มีการพัฒนาการดำเนินงานของแผนงานกว้างยิ่งขึ้น โดยพัฒนานักวิชาการและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเอชไอเอ. มีการสร้างเครือข่ายทางนโยบายใหม่ๆ และเปิดหน่วยงานใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น งานด้านยุทธศาสตร์การจัดการฐานทรัพยากร การพัฒนาแผนพัฒนาภูมิภาค การพัฒนานโยบายด้านการจัดการน้ำ การพัฒนาเมืองและการขนส่ง เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็มีการทดลองขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับท้องถิ่นและในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีการทำงานกับเครือข่ายนักวิชาการระดับนานาชาติที่ทำงานด้านนี้ เพื่อเชื่อมโยงการเรียนรู้ และสนับสนุนให้นักวิชาการไทยบางคนไปศึกษาต่อเรื่องการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเอชไอเอ. ในต่างประเทศด้วย





๕ ความรู้ คุณเสะ องค์กรเพิ่มพูน

“...กล่าวได้ว่าเรื่องเอชไอเอ. ในประเทศไทย มีการเตรียมความพร้อมอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากหลายองค์กรที่ทำงานเชื่อมโยงกับ สวรรส. และ สปรส...”

ก ล่าวได้ว่าเรื่องเอชไอเอ. ในประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมอย่างค่อยเป็นค่อยไปจากหลายองค์กรที่ทำงานเชื่อมโยงกับ สวรส. และ สปรส. และองค์กรอื่นๆ ที่สนใจเรื่องนี้ ได้แก่

- ในภาควิชาการได้มีการชวนนักวิชาการที่สนใจเข้าร่วมทำงานพัฒนาความรู้เพื่อพัฒนาระบบเอชไอเอ. ด้วยการทำโครงการต่างๆ ร่วมกัน เช่น การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพกรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ระยอง กรณีอาคารสูงเชียงใหม่ กรณีการใช้สารเคมีทางการเกษตรในภาคเหนือและอีสาน กรณีสวนสาธารณะเทศบาลเมืองยะลา เป็นต้น
- มีการพัฒนานักวิชาการด้านสุขภาพและสังคมรุ่นใหม่ๆ โดยเติมวิชาเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและเอชไอเอ. ในหลักสูตรต่างๆ ให้กับนักศึกษา เช่น คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หลักสูตรปริญญาโท

ด้านสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตราชภัฏอุดรธานี หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติและคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตยโสธร คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ คณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นต้น

- ในปี ๒๕๔๕ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับกองสุขภาพภิบาล กรมอนามัย มาเป็น กองสุขภาพชุมชนและการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานทางวิชาการสนับสนุนการพัฒนาประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข ที่กรมอนามัยมีหน้าที่ดูแลอยู่แล้วด้วย ซึ่งต่อมากรมอนามัยได้กำหนดให้เรื่องเอชไอเอ. เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ของกรม โดยมีเป้าหมายพัฒนา ๓ เรื่องคือ (๑) พัฒนาระบบเอชไอเอ. (๒) สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นในการดำเนินการเอชไอเอ. และ (๓) สร้างระบบเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน

- ในส่วนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นหน่วยงานทางวิชาการ ก็ได้ริเริ่มพัฒนาแนวทางการทำเอชไอเอ. สำหรับโครงการที่กฎหมายกำหนดให้ต้องจัดทำรายงานอีไอเอ. ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติอยู่แล้ว เพื่อผลักดันให้มีการทำเอชไอเอ. และให้มีการใช้ดัชนีทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของรายงานอีไอเอ. โดยในปี ๒๕๔๙ ได้ริเริ่มทำการยกวางแนวทาง

ทำอาชีพไอเอ. กรณีทำอากาศยานและโรงงานปูนซีเมนต์โดยใช้หลักการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ และต่อมา ปี ๒๕๕๑ ได้จัดทำร่างแนวทางการทำอาชีพไอเอ. ในรายงานอีไอเอ. ในภาพรวม และการทำอาชีพไอเอ. ในอีไอเอ. กรณีประเภทโครงการเหมืองทองคำด้วย

- สภาที่ปรึกษาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ก็ให้ความสนใจต่อเรื่องอาชีพไอเอ. โดยได้จัดทำข้อเสนอต่อรัฐบาลเมื่อปี ๒๕๔๘ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบอาชีพไอเอ. ทั้งเชิงหลักการ กระบวนการองค์กรและกลไกการทำงาน กรม.รับทราบแล้วมอบให้กระทรวงสาธารณสุขติดตามรายงานความก้าวหน้า พร้อมกับนี้สภาที่ปรึกษาฯ ได้จัดตั้งคณะทำงานติดตามและสนับสนุนการพัฒนาระบบอาชีพไอเอ. อย่างต่อเนื่องด้วย

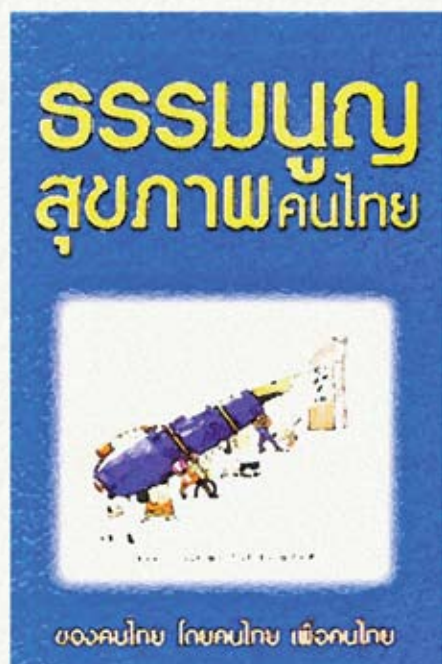
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ได้สนับสนุนทุนให้นักวิชาการและคนที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบอาชีพไอเอ. ในประเทศไทยบางส่วน ได้มีโอกาสไปร่วมประชุมเสวนองานวิชาการและทำงานวิชาการกับเครือข่ายนานาชาติหลายครั้ง ทั้งในระดับโลก ระดับเอเชียแปซิฟิก และระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งนี้ ก็ด้วยเป้าหมายช่วยกันพัฒนาศักยภาพคนและองค์ความรู้ในงานด้านนี้สำหรับประเทศไทยเพื่อการทำงานในระยะยาว

- ในส่วนของนักวิชาการกลุ่มหนึ่งที่จับงานด้านนี้มาตั้งแต่ยุคแรกๆ ก็ได้ชวนกันจัดตั้งมูลนิธินโยบายสุขภาพ (มนส.) ขึ้นเป็นองค์กรทางวิชาการที่ไม่แสวงกำไร เพื่อใช้เป็นกลไกหนึ่งทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาวิชาการ พัฒนาคน ให้คำปรึกษาทางวิชาการเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและ

การพัฒนาเอสไอเอ. รวมทั้งการทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรอื่นเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ภาคประชาชน ท้องถิ่น และชุมชนด้วย โดยมีนายแพทย์วิฑูรย์ พูลเจริญ อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นประธานมูลนิธิ

- ในส่วนของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีหน้าที่ดูแลระบบอีไอเอ. ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ ก็ให้ความสำคัญกับเรื่องเอสไอเอ. โดยมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นสิ่งแวดล้อม ได้มีการริเริ่มทำงานร่วมกับกรมอนามัย กรมควบคุมโรค และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเตรียมจัดกระบวนการทำเอสไอเอ. ในอีไอเอ. เพื่อรองรับการทำงานตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตั้งแต่ต้น





๗ ผศกตฺนหเข้าสู กฏหมาย

“...ในระบบสุขภาพแห่งชาติต้องมีระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พร้อมทั้งต้องมีระบบดูแลแก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม...”

พร้อมๆ กับการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาคน มีการผลักดันให้เรื่องการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และเอชไอเอ. เข้าบรรจุกไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่มีกระบวนการยกร่างกันอยู่ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๔ เป็นต้นมา โดยมีการจัดทำข้อเสนอ “กรอบความคิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์” ซึ่งมีผู้แทนองค์กรภาคีต่างๆ ในสังคมกว่า ๓๐๖ เครือข่าย จำนวนทั้งสิ้นกว่า ๑,๕๙๙ ภาคีเข้าร่วม และมีการประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในเวทีการประชุมสภานิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ.๒๕๔๔ โดยในข้อ ๔ ระบุว่า “ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ พร้อมทั้งต้องมีระบบดูแลแก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรมด้วย” ซึ่งเป็นเสมือนการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันของสังคมต่อเรื่องเอชไอเอ. เป็นครั้งแรกก็ว่าได้

จากนั้นก็มีการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นแกนนำ ได้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่ผ่านการรับฟังความเห็นจากเวทีสมัชชาสุขภาพทุกจังหวัดทั่วประเทศ และผ่านการรับฟังความเห็นผ่านสื่อสาธารณะอื่นๆ อีกหลายช่องทาง แล้วนำเข้าสู่เวทีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ เพื่อหาฉันทามติร่วมกัน แล้วปรับปรุง

เป็นฉบับวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ.๒๕๔๕ ซึ่งร่างกฎหมายฉบับนี้ มีประชาชนร่วมลงชื่อสนับสนุนการจัดทำถึง ๔,๗๑๗,๑๑๙ คน

เรื่องเอชไอเอ. ได้ถูกรวบรวมไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าวในหลายมาตรา ได้แก่

“ม. ๘ บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ...”

