

สุขภาพคนไทย

2548

การค้าเสรี กับ การเข้าถึงยา

12 ตัวชี้วัดสุขภาพ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)



**สุขภาพ
คนไทย
2548**

สุรภาพคนไทย 2548 / ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา [และคณะ ๗]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2548.
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 296)
คณะผู้วิจัย: ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, ช่าง โพธิ์สีดา, กฤตยา อารวณิจกุล, วาสนา อิ่มแอม
ISBN 974-9717-91-0

1. สุรภาพ. I. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา. II. ช่าง โพธิ์สีดา. III. กฤตยา อารวณิจกุล. IV. วาสนา อิ่มแอม.
V. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. VI. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. VII. ชีวจิต.

RA776 ส743 2548

[DNLN: 1. สุรภาพ. WA100 ส743 2548]

ออกแบบปกและจัดรูปแบบ: ณัฐ เวียงมณฑล

ภาพปกในเล่มวาดด้วยชีวิตสุรภาพ: ธนาภรณ์ สีวิวัฒน์ธนกุล, อีพร พงษ์มณีคำ

พิสูจน์อักษร: นฤมล อารีสินศิริรักษ์

จัดพิมพ์โดย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่: บริษัท อิงค์ ออฟ เฟเปอร์ จำกัด

โทรศัพท์: 0 2812 3753

จำนวนพิมพ์: 10,000 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 99 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์: 0 2441 0201-4 ต่อ 219, 0 2441 9666 โทรสาร: 0 2441 9333

e-mail: directpr@mahidol.ac.th; website: <http://www.population.mahidol.ac.th>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่ 979 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็มทีแอนด์อี ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์: 0 2298 0500 โทรสาร: 0 2298 0501

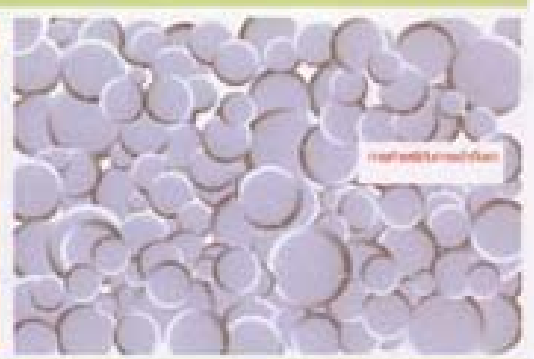
website: <http://www.thaihealth.or.th>

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้

ไม่สงวนลิขสิทธิ์ แต่ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย



สู่บทเพลง
คนไทย



2548

บอก. กล่าว

หนังสือที่ตึงใจบอกเรื่องราวสุขภาพคนไทยเป็นประจำทุกปีเล่มนี้เป็นฉบับที่สองมีชื่อหนังสือตามปีว่า 'สุขภาพคนไทย 2548' ต่อจาก 'สุขภาพคนไทย 2546' ที่ออกเมื่อปีที่แล้ว

อาจะมี ผู้สงสัยว่าปี 2547 หายไปไหน?

อันที่จริงปี 2547 ไม่ได้หายไป แต่ทีมทำงานเราตกลงกันว่า นับแต่ปีไป ถ้าหนังสือออกปีไหนชื่อหนังสือจะใช้ของปีนั้น เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและเพื่อไม่ให้หนังสือเก่าค้างคั่วบนแผงออก ดังนั้นให้ถือเสมือนว่าหนังสือสุขภาพคนไทย 2546 ซึ่งเป็นฉบับปฐมฤกษ์นั้น เป็นฉบับควบของ 2546 และ 2547 ด้วย

ฉบับที่สองนี้ยังคงรูปแบบเดิมของหนังสือไว้ คือประกอบด้วยสามส่วน

ส่วนที่หนึ่ง คำนีรีวัดสุขภาพคนไทย ซึ่งปีนี้นำเสนอ 12 หมวด ประกอบด้วย กลุ่มสุขภาพกาย 6 หมวด คือ สาย ป่วย พิการ การตั้งครรภ์และการคลอด มะเร็ง อาหาร กลุ่มสุขภาพจิต 1 หมวด กลุ่มสุขภาพเฉพาะกลุ่ม 2 หมวด คือ ประชากรวัยรุ่นและประชากรสูงวัย และกลุ่มสุขภาพสังคม 3 หมวด คือ ความยากจน สิ่งแวดล้อมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่สอง ประมวลสถานการณ์เด่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในรอบปี โดยรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพมานำเสนอ ปีนี้ได้ปรับวางแนวทางใหม่เพื่อบันทึกปัญหาการดูแลสุขภาพ เรียกว่า 'สถานการณ์ 10+10' และเพิ่มเติมการรายงานสถานการณ์เด่น 10 เรื่องของปีที่แล้ว ว่าปีนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหรือไม่ไว้ด้วย

10 สถานการณ์เด่นในปี 2547 - 2548 มีอะไรบ้าง?

คลื่นมหาประลัย 'สึนามิ' ธรณีพิบัติครั้งร้ายแรงที่สุดของโลก

สถานการณ์ไฟใต้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ

ทางสองแพร่งของนโยบายใช้วัคซีนก: จะเลือกสุขภาพคน หรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก
สังคมไทยกับภัยข่มขืน

น้ำศาลในเนและชนเผ่าตึก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย

จากเบ็ดเตล็ดถึงกาวาเครื่อ..... ฤาสมุนไพรไทยจะตกอยู่ในเงื้อมมือต่างชาติ?

สื่อโป๊ๆ กับเรื่องเช็กส์ของวัยรุ่น

ความรุนแรงในวัยรุ่น อันธพาลหรือคึกคะนอง มีผลสิ่งหรือคังใจ?

ชยะอันตราย ภัยร้ายที่มองไม่เห็น

เด็กไทยในกับดักนาย मुखที่ถูกกฎหมาย เทียวกลางคืน สูบบุหรี่และสิ่งเหล้า

ส่วนอีก 10 สถานการณ์ ซึ่งรวบรวมไว้ได้แก่ จีเอ็มโอ ปัญหา
โครงการ 30 บาทในมือที่สาม ความฉ้อฉล คดีชื้อดใช้...จึงลืม
สิ่งแปลกปลอมในอาหาร ผลกระทบของอุตสาหกรรมต่อสุขภาพ
และสิ่งแวดล้อม การประชุมแอลซีโลก อุบัติเหตุในเด็ก กระแสสังขารเขียว
และการค้ามนุษย์ในประเทศไทย สถานการณ์ทั้ง 10+10 นี้ ทีมงานได้สอบถาม
ความคิดเห็นจากประชาชน นักวิชาการ และผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ทั้งหมด 5 ครั้ง จำนวน 1,385 คน เพื่อคัดเลือกเรื่องที่เราเห็นว่าสำคัญต่อสุขภาพ
ก่อนที่จะนำมาจัดลำดับอีกครั้ง

ส่วนที่สาม คือเรื่องประจำฉบับ ปีนี้เสนอเรื่อง ‘การค้าเสรีกับการเข้าถึงยา’
เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญมากและจะส่งผลกระทบต่อคนไทยไปอีกนาน เพราะยาเป็น
ปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตเราทุกคน เราจึงอยากจะสื่อสารข้อมูลเรื่องการค้าเสรี
ให้พอเห็นภาพ เพื่อจะได้เข้าใจว่าการค้าเสรี หรือการทำ FTA คืออะไร
เกี่ยวข้องกับชีวิตเรามากน้อยเพียงไร และจะเกิดผลกระทบอย่างไรได้บ้าง
ต่อการใช้ยาของคนไทย ส่วนการถอดผลกระทบนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายนัก โดยเฉพาะ
เมื่อเรื่องยาเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการผลิตยา การขึ้นทะเบียน
การจดสิทธิบัตร เราคงต้องพัฒนาความรู้อีกมากเพื่อให้เราสามารถพึ่งตนเอง
เรื่องยาได้มากขึ้นในอนาคต

เมื่อหนังสือออกสู่สาธารณะปีที่แล้ว ทีมงานได้รับเสียงตอบรับมากมาย
ส่วนใหญ่ให้กำลังใจกับทีมงาน โดยเห็นว่าเป็ประโยชน์กับประชาชน โดยเฉพาะ
นักเรียน นักศึกษา รวมทั้งอาจารย์ได้นำข้อมูลไปใช้ในการเรียนการสอน หรือ
นำไปใช้ในการนำเสนอในที่ต่างๆ จำนวนพิมพ์ 10,000 เล่มเมื่อปีที่แล้วได้
แจกจ่ายไปหมดแล้ว ปีนี้ได้เพิ่มการจัดทำเป็นซีดีเพื่อให้กับไว้ได้ง่ายขึ้นรวมถึง
ใส่ไว้ในเว็บไซต์ของ สสส.ด้วย ดังนั้น หากท่านใดต้องการหนังสือเพิ่มเติมก็
สามารถเข้าอ่านได้จากเว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

เมื่อได้รับเสียงตอบรับที่ดีเช่นนี้ ทำให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะทำงานต่อไป
ในขณะเดียวกัน ก็ยังเพิ่มความตั้งใจให้งานออกมาดียิ่งขึ้นด้วย

เราหวังใหหนังสือนี้เป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์และให้ความรู้เท่านั้น
แต่หากว่าหนังสือนี้จะเป็นประโยชน์ยิ่งไปกว่านั้น คือทำให้เกิดความสนใจใน
การดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ก็จะเป็นผลกำไรของหนังสือที่เราตั้งใจจะ
ให้เกิดขึ้นเป็นอย่างยิ่ง

คณะผู้จัดทำ
เมษายน 2548

12 ตัวชี้วัดสุขภาพ

6	บอกกล่าว
8	สารบัญ
12	การตั้งครรภ์
14	การป่วย
16	การตาย
18	ความพิการและทุพพลภาพ
20	มะเร็ง
22	สิ่งแวดล้อม
24	อาหาร
26	ความยากจน
28	ความมั่นคงของมนุษย์
30	สุขภาพจิต
32	วัยรุ่น
34	ผู้สูงอายุ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

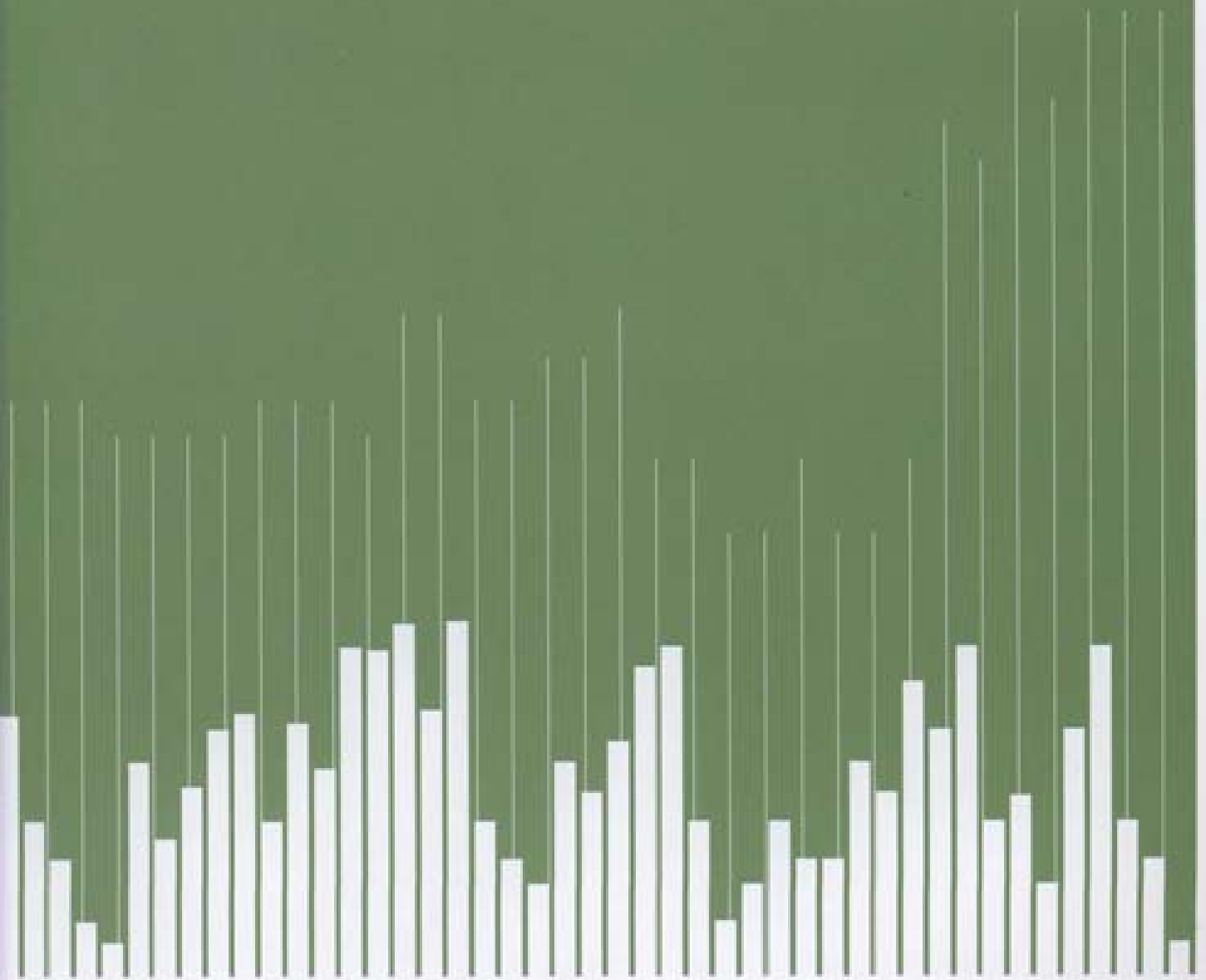
38	คลื่นมหาประลัยสินามิ
42	สถานการณ์ไฟใต้
46	ทางสองแพร่งของนโยบายใช้วัคซีน
50	สังคมไทยกับภัยข่มขืน
54	น้ำตาลในลมและขณะเด็ก
58	จากเปลี่ยวน้อยถึงกวาวเครือ
62	สื่อโป๊ๆ กับเรื่องเสกสีของวัยรุ่น
66	ความรุนแรงในวัยรุ่น
70	ระชัณเตราย
74	เด็กไทยในกับดักอบายมุขที่ถูกกฎหมาย
78	10 สถานการณ์สำคัญในรอบปี 2547
80	สถานการณ์เด่น 10 เรื่อง ในปี 2546
	เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ในปี 2547

การค้าเสรี กับการเข้าถึงยา

ภาคผนวก

104	บรรณานุกรม
114	เกณฑ์ในการจัดทำ
	รายงานสุขภาพคนไทย
115	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ
116	รายชื่อกรรมการชี้ทิศทาง

12 ตัวชีวิตสุขภาพ



ในปี 2546 มีผู้หญิงตั้งครรภ์เกือบ 1 ล้านคน ส่วนหนึ่งยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแล

อายุของมารดาที่คลอดบุตรมีชีวิต ปี 2530 - 2546



แม้การสาธารณสุขของประเทศไทยจะก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่การตั้งครรภ์ของหญิงไทย ยังน่าจับตามอง เมื่อพบว่าครึ่งหนึ่งของการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลเอกชน ไร้ชีวิตชีพ เสกทำให้ประเทศไทยได้ชื่อว่ามีอัตราการฟาล์วสูงเกินกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

การเสี่ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือน

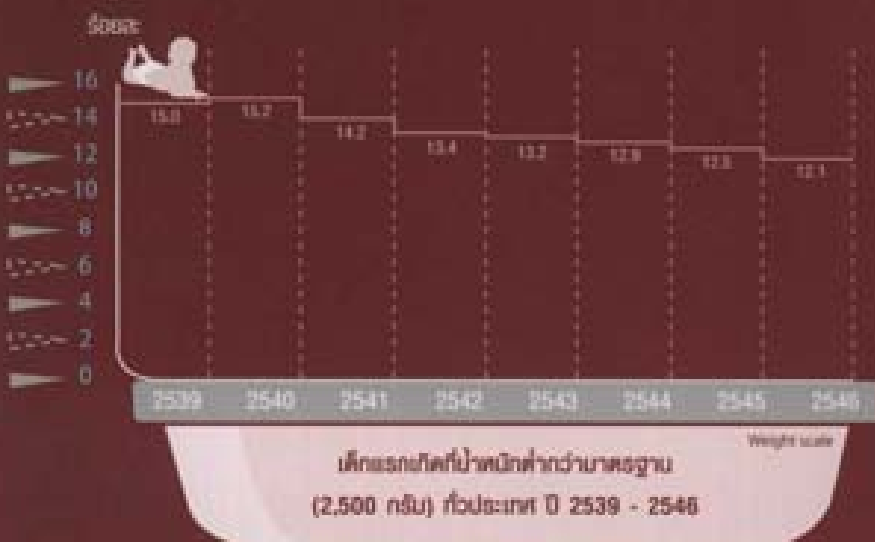
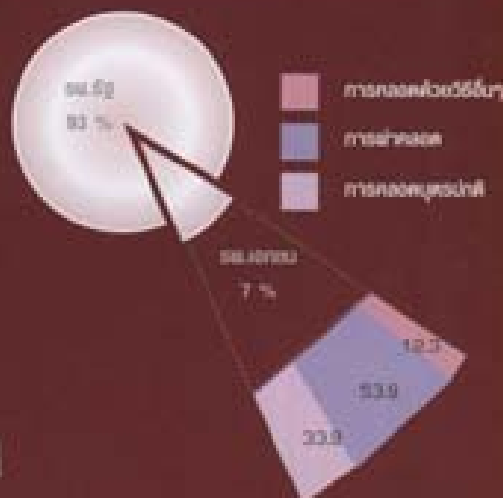
ปี 2536 - 2545

เป้าหมายของสาธารณสุข = ร้อยละ 30 ภายในปี 2546

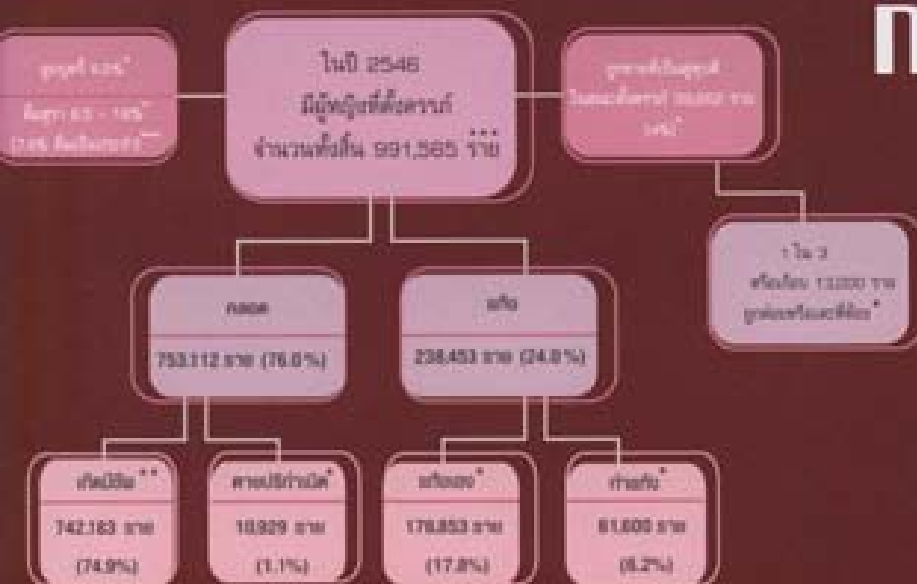


ที่มา: กรมอนามัย, ปี 2546: รายงานสถิติสุขภาพเด็ก, สำนักขึ้นทะเบียนปี 2547
ตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเท่านั้น ยังต้องมีการติดตามและประเมินผล

สถานที่คลอดบุตรของหญิงมีครรภ์ปี 2544



การตั้งครรภ์



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะการมีบุตรยาก 2546 (จากการสำรวจในโรงพยาบาล อายุ 15-49 จำนวน 2,801 ราย)
 **จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546
 ***จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546 จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546
 1. จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546 จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546
 2. จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546 จำนวนการคลอดวิธีคลอด 2546

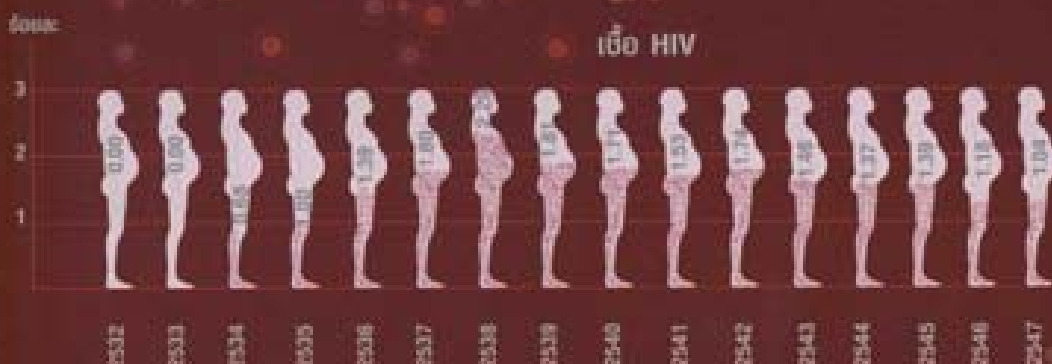
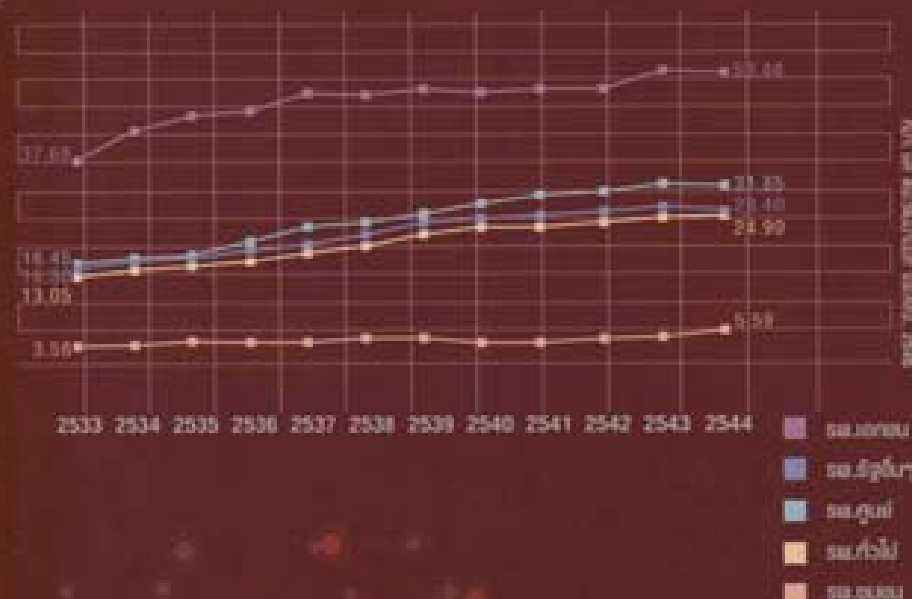
ขณะที่จำนวนตัวเลขของคู่แม่ที่อยู่ในวัยรุ่นลดลงเล็กน้อย แต่จำนวนคู่แม่สูงวัย (อายุ 35 ปีขึ้นไป) กลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นั่นหมายความว่าไม่จำเป็นว่าการตั้งครรภ์ของคู่แม่วัยรุ่นหรือคู่แม่สูงวัยย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารกด้วยเหมือนกัน

ดังนั้น การฝากครรภ์ไม่ว่าผู้เป็นแม่จะมีอายุเท่าไร ก็เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะก้าวไปสู่วิถีการตั้งครรภ์ที่เรียกว่า 'ลูกมีครอบครัว แม่ปลอดภัย' นอกจากนี้ สุขภาพของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะยังพบว่าทั้งภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อเอชไอวี การสูบบุหรี่ กินเหล้า และการทำร้ายร่างกายโดยคู่สมรสล้วนคุกคามการตั้งครรภ์ด้วยทั้งสิ้น อีกทั้งภาวะนี้ ไม่ว่าจะเป็นตัวเองหรือถูกทำให้แท้งก็ยังพบว่ามีความเสี่ยงสูงเหมือนกัน แต่สิ่งที่น่าสนใจ สำหรับการตั้งครรภ์ของผู้หญิงไทยในปัจจุบันก็คือ แม้การฝากครรภ์จะมีความเสี่ยงสูงกว่าการคลอดแบบปกติ แต่ก็กลับพบข้อเท็จจริง ที่ชี้ชัดว่าการฝากครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการอนามัยโลกที่เราได้ย่ำเข้าไป

นั่นหมายความว่าตัวเลขการฝากครรภ์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าสนใจนั้นได้รับการยืนยันว่ากว่าครึ่งหนึ่งของคู่แม่ที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นการฝากครรภ์เพื่อใช้การคลอดบุตรด้วยวิธีปกติ

อีกเรื่องหนึ่งที่น่าสนใจที่คนไทยควรให้ความสนใจอย่างจริงจังก็คือความพยายามให้ผู้หญิงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดอย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป

การฝากคลอดตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2533 - 2544

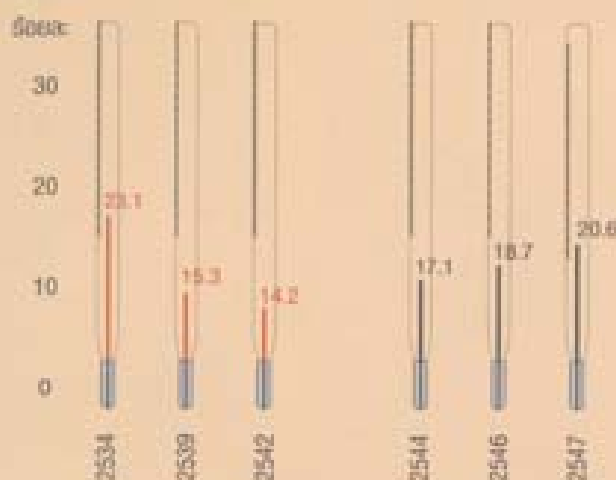


จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี 2532 - 2546

ประชากรไทยปี 2547 13.4 ล้านคน มีอาการป่วยและได้รับสวัสดิการถึงกว่าร้อยละ 90

การเจ็บป่วยของประชากรไทย ปี 2534 - 2547

ช่วงก่อนมีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วงหลังมีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ



การเจ็บป่วย ไม่ได้นิยามถึง การเจ็บป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยถึงป่วยหนัก และรวมถึงการรู้สึกลัวว่าไม่สบายด้วย

หมายเหตุ: ปี 2534 - 2544 สัปดาห์การเจ็บป่วยระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันเริ่มการนับ

หมายเหตุ: ปี 2546 - 2547 สัปดาห์การเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันเริ่มการนับ

นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มุ่งให้สิทธิขั้นพื้นฐานที่คนไทยทุกคนพึงได้ในการเข้ารับบริการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเป็นระบบประกันสุขภาพที่ให้ความเสมอภาคแก่คนไทยทุกคนอย่างเท่าเทียม

ประชากร 65.1 ล้านคน ในปี 2547

สวัสดิการหลัก

สวัสดิการรอง

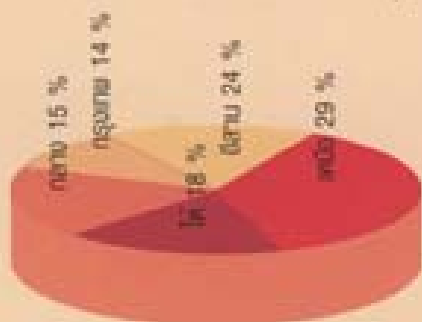
ไม่ได้รับ 4.3 ล้านคน 6.6%

ไม่ได้รับ 61.4 ล้านคน 94.3%

ได้รับ 93.3% 60.8 ล้านคน

ได้รับ 5.7% 3.7 ล้านคน

การเจ็บป่วยของประชากรภาคต่างๆ ปี 2547

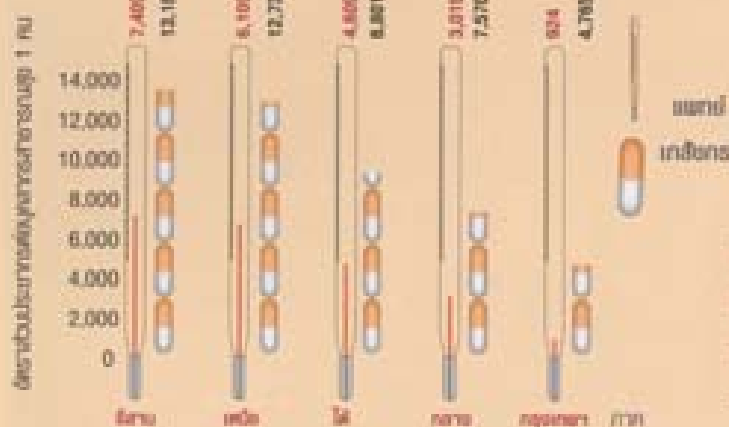


สวัสดิการหลัก ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ / ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน บัตรประกันสุขภาพประเภทที่ ก. (ไม่พอจ่าย 30 บาท) และไม่มี ก. (ไม่พอจ่าย 30 บาท)

สวัสดิการรอง ได้แก่ ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน / สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง และอื่นๆ

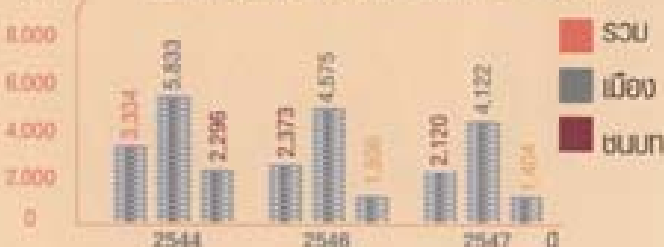
ที่มา: รายงานผลการสำรวจฉบับนี้และสวัสดิการ, 2547 (กองการวิจัย)

การกระจายของบุคลากรสาธารณสุขรายภาค ปี 2546



ที่มา: รายงานผลการสำรวจฉบับนี้และสวัสดิการ, 2546
สำนักงาน 2546

ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในการนอนพักรักษาในสถานพยาบาล ปี 2544 - 2547



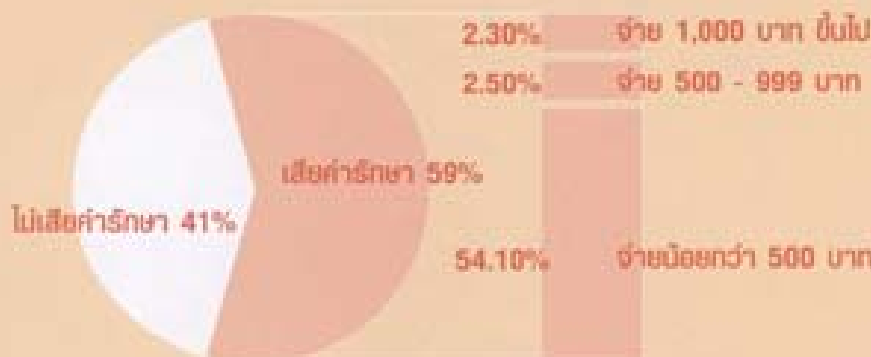
ที่มา: รายงานผลการสำรวจฉบับนี้และสวัสดิการ, 2547 (กองการวิจัย)

การป่วย

คนไทยมากกว่าร้อยละ 90 มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐรองรับ ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน หรือบัตร 30 บาท และอีกร้อยละ 5.7 ได้รับสวัสดิการดังกล่าวจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น บริษัทประกันหรือการช่วยเหลือค่ารักษายาพยาบาลจากนายจ้างยามเจ็บป่วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ที่เริ่มใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค มีรายงานว่าผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาสถานพยาบาลมากขึ้น โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคอีสานและภาคเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนของแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อประชากรน้อยกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่เมืองหลวงอย่างกรุงเทพฯ มีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 924 คน นับว่าเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าในภาคอีสานและภาคเหนือ 7 - 8 เท่า ซึ่งให้เห็นชัดเจนว่าการกระจายของแพทย์ยังกระจุกตัวในเขตที่มีความเจริญ

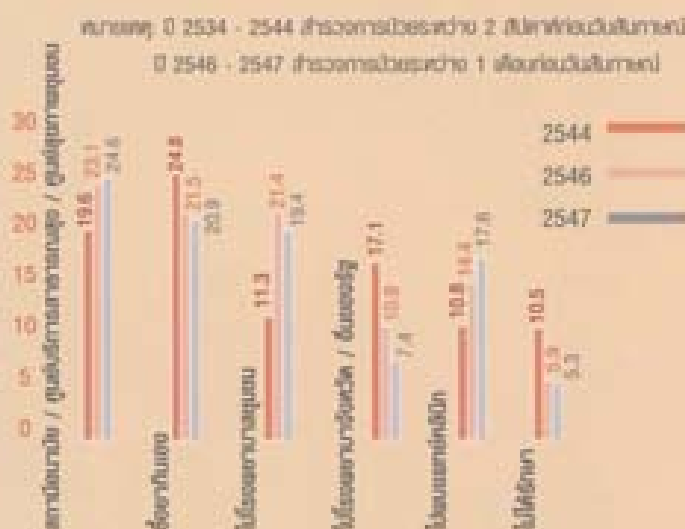
ทั้งนี้การดำเนินตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคยังทำให้การเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป การใช้บริการสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ลดลง อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงควรเน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษาอาการเจ็บป่วย และควรสนับสนุนอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เพียงพอกับการทำงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและป้องกันสุขภาพอย่างทั่วถึง

ค่ารักษายาพยาบาลเฉลี่ยที่ต้องจ่าย ปี 2547



ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2547 (กรมสุขภาพจิต)

วิธีการรักษายาพยาบาลที่ประชาชนเลือกใช้ ปี 2544 - 2547



ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2534 - 2547

การนอนพักรักษายาพยาบาล ปี 2539 - 2547



อัตราตายของมารดาและการก่อกำเนิดในระดับต่ำ แต่สถานการณ์ใน
เขตพื้นที่สูงและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังต้องจับตามอง

การพัฒนาาระบบสาธารณสุขของไทย
เพื่อให้ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชน
ในทุกพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไทย
ส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวขึ้นและการเสียชีวิต
ก่อนวัยอันควรมีแนวโน้มลดลง

สาเหตุการตายปริกำเนิด ปี 2544

ကုမ္ပဏီ ဇီဝဝင် ၁၆၆ ဖော်ပြထားရှိသောစာမျက်နှာတွင်
ရက် အမှတ်စဉ်မှာ ၁၃၁၆ ဖြစ်သည်။

[illegible]

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มเป้าหมายสนใจในภาพเคลื่อนไหว
เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงในการเดินทางไปยังโรงพยาบาล
ของรัฐ โดยภาครัฐฯต่างๆ เข้าให้บริการสุขภาพของรัฐได้
รวดเร็วทันใจมาก เมื่อพิจารณาในรายละเอียดภาพเหตุการณ์
ของบุคลากรและการบริการแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนได้
ในระหว่างการดำเนินงานเชิงนวัตกรรมของรัฐบาล ภาครัฐจาก
สหประชาชาติหลายรัฐ และแม้...บทบาทที่จะช่วยทำให้
คนไทยมีวิถีชีวิตที่ดี การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสะดวก

สาเหตุการตายของมารดา ปี 2533 - 2545



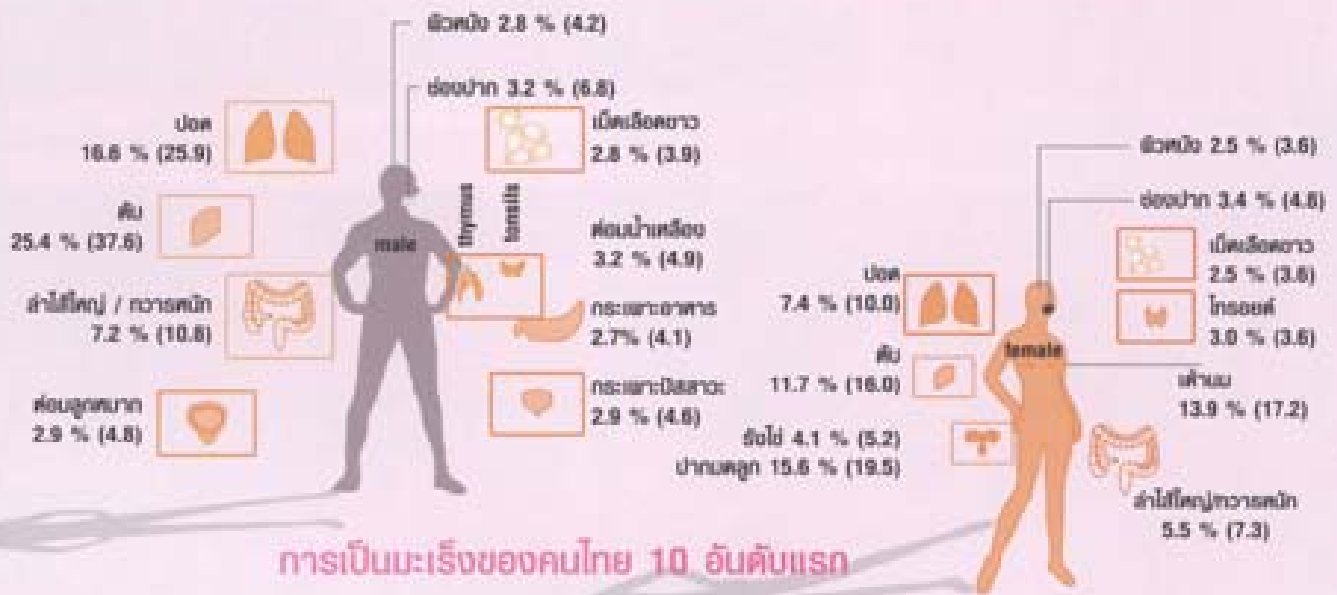
Plant. *Strobilanthes agrostoides* (Lam.) Merr. & L. *Strobilanthes* 2545

อัตราตายของมารดาและการคลอดบุตรที่ลดลงโดยบุคลากรสาธารณสุข ปี 2533 - 2545

[illegible]

การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ไม่สูบบุหรี่ กินและมีเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้อง รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่พบน้อยได้

ที่มา: Braving et al., 2003
 ความถี่ในการตรวจปี 2538 ใน (%) กลุ่มอายุ 100,000 คน



อาหาร กับ มะเร็ง



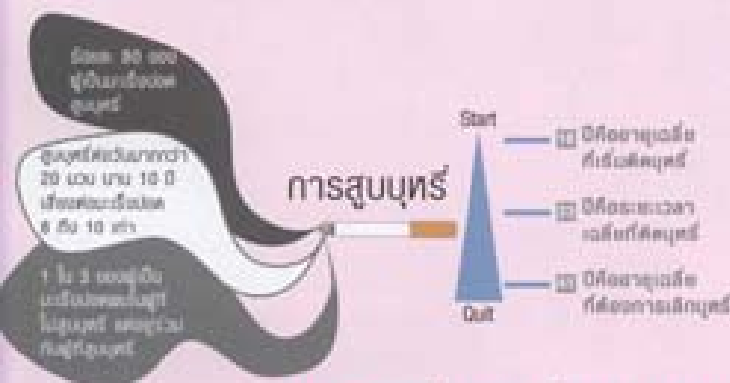
ที่มา: กินไม่ถูก บุหรี่อันตราย Food seminar, 2004

การตรวจมะเร็งปากมดลูก ปี 2546



มะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติคาดว่าประมาณว่าในปี 2548 จะมีคนไทยเป็นโรคมะเร็งประเภทต่างๆ มากกว่า 100,000 คน โดยเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีเพียงประมาณ 50,000 คน ในปี 2538 คนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และยังมีการตรวจคัดกรองมะเร็งต่างๆ น้อยมาก



มะเร็งเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในชาย และอันดับสามในหญิง โดยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ทำให้เกิดเชื้อพยาธิในไม่ไผ่ดิบ และเป็นมะเร็งในที่สุด นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับเชื้อไวรัส HPV อีกด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกที่ไม่ปลอดภัย และการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่เป็นมะเร็งในสตรีที่สูบบุหรี่ และเป็นอันดับหนึ่งในหญิง ได้แก่ มะเร็งปอด ซึ่งส่วนมากมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ มะเร็งในสตรีที่สูบบุหรี่ และอันดับหนึ่งในหญิง ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันและเนื้อแดงมาก หญิงไทยโดยเฉพาะในชนบทเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด มะเร็งชนิดนี้เกี่ยวข้องกับเชื้อพยาธิในไม่ไผ่ดิบ โดยผู้หญิงไทยไม่ได้ทำความสะอาดอวัยวะเพศอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่ได้ใช้สบู่ล้างอวัยวะเพศ หรือมีการติดเชื้อไวรัส HPV

มะเร็งในสตรีที่สูบบุหรี่ และเป็นอันดับหนึ่งในหญิงไทยในเมืองที่มีการศึกษาและฐานะ คือ มะเร็งเต้านม ซึ่งเกี่ยวกับการกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การมีเพศสัมพันธ์ซึ่งมีส่วนสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้

และที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง คือ การตรวจสุขภาพเฉพาะเจาะจงเพื่อ การตรวจวินิจฉัยแต่เริ่มต้น อันจะทำให้สามารถรักษามะเร็งระยะเริ่มต้นให้หายขาดได้ โดยเฉพาะการตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านม การตรวจอุ้งเชิงกราน เพื่อหาเชื้อพยาธิและเนื้องอก และการตรวจจากการติดเชื้อไวรัส HPV อีกด้วย

การป่วยเป็นมะเร็ง 3 ลำดับแรกของคนไทยรายภาค



คุณภาพอากาศในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มดีขึ้น

อัตราส่วนพื้นที่สีเขียวต่อประชากรกรุงเทพมหานคร ปี 2544 - 2547

ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการ. 2548



ความเข้มงวดกวดขันเพื่อควบคุมมลพิษทางอากาศ ทำให้ปริมาณฝุ่นละอองโดยรวมในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งปริมาณสารมลพิษในอากาศอยู่ในระดับไม่เกินค่ามาตรฐาน

จำนวนครั้งที่ปริมาณฝุ่นขนาดเล็กเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ปี 2541 - 2546



การตรวจพบปริมาณฝุ่นรวมมีค่าสูงเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ปี 2541 - 2546



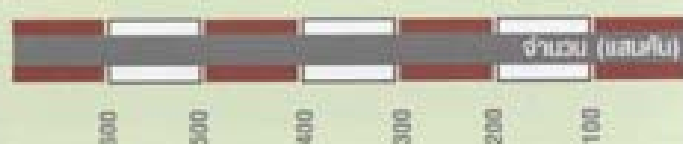
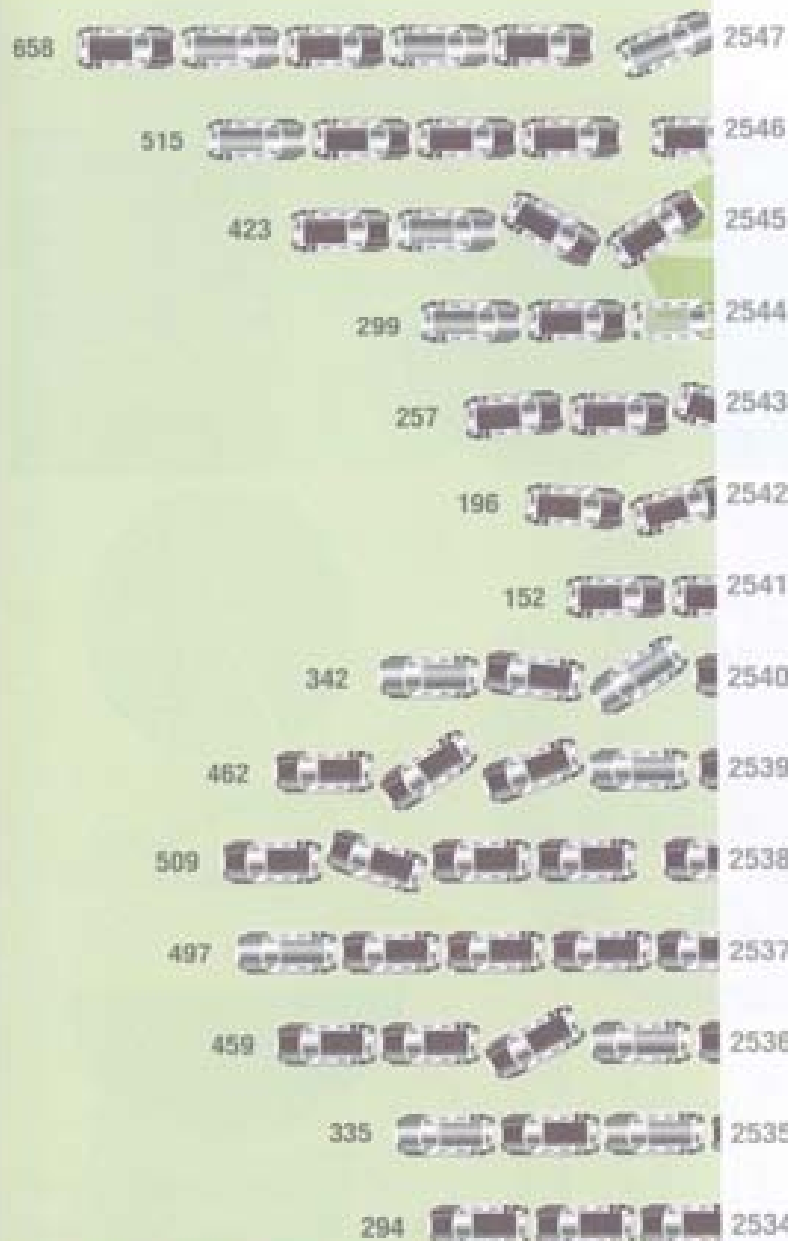
การตรวจพบปริมาณฝุ่นขนาดเล็กมีค่าสูงเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ปี 2541 - 2546