“ม. ๒๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลการหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่นๆ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตน หรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

“ม. ๒๗ รัฐมีหน้าที่ดำเนินการต่างๆ เพื่อสร้างโอกาสปกป้อง คุ้มครองและจัดการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และต้องรับผิดชอบต่อการขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพประชาชนจากนโยบายสาธารณะหรือการดำเนินการของรัฐหรือองค์กรอื่นๆ ด้วย

การดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ให้มีกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ เพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และดำเนินการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการ”

“ม. ๔๒ ให้ คสช. มีอำนาจและหน้าที่ ดังนี้
(๕).....รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการประเมินผล
กระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ”

จะเห็นได้ว่า สารระสำคัญที่บรรจุไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติ ดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับสารระสำคัญของรัฐธรรมนูญฯ
พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๗๖ ที่ว่า “รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนการมี
ส่วนร่วมของประชาชน ในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ
ทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และ
การเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ”

แต่เมื่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับดังกล่าว เข้าสู่การ
พิจารณาของคณะรัฐมนตรีในราวต้นปี พ.ศ.๒๕๕๖ เกิดการติดขัด
อยู่รัฐบาลนานประมาณปีครึ่ง จนกระทั่งเกิด “เครือข่ายส่งเสริม
กระบวนการเสนอกฎหมายภาคประชาชน (สกช.)” เข้ามาณรงค์
รวบรวมรายชื่อประชาชนประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ คน เสนอร่าง
กฎหมายฉบับดังกล่าวในนามภาคประชาชนเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร
ตามสิทธิที่กำหนดอยู่ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐ มีผลทำให้รัฐบาล
หยิบยกร่าง พ.ร.บ.ฉบับดังกล่าวขึ้นมาพิจารณาให้ความเห็นชอบใน
หลักการ แล้วส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณา ซึ่ง
ในขั้นนี้ได้มีการตัดสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเอชไอเอ. ออก
ทั้งหมด เหลือไว้เฉพาะเรื่องสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อม
และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เท่านั้น



๘ เอชไอเอ. ใน พ.ร.บ.สุขภาพฯ

“...นับเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทย
ที่มีการกำหนดเรื่องเอชไอเอ. ไว้ ซึ่งเป็นการ
กำหนดในแนวทางที่เน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วม
ของประชาชน และเน้นการเป็นกระบวนการ
เรียนรู้ร่วมกันของสังคมเป็นหลัก”

รางวัล

าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการ
กฤษฎีกาพิจารณาเสร็จแล้ว ได้ผ่านการพิจารณาของ
คณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่งในปี ๒๕๔๘ แล้วส่งเข้าพิจารณา
ในสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๔๘ ที่ประชุม
สภาผู้แทนฯ เห็นชอบให้รับหลักการวาระที่ ๑ เป็นเอกฉันท์ด้วย
คะแนนเสียง ๒๗๗ คน งดออกเสียง ๓ คน แล้วตั้งคณะกรรมการ
วิสามัญ ๔๗ คน ขึ้นพิจารณาในวาระที่ ๒ แต่เนื่องจากมีการประกาศ
ยุบสภา เมื่อวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๔๙ และต่อมามีการ
ปฏิรูปการปกครองตามระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์
ทรงเป็นประมุข มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ.
๒๕๔๙ มีการตั้งรัฐบาลใหม่ และมีสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.)
ทำหน้าที่เป็นทั้งสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา กระทรวงสาธารณสุข
(มีนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการ) ซึ่งเป็นเจ้าของ
เรื่องในการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๓ จึง
ได้เสนอร่าง พ.ร.บ.ฉบับเดิม เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี
อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบให้เสนอต่อ สนช. เมื่อ
ปลายปี ๒๕๔๙

สนช. เห็นชอบให้รับหลักการวาระที่ ๑ ด้วยคะแนนเสียง
๑๑๘ คน ไม่เห็นด้วย ๕ คน งดออกเสียง ๑ คน แล้วตั้งคณะกรรมการ
วิสามัญ จำนวน ๓๓ คน ขึ้นพิจารณาในวาระที่ ๒

ในชั้นการพิจารณาของคณะกรรมการฯ นี้ ได้มีมติให้
เดิมสาระสำคัญเกี่ยวกับเอชไอเอ. ที่ถูกตัดออกไปในชั้นพิจารณา
ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาฉบับเข้ามาใหม่ คือ

“ม. ๑๐ เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้น และวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว”

“ม. ๑๑ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และ แสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

“ม. ๒๕ ให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจดังต่อไปนี้

(๕) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ”

ต่อมาร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาของ สนช. ให้ประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ เมื่อวันที่ ๔ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๐ และมีผลใช้บังคับอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ นับเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่มีการกำหนดเรื่องเอชไอเอ. ไว้ ซึ่งเป็นการกำหนดในแนวทางที่เน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และเน้นการเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมเป็นหลัก



๗ เปรียบระบบ และกลไกทำงาน

“...องค์กรที่มีบทบาทสำคัญในระบบเอชไอเอ.
อีกส่วนหนึ่งก็คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เพราะมีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการกำหนด
นโยบายสาธารณะต่างๆ ในพื้นที่ของตน
ซึ่งเอชไอเอ. สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำคัญ
อย่างหนึ่งในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดีได้”

เมื่อเอชไอเอ. ถูกกำหนดขึ้นใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้ว สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก็ตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อยกร่างระบบและกลไกเอชไอเอ. สำหรับเตรียมรองรับการทำงานจริง โดยการยกร่างระบบและกลไกเอชไอเอ. ใช้หลักคิดการเปิดให้ทุกภาคส่วนในสังคมที่เกี่ยวข้องได้เข้ามาช่วยกันทำงานเอชไอเอ. ไม่ใช่รวมศูนย์อำนาจไว้ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดย สช. ทำหน้าที่ประสานเพื่อการพัฒนาาระบบ กลไก เครือข่าย และองค์ความรู้ต่อเนื่องจากที่เคยทำร่วมกับ สวรส. มาก่อน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคก็ยังคงมีหน้าที่หลักในการดูแลการพัฒนาวิชาการและพัฒนาคนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ รวมไปถึงเตรียมการใช้ พ.ร.บ.การสาธารณสุข และพ.ร.บ.อื่นที่เกี่ยวข้องในการทำเอชไอเอ. ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ส่วนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมก็เตรียมการจัดทำเอชไอเอ. ในอีไอเอ. ด้วย (ซึ่งเป็นผลมาจากรัฐธรรมนูญฯ ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่จะเล่าในตอนต่อไป)

สำหรับองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในระบบเอชไอเอ. อีกส่วนหนึ่งก็คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะมีหน้าที่และอำนาจเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ ในพื้นที่ของตน ซึ่ง

เอชไอเอ. สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่ดีได้ (ทำนองเดียวกับกรณีมหานครลอนดอนที่ เล่าไปแล้ว) นอกจากนี้ก็เป็นส่วนราชการต่างๆ ที่มีหน้าที่และ อำนาจในการดำเนินงานตามกฎหมายอื่นๆ ด้วย

ต่อมาคณะทำงานได้เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการ ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” ขึ้น โดยให้มีองค์ประกอบมาจาก ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก รูปแบบ องค์กร หลักเกณฑ์และวิธีการทำเอชไอเอ. รวมไปถึง การสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายเอชไอเอ. อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอนี้ถูกส่งเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑ เมื่อเดือนธันวาคม ที่มีคนของทุกภาค ส่วนจาก ๑๗๘ กลุ่มเครือข่ายทั่วประเทศ จำนวนกว่า ๑,๐๐๐ คน ที่ประชุมเห็นชอบกับข้อเสนอข้างต้น ซึ่งต่อมา คสช. ก็ได้แต่งตั้ง คณะกรรมการชุดนี้ขึ้นมีนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ เป็นประธาน

งานสำคัญอย่างหนึ่งของกรรมการชุดนี้ก็คือ การยกย่อง หลักเกณฑ์และวิธีการทำเอชไอเอ. ตาม พ.ร.บ.สุขภาพฯ ซึ่งต่อมา คณะกรรมการก็ได้จัดทำจนเสร็จเรียบร้อยเสนอให้ คสช. พิจารณา และประกาศใช้อย่างเป็นทางการ เมื่อเดือนพฤศจิกายน ปี ๒๕๕๒