สารมลพิษ
ฝุ่นรวม
ฝุ่นขนาดเล็ก
ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์
ก๊าซโอโซน
ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์
ก๊าซไฮโดรเจนไดออกไซด์

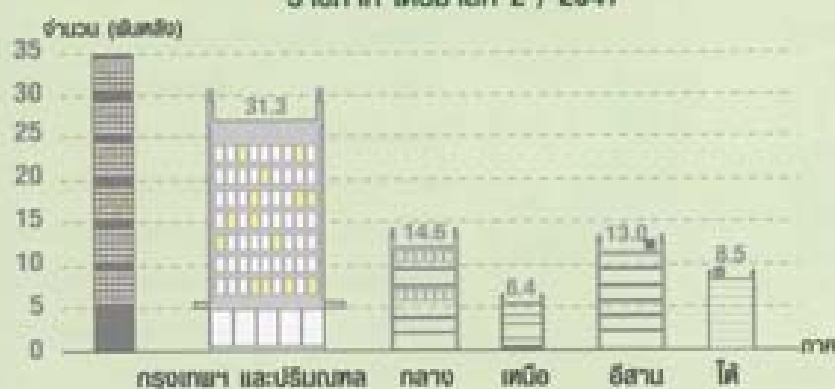
	พื้นที่ทั่วไป		ริมถนน	
ค่ามาตรฐาน	0.33	434	0 (0%)	588
จำนวนครั้งที่ตรวจพบ	120	1,680	36 (2.1%)	2,132
จำนวนครั้งที่เกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	30	74,991	0 (0%)	65,389
จำนวนครั้งที่เกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	100	61,789	155 (0.2%)	24,909
จำนวนครั้งที่เกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	300	77,176	0 (0%)	24,244
จำนวนครั้งที่เกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	170	78,041	0 (0%)	24,621

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ, 2547



จำนวนรถจดทะเบียนใหม่ในกรุงเทพฯ
ปี 2534 - 2547

อาคารบ้านเรือนที่ก่อสร้างใหม่และต่อเติม คัดแปลง
รายการ ไตรมาสที่ 2 / 2547



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอำนวยการ, 2547

ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษของกรุงเทพมหานคร
ไตรมาสที่ 2/2547 สำนักงานสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในเขตกรุงเทพมหานครจาก 4.6 ล้านคนในปี 2523 เป็น 6.8 ล้านคนในปี 2548 หรือ 30.9 เปอร์เซ็นต์ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ย่อมหมายถึงความต้องการที่อยู่อาศัยและยานพาหนะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อปริมาณฝุ่นละอองของกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลักของฝุ่นละอองในกรุงเทพมหานครล้วนมาจากการก่อสร้าง บ้านเรือนและปริมาณยานยนต์ที่เพิ่มมากขึ้นนี้เอง อาคารบ้านเรือนที่ก่อสร้างใหม่หรือดัดแปลงต่อเติมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครมีมากกว่าภาคอื่นๆ กว่าสองเท่าตัว เช่นเดียวกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนรถยนต์ในกรุงเทพมหานครที่สูงกว่าภาคอื่นๆ 1-5 เท่าตัว ส่งผลให้ปริมาณฝุ่น ควันพิษ และมลพิษทางอากาศที่เอ้าจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กรุงเทพมหานครได้เข้มงวดมากขึ้นเพื่อควบคุมมลพิษทางอากาศไม่ว่าจะเป็นการตรวจจับรถควันดำ การบังคับใช้ผ้าใบคลุมปิดกระหว่างก่อสร้าง หรือการใช้ผ้าใบคลุมรถบรรทุกขนส่ง

การมีระบบขนส่งมวลชนในรูปแบบใหม่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นรถไฟฟ้าหรือรถไฟใต้ดิน ทำให้ช่วยลดการใช้ยานพาหนะส่วนตัวของประชาชนได้ อีกทั้งสวนสาธารณะที่เป็นปอดให้กรุงเทพมหานครก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ความพยายามเหล่านี้ส่งผลให้ปริมาณฝุ่นรวมมีแนวโน้มลดลงและสามารถควบคุมได้ในระดับหนึ่ง แต่ฝุ่นละอองขนาดเล็กยังเกินระดับมาตรฐาน แต่ในภาพรวมก็ถือว่าดีขึ้น โดยเฉพาะทางอากาศในกรุงเทพมหานครดีขึ้น พื้นที่สวนสาธารณะและต้นไม้ใหญ่ที่เป็นปอดให้กับคนกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

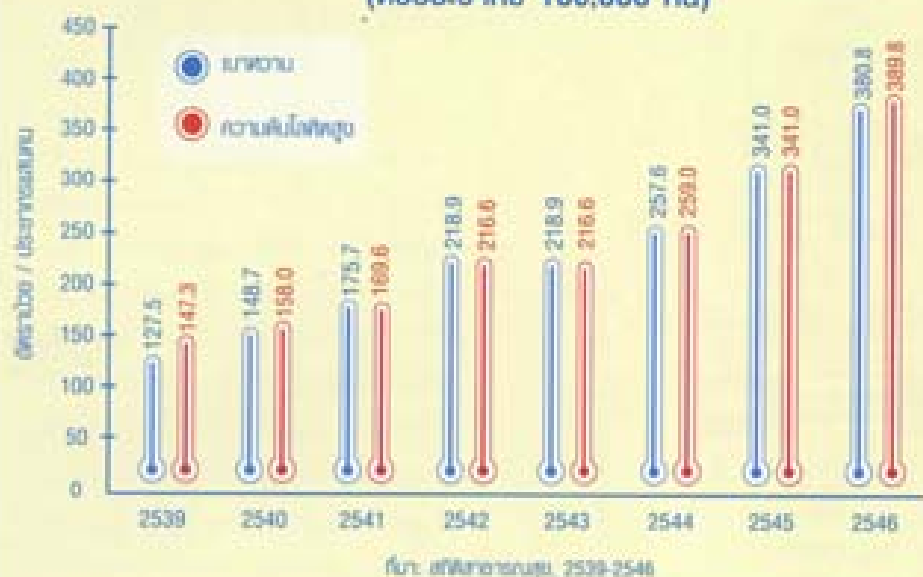


ประชากรที่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค (เฉพาะผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป)



เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน สัญญาณเตือนภัย คนไทยกินหวาน และอาหารไขมันสูง

อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ต่อประชากร 100,000 คน)



แม้ว่าตามมาตรฐานโภชนาการจะกำหนดให้การกินน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาต่อคน แต่ปัจจุบันคนไทยกินน้ำตาลสูงถึง 16 ช้อนชาต่อคนต่อวัน มากกว่าระดับการบริโภคน้ำตาลของโลกคือวันละ 11 ช้อนชาต่อคน ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า หากสังเกตกันดี ๆ จะเห็นว่า 'น้ำตาล' คือเครื่องปรุงรสที่แทรกตัวเข้ามาในอาหารทุกจานของคนไทยโดยไม่มีใครระวังถึงภัยร้ายที่จะตามมา ความหวานของผลไม้สดถูกเพิ่มเติกรด้วยน้ำตาลในพริกเกลือ น้ำเชื่อมที่เต็มไปด้วยน้ำตาลคือเครื่องดื่มที่ครองความนิยมของคนทุกเพศทุกวัย แม้แต่อาหารหวานอย่างเผ็ดกระเพราะยังต้องพึ่งความหวานของน้ำตาลทราย จึงไม่น่าแปลกใจหากจะกล่าวได้ว่า ในแต่ละวันคนไทยบริโภคน้ำตาลมากถึง 16 ช้อนชา ซึ่งมากกว่าที่มาตรฐานโภชนาการกำหนดไว้เกือบ 3 เท่า

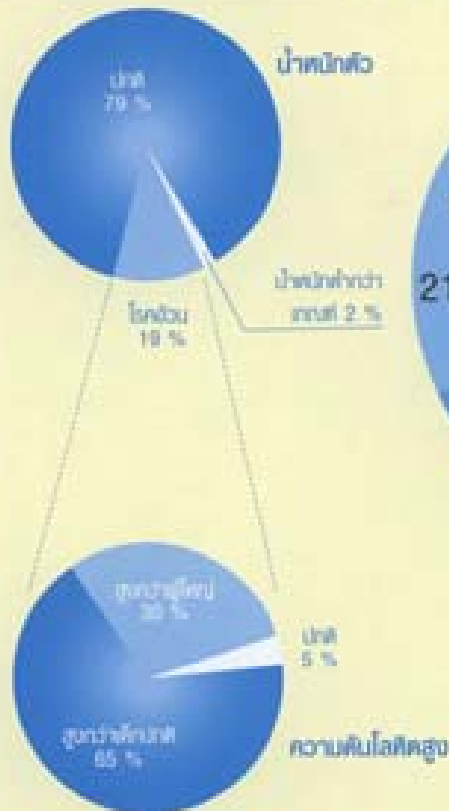
ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ ปี 2526 - 2546



คนไทยกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคไม่ได้สัดส่วน โดยเฉพาะการกินหวาน กินของมัน ของทอด หรืออาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง

โรคอ้วนและความดันโลหิตสูง

ในเด็กประถมศึกษา 1-6



ที่มา: สำนวนทางสถิติ ดัชนีภาวะอ้วน, นพ.ศ. 2547

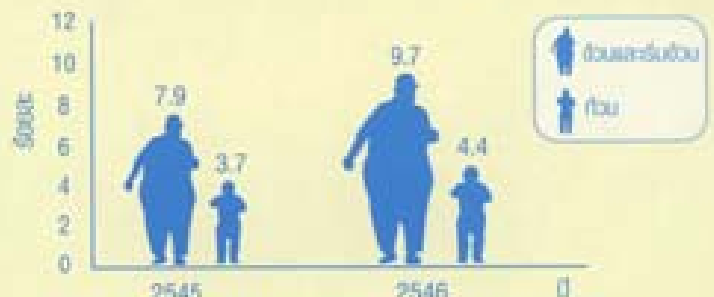
นี่อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีปัญหาด้านโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่เพียงผู้ใหญ่เท่านั้นที่ใส่ใจรสชาติหวานเค็ม เด็กเล็กก็เริ่มมีกลุ่มผู้บริโภคที่ชื่นชอบขนมหวานที่มีมันฝรั่งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากขึ้น โดยพบว่า เกือบ 1 ใน 5 ของเด็กชั้นประถมศึกษาเป็นโรคอ้วนและส่วนใหญ่มีความดันโลหิตผิดปกติ พ่อแม่ผู้ปกครองจึงควรหันมาใส่ใจพฤติกรรมการบริโภคของเด็กอย่างจริงจังก่อนที่จะสายเกินไป โดยเฉพาะอิทธิพลของสื่อโฆษณาที่จะทำให้เด็กไทยยิ่งก้าวเข้าใกล้กับปัญหาโภชนาการขาดสมดุลมากขึ้นเรื่อยๆ

การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงของประชากร



ที่มา: แผนสุขภาพโลกปี 2548

โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน (ป.1-6) ปี 2545-2546



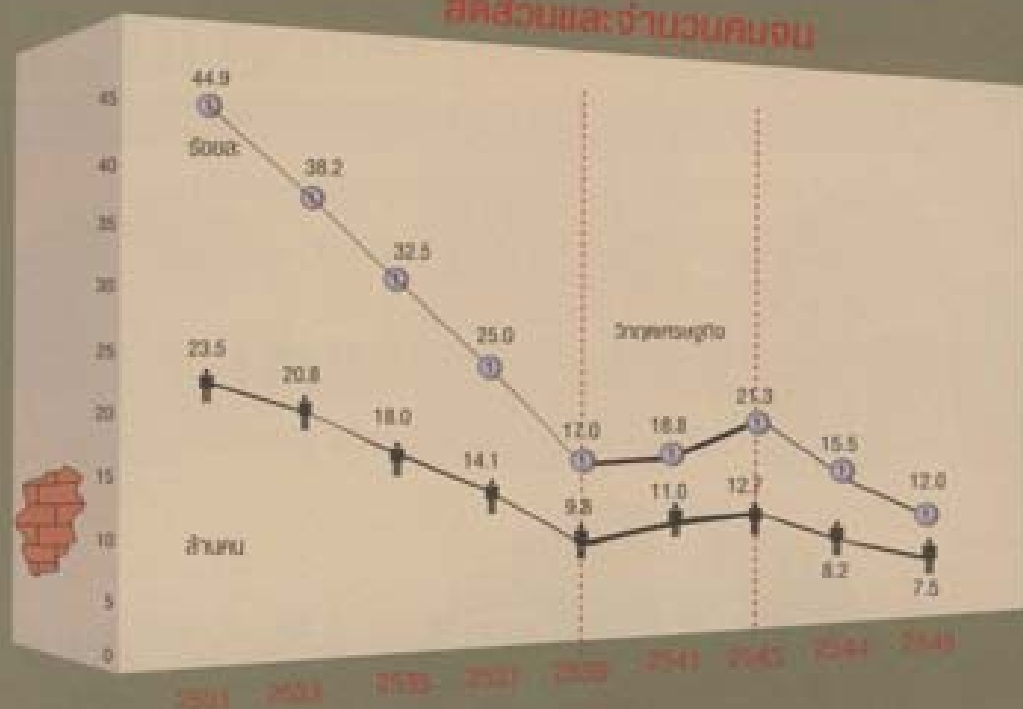
ที่มา: โครงการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพเด็กไทยและเด็กไทยวัยเรียนระดับประถมศึกษา, 2546

การบริโภคขนมของเด็กรไทย ปี 2546



ที่มา: สถานการณ์โภชนาการเด็กไทย ความเสี่ยงของโรคอ้วนและโรคเบาหวานในเด็กไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546

สัดส่วนและจำนวนคนจบ

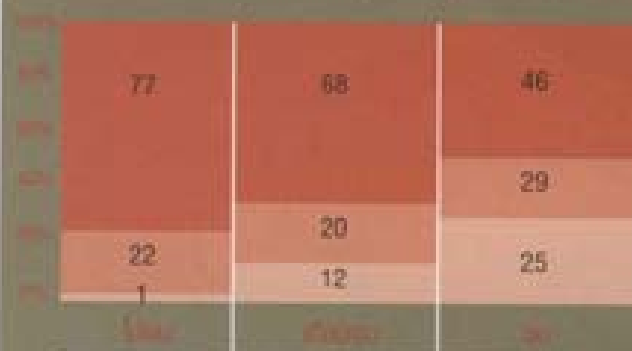


① สัดส่วนคนจบ

จำนวนคนจบ

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการ
การอุดมศึกษา
ข้อมูลปีการศึกษา
2537 - 2545

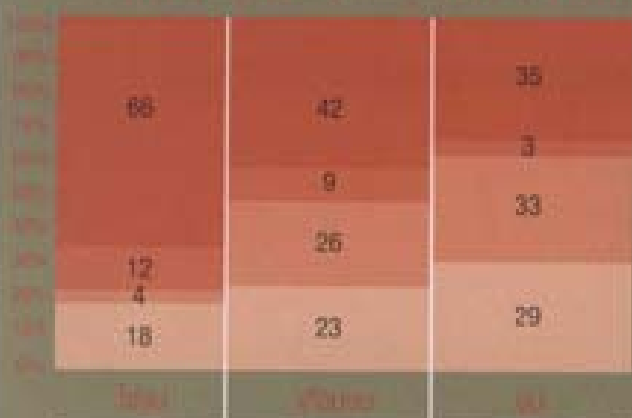
แหล่งเงินกู้ยืมของครัวเรือนแบ่งตามระดับความยากจน (เฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์)



รายได้และหนี้สินของครัวเรือนยากจนมาก ปี 2537 - 2545



มาตรการกึ่งกรองของที่ดินของครัวเรือนแบ่งตาม ระดับความยากจน (เฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์)



มากกว่า 10 ไร่
5-10 ไร่
น้อยกว่า 5 ไร่
ไม่มีที่ดิน

รายได้
หนี้สิน

ความยากจน

คนไทย 1 ใน 10 คนยังเป็นคนยากจน มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 922 บาทต่อคน



ไม่ว่าจะนิยามคำว่า ความยากจน ว่าอย่างไร
 ภาคอีสานและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
 ก็ยังคงครองตำแหน่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาหนักที่สุด
 ไม่ว่าจะเป็นด้านความยากจนหรือสุขภาพ...

แม้นักวิชาการจะพยายามให้นิยามของคำว่า 'ความยากจน'
 นานมาแล้วแต่ก็การพัฒนากรอบแนวคิดนิยามไปตามลำดับของความรู้
 และความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นักเศรษฐศาสตร์ให้ความหมาย
 ของ 'คนจน' ว่าเป็นคนที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพในแต่ละวัน
 โดยคำนวณออกมาเป็นตัวเลขต่อคนต่อเดือนและใครมีรายได้
 ต่ำกว่าตัวเลขที่คิดเอาไว้ก็ถือว่าเป็น 'คนจน'

อีกวิธีหนึ่งที่ถูกใช้ควบคู่กันก็คือ การวัดความยากจนแบบ
 เปรียบเทียบเพื่อวัดความเหลื่อมล้ำของผู้คนในสังคมเดียวกัน แต่การ
 วัดความยากจนของทั้งสองแบบข้างต้น มีแนวคิดใช้ 'นิยามเงิน' เป็น
 ตัวชี้วัด ต่อมาจึงมีการมองความยากจนในหลายมิติมากยิ่งขึ้น

ไม่ว่าจะเป็นความยากไร้ของตน การขาดแคลนขีดความสามารถ
 ขาดพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นการไม่รู้หนังสือ ขาดโภชนาการ การเจ็บป่วย
 ด้วยโรคที่ป้องกันได้หรือความยากจนที่เกิดจากโครงสร้างของสังคม
 เช่น ไม่มีที่ดิน การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินทุนได้ แม้กระทั่ง
 การขาดแคลนโอกาส และสิ่งจำเป็นในชีวิตก็ถูกมองรวมไว้เป็นนิยาม
 แห่งความยากจน

และไม่ใช่นิยามคำว่า ความยากจนหรือคนจน เอาไว้อย่างไร
 จังหวัดในภาคอีสานของประเทศไทย ก็ได้ชื่อว่ามีปัญหาหนักที่สุด
 ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาถึงปัจจัยด้านความยากจนหรือปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัญหาความยากจน

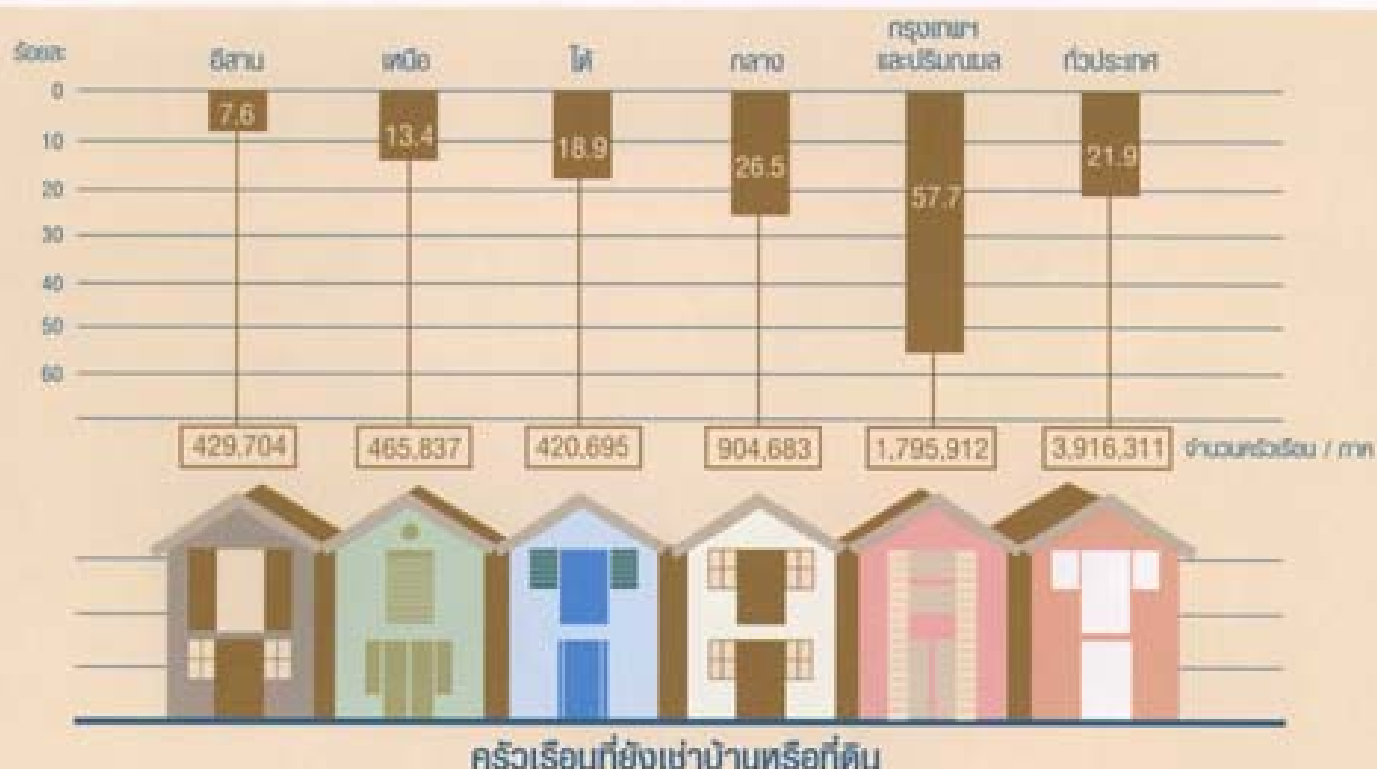
และสุขภาพ

1. การกระจายรายได้
2. สภาพของครัวเรือน
3. รายได้ต่อหัวต่อครัวเรือน
4. สัดส่วนของค่าใช้จ่าย
ต่อรายได้ของครัวเรือน
5. สัดส่วนของค่าบุตรและค่าเช่า
ของครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด
6. อัตราการจ้างงาน
7. สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้
ต่ำกว่าเส้นความยากจน
8. อายุเฉลี่ยของครัวเรือน
9. สัดส่วนที่พึ่งพิงประชากร
10. สัดส่วนการพึ่งพิงประชากร

สัดส่วนการถือครองรายได้แบ่งตามรายได้ 5 กลุ่ม



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)



รายได้และรายจ่ายต่อเดือนของครัวเรือนรายภาค ปี 2545

บาท / ครัวเรือน



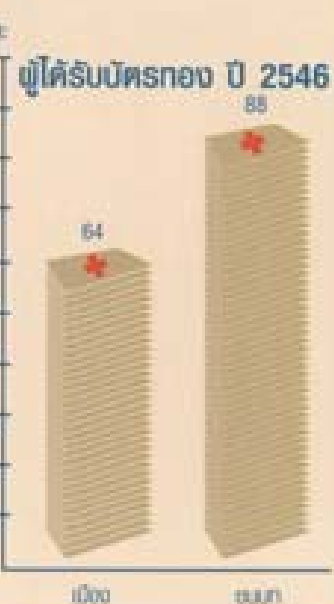
ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, 2546

ความพอใจต่อสภาพพยาบาลของผู้ใช้บริการบัตรทองรายภาค 2545



สาเหตุที่ไม่พอใจสถานพยาบาล	กรุงเทพมหานคร	กลาง	ตะวันออก	อีสาน	โตะ	ทั่วประเทศ
บริการไม่ดี	33.0	31.2	26.7	28.0	28.1	29.0
รอคิวนาน	28.2	29.4	32.8	38.2	24.4	31.7
ยาไม่ดี	28.2	21.8	24.6	14.8	32.3	22.7
ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	4.7	11.2	7.7	10.3	7.3	9.0
เครื่องมือไม่ทันสมัย	1.2	2.4	3.0	2.5	3.4	2.6

ที่มา: รายงานการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2546

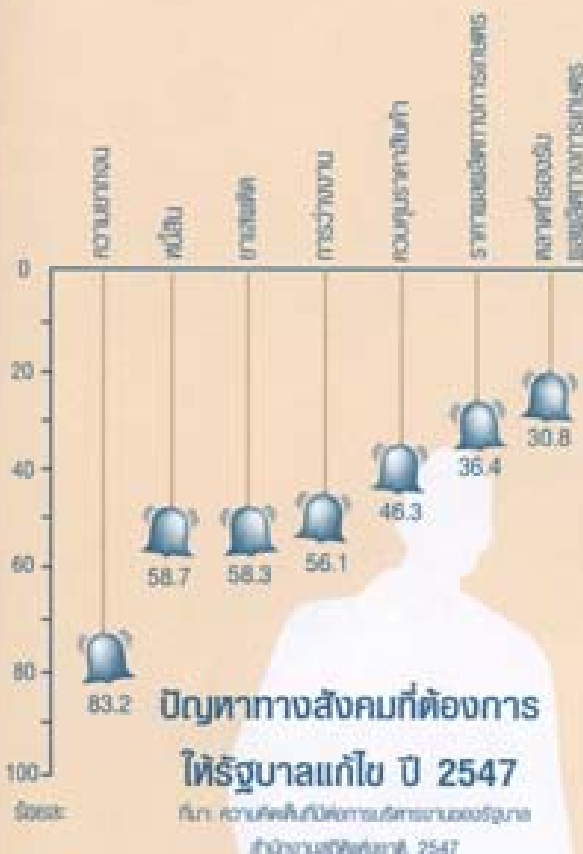
ความมั่นคงของมนุษย์

ประชากรราว 4 ล้านครัวเรือนยังไม่มีบ้านหรือที่ดินเป็นของตนเอง

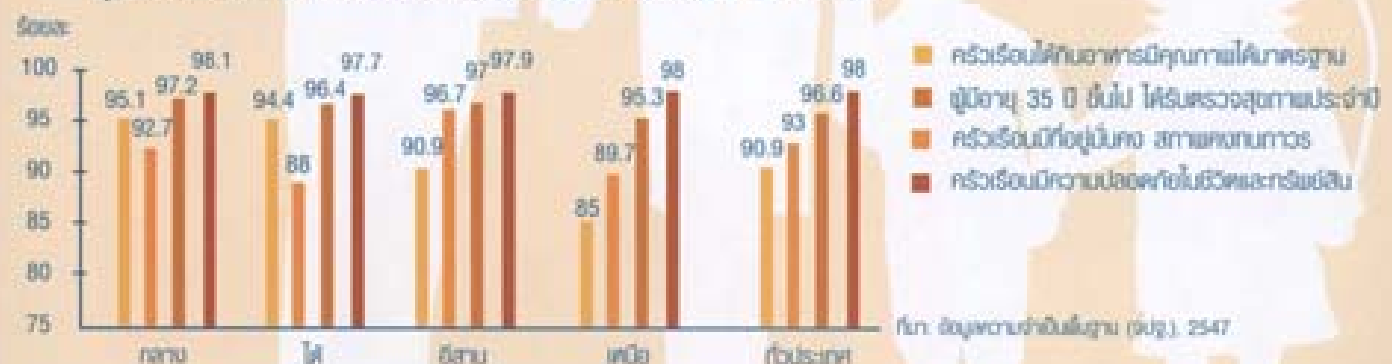
การมีบ้านหรือที่ดินเป็นของตนเอง การมีอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ มีคุณภาพ การเข้าถึง บริการสุขภาพที่ดีในยามเจ็บป่วยเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งชี้ถึงความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาความยากจน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญว่าจะสร้างความมั่นคงของมนุษย์ให้ยั่งยืนได้อย่างไร

ราว 1 ใน 5 ของครัวเรือนยังเช่าบ้านหรือที่ดินเพื่อการอยู่อาศัย ภาคอีสาน มีครัวเรือนที่เป็นเจ้าของบ้านหรือที่ดินมากที่สุดตามด้วยภาคเหนือและภาคใต้ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งของครัวเรือนในกรุงเทพฯ และปริมณฑลยังเช่าบ้านหรือที่ดินอยู่อาศัย เนื่องจากราคาก่อสร้างและที่ดินใน กรุงเทพฯ สูงกว่าในต่างจังหวัดหลายเท่า หลายครอบครัวต้องทำงานหนักเพื่อ ซื้อบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง จึงไม่แปลกอะไรที่โครงการ บ้านเอื้อ อาทร ที่ให้โอกาสผู้มีรายได้น้อยสามารถซื้อบ้านและที่ดินได้จึงได้รับความนิยมสูงในช่วงเวลาที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม พบว่าหนี้สินของครัวเรือนยังอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ ครัวเรือนทุกภาคมีหนี้สินประมาณ 5-7 เท่าของรายได้เฉลี่ยที่ครัวเรือนได้รับ ในแต่ละเดือน ทั้งนี้ภาคใต้มีสัดส่วนรายจ่ายต่อรายได้เฉลี่ยมากที่สุด ตามด้วยภาคเหนือและอีสานตามลำดับ ในส่วนของหลักประกันสุขภาพตาม นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อ สถานพยาบาล โดยสัดส่วนของผู้ที่ไม่พอใจนั้นมีมากที่สุดในกรุงเทพฯ และ ปริมณฑล คุณภาพของการให้บริการตามโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคจึง ยังเป็นเรื่องที่ต้องจับตามองเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างรากฐานไปสู่ความ ยั่งยืน จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้คนไทยหลุดพ้นจากวงจร หนี้-เจ็บ-ไ้ และสามารถพัฒนาสู่การมีความมั่นคงของมนุษย์ที่ยั่งยืน



คุณภาพชีวิตจากความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2547



ความชุกของโรคจิตเวชรายการ (เฉพาะผู้มีอายุ 15-59 ปี)

	ชาย (%)				หญิง (%)				SCU	
	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	%	จำนวนคน
โรคจิตประสาท	65.9	44.9	60.6	38.9	13.6	13.5	11.5	1.6	28.5	7.8 ล้าน
โรคอารมณ์แปรปรวน	3.3	3.7	10.8	3.8	8.7	6.3	12.6	4.9	5.7	1.6 ล้าน
โรควิตกกังวล	1.2	2.6	5.0	1.5	3.6	3.5	9.3	2.9	3.2	8.4 แสน
โรคจิต (รวมคนทั้งปวง)	1.3	1.2	2.4	0.6	1.3	1.2	2.2	1.0	1.2	3.2 แสน
โรคจิต (เป็นกรณี)	0.8	0.5	1.0	0.3	0.9	0.4	1.2	0.3	0.6	1.6 แสน

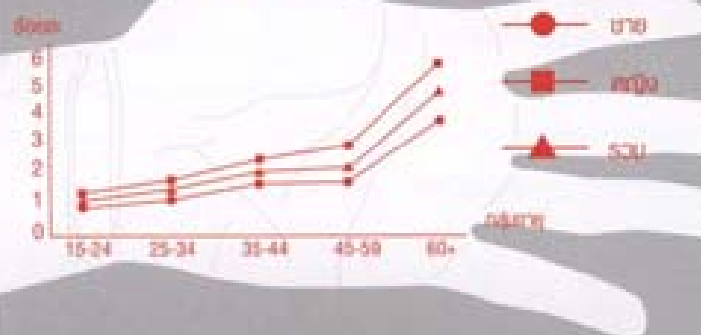
ที่มา: รายงานการวิจัยของ สสส. ปี 2547

สังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเครือญาติ ที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน กลายเป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูงในทุกๆ เรื่อง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้กำลังหยั่งรากลึกในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นระบบการศึกษาที่ต้องแข่งขันสอบเข้าเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาล การแข่งขันเพื่อให้มีงานทำที่มั่นคง มีรายได้ดี การแข่งขันเพื่อให้คนเป็นที่ยอมรับ ได้รับการชื่นชมจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง การใช้ชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการแข่งขันทำให้ต้องตื่นตัวตลอดเวลา เกิดความเครียดสะสม มีความเครียดสะสมเรื้อรัง ทำให้ขาดสติและความยับยั้งชั่งใจได้ง่าย

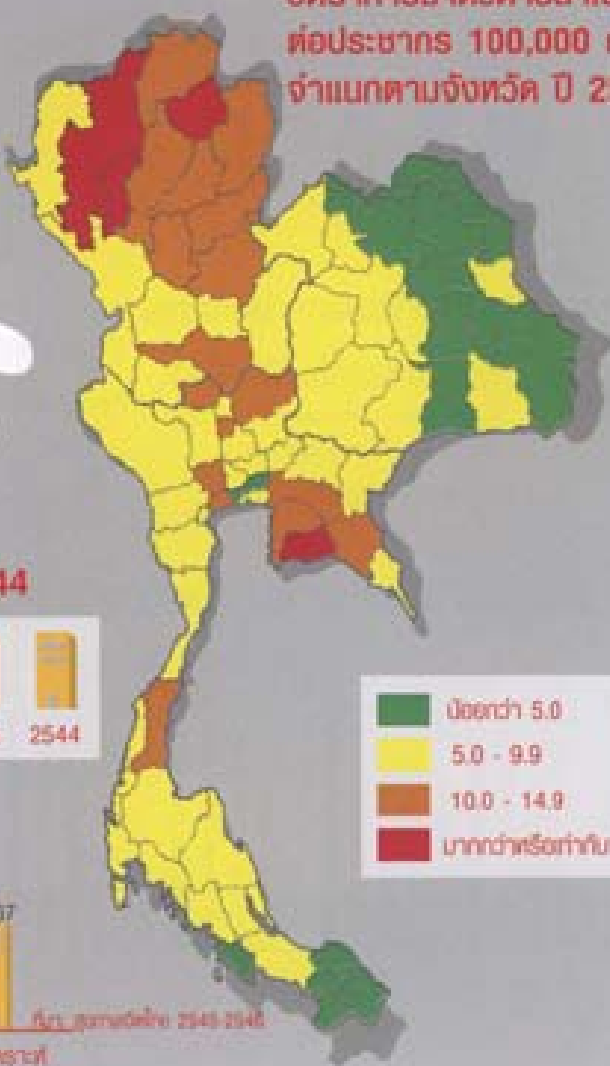
การฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงให้เห็นสังคมที่แปรปรวนขึ้นเรื่อยๆ คนที่คิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าคุณค่าความรัก ถูกละเลย ถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครต้องการ หากหาทางออกไม่ได้ หลายคนโกรธ มีความแค้น ไม่สามารถปรึกษาใครได้เมื่อมีความทุกข์ ซึ่งแท้จริงแล้วสาเหตุส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นจากปัญหาเดียว แต่เกิดจากการสะสมของปัญหาหลายๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน การป้องกันปัญหาด้วยการปฏิบัติตัวตามวิถีชีวิตแบบไทยๆ ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษาหารือ หันหน้ารับทุกข์ พุฒกุญหรือเอื้อนเอื้อมกันระหว่างญาติมิตร การหาที่พึ่งทางศาสนาไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติธรรมหรือนั่งสมาธิ การพักผ่อนคลายเครียด การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างสอดคล้องทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ย่อมเป็นหนทางสร้างสมดุลและภูมิคุ้มกันในชีวิตเพื่อให้สามารถเผชิญหน้ากับปัญหาโรคทางจิตไม่เลือกการฆ่าตัวตายเป็นการออกสุดท้ายอย่างที่หลายคนทราบดี

ความชุกของผู้ที่มีความรู้สึก หดหู่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวลรุนแรงถึงรุนแรงมาก

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพจิตปี 2548



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามจังหวัด ปี 2544



สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ปี 2542-2544



ที่มา: รายงานวิจัย ปี 2545-2546



สุขภาพจิต

ในปี 2546 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายวันละ 13 คน เป็นหญิง 3 คนและชาย 10 คน

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทย จากเดิมที่มีความเกื้อกูลต่อกันกลายเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน หลายคนใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกสุดท้ายในการเผชิญหน้ากับปัญหาเหล่านี้

อัตราการฆ่าตัวตายในผู้หญิงและผู้ชาย



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2534-2546

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

พยายามฆ่าตัวตาย หญิง (86%)	ฆ่าตัวตายสำเร็จ ชาย (72%)
อายุเฉลี่ย (เฉลี่ย 30 ปี)	วัยทำงาน (เฉลี่ย 39.4 ปี)
ไม่ได้รับทางการทางจิตเวช	ได้รับทางการทางจิตเวช
ใช้วิธีการไม่รุนแรง	ใช้วิธีการรุนแรง
ไม่มีความเสี่ยงต่อชีวิต	มีความเสี่ยงต่อชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

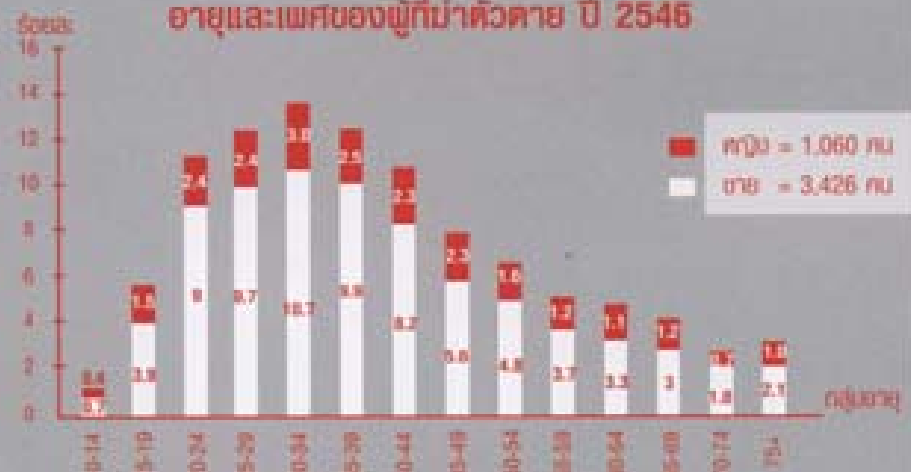
ปัจจัยฆ่าตัวตาย
ปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง / โรคจิต
โรคจิตเวช
โรคซึมเศร้า
จิตเวชเรื้อรัง

(กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ)

ปัจจัยกระตุ้นสำคัญ
ถูกดูถูก / ล้อเลียน / กระทบ
ปัญหาความรัก / ปัญหา
ปัญหาครอบครัว
ยาพิษ / วัตถุอันตราย / วัตถุพิษ
ยาพิษ / ยาพิษ / ยาพิษ

(กรณีพยายามฆ่าตัวตาย)

อายุและเพศของผู้ที่ฆ่าตัวตาย ปี 2546



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ลักษณะอาการแสดงโรคทางจิต

โรคจิตเภท¹

- อาการทางจิตเวชเรื้อรัง เช่น อาการหลงผิด หรือมีอาการผิดปกติทางจิต
- อาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
- อาการวิตกกังวล อาการไม่พอใจ ไม่สนใจใคร่สนใจ
- อาการไม่สนใจใคร่สนใจ เช่น อาการไม่สนใจใคร่สนใจ
- อาการไม่สนใจใคร่สนใจ เช่น อาการไม่สนใจใคร่สนใจ

โรคอารมณ์แปรปรวน²

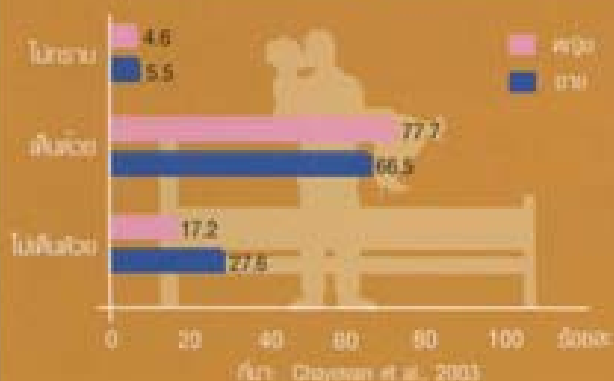
- อาการทางจิตเวชเรื้อรัง เช่น อาการหลงผิด หรือมีอาการผิดปกติทางจิต
- อาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
- อาการวิตกกังวล อาการไม่พอใจ ไม่สนใจใคร่สนใจ
- อาการไม่สนใจใคร่สนใจ เช่น อาการไม่สนใจใคร่สนใจ
- อาการไม่สนใจใคร่สนใจ เช่น อาการไม่สนใจใคร่สนใจ

การมีอาการโรคทางจิตหนึ่งเพียงอย่างเดียวไม่ถือว่าเป็นโรคทางจิตเวช แต่จะมีอาการหลายๆ อย่างประกอบร่วมกัน

ที่มา: 1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546 2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546

หญิงชายไม่ควรอยู่กินกันก่อนแต่งงาน



การใช้ถุงยางอนามัย

ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5

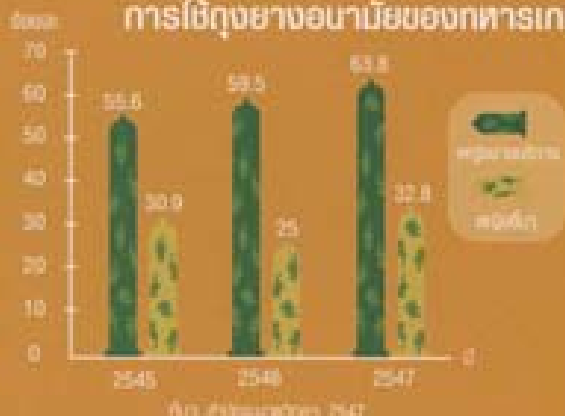


ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั้งหมดที่อยู่ในวัย 10-24 ปี

(ตัวเลขคาดประมาณ)



การใช้ถุงยางอนามัยของทหารเกณฑ์



เพศสัมพันธ์ของนักเรียน / นักศึกษา

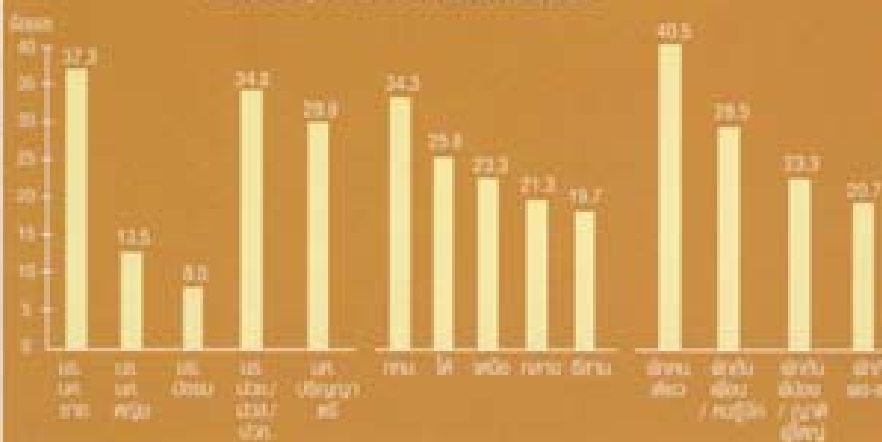


การถือการทางเพศของชายอายุ 20-24 ปี



ที่มา: Chayovan et al., 2003

นักเรียน / นักศึกษาที่มีเพศสัมพันธ์



แม้การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลงทั้งหญิงและชาย สิ่งที่น่าจับตามองในขณะนี้คือ พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบัจะมีผลต่อนักหาอดส์อย่างไร

ทุกวันนี้คงต้องยอมรับกันว่าวัยรุ่นเองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ในแต่ละวันบทสนทนาของวัยรุ่นจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มเพื่อนว่าใครไปทำอะไรที่ไหนกับใคร ใครนอกใจใคร ใครบิงใคร หรือใครกำลังเป็นโรคของใครอยู่ วัยรุ่นชายเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ถือการทางเพศแต่เพศสัมพันธ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการซื้อขายอย่างจริงจังกลับกลายเป็นเรื่องท้าทายของวัยรุ่นในปัจจุบัน

โดยวัยรุ่นชายเกือบครึ่งมีความเห็นว่ายอมรับให้ผู้หญิงโสดมีเพศสัมพันธ์ได้ และมากกว่า 1 ใน 4 ยังยอมรับเรื่องการอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงานมากขึ้น เรื่องที่น่าห่วงใยคือ ประมาณ 1 ใน 5 ของวัยรุ่นชายและหญิงอายุ 15 - 19 ปี มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำมาก ค่าตามสำคัญคือเราจะมั่นใจได้อย่างไรว่า โรคเอดส์จะไม่แพร่ระบาดในวัยรุ่นทั้งหญิงและชายในเร็วๆ นี้

1 ใน 2 ของการตายในวัยรุ่น หญิงและชายมีสาเหตุจากโรคเอดส์ และอุบัติเหตุจราจร

วัยรุ่น

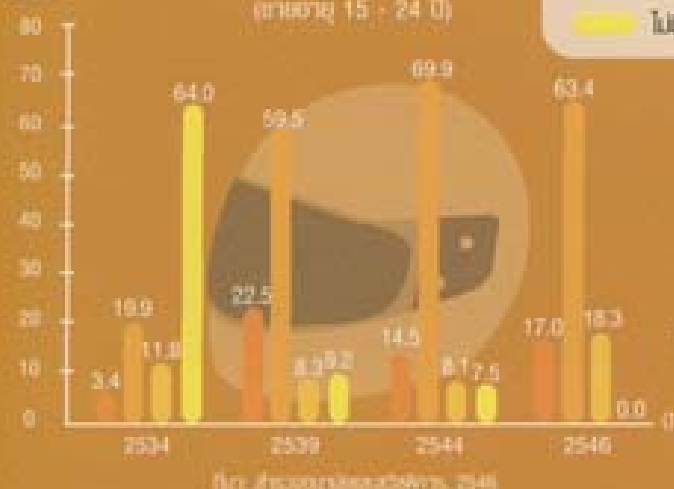
แม้แล้วับ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่สวมหมวกกันน็อก
ยังเป็นปัญหาสำคัญของอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

แม้ว่าช่วงหลายปีที่ผ่านมานี้ ช่วงเทศกาลวันหยุดยาว ไม่ว่าจะเป็นวันปีใหม่หรือวันสงกรานต์ จะมีการณรงค์ที่ตื่นตัวด้านความปลอดภัยให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะระมัดระวังอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากความประมาท

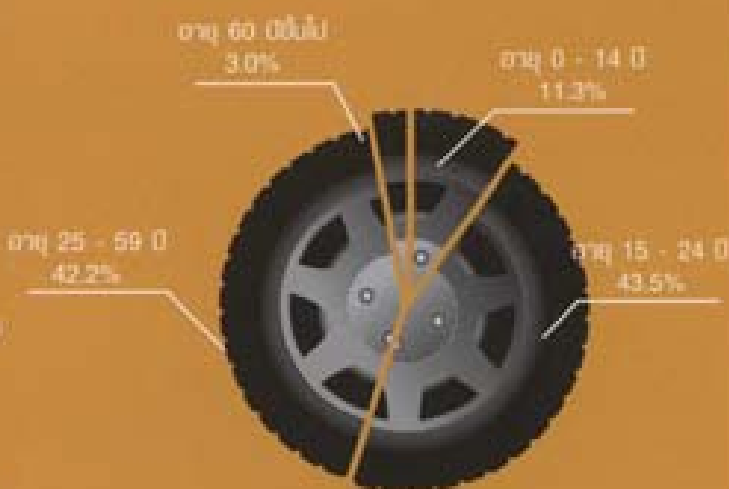
วัยรุ่นเพศหนึ่งคนยังมองว่าเป็นประจำ วัยรุ่นชายที่ไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยมีมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านๆ และ 1 ใน 5 ของวัยรุ่นชายยังไม่ใส่หมวกกันน็อก ทำให้วัยรุ่นยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุดต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร บ่อยครั้งที่การขับซิ่งแข่งกันบนถนนสาธารณะของกลุ่มวัยรุ่นนำไปสู่ความสูญเสียของบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ความเสี่ยงที่ท้าทาย ตลอดจนความมีเมตตา ความรับผิดชอบ ไม่ได้ขณะขับ ซึ่งวันเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร บาดเจ็บหรือพิการของวัยรุ่นทั้งสิ้น การใช้กฎหมายที่เข้มงวดอย่างเหี้ยมโหดจะไม่เพียงพอและกลับกลายเป็นสิ่งท้าทายสำหรับวัยรุ่น การรณรงค์สร้างจิตสำนึกและให้ความรู้ด้านการจราจรให้แก่กลุ่มวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสนใจอย่างเร่งด่วน

การสวมหมวกกันน็อก

(ชายอายุ 15 - 24 ปี)

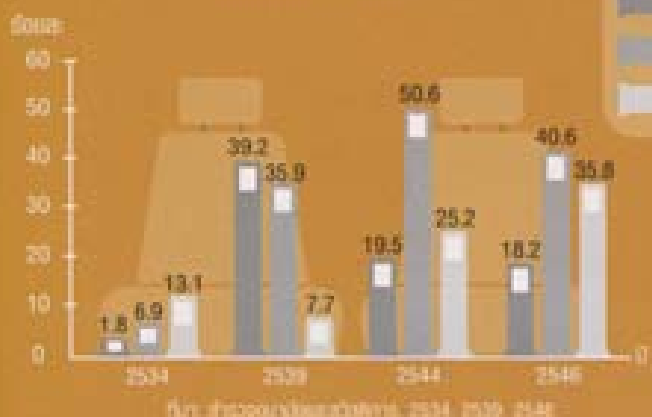


อายุของผู้เกิดอุบัติเหตุจราจรรุนแรง*



การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ยานยนต์ของวัยรุ่น

(ชายอายุ 15 - 24 ปี)



วัยรุ่น (อายุ 15 - 24 ปี)

ที่ขับขี่ยานยนต์เมื่อดื่มสุรา



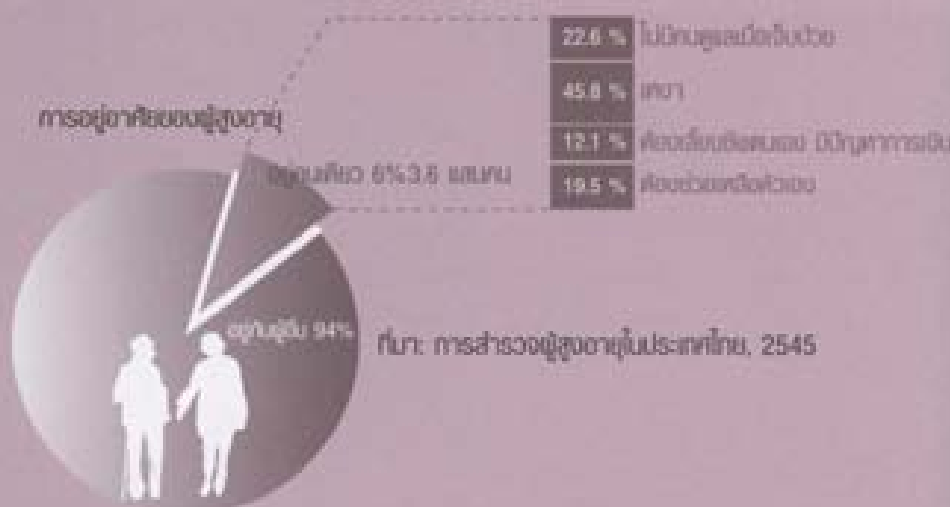
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546

เป็นประจำ (6 คนจบ) 5%



ผู้สูงอายุกว่า 2 ล้านคน ยังมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้สูงอายุมีมากกว่าผู้เยาว์ จากการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพทรุดโทรมและมีความเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเมื่อเทียบกับผู้เยาว์ ซึ่งไม่แปลกที่มักพบว่ากิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะแตกต่างจากผู้เยาว์มากกว่าผู้เยาว์เสมอ การมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากขึ้นในสังคมที่จำนวนบุตรหลานมีน้อยลงเรื่อยๆ อย่างที่เห็นอยู่ในสังคมไทยในปัจจุบัน ย่อมมีผลกระทบต่อความสามารถของลูกหลานในการดูแลการะเลี้ยงดูของพ่อแม่ในยามชราที่เฝ้าคอยถึงวันบั้นปลาย ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงทำงาน แม้ว่ารายได้ที่ได้จะไม่มากนัก ส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่รับยกย่องว่าเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงและมีความสามารถมากกว่าผู้เยาว์ รายได้ในขณะที่ยังต้องพึ่งพาอาศัยจากผู้อื่น ที่ต้องทำงานเพื่อไปเลี้ยงดูตนเองเนื่องจากการยังชีพจะมีรายได้ที่ไม่มากนัก เมื่อเวลาผ่านไป การที่ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และแม้ว่าลูกหลานที่พึ่งพาอาศัยกันจะอยู่ร่วมอยู่ด้วยในครอบครัวก็ตาม ผู้สูงอายุก็ควรจะได้มีความสนใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในขณะที่ยังคงมีชีวิตอยู่เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะใช้ชีวิตก่อนวัยอันควร ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 550,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 550,000 บาท ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 550,000 บาท ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 550,000 บาท



พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

	ชาย %	หญิง %	รวม %
สูบบุหรี่เป็นประจำ	27.4	2.9	14.1
ดื่มสุรารายวัน หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	10.9	1.6	5.7
ไม่ออกกำลังกาย	56.6	65.1	61.2
ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	-	75.4	-
ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง	-	80.8	-
ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	-	78.6	-

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

	ชาย %	หญิง %	รวม %
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	34.7	44	39.8
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	5.4	7.1	6.3
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	5.4	7.6	7.0
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	45.4	54.8	50.5
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	12.5	12.4	12.4
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	7.2	10.4	8.8
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	4.1	4.7	4.4
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	8.7	7.8	7.3
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	5.8	6.1	6.0
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	5.2	10.7	8.3
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	17.1	24.4	21.2
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	5.2	5.8	5.4
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	3.0	4.9	4.1
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	3.8	5.9	4.8
อัมพาต / ไม่สามารถเคลื่อนไหว (ส่วน 1 ส่วน 4 ของกลุ่ม)	4.2	5.3	4.8

ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการการรักษายา



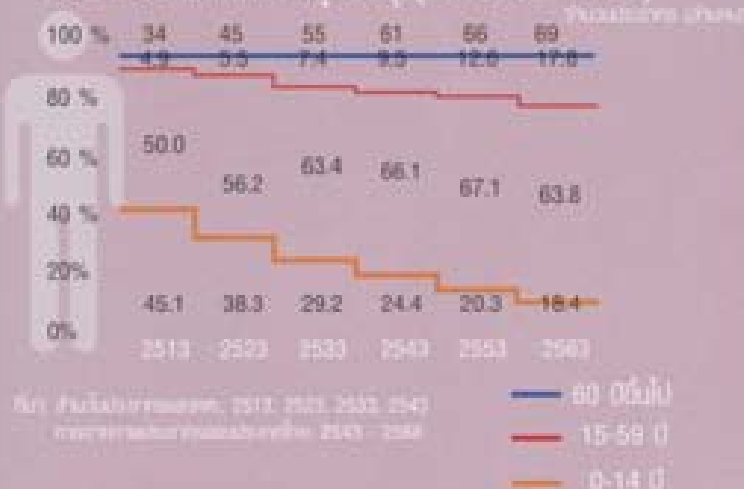
ที่มา: รายงานผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย, 2545 (จำนวนตัวอย่าง)

การให้และรับการถือหุ้นทางการเงินของสูงอายุ

ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2546 กระทรวงการคลังภายใต้โครงการวิจัยของธนาคารโลก



ประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ (ปี 2513 - 2563)

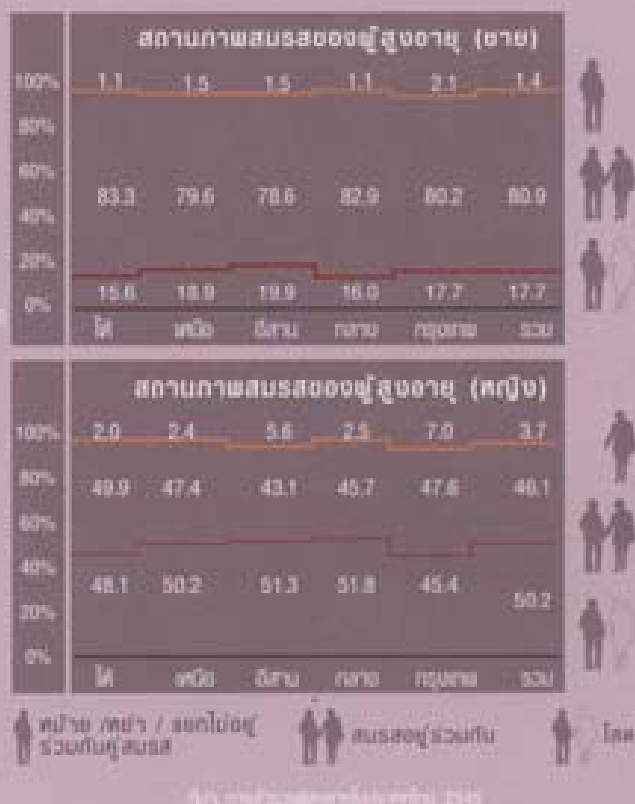


ที่มา: สำนักทะเบียนกลาง, 2513, 2523, 2533, 2543
กระทรวงการคลังภายใต้โครงการวิจัยของธนาคารโลก, 2543 - 2563

— 60 ปีขึ้นไป
— 15-59 ปี
— 0-14 ปี

ผู้สูงอายุ

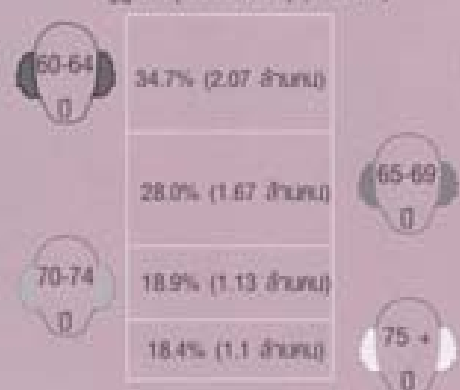
ราว 1 ใน 10 ของคนไทยเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการที่คนไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นกว่าเดิมทำให้ปัจจุบันมีผู้สูงอายุมากกว่า 75 ปี ถึง 1 ล้านคน



ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2546

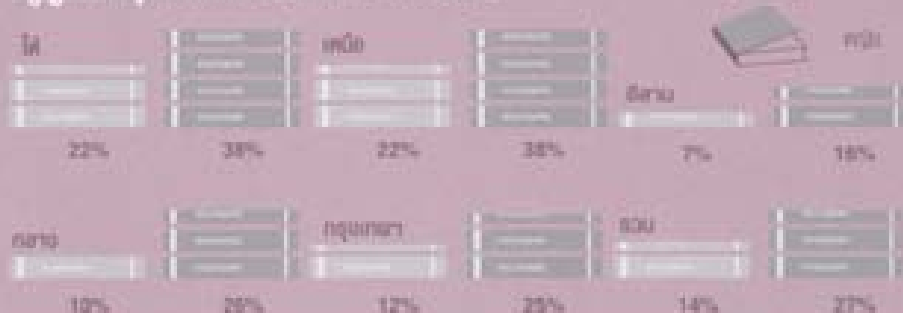
ผู้สูงอายุทั้งหมด 5.97 ล้านคน หรือ 9.4% ของประชากรทั้งหมด

ผู้สูงอายุด้วยวัยต่างๆ (ปี 2545)



ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2545

ผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา ปี 2545



รายได้เฉลี่ย 3,431 บาท / เดือน / คน

ไม่ทำงาน 67.8%

มีรายได้ 98.2% (5.86 ล้านคน)

ไม่มีรายได้ 1.8% (1 ล้านคน)



10

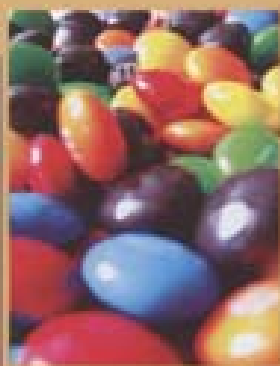
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

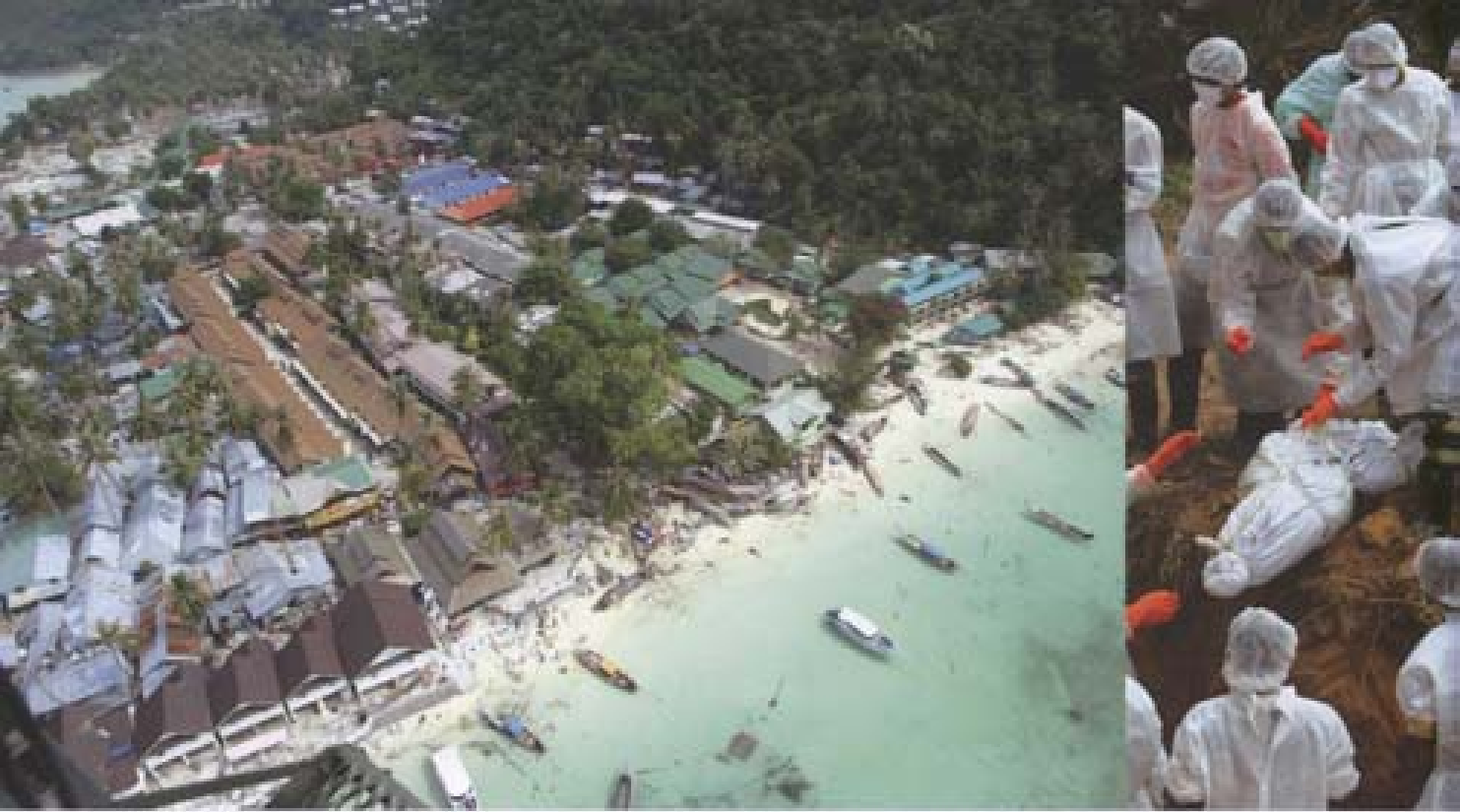
1

0

10

10





1. คลื่นมหาประลัย ‘สึนามิ’ ธรณีพิบัติภัยครั้งร้ายแรงที่สุดของโลก

ไม่มีใครคาดล่วงหน้าว่า แผ่นดินไหวใต้ทะเลใกล้เกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ที่มีระดับความรุนแรงถึง 9.0 ริกเตอร์ ในชั่ววินาทีจะนำมาซึ่งเหตุการณ์โศกนาฏกรรมครั้งใหญ่ของมนุษยชาติ เพราะคลื่นยักษ์ที่ก่อตัวขึ้นในเวลาต่อมาบุกพัดเข้าถล่ม 12 ประเทศ ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับมหาสมุทรอินเดีย จนทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่าสามแสนคน

ความตื่นแฉะและงานเลี้ยงที่เตรียมไว้สำหรับการเริ่มต้นปี 2548 ของคนไทยทั้งประเทศถูกระงับทันทีในตอนสายของวันอาทิตย์ที่ 26 ธันวาคม 2547 เมื่อคลื่นยักษ์สึนามิพัดถล่มพื้นที่ชายฝั่งทะเลอันดามัน 6 จังหวัด สร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้คนจำนวนมาก รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติบริเวณชายฝั่งทะเล จนถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์และความทรงจำของหลายคนว่า เป็นการส่งท้ายปลายปีที่เต็มไปด้วยน้ำตาและบรรยากาศของความโศกเศร้าอย่างยากจะลืมเลือน

ธรณีพิบัติภัยร้ายแรงนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเกิดแผ่นดินไหวอย่างรุนแรงเมื่อเวลา 07.58 น. ตามเวลาในประเทศไทย ศูนย์กลางของแผ่นดินไหวอยู่ลึกลงไปใต้มหาสมุทรอินเดียบริเวณฝั่งตะวันตกของเกาะสุมาตรา ใกล้เมืองบันดาอาเจะห์ ประเทศอินโดนีเซีย โดยสำนักสำรวจทางภูมิศาสตร์ของสหรัฐอเมริกาตรวจวัดความรุนแรงได้ถึง 9.0 ริกเตอร์ เป็นเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่รุนแรงเป็นอันดับ 4 ของโลก และรุนแรงที่สุดในรอบ 40 ปี

ไม่มีใครคาดคิดว่าการเคลื่อนตัวของแผ่นเปลือกโลกแผ่นหนึ่งหลุดตัวจมลงใต้อีกแผ่นหนึ่ง ทำให้แนวเอื้อนที่แตกร้างเป็นระยะมากกว่า 1,000 กิโลเมตรในใต้มหาสมุทรอันดามัน จะเป็นจุดกำเนิดโศกนาฏกรรมร้ายแรงต่อประเทศไทย น้ำทะเลถูกดูดเข้าไปในรอยแยกอย่างรวดเร็วก่อนที่แรงอัดใต้เปลือกโลกจะดันมวลน้ำกลับขึ้นมากเกิดเป็นคลื่นระลอกใหญ่ที่มีความยาวคลื่น 80-200 กิโลเมตร เคลื่อนที่ด้วยความเร็วเฉลี่ยประมาณ 700-1,000 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เมื่อเข้าสู่ระดับน้ำตื้นใกล้ชายฝั่งแล้วความเร็วของมันจะลดลง แต่ยังมีพลังมากพอที่จะยกน้ำทะเลสูงชันกลายเป็นคลื่นยักษ์ที่สูงมากกว่า 10 เมตรเข้าปะทะพื้นที่ชายหาด และนี่คือ ภัยพิบัติจากภัยพิบัติครั้งร้ายแรงมากที่สุดในประวัติศาสตร์ชาติไทยและประวัติศาสตร์โลก



จำนวนผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ และผู้สูญหาย

นาถิแรกที่สิ้นนามิเดินทางถึงภูเก็ต มั่นโถมเข้าถล่มสิ่งปลูกสร้างต่างๆ ที่ตั้งอยู่บนหาดสุรินทร์ หาดกมลา หาดป่าตอง หาดกะตะ หาดกะรน หาดราไวย์¹ พลังมหาศาลของน้ำกวาดทำลายทุกอย่างที่ขวางหน้า ไม่เว้นแม้มนุษย์ที่เก็บเกี่ยวประโยชน์จากผืนทะเลมานานแสนนาน เพื่อบริโภคทุกพื้นที่ที่โดนคลื่นยักษ์เล่นงานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมชนิดที่เรียกว่า ‘พลิกฟ้าคว่ำแผ่นดิน’ เหลือทิ้งไว้เพียงซากปรักหักพังของเมืองกับร่างที่ไร้ลมหายใจ

นอกจากภูเก็ตแล้ว สิ้นนามิยังแผ่ลงฤทธิ์ในพื้นที่ชายฝั่งทะเลอันดามันที่อยู่ใกล้เคียง คือ ระนอง พังงา กระบี่ ตรัง และสตูล โดยพังงาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ข้อมูล ณ วันที่ 8 มีนาคม 2548 ซึ่งว่ามีตัวเลขผู้เสียชีวิต 5,395 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 8,457 คน และผู้สูญหาย 2,932 คน ตามลำดับ (ดูตารางที่ 1)²

จำนวนแรงงานข้ามชาติใน 6 จังหวัดที่มีอยู่รวม 127,282 คน³ เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่คาดว่าจะสูญชีวิตและบาดเจ็บไม่น้อย หากประเมินจากรายงานที่ระบุถึงจำนวนเรือประมงขนาดใหญ่กว่าสิบเมตรที่เสียหายประมาณ 1,200 ลำ เรือใหญ่เหล่านี้ต่างก็มีลูกเรือเป็นแรงงานข้ามชาติ โดยแต่ละลำมีประมาณ 10-30 คน และนับรวมแรงงานพม่าตามโรงแรม รีสอร์ท และที่ทำงานเป็นลูกจ้างบ้านครัว ชายหาดอีกไม่น้อย ในเบื้องต้นสามารถประมาณการว่าออกแรงงานพม่าที่ประสบภัยมีจำนวน 2,500 ราย โดยจุดสูญหายสำคัญคือ บ้านน้ำเค็ม บ้านทับละมุ และเขาหลัก ในจังหวัดพังงา⁴

ไม่เพียงแต่ประเทศไทยเท่านั้นที่ต้องเผชิญชะตากรรมโลกสลดเช่นนี้ คลื่นยักษ์ยังพ่นมหาสมุทรอินเดียยังอาละวาดสร้างความหายนะให้กับประเทศอื่นๆ ในเอเชียอีก 7 ประเทศ คือ อินโดนีเซีย มาเลเซีย พม่า บังกลาเทศ อินเดีย ศรีลังกา มัลดีฟส์ และประเทศในทวีปแอฟริกา 4 ประเทศ คือ โซมาเลีย เคนยา แทนซาเนีย และซีเชลล์ มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกรวม 298,705 คน โดยเฉพาะอินโดนีเซียซึ่งอยู่ใกล้จุดศูนย์กลางของแผ่นดินไหวที่สุด มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ครั้งนี้มากที่สุดคือ 237,488 คน⁵ (ดูตารางที่ 2)

ในจำนวนผู้ประสบภัยทั้งหมด มีชาวต่างชาติทั้งจากยุโรปและเอเชียที่กำลังท่องเที่ยวอยู่ใน 12 ประเทศที่ถูกคลื่นยักษ์สิ้นนามิบุกถล่มเสียชีวิตจำนวนมาก ธรณีพิบัติครั้งนี้จึงนับเป็นโศกนาฏกรรมของชาวโลกด้วย

ความเสียหายของทรัพย์สิน ประชาชน และทรัพยากรธรรมชาติ

ความเสียหายของประชาชนทั้ง 6 จังหวัดมีดังนี้ บ้านเรือน 11,616 หลัง เสียหายทั้งหลัง 4,363 หลัง และเสียหายบางส่วน 7,253 หลัง ที่เกิดการเกษตร 6,053 ไร่⁶ บ่อปลาและนาทุ่ง 1,224 แห่ง โคและกระบือ 651 ตัว สัตว์ปีก 4,044 ตัว เรือประมงขนาดใหญ่ 1,214 ลำ เรือประมงขนาดเล็ก 4,337 ลำ มูลค่าความเสียหายด้านทรัพย์สินที่เกิดเกี่ยวกับการประกอบอาชีพรวม 9,168.94 ล้านบาท และจากการสำรวจทรัพยากรธรรมชาติในเบื้องต้น พบว่าแนวปะการังเสียหายเล็กน้อย 3,146 ไร่ และเสียหายระดับรุนแรง 550 ไร่ พื้นที่ชายหาดส่วนใหญ่เสียหายมากประมาณ 6,200 ไร่ ป่าชายเลนเสียหายเล็กน้อย 1,860 ไร่ และเสียหายระดับรุนแรง 555 ไร่⁷

การว่างงานของคนจำนวนนับหมื่นในภาคการท่องเที่ยวและโรงแรมเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ตามมา ประมาณการกันว่าเหตุการณ์นี้จะทำให้พนักงานด้านการท่องเที่ยวว่างงานไม่น้อยกว่า 20,000 คน โดยที่ภูเก็ตมีผู้มาแจ้งความเดือดร้อนแล้ว 3,700 คน จากที่ประมาณการไว้ที่ 17,000 กว่าคน ที่พังงาประมาณ 4,000 คน และที่กระบี่อีก 3,000 คน พนักงานเหล่านี้ภาครัฐได้ยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือในทุกด้าน ทั้งการช่วยเหลือคนว่างงานตามกฎหมายประกันสังคม และการหางานใหม่รองรับ⁸ นอกจากนี้ยังมีแรงงานนอกกรอบในธุรกิจต่อเนื่องของการท่องเที่ยวอีกจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบ คาดว่ามีมากกว่าหนึ่งหมื่นคน ซึ่งกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายประกันสังคม

สำหรับแรงงานข้ามชาตินั้น กลุ่มปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวผู้ประสบภัยจากสิ้นนามิรายงานเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 ว่า มีผู้รอดชีวิตประมาณ 1,600 คน และยังไม่มีการทำ ขณะที่เอกสารประจำตัว หรือ พร. 38/1 สูญหายไปกับน้ำทะเลอย่างไรก็ตาม ยังไม่มีประมาณการจากหน่วยราชการระบุตัวเลขแรงงานต่างด้าวว่า เสียชีวิต บาดเจ็บและสูญหาย ทั้งสิ้นกี่คน มีกี่คนที่ตกงาน เปลี่ยนงาน และมีนายจ้างกี่คนที่ต้องการจ้างแรงงานเพิ่ม เพราะแรงงานเดิมเสียชีวิตไปกับสิ้นนามิ ขณะที่ทางการยังไม่มีการพิจารณาพิสูจน์ศพแรงงานที่เสียชีวิต ช่วยเหลือผู้รอดชีวิต หรือการตรวจสอบทะเบียนตัวเลขใด ๆ อย่างจริงจัง⁹



ความช่วยเหลือหลังโศกจาก ทุกหนทุกแห่ง

ในวิกฤตแห่งความสูญเสียยังมีความงดงาม ความช่วยเหลือจากพี่น้องไทยทั่วประเทศไหลลงสู่จังหวัดที่ประสบภัยในทันที จนมีคำกล่าวที่ว่า ‘คนไทยน้ำใจของคนไทยยิ่งใหญ่กว่าสินามิหลายเท่า’ อาสาสมัครจำนวนมากเดินทางเข้าสู่พื้นที่และเร่งทำงานอย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย ขณะเดียวกันผู้ประสบภัยเองก็มาช่วยอาสาสมัครที่มาช่วยเหลือหมู่บ้านตนเอง นอกจากความเห็นใจของคนไทยด้วยกันแล้ว นานาประเทศก็ทยอยส่งความช่วยเหลือมายังประเทศไทยอย่างไม่ขาดสาย ทั้งในรูปของเงินช่วยเหลือและข้าวสารอาหารแห้ง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย ดิฉันของบรรดาทุกรัฐเงินช่วยเหลือ และอ่านอาสาสมัครภาษาต่างๆ

รัฐบาลได้สั่งการให้กระทรวงมหาดไทยและผู้ว่าราชการจังหวัดที่เกี่ยวข้องเข้าช่วยเหลือและค้นหาผู้ประสบภัย ระดมกำลังตำรวจ ทหาร พลเรือน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และอาสาสมัครเข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัย ระดมแพทย์และพยาบาลเพื่อรักษาผู้บาดเจ็บและชันสูตรพลิกศพ ประสานงานกับสถานทูตและสถานกงสุลต่างประเทศให้อำนวยความสะดวกแก่ชาวต่างชาติ ประชาสัมพันธ์ขอความช่วยเหลือจากประชาชน รวมทั้งเตรียมแผนบูรณะฟื้นฟูสภาพจิตใจ อาศารสถานที่ตั้งก่อสร้างสาธารณูปโภค ถนน ไฟฟ้า แหล่งท่องเที่ยว และระบบนิเวศ¹⁴

ภัยพิบัติครั้งนี้ได้พิสูจน์ว่า ประเทศไทยมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งมาก เมื่อต้องเผชิญต่อสถานการณ์เลวร้ายทางธรรมชาติที่ไม่คาดฝันคนไทยต่างพยายามช่วยตัวเอง ช่วยเหลือกันเอง และยื่นมือเข้าช่วยชาวต่างชาติที่ประสบภัยด้วยก่อนความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการจะมาถึง ความมีน้ำใจของคนไทยนี้ได้รับเสียงชื่นชมและกล่าวขวัญมากในหมู่ผู้ประสบภัยที่เป็นนักท่องเที่ยวจากประเทศสแกนดิเนเวีย

ถึงเวลาประเทศไทยต้องขยับตัวเรื่องระบบการเตือนภัย คลื่นสึนามิและแผ่นดินไหว

คลื่นมหาประลัยที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้าของหน่วยงานในไทยครั้งนี้ ทำให้เกิดความตื่นตัวในการวางแผนป้องกันภัยจากสินามิในทวีปเอเชีย ผลจากการประชุมระดับรัฐมนตรีว่าด้วยความร่วมมือในภูมิภาค เกี่ยวกับการจัดการเพื่อเตือนภัยล่วงหน้าในการฝึกซ้อมรับมือสินามิที่จังหวัดภูเก็ต เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2548 ได้มีการตัดสินใจร่วมกันให้จัดตั้งศูนย์เตือนภัยสินามิในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมหาสมุทรอินเดีย โดยที่ประชุมมีมติให้สหประชาชาติเป็นผู้ดูแลเรื่องการจัดตั้งระบบเตือนภัยคลื่นยักษ์สินามิล่วงหน้า พร้อมทั้งดูแลเรื่องการจัดกองทุนที่จะสนับสนุนการจัดตั้งระบบเตือนภัยด้วย ขณะที่ประเทศไทยเองก็เตรียมคิดตั้งระบบความเตือนภัยแบบอัตโนมัติของศูนย์เตือนภัยที่สาขาย ในเดือนมีนาคม 2548 นี้¹⁵

อย่างไรก็ตาม ระบบเตือนภัยแบบภูมิปัญญาชาวบ้านก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม คำบอกเล่าของบรรดาพ่อบุญผองแทน เกี่ยวกับการสังเกตน้ำขึ้นน้ำลงช่วยให้ชาวชุมชนและนักท่องเที่ยวจำนวนมากสามารถรอดตายได้อย่างปลอดภัย หรือการสังเกตของชุมชนประมงบ้านแหลมตึกแก เกาะสีชัง จังหวัดภูเก็ต ซึ่งสังเกตท้องฟ้าที่แปลกไปและสัตว์ทะเลจำนวนมากที่ว่ายเข้าฝั่งในเช้าวันเกิดเหตุ ก็ล้วนมีฐานว่าน่าจะมิใช่โชคบังตา จึงเตือนภัยได้ทันและไม่มีใครเสียชีวิตจากภัยธรรมชาติครั้งนี้¹⁶

บทเรียนของความล้มเหลวในการเตือนภัยและรายงานข่าวผ่านสื่อที่มีอิทธิพลสูงสุดคือสถานีโทรทัศน์ ในวันแรกของการเกิดธรณีพิบัติ นับเป็นเรื่องที่ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ได้รับสัมปทานต้องสำนึกได้ว่า ในสถานการณ์ดังกล่าวเช่นนี้ สื่อมวลชนควรทำหน้าที่ที่จะช่วยลดความเสียหายจากภัยพิบัติสาธารณะได้อย่างไร และจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องส่งเสริมรายการโทรทัศน์ที่มีสาระและเป็นประโยชน์ต่อสังคมมากขึ้น เพราะดูจากรายการโทรทัศน์ทุกวันนี้มีแนวโน้มที่จะแข่งขันกันเสนอเนื้อหาประชาชนทั้งประเทศด้วยรายการบันเทิงไร้สาระมากกว่ารายการที่มีคุณค่า

การสร้างระบบเตือนภัยจากแผ่นดินไหวเป็นอีกระบบหนึ่งที่ต้องลงทุน เพราะคนไทยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องนี้เลย และรัฐบาลทุกชุดก็ไม่เคยเห็นความสำคัญในการวิจัยและสำรวจเรื่องแผ่นดินไหว สิ่งจำเป็นเบื้องต้นคือต้องสำรวจให้เห็นชัดเจนว่ารอยเลื่อนที่ผ่านประเทศไทยมีคุณสมบัติลักษณะอย่างไร ส่วนการเฝ้าระวังทำได้ยากเพราะเป็นเรื่องของธรรมชาติยากที่จะเฝ้าระวังล่วงหน้าได้ แต่สิ่งที่สามารถเฝ้าระวังและทำได้คือ การตรวจการในการป้องกันตึกสูงเพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากแรงสั่นสะเทือนจากแผ่นดินไหว¹⁷ ในส่วนการเตรียมการวางแผนเตือนภัยแผ่นดินไหวระดับชาตินั้น รัฐบาลมีแผนงานดังนี้¹⁸

1. จัดตั้งหอกระจายข่าว มีสถานีควบคุมและส่งข้อมูลอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยจะเชื่อมโยงหน่วยงานต่างๆ อาทิ กรมอุตุนิยมวิทยา กรมทรัพยากรธรณี กรมอุทยานแห่งชาติ กรมควบคุมมลพิษ ข้อมูลทั้งหมดจะไปอยู่ที่ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ทำหน้าที่กลั่นกรองข้อมูลทั้งหมด เพื่อพิจารณาตัดสินใจในการประกาศเตือนภัย

2. สร้างระบบแจ้งการเตือนภัย ส่งตรงไปยังห้องกระจายข่าวเพื่อส่งต่อสถานีวิทยุโทรทัศน์ สถานีวิทยุทุกระบบทุกสถานี แจ้งนักวิทยุสมัครเล่นที่มีอยู่มากกว่า 1.5 แสนคน ส่งคำเตือนผ่านแอมบีเอ็มเอสในโทรศัพท์มือถือที่มีอยู่มากกว่าล้านเครื่อง

3. สร้างหอเตือนภัยในบริเวณพื้นที่เสี่ยงภัย จะเริ่มดำเนินการให้เสร็จภายในปี 2548 โดยช่วงแรกจะสร้างบริเวณภาคใต้ฝั่งตะวันตกซึ่งประสบภัยสินามิ ช่วงสองจะสร้างบริเวณภาคใต้ฝั่งตะวันออก และช่วงสุดท้ายที่บริเวณชายฝั่งตะวันออกของอ่าวไทยและบริเวณลุ่มน้ำต่างๆ เช่น ที่บ้านน้ำก้อ จ. เพชรบูรณ์ ซึ่งเคยมีภัยน้ำป่าหลาก หอเตือนภัยนี้ทำงานด้วยแบตเตอรี่ หรือโซลาร์เซลล์ และส่งข้อมูลโดยใช้ระบบดาวเทียม ดังนั้นแม้ระบบไฟฟ้าจะดับแต่การโทรคมนาคมก็จะไม่ล่ม สามารถเตือนภัยได้ทั้งคำพูดและไซเรน มีความสูง 20-30 เมตร ทัศนวิสัยที่ชัดได้และในเวลากลางคืนมีแสงสว่าง

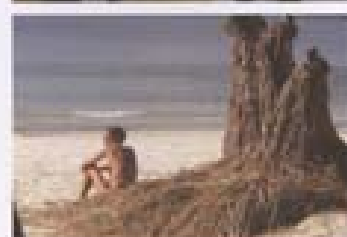
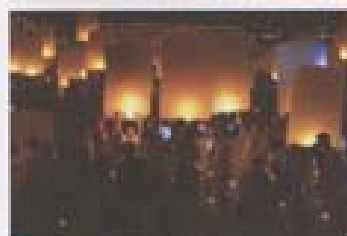


กำแพงธรรมชาติคือเกราะ ป้องกันภัยธรรมชาติได้ดีที่สุด

ในการฟื้นฟูผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทรัพยากรธรรมชาติ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ประสานงานกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้เป็นแกนนำ นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาต่างๆ ร่วมวางแผนการฟื้นฟูพื้นที่ที่เสียหาย ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ แผนงานด้านทรัพยากรธรรมชาติ แผนงานด้านข้อมูลภูมิสารสนเทศ และฐานข้อมูลทรัพยากรธรรมชาติ แผนงานด้านเขตพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อม และแผนงานด้านการฟื้นฟูอุทยานแห่งชาติทางทะเลที่เสียหาย¹⁹

อย่างไรก็ตาม ธนัญญ์ศิวะมิทกุลเห็นว่า ธรรมชาติคือสิ่งที่จะช่วยป้องกันอันตรายจากภัยธรรมชาติได้ดีที่สุด คลื่นยักษ์สึนามิที่ทำลายทุกอย่างบริเวณใกล้ชายหาดที่มันเข้าไปถึง กลับมีพืชสองชนิดลงมือประท้วงกับป่าชายเลนอุดมสมบูรณ์แห่งบ้านบางเบน ตำบลม่วงกลวง อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง²⁰ และนี่คือตัวอย่างการทำหน้าที่ของธรรมชาติในการลดความรุนแรงของคลื่น ถูกโคกที่กระหน่ำเข้าซัดชายฝั่ง ความเสียหายด้านชีวิตและทรัพย์สินจึงไม่มากมายเท่ากับพื้นที่ที่ไม่มีกำแพงธรรมชาติหรือเคยมีแต่ถูกทำลายไปหมดแล้ว

ถึงเวลาหรือยัง...ถึงมนุษย์ตัวเล็กๆ จะหันกลับมาให้ความสำคัญและใช้ชีวิตอย่างสอดคล้องกลมกลืนกับธรรมชาติ ไม่ใช่ทุกตัวอายุใช้ประโยชน์เริ่มขึ้นจนขาดความสมดุลทางระบบนิเวศอย่างที่เคยเป็น...