๑๐

ประชาชน ขอทดสอบ

“...คนที่ได้ประโยชน์จากการพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ส่วนใหญ่เป็นคนที่อยู่ที่อื่นทั้งในและนอกประเทศ แต่คนที่ต้องรับผลกระทบคือคนในพื้นที่ที่อยู่กันมาตั้งแต่อดีต... ซึ่งการพัฒนาเช่นนี้เรียกว่าเป็นการพัฒนาที่ขาดสมดุล”

ย้อนไปเมื่อตอนที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ประกาศใช้ใหม่ๆ ได้ไม่ถึงเดือน วันที่ ๙ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๐ เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกเฉียงใต้เข้ายื่นหนังสือต่อ สช. เพื่อขอใช้สิทธิตามมาตรา ๕, ๑๐, ๑๑ และ ๔๐ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและมีการทำเอชไอเอ. เพื่อประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียงในจังหวัดระยอง

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียงเป็นปัญหาเรื้อรังมาเป็นเวลากว่า ๒๐ ปี หลังจากที่รัฐบาลตัดสินใจพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกของประเทศเป็นเขตอุตสาหกรรม เพื่อรองรับการพัฒนาประเทศให้เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ทำให้ประเทศไทยมีรายได้จากการนี้เป็นอย่างมาก มีผลต่อความเจริญทางเศรษฐกิจไม่น้อย แต่ผลกระทบกับวิถีชีวิต และสุขภาพ หรือสุขภาพะของคนและชุมชนในพื้นที่ก็มากด้วยเช่นกัน รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมก็ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง ซึ่งมีข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งจากหน่วยงานของรัฐและองค์กรอิสระต่างๆ เป็นจำนวนมาก แต่มีการแก้ไขปัญหาค่อนข้างน้อย

คนที่ได้ประโยชน์จากการพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ส่วนใหญ่เป็นคนที่อยู่ที่อื่นทั้งในและนอกประเทศ แต่คนที่ต้องรับผลกระทบ คือคนในพื้นที่ที่อยู่กันมาตั้งแต่อดีต ซึ่งต้องมารับผลกระทบเต็มๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการพัฒนาเช่นนี้เรียกว่าเป็นการพัฒนาที่ขาดสมดุล

ประชาชนที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพรวมตัวกันผลักดันให้รัฐบาลแก้ปัญหาโดยตลอด มีการเดินขบวนประท้วงก็หลายหน แต่ก็ไม่ค่อยเป็นผล เพราะฝ่ายรัฐมักจะลอบหน้าปะจุมูก ยืนอยู่ข้างฝ่ายทุนมากกว่าข้างประชาชน ประชาชนขอให้ประกาศพื้นที่ดังกล่าวเป็นเขตควบคุมมลพิษ เพื่อให้มีมาตรการที่เข้มข้นต่อการจัดการมลภาวะต่างๆ และเพื่อให้ประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าไปมีส่วนร่วม ภาครัฐก็ไม่ให้นำพาเรื้อยมา

ดังนั้น เมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติที่กำหนดเครื่องมือให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้มีโอกาสใช้เพื่อการพัฒนา นโยบายสาธารณะที่ดีร่วมกัน ประชาชนจึงขอทดลองใช้ดู จากนั้น สข. จึงสนับสนุนให้มีการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เชิญชวนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาคุยกัน โดยมีการทำงานทางวิชาการรองรับ มีการจัดเวทีสาธารณะเพื่อแสวงหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน แล้วพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ปัญหาที่จริงจังและยั่งยืน จากนั้น สข. ก็ได้ส่งข้อเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) พิจารณาในเดือนสิงหาคม ปี ๒๕๕๑ คสช. เห็นชอบหลักการแล้วให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา

ในช่วงที่รอเสนอเรื่องต่อ ครม. อยู่ยั้น เครื่องข่ายประชาชนภาคตะวันออก รวม ๒๗ คน ได้ยื่นเรื่องต่อศาลปกครองจังหวัดระยองฟ้องคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (คดีหมายเลขดำที่ ๑๙๗/

๒๕๕๒) ในความผิดฐานเป็นเจ้าของน้ำที่ของรัฐละเลยต่อหน้าที่ ตามกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ เนื่องจากไม่ประกาศให้พื้นที่ หมายมาตาศุดและพื้นที่ใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษ โดยได้แนบมติ คสช. ไปด้วย ต่อมาในเดือนมีนาคม ปี ๒๕๕๒ ศาลปกครองจังหวัด ระยองได้พิพากษาให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติต้องประกาศ ให้ท้องที่ตำบลมาตาศุด ตำบลห้วยโป่ง ตำบลเนินพระ ตำบลมาบข่า ตำบลทับมา อำเภอเมือง และตำบลบ้านฉาง เป็น “เขตควบคุมมลพิษ” โดยในสำนวนคำพิพากษาได้อ้างถึงมาตรา ๕ ของ พ.ร.บ.สุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และ มติ คสช. เรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายการ แก้ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพกรณีมาตาศุดเมื่อเดือนสิงหาคม ปี ๒๕๕๑ ด้วย

ต่อมาคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติจึงได้มีมติเห็นชอบ ใช้อำนาจประกาศให้ท้องที่เขตเทศบาลเมืองมาตาศุดและพื้นที่ บริเวณใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษเมื่อเดือนมีนาคม ปี๒๕๕๒

เดือนพฤษภาคม ปี ๒๕๕๒ ครม. พิจารณาข้อเสนอเชิง นโยบาย ๕ ข้อที่เสนอมมาจาก คสช. และมีมติเห็นชอบข้อเสนอ ๓ ข้อ คือ

๑. ให้นำหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลผลกระทบต่อ สุขภาพจากอุตสาหกรรมโดยเฉพาะในพื้นที่มาตาศุดและอำเภอบ้านฉาง รวมถึงเผยแพร่วิธีป้องกันผลกระทบและวิธีการส่งเสริม คุณภาพในภาวะมลพิษ ให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึงโดยเร็วและ ต่อเนื่อง

๒. ให้นำหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนและกฎการ ปฏิบัติการสำหรับป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยจากอุตสาหกรรม และการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยสารเคมีระดับจังหวัด

โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กร และประชาชนในพื้นที่

๓. ให้ คสช. พิจารณาสับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไก กลาง ในการดำเนินงานและความเข้มแข็งของภาคประชาชน ได้แก่ การศึกษาแนวทางในการจัดตั้งกลไก ผู้ตรวจการสำหรับการป้องกัน และแก้ไขผลกระทบทางสุขภาพ การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสิ่งแวดล้อม และสุขภาพของภาคประชาชนและสนับสนุนภาคประชาสังคมจังหวัด ระยะเวลาติดตามความเคลื่อนไหวทางนโยบายโดยใช้กระบวนการ สัมชชสุขภาพเฉพาะพื้นที่

ส่วนมติอีก ๒ ข้อ กรม. ได้ส่งต่อให้คณะกรรมการพัฒนา พื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก รับไปพิจารณาทบทวนความ เหมาะสมตามอำนาจหน้าที่และความสอดคล้องของกฎหมาย ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอ กรม. อีกครั้งหนึ่ง ข้อเสนอ ๒ ข้อ นี้ได้แก่

๑. ให้รัฐบาลทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัด ระยะเวลา โดยจัดตั้งคณะกรรมการจากทุกภาคส่วน วางและจัดทำ ผังเมืองรวมบริเวณอุตสาหกรรมหลักและชุมชนจังหวัดระยะของฉบับ ใหม่ ปรับปรุงระบบการจัดการทรัพยากรน้ำใหม่ พิจารณาปรับปรุง ระบบและมาตรการทางการคลัง และจัดตั้งกองทุนสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่จังหวัดระยะของ จัดให้มีระบบและกลไกการป้องกันและแก้ไข ปัญหาทางสังคมโดยเฉพาะปัญหาเด็กและเยาวชน และจัดให้มี บริการทางสังคมซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานอย่างเพียงพอ โดย สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในทุกชั้นตอน

๒. ให้รัฐบาลชะลอการขยายและก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ในพื้นที่ที่มามีพายุและบ้านฉาง ในระหว่างการทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยอง โดยให้มีกำหนดแนวทางและกระบวนการตัดสินใจในการให้อนุมัติ/อนุญาต/ให้ความเห็นชอบการขยายโรงงานใหม่ ให้เป็นไปตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐

ต่อมาในเดือนมิถุนายน ปี ๒๕๕๒ คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกได้ประชุมพิจารณาข้อเสนอ ๒ ข้อข้างต้น