ตารางที่ 1 จำนวนผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ และสูญหาย จากเหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิถล่ม (ข้อมูล ณ วันที่ 8 มีนาคม 2548)

จังหวัด	เสียชีวิต	สูญหาย	บาดเจ็บ
ภูเก็ต	279	620	1,111
พังงา	4,224	1,733	5,597
กระบี่	721	569	1,376
ระนอง	160	9	246
สตูล	6	0	15
ศรีวิ	5	1	112
รวม	5,395	2,932	8,457

ที่มา: ศูนย์อำนวยการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากแผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิถล่มตามัน ณ จังหวัดภูเก็ต (ศพ.) กองอำนวยการป้องกันภัยพลเรือนแห่งราชอาณาจัก (www.disaster.go.th/news01/12-47/news_after_shock_37.pdf)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิถล่ม จำนวนภายในประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2548)

ประเทศ	เสียชีวิต	สูญหาย	บาดเจ็บ
อินเดีย ¹	10,872	5,766	7,214
อินโดนีเซีย ²	123,487	113,961	1,736
มาเลเซีย ³	68	6	767
มัลดีฟส์ ⁴	83	26	1,313
พม่า ⁵	61	3	43
ศรีลังกา ⁶	30,974	4,698	23,176
บังกลาเทศ	2	-	-
ไทย	5,395	2,932	8,457
โซมาเลีย ⁷	298	-	-
เคนยา ⁸	1	-	-
แทนซาเนีย ⁹	10	-	-
ซีเรีย ¹⁰	3	-	-
รวม	171,254	127,392	42,706

ที่มา: 1. องค์การอนามัยโลก
http://w3.who.org/EN/Section03/Section1106/Section1835/Section1862_8812.htm สืบค้น เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2548;
2. สำนักข่าว เอเชีย ทีวี จากการ์ อินโดนีเซีย
http://story.news.yahoo.com/news?tmpl=story&cid=1539&cid=1539&cid=11&u=/atp/20050224/sc_atp/asiaquiketol_060224/120937 สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2548;
3. จาก <http://www.reliefweb.int/w/RWB.NSF/0b9005d5/500A-69095E7OpenDocument&rs=3&mid=TS-2004-000147-LKA>;

2. สถานการณ์ไฟไหม้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ...



ตลอดปี 2547 สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยะลา นีตดาบี และนราธิวาส ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตบาดเจ็บและสูญหายจำนวนมาก และเกิดสถานการณ์ลุกฮือต่อเนื่องไปสู่จุดสูงสุดที่ร้อนแรงสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยที่ฝ่ายรัฐไม่สามารถระงับได้ ทำให้เกิดคำถามต่อปรีศนาแห่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นแล้วซ้ำเล่านี้ว่า จะนำพาประเทศไทยไปสู่สมรภูมิของสงครามก่อการร้ายหรือไม่

หมอกควันแห่งความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เริ่มต้นเรื้อรามาตั้งแต่ปี 2546 แต่มาเริ่มเบียดเบียนมากในช่วงต้นปี 2547 โดยในวันที่ 4 มกราคม เกิดการปะทะกันกว่า 400 กระบอก ณ กองพันทหารพัฒนาที่ 4 อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ทำให้ทหารเสียชีวิต 4 ศพ และพร้อมกันนั้นยังมีการลอบเผาโรงเรียนในนราธิวาส เกือบ 20 แห่ง

จากเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นในค่ายทหารครั้งใหญ่นี้เอง ทำให้คำพูดของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ที่เคยระบุว่าความรุนแรงในพื้นที่ยะลาใต้ เป็นฝีมือของโจรกระจอก ถูกนำกลับมาทบทวนใหม่และถึงเวลานั้น ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นก็ยิ่งตอกย้ำให้เห็นชัดเจนว่า การประเมินสถานการณ์ดังกล่าวห่างจากสภาพข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นมากมายเพียงใด

กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 9 สรุปสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ตลอดปี 2547 ว่า มีเหตุร้ายเกิดขึ้น 919 ครั้ง เป็นเหตุเกี่ยวข้องกับความไม่สงบ 496 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53 ของเหตุร้ายที่เกิดขึ้น สำหรับพื้นที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ จังหวัดนราธิวาส 455 ครั้ง รองลงมาคือปัตตานี 276 ครั้ง และยะลา 183 ครั้ง ซึ่งนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ชี้ว่าเฉพาะปี 2547 เพียงปีเดียวเกิดเหตุการณ์รุนแรงบ่อยครั้งกว่าที่เคยเกิดขึ้นใน 10 ปีก่อนหน้าถึงแรมกันถึง 1.7 เท่า

ก้าวแรกของการดับไฟใต้ ด้วยเม็ดเงิน

หนทางดับไฟใต้ของรัฐบาลที่เกิดขึ้นในช่วงแรกก็คือ ใช้เศรษฐกิจนำความมั่นคง โดยนายกรัฐมนตรีประกาศว่า “จะใช้เวลาประมาณ 3 ปีต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้เป็นจังหวัดที่จะมีการท่องเที่ยว มีการลงทุน มีศักยภาพ มีงานทำ มีระบบที่คนจะมีความศึกษาดีขึ้นกว่านี้”³ พร้อมกับอนุมัติงบประมาณปี 2547 จากเงินสำรองจ่ายเพิ่มกรณีฉุกเฉินประมาณ 700 ล้านบาท เพื่อนำไปใช้ดำเนินโครงการ 75 โครงการ

แต่ดูเหมือนว่าโครงการดังกล่าวจะถูกกลืนหายไปไม่พบใคร เพราะสารพัดเหตุร้ายเกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็น การลอบวางเพลิง การลอบยิง ทำร้าย การวางระเบิด โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งชาวบ้าน เจ้าหน้าที่รัฐ และผู้นำศาสนา ท่ามกลางความพยายามคลี่คลายสถานการณ์ของรัฐบาล ด้วยการประกาศกฎอัยการศึก ห้มก่าตั้งปราบปราม โดยเฉพาะการประกาศจัดระเบียบโรงเรียนเอกชน ทำให้มีการบุกค้นโรงเรียนเอกชนครั้งแล้วครั้งเล่า ซึ่งกลายเป็นอีกหนึ่งชนวนของความขัดแย้ง เป็นเหตุให้ศูนย์อิสลามประจำ 3 จังหวัดภาคใต้ ออกแถลงการณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2547 ประกาศยุติบทบาทใน การให้ความร่วมมือกับทางราชการ ในการแก้ปัญหาภาคใต้



หนทางสู่สันติวิธี 7 ประการ ข้อเสนอจากประชาคม 3 จังหวัด

ในช่วงเวลานี้ นายจาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรี ได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรีให้ทำหน้าที่รับผิดชอบปัญหาจากชาวบ้านในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้รูปแบบของประชาคมได้ผลเป็น “บนไม้ค้ำยัน” เสนอวิธีแก้ปัญหาด้วยสันติวิธี 7 ประการ เมื่อต้นเดือนเมษายน 2547 ดังนี้

1. ยกเลิกการจัดระเบียบโรงเรียนเอกชน แต่ให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนโรงเรียนเอกชนแทน เพราะจังหวัดปัตตานีเป็นศูนย์กลางการเผยแพร่ศาสนาอิสลามในภูมิภาคนี้มากหลายร้อยปี
 2. จัดและบรรจุคนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 พันคน เข้ามาเป็นครูโดยจะไม่รับคนนอกพื้นที่เข้ามาโดยเด็ดขาด
 3. ไม่ยกเลิกบุคคลสองสัญชาติซึ่งมีจำนวนมากกว่าคน โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่เข้าไปทำงานในมาเลเซียและสร้างรายได้เข้ารัฐปีละกว่าหนึ่งพันล้านบาท บุคคลเหล่านี้รัฐบาลมาเลเซียได้ออกใบอนุญาตทำงานให้ จำนวนคนที่มีปัญหามิเพียงไม่กี่คนเท่านั้น
 4. ออกกฎหมายนิรโทษกรรมผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าก่อวินาศกรรม 2547 และรัฐต้องหาอาชีพให้ทำ
 5. ยกเลิกการส่งตำรวจจากส่วนกลางและทหารพรานลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ เพราะเจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคงจากส่วนกลางไม่เข้าใจในวัฒนธรรมมุสลิม และเข้าไปสร้างปัญหามาก แต่ให้มีการส่งเสริมการค้าของกำนันรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้านจากประชาชนในพื้นที่ขึ้นมากแทน โดยให้เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ฝึกสอนและควบคุม
 6. ยกเลิกกฎอัยการศึกในบางพื้นที่ หากพื้นที่ใดยังต้องการความคุ้มครองจากทหารก็ให้คงกฎอัยการศึกไว้ หากพื้นที่ใดไม่ต้องการก็ให้ยกเลิกกฎอัยการศึก
 7. ให้จัดทำโครงการต่างๆ ในการพัฒนา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ภายในงบประมาณ 1.2 หมื่นล้านบาทขึ้นใหม่ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมร่างแผนพัฒนาพื้นที่ด้วย
- นอกเหนือจากแผนสันติวิธีดังกล่าว ซึ่งถูกเน้นย้ำมาจากข้อเสนอของนายจาตุรนต์ ฉายแสง ก็คือ “เจ้าหน้าที่รัฐต้องยกเลิกการใช้ความรุนแรงในพื้นที่อย่างเด็ดขาด โดยเฉพาะการขึ้นของตำรวจที่สร้างความไม่พอใจให้ประชาชนในพื้นที่มาก” อย่างไรก็ตาม แผนสันติวิธี 7 ประการก็ไม่ถูกนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีแต่อย่างใด เพราะเพียงแต่การประชุมฝ่ายความมั่นคง เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2547 มีรัฐมนตรีหลายคนคัดค้านแผนดังกล่าวในหลายประเด็น ในที่สุดนายกรัฐมนตรีก็ตัดสินใจสั่งเลื่อนการพิจารณาแผนดังกล่าวออกไปอย่างไม่มีกำหนด⁴





เหตุร้ายที่มีศปภกรือเซะ

เหตุการณ์ที่กลายเป็นตัวเร่งอุณหภูมิต่อในพื้นที่ภาคใต้เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2547 มีการบุกโจมตีเจ้าหน้าทีในระยะเวลาได้เรียกกัน 11 จุด แต่ที่จุดของการตกเป็นเป้าแห่งความสนใจในระดับโลกก็หนีไม่พ้นเหตุการณ์ที่มีลัทธิกรือเซะ ที่นำไปสู่เหตุการณ์รุนแรงจนมีผู้เสียชีวิตเฉพาะในมัสยิดกรือเซะถึง 32 คน และภายในวันเดียวก็ทำให้มีผู้เสียชีวิตของผู้เสียชีวิตพุ่งสูงถึง 108 คน

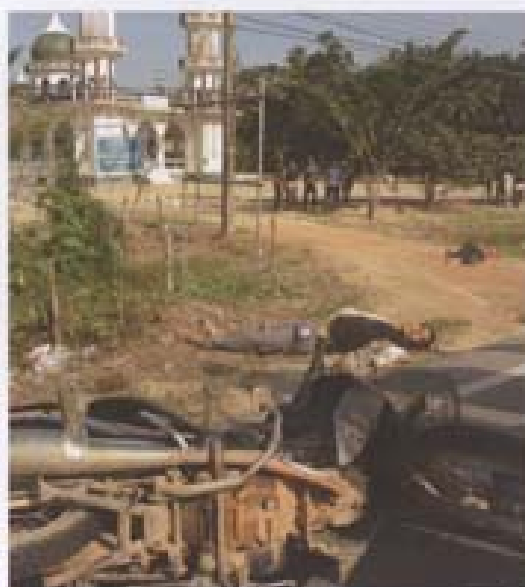
จากแรงเสียดทานที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกประเทศ โดยเฉพาะจากกลุ่มโคมินูสซึม ทำให้รัฐบาลต้องแต่งตั้ง ‘คณะกรรมการอิสระไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์มัสยิดกรือเซะ’ เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2547 ผลการไต่สวนได้ข้อสรุปว่า การบุกรุกเหตุการณ์ที่มีลัทธิโดยสันติวิธีน่าจะมีความเหมาะสมและอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐได้มากกว่าวิธีรุนแรง การที่เจ้าหน้าที่ของรัฐได้ตัดสินใจใช้กำลังและความรุนแรงเข้าบุกรุกสถานการณ์ โดยเฉพาะการใช้ระเบิดสังหารเข้าเข้าไปภายในมัสยิดถึง 8 ลูกนั้น ถือได้ว่าเป็นสมควรแก่เหตุ คณะกรรมการอิสระฯ เห็นว่ารัฐควรพิจารณาจ่ายเงินค่าช่วยเหลือให้แก่ทายาทของผู้เสียชีวิต และแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทั้งสองฝ่าย

การชุมนุมที่ตากใบกับยี่สิบความตาย 85 ศพ

เพียง 6 เดือนหลังจากเหตุการณ์ ‘กระเทียมโลก’ ที่มัสยิดกรือเซะ เหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิดก็เกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2547 ชาวบ้านนับพันคนชุมนุมกันที่หน้าสถานีตำรวจอรุณ ตากใบ จังหวัดนราธิวาส เพื่อเรียกร้องให้ปล่อยตัวผู้รักหาความปลดปล่อยหมู่บ้านที่ถูกจับกุมจำนวน 6 คน เหตุการณ์ชุมนุมบานปลายและนำไปสู่การสลายกลุ่มผู้ชุมนุม ทำให้มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ 6 คน ถูกจับอีก 300 คน แต่การแถลงข้อเท็จจริงในวันถัดมากลับปรากฏว่ามียอดผู้เสียชีวิตรวมถึง 85 คน และถูกจับกุมมากถึง 1,300 คน จำนวนผู้เสียชีวิตที่พุ่ง กลับเพิ่มขึ้นมานี้เองได้ทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงถึงขีดสุด

ยี่สิบความตายที่ตากใบจึงหนีไม่พ้นการตกเป็นข่าวใหญ่ในเวทีโลกอีกครั้ง วิกฤตการณ์นี้ยิ่งตอกย้ำสถานการณ์ในพื้นที่ภาคใต้ให้จนถึงลงสู่ความบอบช้ำและร้ายลึกอย่างถึงที่สุด อีกทั้งยังกินอาณาเขตกว้างไกลออกไปถึงต่างประเทศ จนเกิดการเรียกร้องให้มีการสอบสวนข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่ตากใบ ทั้งจากในประเทศและนอกประเทศ

ต้นเดือนพฤศจิกายน 2547 คณะกรรมการอิสระฯ สอบข้อเท็จจริงกรณีเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบที่ อ. ตากใบ จ. นราธิวาส ถูกแต่งตั้งขึ้น ผลการสอบสวนข้อเท็จจริงได้ข้อสรุปว่า มีความบกพร่องในการขนย้ายผู้ถูกจับจนเกิดการเสียชีวิตการฉวยโอกาสเพราะขาดอากาศหายใจถึง 78 ราย ซึ่งนำไปสู่การสอบสวนทางวินัยนายทหาร 3 นาย ในเวลาต่อมา วันที่ 7 มีนาคม 2548 จึงปรากฏ ผลการสอบสวนของกระทรวงกลาโหมให้ย้ายนายทหารทั้ง 3 นาย ซึ่งปฏิบัติหน้าที่บกพร่องออกจากตำแหน่งหลัก โดยมีคำสั่งให้เข้ามาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิกองทัพบก



ท่าทีและความเห็นจากผู้ปฏิบัติและนักวิชาการ

ด้วยสถานการณ์ที่นับวันยิ่งเลวร้ายลงเรื่อยๆ นี้เอง ทำให้หลายฝ่ายตั้งคำถามถึงการอุป ‘ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้’ (ศอ.บต.) และกองกำลังผสมพลเรือน ตำรวจ ทหาร (พทท.43) ทั้งพลเอกชิตสิทธิ์ อินวัตร ผู้บัญชาการทหารสูงสุด และนายบุญรัตน์ ทักษะพิทักษ์ อดีตผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ คำแสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าการอุป ศอ.บต. และ พทท. 43 ทำให้เกิดช่องว่างทางด้านการทหารและการข่าว เมื่อทหารถอนกำลังออกมาโดยไม่มีการถ่ายทอดอำนาจให้ตำรวจในพื้นที่ต่อ

ขณะที่ศาสตราจารย์ชัยอนันต์ สมุทวณิช ตั้งข้อสังเกตต่อบทบาทของ ศอ.บต. ว่า ระบบการเรียนรู้ของราชการในรูป ศอ.บต. ได้ส่งผลกระทบต่อ ความรู้ และความสัมพันธ์อันดีกับประชาชนใน 3 จังหวัดภาคใต้ ที่สำคัญคือเป็นองค์การที่ชาวมุสลิมส่วนใหญ่ไว้วางใจ ขณะที่ปัจจุบันไม่มีใครไว้วางใจ

ผลของวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเหตุการณ์ตากใบ ทำให้เกิดความคิดเห็นที่หลากหลายและแตกต่างกันอย่างสุดขั้วจนน่าวิตก นักวิชาการจากทั่วประเทศจำนวน 144 คน ได้อธิบายร่วมกันถึงนายกรัฐมนตรี เพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ปัญหาวิกฤตการณ์ในพื้นที่ภาคใต้ด้วยสันติวิธี โดยยื่นข้อเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ ซึ่งนำไปสู่การส่งตัวแทนนักวิชาการเข้าพบนายกรัฐมนตรี เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2547 และหนึ่งในนักวิชาการจำนวน 22 คนที่เข้าพบนายกรัฐมนตรี ได้นำคณะกรรมการสื่อสันติภาพไปมอบให้นายกรัฐมนตรี จนนำมาซึ่งการพัฒนากลุ่มกระตือรือร้นจำนวน 120 ล้านตัวในเวลาต่อมา

สำหรับข้อเสนอเรื่องคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ ปรากฏเป็นจริงก็เมื่อต้นเดือนมีนาคม 2548 ที่นายอาวันห์ ปันยารชุน ได้รับคำเชิญจากนายกรัฐมนตรีเข้าทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ โดยต่อมาได้มีการตั้งกรรมการ รวม 48 คน จากทุกภาคส่วนของสังคม

ปัญหาไฟฟ้ที่ที่ยังระบุและไม่ค่อยคลาบายง่าย

ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นทีภาคใต้ถือเป็นสถานการณ์รุนแรงที่ประชาชนจับตามองตลอดปี 2547 โครงการข่าวสารทิศทางการประเทศไทย ได้สรุปสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดภาคใต้ว่า "ทำให้สังคมไทยรู้สึกว่าได้เข้าสู่สมรภูมิเดือดของสงครามก่อการร้ายโดยไม่รู้ตัว เพราะค่อยๆ มีความชัดเจนขึ้นว่าผู้ก่อความไม่สงบเป็น 'กลุ่มแบ่งแยกดินแดน' โดยอาศัยฐานความเชื่อทางชาตินิยม-ศาสนา และผลประโยชน์จำนวนมากในเขตพื้นที่

แต่ความพยายามแก้ไขปัญหาย่างจริงจังของรัฐบาลในรอบปี 2547 ที่มีลักษณะการลงมือคิดองถูก มีการปรับเปลี่ยนบุคคลและหน่วยงานรับผิดชอบบ่อยครั้ง พาหนทางแก้ไขจุดอ่อนในด้านารข่าวหารูปแบบขององค์กรเจ้าภาพเพื่อสร้างความเป็นเอกภาพ ในระดับนโยบายและปฏิบัติการ กลายเป็นที่มาของคำถามสำคัญว่าถึงทำให้เหตุการณ์ใน 3 จังหวัดภาคใต้เบาบางลงอย่างที่เป็นอยู่หรือไม่

'การจับทั้งกองกำลังทหารถาวร' ...แนวทางการแก้ปัญหานปี 2548

มีความชัดเจนในเชิงนโยบายว่า รัฐบาลมีแนวคิดที่จะตั้ง 'กองพลทหารราบที่ 15' ประจำการถาวรใน 3 จังหวัดภาคใต้ แบบเต็มอัตราศึก โดยทุ่มงบประมาณจำนวนสูงถึง 16,770 ล้านบาท กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2548 นายกรัฐมนตรีประกาศจะใช้มาตรการแบ่งพื้นที่หมู่บ้านออกเป็น 3 สี คือ แดง เหลือง เขียว โดยหมู่บ้านสีแดงจะไม่ได้รับงบประมาณเลย หมู่บ้านสีเหลืองมีปัญหาเล็กน้อย ต้องแก้ไข ปัญหา และหมู่บ้านสีเขียวไม่มีปัญหา รัฐบาลจะเพิ่มงบประมาณให้ต่อมา กองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอ.สสส.จชต.) ออกแถลงการณ์ว่าหมู่บ้านสีแดง คือหมู่บ้านที่มีแกนนำผู้เกี่ยวข้องกับการก่อความไม่สงบ เจ้าหน้าที่จะเร่งเข้าทำความเข้าใจและชักจูงใจอย่างเร่งด่วน หมู่บ้านสีเหลือง คือหมู่บ้านที่ไม่มีความชัดเจนของแกนนำและผู้เกี่ยวข้องกับการก่อความไม่สงบ และหมู่บ้านสีเขียว คือหมู่บ้านที่เป็นปกติสุข¹²

การจะใช้มาตรการเด็ดขาดแบบ 'รัฐทหาร' นี้ แม้จะเป็นทางแก้ปัญหที่รัฐบาลเชื่อว่าจะได้ผล แต่ยังมีหลายฝ่ายที่วิตกกังวลและเกรงว่าอาจเป็นชนวนให้เกิดความรุนแรงที่หนักขึ้น แนวทางดังกล่าวนี้ ครม.มรดก ตามไท นักวิชาการสันติวิธีได้ชี้ไว้ในบทความ 'จังหวัดชายแดนภาคใต้: บททดสอบปัญญาทางการเมือง การปกครองของประเทศไทย'¹³ ที่เขียนตั้งแต่เมื่อปี 2546 ว่ามักเป็นแนวคิดของรัฐบาลที่ประสบปัญหาการเรียกร้องแยกดินแดนหรือความไม่สงบอื่นๆ เช่น ในประเทศเม็กซิโก สเปน ไอร์แลนด์ และฟิลิปปินส์ ได้ดำเนินการเหมือนๆ กันและได้พัฒนาไปสู่การต่อสู้ที่รุนแรงยิ่งขึ้น โดยไม่มีทีท่าจะจบลงอย่างสงบสันติได้

แนวทางสันติวิธีที่พยายามตั้งหลักมาตั้งแต่เดือนเมษายน 2547 เมื่อส่วเช้าเดือนเมษายน 2548 ก็มีการจัดตั้งคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติอย่างเป็นทางการ รัฐบาลออกเลิกการแบ่งโซนสี และยืนยันที่จะไม่ใช้มาตรการรุนแรง มุ่งให้ความยุติธรรมกับประชาชนทุกฝ่าย เน้นทางผู้สันติภาพในพื้นที่ภาคใต้ที่แม้จะอยู่ห่างไกล แต่ก็เริ่มมองเห็นแสงสว่างรำไรที่ปลายอุโมงค์บ้าง

”

จำนวนผู้เสียชีวิต และบาดเจ็บ
(รวมทั้งเดือนเมษายน - สิงหาคม 2547)

ยอดผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ สงขลา (สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส รวมทั้งหมด) 1,020 ราย แยกเป็นตำรวจเสียชีวิต 64 ราย บาดเจ็บ 183 ราย ทหารเสียชีวิต 26 ราย บาดเจ็บ 58 ราย ฝ่ายการกบฏฝ่ายอื่นๆ และประชาชนเสียชีวิต 299 ราย บาดเจ็บ 390 ราย ยอดทั้งหมดเป็นจำนวนการสูญเสียของฝ่ายก่อความไม่สงบในกรณีก่อเหตุรวม 198 ราย การสูญเสียของฝ่ายสนับสนุนก่อการกำเริบ 65 ราย และจำนวนผู้บาดเจ็บในฝั่งของกองกำลังนิภากรกว่าหนึ่งหมื่นคน ที่มา: กองอำนวยการร่วมรักษาความสงบเรียบร้อย (กอ.อร.) วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2548



3. ทางสองแพร่ง ของนโยบายใช้หวัดนก: จะเลือกสุขภาพคน หรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก



โรคไข้หวัดนก เป็นตัวอย่างของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความซับซ้อน และเป็นภัยคุกคามสุขภาพประชาชน รวมทั้งสร้างความสูญเสียต่อเศรษฐกิจและสังคม การระบาดของโรคไข้หวัดนกที่เกิดขึ้นในประเทศแถบเอเชีย ในปี 2547 ได้สร้างความสูญเสียมากที่สุดเป็นประวัติการณ์ มีการทำลายสัตว์ปีกเพื่อควบคุมโรคมากกว่า 100 ล้านตัว โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตในประเทศไทย 12 คน และในเวียดนาม 20 คน

“ไข้หวัดนกสายพันธุ์เอช5เอ็น1 (H5N1) ที่ระบาดอยู่ในขณะนี้ พบว่าเคยมีการระบาดรุนแรงจนมีคนป่วยและตาย เป็นครั้งแรกในฮ่องกง เมื่อปี 2540 ปัจจุบันเชื้อโรคสามารถติดต่อกับสัตว์ปีกสุ่ม น้า แมว เสือ และคนได้ การกำจัดหรือควบคุมไข้หวัดนกทำได้ยากมากเพราะไข้หวัดชนิดนี้ไม่มีสัตว์ปีกเป็นพาหะ” โดยเฉพาะผ่านไก่ซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงเชิงธุรกิจที่มีจำนวนมากที่สุด ในปี 2546 เกิดไข้หวัดนกระบาดไล่ตั้งแต่ในฮ่องกง เปรู แอฟริกาใต้ เบลเยี่ยม เกาหลีใต้ ไต้หวัน จีน ญี่ปุ่น และเวียดนาม ปี 2547 ต่อมาก็แพร่กระจายสู่ประเทศไทย ลาว กัมพูชา ปากีสถาน และอินโดนีเซีย”

สำหรับประเทศไทย ปลายปี 2546 มีข่าวว่าไก่ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ตายอย่างประหลาดยกแล้ว และเกิดระบาดลุกลามไปอย่างรวดเร็ว เพื่อเวลาเดือนเศษๆ ไก่เกือบทั่วประเทศก็ตายหลายหมื่นตัว กว่าที่รัฐบาลจะยอมรับว่ามีการระบาดของไข้หวัดนกสู่ไก่ก็หลังจากมีไก่ตายเป็นจำนวนมากในหลายจังหวัด และมีคนป่วยและเสียชีวิตเมื่อกลางเดือนธันวาคม 2547 โดยการระบาดได้ขยายตัวลามไปถึง 32 จังหวัด (ดูรายละเอียดในฉีกนกรอบ) จนกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่น่าสะพรึงกลัวในบ้านเรา เพราะคนไทยทุกคนรู้เรือนิยมเลี้ยงไก่ไว้กินไข่และกินเนื้อ ขณะที่ผลิตภัณฑ์จากไก่และเป็ดก็เป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของประเทศ โดยในปี 2546 ทำเงินเข้าประเทศสูงถึง 60,000 ล้านบาท พอมีเรื่องไข้หวัดนกในปี 2547 ยอดเงินนี้ก็ลดลงไปมากกว่าครึ่งหนึ่ง

ความน่ากลัวของโรคไข้หวัดนกเห็นได้ชัดจากการกลับมาแพร่ระบาดของไข้หวัดนกถึง 2 รอบในปี 2547 รัฐบาลได้พยายามทุกวิถีทางในการควบคุมโรค โดยเรียกเชอร์ทุกตารางนิ้ว และจำไก่ไปหลายสิบล้านตัว พร้อมกับจ่ายเงินทดแทนให้ผู้เลี้ยงกว่า 5 พันล้านบาท รวมถึงส่งเสริมแผนบังคับให้มีการเลี้ยงไก่แบบถูกหลักสุขาภิบาล การแบ่งเขตพื้นที่เลี้ยงสัตว์ปีก และเข้มงวดในเรื่องการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก

ทั้งหมดนี้ส่งผลให้การระบาดของไข้หวัดนกในปี 2547 ลดลงไป ในปี 2548 มีการแพร่ระบาดอย่างหนักของโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์เอช5เอ็น1ในเวียดนามอีกครั้ง ส่วนในบ้านเราอาจเกิดการระบาดในรอบที่ 3 เพราะต้นปี 2548 ยังคงพบการติดเชื้อในไก่บ้าน นกธรรมชาติ ติดเชื้อ 0.5-1% ไก่ชนติดเชื้อ 1-2% และเป็ดไล่ทุ่ง 10 ล้านตัว ในบางแห่งติดเชื้อสูงถึง 40 % จนเป็นเหตุให้รัฐบาลสั่งเรียกเชอร์ทุกพื้นที่อีกรอบหนึ่ง

หลายฝ่ายจึงฟันธงว่า ประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านจะเป็นแหล่งรังโรคของไข้หวัดนกไปอีกนาน

”

การติดเชื้อไข้หวัดนกในคน

คนที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อไข้หวัดนก คือ เกษตรกร ผู้ค้าแพะ ผู้ทำการขนส่ง ผู้ที่ไปสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ป่วย หลังจากสัมผัสโรคภายใน 5 วัน หากมีการติดเชื้อจะมีอาการเป็นไข้ ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัวอ่อนเพลียมาก และมีอาการทางระบบหายใจ แต่เนื่องจากในโลกนี้มิได้มีผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดนกยังไม่ถึง 100 ราย รายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจึงยังประเมินได้ไม่แน่ชัด ผู้ป่วยอาจหายเองได้ภายในหนึ่งสัปดาห์ แต่หากมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจะมีอาการของโรคปอดบวมและเกิดอาการหายใจล้มเหลว คล้ายการเกิดโรคซาร์ส และมีโอกาสเสียชีวิตสูงมาก³

สำหรับจำนวนผู้ป่วยไข้หวัดนกที่พบในประเทศไทยตลอดปี 2547 มีการเสียชีวิตสองรายทั้งสิ้น 661 ราย ยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยไข้หวัดนกทั้งสิ้น 17 ราย รักษาหาย 5 ราย เสียชีวิต 12 ราย ที่น่าเป็นห่วงคือมีผู้ป่วยที่เป็นเด็กจำนวน 7 ราย เสียชีวิตถึง 6 ราย



บทเรียนระหว่างการปกปิดและการเปิดเผยข้อเท็จจริงของไข้หวัดนก

ก่อนที่ประเทศไทยจะเผชิญวิกฤตไข้หวัดนก หลายประเทศทั้งเอเชียและในยุโรปต่างเผชิญไข้หวัดนก ขณะที่ในทวีปยุโรปและอเมริกาซาคแคนตอนเหนือได้ เนื่องจากประเทศในตะวันออกกลางซึ่งซื้อไก่แปรรูปส่วนหน้าจำนวนมาก เพื่อกักตุนสินค้าในช่วงสงครามศักราชกับอิรัก เช่นเดียวกับสหภาพยุโรปที่นำเข้าเนื้อไก่จากไทยเพิ่มขึ้น เพราะกำลังประสบปัญหาความหิวอด และความแห้งแล้งของโลกอย่างหนัก ส่งผลให้แหล่งผลิตไก่จำนวนมากได้รับความเสียหาย ส่วนที่แคนาดาหันมานำเข้าเนื้อไก่จากไทยมากขึ้น แทนการนำเข้าจากสหรัฐฯ เนื่องจากการระบาดของโรคนิวคาสเซิลในไก่ของสหรัฐ นอกจากนี้ยังมีการตรวจพบสารตกค้างในโคโรนาไวรัสของฟาร์มไก่ในโปรตุเกสและบราซิล เหตุการณ์ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อการส่งออกไก่ของไทยอย่างยิ่ง⁴ ทำให้ในปี 2546 ไทยส่งออกเนื้อไก่และผลิตภัณฑ์จากไก่ได้เพิ่มขึ้นมากซึ่งเป็นรายได้สำคัญของประเทศไทย

จึงไม่น่าประหลาดใจที่ในระยะแรก หน่วยราชการพยายามจะปิดข่าวการตายของไก่จำนวนมากในจังหวัดต่างๆ โดยอ้างว่าเป็นการตายเพราะโรคอหิวาต์ซึ่งมักเกิดประจำทุกปี แต่คำถามสำคัญของการระบาดไข้หวัดนกในบ้านเรา คงอยู่ที่ว่า ทั้งๆ ที่ประเทศไทยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้หวัดนกระบาดในประเทศใกล้เคียง เหตุใดหน่วยราชการที่รับผิดชอบเรื่องนี้จึงละเลยการระวังภัยที่อาจเกิดขึ้นกับประเทศไทย

การไม่เปิดเผยข้อเท็จจริงเรื่องไข้หวัดนกนี้เอง ทำให้คณะทำงานของกรมการสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภคของสหภาพยุโรป (อียู) ได้เชิญเอกอัครราชทูตผู้แทนไทยประจำอียู ณ กรุงบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียม ไปสำหณและแสดงความคิดเห็นที่รัฐบาลไทยปกปิดข้อมูลไข้หวัดนก⁵

การปกปิดข่าวในระยะแรก ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชนเป็นอันมาก คนไม่กล้ากินไก่และไข่ รวมถึงสัตว์ปีกอื่นๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ระบาดในรอบที่ 2 ได้มีการเสนอข่าวตรงไปตรงมาและต่อเนื่อง กลับพบว่าความตื่นกลัวไข้หวัดนกรอบนี้น้อยกว่าเดิม เห็นได้ว่าความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้นของประชาชน และการเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างทันทั่วทั้งที่มีส่วนช่วยลดความตระหนกตกใจ และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการตื่นกลัว โดยที่ประชาชนก็สามารถรับมือกับสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น

ความขัดแย้งทางความคิดอันเนื่องมาจาก การระบาดของไข้หวัดนก

ต้องยอมรับว่าเรื่อง 'ไข้หวัดนก' เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย ความรู้ที่แท้จริงยังไม่เพียงพอ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้คนวิตกกังวลสูง แต่ความคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหายังไม่ลงตัวนัก

1. การโต้แย้งเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงไก่ภายในประเทศ ระหว่างกลุ่มผู้เลี้ยงไก่แบบอุตสาหกรรม ที่ถือไก่เป็นสิ่งของหรือสินค้าต้องการนำไปเข้าสู่ฟาร์มระบบปิด มีการควบคุมอย่างดีและการเลี้ยงใช้ดินทุนสูง กับกลุ่มผู้เลี้ยงไก่แบบพื้นบ้านที่ถือว่า ไก่ต้องมีชีวิตอยู่ตามธรรมชาติ สามารถปรับตัวและสร้างภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ

เมื่อเกิดโรคระบาดในรอบแรก ไก่ในการเลี้ยงระบบปิดนั้นอ่อนแอกว่าไก่เลี้ยงแบบธรรมชาติ จึงเกิดความเสียหายมากกว่าแต่ในการระบาดรอบ 2 ไก่พื้นบ้าน เปิดพื้นบ้านและเปิดใส่ทุ่ง กลับติดเชื้อและตายมากในรอบที่ 2 จึงอาจเป็นไปได้ว่าไข้หวัดนกเกิดขึ้นในฟาร์มไก่ที่เลี้ยงอย่างแออัดแออัดแออัด แล้วเชื้อแพร่กระจายเข้าสู่ธรรมชาติ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างเป็นระบบและจริงจัง

2. ความขัดแย้งของผู้ต้องการใช้วัคซีนกับไม่ใช้วัคซีน ผู้ต้องการใช้วัคซีนส่วนใหญ่คือผู้เลี้ยงไก่ไข่ ไก่บ้าน และนกสวยงาม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เลี้ยงไก่ชนที่มีโอกาสเสี่ยงสูง เพราะต้องดูแลสัมผัสไก่อย่างใกล้ชิด ไก่พวกนี้อาจมีเชื้ออยู่ในตัวแต่ยังไม่ได้แสดงอาการออกมา หากได้รับวัคซีนไข้หวัดนก สัตว์ก็จะไม่แสดงอาการของโรคแม้จะยังสามารถขับเชื้อออกมาได้ แต่ปริมาณเชื้อจะลดลงถึงกว่า 1,000 เท่าหรือไม่ปล่อยเชื้อเลย เจ้าของเชื่อมั่นว่าไก่จะไม่เป็นโรคและสามารถดูแลไก่แบบเดิมได้

ส่วนกลุ่มที่ไม่ต้องการให้ใช้วัคซีนให้เหตุผลว่า ภูมิคุ้มกันที่กระตุ้นโดยวัคซีน อาจทำให้เชื้อไข้หวัดนกกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการระบาดได้รุนแรงและรวดเร็วมากขึ้น โดยอาจไม่ต้องอาศัยตัวผ่านที่เป็นสัตว์ชนิดอื่นๆ อีกต่อไป และการใช้วัคซีนจะมีผลกระทบต่อระบบการเฝ้าระวังโรค ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสัตว์ตัวใดมีภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในพื้นที่ หรือเกิดจากการได้รับวัคซีน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความควบคุมและการกำจัดโรคโดยตรง

นอกจากนี้ ยังมีความกลัวว่าประเทศคู่ค้า โดยเฉพาะสหภาพยุโรปและญี่ปุ่นจะระงับการนำเข้าไก่สดจากประเทศไทย หากมีการใช้วัคซีนไข้หวัดนกไม่ว่าจะในสัตว์ปีกใดๆ แม้ข้อกำหนดเกี่ยวกับการนำเข้าของญี่ปุ่นและญี่ปุ่นคล้ายกันคือ การนำเข้าไก่สดห้ามฉีดวัคซีน แต่ไม่มีข้อกำหนดดังกล่าวในการนำเข้าไก่ต้มสุก ผู้บริโภคไก่ต้มสุกก็จะไม่เชื่อถ้ามีการฉีดวัคซีนไก่

น่าคิดว่า แม้ในระยะต่อมาหลักฐานต่างๆ ทางวิทยาศาสตร์จะบ่งชี้ถึงข้อดีของการฉีดวัคซีนป้องกันโรค แต่ข้อกังวลเกี่ยวกับการกระทบต่อการส่งออกไก่ ก็ทำให้ประเทศไทยยังเหมือนประเทศเดียวในโลกที่ประกาศว่า 'ห้ามใช้วัคซีนไข้หวัดนกในสัตว์ปีกทุกชนิด' และไม่ยอมให้มีการขึ้นทะเบียน 'วัคซีนไข้หวัดนก' อย่างถูกต้องตามกฎหมายในประเทศ

ทางออกในระยะยาว

ข้อเท็จจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้คือ โรคไข้หวัดนกเป็นปัญหาที่ไร้พรมแดน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากประเทศต่างๆ ในการกำหนดมาตรการแก้ไข ในประเทศเองต้องมีมาตรการเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง สามารถตรวจสอบและติดตามการแพร่ระบาดของเชื้อในสัตว์ปีกและในคน เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วสำหรับมาตรการที่ประเทศไทยเรีออยู่ ไม่ว่าจะเป็นการใช้มาตรฐานการสุขาภิบาลกว่า 9 หมื่นคนทั่วประเทศในการติดตามเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้แทนขององค์การอนามัยโลกถือว่าเป็นตัวอย่างที่ดี

ควรกล่าวด้วยว่า มนุษย์จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับโรคระบาดที่คว่ำชีวิตมนุษย์เป็นจำนวนมาก และการมีเชื้อไข้หวัดนกไม่มีทางจะกำจัดให้หมดไปจากประเทศไทยหรือจากโลกนี้ได้ จึงต้องหาวิธีอยู่ร่วมกับไข้หวัดนกโดยไม่ก่อความเสียหายร้ายแรง ต้องเปิดให้ประชาชนร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ที่จะอยู่กับการมีเชื้อไวรัสหวัดนกในโลกและในประเทศไทย รัฐบาลและหน่วยงานราชการต้องคำนึงงานเชิงมหภาคอย่างมีประสิทธิภาพ และประสานกับการดำเนินการเชิงจุลภาคของชาวบ้านหรือ ภาคประชาสังคม ในลักษณะของ 'รัฐ - ประชา ร่วมใจ - ร่วมทำ'

วิกฤตไข้หวัดนกที่ผ่านมา ชี้ว่าเราต้องหันมาให้ความสนใจกับเกษตรของประเทศไทยน้อย จึงควรมีคณะกรรมการเกี่ยวกับเรื่องนกอย่างเป็นทางการ จัดให้มีอาสาสมัครที่เป็นนักลูกนกหรือผู้ที่สนใจคอยสังเกตและเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่มีอาสาสมัครอาศัยอยู่ ตลอดจนการวิจัยนกอย่างจริงจัง¹⁰

สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญที่สุดในเรื่องก็คือ การระบาดของไข้หวัดนกกลายเป็นปัญหาใหญ่ในระดับโลก เนื่องจากประวัติศาสตร์โรคระบาดระดับโลกชี้ว่ามีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ทุก 10 ถึง 30 ปี ทุกครั้งเกิดจากการกลายพันธุ์ของไวรัสไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีก ครึ่งล่าสุดระบาดไปเมื่อ 40 ปีที่แล้ว จึงมีแนวโน้มว่าอาจเกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่จากไวรัสไข้หวัดนก นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั่วโลกเชื่อว่าเชื้อไข้หวัดนก โดยเฉพาะสายพันธุ์เอช5เอ็นเอที่ก่ออันตรายและมีการติดต่อกันง่าย อาจมีการผสมข้ามสายพันธุ์กับไวรัสไข้หวัดใหญ่หรือกลายพันธุ์จนสามารถติดจากคนสู่คนได้อย่างง่ายดาย ซึ่งอาจส่งผลให้มีผู้คนล้มตายหลายสิบล้านคน

คณะกรรมการพิจารณาปัญหาไข้หวัดนก จึงควรจัดทำแผนเตรียมพร้อมรองรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ไปพร้อมกับการทำแผนแก้ไขปัญหาก็หวัดนกด้วย





สถานการณ์ไข้หวัดนกในประเทศไทย พฤษภาคม 2546 - มกราคม 2548



พฤษภาคม 2546

เกิดโรคระบาดที่มีจุดเริ่มต้นมาจากฟาร์มเลี้ยงไก่ไข่บริเวณปทุมธานี และอำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ และระบาดไปยังพื้นที่อื่นอีกสอง และสู่พื้นที่ภาคกลางในเวลาต่อมา

ธันวาคม 2546

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ยืนยันว่าการตายของไก่ไม่ได้เกิดจากการแพร่ระบาดของไข้หวัดนก แต่เป็นการตายจากสภาพภูมิอากาศของไทย ในช่วงปลายฝนต้นหนาว ส่วนการตายของไก่ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่สูงถึงหนึ่งแสนตัวนั้น จากการสืบดูพบว่าเกิดจากการเลี้ยงไก่ผิดวิธีที่ไม่ใช่การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก

มกราคม 2547

สำนักงานปศุสัตว์ได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไข้หวัดนก 3 ราย (ผู้เสียชีวิตรายแรกเป็นเด็กชายอายุ 8 ขวบ ป่วยเมื่อวันที่ 3 มกราคม และเสียชีวิตวันที่ 25 มกราคม ที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์) แพทย์กรมสัตว์การกระทรวงสาธารณสุขระบุว่ายังไม่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกและเชื้อโรคในสัตว์ปีกสู่คนมีความปลอดภัยต่อการบริโภคไก่ที่ตลาดแผงลอย และต่อมาวันที่ 20 มกราคม มีเบาะแสผู้ไปเลี้ยงไก่จากการประชุมคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรีและรองนายกรัฐมนตรีได้สั่งการให้กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ตรวจพบการติดเชื้อ H5N1 ครั้งแรกจากฟาร์มไก่ไข่แห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี รัฐบาลจึงออกมาเตือนเรื่องไข้หวัดนกในประเทศไทย และตั้งคณะกรรมการพิจารณาไข้หวัดนกกรณีไข้หวัดนกระบาดในไก่ วันที่ 23 - 30 มกราคม รัฐบาลสั่งทำลายไก่ และไก่ที่ตายโดยรวม 13.9 ล้านตัว จาก 3,459 ฟาร์ม พบพื้นที่ติดเชื้อโรค 148 จุด ใน 32 จังหวัด

กุมภาพันธ์ 2547

รัฐบาลจัดการประชุม กับไทย ปศุสัตว์ไทยเพื่อรับมือกับไข้หวัดนก พยากรณ์ว่าไม่รุนแรงอย่างที่กลัวเสียชีวิต รัฐบาลยืนยันจำนวนโรค 5 ล้านบาท

มีนาคม 2547

นายกรัฐมนตรีประชุมสถานการณ์ไข้หวัดนกกับสื่อมวลชน เพื่อเตือนและมีการระวังจุด และเตือนประชาชนในพื้นที่ปลอดโรคไข้หวัดนกในวันที่ 9 เมษายน

เมษายน 2547

ในเชิงนโยบายไทยสนับสนุน รัฐบาลจีนในการประกาศให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้หวัดนกจากวันที่ 9 เมษายนเป็นวันที่ 27 เมษายน ต่อมาขอรับยังไม่สามารถประกาศว่า ประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีไข้หวัดนกเชื้อโรคไข้หวัดนกได้

พฤษภาคม 2547

15 พฤษภาคม รัฐบาลชี้ว่าการแพร่ระบาดของโรคระบาดนี้ ประเทศไทยใช้ปลอดโรค 100% หลังจากไม่พบการระบาดซ้ำทั่วประเทศ 21 วัน แต่เพียง 7 วันถัดมา ก็พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกอีกครั้งที่จังหวัดเชียงใหม่

มิถุนายน 2547

มีการเตือนเตือนคำเตือนที่ไม่เป็นอันตรายที่จังหวัดพิจิตร ปศุสัตว์กรมมีการนำตัวและรักษาในโรงพยาบาล

กรกฎาคม 2547

ต้นเดือนกรกฎาคมโรคไข้หวัดนกแพร่ระบาดที่ฟาร์มไก่ไข่ จังหวัดพิจิตรและสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยที่จังหวัดพิจิตรเชื้อไข้หวัดนก 59 จุด 21 จังหวัด

สิงหาคม 2547

กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงเรื่องห้ามนำเข้า ฟาร์มและฟาร์มใช้วัคซีนไข้หวัดนกผ่านสัตว์ปีก หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายอาหารปลอดภัย

กันยายน 2547

กระทรวงสาธารณสุขสั่งระงับแผนการควบคุมโรค โดยเปลี่ยนเป็นการเฝ้าระวังแบบ 100% ที่ประเทศ ไม่ก่อให้เกิดการประกาศว่าพื้นที่ใดเป็นพื้นที่ 100% อีกต่อไป แต่จะใช้มาตรการเฝ้าระวังทั่วทั้งประเทศ

ตุลาคม 2547

ต้นเดือนรัฐบาลประกาศห้ามฆ่าตัวผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกให้คนภายนอก 1 เดือน และเปลี่ยนตัวรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ต่อมาภายหลังคนคนเชื้อโรครักษาจนหายดีไม่มีเชื้ออีกแล้ว เสียชีวิต 23 ตัว จีคือฆ่าสัตว์ 147 ตัว จากเชื้อ 358 ตัว

พฤศจิกายน 2547

คณะกรรมการพิจารณาไข้หวัดนกไทยได้ประชุมหารือกับ สหประชาชาติ 5 ปี เพื่อเสริมสร้างเสริมเริ่มดำเนินการควบคุมโรคและพหุคูณ กับมีมติให้โรคติดต่อที่เกิดในสัตว์ปีกด้วย ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ (1) การจัดการความผู้ติดเชื้อไข้หวัดนก (2) การเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรและบุคลากร (3) การเฝ้าระวังและควบคุมเมื่อเกิดการระบาด (4) การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาคธุรกิจ (5) การจัดการระบบปศุสัตว์ที่ปลอดโรค และ (6) โครงสร้างและการจัดการเชิงบูรณาการ ซึ่งมีข้อพิจารณาแพร่ระบาดภายใน 2 ปี ลดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกทุกรายที่เลี้ยงในประเทศ และห้ามนำเข้าไม่ปศุสัตว์ภายใน 3 ปี ส่วนปศุสัตว์ภายใน ห้ามฆ่าภายใน 3 ปี จะไม่มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก และมีแผนจะดำเนินการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดนกผู้ที่มีประสิทธิภาพภายใน 1 ปี

ธันวาคม 2547

ยังคงมีการแพร่ระบาดในฟาร์มปศุสัตว์ในภาคการปศุสัตว์และฟาร์มเลี้ยงไก่และหมูขนาดใหญ่ และจะไม่มีการระบาดครั้งใหญ่ในอีกสาม

มกราคม 2548

การระบาดในไก่ของเกษตรกรและในสัตว์ปีก 13 คน ของจังหวัดพิจิตรและสุพรรณบุรีกับปศุสัตว์ไข้หวัดนก และยังคงไม่พบพหุคูณในการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดนก งบประมาณรวมแล้ว 8,600 ล้านบาทใน 3 ปี (2546 - 2550)



4. สังคมไทยกับภัยข่มขืน

ในปี 2547 ปัญหาภัยทางเพศทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นมาก จนคุณภาพสุขภาพของผู้คนในสังคม แต่ดูเหมือนว่าปัญหานี้ ที่ทุกฝ่ายควรหาหนทางออกร่วมกัน กลับไม่มีหน่วยงานใด รับผิดชอบอย่างจริงจัง อีกทั้งยังไม่เป็นนโยบายใด ที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้หญิงทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเด็ก คนแก่ คนพิการ หรือคนชรา จะมีพื้นที่ปลอดภัยเพียงพอที่จะเรียกได้ว่า ‘เขตปลอดภัยข่มขืน’

ในปี 2547 มีดัชนีชี้วัดถึงสถานการณ์ภัยทางเพศของผู้หญิงไทยที่เพิ่มขึ้นกว่าปีก่อนๆ มากอย่างน่าตกใจ เริ่มต้นจากภาพรวมสถิติตัวเลขคดีข่มขืนที่ถูกแจ้งทั่วประเทศพบว่าเพิ่มขึ้น ทุกปี หากดูเฉพาะจำนวนคดีที่ผู้เสียหายแจ้งตำรวจเปรียบเทียบระหว่างปี 2540 ที่มีอยู่ 3,741 คดี กับปี 2547 ที่จำนวนคดีพุ่งขึ้นเป็น 5,052 คดี เท่ากับว่าในรอบ 8 ปีที่ผ่านมา อัตราคดีข่มขืนสูงขึ้นถึง 35%

ที่น่าสังเกตและต้องใส่ใจในเชิงประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ตำรวจ คือสัดส่วนของจำนวน คดีที่ตำรวจจับผู้กระทำผิดได้นั้นลดลงทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคดีที่แจ้งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี คือในปี 2546 - 2547 มีเพียงประมาณหนึ่งในสามของคดีที่รับแจ้งเท่านั้นที่สามารถนำคนร้าย มาดำเนินคดีได้ (ดูตารางที่ 1)

แต่สิ่งที่ควรต้องย้ำตรงนี้ก็คือ ตัวเลขผู้เข้าแจ้งความเป็นเพียงปลายยอดของภูเขาน้ำแข็ง เพราะมีผู้เสียหายจากการถูกข่มขืนจำนวนมากที่ไม่แจ้งความ สถิติอาชญากรรมทางเพศของทุกประเทศจึงต่ำกว่าความเป็นจริงมาก สำหรับประเทศไทยมีผู้คาดประมาณว่าจำนวนคดีดังกล่าวเป็นแค่เพียง 5% ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น นั่นคือยังมี 'ตัวเลขมืด' อีกมากมายที่ไม่ถูกบันทึกไว้ในสารบบของการแจ้งความผ่านสถานีตำรวจ ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน อาทิ เหยื่อรู้สึกอายหรือถูกข่มขู่ หรือผู้กระทำความผิดเป็นคนใกล้ชิดมาก เป็นต้น

ทำให้ตัวเลขที่แท้จริงของผู้ถูกกระทำยังเป็นปริศนา และผู้ก่อคดีจำนวนไม่น้อยยังลอยนวล บ้างก็ก่อคดีซ้ำ จนถึงขนาดวันหนึ่งเหมือนว่าพื้นที่ปลอดภัย ในสังคมไทย สำหรับเด็ก ผู้หญิง คนพิการและคนชรา จะลดน้อยลงเรื่อย ๆ

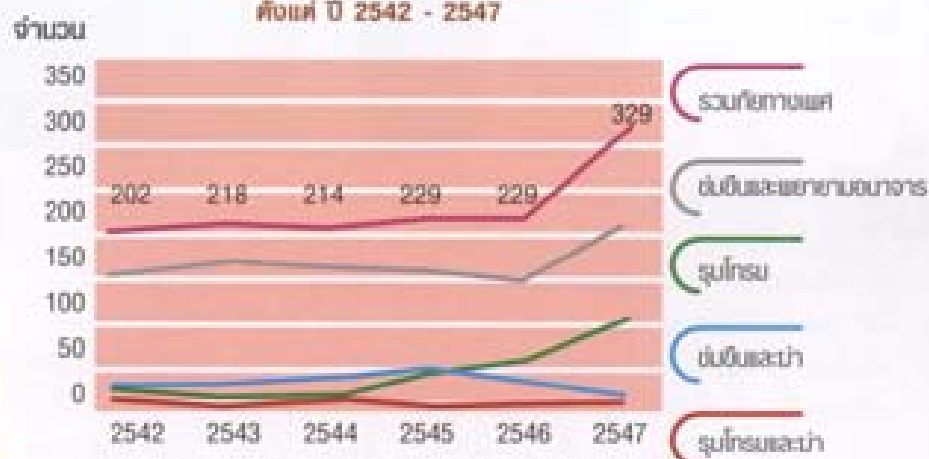
ตารางที่ 1 จำนวนคดีข่มขืนกระทำชำเราและป่าละนิน ตั้งแต่ปี 2540 - 2547

ปี	จับข้อ	จับได้	% จับได้
2540	3,741	2,576	68.9
2541	3,540	2,391	67.5
2542	4,005	2,532	63.2
2543	4,053	2,640	65.1
2544	3,857	2,544	66.0
2545	4,445	2,556	57.5
2546	4,818	1,707	35.4
2547	5,052	1,861	36.8

ที่มา: โครงการสุภาพชนไทย, 2548. จำนวนฐานสถิติคดีข่มขืนกระทำชำเราและป่าละนินของกองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ <http://www.police.go.th/polc>

สถิติอีกอย่างที่คนทั่วไปสามารถรับรู้คือ จำนวนข่าวที่เกี่ยวข้องกับภัยทางเพศในรูปแบบต่างๆ ที่ถูกตีพิมพ์บนหน้าหนังสือพิมพ์รายวัน มูลนิธิเพื่อผู้หญิงได้เก็บรวบรวมจำนวนข่าวดังกล่าวนี้มาตั้งแต่ปี 2542 จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ข่าวภัยทางเพศบนหน้าหนังสือพิมพ์เพิ่มสูงขึ้นในปี 2547 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนๆ ที่มีจำนวนข่าวมีประมาณ 200 ข่าว แต่ปี 2547 จำนวนข่าวเพิ่มขึ้นถึง 329 ข่าว¹ สิ่งที่น่าสนใจคือจำนวนข่าวที่เกี่ยวข้องกับการรุมโทรมหรือการข่มขืนหมู่ ระหว่างปี 2542 - 2547 เพิ่มขึ้นมากขึ้นเกือบ 100 เท่า

รูปที่ 1 จำนวนข่าวภัยทางเพศจากหนังสือพิมพ์รายวันตั้งแต่ ปี 2542 - 2547



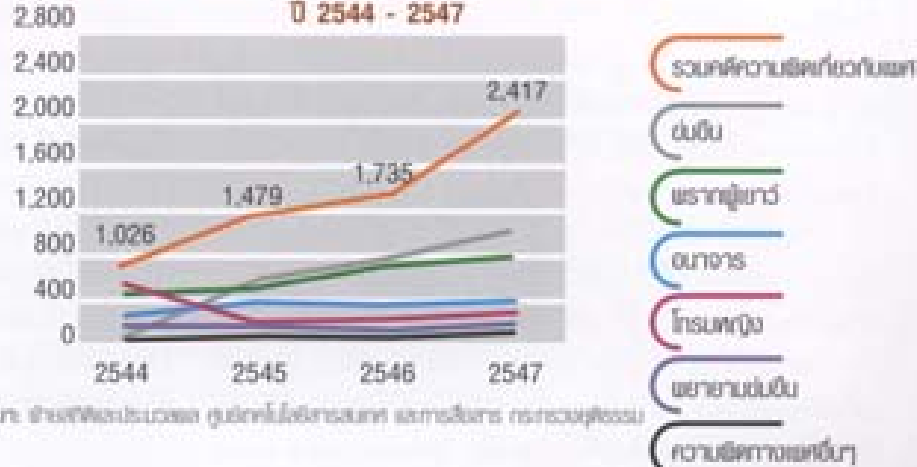
ที่มา: จากการรวบรวมรายงานข่าวตั้งแต่ปี ค.ศ. 2542 - 2547

จากหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ ได้แก่ ไทยรัฐ, กรุงเทพ, นานา, ข่าวสด, และกรุงเทพธุรกิจ

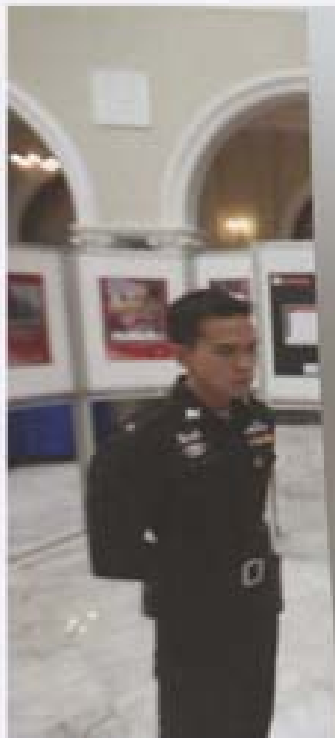
โดย สำนักข่าวและวิชาการ มูลนิธิเพื่อผู้หญิง

ที่น่าสนใจมากที่สุดคือ ในช่วงระหว่างปี 2544 - 2547 จำนวนคดีความผิดทางเพศจากสถานีวิทยุเด็กและเยาวชนทั่วประเทศสูงขึ้นโดยตลอด จากจำนวนคดีรวม 1,735 คดี ในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 2,417 คดี ในปี 2547 หากพิจารณาเฉพาะคดีข่มขืนในรอบปีนี้พบว่า เหตุการณ์ข่มขืนได้พุ่งสูงถึง 942 คดี มากกว่าปี 2546 ถึง 312 คดี หรือในแง่ร้อยละ มีผู้ตกเป็นเหยื่อจากเหตุการณ์ข่มขืนโดยเด็กและเยาวชนสูงถึงวันละ 2.6 ราย²

รูปที่ 2 จำนวนคดีความผิดทางเพศซึ่งกระทำโดยเยาวชนปี 2544 - 2547



ที่มา: ข้อมูลคดีละเมิดทางเพศ (รวมคดีข่มขืนและล่วงละเมิดทางเพศ) และการเฝ้าระวัง การละเมิดทางเพศ



แฟ้มจับข่มขืนกับความเสื่อมของศีลธรรม

ปัญหาข่มขืนถือเป็นคดีถูกฉกฉวยทางสังคม แต่ได้รับความใส่ใจอย่างจริงจังจากภาครัฐน้อย ด้วยความถี่ของข่าวข่มขืนที่เพิ่มมากขึ้น ในปี 2547 ทำให้บรรดาสื่อมวลชนเรียกว่า ‘แฟ้มข่มขืน’ ดังข่าวพาดหัวของหนังสือพิมพ์คน รัก ลึก วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2547 ที่ว่า ‘แฟ้มข่มขืน พ่วงคำนิยามไทย จีบสาวพาเรื่องคัว โดยไม่ยอข่าว่า ‘รวมโทรรมสาว พ่วงคำนิยามไทย จีบสาวพาเรื่องคัว สังคมไทยเสื่อม วิรุ่นหลายหัวเมือง ยังเห็นสาวเป็นแค่เรื่องระบาย ละครเวทีไปข่มขืน สาวพักรูปแบบ ทั้งทำร้ายแฟน ละครเวทีกรอเหยื่อ จนถึงต้องมือทำร้ายแฟนเพื่อน’

เมื่อวันสตรีสากล 8 มีนาคม 2547 มีรายงานถึงภัยทางเพศต่อผู้หญิงในสังคมไทยว่า มีสถิติถูกร่วงข่มขืนถึงวันละ 12 คน โดยผู้ถูกกระทำประมาณ 4% เป็นเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ในงานเสวนาทำอย่างไวโง่ให้ถูกร่วงข่มขืน ที่โรงเรียนสตรีวิทยา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2547 ได้สะท้อนความคิดเห็นของเยาวชนที่เคยก่อคดีข่มขืนไว้ว่าน่าสนใจ ดังนี้

รายแรก เยาวชนผู้กระทำผิดหรือหาฆ่าผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิต กล่าวว่า ตนมองว่าการข่มขืนและรวมโทรรม เกิดจากการแต่งตัวล่อแหลมของผู้หญิงเป็นสำคัญ ทำให้ผู้ชายมองว่าผู้หญิงคนนั้นหวังเซ็กซี่และคิดว่าง่ายจึงข่มขืน

รายที่สอง เยาวชนผู้กระทำผิดคดีกระทำชำเราหญิงอายุไม่เกิน 18 ปี กล่าวว่า ตนเคยกระทำความผิดโดยร่วมกับเพื่อนข่มขืนผู้หญิงที่เป็นแฟนของเพื่อน เนื่องจากดื่มสุราแล้วขาดสติ ประกอบกับผู้หญิงยั่วเย้าอารมณ์ทางเพศ ด้วยการใส่เสื้อลึบและกระโปรงสั้น

รายที่สาม ตัวแทนเยาวชนผู้กระทำผิดจากบ้านกาญจนาภิเษก กล่าวว่า ตอนที่ข่มขืนนั้นไม่รู้ว่ามีผิดหรือถูก อารมณ์พาไป ต่อไปจะไม่ทำอีกแล้ว เพราะเสียเวลาไปเสียคิดอยู่ถึง 3 ปี รู้สึกว่าไม่เสียดีกว่า

ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตำรวจอย่าง พ.ต.อ. สุวัฒน์ อุคนวัฒน์ ผู้กำกับกองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและเยาวชน มองว่าคดีข่มขืนมีปัจจัยมาจาก 3 ด้าน คือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ ผู้กระทำความผิด โอกาสและเวลา ดังนั้นจะป้องกันได้โดยไม่ให้ทั้ง 3 ปัจจัยมาอยู่ร่วมกัน

ลองโทษให้รุนแรงมากขึ้น...ทางแก้คดีข่มขืน?

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรม ให้ความเห็นว่าเมื่อต้นเดือน กุมภาพันธ์ 2547 ว่า รู้สึกตกใจกับพฤติกรรมของเยาวชนที่กำลังคิดอะไรอยู่ เพราะน่าเป็นห่วงที่สุดที่เยาวชนของไทยกำลังเห็นการได้ข่มขืนผู้หญิงเป็นแฟชั่น มองเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งยังกระทำความผิดเริ่มมีอายุน้อยลงไปทุกที และเสนอให้ลงโทษกลุ่มที่รวมโทรรมผู้หญิงวัยโชนสูงสุดตามกฎหมาย เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ต้องมีการวางแผนมาก่อน

สอดคล้องกับความคิดเห็นของ นายวัลลภ ตังคณานุกาญจน์ สมาชิกวุฒิสภา กรุงเทพฯ ในฐานะประธานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา ที่ชี้ว่าปัญหาภัยทางเพศในสังคมไทยนับว่าเป็นเรื่องใหญ่มาก ‘เกิดปรากฏการณ์แปลกๆ โดยเด็ก คนแก่ และคนพิการจะถูกข่มขืนมากที่สุด ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยมีปัญหาไม่เรื่องเพศเรื่องเซ็กซี่อย่างมาก ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบในหลายด้าน สาเหตุหนึ่งมาจากกฎหมายของไทยที่มีบทลงโทษสถานเบา ไม่เหมือนกับต่างประเทศที่เขามีบทลงโทษอย่างหนัก จึงไม่ค่อยมีคนกล้าที่จะทำผิด ดังนั้นเราต้องกวดขันบทพินาศให้กฎหมายให้มีบทลงโทษอย่างหนัก’⁶

ควรกล่าวตรงกันว่า ปัจจุบันกรณีข่มขืนและข่มขืนเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม มีนโยบายว่าหากเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 14 - 18 ปี กระทำความผิดเหมือนผู้ใหญ่ คือวางแผนเตรียมการมาก่อน มีลักษณะถูกฉกฉวยโดยร้ายทางรูป เช่น การข่มขืนหมู่ หรือข่มขืนจนเป็นเหตุให้ผู้ถูกกระทำได้รับอันตรายสาหัส หรือถึงแก่ความตาย เฉพาะข้อหาที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิต สนับสนุนรายงานต่อศาลเยาวชนให้ส่งคดีไปพิจารณาตัดสินในศาลอาญา หรือศาลผู้ใหญ่เพื่อลงโทษให้หนักกว่าเดิม

สังคมควรจัดการปัญหาภัยทางเพศอย่างไรเพื่อให้หมดไปจากสังคมไทย

มีคนจำนวนไม่น้อยที่เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดคดีข่มขืนมาจากผู้ตกเป็นเหยื่อนั้นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแต่งกายสายเดี่ยว เกาะอก นุ่งสั้น หรืออยู่ในสถานที่เปลี่ยวเสี่ยงต่อการถูกข่มขืน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ ‘ผู้หญิง’ ตกเป็นผู้ถูกกระทำทั้งขึ้นทั้งล่อง

ทำให้มีคำถามที่น่าสนใจตามมาว่า ถ้าผู้หญิงแต่งตัวมิดชิด ถ้าเธอไม่เดินในที่เปลี่ยว หรือไม่เที่ยวกลางคืน เธอจะรอดพ้นได้จริงหรือ แล้วเด็กผู้หญิง คนแก่ คนพิการ ที่อาศัยอยู่กับญาติ อยู่บ้านคนเดียว แต่งกายมิดชิด เหตุใดคนกลุ่มนี้ยังถูกกระทำได้

ความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นในรอบปี 2547 นี้ ทำให้กระทรวงศึกษาธิการจัดทำ ‘คู่มือทำอย่างไรไม่ให้ถูกข่มขืน’ แจกให้โรงเรียนต่างๆ ทั่วประเทศ เมื่อเดือนธันวาคม 2547 เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้วิธีป้องกันตัว ซึ่งแจกให้กับนักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป ส่วนเด็กที่ต่ำกว่าชั้น ป.4 มอบหมายให้พ่อแม่ ครู อาจารย์ และผู้ปกครองช่วยกันเอาใจใส่ดูแล

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเรายังไม่มีมาตรการที่จะสร้างความปลอดภัยทางเพศให้กับคนในสังคม ขณะที่สังคมไทยก็ขาดข้อมูลไปทั่วถึงยังขาดการรณรงค์มากมายไม่ว่าจะเป็นวิถีโฮหรือวิถีชีตีโป๊ และเกมข่มขืนในอินเทอร์เน็ต ที่ยังคงแพร่หลายและง่ายที่จะเข้าถึง แนวทางข้างต้นของกระทรวงศึกษาธิการเป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยป้องกันปัญหา แต่ในการแก้ปัญหานี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเกิดความร่วมมือจากหลากหลายฝ่ายดังนี้

สังคม ยุติ ความรุนแรง ต่อ ผู้หญิงได้ ร่วมมือร่วมใจ สร้างความปลอดภัย ให้ ผู้หญิง

สารบัญชานโยบายฉบับปี 2547
คณะกรรมการร่วมระดับชาติว่าด้วยความรุนแรงต่อผู้หญิง

1. ต้องมีระบบการปลูกฝังทั้งทางตรงและทางอ้อมให้เด็กชายเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีของเพศหญิง ที่สำคัญคือทุกภาคส่วนต้องร่วมรณรงค์เปลี่ยนมายาคติของสังคมที่ยังคงยึดถือว่าผู้หญิงมีหน้าที่เป็นผู้ตอบสนองอารมณ์เพศของผู้ชาย ขณะที่ความต้องการทางเพศของผู้ชายต้องได้รับการตอบสนองเสมอ

2. ภาครัฐควรเน้นหนักการรณรงค์ให้ผู้ใหญ่โดยเฉพาะผู้เป็นบุคคลสาธารณะ ผู้ที่ได้รับ ความคาดหวังว่าต้องมีความอดกลั้นเรื่องเพศ เช่น ครู พระ และผู้มีหน้าที่ปกป้องและคุ้มครองความปลอดภัยต่อประชาชน เช่น เจ้าหน้าที่รัฐ ต้องเป็นต้นแบบที่ดีให้กับเด็กในเรื่องเพศ หากทำผิดต้องได้รับการลงโทษทางวินัยทันที ก่อนดำเนินคดีอาญาต่อไป

3. สื่อต้องไม่นำเสนอประเด็นข่าวหรือภาพยนตร์และละครที่ก่อให้เกิดการจินตนาการและเลียนแบบได้

4. ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมคือ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน วัด ร่วมสร้างเขตปลอดข่มขืน รณรงค์และปราบปรามการแพร่ระบาดของสื่อลามกทุกประเภท

5. แก๊วโซลีนอยล์หรือรถจักรยานยนต์และจุดอ่อนของการปฏิบัติงานในกระบวนการยุติธรรม ที่ทำให้ผู้เสียหายไม่ได้รับความคุ้มครองจนถึงที่สุด หรือยิ่งถูกซ้ำเติมและประสบเคราะห์กรรมมากขึ้นจากกระบวนการทางกฎหมาย

6. ชุมชน โรงเรียน องค์การเอกชน และองค์การบริหารส่วนตำบล จัดงบประมาณ และจัดตั้งหน่วยงานแก้ปัญหาการข่มขืนหรือข่มขืนของวัยรุ่น โดยการส่งเสริมกิจกรรมในทางที่สร้างสรรค์ปัญญา เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา กิจกรรมช่วยเหลือสังคม เทียวธรรมชาติ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต หรือองค์การเอกชนมีส่วนร่วมในการช่วยกันบำบัดเยาวชนที่กระทำผิดในคดีทางเพศ เพื่อให้อยู่สังคมโดยไม่ประพฤติดีก



5. น้ำตาลเนนมและขนมเด็ก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย



ด้วยรสชาติหวานอร่อยทำให้
ขนมเป็นที่โปรดปราน และอยู่คู่กับเด็กไทย
ทุกยุคทุกสมัย ความต้องการของผู้บริโภค
ตัวเล็กๆ ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อระบบการผลิตขนม
จากเดิมที่เคยอยู่ในระดับครัวเรือนและส่งขายในตลาด
ท้องถิ่นก็เติบโตขึ้นเป็นอุตสาหกรรมขนมสำหรับเด็ก
ที่มีการแข่งขันสูงและส่งขายทั่วประเทศ

“

ใครเลยจะคิดว่า ยอดรวมการใช้เงินของเด็กและเยาวชนในปัจจุบัน
ที่หมดไปกับ ‘ขนมถุง’ หรือ ‘ขนมขบเคี้ยว’ ที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย
จะสูงถึงกว่าแสนล้านบาทต่อปี

กลุ่มผู้ผลิตเข้าใจดีว่าแม้กลุ่มผู้บริโภคของเราจะยังไม่มีความได้
แต่ถ้าวางแผนการตลาดดี กำหนดรูปแบบลักษณะให้ชวนกิน ใช้กลยุทธ์
ด้านราคา การโฆษณา และการแจกแถมของเล่นล่อใจ สนับสนุนด้วย
การวางขายแบบหว่านทั่วเพื่อให้เด็กหาซื้อได้ง่ายทุกที่ทุกเวลาแม้
กระทั่งร้านค้าในโรงเรียน เงินจะค่อยๆ ไหลจากกระเป๋าของพ่อแม่ผ่าน
ผู้บริโภควัยเด็ก และกลายเป็นผลกำไรของพวกเขาในที่สุด

ข้อมูลภาพกว้างจากการสังเกตระดับชาติ เด็กไทยวัย 5 - 24 ปี
ประมาณ 21 ล้านคน มีเงินไปโรงเรียนปีละ 354,911 ล้านบาท ใช้จ่ายเรื่องขนมขบเคี้ยวทั้งปี
รวม 161,580 ล้านบาท นั่นคือเท่ากับ 15.7% ของเงินงบประมาณแผ่นดินปี 2547 หรือ
มากกว่างบประมาณประจำปีของ 6 กระทรวงคือ กระทรวงกลาโหม กระทรวงการต่างประเทศ
กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ที่รวมกัน
ได้เพียง 158,000 ล้านบาทเท่านั้น

ถ้ามองลงไปในระดับใต้หลังคาบ้าน ประมาณสองในสามของจำนวนครัวเรือนในสังคม
ไทยทั้งหมด 16,470,000 ครัวเรือนมีหนี้สินรุงรัง โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนอยู่ที่
13,736 บาท แต่จ่ายค่าขนมให้ลูกเฉลี่ยคนละ 9,810 บาทต่อปี หรือประมาณ 800 บาทต่อ
เดือนต่อคน ในขณะที่ใช้เงินด้านการศึกษาเฉลี่ยคนละ 3,024 บาทต่อปี น้อยกว่าเงินซื้อ
ขนมถึง 3.24 เท่า² เงินจำนวนมากที่หมดไปกับการซื้อขนมนี้เอง คือแม่เหล็กตัวโตที่ดึงดูดให้
ผู้ผลิตหลายรายกระโดดเข้าร่วมแย่งชิงส่วนแบ่งทางการตลาดของขนมเด็ก



เด็กไทยติดหวานมาตั้งแต่เกิด

นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี แห่งสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติกล่าวว่า เด็กไทยติดหวานและเป็นโรคอ้วน
ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ความหวานที่แม่รับประทานเข้าไปทำให้ น้ำคร่ำซึ่งเป็นอาหารของทารกมีรสหวาน เมื่อเกิดมามี
กินและงัดกลไกป้องกันรสหวานอีก³ ซึ่งการทานอาหารรสหวานมากเกินไป จะทำให้เด็กอ้วนและตัดโอกาสที่เด็กจะได้รับ
สารอาหารอื่นๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย⁴

ขณะที่การศึกษาของสถาบันคิดค้นนวัตกรรมเพื่อการพัฒนา (มายา) พบว่า ผู้ปกครองจำนวนมากไม่เห็น
อันตรายของการให้ลูกหลานบริโภคของหวาน ไม่ว่าจะเป็นขนมหรือเครื่องดื่ม เนื่องจากคุ้นชินจากการรับสื่อ
โฆษณาและพาไปเข้าใจว่า การบริโภคขนมขบเคี้ยวสามารถบรรเทาความหิวหรือรองท้องให้เด็กได้ในเวลาเร่งรีบ⁵
โดยที่พฤติกรรมติดหวานของผู้ปกครองเองเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ⁶ กล่าวได้ว่าพ่อแม่เด็กหรือผู้ใหญ่เองเป็น
ผู้ส่งเสริมให้เด็กติดรสหวานโดยไม่รู้ตัว

เมื่ออาการ ‘ติดหวาน’ มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก ส่วนหนึ่งมาจากการปลูกฝังโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง
การลดพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลจึงจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่เด็กเช่นกัน เครือข่ายรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวานได้เผยแพร่
ข้อมูลผลกระทบจากการบริโภคน้ำตาลต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน อาจทำให้เกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย เบาหวาน หรือโรคภัยอื่นๆ⁷ และพยายามสร้างทัศนคติใหม่แก่ผู้ปกครอง
เพื่อให้เด็กหันมาตระหนักว่า ‘ติดหวาน’ สอดปัญหาสุขภาพของเด็ก ผลการศึกษาหลายชิ้นของนักโภชนาการและแพทย์
ชี้ตรงกันว่า อาการ ‘ติดหวาน’ ของเด็กไทยอยู่ในอันดับแก้ไข ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
กินหวานของคนไทยอย่างจริงจังตลอดปี 2547⁸



โรคอ้วนและน้ำตาล...ปัญหาใหญ่ของเด็กยุคนี้

องค์การอนามัยโลกประกาศให้ 'โรคอ้วน' เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก จากสถิติประชากรทั่วโลกในปี 2546 ประมาณ 6,300 ล้านคน พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน 1,000 ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นเด็กถึง 22 ล้านคน ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และสิงคโปร์ ได้ประกาศสงครามกับโรคอ้วน เพราะเห็นพ้องกันว่าเด็กที่มี 'โภชนาการเกิน' หรือ 'เกินจนอ้วน' จะเกิดปัญหาด้านสติปัญญา¹² ผลการวิจัยของสิงคโปร์ พบว่าเด็กที่สอบได้เกรดต่ำมักเป็นเด็กที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ที่มาตรฐานกำหนด¹³

แต่ในบ้านเรา รัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจนที่จะจัดการปัญหาเด็กอ้วนจนเกิดโรคเรื้อรังก่อนวัยอันควร แม้จะมีผลวิจัยจากเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานระบุว่า ปัจจุบันประมาณ 20% ของเด็กอายุประมาณ 10 ปีในกรุงเทพฯ เป็นโรคอ้วน เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะชอบอาหารกินด่วนที่เรียกว่า 'ฟาสต์ฟู้ด' น่าสังเกตว่า ปัจจุบันเด็กไทยกำลังตกอยู่ภายใต้กับดักของการโฆษณาอาหาร 'ฟาสต์ฟู้ด' รุงไรให้เด็กคิดอาหารรสหวานเกินจากอาหารประเภทนี้เพิ่มขึ้น พ่อแม่เด็กเองก็ไม่มีเวลาที่จะให้ความสนใจเด็กเท่าที่ควร ทำให้เด็กต้องเผชิญกับปัญหาโรคอ้วน และมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่อายุน้อย¹⁴

นายแพทย์ จิตติวัฒน์ สุประสงค์สินธ์ นักวิจัยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เล่าว่าพ่อแม่ที่เชื่อว่า 'นม' ดีต่อสุขภาพและบังคับให้เด็กดื่มนม เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เด็กไทยเป็นโรคอ้วน เพราะนมเหล่านั้นมีส่วนผสมของน้ำตาล คณะทำงานด้านสุขภาพเด็กจึงเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเป็นกฎกระทรวง ห้ามเติมน้ำตาลลงในนมผงคัดกรองสำหรับเลี้ยงเด็กทารก และนมผงคัดกรองสูตรต่อเนื่อง โดยเฉพาะสำหรับเด็ก 6 เดือนขึ้นไป ไม่ควรมีน้ำผึ้งหรือน้ำตาลในนมและอาหารเด็ก¹⁵ โดยผลจากโครงการวิจัยโรคอ้วนในเด็ก มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) พบว่าการเลี้ยงดูทารกด้วยนมผสมทำให้เด็กมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่ถึง 20% เนื่องจากทารกคิดรสหวานของน้ำตาลที่ผสมในนม¹⁶

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอกรอบข้อริหรือนโยบายนี้ โดยออกประกาศห้ามเติมน้ำตาลนมผงคัดกรอง เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2547 และจะมีผลบังคับใช้หลังพระราชกฤษฎีกาในอีก 90 วัน ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จะทำหน้าที่เฝ้าระวังให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศปฏิบัติตามแนวเดียวกัน¹⁷

อะไรที่มากกว่า...คุณค่าหรืออันตราย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ทำให้ชนชั้นไม่ได้เป็นเพียงของว่างหลังจากรับประทานอาหาร แต่กลับถูกยกสถานะขึ้นแทนอาหารมื้อหลักบางมื้อ การศึกษาของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าเด็กไทยได้รับพลังงานร้อยละ 23 หรือประมาณ 1 ใน 4 จากการบริโภคขนม ซึ่งสูงกว่าค่าที่เหมาะสมของการรับสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน เด็กที่บริโภคขนมมากเกินไปเสี่ยงต่ออาหารมื้อหลักอาจเป็นโรคขาดสารอาหารและโรคอ้วน เพราะขนมเหล่านี้เต็มไปด้วย แป้ง น้ำตาล น้ำมัน ผงชูรส และเกลือ แต่มีสารอาหารซึ่งจำเป็นต่อการเติบโตและพัฒนาสติปัญญาของเด็กอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก¹⁸

เกลือซึ่งประกอบด้วยโซเดียมและคลอไรด์เป็นส่วนเล็กๆ ในขณะชนชั้นวัยที่ไม่อาจมองข้าม โดยปกติร่างกายต้องการโซเดียมประมาณ 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ชนชั้นวัยนี้นานานาชนิดมีปริมาณโซเดียมระหว่าง 22.44 - 1,175.50 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม นั่นหมายความว่าหากกินขนมเฉลี่ยวันละ 2 มื้อก็อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้¹⁹

นอกจากนี้ 'คาเฟอีน' ซึ่งคนส่วนใหญ่เข้าใจว่ามีอยู่ในเครื่องดื่มจำพวกชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มรสกาแฟเท่านั้น ก็กำลังระบาดเข้ามาเป็นส่วนผสมของลูกอมเด็กโดยไม่มีการควบคุมปริมาณ อย่างที่เครื่องดื่มเหล่านั้นถูกควบคุมปริมาณคาเฟอีน²⁰ ปัจจุบันความนิยมในการบริโภคน้ำอัดลมและลูกอมผสมคาเฟอีนของเด็กเพิ่มขึ้นมาก หากร่างกายมีคาเฟอีนสะสมต่อเนื่อง ก็จะมีผลเสียต่อพัฒนาการด้านร่างกายและสมองของเด็ก



โฆษณา

โฆษณาจากสื่อต่างๆ มีส่วนกระตุ้นให้เกิดเกิดความต้องการบริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโฆษณาทางโทรทัศน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายด้วยน้อยได้รวดเร็วและกว้างขวาง มีเด็กจำนวนมากที่ใช้เวลาอยู่หน้าจอโทรทัศน์นานหลายชั่วโมงในแต่ละวัน การชมสื่อบนภาพยั่วน้ำลาย หรืออาการอยากได้ของแฉกของแฉมที่มาพร้อมชมจึงเกิดขึ้นกับเด็กอย่างเลี่ยงไม่ได้ และอาจกล่าวได้ว่า อิทธิพลของครอบครัวและโฆษณาทำให้เด็กจำนวนมากตกอยู่ในภาวะบริโภคน้ำตาลเกินเกิน¹⁸

นางสาว พูนทาส สมานิกุลนิสา กรุงเทพฯ ประธานคณะอนุกรรมการและติดตามการคุ้มครองผู้บริโภค ได้ยกตัวอย่างอิทธิพลของสื่อที่มีต่อการเลือกบริโภคของเด็กว่า “โทรทัศน์ช่องหนึ่งตอนเช้าเสาร์อาทิตย์ ตั้งแต่เจ็ดโมงเช้าถึงสิบโมงครึ่งเป็นรายการการ์ตูนที่มีโฆษณาชม 69 ชนิดและมีความถี่ถึง 112 ครั้ง เราไม่มีคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงวิทยุและกิจการโทรทัศน์แห่งชาติ ทำหน้าที่จำกัดและควบคุมสื่อโฆษณา ในขณะที่ต่างประเทศ เช่น สวีเดน ห้ามโฆษณาอาหารเด็กต่ำกว่า 12 ปีทางโทรทัศน์” เป็นต้น¹⁹

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ให้ข้อคิดเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว เพื่อป้องกันการครอบงำจากลัทธิบริโภคนิยมจากสื่อรูปได้ว่า²⁰

การให้เวลากับลูกหน้าโทรทัศน์ แล้วชวนกันวิเคราะห์เมื่อเด็ก ฉลาดแล้วจะมีเครื่องกลั่นกรองเป็นของตัวเอง โดยธรรมชาติของ เด็กฉลาดอยู่แล้ว...แต่เด็กถูกทำให้โง่...เพราะผู้ใหญ่ทำ โทรทัศน์ทำ วิทยุทำ...วิธีการแก้คือ ให้เด็กดูผ่านการบวนการกลั่นกรองทางปัญญา ถ้าไม่วิเคราะห์วิจารณ์...ดูไปเรื่อย...พ่อแม่ให้ทีวีน้องเด็ก ให้ทีวีน้องลูก...ลูกก็เสร็จ ทีวีก็กินลูกเข้าไป...ก็ยิ่งทำให้ลูกโง่ ผลของโฆษณาทำให้ เห็นตัวเลขหลายล้านที่หมดไปกับค่าชม...เด็กเป็นของมีค่าของ แม่คนหนึ่งที่รัฐบาลต้องดูว่า อะไรเป็นพิษภัยต่อเด็กแล้วต้องจัดการ

ทำอย่างไรให้อาหารเด็กไทยอ่อนรสหวาน

1. ในมิติเกี่ยวกับการแสดงฉลากของอาหารพร้อมปรุงและอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปัจจุบันอยู่ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 175 พ.ศ. 2539²¹ ซึ่งที่รัฐควรทำต่อเนื่องในมิตินี้คือ การออกมาตรการให้ผู้ผลิตอาหารทำฉลากเตือนในการบริโภคขมหรือเครื่องดื่มให้อยู่ในปริมาณที่ปลอดภัย โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ ต้องสร้างมาตรการควบคุมข้อความที่ระบุในฉลากกำกับคุณประโยชน์และสารอาหารขึ้นล้าที่ร่างกายควรได้รับและมีโฆษณาชนิดนั้นๆ ควรมีข้อกำหนดว่าต้องระบุข้อมูลส่วนประกอบของอาหารหรือเครื่องดื่มบนบรรจุภัณฑ์อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย²²

2. ในมิติด้านโฆษณา รัฐต้องสร้างมาตรการจำกัดการโฆษณาให้มีความเหมาะสมและมีจิตสำนึก และไม่กระตุ้นความต้องการในบริโภคจนเกินพอดีซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค

3. ในมิติการรณรงค์ต่อสาธารณะ ต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่พ่อแม่ผู้ปกครองและคนในสังคม ให้ตระหนักถึงภัยของการบริโภคอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์แต่กลับก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย และเห็นความสำคัญของสุขภาพเด็กอย่างจริงจัง

ทั้งนี้ องค์การภาคีต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องร่วมมือประสานการทำงานกันอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กไทยรอดพ้นจากภาวะ ‘ลืมหวาน’ หรือ ‘อ้วนและโง่’





6. จากเป้าน้อยถึงกวาวเครือ... ฤาสมุนไพรรไทยจะตกอยู่ใน อุ้งมือต่างชาติ ?