ข้อแรก คณะกรรมการฯ เห็นชอบหลักการและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปศึกษารายละเอียดการดำเนินงาน โดยเฉพาะเรื่องการสร้างแนวกันชนระหว่างโรงงานและชุมชน และแนวคิดการพัฒนาจังหวัดระยอง ที่มุ่งสร้างสมดุลในทุกมิติของการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ สังคมและเศรษฐกิจ ที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความยั่งยืนเป็นสุขของประชาชนและชุมชน ให้อยู่ร่วมกับอุตสาหกรรมได้อย่างยั่งยืน และให้ยึดหลักผลประโยชน์ของประชาชน และการมีส่วนร่วมตัดสินใจของประชาชนทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอนของการพัฒนา รวมทั้งการตรวจสอบและการติดตามผลการพัฒนาด้วย

ข้อที่สอง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.๒๕๕๐ คณะกรรมการจึงมอบหมายให้ สช. และกระทรวงสาธารณสุขไปพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์รายละเอียดและหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพิจารณาให้ความเห็นชอบขอไอเอ. ตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญฯ แล้วให้รายงานผลให้คณะกรรมการชุดนี้ทราบ

จากนั้น สช. และกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย จึงได้จัดการประชุมปรึกษาหารือกลไกการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ ตามมาตรา ๖๗ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ข้อสรุปว่า ในระยะเร่งด่วนเห็นดีกับการบูรณาการ เชอชไอเอ. ไว้กับกระบวนการอีไอเอ. เนื่องจากเป็นระบบที่ดำเนินการ อยู่แล้ว โดยใช้หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตาม ม.๒๕ (๕) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ออก หลักเกณฑ์และวิธีการทำเชอชไอเอ. ซึ่งต่อมาเมื่อ คสช. ก็ได้ออก หลักเกณฑ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จากนั้นคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่ง ชาติก็ได้นำสาระสำคัญของหลักเกณฑ์ดังกล่าวในส่วนที่เกี่ยวข้องไป กำหนดให้มีการทำเชอชไอเอ. ในอีไอเอ. เพื่อให้สอดคล้องกับ เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฯ (จะเล่าเพิ่มเติมในตอนต่อไป)



๑๑ เชื่อมสากล

“...สาเหตุสำคัญที่นานาประเทศต้องร่วมมือกันพัฒนาเอชไอเอ. ในระดับประเทศและระหว่างประเทศ ก็เนื่องจากว่าผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายการพัฒนาด้านต่างๆ เกิดขึ้นอยู่เสมอ และหลายเรื่องเป็นผลกระทบที่เกิดกับหลายประเทศ”

นอกจากการพัฒนาระบบ กระบวนการและกลไกเอชไอเอ. ในประเทศแล้ว เครือข่ายคนที่ทำงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้สร้างความเชื่อมโยงทำงานกับนานาชาติมาโดยตลอดกว่า ๑๐ ปีที่ผ่านมา จนถึงปี ๒๕๕๒ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้รับเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม Asia and Pacific Regional on HIA Conference ขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ในเดือนเมษายน ปี ๒๕๕๒ โดยในระหว่างการประชุมการจัดงาน ได้มีการทำประชาสัมพันธ์สัญจรไปยัง ๔ ประเทศอาเซียน คือ ลาว กัมพูชา เวียดนาม และมาเลเซีย ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน ปี ๒๕๕๑ เพื่อปูทางสร้างความร่วมมือในการพัฒนางานเอชไอเอ. ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย

การจัดงานครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า ๒๐๐ คน จาก ๑๙ ประเทศ ได้แก่ เวียดนาม มาเลเซีย ลาว เกาหลีใต้ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย จีน แคนาดา ฟิlippินส์ อินเดีย ซามัว กัมพูชา บรูไน ซิโอมอนด์ ไอร์แลนด์ มัลดีฟส์ มองโกเลีย สวิสเซอร์แลนด์ และไทย โดยมีการนำเสนองานทางวิชาการครอบคลุมในเนื้อหาสำคัญ ๓ เรื่อง คือ (๑) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค (๒) ระเบียบวิธีการทำเอชไอเอ. ที่ผนวกเอชไอเอ. ไว้ในอีไอเอ. การใช้เอชไอเอ. เพื่อการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ และทำเอชไอเอ. ในระดับชุมชน (Community HIA) เป็นต้น และ (๓) เรื่องกลไกเอชไอเอ. ในระดับภูมิภาค ที่

เสนอให้ริเริ่มใน ๒ ระดับ คือ กลไกเอชไอเอ. ในอาเซียน และความร่วมกับองค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกในการพัฒนา กลไกเอชไอเอ. ในระดับเอเชียแปซิฟิก

ที่ประชุมในครั้งนี้ได้ร่วมกันประกาศปฏิญญาเชียงใหม่ (Chiangmai Declaration) ขึ้น เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจาก ประเทศต่างๆ นำกลับมาใช้อ้างอิงในการทำงานพัฒนางานเอชไอเอ. ในมิติต่างๆ ตามความเหมาะสม

สาเหตุสำคัญที่นานาประเทศต้องร่วมมือกันพัฒนาเอชไอเอ. ในระดับประเทศและระหว่างประเทศ ก็เนื่องจากว่าผลกระทบด้าน สุขภาพที่เกิดจากนโยบายการพัฒนาในด้านต่างๆ เกิดขึ้นอยู่เสมอ และ หลายเรื่องเป็นผลกระทบที่เกิดกับหลายประเทศ (Transboundary Health Impacts) นั่นเอง

ปฏิญญาเชียงใหม่ ว่าด้วยการประเมินผลกระทบทาง สุขภาพภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก มีสาระสำคัญดังนี้

“สมาชิกผู้เข้าร่วมการประชุมนานาชาติ การประเมินผลกระทบ ทางสุขภาพภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก โดยมีสำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธินโยบายสุขภาวะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันปรึกษา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ องค์การอนามัยโลก จัดการประชุมขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๔ เมษายน พ.ศ.๒๕๕๒ ได้บรรลุฉันทามติ

ว่าด้วยปฏิญญาเชียงใหม่ ดังนี้

ตระหนัก ในความหมายของ “สุขภาพ” ว่าเป็นภาวะองค์รวม ที่สมดุล และมีความสัมพันธ์กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ

เห็นพ้องว่า สุขภาพมีความสำคัญยิ่งในฐานะเป็นศูนย์กลาง ของการพัฒนา ดังนั้น การพัฒนาประเทศชาติอย่างยั่งยืน จึงต้อง คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพเป็นสำคัญ ทั้งในระดับโครงการ แผนงาน และนโยบาย

ยอมรับว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นหนึ่งใน เครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็น นโยบายสาธารณะที่แสดงถึงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ และพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิด ขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อม ทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและ มุ่งให้พลเมืองมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิด สุขภาพที่ดีได้ อันเป็นหนึ่งในห้ายุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างสุขภาพ ที่ถูกบรรจุไว้ในกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ตั้งแต่มีการ ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ ๑ (The Global Conference on Health Promotion) จนกระทั่งมีกฎบัตรกรุงเทพฯ (Bangkok Charter) ในการประชุมครั้งที่ ๒ ที่ว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ หลักของหน่วยงานภาครัฐทุกฝ่าย การกำหนดนโยบาย แผนงานใดๆ ต้องคำนึงในเรื่องสุขภาพด้วย โดยใช้การประเมินผลกระทบต่อ สุขภาพ เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว”

ชื่นชม บทบาทของสถาบันการเงินระหว่างประเทศ (International Financial Corporation) ในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

เพื่อสุขภาพ โดยจัดทำ The IFCs' Equator Principles ซึ่งใช้สุขภาพเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการพิจารณาอนุมัติเงินกู้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่าสถาบันการเงินจะให้การสนับสนุนโครงการที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชน

เข้าใจ ในสถานการณ์การพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกว่า มีระดับ เงื่อนไข และกระบวนการที่แตกต่างกันตามโครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม และการเมืองการปกครองการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในแต่ละประเทศ รวมทั้งแรงกดดันและโอกาสจากกระแสโลกาภิวัตน์ และการทำข้อตกลงการค้าเสรีภายในภูมิภาค

เรียกร้อง ให้ภาครัฐ ประชาชน วิชาการ ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนา องค์กรอนามัยโลก และภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ดังนี้

ข้อที่ ๑ ส่งเสริมการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพภายใต้หลักการดังต่อไปนี้

หลักการข้อที่ ๑ สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

หลักการข้อที่ ๒ การมีสุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงได้รับการดูแล เอาใจใส่ และได้รับการคุ้มครองจากภัยคุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยไม่มีการแบ่งแยกชนชั้นและวรรณะ

หลักการข้อที่ ๓ สุขภาพเป็นศูนย์กลางและเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน

หลักการข้อที่ ๔ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ถือเป็นเครื่องมือสำหรับการเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนานโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างเสริม สุขภาพ

หลักการข้อที่ ๕ ธรรมชาติและการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ถือเป็นหัวใจสำคัญ ของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดย จะต้องเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันแสดงข้อมูล ความ คิดเห็น เหตุผลและข้อห่วงกังวลของตนในทุกขั้นตอนของการ ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้เหตุผลของ ทุกฝ่าย การแสวงหาทางเลือกที่หลากหลาย และการตัดสินใจที่ รอบคอบรอบด้านร่วมกัน