ทุกวันนี้การแข่งขันแย่งชิงทรัพยากรชีวภาพ ขยายไปทั่วโลก ประเทศไทยในฐานะ 1 ใน 20 ประเทศของโลกที่ได้ชื่อว่าเป็น 'ประเทศมหาอำนาจด้านความหลากหลายทางชีวภาพ' จึงเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ได้รับความสนใจจากนักวิจัยและบริษัทข้ามชาติที่จะเข้ามา ศึกษาคัดคว้าผลประโยชน์จาก ทรัพยากร ชีวภาพในบ้านเรา

จุดเริ่มต้นของกระแสอนุรักษ์สมุนไพรรไทยครั้งใหญ่เกิดขึ้นในปี 2547 หลังจากองค์การความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาไทยหรือไบโไทย (BioThai) ออกมาเปิดเผยว่า พันธุ์พืชไทยหลากหลายชนิดถูกต่างชาติแย่งชิงสิทธิบัตรแล้ว เริ่มด้วยข้าวหอมมะลิ เป้าน้อย กวาวเครือขาว และมะละกอจีเอ็มโอ ทำให้เกิดกระแสต่อต้านการจดสิทธิบัตรสมุนไพรรไทย โดยบริษัทข้ามชาติ เพราะนั่นเสมือนหมายความว่าสมุนไพรรไทยและความรู้ในการใช้สมุนไพรรของชาวบ้าน ซึ่งควรเป็นกรรมสิทธิ์ของชุมชน กลับกลายเป็นทรัพย์สินส่วนตัวของบริษัทเอกชน หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

“

พฤษภาคม 2547 คนไทยเพิ่งรับรู้ ว่า ‘กวาวเครือขาว’ สมุนไพรพื้นบ้านสำคัญของไทย ซึ่งรู้จักแพร่หลายกันในแวดวงแพทย์แผนไทย อีกทั้งยังพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสริมความงามมานานหลายสิบปีในประเทศไทย ถูกบริษัทเครื่องสำอางชั้นนำของญี่ปุ่นชื่อโคสและชิราโคริเนสจำกัด นำไปจดสิทธิบัตรที่สหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี 2545 คุณสมบัติของสารสกัดจากกวาวเครือที่ระบุไว้ในสิทธิบัตรคือ เป็นผลิตภัณฑ์ใช้ภายนอกเพื่อช่วยรักษาผิวพรรณไม่ให้แก่เร็ว การจดสิทธิบัตรนี้ครอบคลุมกว้างขวางถึง 20 รายการ เป็นต้นว่า ตัวสารที่สกัดได้จากกวาวเครือ กรรมวิธีการสกัด รวมถึงการนำสารสกัดไปใช้เป็นส่วนประกอบของสารที่มีคุณสมบัติในการดูแลผิวอื่นๆ’

สิทธิบัตรสมุนไพรไม่ใช่เรื่องใหม่ที่น่าสนใจคือสิทธิบัตรแบบใด ขัดขวางการพัฒนาต่อยอดความรู้อีก

เรื่องการจดสิทธิบัตรสมุนไพรไทยเคยเกิดขึ้นประมาณ 20 ปีมาแล้ว ที่โด่งดังคือการจดสมุนไพร ‘เปิ้ล้าน้อย’ ของไทย ซึ่งมีฤทธิ์สมานแผลในกระเพาะอาหาร แพร่พันธุ์ตามธรรมชาติในป่าหลายแห่งแถบจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี และกาญจนบุรี ถูกบริษัทซึ่งเกี่ยวข้องกับญี่ปุ่นโดยความร่วมมือของนักวิชาการไทย นำกระบวนการสกัดสารที่ได้จากเปิ้ล้าน้อยในเมืองไทยไปจดทะเบียนสิทธิบัตรยา ชื่อ ‘เพลานโทด’ (Plamnotod) มีชื่อทางการค้าว่า ‘เคลเน็กซ์’ (Kelnox) เพื่อใช้เป็นยารักษาแผลในกระเพาะและลำไส้ สนนราคาของยานี้ที่ขายในญี่ปุ่นตกมีดละ 30 บาท แต่บริษัทแม่ไม่ยินยอมขายในประเทศไทย’ ทั้งนี้ บริษัทซึ่งเกี่ยวข้องได้มาตั้งโรงงานที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทำการสกัดสารจากเปิ้ล้าน้อยส่งไปขายทั่วโลก’

ตัวอย่างของ กวาวเครือขาว และ เปิ้ล้าน้อย จึงแสดงให้เห็นว่า วงการสมุนไพรไทยอาจสูญเสียสิทธิประโยชน์และผลประโยชน์ที่ติดตามมาของระบบสิทธิบัตรที่จลในต่างประเทศ มีการคาดการณ์ว่ายังมีสมุนไพรไทยหลายชนิดที่พัฒนาจนเป็นที่ยอมรับ และตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกบริษัทต่างชาตินำไปจดสิทธิบัตร เช่น ฟ้าทะลายโจร ชุมเห็ดเทศ หม่อน กระเจียนแดง ลิ้นจี่ แอปเปิ้ล ขมิ้นชัน โพล กวาวเครือแดง กระชายดำ บัวบก และพริกไทย’

อย่างไรก็ตาม นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้อธิบายเหตุผลเรื่องการจดสิทธิบัตรกวาวเครือว่ามีจดในต่างประเทศอย่างน้อย 16 ฉบับ คือเริ่มมีการขอจดตั้งแต่ปี 2498 และได้รับสิทธิบัตรในปี 2500 เท่าที่ตรวจสอบพบว่า สิทธิบัตรกวาวเครือของญี่ปุ่นและเกาหลีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เพราะส่งผลต่อการพัฒนาสมุนไพรไทยในบ้านเราและในประเทศอื่นๆอย่างแตกต่างกัน กล่าวคือ’

สิทธิบัตรญี่ปุ่นมุ่งใช้เฉพาะภายนอกสำหรับผิวหนังและมีวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง แต่สิทธิบัตรของเกาหลี นอกจากจดในประเทศตนเองแล้ว ยังนำไปจดในประเทศต่างๆที่ครอบคลุมตลาดสำคัญๆ ในโลก และมีลักษณะครอบจักรวาล คือใช้ทั้งส่วนหัว ราก ใบ และต้น กรรมวิธีก็ใช้ทั้งความร้อน ความเย็น และการทำให้แห้งในระบบสุญญากาศ ผลิตภัณฑ์ที่ระบุก็มีผลิตภัณฑ์ในรูปเครื่องดื่ม อาหารและยา บรรจุภัณฑ์ก็มีทั้งเป็นเม็ด แคปซูล ในรูปทั้งผงและขวด หรือกล่อง ซึ่งทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบอย่างมากต่อผู้ผลิตรายอื่นๆ ทั้งหมด เพราะไม่มีช่องทางเหลือให้พัฒนาต่อยอดได้อีก

ข้อมูลเหล่านี้ก็นำมาสู่การถกเถียงเรื่องการจดสิทธิบัตรสมุนไพรไทยโดยบริษัทข้ามชาติตลอดปี 2547 ว่าอาจนำไปสู่การยึดครองผลประโยชน์มหาศาลของสังคมไทย จนเกิดความเห็นแยกออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่คัดค้านการจดสิทธิบัตร และกลุ่มที่เห็นว่า การจดสิทธิบัตรไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาอย่างที่กังวลกัน

”





“

สมุนไพรไทยต้องเป็นของไทย

ข้อได้แก่หลักของกลุ่มที่คัดค้านการจดสิทธิบัตร คือการคุ้มครองสมุนไพรไทยของประเทศไทยย่อมทรงสิทธิเหนือทรัพยากรชีวภาพของตนเอง การจดสิทธิบัตรของบริษัทข้ามชาติ จึงเป็นการละเมิดหรือคดโกงของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งมีประเทศต่างๆ ทั่วโลกมากกว่า 100 ประเทศได้ให้สัตยาบันเอาไว้

นอกจากนี้ ยังเป็นการละเมิดพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 ซึ่งถือว่าสมุนไพรอย่างกวาวเครือเป็นพันธุ์พืชป่า หรือพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปในกรณีที่มีการนำมาปลูกในแปลงเกษตรกร จึงอาจเป็นไปได้ว่าสิทธิบัตรและข้อถือสิทธิอันนี้อาจขาดองค์ประกอบเรื่องความใหม่ตามกฎหมายสิทธิบัตรของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ

ในกรณีพันธุ์พืชธรรมชาติที่ถูกคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัตินี้ หากจะมีการนำพันธุ์พืชคุ้มครองออกนอกประเทศ หรือนำไปวิจัยหรือใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจการค้า จะต้องได้รับการอนุญาตและต้องทำสัญญาแบ่งปันประโยชน์กับคณะกรรมการคุ้มครองพันธุ์พืช สิทธิบัตรดังกล่าวอาจจะผิดกฎหมายไทยด้วย เพราะคุณสมบัติในการดูแลพิทักษ์กรรมนั้นเป็นความรู้ที่แพร่หลายในหมู่ชนอยาพื้นบ้านของไทยมาช้านาน⁷



กลุ่มคัดค้านการจดสิทธิบัตรรู้สึกผิดหวังต่อท่าทีเบื้องต้นของกรมทรัพย์สินทางปัญญา และการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อการนิยามกวาวเครือขาว ที่มองว่าเป็นสิทธิของบริษัทข้ามชาติที่จะจดสิทธิบัตรได้ ข้อเสนอของกลุ่มนี้คือ ทุกหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับพันธุ์พืชของไทย ควรเร่งหาทางแก้ไขปัญหานี้ เนื่องจากการจดสิทธิบัตรกวาวเครือจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและพัฒนา รวมถึงการส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรกวาวเครือขาวของไทยไปจำหน่ายในตลาดต่างประเทศอีกด้วย⁸



จดสิทธิบัตรได้ ไม่มีปัญหา

กลุ่มที่เห็นด้วยกับการจดสิทธิบัตรมีความเห็นว่า กฎหมายสิทธิบัตรระหว่างประเทศจะให้ความคุ้มครองเฉพาะสิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้นขึ้นใหม่ที่ยังไม่เคยมีใครเป็นเจ้าของ และไม่ใช่ว่าสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติ แต่การแปรเป็นพืชที่มีอยู่ตามธรรมชาติ จึงไม่ถือว่าเป็นการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาของไทย¹⁹

ดังนั้นการจะคัดค้าน พืชหรือหรือเพิกถอนสิทธิบัตร กรณีการแปรข้าว ผู้คัดค้านจะต้องเป็นผู้ผลิตเครื่องสำอางชนิดเดียวกันโดยมีการแปรข้าวเป็นส่วนประกอบ และพิสูจน์ให้ได้ว่า ได้คิดค้นขึ้นก่อนบริษัทญี่ปุ่นจดสิทธิบัตร โดยต้องไปฟ้องร้องที่ศาลในประเทศญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกา พร้อมแสดงหลักฐานให้ศาลเห็นว่าสิ่งประดิษฐ์ดังกล่าวไม่ใช่ของใหม่ เพราะคนไทยได้ประดิษฐ์คิดค้นมาก่อน จึงจะฟ้องร้องให้สหรัฐและญี่ปุ่นเพิกถอนสิทธิบัตรได้ เพราะถือว่าละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาของไทย²¹

อีกเหตุผลหนึ่งก็คือ พืชธรรมชาติอย่างการแปรข้าว ยังอยู่ในประเทศอื่นๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย การจดสิทธิบัตรการแปรข้าวของญี่ปุ่นครั้งนี้ ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนที่จะบอกว่า เป็นการแปรข้าวของไทย นอกจากมีการนำสมุนไพรไทยไปจดสิทธิบัตรในต่างประเทศ น่าจะเป็นผลดีที่พืชพรรณของไทยถูกนำไปวิจัยพัฒนาต่อยอดทำให้คนทั่วโลกรู้จักการแปรข้าว และหลังจากที่สิทธิบัตรมีอายุครบ 20 ปี ก็สามารถนำมาผลิตกันทั่วไปได้ อย่างเช่นกรณีเป็ดน้ำอ้อย เป็นต้น

ทัศนคติไม่คัดค้านการจดสิทธิบัตรนี้ สอดคล้องกับความเห็นของนายคณิสสร นาวานุเคราะห์ อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาที่ยืนยันว่า จะไม่มีผลกระทบต่อการค้นคว้าและการวิจัยของไทย ไม่ว่าใครที่ยังค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับการแปรข้าวได้ รวมถึงยังผลิตและขายสินค้าที่มีส่วนประกอบจากการแปรข้าวได้ ยกเว้นว่าสินค้านั้นๆ จะซ้ำกับสินค้าที่มีส่วนประกอบของการแปรข้าวที่จดสิทธิบัตรไปก่อนหน้านี้แล้ว²²



ทิศทางการคุ้มครองสมุนไพรไทยในอนาคต

แนวคิดในการคุ้มครองสมุนไพรและพืชพันธุ์ธรรมชาติในประเทศไทย เป็นทิศทางที่กลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการจดสิทธิบัตรต่างก็เห็นสอดคล้องกันว่า รัฐไทยต้องวางท่าทีที่ชัดเจนในเรื่องนี้ นั่นคือควรปรับแก้กฎหมายที่มีอยู่ ให้สามารถควบคุมการเคลื่อนย้ายทรัพยากรธรรมชาติของไทยให้ได้จริง และต้องเร่งรัดการออกกฎหมายรอง เช่น กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสถานการณ์จริงในปัจจุบัน

ควรย้ำด้วยว่า การคุ้มครองพันธุ์พืชที่ขึ้นในประเทศไทย ไม่เพียงแต่ควรจะได้รับการคุ้มครองด้านทรัพยากรชีวภาพ ยังต้องคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาของกรรมวิธีสกัดสารสำคัญด้วยน้ำและแอลกอฮอล์ที่ใช้กันมาแต่โบราณด้วย คนไทยควรมีสติใช้สมุนไพรไทยทั้งในรูปแบบแบบโบราณ โดยรัฐเป็นผู้จดสิทธิบัตรแทนทั่วโลกและมีหน่วยงานสนับสนุนรวมทั้งเงินทุนในการไปจดทะเบียนพันธุ์พืช สารสำคัญต่างๆ และกรรมวิธีในการสกัดสารสำคัญที่นักวิทยาศาสตร์ไทยทำได้แล้ว เพราะค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียนลิขสิทธิ์และสิทธิบัตรในต่างประเทศจะสูงมาก ลำพังเอกชนคงไม่สามารถกระทำได้²³

ด้วยความเชื่อที่ว่าสังคมไทย ควรก้าวไปด้วยปัญญาและความรู้มากกว่าความเห็น กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เสนอสองทิศทางในการพัฒนาสมุนไพรไทย ดังนี้²⁴

1. สนับสนุนให้เกิดการวิจัยสมุนไพรไทยอย่างครบวงจร เพื่อพัฒนาให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ อย่างของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และเพื่อให้สามารถนำไปจดสิทธิบัตรได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เป็นตลาดสำคัญ ซึ่งจะเป็นการสร้างฐานความรู้ที่ถูกต้อง และรากฐานที่แข็งแกร่งต่อการควบคุมและพัฒนาสมุนไพรอย่างถูกต้อง ถูกที่และถูกทิศทาง คือครอบคลุมทั้งด้านการเกษตร วิทยาศาสตร์ และกฎหมาย โดยสิ่งใดควรควบคุม สิ่งใดควรสนับสนุนก็สนับสนุน

2. ต้องเร่งรัดพัฒนาการปลูก การพัฒนาสายพันธุ์ การบันทึกรอยพิมพ์พันธุกรรม การเก็บเกี่ยว การแปรรูป การผลิต และการตลาดสมุนไพรให้เป็นระบบ

”



7. ลือป๊ๆ กับเรื่องเช็กส์ของวัยรุ่น

- คำว่า ‘ป๊’ ในมุมมองของคนไทยโดยทั่วไปมักนึกถึง ‘สื่อลามกอนาจาร’ ที่นำเสนอเพื่อต้องการกระตุ้น ปลุกปั่นให้เกิดความตื่นตัว หรือความเร่าร้อน ทางเพศ’ ซึ่งดูเหมือนจะขัดต่อศีลธรรม แต่ในมุมมองของผู้ที่สร้าง หรือสนับสนุน กลับมีความคิดเห็นอย่างตรงข้าม บ้างมองว่า เป็นเรื่องของศิลปะ และบ้างก็ว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคล

“

ขณะที่ปี 2547 เป็นปีที่ข่าวและคดีภัยทางเพศในสังคมไทยพุ่งขึ้นสูงอย่างน่าตกใจ (ดังเสนอในสถานการณ์เด่นลำดับที่ 4) ในปีเดียวกันนี้เอง ก็เกิดกรณีสื่อโป๊หลากหลายรูปแบบ ถูกนำเสนอต่อสาธารณะทั้งในแง่ความเป็นห่วงต่อสถานการณ์ เช่น เรื่องโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือรับส่งรูปโป๊ได้ เพลงที่มีเนื้อหาโป๊ การดูโป๊ และเว็บไซต์โป๊ และในแง่ความแพร่หลายเข้าถึงได้ง่ายๆ ของสื่อโป๊ยุคค์เคลื่อนคือ หนังสือปกขาว บุคสมัยใหม่หน้อยก็คือ วิกิโอดีโป๊ และหนังสือแน่อโป๊ โดยยังไม่มีการรวมการตีพิมพ์รูปโป๊เปลือยในนิตยสารและหนังสือพิมพ์รายวันที่ทำเป็นประจำกันอยู่แล้ว

ทั้งหมดนี้ ล้วนทำให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าถึงเรื่องราวโป๊ๆ จนกลายเป็นความเคยชิน แต่ผลกระทบที่ขยายวงกว้างมาตลอดปี 2547 คงปฏิเสธได้ยากว่า พฤติกรรมเลียนแบบที่กลายมาเป็นอาชญากรรมทางเพศนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงจากการขาดการควบคุมสื่อลามกอนาจารต่างๆ และเป็นที่น่าทึ่งใจมากยิ่งขึ้นเมื่อพบว่าผู้ตกอยู่ในอิทธิพลสื่อโป๊รุนแรง ก็คือเด็กๆ ที่ยังขาดวิจารณญาณ จนกลายเป็นทั้งผู้ต้องหาและผู้ถูกกระทำในเวลาเดียวกัน

น่าสนใจว่า สื่อต่างๆ ที่นำเสนอเรื่องราวที่เป็นโป๊ในทางโป๊เปลือย มักปฏิเสธว่าตนไม่มีส่วนในการทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบในวัยรุ่นและเยาวชน โดยอ้างว่าเด็กวัยรุ่นสมัยนี้คิดเองเป็น วู้อะไรถูก อะไรผิด แต่สิ่งที่แน่นอนของสังคมบริโภคนิยมก็คือรายได้ มหาศาลจากธุรกิจมักอยู่เหนือกฎเกณฑ์แห่งความถูกต้อง-ผิดเสมอ

ภาพยนตร์โป๊ เปลี่ยน เติบโตระหว่างศิลปินกับอนาจาร

โดยเนื้อหานั้น ภาพยนตร์ควรมีจุดขายอยู่ที่การแสดงสมรรถภาพของนักแสดง หรือบทประพันธ์ แต่ปัจจุบันจุดขายส่วนหนึ่งกลับอยู่ที่ความโป๊เปลือยของตัวแสดง หรือการแสดงฉากรักที่เร้าร้อน การนำเสนอหรือหยิบยกเรื่องราวตลกประชันเชิงเชิงการมาแสดงในที่สาธารณะซ้ำแล้วซ้ำเล่า ยิ่งกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นของคน และสามารถทำให้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทุกเพศทุกวัยจำนวนมากยอมเสียเงินเพื่อสนองตอบสิ่งเร้าเหล่านี้

ปัจจุบันมีการลงทุนทำหนังผ่านในรูปวิธีคิดที่เหล่าคาราชายหญิงใจกล้า และนายทุนที่ขาดสำนึกเห็นช่องทางว่ารวยจากธุรกิจโชว์เรื่อนร่าง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อสังคม หนังผ่านลามกกลายเป็นปัญหาสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือข่มขืน โดยผู้ต้องหาส่วนใหญ่ล้วนอ้างว่าเกิดอารมณ์คั่งจากการดูหนังโป๊



ภาพโป๊...ของร้อนต้องใจหลายวงการ

โฆษณาในนิตยสารที่สร้างความฮือฮาไปทั่ว คงไม่พ้นโฆษณาบัตรเครดิตธนาคารแห่งหนึ่งที่บ้านกั้นนางแบบสาวกับแผ่นหนังลูกครึ่งถ่ายภาพเปลือยเปล่าไว้ฝาปกปิดมีเพียงบัตรเครดิตใบจิ๋วปิดของสงวน จนเกิดประเด็นร้อน "บัตรเครดิตดาว คืออะไรหรือนาจาร" นิตยสารสำหรับผู้ชาย เช่น นิตยสารรยอนต์หลายเล่ม ก็มีภาพผู้หญิงเปลือยเปล่าโพสท่าชั่วนาน และยังมีภาพโฆษณาในเชิงคำประเวณีร่วมด้วย ไม่เว้นแม้แต่หนังสือพิมพ์รายวันก็ต้องนำคาราวาโชว์ความเซ็กซี่ ขึ้นปกหนังสือพิมพ์ในวันสุดสัปดาห์ หรือหนังสือพิมพ์กีฬาบางฉบับที่มีโฆษณาเรื่องเพศและการค้าประเวณีแอบแฝง

และสิ่งที่กำลังเป็นภัยเงียบต่อเยาวชนไทยอย่างยิ่ง คือหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่น ที่มักมีเรื่องราวเกี่ยวกับความรักโรแมนติก และที่มากไปกว่านั้น ก็คือในบางครั้งเนื้อเรื่องและภาพประกอบก็เกี่ยวข้องกับ การร่วมประเวณีด้วย

โป๊ - X - เซกซ์ - เปลือย...

เทคโนโลยีล้ำหน้าแต่จิตใจยังคงอยุ่หลัง

แม้เทคโนโลยีสมัยใหม่สร้างความสะดวกสบายให้กับมนุษย์ แต่มีคนจำนวนไม่น้อยที่นำมาใช้ในทางที่ผิด

● **เซ็กซี่ผ่านเน็ต** จากการสำรวจเว็บไซต์โป๊ที่เป็นเว็บไซต์หลัก 10 แห่งของประเทศไทย พบว่าจะนำไปสู่เว็บไซต์โป๊ประมาณ 1,000 เว็บไซต์ที่มีผู้เล่นอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าไปดูภาพโป๊เปลือย การร่วมเพศ และส่งภาพโป๊ของตัวเองหรือผู้อื่นในลักษณะแอบถ่ายให้ผู้ที่ยินยอมชมชอบเข้าไปดูตลอดเวลา รวมทั้งสามารถสั่งซื้อหนังสือผ่านโป๊ และอุปกรณ์เครื่องเล่นประกอบการเล่นเซกซ์ นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมชุดชุดสกดถูกนำมาเป็นเครื่องมือเชิญชวน หรือขายบริการทางเพศ หรือเพื่อสร้างความพึงพอใจให้ทั้งสองฝ่าย

● **เซ็กซี่ผ่านมือถือ** ผู้ใช้สามารถถ่ายรูปโป๊เปลือยของตนเองเก็บไว้ดูได้ทุกขณะ หรือดาวน์โหลดภาพโป๊ หรือคำพูดที่ส่งไปในทางลามกจากผู้ประกอบการที่ไร้สำนึกในราคาหลายบาท

● **เซ็กซี่ไว้มุม** เทคโนโลยีสื่อสารที่เชื่อมต่อคอมพิวเตอร์ และอินเทอร์เน็ตเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถดูชุดชุดกับเห็นภาพอีริยาบต่าง ๆ ถูกนำมาใช้เพื่อถ่ายทอดการเปลื้องผ้าโชว์เรื่อนร่าง สำเร็จความใคร่ ให้อีกฝ่ายหนึ่งดูด้วยความสนใจ หรือเก็บคำพูดโดยไลน์ผ่านบัญชีธนาคาร รวมทั้งยังสามารถดูภาพเคลื่อนไหวผ่านบริการของโทรศัพท์เคลื่อนที่ได้ด้วย เรียกว่า เซ็กซี่เอ็มเอ็มเอส (Sex Multi-Media Service)



ภาพจากนิตยสาร Image 111 ฉบับ 2 สิงหาคม 2547

“

‘วิกฤตเพศ’ ในงานวิจัย

งานวิจัยหลายชิ้น เปิดเผยถึงความคิดแปลกประหลาดของเช็กส์ในวัยรุ่นไทย จนสื่อตั้งฉายาตีตรา วัยรุ่นแบบรายวันไม่ซ้ำกัน อาทิ ‘เด็กไทยใจแตก’ ‘ชอบเม็กกิ้ง’ ‘พิศเช็กส์’ ‘นิยมเช็กส์เอื้ออาทร’ เป็นต้น บางสื่อถึงกับระบุไว้ว่า วันวาเลนไทน์ วันลอยกระทง เป็นวันเสียตัวแห่งชาติ ซึ่งเป็นการตอกย้ำปัญหาวัยรุ่นมากกว่าหาทางร่วมมือแก้ไข

มีนักวิชาการและนักพัฒนาด้านเด็กหลายท่านที่มีความคิดต่างออกไปถึงเช่น ทิชา ณ นคร นักพัฒนาเด็กในสถานศึกษาและคุ้มครองเด็กและเยาวชนบ้านกาญจนาภิเษก ได้เขียนถึงภัยทางสื่อหรือธรรมชาติของนักวิชาการที่ทำงานด้านเด็กว่า การทำวิจัยถึงปัญหาเด็ก และนำเอาปัญหา มาพูดถึงบ่อยครั้ง ทำให้สังคมและตัวเด็กเองรู้สึกว่าเขาแปลกแยกมากๆ และนี่ไม่ใช่คำเขาแบบนั้น เป็นคำที่เหยียดหยามซ้ำเติมทำให้เด็กไม่กล้าจะบอกเล่าใจที่จะสร้างสังคมที่ดีขึ้น

“น่าสังเกตใหม่ว่า ทุกครั้งที่พูดถึงปัญหา นักวิชาการเหล่านี้ไม่เคยเสนอทางออกและทางแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม การพูดถึงปัญหาใดๆ ก็พูดได้ จะพูดบ่อยแค่ไหนก็พูดได้ แม้ว่าสิ่งที่สังคมจะเป็นอย่างไรก็ตาม แต่ตามทฤษฎีแล้วมันได้ประโยชน์อะไร นอกจากช่วยกันตอกย้ำว่ามันแล้วร้ายและมันจะมีคนเล่าร้ายยิ่งขึ้นไปอีก หากไม่ช่วยกันแก้ปัญหาและนำสิ่งดีๆ มาพูดกันบ้าง เด็กๆ จะได้มีกำลังใจ”

นายวัลลภ คังคะนามูร์กีห์ ประธานคณะกรรมการสิทธิการเด็กการสหประชาชาติ และผู้สูงอายุนุติสภา กล่าวถึงข้อมูลที่ว่าเด็กไทยครึ่งถึงเป็นอันดับหนึ่งของโลกว่า ข้อมูลนี้ถือว่าทำลายสังคมไทยอย่างรุนแรง ทำให้ชาวโลกมองว่าเด็กไทยต่ำต้อยและเรียกร้องให้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว

ผู้ที่เกี่ยวข้องจากกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษกกรมสุขภาพจิตให้ข้อสังเกตที่น่าขบคิดว่า ปัจจุบันปัญหา ‘เด็กพิศเช็กส์’ ยังไม่พบข้อมูลในเชิงตัวเลขที่ชัดเจน อีกทั้งปัญหานี้ยังไม่ได้เป็นไปในลักษณะรุนแรงแต่การเสนอข่าวทำให้มองว่ารุนแรง

“เป็นเรื่องที่ดีที่เรามีความต้องการทางเพศ แสดงว่าเขาพัฒนาถูกทาง เป็นภาวะปกติ แต่ที่สำคัญคือจะทำอย่างไรให้เรามีเช็กส์ในวัยอันควร เรียนรู้ถูกต้องและเตรียมตัวให้พร้อมเรียบร้อยเสียก่อน ผมคิดว่าที่ปัญหานี้เพิ่มมากขึ้นก็เพราะสภาพสังคมตอนนี้ เป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ จึงเปิดโอกาสให้เด็กเป็นอิสระ อยู่ตามหอพัก ไปอู้อู้ออตา และก็จะขาดความยับยั้งชั่งใจ”

ขณะที่ นายแพทย์ ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบายสาเหตุของปัญหาวัยรุ่นว่า วิกฤตวัยรุ่นส่วนหนึ่งมาจาก ‘สื่อ’ ที่ทำให้ การรับรู้ของวัยรุ่นกว้างไกลขึ้น แต่ ‘เช็กส์’ เรื่องเดียว ก็นำเสนอในแบบพิสดาร ซัดชวากับเกดเมือง หาสื่อ่าย สะท้อนให้เห็นว่าโอกาสในการเข้าถึงสื่อลามกของวัยรุ่นสมัยนี้ทำได้ง่ายขึ้น

“ผมคิดว่าส่วนหนึ่งมาจากระบบครอบครัว พ่อแม่คนไทยอายุ ไม่ค่อยสอนลูกในเรื่องของเพศศึกษา เด็กเลยต้องไปเรียนรู้จากเพื่อน ขณะที่ประเทศในยุโรปหรืออเมริกามีสื่อที่นำเสนอเรื่องเช็กส์ แต่เขากลับกันเด็กออกไปจากสื่อเหล่านี้ได้ ซึ่งก็นำไปศึกษาวิธีการเหมือนกันว่า เขาทำอย่างไร...ถึงวันนี้ ไม่ความมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องเสียหาย จนเด็กต้องไปแอบทำ แต่ควรมีวิธีการสอน เพราะแม้แต่เด็กอนุบาลเดี๋ยวนี้ก็รู้มือนึงเข้าห้องน้ำแล้วเพราะต้องการเลียนแบบผู้ใหญ่”





สังคมไทยควรสร้างภูมิคุ้มกันกับ มากกว่าดอกย่ำถึงปัทมา

เมื่อมวลชนมักจะถูกสังคมเรียกร้องให้รับผิดชอบต่อปัญหาที่
ว่าควรต้องเปลี่ยนมุมมอง และความคิดใหม่ในการนำเสนอสิ่งที่เป็น
คุณค่าต่อสังคมหรือช่วยจรรโลงสังคม และผลิตสื่อที่ไม่ละเมิดจรรยา
บรรณของวิชาชีพ โดยไม่คอกย้ำสิ่งที่เป็นการขู่ขู่ให้เด็กและเยาวชน
หลงผิดหรือเกิดพฤติกรรมเลียนแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม

แต่สิ่งที่เราควรก้าวไปกว่านี้ในเชิงมาตรการบูรณาการ มากกว่า
การตั้งคำถามกับสื่อยังมีอีกหลายแนวทาง ประการแรกคงต้องเรียก
โรงให้ภาครัฐจับตัวนักปัญหาได้อย่างจริงจังและเร่งด่วนกว่านี้ โดยเฉพาะ
ในประเด็นเกี่ยวกับกฎหมายและการบังคับใช้ ความจริงแล้วภาครัฐ
ตระหนักถึงความไม่พร้อมของกฎหมายเก่าในการใช้แก้ปัญหาที่
เพราะเป็นเสมือน 'ลาบที่เป็นสนิม' จึงได้มีความพยายามออกร่าง
กฎหมายใหม่ขึ้นมาหลายฉบับ

ไม่ว่าจะเป็น การแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติมาตรการ
ป้องกันและปราบปรามการทำให้แพร่หลาย การผลิตและการทำ
วัสดุลามก และร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมาย
อาญา มาตรา 287, 287 ทวิ และ มาตรา 287 ทริ หรือร่างพระราช
บัญญัติอาชญากรรมทางคอมพิวเตอร์ แต่กระบวนการทำงานนี้ดู
เฉื่อยฉาน และไม่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างแท้จริงที่ ประเทศไทย
จึงยังคงอยู่ในสภาวะของ 'การรอคอย' เครื่องไม้เครื่องมือที่อาจเป็น
ลาบศักดิ์สิทธิ์ไว้จัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

น่าจะมีเวลาแล้ว ที่จะมีการกำหนดประเภทของสื่อแต่ละชนิดให้
เหมาะสมกับอายุผู้เสพสื่อ เช่น การกำหนดให้เด็กห้ามเสพภาพยนต์แบบโหด
บ้างโดยเด็ดขาด หรือเสพได้แต่ต้องมีพ่อแม่ผู้ร่วมอยู่ด้วย เป็นต้น

ประการสำคัญที่สุด น่าจะอยู่ที่การสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กปลอดภัย
จากสิ่งชั่วร้ายและมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายความว่า
ไม่ให้ปิดหู ปิดตา และปิดปากเด็กและเยาวชนไม่ให้รู้เรื่องเพศ และเสพ
สื่อทางเพศเลย เพราะการเข้าใจถึงความหมายของ 'สื่อทางเพศ'

อย่างถูกต้องทั้งนี้ น่าจะคือจุดเริ่มต้นในการสร้างภูมิคุ้มกันให้ทั้งตัวเด็กเอง
นี่แหละจึงจริงมีอยู่ว่าสื่อทางเพศ ไม่ได้มีแค่สื่อลามกอนาจาร
เพราะสื่อทางเพศ หมายถึงการสื่อสารให้เข้าใจเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็น
ภาพ อักษร หรือเสียง สื่อทางเพศจึงมีทั้งคนที่เป็นบวก สร้างเสริม
ปฏาการคุ้มกัน และคนที่เป็นลบเร่งเร้าให้เสพชีกสื่ออย่างไร้วุฒิภาวะ
และอาจทำร้ายผู้อื่น สิ่งที่มีคนไทยควรกังวลไม่ก็คือ ร่วมกันสร้าง
สรรค์สื่อทางเพศที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศที่ถูก
ต้องให้กับสังคม



8. ความรุนแรงในวัยรุ่น อันธพาลหรือคึกคะนอง พิตพลังหรือตั้งใจ?

“

ไม่ว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากวัยรุ่นจะด้วย ‘ตั้งใจ’
หรือ ‘พริ้งพลาด’ ไปก็ตาม สังคมไทยไม่ควรปล่อย
ให้วัยรุ่นโตคนเดียว เราทุกคนควรมีสำนึกใหม่ว่า
อย่ารักเพียงลูกตน ต้องช่วยดูแลลูกคนอื่นด้วย
เรื่องอย่างนี้ ผู้ใหญ่ที่เคยผ่านประสบการณ์วัยรุ่น
ต้องช่วยกันพิจารณาอย่างลึกซึ้ง เพื่อคลี่คลาย
ปัญหาที่เกิดขึ้น

ปี 2547 เป็นอีกปีหนึ่งที่สะท้อนสถานการณ์การใช้ความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่สูงขึ้น
จนน่าตกใจ เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร รายงานของกองบัญชาการตำรวจนครบาลระบุว่า
ระหว่างเดือนตุลาคม 2546 - สิงหาคม 2547 มีเหตุการณ์วัยรุ่นตีกันมากกว่า 3,000 ครั้ง!!
หลากหลายเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยกลุ่มวัยรุ่น นำมาซึ่งคำถามต่อสังคมไทยในปัจจุบัน
ว่าเกิดอะไรขึ้นกับเยาวชนที่เป็นอนาคตสำคัญของชาติเหล่านี้ และอะไรเป็นแรงผลักดันที่ได้
เด็กวัยรุ่นก่อความรุนแรง ‘พิตพลัง’ หรือว่า ‘ตั้งใจ’

”



รูปแบบของความรุนแรงในวัยรุ่น ณ ปี 2547

วัยรุ่นรวมกลุ่มกันเพื่อเป็นเสมือนพลังผลักดันสู่ความสำเร็จ หากสิ่งนี้กระทำเป็นอย่างสร้างสรรค์ แต่อาจเป็นผลร้ายต่อสุขภาพของสังคมหากวัยรุ่นขาดการยับยั้งชั่งใจ ดังรูปแบบการก่ออาชญากรรมของกลุ่มวัยรุ่นที่รวบรวมได้ในปี 2547 สะท้อนให้เห็นถึงความอ่อนแอและตกต่ำอย่างรุนแรงทั้งสถาบันครอบครัวและสังคมไทย (ในที่นี้ไม่ได้รวมเรื่องอาชญากรรมทางเพศไว้ เพราะกล่าวแล้วในสถานการณ์เด่นลำดับที่ 4)

● **วัยรุ่นปล้นทรัพย์** เมื่อต้องการเงินไปเที่ยว โดยเหี้ยมโหดที่ไม่มีทางสู้และมาคนเดียว ใจรวีรุ่นใช้รถจักรยานยนต์หรือมอเตอร์ไซด์กระเวนล่าเหยื่อตามร้านค้า ดังเช่นเหตุร้ายที่เกิดขึ้นในตอนค่ำของวันที่ 5 มกราคม 2547 ใจรวีรุ่น 3 คน ปล้นชิงทรัพย์นักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2 รายซ้อนในเวลาไล่เลี่ยกันที่ปทุมธานี โดยเหยื่อถูกตีที่ท้ายทอยจนสลบ ส่วนอีกรายถูกฟันด้วยอาวุธมีดที่สีข้างด้านซ้าย ซีมือขวาและที่ริมฝีปากจนต้องเย็บถึง 50 เข็ม¹

โทรศัพท์มือถือนับเป็นทรัพย์สินที่เปราะบางที่ใจรวีรุ่นมักจับจองเพราะปล้นง่ายขายง่าย ตัวอย่างเช่น กรณีเด็กชายวัย 15 ปีที่จังหวัดอยุธยา ขณะกำลังซื้อจักรยานยนต์กลับบ้านถูกวัยรุ่น 4 คน ใช้รถจักรยานยนต์ 2 คันเป็นพาหนะตามจับจนรถล้มแล้วใช้มีดฟันจนนิ้วเกือบขาด แล้วดันเอาโทรศัพท์มือถือไป วันถัดมาตำรวจก็สามารถจับกุมคนร้ายได้ สิ่งที่น่ากังวล คือใจรวีรุ่นได้สารภาพว่าเลียนแบบมาจากภาพยนตร์แนวอาชญากรรม²

ยังมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญเพราะเมื่ออยู่ในวัดก็ไม่สามารถรับรองถึงความปลอดภัยได้ ดังกรณีเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2547 ใจรวีรุ่นวัย 17 ปี ขณะที่กำลังพยายามเข้าไปโจรกรรมทรัพย์สินภายในวัด บังเอิญแม่ชีเดินผ่านมาเห็นแล้วร้องตะโกน จึงใช้มีดโยนไปที่พกดัดตัวกระแทกฟันที่ศีรษะ ใบหน้า และแขนหลายครั้งหวังนำปิตุภาคี แพทย์ต้องเย็บถึง 205 เข็ม³

● **วัยรุ่นกวนเมือง** นอกจากการทะเลาะวิวาทที่มีให้เห็นเป็นประจำแล้ว ยังทำลายทรัพย์สินของทางราชการ ไม่ว่าจะเป็นตู้โทรศัพท์สาธารณะ ปล่อยสัญญาณจราจร ขูดรถชาวบ้านที่จอดทิ้งไว้ในเวลากลางคืน ซึ่งเป็นการกระทำที่ปราศจากความเกรงกลัวกฎหมายและเจ้าหน้าที่ตำรวจ ดังเช่นที่จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเดือนมกราคม วัยรุ่นแก๊งจักรยานยนต์เผาบ้านตำรวจมณฑลเสนาธิการเชียงใหม่-ลำพูนภายในช่วงเวลาเดียวกันถึง 4 แห่ง โดยไม่ทราบสาเหตุของการกระทำ⁴

หรือกรณีที่ต้องสงสัยหรือติดกับการเสียชีวิตของ 'นุญเบอรี่ นิกจิก' สาวตลก่วงแฉะหลังถูกปาด้วยก้อนหินเข้ากลางสีกหน้าทำให้กะโหลกศีรษะแตกสาหัสของวัยรุ่น 17 ปี ระบุว่าทำไปด้วยอารมณ์โมโหและไม่ตั้งใจเพราะรถตู้ที่ผู้ตายโดยสารมาเปิดไฟสูงไล่ส่วนก้อนหินที่กลายเป็นอาวุธนั้น คนพวกไว้เพื่อปาสุนัขที่รบกวนไล่เท่าเท่านั้น⁵

วัยรุ่นนักชิง ก่อความรำคาญจากเสียงท่อไอเสียที่ถูกปรับแต่งเพื่อแผดเสียงให้ดังสะใจบวกเข้ากับการขับซิ่งที่โหดโหมหรือจนจะท้าทายกับความตาย โดยไม่คำนึงถึงเพื่อน หรือแฟนสาวที่ซ้อนท้าย หรือแม้แต่ชีวิตตนเอง จึงเป็นการกระหมัดของตำรวจที่ทำการปราบปรามแก๊งซิ่งมอเตอร์ไซด์ มีตำรวจหลายรายบาดเจ็บจากการโดนวัยรุ่นซิ่งมอเตอร์ไซด์เฉี่ยวชน และประชาชนที่ร่วมสวดสังเวยถูกวัยรุ่นพาพรรคพวกย้อนกลับมาทุบทำลายได้รับบาดเจ็บก็มี

นอกจากนี้ยังมีการก่อความวุ่นวายและทำลายทรัพย์สินสาธารณะ ดังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2547 ตำรวจกว่า 50 นาย จากสถานีตำรวจนครบาลพญาไท ตั้งด่านจับกุมแก๊งรถจักรยานยนต์กวนเมืองที่ซิ่งเป็นกลุ่ม เกิดการต่อต้านโดยวัยรุ่นรวมกลุ่มกันใช้รถจักรยานยนต์ไปทุบทำลายป้ายเตือนควบคุมสัญญาณไฟจราจรในเขตพื้นที่พญาไทจนได้รับความเสียหาย⁶



“

สำรวจใจวัยรุ่น...ทำไมต้องใช้ความรุนแรง

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงในวัยรุ่นเรื่อง การสำรวจความเชื่อในการใช้ความรุนแรงแก้ปัญหาของนักเรียนชาย กรณีศึกษา: นักเรียนชายระดับมัธยมปลายและสายอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี 2546 พบว่าปัจจัยด้านสื่อที่มีอิทธิพลต่อการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่น ดังนี้

ตารางที่ 1 ประเภทของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่น

ลำดับที่	ประเภทของสื่อ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ร้อยละ
1	ภาพยนตร์	57.9
2	การฟังเพลงและสนับสนุนจากเพื่อน	56.3
3	ข่าวความรุนแรงที่กลั่นแกล้งในสื่อต่างๆ	43.8
4	เกมส์ต่อสู้ / เกมส์คอมพิวเตอร์	32.4
5	อินเตอร์เน็ต	30.8
6	รายการทีวี	27.2
7	อื่นๆ อาทิ หนังสือนิยาย / การ์ตูน เป็นต้น	23.4

ที่มา: สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ www.abao-kac.poli.th.org

● **วัยรุ่นทะเลาะวิวาท** เรามักได้รับรู้ข่าววัยรุ่นชายออกมาขโมยจักรยานอยู่เป็นประจำอย่างไม่เกรงกลัวกฎหมาย และพบบ่อยครั้งที่มีการทำร้ายกันด้วยอาวุธปืน และประชาชนถูกลูกหลงได้รับบาดเจ็บจนเสียชีวิต ดังเหตุการณ์วัยรุ่นสาวชิงเงินบนรถเมล์จนทำให้โปรแกรมเมอร์หนุ่มอนาคตไกล วัย 27 ปี พนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ถูกยิงที่ข้อมือซ้าย ทะลุข้อมือขวา และเสียชีวิตในเวลาต่อมาท่ามกลางความเสียใจของครอบครัว ที่เศร้าเสียใจไม่แพ้กันก็คือกรณีของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 สถาบันเทคโนโลยีช่างกลปทุมวันถูกแทงบนรถเมล์และพลัดตกจากรถเสียชีวิตบริเวณป้ายรถโดยสารประจำทางโดยคู่กรณีต่างสถาบัน

● **วัยรุ่นทะเลาะวิวาท** มีให้เห็นหลายคดีนับตั้งแต่รับจ้างฆ่าด้วยเงินไม่กี่บาท ฆ่าเพื่อล้างแค้น ฆ่าเพื่อหวังทรัพย์ชิ้นเงินทอง ตลอดจนฆ่าเพื่อปิดปากหลังจากขโมยเงิน แต่ที่น่าสลดและประหลาดใจเห็นจะเป็นกรณี เด็กชายวัย 15 ปี ฆ่าเหยื่อสาวอย่างโหดเหี้ยม เพียงเกิดอารมณ์โกรธและต้องการเงิน และหลังจากก่อคดีก็กลับเข้าบ้านราวกับไม่มีอะไรเกิดขึ้น เมื่อถูกจับกุมก็รับสารภาพ อีกทั้งยังบอกด้วยว่า ‘เหยื่อ’ มีจิตใจเมตตาปรานี เคยเอื้อเฟื้อให้ขโมยเงินเป็นประจำ¹¹?