ข้อที่ ๒ สนับสนุนการพัฒนากลไกระดับภูมิภาค โดยเห็นควร ให้สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations) หรือ อาเซียน (ASEAN) ซึ่งมีศักยภาพ ในฐานะเป็นกลไกในการประสานงานระดับนานาชาติ และมีโครงสร้าง องค์กรทั้งสำนักงานเลขาธิการอาเซียน (ASEAN Secretariat) และ สำนักงานเลขาธิการอาเซียนแห่งชาติ (ASEAN National Secretariat) ประกอบกับมีเป้าหมายจะเป็นสังคมที่เอื้ออาทรในปี ค.ศ.๒๐๒๐ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการนำเอาการประเมินผลกระทบ ทางสุขภาพไปใช้เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็น เจ้าภาพหลักสนับสนุนให้มีศูนย์ประสานงานในระดับภูมิภาค เพื่อการ พัฒนาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศสมาชิกอย่าง จริงจัง

ข้อที่ ๓ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการศึกษาวิจัย ร่วมกัน (Collaborative Research) โดยเฉพาะในกรณีการพัฒนาที่

มีผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพแบบข้ามพรมแดน

ข้อที่ ๔ เสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพของภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน วิชาการ และประชาชน ฯลฯ ในด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยสนับสนุนการจัดประชุมนานาชาติอย่างต่อเนื่องทุก ๒ ปี การฝึกอบรมระยะสั้น การแลกเปลี่ยนบุคลากรในการดูงานและทำงานร่วมกัน การศึกษาต่อเนื่องในทุกกระดับ เป็นต้น

ข้อที่ ๕ สนับสนุนการจัดทำระบบข้อมูล การเชื่อมต่อและการแลกเปลี่ยนข้อมูลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในเครือข่ายระหว่างประเทศ (HIA Information Flow)

ข้อที่ ๖ สถาบันการเงินระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) ธนาคารโลก (World Bank: WB) ได้นำเอาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพมาใช้เป็นเงื่อนไขสำคัญประกอบการพิจารณาอนุมัติเงินกู้เพื่อการลงทุนในโครงการพัฒนาต่างๆ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีการนำเอชไอเอ. ไปใช้อย่างจริงจัง และมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วม และการเสริมพลังแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะทำให้ได้โครงการพัฒนาที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง”

จากนั้น สช. ได้นำเสนอผลการจัดประชุมวิชาการนานาชาติครั้งนี้ และเสนอแนวทางการทำงานต่อยอดจากปฏิญญาเชียงใหม่ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) สรุปได้ ๔ ประเด็น คือ (๑) ควรมีการปรับตัวประสงค์และเป้าหมายของการนำเอชไอเอ. ไปใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการปกครองทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับภูมิภาค (๒) พัฒนาระบบการและ

ระเบียบวิธีในการทำเอชไอเอ. ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท การปกครองของแต่ละประเทศ (๓) สร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อ ทบทวน แลกเปลี่ยน และสร้างมาตรฐานกระบวนการทำเอชไอเอ. ที่ดำเนินการในแต่ละประเทศ รวมไปถึงการประเมินผลกระทบข้าม พรมแดน และ (๔) ควรทำให้เอชไอเอ. มีความชอบธรรมและ บูรณาการไว้ในกระบวนการทางการเมืองของแต่ละประเทศ รวมถึง การพัฒนาในระดับภูมิภาคด้วย

จากนั้น คสช. ได้มอบให้ สช. ทำหน้าที่ประสานงานกับ กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานเลขาธิการอาเซียน และหน่วย งานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันการพัฒนากลไกเอชไอเอ. สำหรับ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาภูมิภาคอาเซียน

เดือนกรกฎาคม ปี ๒๕๕๒ มีการประชุมเตรียมงานอาเซียน ที่มีประเทศไทยเป็นประธาน ที่ประชุมที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้เห็นชอบให้เรื่องการพัฒนาiglไกเอชไอเอ. ในภูมิภาคอาเซียน เป็นหนึ่งในประเด็นที่ประเทศไทยจะผลักดันในที่ประชุมคณะมนตรี ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community Council: ASCC Council) และการประชุมสุดยอด อาเซียนครั้งที่ ๑๕ ในเดือนตุลาคม ปี ๒๕๕๒

แต่เนื่องจากเวลาเตรียมการประชุมกระชั้นชิดมาก จึงไม่ สามารถเตรียมเรื่องนี้เข้าประชุมได้ทัน ที่ประชุมผู้นำอาเซียนจึงยัง มิได้มีการพิจารณาเรื่องนี้ แต่ก็ยังคงมีการทำงานร่วมกับประเทศ สมาชิกอาเซียนอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเทศสมาชิกต่างก็เห็นด้วย กับเรื่องนี้ คาดว่าจะนำเข้าพิจารณาได้ในการประชุมปี ๒๕๕๓ ที่มี ประเทศเวียดนามเป็นเจ้าภาพ



๑๒ เข้าสู่รัฐธรรมนุญ

“...การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน...”

ในช่วงที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ออกมาเป็นกฎหมายนั้น ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงยกร่าง รัฐธรรมนูญฉบับใหม่อยู่พอดี โดยในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ยังไม่เคยมีการเขียนถึงเรื่องเอชไอเอ. เอาไว้

ในร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับใหม่ที่สมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ (สสร.) ยกร่างไว้และนำออกมาปรับปรุงความเห็นจากประชาชนเมื่อ กลางปี ๒๕๕๐ ส่วนที่ ๑๒ สิทธิชุมชน มาตรา ๖๖ เขียนไว้ว่า

“มาตรา ๖๖ สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชน ในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และกาได้ประโยชน์จากทรัพยากร ธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่าง ปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน ย่อมได้รับความ คุ้มครอง

การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบ อย่างรุนแรงต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพ สิ่งแวดล้อม และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของ ประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์การอิสระซึ่ง ประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและผู้แทนสถาบัน

อุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว

สิทธิของชุมชนที่จะฟ้องหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคลเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบัญญัตินี้ ย่อมได้รับความคุ้มครอง”

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ทำหนังสือเพื่อเสนอขอเติมเรื่องสุขภาพเข้าไปในสาระสำคัญของมาตรา ๖๖ เฉพาะวรรค ๒ ดังนี้

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติหรือสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว”

โดยได้ให้เหตุผลประกอบการเสนอปรับปรุงไว้ว่า

“เนื่องจากข้อความในวรรคแรกได้กล่าวถึงสิทธิบุคคลที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครองส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน

ย่อมได้รับความคุ้มครอง ซึ่งข้อความในวรรคนี้มีการกล่าวถึง ประเด็นสุขภาพไว้แล้ว แต่ข้อความในวรรคที่ ๒ มีแต่การพูดถึงการ ประเมินผลกระทบจากโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ เฉพาะผลกระทบ ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติเท่านั้น ไม่มีการ พูดถึงการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จึงไม่สอดคล้องกัน และ ในปัจจุบัน นานาอารยประเทศต่างให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ ควบคู่ไปกับเรื่องสิ่งแวดล้อมด้วยแล้ว ประกอบกับที่ประเทศไทยก็มี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ออกมาใช้บังคับเป็นกฎหมายแล้วได้เขียน เรื่องการทำเอชไอเอ. ไว้แล้ว ดังนั้น ในมาตรานี้ของร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับใหม่จึงควรเติมสาระสำคัญดังที่เสนอเข้าไปด้วย”

ต่อมาเมื่อรัฐธรรมนูญ ฉบับนี้ผ่านการพิจารณาของสภาร่าง รัฐธรรมนูญและผ่านการทำประชามติ และออกมาเป็นรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ จึงมีสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับ เรื่องเอชไอเอ. ปรากฏอยู่ในมาตรา ๖๗ ดังนี้

“สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการ อนุรักษ์ บำรุงรักษาและการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครองส่งเสริมและรักษา คุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของคน ย่อมได้รับความคุ้มครองอย่างเหมาะสม

การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากร ธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้มีการศึกษาและ ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน

และผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์การอิสระซึ่งประกอบด้วย
ผู้แทนองค์การเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทน
สถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากร
ธรรมชาติและสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการ
ดังกล่าว

สิทธิของชุมชน.....”

การทำเอชไอเอ. ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญฯ ฉบับ
พ.ศ.๒๕๕๐ ได้ถูกเขียนผูกโยงอยู่กับการทำอีไอเอ. เพื่อการอนุมัติ
อนุญาตการทำโครงการต่างๆ ส่วนเอชไอเอ. ตามแนวทางที่กำหนด
ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ยังคงเป็นไปในแนวทางเพื่อการเรียนรู้
ร่วมกันเป็นหลัก ดังนั้น การทำเอชไอเอ. ของประเทศไทยในปัจจุบัน
จึงมีทั้ง ๒ แนวทาง



๑๓ คสออดหลักเกณฑ์ เอชไอเอ.

“ เอชไอเอ. หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน
ของสังคมในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบ
ทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชน
ที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรม
อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง หากดำเนินการ
ในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้
เครื่องมือที่หลากหลาย และมีกระบวนการมีส่วนร่วม
อย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่
จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในระยะสั้น
และระยะยาว ”

นอกจากที่สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจะชวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานช่วยกันยกร่างแนวทางการทำเอชไอเอ. ในอีไอเอ. เพื่อเตรียมการรองรับการดำเนินงานตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.๒๕๕๐ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๐ แล้ว

ในส่วนของคุณคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการทำเอชไอเอ. ได้มอบให้คุณคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจัดทำร่างหลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าว

คุณคณะกรรมการฯ ได้ยกร่างหลักเกณฑ์ขึ้นจากการทบทวนงานวิชาการ และพิจารณาถึงแนวคิดหลักของเอชไอเอ. ที่มุ่งให้เป็นเครื่องมือประกอบการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ดี ที่หวังให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้ามาเรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการ โดยคำนึงถึงเรื่องเอชไอเอ. ที่กำหนดอยู่ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ และในรัฐธรรมนูญฯ ไปพร้อมๆ กัน และคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดกับทุกภาคส่วนด้วย

การยกร่างดำเนินการในช่วงปี ๒๕๕๒ มีการเปิดเวทีรับฟังความเห็นจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐ นักวิชาการและประชาชน รวม ๖ เวที ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ต่อมา คสช. ได้ให้ความเห็นชอบหลักเกณฑ์ฯ นี้ และนายกรัฐมนตรีนายสุรนันทน์ วีระพงษ์ ได้ลงนามประกาศหลักเกณฑ์ฯ เมื่อวันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๒

สาระสำคัญของหลักเกณฑ์ฯ

ในหลักเกณฑ์นี้ได้ให้ความหมายของเอชไอเอ. ไว้ว่า หมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง หากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย และมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”

ในหลักเกณฑ์นี้ ได้ให้ความหมายของคำว่า **นโยบายสาธารณะ** ไว้ว่าหมายถึง “ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย”

การทำเอชไอเอ. ให้ยึดหลักการสำคัญ ๗ ประการ คือ (๑) **หลักประชาธิปไตย** เอชไอเอ. ต้องรับรองและส่งเสริมสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของตน (๒) **หลักความเป็นธรรม** เอชไอเอ. ต้องพยายามลดความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ โดยการศึกษาและวิเคราะห์ถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับชุมชนและประชากรแต่ละกลุ่ม (๓) **หลักการใช้ข้อมูลหลักฐานอย่างเหมาะสม** เอชไอเอ. ต้องระบุและใช้ข้อมูลหลักฐานที่เป็นจริงอย่างดีที่สุด โดยใช้ข้อมูลและเหตุผลเชิงประจักษ์จากสาขาวิชาและวิธีการที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลหลักฐานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (๔) **หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ** เอชไอเอ. ต้องออกแบบให้

เหมาะสมกับเวลาและทรัพยากรที่มีอยู่ และข้อเสนอแนะจากเอชไอเอ. ควรมุ่งให้เกิดการระดมทรัพยากรและความร่วมมือทางสังคม ภายใต้บริบทที่เหมาะสมและเป็นไปได้ (๕) **หลักความร่วมมือ** เอชไอเอ. ต้องส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ในสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (๖) **หลักการสุขภาวะองค์รวม** เอชไอเอ. ต้องมองภาพรวมของปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดสุขภาพหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนและของประชาชนแบบเชื่อมโยงเป็นองค์รวม และ (๗) **หลักความยั่งยืน** เอชไอเอ. ต้องมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของสังคมที่มีสุขภาวะ และหลักการป้องกันไว้ก่อน เพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน

มีการเขียนสาระสำคัญเชิงคำแนะนำไว้ในหลักเกณฑ์นี้ว่า

“เนื่องจากการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นภาคส่วนต่างๆ จึงสามารถนำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ทั้งสำหรับนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและนโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และทั้งสำหรับนโยบายหรือกิจกรรมระดับชุมชนท้องถิ่น ไปจนถึงนโยบายสาธารณะระดับชาติหรือระหว่างประเทศ”

สำหรับการทำเอชไอเอ. ได้กำหนดไว้เป็น ๔ กรณี ดังนี้

กรณีที่ ๑ เป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ตามมาตรา ๖๗ ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๕๐

กรณีที่ ๒ เป็นนโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนการพัฒนาที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ริเริ่มจากหน่วยงานเจ้าของโครงการ/หน่วยงานวางแผนการพัฒนา

โดยกำหนดไว้ว่า นโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรงในอนาคต ควรทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อประกอบการตัดสินใจและการป้องกันผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีดังต่อไปนี้

- การจัดทำและปรับปรุงผังเมืองที่อาจนำมาสู่โครงการหรือกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงในอนาคต
- การจัดทำแผนภูมิภาค (เช่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับภาค)
- การจัดทำแผนโครงข่ายการคมนาคม
- การจัดทำแผนพัฒนากำลังการผลิตไฟฟ้า
- การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาแรงแห่งเมืองแรงแห่ง
- การกำหนดนโยบายและ/หรือการวางแผนการเพาะปลูก/เพาะเลี้ยงสิ่งมีชีวิตที่ดัดแปลงพันธุกรรม
- การกำหนดนโยบายและ/หรือการวางแผนท่าเกษตรขนาดใหญ่
- การกำหนดนโยบายและ/หรือการวางแผนเกี่ยวกับวัตถุอันตราย กากของเสียอันตราย และสารกัมมันตรังสี

- การกำหนดนโยบายการค้าเสรีหรือการจัดทำข้อตกลงระหว่างประเทศตามมาตรา ๑๙๐ ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. ๒๕๕๐
- การวางแผนเพื่อดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดในพื้นที่ที่มีคุณค่าทางการอนุรักษ์ เช่น พื้นที่ต้นน้ำลำธาร พื้นที่ลุ่มน้ำชั้น ๑ พื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับชาติและระดับนานาชาติ เป็นต้น

กรณีที่ ๓ เป็นนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยการขอใช้สิทธิจากบุคคลหรือคณะบุคคลตามมาตรา ๑๑ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

กรณีที่ ๔ เป็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนซึ่งไม่อยู่ใน ๓ กรณีข้างต้น

สำหรับรายละเอียดขั้นตอนวิธีการทำเอชไอเอ. หาอ่านเพิ่มเติมได้จาก www.thia.in.th หรือ www.nationalhealth.or.th



๑๔ เอชไอเอ. ในอีไอเอ.

“...คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดย
สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม จึงได้นำหลักเกณฑ์ทำเอชไอเอ.
ที่ คสช. กำหนดขึ้น ไปเป็นหลักเกณฑ์ในการทำ
เอชไอเอ. ในอีไอเอ...”

เพื่อให้เกิดการทำเอชไอเอ. ตามมาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.๒๕๕๐ ทางคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จึงได้นำหลักเกณฑ์ทำเอชไอเอ. ที่ คสช. กำหนดขึ้นไปเป็นหลักเกณฑ์ในการทำเอชไอเอ. ในอีไอเอ. เมื่อเดือนธันวาคม ปี ๒๕๕๒ โดยกำหนดการทำเอชไอเอ. ไว้ ๕ ขั้นตอน ดังนี้

(๑) การกลั่นกรองโครงการ (screening) ให้ระบุสิ่งคุกคามสุขภาพ พื้นที่และประชากรที่อ่อนไหว

(๒) การกำหนดขอบเขตของการศึกษา (scoping) ให้ระบุการมีดุลยภาพระหว่างหลักฐานทางวิชาการของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับความกังวลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เห็นประเด็นชัดเจนขึ้นว่าควรประเมินอะไร รวมทั้งกลไกการตรวจสอบ เพื่อให้เกิดดุลยภาพ

(๓) การประเมินผลกระทบ (assessing) ให้ดำเนินการอย่างครอบคลุมสุขภาพทั้ง ๔ มิติ (คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา) โดยใช้หลักฐานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งควรมีการคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ การประเมินผลกระทบทางกายและทางจิตใจ ควรให้น้ำหนักกับหลักฐานเชิงปริมาณ ขณะที่ผลกระทบทางสังคมและทางปัญญา ควรให้น้ำหนักกับหลักฐานเชิง

คุณภาพ ในกรณีที่ไม่ใช่ข้อมูลและองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยในประเทศ ควรใช้ข้อมูลและองค์ความรู้จากการศึกษาในต่างประเทศ