อีกหนึ่งงานวิจัยซึ่งแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยกำลังเผชิญกับภาวะที่น่าตกใจคือ ผลวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ชื่อว่า นักเรียนติดกันมีเฉพาะ ‘เด็กไทยชาติเดียว!’¹² และการตีกันเป็นรูปแบบหนึ่งของการต่อต้านสังคมของกลุ่มเยาวชน ชื่อค้นพบจากงานวิจัยนี้ระบุว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาวัยรุ่นแยกพวกติดกันจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อมีการแข่งขันกีฬา แต่ปัจจุบันสาเหตุการติดกันเกิดจากการเที่ยวเตร่หาความสำราญ เช่น การชมคอนเสิร์ต งานตามโรงเรียนและห้างสรรพสินค้า จากการสำรวจพบว่า การแยกพวกติดกันในที่สาธารณะ คิดเป็น 78 % ส่วนงานกีฬาซึ่งเคยเป็นชนวนให้เกิดการวิวาทเพียง 16 % เท่านั้น

จากผลการศึกษาทั้งของไทยและต่างประเทศชี้ชัดว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือที่พบเห็นในชุมชนทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับความรุนแรง ซึ่งส่งผลให้กลายเป็นผู้ก่อความรุนแรงได้ในท้ายที่สุด นั่นคือ การซึมซับวัฒนธรรมความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นจากในบ้าน ในชุมชน ในกลุ่มเพื่อน หรือสื่อต่างๆ โดยเฉพาะภาพยนตร์และโทรทัศน์ หรือจากสังคมวงกว้างที่นิยมใช้ความรุนแรงแก้ไขปัญหา ทั้งหมดนี้คือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการก่อความรุนแรงสืบเนื่องต่อไป¹³

ดังตัวอย่างชื่อค้นพบจากวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกเรื่อง ‘เด็กช่าง’ ที่ชี้ชัดถึงผลของวัฒนธรรมการใช้ความรุนแรงในเยาวชนกลุ่มนี้ว่า ‘ความเป็นเด็กช่าง’ คือ การปฏิเสธกฎเกณฑ์กติกาในระดับสังคมที่ใหญ่กว่า การยอมรับความแค้นเป็นวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์สำคัญ เพราะเด็กช่างมักมีข้อขัดแย้งระหว่างสถาบัน การใช้ความรุนแรงเพื่อช่วงชิงการนำ และรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของสถาบันจึงเป็นเรื่องปกติ¹²





การดึงพลังแห่งการทำลายให้กลายเป็นพลังแห่งการสร้างสรรค์ ถือเป็นเรื่องท้าทายทั้งสถาบันครอบครัวและสถาบันการศึกษาหรือ อาจเรียกได้ว่าทุกภาคส่วนของสังคม ทว่าอย่างไรที่สังคมทุกภาคส่วน จะเข้ามาร่วมมือกันแก้ปัญหาทั้งที่ต้นเหตุและปลายทาง และร่วมกัน สร้างภูมิคุ้มกันให้วัยรุ่นให้พ้นจากพฤติกรรมแห่งความรุนแรงได้

เริ่มต้นจากรัฐ ที่ควรกำหนดนโยบายด้านเด็กเป็นวาระแห่งชาติที่มี เป้าหมายตรงกัน มีมาตรการให้เด็กทำกิจกรรมและทำงานในระหว่าง เวียนรู้ ระบบหลักสูตรการศึกษาต้องยืดหยุ่นเชื่อมโยงให้มีความสำคัญ กับงานชิ้นพื้นฐานที่จำเป็นในการแก้ปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่น ได้แก่

การสร้างระบบข้อมูลอย่างถูกต้องเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ และ ปัญหาของเด็กและเยาวชนทุกจังหวัดครอบคลุมทั่วประเทศ ต้องส่งเสริมรายการโทรทัศน์ วิทยุ สื่อมวลชน ที่มีรายการเพื่อเด็กเยาวชน ครอบครัวและการศึกษาในช่วงหัวค่ำอย่างเพียงพอและมีคุณภาพและ สร้างสังคมที่ปลอดภัยให้กับเด็กจากสิ่งแวดล้อมที่อันตรายและรุนแรง เช่น ความรุนแรงทางประเพณีลามกอนาจาร จิตโชนมึงร้านอินเตอร์เน็ตคาเฟ่ เกมที่ใช้ความรุนแรง เช่น เกมยิงต่อสู้ที่โหด และอื่นๆ”¹³

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในวัยรุ่นก็คือ สื่อต่างๆ รัฐต้องตรวจสอบกลั่นกรองสื่อต่างๆ ที่จะกระตุ้นให้เกิดความรุนแรง โดยเฉพาะสื่อภาพยนตร์ที่เป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการเลียนแบบ เรื่องความรุนแรง ควรต้องมีการจัดประเภทภาพยนตร์ อันยังไม่ได้ เด็กเล็กได้ชมภาพยนตร์ที่รุนแรง เพราะอาจจะส่งผลถึงจิตใจเขาจด จำเอามาใช้เมื่อโตเป็นวัยรุ่น และส่งเสริมให้มีการพัฒนาสื่ออื่นให้ลด ความรุนแรงหรือช่วยทำให้เกิดสุนทริตรสนกกรื่น โดยเฉพาะสื่อเพลง เพราะการฟังเพลงเป็นวิธีการสำคัญที่วัยรุ่นชายเลือกใช้เมื่อเขาเกิด ปัญหากดดันคับข้องใจขึ้นมา”¹⁴

ถัดมาคือ สถาบันครอบครัว มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการ การอบรมขัดเกลาบุตรหลาน แต่ด้วยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่ทุกคนต้องดิ้นรนทำงาน จึงมีเวลาไม่มากพอที่จะรับทราบรับฟัง ปัญหาลูกๆ เวลาช่วงเย็นและกลางคืนควรเป็นเวลาสำคัญต่อครอบครัว ในระหว่างการรับประทานอาหารร่วมกันหรือดูโทรทัศน์ร่วมกัน แต่กลับเกิดขึ้นน้อย หรือบางครอบครัวไม่เคยเกิดขึ้นเลย สภาพที่วุ่นนี้ เกิดกับครอบครัวทั้งที่ยากจนและร่ำรวย

ดังนั้นหน่วยงานควรเปิดโอกาสให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ สามารถ นำลูกหลานมาอยู่ใกล้ชิดพ่อแม่หลังเลิกเรียนหรือวันปิดเรียน หรือให้ สิทธิพิเศษแก่เด็กได้ร่วมฝึกงานกับพ่อแม่ในวันปิดภาคเรียน เพื่อให้ได้ เรียนรู้กับแม่และกัน สำหรับเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง องค์การ เอกชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นคือ เข้าไปมีส่วนร่วม รณรงค์ลดความรุนแรง ป่าปิตครอบครัวที่มีปัญหาอันเนื่องมาจาก เศรษฐกิจ การดื่มสุรา ติดยา ทั้งนี้ต้องเกิดจากความสมัครใจ

จากบ้านหากเชื่อมมาที่ สถาบันการศึกษา ภาระสำคัญของ โรงเรียนต่อการแก้ปัญหาวัยรุ่น คือต้องมีบทบาทในการสร้างพลัง ความคิด การฝึกให้เด็กใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ส่งเสริมการหา รายได้หรือการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม สร้างโครงการเพื่อดึงพลัง ในทางสร้างสรรค์ของวัยรุ่นวัยเรียนออกมาและส่งเสริมผลักดันอย่าง ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม”¹⁵

สำหรับเด็กที่มีแนวโน้มกระทำความผิดง่าย ไม่ควรกีดกันเด็กออกจาก สังคม ซึ่งเป็นการผลักให้เด็กกลุ่มดังกล่าวที่มีปัญหาเหมือนกัน ต้องเข้ามาอยู่รวมกัน แต่สถาบันการศึกษาควรร่วมมือกับพ่อแม่ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความรุนแรงของเด็ก พร้อมทั้งสร้าง ความเข้าใจในทางบวกต่อผู้ปกครอง เพื่อเป็นพลังในการช่วยเหลือ เด็กกลุ่มดังกล่าวให้ออกจากวงจรของความรุนแรง ซึ่งส่งผลถึงทั้งต่อ ตัวเด็กเอง ครอบครัว และสังคมโดยรวม

ขณะเดียวกัน ความมีการสร้างและพัฒนา “กลุ่มเพื่อน” ที่มี คุณภาพขึ้นมา เพื่อให้วัยรุ่นมีช่องทางที่จะคบค้าสมาคมกับกลุ่มเพื่อน ที่จะช่วยนำพาชีวิตไปในทางสร้างสรรค์ เนื่องจากเพื่อนเป็นสื่อบุคคล ที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับวัยรุ่น ดังนั้น ควรจะส่งเสริมให้วัยรุ่น ที่มีคุณภาพมีความคิดสร้างสรรค์ได้ทำกิจกรรมที่จะดึงลูกกลุ่มเพื่อน คนอื่นๆ ให้เข้ามาร่วมพัฒนาตนเองให้มากขึ้น

คำถามสุดท้ายคงหนีที่ควรนำมาพิจารณา ก็คือ รัฐ ครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน ได้พยายามมากพอหรือยังในการขจัดวงจร วัฒนธรรมการใช้ความรุนแรงในเด็กวัยรุ่นไทย และร่วมกันสร้างเสริม นำพลังดีอันเกินของวัยรุ่นที่อาจพญในสู่การทำลายล้างนี้ไปใช้อย่าง สร้างสรรค์ เพราะหากทำได้ย่อมช่วยให้ “วัยรุ่น” มองเห็นคุณค่าที่แท้จริงของตัวเอง

ดังตัวอย่างที่กำลังจะเกิดขึ้นในช่วงปิดเทอมเดือนเมษายน 2548 ที่รัฐบาลอนุมัติเงิน 200 ล้านบาทเพื่อสนับสนุนให้นักเรียน นักศึกษาสามารถหารายได้ระหว่างหยุดเรียน เน้นกิจกรรมส่งเสริม องค์ความรู้ในการพัฒนาเยาวชนในสถานศึกษาเป็นสำคัญ เช่น ทนตรี กีฬา หรือคอมพิวเตอร์” คงต้องร่วมกันคิดต่อว่า สำหรับวัยรุ่นนอก สถานการศึกษา หรือที่ทำงานแล้วรัฐและเอกชนจะร่วมมือกันสร้างเสริม และสนับสนุนหลังทางบวกได้อย่างไร

เพราะหากเราสามารถดึงคุณค่าและตัวตนที่สร้างสรรค์ของวัยรุ่น ออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเอง และส่วนรวมได้มากเท่าไรปัญหา ความรุนแรงในวัยรุ่นก็น่าจะลดน้อยถอยลงมากเท่านั้น





9. ขยะอันตราย

ภัยร้ายที่มองไม่เห็น

ปัจจุบันสังคมผลิตขยะพิษชนิดต่างๆ ออกมามากมายไม่ว่าจะเป็น ขยะ ‘อันตราย’ จากสารเคมีที่มีพิษ ขยะ ‘อิเล็กทรอนิกส์’ หรือ ขยะ ‘ติดเชื้อ’ จากโรงพยาบาล ขยะเหล่านี้ย่อยสลายได้ยากมาก และหากกำจัดไม่ถูกวิธีก็จะสร้างปัญหาต่อสุขภาพของคนในชุมชน และสิ่งแวดล้อมในที่สุด

ภาพของปริมาณขยะที่กองดินเมืองกำลังเป็นปัญหาใหญ่ของหลายประเทศ คงไม่ต้องกังวลมากนักหากขยะเหล่านี้สามารถย่อยสลายได้ทั้งหมดโดยไม่สร้างปัญหาถูกใช้ตามมา แต่ในความเป็นจริง นอกจากมีขยะอันตราย และผลิตภัณฑ์ปล่อยจากโรงงานอุตสาหกรรม ของเสียจากภาคเกษตรกรรมไม่ว่าจะเป็นสารเคมี ยากำจัดศัตรูพืช ของเสียจากสถานประกอบการและบ้านเรือน ไม่ว่าจะเป็นหลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่เก่า น้ำมันหล่อลื่น และยางรถยนต์ ยังมีขยะจากสถานพยาบาลที่เปื้อนเลือด หรือของเหลวอื่นจากผู้ป่วยปะปนอยู่ ถ้ากำจัดด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ‘ขยะติดเชื้อ’ เหล่านี้จะสร้างปัญหาต่อสุขภาพของคนในชุมชนและสิ่งแวดล้อม

เช่นเดียวกับเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยอย่างคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือและเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ ที่หมดอายุการใช้งานและกลายเป็น ‘ขยะอิเล็กทรอนิกส์’ ซึ่งนับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นได้จากการพัฒนาอุตสาหกรรม และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างกระชั้นชิด แต่กลับหนีห่างกระบวนการจัดการซากอิเล็กทรอนิกส์ที่เหมาะสมออกไปทุกที ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อและขยะอิเล็กทรอนิกส์ จึงเป็นเรื่องที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ และควรเร่งสร้างความร่วมมือทุกรูปแบบในการกำจัดของเสียอันตรายให้ถูกหลัก ก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาดังแวดล้อมระดับรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในอนาคต

ข้อมูลจากการควบคุมมลพิษทำให้ทราบว่า ในปี พ.ศ. 2546 ขยะอันตรายทั่วประเทศมีปริมาณสูงถึง 1 ล้าน 8 แสนตัน โดยแยกเป็นของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม 1 ล้าน 4 แสนตัน เป็นของเสียอันตรายจากชุมชน 4 แสนตัน รวมขยะมูลฝอยติดเชื้ออีก 22,500 ตัน ouch... ก็คือ คนไทยช่วยกันผลิตขยะอันตรายประมาณวันละ 5 พันตัน พฤติกรรมทิ้งขยะโดยไม่แยกประเภทของเศษส่วนใหญ่ทำให้ขยะอันตรายปะปนกับขยะทั่วไป เมื่อกองรวมกันจะกลายเป็นภูเขาขยะที่มีทั้งเชื้อโรคและสารเคมีอันตรายซ่อนอยู่ การจัดการและกำจัดที่ไม่ถูกต้องเปิดโอกาสให้มันซึมลงดิน ไหลลงแหล่งน้ำ ปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม เข้าสู่ห่วงโซ่อาหาร



มือถือและคอมพิวเตอร์ ใช้เพิ่มขึ้นมาก แต่ซากถูกทำลายน้อยมาก

ประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา โทรศัพท์มือถือได้รับความนิยมสูงสุดคิดในปี 2546 จำนวนโทรศัพท์มือถือที่มีการใช้งานจริงมีสูงถึง 12 ล้านเครื่อง แบ่งเป็นเครื่องทดแทน 3 ล้านเครื่อง และเครื่องใหม่ 9 ล้านเครื่อง เพียงแค่ในระยะเวลา 10 ปี เท่านั้น จากที่เคยมีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือในช่วงต้นเพียง 340,000 เครื่อง⁷ เทคโนโลยีทันสมัยขึ้นสวนทางกับราคาซึ่งลดต่ำลง เป็นสิ่งจูงใจที่กระตุ้นการบริโภคของคนยุคดิจิทัล จังไม่แปลกใจเลยว่า ทำไมความพึงพอใจในการใช้งานโทรศัพท์มือถือจึงมีอายุสั้นลงเหลือเพียง 18 เดือนเท่านั้น⁸

ข้อมูลล่าสุดรายงานว่า ในปี 2547 มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือทุกเครือข่ายทั่วประเทศรวมกันประมาณ 27.2 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 30.5 - 31 ล้านคน ในปี 2548⁹ สอดคล้องกับรายงานของกรมศุลกากรที่ว่า ภายในระยะเวลาเพียง 3 ปี (พ.ศ. 2544 - 2546) มีการนำเข้าโทรศัพท์มือถือมากถึง 24.74 ล้านเครื่อง การเพิ่มขึ้นของคอมพิวเตอร์เองก็ไม่น้อยหน้า ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2548 มีเครื่องคอมพิวเตอร์ทั่วประเทศ 1,531,000 เครื่อง และเพิ่มขึ้นเป็น 1,948,600 เครื่อง ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

บ้านเรายังไม่มีการรายงานถึงจำนวนโทรศัพท์มือถือ และเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ถูกโยนทิ้ง แต่เป็นไปได้ว่าขยะอิเล็กทรอนิกส์กลายเป็นปัญหาที่กำลังจะแผ่กระจายตัวทำร้ายผู้คน และสิ่งแวดล้อมในวงกว้างใกล้นี้ โดยเฉพาะแบบเคสของโทรศัพท์มือถือซึ่งมีการทิ้งประมาณ 1 ล้านก้อนต่อเดือน¹⁰ และส่วนใหญ่ไม่ได้นำไปกำจัดให้ถูกวิธี เพราะการศึกษาพฤติกรรมการกำจัดขยะจากโทรศัพท์มือถือของคนไทยโดยศูนย์วิจัยกสิกร เมื่อปี 2546 พบว่า มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือเพียงร้อยละ 11.1 เท่านั้นที่ส่งคืนให้บริษัทนำไปกำจัด¹¹

ซากแบบเคสหรือจากโทรศัพท์มือถือ ก็เหมือนกับซากแบบเคสรีดยนต์ที่ปีหนึ่งๆ มีมากกว่า 1 ล้านก้อนเช่นกัน ซึ่งต่างก็ปนเปื้อนแคโรยและมีพิษรุนแรง ก่อให้เกิดโรคหอบหืด สมองต่อระบบสืบพันธุ์ สามารถเข้าสู่ร่างกายทางการกิน การหายใจ และการดูดซึมผ่านผิวหนัง หากยังไม่มีการกำจัดที่ถูกวิธี ผลร้ายก็จะตกอยู่กับทุกคนในสังคม



”

ปัญหาขยะพิษจากประเทศพัฒนา ณ ปลายทางประเทศไทย

นอกจากจะปวดหัวกับขยะกำจัดยากของเราเองแล้ว ประเทศไทย
ยังต้องระวังการลักลอบทิ้งขยะพิษจากประเทศพัฒนาแล้วด้วย ดังปี
2546 มีรายงานจากกรมศุลกากร เมื่อตรวจพบว่าประเทศอังกฤษ
ลักลอบส่งขยะอันตราย เครื่องยนต์ แบตเตอรี่เก่า และถุงมือยางใช้แล้ว
รวม 5 ตู้คอนเทนเนอร์ น้ำหนักประมาณ 23 ตัน มาทิ้งที่ท่าเรือ
จังหวัดสมุทรปราการ และมีเรือต่างชาติบรรทุกน้ำมันหล่อลื่นใช้แล้ว
กว่า 7 แสนลิตรเกะกังที่ท่าเรือแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี นี่คือนิยามของ
เดือนว่าประเทศไทยกำลังกลายเป็นพื้นที่รองรับขยะอันตรายจากประเทศ
พัฒนาแล้ว

ตลอดปี 2546 มีบริษัทต่างชาติดักลอบนำขยะอิเล็กทรอนิกส์
กากของเสีย และสารเคมีมาทิ้งในบ้านเราถึง 15 ครั้ง แม้ประเทศไทย
จะเข้าร่วมการเป็นสมาชิกภายใต้อนุสัญญาบาเซล (BASEL) ซึ่งว่าด้วย
การควบคุมเคลื่อนย้ายของเสียอันตรายจากทั้งทวีป พ.ศ. 2535 และมี
กฎหมายที่จะดำเนินการกับผู้กระทำผิดอย่างเด็ดขาดแล้วก็ตาม แต่การปราบปรามของขยะอันตราย โดยไม่รู้ที่มาที่ไปยังคงเกิดขึ้น
อย่างสม่ำเสมอ

ไม่ว่าจะเชื่อว่า มีการตั้งโรงงานอุตสาหกรรมเพียงเพื่อหวังเคลื่อนย้าย
กากของเสียมาทิ้งที่ประเทศเรา หรือคิดหวังรับซื้อขยะอิเล็กทรอนิกส์
มาทิ้งในประเทศ ผู้ประกอบการเหล่านี้จะหาข้ออ้างไว้รองรับเมื่อ
กองขยะพิษเดินทางมาถึงประเทศไทย และได้รับค่าตอบแทนไปแล้ว
ภาระหนักจึงตกกับรัฐบาลไทยในการกำจัดมลพิษความยากง่ายของ
บรรดาประเทศที่ยังตัวเองว่าพัฒนาแล้ว

ภายใต้หน้ากากของนักบุญที่บริจาคหรือขายสินค้าในราคาถูก
มีเป้าหมายที่เลวร้ายซ่อนอยู่ นั่นคือวิธีอันตรายฉาบในการโยนขยะ
อิเล็กทรอนิกส์ทิ้งไปให้ไกลจากบ้านของตนเอง และปล่อยให้ผู้อื่นต้องรับ
เคราะห์จากสารเคมีอันตรายแทน ดังที่เครื่องใช้ไฟฟ้าราคาถูกคุณภาพต่ำ
และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มือสองที่ทะลักเข้ามา เป็นอีกปัจจัยที่เพิ่ม
ปริมาณขยะอันตรายในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย



แผนไล่ล่าขยะอิเล็กทรอนิกส์

การนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) และ
การใช้ซ้ำ (Reuse) เป็นหนทางสำคัญในการ
ลดปริมาณขยะอันตรายที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
การใช้ซ้ำจะทำให้ง่ายและเป็นที่ยอมรับมากกว่า
ดังนั้นจะเห็นได้จากการขอรับบริจาคเครื่องคอม-
พิวเตอร์ใช้แล้วของโรงเรียนในชนบทและ
องค์กรท้องถิ่นหลายแห่ง รวมทั้งร้านขาย
คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือมือสองราคา
ถูกที่มือผู้ทั่วไป

ขณะที่การนำกลับมาใช้ใหม่ของบางชิ้น
ส่วนในขยะอิเล็กทรอนิกส์ ก่อนข้างยุ่งยาก
หรือต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงจากต่างประเทศ
กลยุทธ์นี้จึงไม่สามารถรับมือกับกองทับ
ขยะอิเล็กทรอนิกส์ได้เต็มที่

หนทางสุดท้ายคือ การกำจัด มีความ
ร่วมมือระหว่างกรมส่งเสริมคุณภาพ
สิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ ภาคเอกชน
ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริษัทยักษ์ใหญ่อย่าง
เอสไอเอส ดีแทค โนเกีย และห้างสรรพสินค้า
มาบุญครอง ในการรณรงค์ป้องกันการแพร่
กระจายมลพิษจากแบตเตอรี่มือถือ โดยจัด
โครงการเรียกคืนซากแบตเตอรี่และโทรศัพท์
มือถือ และกำหนดให้ปี 2547 เป็นนิรนามรวม
ซากแบตเตอรี่ระหว่างรัฐกับเอกชน เพื่อนำไป
จัดการอย่างปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม

ล่าสุดกรมควบคุมมลพิษได้จัดทำร่าง
'แผนแม่บทจัดการขยะแห่งชาติเพื่อรองรับ
ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ในอนาคต' เพื่อเสนอ
คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และให้
กระทรวงมหาดไทยพิจารณา โดยมุ่งเน้นความรับผิดชอบของ 3 ภาคส่วน คือ ผู้ผลิต ผู้บริโภค
ผู้นำเข้า ให้ร่วมมือและกันไปในทิศทางที่
สอดคล้องกัน ส่วนองค์กรปกครองท้องถิ่น
ต้องรับผิดชอบการจัดขยะอิเล็กทรอนิกส์
อย่างเป็นระบบ และคาบจุมให้ผู้ผลิตผู้บริโภค
ร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งคาด
ว่าจะมีผลบังคับใช้เร็วๆ นี้





ลึกลอบทำลาย...ใครเดือดร้อน

ความล้มเหลวในการแยกขยะอันตรายยังคงเกิดขึ้น เพราะประชาชนขาดความรู้ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการแยกทิ้งขยะอันตรายตลอด 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543 - 2547) กรุงเทพมหานครสามารถเก็บขยะอันตรายได้เพียง 84 ตัน ต่อวัน เท่านั้นซึ่งคิดออกมาได้เป็นเพียง 0.314 % ของปริมาณขยะอันตรายทั้งหมด ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าจะเก็บขยะอันตรายให้ได้ ประมาณ 20%¹¹

ขณะที่ขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาล ยังคงมีการลักลอบเผาจนกลายเป็นปัญหาดังกล่าว เช่น กรณีที่เกิดขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม 2547 ชาวบ้านอำเภอแม่แตงร้องเรียนว่า มีการแอบเผาขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาลแม่เปินไป จนสังเกตว่าต้นไม้เขียวเฉา ชาวบ้านในพื้นที่ได้รับความเดือดร้อนจากกลิ่นและควัน และเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน¹² ก่อนหน้านั้นชาวภูเรือ จังหวัดเลย ก็ต้องทนกับกลิ่นและควันจากเตาเผาขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลน่านกว่า 4 - 5 ปี จนเมื่อการเวียนหัว จังหวักับโรงพยาบาลเพื่อหาทางแก้ปัญหาและสร้างเตาเผาขยะที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดขยะต่อไป¹³

ทางออกขึ้นรากฐานต้องเริ่มต้นจากผู้บริหารท้องถิ่นร่วมประสานกับภาครัฐ

แต่ไม่ว่าจะเป็นกรณีไหน เมื่อขยะอันตรายสร้างปัญหาต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมขึ้น ผลกระทบจะตกสู่ประชาชนในพื้นที่อยู่ดี การจัดการที่เหมาะสมจึงต้องเริ่มที่ต้นทางของขยะอันตราย นั่นคือผู้บริหารท้องถิ่นทุกคน

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนในการแยกขยะก่อนทิ้งเป็นสิ่งที่ดี จำเป็นที่สุด เมื่อแยกขยะอันตรายออกจากมูลฝอยทั่วไป การนำไปกำจัดก็จะง่ายขึ้น

2. ควรสร้างความตระหนักในการรับผิดชอบขยะอันตรายที่ตนเองเป็นผู้ก่อ เช่น ใครที่เปลี่ยนโทรศัพท์มือถือบ่อยๆ ต้องจำภาษีในการกำจัดขยะมากกว่าคนอื่น เพราะสร้างขยะอันตรายมากกว่าคนอื่น

3. ภาครัฐควรสนับสนุนวิสาหกิจขนาดเล็กนำขยะมาบ้านเรือนมาแปลงสภาพ (Recycle) รวมทั้งจัดศูนย์กลางรับบริจาคเครื่องใช้ไฟฟ้าเก่า คอมพิวเตอร์เก่า เพื่อซ่อมแซมและบริจาคให้กับผู้ขาดแคลน รวมถึงจัดกองทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมเพื่อรักษาสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะให้ถูกสุขลักษณะให้กับโรงเรียนและชุมชน

4. ส่วนขยะติดเชื้อที่มีการลักลอบเผาทำลายในเวลาดกลางคืน โดยบริษัทเอกชนที่รับกำจัดขยะจากโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการทางกฎหมายอย่างจริงจัง อาจจะปรับเงินหรือถึงขั้นถอนใบอนุญาต

...ขยะอันตรายต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกวิธี ไม่เช่นนั้นสิ่งที่ไม่ดีใครต้องการจะวกกลับมาทำร้ายทุกคนอย่างเท่าเทียม...

”



10. เด็กไทย ในกับดักอบายมุข ที่ถูกกฎหมาย เกี่ยวกลางคืน สุบบุตรีและดื่มเหล้า

“

ท่ามกลางปรากฏการณ์สังคมที่มุ่งให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในแง่ตัวเลข และกละเลยการพัฒนาความแข็งแรงของสังคม ทำให้การใช้ชีวิตของเด็กไทยจำนวนมากในทุกวันนี้มีแนวโน้มหลง อยู่ในวังวนของวัฒนธรรมบริโภคที่เน้นการกิน ดื่ม สูบ เกี่ยวกลางคืน บางส่วนติดยาเสพติด และหวังรอยสิดจากการพนัน

ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2547 พบว่า จำนวนเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์มี 3.78 ล้านคน แต่ข้อมูลที่น่าตกใจก็คือ ในระยะเวลา 7 ปี (พ.ศ. 2539 - 2546) จำนวนวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า จากเดิมเพียง 1% กลายเป็น 5.6% ส่วนการสูบบุหรี่ในปี 2547 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 9.6 ล้านคน และสูบไม่ประจำ 1.7 ล้านคน รวมผู้สูบบุหรี่ 11.3 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี 1.26 ล้านคน

เดือนกุมภาพันธ์ 2548 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชรายงานถึงผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของเยาวชนไทยอายุ 15-19 ปี พบว่า 45% ดื่มเหล้าเป็นประจำ โดยส่วนใหญ่ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี และอายุที่เริ่มดื่มน้อยที่สุดคือ 3 ขวบ โดยพ่อแม่ให้ลองดื่มทั้งนี้แรงจูงใจสำคัญที่ดื่มครั้งแรกคือความอยากรลอง โอกาสที่ทำให้ดื่มเหล้ามากที่สุดคือช่วงเทศกาลปีใหม่และที่น่าสนใจคือ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราที่สุดคือ การเข้าถึงแหล่งซื้อหาสุราในชุมชน

ข้อสรุปของการจัดตั้งสภา เด็กไทยในมติวิเทศธรรม' รวม 5 ครั้ง³ จากผลการสำรวจวิจัยหลายสำนัก ได้แก่ มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว โครงการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และแอแบคโฮลด์ ชี้ว่าเด็กไทยในปัจจุบันกำลังใช้ชีวิตและเติบโตขึ้นอย่างไม่สนใจสังคมส่วนรวม และมีแนวโน้มที่จะคิดชอบนายทุนต่างๆ สูง ดังนี้

(1) แยกแยกกับศาสนา คือ 45% ไม่นิยมทำบุญตักบาตร และ 65% ไม่เคยฟังพระเทศน์เลย (2) มองเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ในวัยเรียนว่าเป็นเรื่องปกติ โดยอาชญากรรมของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเด็กไทยคือ 17 ปี ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ 50% ยอมรับว่าอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงาน และ 40% เสพสื่อลามก (3) คิดชีวิตเสเพล คือชอบเดินห้างสรรพสินค้า และ 52 % ชอบซื้อและเปลี่ยนมือถือ (4) บางส่วนคิดการพนัน คือประมาณ 5% พนันบ่อยมากกว่า 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และ (5) อยู่ท่ามกลางวงล้อมของสถานที่เที่ยวโจรสลัด สถานบันเทิง บริการอาชญากรรม และคาราโอเกะ

สถิติและสถานการณ์ข้างต้นนี้ สะท้อนปัญหาที่เด็กไทยในปัจจุบันต้องอยู่ในกับดักของนายทุนที่ถูกกฎหมายคือ การเที่ยวสถานบันเทิง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ส่งผลให้มีเด็กไทยหลายล้านคนถูกดูดเข้าไปในวังวนของการดื่ม เที่ยว และเสเพล โดยมีจำนวนมากถูกดูดกลืนเข้าไปในวังวนเสเพลผิดกฎหมาย ตั้งแต่กัญชา ยาบ้า ยาเสพติด และเฮโรอีน สิ่งเหล่านี้เองก็ผลักดันให้เด็กและผู้ใหญ่และผู้ขายยาบริการทางเพศเพื่อหาเงินในการเที่ยว และจำนวนหนึ่งต้องทำผิดกฎหมายอาญาไม่ว่าจะเป็นการลักทรัพย์ ปล้นจี้ หรือฉกฉวยทรัพย์โดยฉ้อโกง



จากการจัดระเบียบสังคม

กึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

ความพยายามในการจัดระเบียบสังคมตั้งแต่ ปี 2545 เป็นต้นมา จากการลงพื้นที่ตรวจสอบสถานบันเทิงอย่างเข้มงวดของเจ้าหน้าที่ทำให้ความจริงที่เคยเพียงเป็นวัฏจักรกันเห็นเป็นภาพชัดเจนขึ้นว่า เวลายามค่ำคืนของวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งหมดไปกับนายทุน ให้แก่ เหล้า บุหรี่ และยาเสพติดในสถานบันเทิง สร้างปัญหาเลื่องลือรับทราบและก่อการทะเลาะวิวาท สถานบันเทิงหลายแห่งถูกสั่งปิดเมื่อพบว่าอนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีเข้าไปใช้บริการ

ความกังวลใจว่าจำนวนเด็กไทย ที่ใช้ชีวิตอย่างหลงทิศผิดทางจะมากขึ้น รัฐบาลจึงเร่งออกเครื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่เพิ่งจะมีผลบังคับเมื่อ 30 มีนาคม 2547 ให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เพื่อหวังใช้เป็นกลไกในการคุ้มครองและแก้ไขปัญหายาของเยาวชน และสร้างสังคมสะอาดสำหรับเด็กไทย

กฎหมายฉบับนี้ได้ตราข้อกำหนดใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน (ดูกรอบ) ได้แก่ พ่อแม่ไม่เลี้ยงดู ทำทารุณกรรม ให้เด็กเล่น การพนัน ซื้อเหล้า บุหรี่ หรือผู้ใหญ่ทำลามกอนาจารกับเด็ก จะได้รับโทษตามกฎหมาย ขณะเดียวกันถ้าเด็กทำผิดหรือถูกจับ ผู้ปกครองก็ต้องรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ที่จะมีหนังสือเรียกผู้ปกครองมาร่วมประชุมเพื่อศึกษาหาวิธีว่ากล่าวตักเตือน หรือร่วมปรับปรุงพฤติกรรมเด็ก⁴

ข้อห้ามไม่ให้มีการดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้คือเด็ก หากฝ่าฝืน ต้องได้รับโทษตามกฎหมาย จำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

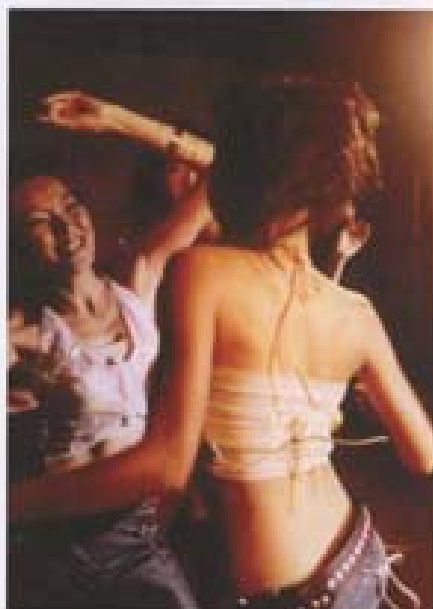
1. บังคับ ชูเชื้อ ชักชวน ส่งเสริม หรือยินยอมให้เด็กประพฤติตนไม่สมควรแก่วัย อาจทำให้เด็กเสี่ยงต่อการประพฤติผิด
2. ให้เด็กไปเป็นชอทาน เด็กเร่ร่อน ให้เด็กกระทำความผิด หรือแสวงหาผลประโยชน์อันมิชอบจากเด็กไม่ว่าวิธีใดก็ตาม
3. ให้เด็กเล่นกีฬา หรือให้กระทำการใด ไม่ว่าวิธีใดก็ตาม เพื่อแสวงหาประโยชน์ทางการค้า หรือเป็นการทารุณกรรมต่อเด็ก
4. ให้เด็กเล่นการพนันไม่ว่าชนิดใดหรือเข้าไปในบ่อน ซ่อง หรือสถานที่ที่ไม่ให้เด็กเข้าไม่ว่าวิธีใดก็ตาม
5. ให้เด็กแสดงหรือกระทำความผิดลามกอนาจาร ไม่ว่าเหตุผลใดหรือวิธีใดก็ตาม
6. ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้เหล้า เบียร์ บุหรี่ ยาเสพติด ให้แก่เด็ก

”

ปฏิบัติการคุมกำเนิดสิงห์อมควัน และนักดื่มรุ่นเล็ก

ปฏิบัติการคุมกำเนิดป้องกันการเพิ่มจำนวนของนักสูบบุหรี่ใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนเริ่มต้นขึ้นเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้บริษัทผู้ผลิตบุหรี่พิมพ์รูปภาพสโลแกนจริงของผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพิษภัยบุหรี่บนพื้นที่ร้อยละ 50 ของพื้นที่ซองทั้งด้านหน้าด้านหลัง พร้อมแทรกคำเตือนถึงพิษภัย 6 รูปแบบ เพราะสามารถสื่อความรู้สึกได้ดีกว่า แทนการพิมพ์ภาพขาวดำหรือเขียนข้อความเตือนเพียงอย่างเดียว ผู้ผลิตบุหรี่ทุกยี่ห้อจะต้องเริ่มใช้ซองบุหรี่ใหม่ที่มีคำเตือนชัดเจนออกมาวางขายตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2548 เป็นต้นไป

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อาจไม่ทำให้จำนวนสิงห์อมควันลดลงเท่าไรนัก เพราะบริษัทบุหรี่เองก็พลิกแพลงกลยุทธ์การตลาดอยู่เสมอ เพื่อต่อสู้กับการรณรงค์ด้านการสูบบุหรี่ เช่น ในร้านสะดวกซื้อบุหรี่จะถูกโชว์ตัวอยู่บนเคาท์เตอร์จ่ายเงิน ใกล้กับลูกอมและขนมเด็ก เพื่อทำให้ลูกค้ายอดเห็นได้ง่ายและรู้อยู่ให้เด็กอยากทดลอง สิ่งที่น่าหวั่นวิตกคือ บริษัทบุหรี่ข้ามชาติต่างไม่ยอมแพ้ยังคงพยายามหาช่องทางเพื่อจำหน่ายบุหรี่ตามร้านค้าให้มากขึ้น ทั้งลดราคาและมุ่งเป้าหมายให้ประชาชนระดับล่างหาซื้อได้ง่ายขึ้น ปัจจุบันบุหรี่นอกบางยี่ห้อราคาไม่แตกต่างจากบุหรี่ไทย และโรงงานยาสูบและบริษัทบุหรี่ต่างประเทศเริ่มเปิดโรงงานผู้ผลิตสาธิตรองรับความต้องการของผู้มีรายได้น้อย



นอกจากนี้ ยังมีพ่อค้าแม่ค้าหัวโล้นบางรายแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน เพื่่อช่องทางให้ทดลองสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น กลุ่มเครือข่ายปกป้องไทยพึ่งกันบุหรี่จึงได้ยื่นหนังสือต่อกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขติดต่อกับกระทรวงการคลังในการสั่งการกรมสรรพสามิตออกกฎระเบียบห้ามขายบุหรี่เป็นรายมวน และห้ามจำหน่ายซองเล็กให้กับเด็ก

หนึ่งเดือนต่อมา กรมสรรพสามิตตอบสนองมาตรการลดการสูบบุหรี่ โดยให้ข้อมูลว่ากำลังศึกษาความเป็นไปได้ในการเพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่ การเพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายบุหรี่ตั้งแต่รายใหญ่จนถึงผู้ค้าปลีก หวานแนวทางปราบปรามบุหรี่เถื่อนและการลดพฤติกรรมการซื้อบุหรี่ในเคียวตุ๋นต่ำกว่า 18 ปี รวมถึงดำเนินการเอาผิดกับผู้ขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

แม้จะรณรงค์อย่างหนักผ่านความร่วมมือของหลายฝ่าย แต่ก็เหมือนจะไม่มีอะไรดีขึ้น เพราะเมื่อเดือนธันวาคม 2547 นายแพทย์ทชัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ได้ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลเริ่มรณรงค์กับเรื่องบุหรี่ยากขึ้น เพราะที่ผ่านมาปริมาณการจำหน่ายบุหรี่ยังมีแต่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบุหรี่ยี่ห้อชาติที่ตอนนี้มีส่วนแบ่งการตลาดถึง 20% จากเดิม 3% เช่นเดียวกับการรณรงค์ลดการดื่มสุราที่เอาจริงเอาจังเฉพาะช่วงเทศกาลวันลอยกระทง และวันสำคัญทางศาสนาเท่านั้น รัฐบาลน่าจะจริงจังและจริงจังกับเรื่องที่ยังคงดูแลไม่ทั่วถึง สนับสนุนการแก้ปัญหาอย่างจริงจังไม่ถูกทาง



“

จุดประกายความร่วมมือ

“เด็กๆ จะต้องเรียนรู้ เรียนให้ทำงานเพื่อช่วยบ้านเมืองเดี๋ยวนี้ ถ้าเด็กไม่มีความรู้ช่วยบ้านเมืองไม่ได้ เพราะมันไปเสพยาเสพติด สูบบุหรี่ไม่ดี เสพยาเสพติด ไม่ดีแน่นอนว่าเสียหายอย่างไร แต่บุหรี่ ทำให้ทุเลา สมอเลา เสนเลาเลาเลา หัวใจดีวอ”

นี่คือข้อความส่วนหนึ่งจากพระราชดำริของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ที่แสดงถึงความห่วงใยในสุขภาพของเด็กไทยผู้เป็นกำลังสำคัญของประเทศ ซึ่งต่อมาหลายกระทรวงได้ออกมาน้อมรับพระราชดำรินี้

เริ่มจากกระทรวงการคลัง ได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้อำนาจ กรมสรรพสามิตควบคุมดูแลการขายสุราและยาสูบ ดำเนินมาตรการลดการดื่มสุราของเยาวชน โดยห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีซื้อสุราและยาสูบ กำหนดสถานที่ห้ามขายสุราและยาสูบ โดยเฉพาะในวัด และสถานศึกษาห้ามขายโดยเด็ดขาด หากพบร้านค้าที่ละเมิด กรมสรรพสามิตจะถอนใบอนุญาตทันที และเก็บความเข้มงวดร้านสะดวกซื้อ ร้านค้าปลีกทั่วไป โดยจะกำหนดเวลาการขายสุรา 2 ช่วงคือ 11.00 - 14.00 น. และ 17.00 - 24.00 น. ร้านค้าใดขายเหล้าหรือบุหรี่ แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี นอกจากจะถูกปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 3 เดือนแล้ว ยังถูกยึดใบอนุญาตการขายด้วย⁹

ด้านกระทรวงสาธารณสุขก็ประสานงานกับกระทรวงการคลัง ในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยออกกฎกระทรวง 3 ฉบับ เพื่อห้ามจำหน่ายสุราและยาสูบแก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ การกำหนดระยะเวลาจำหน่ายสุราให้สอดคล้องกับนโยบายการแก้ปัญหาสังคมของรัฐบาล โดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตขายสุราประเภทรายปลีก ประเภทที่ 3 และ 4 ซึ่งขายสุร่าต่ำกว่า 10 ลิตร ทั้งประเภทที่ขายทั่วไปและภัตตาคาร ก็จะถูกห้ามตามกฎกระทรวง โดยจะประกาศใช้ให้มีผลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2547¹⁰

เรื่องการโฆษณา ณ จุดขาย การตั้งตู้โชว์บุหรี่ การแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน การขายในร้านวัด การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และการขึ้นภาษีบุหรี่ รวมทั้งมุ่งใจให้ประชาชนร่วมสอดส่องดูแล ด้วยการเสนอสนับสนุนให้ผู้ขายเหล้าและบุหรี่ให้กับเด็กและเยาวชนต่ำกว่า 18 ปี โดยร้อยละ 80 ของค่าปรับจะถูกแบ่งให้เจ้าหน้าที่ ตำรวจและผู้นำชุมชน

กระทรวงศึกษาธิการได้อัญเชิญพระราชดำรินี้มาบริเวณหน้าโรงเรียนให้เป็นเครื่องมือเตือนใจครูและนักเรียน และร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต ในการคัดกรองผู้ที่ติดเหล้าและบุหรี่ เพื่อหามาตรการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังปรับปรุงห้องน้ำในโรงเรียนให้ครูและนักเรียนใช้ร่วมกัน ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมแอบสูบบุหรี่ในห้องน้ำได้ อีกทั้งขอความร่วมมือจากสภาวัดนักเรียนให้ช่วยเป็นหูเป็นตา และมีหมายเลขพิเศษสำหรับรับแจ้งเบาะแส คือ 1597 ของกระทรวงศึกษาธิการ และ 1669 ของกระทรวงสาธารณสุข

ต้องลดจำนวนสถานกึ่งโคจร และสร้างภูมิคุ้มกันต่อสิ่งมอมเมาตามกฎหมาย

แม้รัฐบาลได้ประกาศจำกัดเวลาในการประกอบกิจการของสถานบันเทิงกลางคืน และจำกัดเวลาในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ขายเหล้าทั่วไป แต่ก็ยังคงปล่อยให้ร้านขายเหล้า และธุรกิจสถานบันเทิงเหล่านี้เกิดขึ้นได้ง่ายดาย ไม่มีมาตรการในการจำกัดจำนวนและสถานที่ตั้ง และไม่มีการกวดขันมาตรการเสริมพิเศษที่เข้มงวดกับการจำหน่ายเหล้า ให้นัก กฎระเบียบเกี่ยวกับการใบอนุญาตจำหน่าย จำกัดเครื่องดื่มจำหน่ายสถานที่จำหน่าย วิธีจำหน่าย เช่น ห้ามขายตรง แจกฟรี หรือให้เป็นของขวัญและจำกัดอายุผู้ดื่ม

มาตรการขึ้นทะเบียนการบังคับใช้กฎหมาย ที่รัฐบาลร่วมกับองค์การภาคประชาชนรณรงค์อย่างกว้างขวาง เช่น การประกาศเอาผิดกับผู้จำหน่ายบุหรี่กับเหล้าให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จึงยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องคิดค้นโครงการใหม่ในการรณรงค์อย่างต่อเนื่องถึงพิษภัยของเหล้า บุหรี่ และการเที่ยวกลางคืนต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งลดกระทบต่ออุบัติเหตุบนถนน และคิดค้นนโยบายระยะยาวว่า ทำอย่างไรจึงจะให้สังคมไทยมีจำนวนสถานบันเทิงที่พร้อมไปด้วยสิ่งมอมเมาลดน้อยลง และทำอย่างไรสถานบันเทิงเหล่านี้จึงเป็นสถานที่สำหรับผู้ใหญ่เท่านั้นจริงๆ