(๔) การพิจารณารายงานและการตัดสินใจ (reviewing and decision making) ให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ให้ครบ ทั้งนี้ การเข้ามามีส่วนร่วมควรมีการเตรียมการมาก่อน เช่น การได้รับรู้ข้อมูลพื้นฐานและการเข้าถึงข้อมูลพื้นฐาน

(๕) การติดตามตรวจสอบและประเมิน (monitoring and evaluating) เป็นการติดตามตรวจสอบว่ามาตรการ เงื่อนไขเพื่อการป้องกันและลดผลกระทบได้ถูกนำไปปฏิบัติ การคาดการณ์เกี่ยวกับผลกระทบและมาตรการเพื่อการลดและป้องกันที่จัดเตรียมไว้ก่อน มีความถูกต้องเหมาะสม และการติดตามผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและลบว่าเป็นไปตามที่คาดหมายไว้หรือไม่

ในขั้นตอนการกำหนดขอบเขตการศึกษา ได้ระบุไว้ว่า ควรพิจารณาโอกาสที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากปัจจัยและผลกระทบ ๖ ด้าน คือ

(๑) **สิ่งคุกคามสุขภาพ** ได้แก่ สิ่งคุกคามสุขภาพทางกายภาพ เช่น แสง เสียง ความร้อน รังสี ความสั่นสะเทือน ฝุ่น เป็นต้น สิ่งคุกคามทางเคมี เช่น โลหะหนัก สารอินทรีย์ระเหยง่าย การผลิตขนส่งและการจัดเก็บวัตถุดิบอันตราย เป็นต้น สิ่งคุกคามทางชีวภาพ เช่น ปรสิตร ุง แมดที่เรีย ไวรัส เป็นต้น สิ่งคุกคามทางกายศาสตร์ เช่น การยกของหนัก ลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น สิ่งคุกคามต่อจิตใจ เช่น ความเครียด ความกังวล ความรำคาญ เป็นต้น สิ่งคุกคามทางสังคม เช่น การขาดความสัมพันธ์ทางสังคมหรือชุมชน เป็นต้น

(๒) **ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** การเปลี่ยนแปลงสภาพและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรที่ดิน ทรัพยากรน้ำ ทรัพยากรประมง ทรัพยากรป่าไม้ ความหลากหลายทางชีวภาพ ทรัพยากรแร่ธาตุ ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ และระบบนิเวศ แหล่งพักผ่อนหย่อนใจ แหล่งประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม สิ่งสำคัญทางศาสนา ทรัพยากรหรือชนิดพันธุ์ของสิ่งมีชีวิตที่มีความสำคัญทางด้านการค้าหรือในด้านอื่นๆ การเกิดและการปล่อยของเสียและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการก่อสร้าง จากกระบวนการผลิตและกระบวนการอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นขยะ กากของเสีย กากของเสียอันตราย น้ำเสีย ขยะติดเชื้อ ความร้อน มลสารทางอากาศ ฝุ่น แสง เสียง กลิ่น การสั่นสะเทือน และกัมมันตรังสี ระดับการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เช่น อากาศ น้ำ ดิน สิ่งมีชีวิต เป็นต้น การก่อให้เกิดสื่อหรือพาหะนำโรคเพิ่มขึ้น สาธารณูปโภคในชุมชน เช่น น้ำดื่ม การบำบัดน้ำเสีย การจัดการของเสีย การขนส่ง และการอยู่อาศัย เป็นต้น ความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สิน

(๓) **ปัจจัยต่อการสัมผัส** เส้นทางการรับสัมผัสเข้าสู่ร่างกาย เช่น โดยการหายใจ การรับประทาน การสัมผัสทางผิวหนัง เป็นต้น การรับสัมผัสของคนงานหรือผู้ปฏิบัติงานในโครงการ การรับสัมผัสของประชาชนโดยรอบโครงการ การระบุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ปริมาณและระยะเวลาที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย

(๔) **ลักษณะผลกระทบต่อสุขภาพ** อัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วยทั้งจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ผลกระทบที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อัตราการเกิดผลกระทบทางจิตใจ ความเครียด การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม ผลกระทบต่อคนรุ่นหลัง ผลกระทบต่อกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การกระตุ้นหรือ

ส่งเสริมสุขภาพ ความรุนแรงของโรค และผลกระทบสะสม

(๕) ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ความต้องการการพัฒนา ระบบสุขภาพโดยรวม ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ความต้องการดูแลสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือประชากรกลุ่ม เป้าหมายใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีวอนามัยและอาชีว เวชศาสตร์

(๖) ผลกระทบต่อสังคมและชีวิตความเป็นอยู่ การ เปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่ออาชีพ การจ้างงาน และสภาพการ ทำงานในท้องถิ่น ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความเสี่ยงและ อุบัติเหตุจากการทำงาน การเปลี่ยนแปลงในระบบนิเวศ ทรัพยากร และห่วงโซ่อุปทานของสินค้าและบริการที่เป็นฐานการดำรงชีวิต หลักของประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงและ ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของประชาชนและชุมชน ทั้งความ สัมพันธ์ภายในชุมชนและภายนอกชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ อพยพของประชาชนและแรงงาน การเพิ่ม/ลดพื้นที่สาธารณะของ ชุมชน และความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการหรือ กิจการ ผลกระทบต่ออนามัยสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อสังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิต ผลกระทบต่อการศึกษา ผลกระทบต่อ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และประโยชน์ทางสุขภาพที่จะได้รับ จากโครงการ





๑๕ สู่การเรียนรู้ ของสังคม

“เมื่อมีการคลอดหลักเกณฑ์เอชไอเอ. โดย
คสช. และคลอดหลักเกณฑ์เอชไอเอ. ในอีไอเอ.
โดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติแล้ว ก็มีการ
เริ่มทำเอชไอเอ. กันขนานใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ในโครงการที่เข้าข่ายข้อกำหนดมาตรา ๖๗ วรรค ๒
ของรัฐธรรมนูญ...”

เมื่อมีการคลอดหลักเกณฑ์ไอเอ. โดย คสช. และคลอดหลักเกณฑ์ไอเอ. ในอีไอเอ. โดยคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติแล้ว ก็มีการเริ่มทำไอเอ. กันขนานใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการที่เข้าข่ายข้อกำหนดมาตรา ๖๗ วรรค ๒ ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ.๒๕๕๐ จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๓ มีโครงการที่ดำเนินการและอยู่ระหว่างการทำไอเอ. จำนวน ๗๐ โครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการในพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ข้างเคียงในจังหวัดระยอง ส่วนโครงการที่อื่นๆ ได้แก่ โครงการปรับปรุงโรงงานปูนซีเมนต์และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานในพื้นที่จังหวัดสระบุรี นครศรีธรรมราช ลำปาง โครงการเหมืองแร่เกลือหินในจังหวัดนครราชสีมา โครงการทำเทียบเรือน้ำมันและก๊าซในจังหวัดสงขลา โครงการก่อสร้างถนนรอบเกาะช้างในจังหวัดตราด โครงการโครงข่ายถนนรอบเกาะพะงันในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โครงการจัดทำแผนแม่บทการใช้ประโยชน์พื้นที่การทำเรือแห่งประเทศไทยในบริเวณท่าเรือกรุงเทพฯ และโครงการถนนเลียบชายฝั่งบ้านบ่อนอก-บ้านคั่นกระได จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีที่ประชาชนหรือองค์กรต่างๆ เสนอขอให้ทำไอเอ. ตามมาตรา ๑๑ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ กรณีโรงถลุงเหล็กบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์ โครงการก่อสร้างเขื่อนบ้านกุ่ม อุบลราชธานี โครงการขยายโรงงานอุตสาหกรรมผลิต

ปูนซีเมนต์ สระบุรี โครงการกำจัดขยะอุตสาหกรรม สระบุรี โครงการก่อสร้างโรงไฟฟ้าชีวมวล ประจวบคีรีขันธ์ โครงการผลิตแพथีนานาชาติหรือหลักสูตรภาคภาษาอังกฤษ การขอให้ทบทุนยุทธศาสตร์ทรัพยากรพลังงานแห่งชาติและแผนเร่งรัดการป้องกันและปราบปรามการละเมิดทรัพยากรพลังงาน เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน สช. ได้ให้การสนับสนุนการทำเอชไอเอ. ในระดับชุมชน (Community HIA) เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องกว่า ๑๐ โครงการ เช่น กรณีการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนภายใต้ระบบนิเวศ สามน้ำ อ.แม่กลอง จ.สมุทรสงคราม กรณีเหมืองทองคำ อ.วังสะพุง จ.เลย กรณีฝังเมืองชุมชนวัดเกต อ.เมือง จ.เชียงใหม่ กรณีโครงการเซาเทิร์นซีบอร์ด-นิคมอุตสาหกรรมขนอมและเขื่อนลำนม จ.นครศรีธรรมราช กรณีผันน้ำด้วยระบบท่อ ห้วยลำพะเนียง จ.หนองบัวลำภู เป็นต้น

เหล่านี้ ถือเป็นปฐมบทของการทำเอชไอเอ. อย่างเป็นทางการในประเทศไทย ที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของคนไทย และเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต



๑๖ บทส่งท้าย

“...สุขภาวะในชุมชนเปลี่ยนไปในทางเสื่อมลง
ในขณะที่อุตสาหกรรมทำเงินให้ท้องถิ่น จังหวัด
และประเทศมากขึ้น แต่เงินที่ได้เพิ่มขึ้นนั้น
แลกมาด้วยทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม
สุขภาพ วิถีชีวิตและเลือดเนื้อของคนในพื้นที่...”

ที่จังหวัดหนึ่งในภาคอีสานที่ขึ้นชื่อว่าเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีธรรมชาติสวยงาม มีอากาศหนาวเย็น เป็นจังหวัดเดียวที่มีภูเขาสวยงามเป็นจำนวนมาก และมีพื้นที่เกษตรกรรมกว้างขวาง มีชนบทรอบล้อมและวัฒนธรรมที่เป็นอัตลักษณ์ ทิศทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนควรดำเนินไปอย่างสอดคล้องประสานกับระบบภูมินิเวศ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น เพื่อให้ประชาชนทุกหมู่เหล่าได้รับประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเกิดสุขภาวะเพิ่มขึ้น แม้ว่าการพัฒนาในทิศทางเช่นนี้อาจมิได้ทำเงินมากมาย ให้ในเวลาอันรวดเร็วแบบที่ระบบทุนนิยมวางหลักเอาไว้ แต่การพัฒนาควรจะเป็นค่อยเป็นค่อยไป โดยวางอยู่บนจุดแข็งของพื้นที่ตนเอง มีความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม สิ่ง และวิถีชีวิตผู้คนที่อยู่อาศัยกันมาช้านาน ซึ่งเรียกว่าเป็นการพัฒนาแบบยั่งยืนนั่นเอง

แต่การณไม่เป็นอย่างนั้น โชคร้ายที่จังหวัดดังกล่าวมีภูเขาเป็นจำนวนมาก และภายใต้ภูเขานั้นเอง เป็นที่อุดมไปด้วยดินแร่หลายชนิดอันเป็นที่ต้องการของตลาด เหมือนแร่ค่อยๆ ทอยยได้รับสัมปทาน และรออยู่ในคิวอีกเป็นจำนวนมาก สิ่งที่น่าทึ่งชัดเจนนั่น

แล้วก็คือ สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติทยอยถูกทำลายอย่างถาวรด้วยกระบวนการทำเหมือง เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักในแหล่งน้ำธรรมชาติที่ประชาชนใช้มาช้านานตาปี ประชาชนเจ็บป่วยมากขึ้น สุขภาวะในชุมชนเปลี่ยนไปในทางเสื่อมลง ในขณะที่อุตสาหกรรมทำเงินให้ท้องถิ่น จังหวัดและประเทศมากขึ้น แต่เงินที่ได้เพิ่มขึ้นนั้น แลกมาด้วยทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม สุขภาพวิถีชีวิตและเลือดเนื้อของคนในพื้นที่

มีกรณีศึกษาที่ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลในกระบวนการทำเอชไอเอ. ระดับชุมชน พบว่า เหมืองทองคำแห่งหนึ่งในจังหวัดดังกล่าวที่ผ่านการทำอีไอเอ. และได้รับอนุญาตให้เปิดดำเนินการแล้ว แต่ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในสัญญาอนุญาต เช่น ไม่มีการจัดการกับบรรพบุรุษที่ไชยาไนต์ที่ใช้แล้ว บริเวณพื้นที่เก็บกองมูลดินทราย ไม่มีการบดอัดดินเหนียวรองพื้นและปูทับด้วยหินปูน รวมถึงไม่มีการทำคูระบายน้ำโดยรอบพื้นที่ ส่วนบ่อรับน้ำที่เกิดจากการชะล้างของเปลือกดินก็ยัง ไม่มีการสร้างเป็นบ่อคอนกรีต ไม่มีการป้องกันการกัดเซาะพังทลายบริเวณทางเบี่ยงระบายน้ำของบ่อเก็บกักกากแร่สภาพของถังไชยาไนต์และถังบำบัดไชยาไนต์มีการไหลล้น ไม่มีการสร้างคูระบายน้ำรอบโรงแต่งแร่ตามเงื่อนไขแบบท้ายใบอนุญาต บริเวณพื้นที่เก็บกองสินแร่ ไม่มีการบดอัดและปูพื้นด้วยวัสดุกันซึม ความเข้มของไชยาไนต์ที่ปล่อยจากถังแก่ความเป็นพิษมีค่าสูงกว่ามาตรฐาน มีการเชื่อมต่อไม่สนิทระหว่างผ้าพลาสติกกันซึมที่บ่อกักเก็บกากแร่อาจเกิดการรั่วไหลของไชยาไนต์ได้ เป็นต้น ในขณะที่ผลการตรวจแหล่งน้ำสาธารณะในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียง พบว่ามีโลหะหนักปนเปื้อนสูงเกินมาตรฐานของน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน ทางสาธารณสุขจึงแนะนำประชาชนไม่ให้ใช้น้ำเหล่านั้นมาใช้ดื่มหรือประกอบอาหาร

ชีวิตของประชาชนที่นั่นซึ่งเคยอยู่กันอย่างปกติสุขมาช้านาน ต้องมีอันเปลี่ยนแปลงไป บางคนจะเจอเลือดพบสารไซยาไนด์ บางคนมีอาการเครียด หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว และสูญเสียการมองเห็น ชาวบ้านต้องเสียเงินหาซื้อน้ำมาใช้อุปโภคและบริโภค เพราะไม่สามารถใช้น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติได้เหมือนเดิมอีก พี่ชผัก กุ้งหอยปู ปลาจากแหล่งธรรมชาติไม่สามารถนำมาเป็นอาหารได้ ชาวบ้านเริ่มแตกแยกกัน เพราะมีบางคนได้ทำงานในโรงงาน บางคนได้รับผลกระทบจากโรงงาน ขนาดงานบุญที่เคยเป็นที่สร้างความสามัคคีกันของชาวบ้านมาช้านาน ยังกลายเป็นงานที่คนในชุมชนเดียวกันไม่พูดคุยกัน สุขภาวะทางสังคมล่มสลายลง (อ่านเพิ่มเติมได้จากหนังสือ “เปลี่ยนไปเลย” จัดพิมพ์โดย สช. หรือที่ www.thia.in.th)

นี่เป็นเพียงกรณีตัวอย่างเล็กๆ กรณีหนึ่งที่สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการพัฒนาประเทศที่มุ่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นศูนย์กลาง ทำอย่างไรจะให้การพัฒนางานอยู่บนความสมดุล ทำอย่างไรจะทำให้การพัฒนาเกิดประโยชน์กับคนทั้งมวล ไม่มีใครได้มากและใครเสียมาก ทำอย่างไรจะให้การพัฒนาเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและมวลมนุษย์ที่อยู่บนโลกใบเดียวกันนี้ ทำอย่างไรจะให้การพัฒนาเกิดผลดีระยะยาวมากกว่าการหวังผลแบบระยะสั้นๆ เท่านั้น

เอชไอเอ. ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายของปัญหาทั้งหมด แต่เอชไอเอ. จะเป็นเครื่องมือทางสังคมอีกเครื่องมือหนึ่งที่สร้างโอกาสและกระบวนการให้ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามาร่วมกันคิด ร่วมกันพิจารณา หาคำตอบของการพัฒนาที่เหมาะสม ทั้งระดับกิจกรรม โครงการ และการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบในวงกว้าง ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ทั้งหมดนี้ ก็เพื่อช่วยกันกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ก่อให้เกิด
เกิดสุขภาวะมากกว่าทุกข์ภาวะ และทุกคนสามารถอยู่ร่วมกันได้
อย่างสันติและมีสุข





“

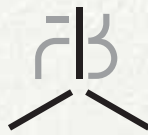
เอสไอเอ. ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายของปัญหาทั้งหมด แต่เอสไอเอ. จะเป็นเครื่องมือทางสังคมอีกเครื่องมือหนึ่ง ที่สร้างโอกาสและกระบวนการให้ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามาร่วมกันคิด ร่วมกันพิจารณาหาคำตอบของการพัฒนาที่เหมาะสม ทั้งระดับกิจกรรม โครงการ และการกำหนดนโยบายสาธารณะ ที่มีผลกระทบในวงกว้าง ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทั้งหมดนี้ก็เพื่อช่วยกันกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ก่อให้เกิดสุขภาวะมากกว่าทุกภาวะ และทุกคนสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติและมีสุข

”

* บทความในหนังสือเล่มนี้ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกใน มติชนสุดสัปดาห์

หนังสือเล่มนี้ใช้หมึกพิมพ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม





สำนักงานคณะกรรมการ
การเลือกตั้งแห่งชาติ