ประการสำคัญที่สุด ปัญหาเด็กไทยถูกมอมเมาด้วยอบายมุขที่ถูกกฎหมายนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ปลูกฝังทัศนคติเรื่องไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ และไม่เที่ยวกลางคืน ต่อเด็กทุกคน เริ่มต้นตั้งแต่อายุน้อย โดยผู้ใหญ่ในสังคมต้องร่วมกันเป็นต้นแบบที่ดี ทั้งนี้บ้าน โรงเรียน วัด แหล่งท่องเที่ยวทางวัฒนธรรม และสื่อมวลชน ต้องมีบทบาทสนับสนุนด้วย เพราะตัวเป็นสถาบันใกล้ชิดที่สามารถส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาของเด็กไทยให้ปลอดจากอบายมุขทุกรูปแบบได้

”

เจ้าสุภินิที่ 3 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่
รัฐบาลตั้งใจให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพอย่าง
ทั่วถึงทุกคน พบว่ายังไม่เป็นจริงและมีคนไทย
กว่า 3 ล้านคนที่ยังไม่ได้บัตร โดยเฉพาะชน
กลุ่มน้อยที่รอการรับรองสัญชาติไทยจำนวน
หลายหมื่นที่เคอได้บัตรทองแล้วถูกยึดบัตรคืน
ตามการตีความของคณะกรรมการกฤษฎีกาที่ว่า
โครงการนี้โครงการคนจนเฉพาะผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น
นอกจากนี้ยังมีคนไทยเร่ร่อน หรือชื่อตกหล่นจาก
ทะเบียนบ้านที่ยังคงไม่ได้รับบัตรทอง ปัญหาต่าง
คือเรื่องงบประมาณที่รัฐจัดสรรได้อย่างจำกัดก็ยิ่ง
คงเป็นปัญหาต่อเนื่องมาจนถึงปี 2547 ส่งผลให้
โรงพยาบาลประสบปัญหาค่าใช้จ่ายเกินงบ
สำหรับการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น
ที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การคลอดบุตรซึ่งเป็น
สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเสียหายถึงขั้นเสียชีวิต
หรือทุพพลภาพ ของคนยากจนผู้เปราะบางที่สุด
ให้สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ส่วนการร้องเรียนเรื่อง
บริการพบว่าในปี 2546 มี 4,566 เรื่อง แต่ปี
2547 เพิ่มขึ้นเป็น 14,105 เรื่อง

2 คดีที่สร้างความอึดอัดใจต่อวงการตำรวจ ในปี 2547 คือคดี "ช็อคโซ่" เกิดขึ้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เจ้าหน้าที่ตำรวจหลายคนถูกฟ้อง ผู้ต้องหาพวกหนึ่งหรือห้ารายราวทศวรรษ และใช้กระบวนการทางธุรกิจต่อต้านว่ากล่าวกลางไปจนเมืองอยุธยา เทศบาลใหม่ก็ริเริ่ม เพื่อมีไว้รับสารภาพ ส่วนคดีนี้ คดี "ช็อคโซ่" เกิดที่สถานีตำรวจนครบาลดุสิตมี กลุ่มซึ่งสามารถขายแปดกล่องของผู้ต้องหาที่ลักทรัพย์ นานเกือบ 3 เดือน เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดโทษ ทั้งสองคดีสร้างความตระหนกตกใจให้เกิดขึ้นกับสังคม เพราะ "ผู้ต้องหา" ที่ยังไม่มีการกระบวนการพิสูจน์ว่าเป็นผู้กระทำผิด ถูกตัดสินคดีพยานา โดย "ศาลเดิม" ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพราะ 2 คดีนี้อยู่ในความสนใจของประชาชน เจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งสองโรงพักจึงต้องถูกตั้งกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริง เพื่อลดโทษความวินัยหรือลดตำแหน่งคดีทางอาญาโดยกรณีช็อคโซ่ ตำรวจผู้เป็นเจ้าของคดีถูกออกจากราชการไปก่อนรวม ทั้งยังถูกดำเนินคดีด้วย ขณะที่ทางสหภาพนายความก็ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือสามารถภายในด้านคดี ส่วนทางกรมคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ได้ดำเนินการขอยกฟ้องภายใต้ การดูแลของกฎหมายคุ้มครองพยานในคดีอาญา ซึ่งถือเป็นวาระแรกในประเทศไทย ในการนี้ของ "ช็อคโซ่" ญาติของผู้ต้องหาได้เข้าแจ้งความ ขอให้มีการสืบสวนสอบสวนพร้อมกับการชี้ตัวผู้ต้องหาจนสามารถดำเนินคดีกับตำรวจ 20 กว่านายในที่สุด

พบ “นิวโมคอกในหลอด” เป็นข่าวดังช่วงปลายปี 2547 จากการรายงานของศูนย์โรคติดต่อแห่งชาติ จากร้านสะดวกซื้อแห่งหนึ่ง ตอนแรกเจ้าของโรงงานปฏิเสธอ้างว่าอาจเป็นการกีดกันแก่คู่แข่ง แต่หลังจากพิสูจน์ดีเอ็นเอเปรียบเทียบพบว่า เชื้อนิวโมในหลอดเหมือนกับเชื้อที่ประเทศญี่ปุ่นว่าตรงกัน ทำให้โรงงานต้องเปิดเลิกกิจการไป ถัดมาไม่นานก็มีข่าวพบตะขาบในข้าวหลาม ตามด้วยปลิงควายในข้าวหลาม จนเกิดกระแส หนังสือแปลกปลอมในอาหารต่างๆ พบบอกต่อกันมา ไม่ว่าจะเป็นพินในแฮมคิ่ววูจี หรือ เมล็ดตะไคร้ เช่นในเต้าในชาคน้ำปลา ฯลฯ ที่จริงแล้วรัฐบาลประกาศนโยบายอาหารปลอดภัยตั้งแต่ปี 2548 โดยกำหนดให้สถานที่ผลิตอาหารต้องผ่านเกณฑ์ปฏิบัติมาตรฐานจีเอ็มพี (GMP-Good Manufacturing Practices) หากเป็นอาหารปรุงจำหน่ายตามภัตตาคาร ร้านอาหาร หรือรถเข็นข้างทางจะต้องสะอาดปลอดภัยตามเกณฑ์การตรวจสอบ เจ้าของร้านค้าในตลาดสดทุกแห่งจะต้องมีตัวรับผิดชอบทำร้านค้าให้สะอาดปลอดภัย มีชุดตรวจให้เขียนพร้อมสำหรับตรวจสอบเสมอ แต่จำนวนโรงงานและร้านรวงมีจำนวนมากมากเกินไปกว่ากำลังการตรวจสอบ คุณภาพอาหารของเจ้าหน้าที่รัฐ ดังนั้นผู้ผลิตจึงต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลทุกขั้นตอนการผลิต ส่วนประชาชนในฐานะผู้บริโภคคือผู้ตัดสินใจว่าจะซื้อหรือไม่ซื้อจะบอกต่อกันเอง

มีรายงานวิจัยพบว่า 'โรคฮิว' หรือ 'ภาวะโภชนาการเกิน' ในบ้านเราเพิ่มขึ้นในเด็กทุกกลุ่มอายุ สะท้อนว่าปัญหานี้มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น และยิ่งพบด้วยว่าภาวะแทรกซ้อน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันเลือดสูง ซึ่งแต่ก่อนเคยเกิดในวัยผู้ใหญ่ แต่ปัจจุบันพบในเด็กไทยเพิ่มขึ้น เพราะเด็กไทยขณะนี้ค่อนข้างอ้วน การกินอย่างขาดสติในคนเป็นแล้ว นอกจาก 'โรคฮิว' นำหนักเกินที่มักเกิดขึ้นในเด็กแล้ว 'ความกลัวฮิว' กลืนกลายเป็นเรื่องที่พ่อแม่กลัวจนเกินไปจนส่งผลถึงลูกมากเกินไป วัยรุ่นจำนวนมากขึ้นไปพึ่ง 'การลดน้ำหนัก' ตามสถานออกกำลังกายฟิตเนสหรือสถานเสริมความงาม หรือที่เห็นผลเร็วกว่านั้น ก็หันไปพึ่งบรรดาผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ทั้งยาลดอาหาร การโยยอาหารจนเชื้อสารพัดวิธีลดฮิว

ผลกระทบของอุตสาหกรรม ต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งมักอ้างอยู่เสมอว่า มีระบบการดูแลสุขภาพที่ดี มีการควบคุมการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมในระดับโลก แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าโรงงานอุตสาหกรรมหรือเหมืองแร่หลายแห่งได้ปล่อยน้ำเสีย ควันพิษ สู้อนุภาคอันตรายรวมทั้งเกิดมลพิษทางอากาศและน้ำ ในปี 2547 ชาวที่จับกุมในเรื่องนี้คือ ชาวบ้านย่านนอกแอ่งลอค 8 หมู่บ้านในจังหวัดตากที่ใช้ลำห้วยแม่ลาวร่วมกันต้องได้รับผลกระทบจากสารแคดเมียมเกินมาตรฐานปนเปื้อนอยู่ในดิน ข้าวและกระเทียมค้าขายในวังกายมกษารัฐของ สารจะถ่ายทอดกับ โข และระบบเลือด หรือเกิดโรค 'อิลิ อิลิ' ซึ่งเรียกร้องให้รัฐบาลเข้ามาดูแล แก้ไข และชี้ให้โรงงานปล่อยสิ่งของอันตรายมาและ อันตรายที่จำกัดรับผลกระทบที่คล้ายคลึงกันนี้ เกิดขึ้นที่อื่นๆ อีกหลายแห่ง เช่น ปัญหาสารตะกั่วปนเปื้อนในร่างกายของชาวคิลีลีล่า อำเภอ ทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่เรื้อรังมานาน เกือบ 10 ปี หรือปัญหาการแพร่กระจายของสารพิษสารเคมีในสวนส้มขนาดใหญ่ที่จังหวัด เชียงใหม่ปลายปี 2546 ต่อต้นปี 2547



ไทยเป็นเจ้าภาพการประชุมเอตส์โลก

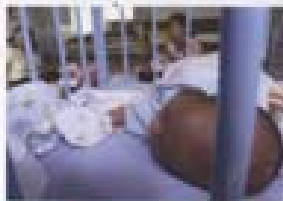
ในการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2547 ที่ผ่านมาก็ยังมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 20,000 คน และมีบุคคลสำคัญมาร่วมงานจำนวนมาก เช่น อัคริปปาซานาธิบดี เนตสัน แพนเคลล่า และนางโซเนีย คานนิ ประเทศไทยได้รับการยกย่องจากเลขาธิการขององค์การสหประชาชาติ และสมาคมโรคเอดส์นานาชาติเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และการให้ยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นแบบอย่างของทั่วโลก รัฐบาลไทยได้ประกาศให้ทั่วโลกได้รู้ว่าจะสนับสนุนยาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วยตลอดไปจากเงินงบประมาณและเงินกองทุนโลกส่วนหนึ่งให้ทั่วถึงและเท่าเทียม ในการประชุมครั้งนี้มีนานาชาติได้หาแนวทางความร่วมมือแก้ไขปัญหาโดยขยายทางเลือกในการป้องกันโรคเอดส์ ที่เน้นแรงผลักดันให้ยับยั้งความต้องการทางเพศ การซื้อตัวยาค่ต่ำ การใช้อุปกรณ์อนามัย และการพัฒนาการผลิตน้ำยาเคลือบช่องคลอด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ประเทศไทยเองได้ลงนามความร่วมมือกับ 6 ประเทศกำลังพัฒนา คือ ไนจีเรีย อุรุกวัย จีน รัสเซีย บราซิล และไทย โดยมีชื่อ สรุป 3 ประเด็นคือการพัฒนายาต้านไวรัส วัคซีน และผลิตภัณฑ์ป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ในส่วนของการพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ก็ได้ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลรักษาคำมั่นสัญญาที่ได้ประกาศไว้ และระงับการเจรจาสิทธิบัตรยา ในเรื่องสิทธิการค้าเสรีกับสหรัฐอเมริกา

กระแสคัลชาเซีย

'ชาเซีย' เครื่องดื่มรณรงค์ปลูกถ่ายเป็นกระแสสุดฮิตในคนไทยด้วยสรรพคุณมากมาย ทั้งลดความดัน ควบคุมไขมัน ป้องกันโรคหัวใจ และป้องกันไม่ให้ไขมันพอก หลอดเลือดจึงนำชาเซียเป็นตัวชูธงผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่ขมิ้นไปจนถึงเครื่องสำอาง ทั้งสบู่ ยาสีฟัน ครีมนวดหน้า ชาสมุนไพรที่แปลกแหวกแนว คงไม่พ้นผ้าอนามัยด้วยคุณสมบัติลดกลิ่นไม่พึงประสงค์ รวมถึงลูกหลานของชาเซียที่เป็นโมโหโรฮินดีชาตินี้ที่มีทั้งชาค็อกมีโรครอบครอง คงปฏิเสธไม่ได้ว่ากระแสคัลชาเซียนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการโฆษณาและกลยุทธ์การตลาดเข้าถึงกลุ่มลูกค้าวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ดองคูลงโฆษณาชาเซียชนิดดื่มเพื่อสร้างกระแสในสื่อออนไลน์ พบว่า ในปี 2547 ใช้เงินประมาณมูลค่าปีที่แล้วกว่า 200 ล้านบาท โดย ปี 2546 ใช้เงินโฆษณา 228 ล้านบาท แต่ ปี 2547 ใช้เงินโฆษณาสูงถึง 410 ล้านบาท (เฉพาะเดือน เม.ย. - มิ.ย.) ยังไม่พอมันมีชื่อว่า ชาเซียบรรจจุขวดพร้อมดื่ม ปูงบดกลิ่น สีสวยหวาน ประดับๆ จะมีสรรพคุณทำชาเซียของเธอรื่นๆ หนึ่งถ้วยหรือไม่ว่าแต่หนึ่ง เราไม่ได้จ่ายเงินซื้อชาเซียเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเดียว แต่เราจ่ายเงินค่าโฆษณาของบรรดาบริษัทชาเซียกันด้วย

อุบัติเหตุในเด็ก

ในรอบปี 2547 มีข่าวต่างๆ เกี่ยวกับอุบัติเหตุในเด็ก นับตั้งแต่อุบัติเหตุเครื่องบินลงจอดในโรงเรียนประถมศึกษา เด็กตกเป็นบาส หรือเสาชิงช้า เล่นกับเด็กจนเสียชีวิต เด็กถูกสุนัขจรจัดในลอร์ดล่าจนต้องฉีดยาหลายเข็ม เด็กเล่นกับปืนปืนไม่พ้นจนเสียชีวิต เด็กโดนสายไฟแรงสูงจนถูกไฟดูดตาย ผู้ใหญ่ถอยรถชนเด็กตาย ล่าสุดกับเหตุการณ์เมื่อเดือนธันวาคม เด็กชายวัย 2 ขวบตกหม้อข้าวต้มจนเสียชีวิตที่จังหวัดยโสธร แต่จากรายงานของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดีระบุว่าจากการศึกษาการตายของเด็กไทยอายุ 1 - 14 ปีในช่วงเวลา 4 ปี ตั้งแต่ปี 2542 - 2545 พบว่าเด็กไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ จำนวน 13,140 ราย เฉลี่ยปีละ 3,352 ราย แต่การจมน้ำ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กไทย โดยสายที่เสียชีวิต 6,301 ราย เฉลี่ยปีละ 1,575 ราย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุการตายจากการบาดเจ็บอื่นอีก คือ ไข้หวัด ฆ่าตัวตายจากใจ ฟ้าผ่าตก ฆาตกรรมจากใจ ไฟลอบถล่ม น้ำร้อนฉาด ตกจากที่สูง สัตว์กัดและอื่นๆ



การคุ้มครองในประเศไทย

ปัญหาการคุ้มครองในประเทศไทยนับวันรุนแรงมากขึ้น ในสายตาชาวโลกมองว่า ไทยเป็นแหล่งคุ้มครองรายใหญ่ คือเป็นทั้งประเทศต้นทางที่ส่งผู้ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ไปต่างประเทศ เป็นประเทศปลายทางที่รับเหยื่อโดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้าน และเป็นประเทศทางผ่านของการขนส่งชาวจีนไปสหรัฐอเมริกา และยุโรปออสเตรเลีย ทั้งสามกรณีงานวิจัยยืนยันชัดเจนไม่ว่าจะเป็นการค้ามนุษย์เข้าสู่ธุรกิจการค้าประเวณี เข้าสู่การค้าแรงงานที่ทุจริต หรือเข้าสู่กระบวนการแก๊งค์อาชญากรรม ปัญหาที่ต้องจับตามองซึ่งเกิดขึ้นในปี 2547 คือการลักลอบนำคนออกจากโรงพยาบาล โดยไม่สามารถสืบเสาะร่องรอยการหายได้ แม้จะลักลอบทำได้แบบเนียนสร้างความวิตกกังวลให้กับโรงพยาบาลต้องเร่งมาตรการรักษาป้องกัน ซึ่งก่อนหน้านี้ก็มีข่าวว่ามีการลักลอบลักลอบลักพาที่พ่อแม่เสียชีวิตจาก 'คดีนินา' ส่งออกไปยังต่างประเทศ

10

สถานการณ์เด่น 10 เรื่อง ในปี 2546 เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรบ้าง ในปี 2547



สงครามยาเสพติด

ชัยชนะที่บาเพรือบคำถาม

การลักลอบผลิตยาเสพติดในปี 2547 ลดลงกว่าเดิมค่อนข้างมาก แต่บริเวณพื้นที่ชายแดนยังคงต้องเฝ้าระวังการนำเข้ามากขึ้น ขบวนการผลิตยาเสพติด กลับปรับเปลี่ยนเส้นทางลำเลียงเข้ามาเป็นชายแดนทางภาคอีสานกลางและได้และย้อนกลับไปยังภาคเหนืออีก ในขณะที่ยาเสพติดมีราคาแพงและหายากมากขึ้น ในปี 2547 พบว่า มีการผลิตยาเสพติดรูปแบบใหม่ๆ เช่น เอ็กซ์เพส หรือ ฮาอี โดเคน คีตามีน และอีวีวันไฟว์

ปี 2546 คนไทยขานรับนโยบาย

ออกกำลังกายอย่างคึกคักทั่วประเทศ

ในปี 2547 สร้างกระแสให้ประชาชนออกกำลังกายประสบความสำเร็วจึงเกิดเรื่องในงาน "รวมพลคนเหงือ - ฟิต" เมื่อวันที่เสาร์ที่ 20 พฤศจิกายน 2547 ณ ลานออกกำลังกายประจำจังหวัดต่างๆ มีประชาชนทั่วประเทศเดินแอโรบิกมากถึงหลายล้านคน รัฐบาลตั้งใจที่จะขยาย "ชุมชนสร้างสุขภาพ" ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งขณะนี้มีมากกว่า 41,316 ชุมชนแล้ว



โครงการ 30 บาท แก้ปัญหยา

แต่คือหลักประกันคุณภาพถ้วนหน้า

นโยบาย 30 รักษาทุกโรค แม้มีความสำเร็จมาระดับหนึ่ง แต่ในปี 2547 ยังคงพบปัญหาหลายประการที่ต้องดำเนินการแก้ไข โดยเฉพาะในด้านความทั่วถึง จากข้อมูลเมื่อเดือนกันยายน 2547 พบว่าคนไทยอีก 3.2 ล้านคนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนเหล่านี้มักอยู่ในเขตเมืองและแม้จะมีบัตรแต่ก็ไม่มีสิทธิตามกฎหมาย ส่งผลให้สถานพยาบาลขาดงบประมาณที่ควรได้รับถึงราว 4 พันล้านบาท ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็ก และโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีตัวละงบประมาณคิดลบทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2546 และ 2547 พบว่า โครงการมีส่วนช่วยลดความยากจนที่เกิดจากความเจ็บป่วยลงไปได้มาก

ท่าอย่างโรอาหารไทยจึงจะปลอดภัย

ครบวงจร

การตรวจคัดกรองโครงการอาหารปลอดภัยทั่วประเทศยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่า ความไม่ปลอดภัยทั้งจากสารเคมีและเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร และจากการเปิดการค้าเสรีไทย-จีน ก็พบว่า พืช-ผักจีน พริก-ถั่วลิสง คัดค้าน หน่อไม้ฝรั่ง กระหล่ำดอก ผักกวางตุ้ง บร็อกโคลี่ กระเทียม แอปเปิ้ล และสาลี่ มีสารเคมีอันตรายที่ไทยเลิกใช้แล้ว แต่จีนยังใช้อยู่ ในงานสมัชชาสุขภาพ 2547 เมื่อเดือนกันยายน 2547 ได้เสนอวิสัยทัศน์สุขภาพสุขภาพคนไทยโดยให้รัฐบาลออกมาตรการควบคุมการผลิตและนำเข้าสารเคมีเพื่อการเกษตร ส่งเสริมให้ใช้เกษตรอินทรีย์ทดแทน พร้อมทั้งห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์สารเคมีผ่านสื่อทุกชนิดรวมทั้งห้ามมีการใช้พืชดัดแปลงทางพันธุกรรม (จีเอ็มโอ)



จดเวลาโฆษณาเหล้าจากโทรทัศน์และ

วิทยุหวั่นคนไทยดื่มน้อยลง

ถึงแม้ว่าห้ามโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดทางโทรทัศน์และวิทยุ ในช่วง 05.00 - 22.00 น. ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ก็ตาม ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้มากนักในบรรดาวัยรุ่นชายหญิง ปากกว่ากลุ่มผู้หญิงและเด็กที่อายุไม่เกิน 18 ปี กลับมีสถิติการบริโภคสูงขึ้น เพราะในร้านค้าสะดวกซื้อยังคงตั้งวางเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หวังดึงดูดนักดื่ม ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2547 รัฐบาลจึงบังคับใช้กฎหมายห้ามขายสุราและบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และให้ขายเป็นช่วงเวลา คือช่วง 11.00 - 14.00 น. และช่วง 17.00 - 24.00 น. เท่านั้น หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 3 เดือน ส่วนผู้ใหญ่ที่ซื้อให้เด็กซื้อที่มีความผิดเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการตั้งสินบนให้ผู้จำหน่ายเหล้าและบุหรี่ให้แก่เด็กคงจะต้องดูแลต่อไปในปี 2548

เกมออนไลน์ สร้างสรรค์หรือทำลาย สุขภาพเยาวชน

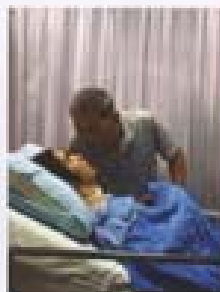
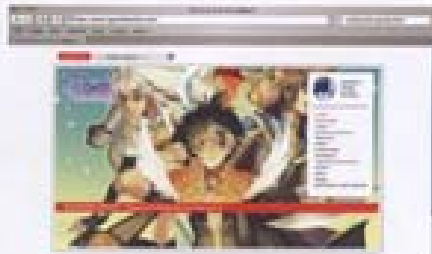
ข่าวฮือฮาในปี 2547 เกี่ยวกับประเด็นนี้คือ มีเด็กชายอายุ 11 ขวบ ติดเกมคอมพิวเตอร์จนแฉงหนือออกจากบ้าน จนกลายเป็นเด็กแว้นชายพวกล้อโล่ที่สุด และพบเด็กหลายคนหนีเรียนไปนั่งเล่นเกม จนผลการเรียนตกต่ำ ผู้ปกครองบางรายจนปัญญาหิวบปวามเลยใช้วิธี 'ล่านโซ่ลูกไว้ที่บ้าน' กระทั่งวงไอซีทีจึงห้ามให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เล่นเกมเกินวันละ 3 ชั่วโมง และจนถึงเวลาไม่เกิน 22.00 น. รวมทั้งห้ามเล่นการพนัน ซึ่งโชคร้านเกมส์ที่ฝ่าฝืนมีสิทธิ์จำคุก ส่วนสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นก็ได้เปิดคลินิกป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านติดเกมเพื่อคอยให้คำปรึกษาผ่านทางสายตรง 1323 ด้วยเช่นกัน

ไฟฟ้าจากแม่เมาะ ต้นทุนสุขภาพ ราคาแพงของชาวบ้าน

ในเดือนพฤษภาคม 2547 ศาลจังหวัดลำปาง ได้พิพากษาให้ชาวบ้าน 153 คนที่มีคดีฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องให้หยุดการทิ้งขี้เถ้าที่เสียหายจากโรงไฟฟ้า ขณะคดีได้รับเงินทดแทน 5,726,162 ล้านบาทพร้อมดอกเบี้ย และเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน รัฐบาลมีคำสั่งให้ดำเนินการอพยพชาวบ้าน 669 หลังคาเรือนจำนวนประมาณ 4,000 คน ออกจากบริเวณพื้นที่ คสมหรือเรียกชื่อของชาวบ้านที่เสนอต่อรัฐบาลมาถาวรร่วม 10 ปี ส่วนทางการไฟฟ้าฝ่ายผลิต (กฟผ.) ยังมีโครงการ 6 พื้นที่พื้นที่ที่จะขยายพื้นที่เหมืองให้เพิ่มพื้นที่ 10,000 ไร่

ชาร์ส...! ใช้วัคซีนโรคเขย่าโลก

เดือนมิถุนายน 2547 วารสารการแพทย์ 'นอสซ์' รายงานว่ามีโรคเขย่าตัวระดับโลก โรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่แห่งชาตินิวยอร์กอเมริกาทดลองใช้วัคซีนป้องกันโรคชาร์ส แบบฉีดผ่านเข้าทางจมูก และระบบทางเดินหายใจสำเร็จ โดยวัคซีนชาร์สชนิดนี้ผลิตขึ้นจาก 'ทีเอ็นเอฟ' ของเชื้อไวรัสโรคชาร์สจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายผลิตภูมิคุ้มกันชาร์สขึ้น อย่างไรก็ดีไม่ปรากฏว่าเกิดโรคชาร์สในปี 2547 อีก แต่กลับมีโรค 'ใช้หัวคน' ระบาดแทน



วัยรุ่มกับถุงยางและภัยเอชไอวี

การรณรงค์ให้วัยรุ่นหญิงชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันปัญหาโรคเอดส์เมื่อปลายปี 2546 นั้น ดูเหมือนว่ายังไม่ได้ผลนัก เมื่อการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ปีนี้ พบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 15-24 ปี พบคิดเชื่อแล้วเกือบ 80,000 คน เยาวชนเริ่มมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยตั้งแต่อายุ 14-15 ปี มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัย ขณะที่เพศสัมพันธ์ และคิดเชื่อมาจากการมีเพศสัมพันธ์ในมาลุ่มเพื่อนกันเอง



บทเรียนจากกรณี 'บิก คีบูบี'

ถึงวันนี้ บิก คีบูบี กลับมาพักพิงที่บ้าน ตั้งแต่ วันที่ 5 สิงหาคม 2547 อาการของบิกค่อยๆ ดีขึ้นอย่างช้าๆ เดือนมกราคม 2548 ร่างกายของบิกมีปฏิกิริยาตอบสนอง รับรู้ด้วยเสียง กระพริบตา และกลอกลูกตาหาที่มารองเสียง เปรียบเสมือนคนสติสัมปชัญญะที่ฟื้นคืนสติ บิกยังคงรับยาฆ่าเชื้อราต่อไปอีก 1 ปี ส่วน ศพ-ธเนศธนาชราช-สิงห์นิมมา ต้นเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากรถ รัฐบาลมีโครงการรณรงค์ต่อต้านทั้งหมึกไม่ขับ เปิดไฟให้หมึกกันเอดส์ ตรวจเช็ครถที่ก่อนออกเดินทาง ซ่อมบำรุงถนนทุกเส้นทางช่วยเหลือผู้ประสบภัย คำว่า 'ปลอดภัยไว้ก่อน' ผลจากการบังคับใช้กฎหมาย ได้ผลเป็นอย่างมาก รวมถึงการประชาสัมพันธ์ที่ออกสู่สื่อมวลชนและภาคีจาก อบต.เหตุจากรถในวันหยุดยาวจึงลดลง เช่นได้จากวันสงกรานต์ ปี 2547 มีผู้เสียชีวิต 654 คน บาดเจ็บ 36,642 คน และวันสงกรานต์ปีถัดมาคือวันปีใหม่ 2548 มีผู้เสียชีวิต 467 คน บาดเจ็บ 26,100 คน



การค้าเสรีกับการเข้าถึงยา

การค้าเสรี:

ดาบสองคมที่กระทบการเข้าถึงยาของคนไทย

การค้าเสรี ซึ่งกำลังเป็นกระแสโลกใหม่ในวันนี้ อาจจะทำให้เกิดพลดีทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน แต่มีสักกี่คนที่ตั้งคำถามว่าการเข้าร่วมในกระแสเศรษฐกิจโลกที่กำลังมาแรงนี้ จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยอย่างไร โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงยา ?

ใครได้ประโยชน์ ใครเสียประโยชน์
จากกติกาที่ว่าด้วยการคุ้มครอง
ทรัพย์สินทางปัญญา
อันเป็นเสมือนดาบกายสิทธิ์
ในระบบการค้าเสรี?



ยากับการค้าเสรี

ในแง่หนึ่ง ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่อีกด้านหนึ่ง ยาคือสินค้าและเป็นสินค้าที่มีผู้ผลิตและผู้ขายมุ่งหมายเพื่อเอากำไร เช่นเดียวกับข้าวที่เรากิน เสื้อผ้าที่เราใส่ รถยนต์ที่เราขับ และสินค้าอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราอีกนับแสนนับล้านชนิด

ไม่เพียงแต่เท่านั้น ยายังมีฐานะเป็นสิ่งประดิษฐ์ หรือเป็นผลิตภัณฑ์อันเกิดจากการค้นคว้าวิจัยบนพื้นฐานความรู้ที่สั่งสมกันมา และจากการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ทั้งหมดล้วนต้องใช้เวลาและการลงทุนจำนวนมากหลายในหมื่นหมื่นล้าน เช่น ยาเป็นอะไรที่มากกว่าสิ่งที่ใช้รักษาโรคเพื่อต่อลมหายใจของมนุษย์ และเป็นอะไรที่มากกว่าสินค้าธรรมดาในตลาด แต่ยาในระบบการค้าสมัยใหม่เป็นสมบัติที่ผู้เป็นเจ้าของ 'มีสิทธิที่จะผูกขาด' ได้แค่ผู้เดียว สิทธิผูกขาดในเรื่องยา หรือที่เรียกกันติดปากว่า 'สิทธิบัตรยา' เป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งของเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกติกาการค้าโลกยุคใหม่ ที่เรารู้จักกันมานาน 'การค้าเสรี'

การมีสิทธิผูกขาด หมายถึงว่าการแข่งขันในด้านราคาจากผู้ผลิตอื่นจะถูกปิดกั้น ซึ่งโดยทั่วไป ย่อมหมายถึงราคาที่สูง และอาจจะสูงมากจนคนทั่วไปในประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถจ่ายได้ และไม่สามารถเข้าถึงยาที่มีสิทธิบัตรได้

เรื่องของยาจึงควรจะได้มีการพิจารณาควบคู่ไปกับเรื่องของการค้าเสรี จะเกิดอะไรขึ้นกับการเข้าถึงยาของคนไทย เมื่อประเทศไทยเข้าร่วมในข้อตกลงทวิภาคีการค้าเสรี กับประเทศผู้ผลิตและผู้ค้ายารายใหญ่ที่สุดของโลก อย่างเช่นสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะทำให้ระยะเวลาของการผูกขาดทางการตลาดของยานั้นยาวขึ้น

นี่คือโจทย์ที่เราต้องการจะหาคำตอบและหาทางออก ในบทวิเคราะห์ต่อไป



1. คุณเจส ความเข้าใจ

คำและความหมายที่ให้อำนาจต่อไปนี้ จะเป็นคุณเจสสู่ความเข้าใจของท่านในการอ่านบทความนี้

การคำขายระหว่างประเทศภายใต้ข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกัน มีหลายระดับคือ ระดับพหุภาคี เป็นการคำระหว่างหลายประเทศภายใต้กฎ กติกาขององค์การการค้าโลก, ระดับภูมิภาค เป็นการคำภายใต้ข้อตกลงกลุ่มประเทศในภูมิภาคเดียวกัน, ระดับทวิภาคี เป็นการคำที่ประเทศคู่ค้าสองประเทศทำความตกลงกันเป็นการเฉพาะ เพื่อทำการคำขายกันในบางด้านหรือหลายด้าน

สิทธิบัตร

สิทธิตามกฎหมายที่คุ้มครองผลิตภัณฑ์ และกรรมวิธีการผลิตผลิตภัณฑ์ เช่น ยา เป็นต้น ที่ให้แก่เจ้าของหรือผู้ประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์ หรือกรรมวิธีการผลิตนั้น

การเข้าถึงยา

การที่บุคคลสามารถได้รับยาที่จำเป็นได้ ไม่ว่าโดยทางใดๆ

ยาดับดำรง

ยาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนาขึ้นมาใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องจดสิทธิบัตรไว้ สิทธิบัตรจะคุ้มครองไปให้มีการลอกเลียนหรือการแข่งขันในตลาด ตลอดระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกฎหมายกำหนดไว้

ยาชีวสามัญ

ยาที่ผลิตโดยใช้สารออกฤทธิ์เดียวกับยาดับดำรง โดยปกติการผลิตยาชีวสามัญจะกระทำต่อเมื่อสิทธิบัตรของยาดับดำรงหมดอายุการคุ้มครองแล้ว

ปูมหลังของการค้าเสรี

สิ่งที่เรารู้กันว่า ‘การค้าเสรี’ ในวันนี้ มีวิวัฒนาการมายาวนาน จากความพยายามที่จะฟื้นฟูและจัดระเบียบการค้าระหว่างประเทศภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลงใหม่ๆ โดยที่ประเทศทั้งหลายเห็นพ้องต้องกันว่า เศรษฐกิจของโลกได้รับความบอบช้ำจากสงครามมานาน สมควรจะได้รับ การฟื้นฟูให้ดีขึ้น ความพยายามเหล่านั้น ได้ยิ่งก่อให้เกิดองค์การทางเศรษฐกิจระดับโลกขึ้นหลายองค์กร เช่น กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ธนาคารโลก (World Bank) และ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า (GATT) เป็นต้น

กล่าวเฉพาะความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า หรือ ‘แกตต์’ ความตกลงที่ไม่ได้ มีสถานะเป็นองค์การนี้ มีจุดมุ่งหมายหลักที่จะจัดระเบียบการค้าโลก เพื่อให้การค้าซื้อขายสินค้าและบริการระหว่างประเทศเป็นไปได้สะดวกและทั่วถึง ปราศจากอุปสรรค ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคที่มาจากเรื่องภาษีศุลกากร ปริมาณสินค้า ข้อกำหนดเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดสินค้า มาตรฐานสินค้า หรือข้อกำหนดด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมของสินค้า การไหลเวียนได้คล่องตัวของสินค้าและบริการในระบบการค้าระหว่างประเทศนั่นเอง คือเป้าหมายสำคัญของแกตต์ และคืออุดมคติที่หลายประเทศในโลกต้องการจะให้เกิดขึ้น และนี่คือความหมายสำคัญของ ‘การค้าเสรี’ ภายใต้ ปรัชญาของแกตต์ ซึ่งก็สอดคล้องกันพอดีกับลัทธิเสรีนิยมทางการเมือง ที่ก่อกำเนิดอย่างชัดเจนในช่วงหลัง สงครามโลกครั้งที่สอง

นับแต่จุดเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2491 แกตต์ได้สร้างข้อตกลงพหุภาคีเกี่ยวกับการค้าหลายเรื่องจากเวทีการ เจรจาระหว่างประเทศหลายรอบ ในเวทีการเจรจารอบสุดท้ายของแกตต์ (รอบดูราไว) ซึ่งใช้เวลาดัง 9 ปี (2529-2537) บรรดาประเทศสมาชิกได้ลงมติยกฐานะแกตต์ขึ้นเป็นองค์กร ให้ชื่อว่า องค์การการค้าโลก (World Trade Organization WTO) เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2538

จึงกล่าวได้ว่า องค์การการค้าโลก (ต่อไปนี้จะเรียกว่า WTO) มีวิวัฒนาการมาจากแนวคิดโดยตรง ปัจจุบัน WTO มีสมาชิก 148 ประเทศ มีภารกิจหลักคือการวางกฎเกณฑ์ระดับพหุภาคี และกำกับดูแลให้การค้าในหมู่ประเทศสมาชิกดำเนินไปอย่างเสรีในชั่วเวลาใดเสียกันนี้เองบรรดาประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกัน ก็เริ่มหันมาทำความตกลงร่วมกันเป็นเขตการค้าเสรีในระดับภูมิภาค ซึ่งมีชื่อเรียกต่างๆ กันตามภูมิภาคนั้นๆ เช่น เขตการค้าเสรีนาฟต้า (NAFTA) ในทวีปอเมริกาเหนือ และเขตการค้าเสรีอาฟต้า (AFTA) ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ไทยเราก็เป็นสมาชิกอยู่ด้วย เป็นต้น ประเทศสมาชิกของเขตการค้าเสรีระดับภูมิภาคเหล่านี้ส่วนใหญ่ หรือเกือบทั้งหมดก็เป็นสมาชิกเขตการค้าเสรีระดับพหุภาคีด้วย เช่น ประเทศไทยเราเป็นสมาชิกทั้งของ WTO และของเขตการค้าเสรีอาฟต้าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไปพร้อมกัน

ภายใต้การจัดระเบียบการค้าเสรีของ WTO ประเทศสมาชิกต่างมีอำนาจในการออกเสียงหนึ่งเสียงเท่ากัน ไม่ว่าจะเป็นประเทศเล็กหรือใหญ่ กฎกติกาข้อนี้บวกกับเงื่อนไขที่ว่า ข้อตกลงใดๆ ก็ตามที่เกิดขึ้นจากการเจรจาจะต้องได้รับฉันทามติจากประเทศสมาชิกทั้งหมดอย่างเป็นเอกฉันท์ ทำให้ประเทศกำลังพัฒนามีอำนาจต่อรองกับประเทศที่พัฒนาแล้วมากขึ้น โดยเฉพาะหากสามารถรวมตัวกันได้อย่างเหนียวแน่น ภายใต้ระบบของ WTO ประเทศมหาอำนาจจึงไม่สามารถใช้อิทธิพลครอบงำเพื่อบล็อกข้อเสนอลงให้เป็นไปตามที่ตนต้องการได้โดยสะดวก

สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่น สหรัฐอเมริกา เริ่มตระหนักถึงความลำบากในการผลักดันข้อเสนอผ่านกลไกของ WTO จึงหันมาให้ความสนใจในการเจรจาทำความตกลงการค้าเสรี (Free Trade Agreement - FTA) กับประเทศคู่ค้าประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นการเฉพาะแบบสองต่อสอง หรือที่เรียกว่า แบบทวิภาคี ปรากฏการณ์นี้ชัดเจนขึ้นภายหลังการเจรจาครั้งที่ 3 ของ WTO ที่

2. ประเทศไทยในระบบการค้าเสรี

ปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นสมาชิกเขตการค้าเสรีทั้ง 3 ระดับ คือ เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (พหุภาคี) มาตั้งแต่เริ่มแรกก่อตั้งองค์การนี้ขึ้นในปี พ.ศ. 2538 ขณะเดียวกัน ในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ อาเซียน ซึ่งได้ก่อตั้งเขตการค้าเสรีในระดับภูมิภาคของตนเอง เมื่อ พ.ศ. 2535 ที่เรียกชื่อว่า อาฟต้า ไทยก็ได้เป็นสมาชิกของเขตการค้าเสรีอาฟต้าด้วย นอกจากนี้ไทยยังได้เปิดเสรีทางการค้าแบบทวิภาคีเสรีกับประเทศจีน (ตุลาคม 2546) อินเดีย (กันยายน 2547) ออสเตรเลีย (มกราคม 2548) และเกาหลี (ธันวาคม 2545) แต่ยังไม่เปิดเสรีในทางปฏิบัติ) และกำลังดำเนินการเจรจาเพื่อเปิดเสรีการค้ากับ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ ปรู และประเทศในกลุ่ม BIMST-EC อันได้แก่ บังกลาเทศ บิรตัมพล เนปาล ศรีลังกา เมลล และภูฏาน (ยกเว้นอินเดียซึ่งได้เปิดเสรีการค้ากับไทยแล้ว (ดูรูปที่ 1))

ในการดำเนินการเจรจาเปิดเสรีการค้าเป็น รัฐบาลไทยได้ตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้น 3 คณะ (ดูรูปที่ 2) คือ

คณะเจรจา ซึ่งประกอบด้วย การเจรจาย่อยสำหรับแต่ละประเทศหลายคณะ เช่น คณะเจรจาสำหรับประเทศออสเตรเลีย คณะเจรจาสำหรับญี่ปุ่น เป็นต้น

คณะทำงานประสานยุทธศาสตร์และนโยบายการค้าระหว่างประเทศ ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างคณะเจรจากับคณะทำงานติดตามผลการเจรจา

คณะทำงานติดตามผลการเจรจา

3. ยุทธศาสตร์ในการเลือกประเทศคู่เจรจาเปิดเสรีการค้าแบบทวิภาคีของไทย

- เจรจาทบในประเทศที่มีขนาดทางเศรษฐกิจไทย เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น อินเดีย เป็นต้น
- เจรจาทบกับประเทศในกลุ่มประเทศที่มีศักยภาพ เช่น จีน อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์
- เจรจาทบในประเทศที่มีประเทศทางค้าไปสู่อุตสาหกรรม เช่น เกาหลีใต้ ซึ่งเป็นตลาดคู่ค้าหลักในระดับภูมิภาคอาเซียน และเป็นตลาดคู่ค้าหลักกับแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศในกลุ่ม BIMST-EC (เนปาล บิรตัมพล บังกลาเทศ ศรีลังกา อินเดีย เมลล และภูฏาน) เป็นต้น

เมืองซีแอตเติล ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2542 ซึ่งถูกคัดค้านและต่อต้านอย่างหนักจนในที่สุดไม่มีข้อตกลงใดๆ เกิดขึ้น

ปัจจุบันสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับการเจรจาแบบสองต่อสอง หรือที่เรียกว่าทวิภาคีอย่างมาก และได้เริ่มเจรจาแล้วกับหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งข้อตกลงระดับพหุภาคีได้เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกสามารถเจรจาคดกลงเป็นคู่ๆ ได้ โดยข้อตกลงดังกล่าวต้องไม่ขัดกับข้อตกลงของ WTO ดังนั้น การค้าเสรีในระบบทวิภาคี หรือ FTA จึงเป็นเสมือนส่วนย่อยของส่วนใหญ่อื่นๆ ทั้งหมดนั่นเอง

โดยนัยนี้ การค้าเสรีทั้ง 3 ระดับ คือระดับพหุภาคี (ภายใต้ข้อตกลงของ WTO) ระดับภูมิภาค (ภายใต้ข้อตกลงการค้าของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเดียวกันอย่างเช่นอาฟต้าและนาฟต้า) และระดับทวิภาคี (เช่น เขตการค้าเสรีไทย-จีน และเขตการค้าเสรีไทย-ออสเตรเลีย) จึงซ้อนทับกันอยู่อย่างแยกออกจากกันได้อย่าง

ทำไมต้องเข้าร่วมในการค้าเสรี?

การค้าระหว่างประเทศเป็นที่ยอมรับว่าสำคัญของการได้และความสำเร็จด้านเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ดังจะเห็นได้เช่นในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 54 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Products-GDP) มาจากการส่งออก รายได้ที่น่ามาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตลอดเวลาที่ผ่านมามีส่วนสำคัญก็มาจากการค้าขายกับต่างประเทศ

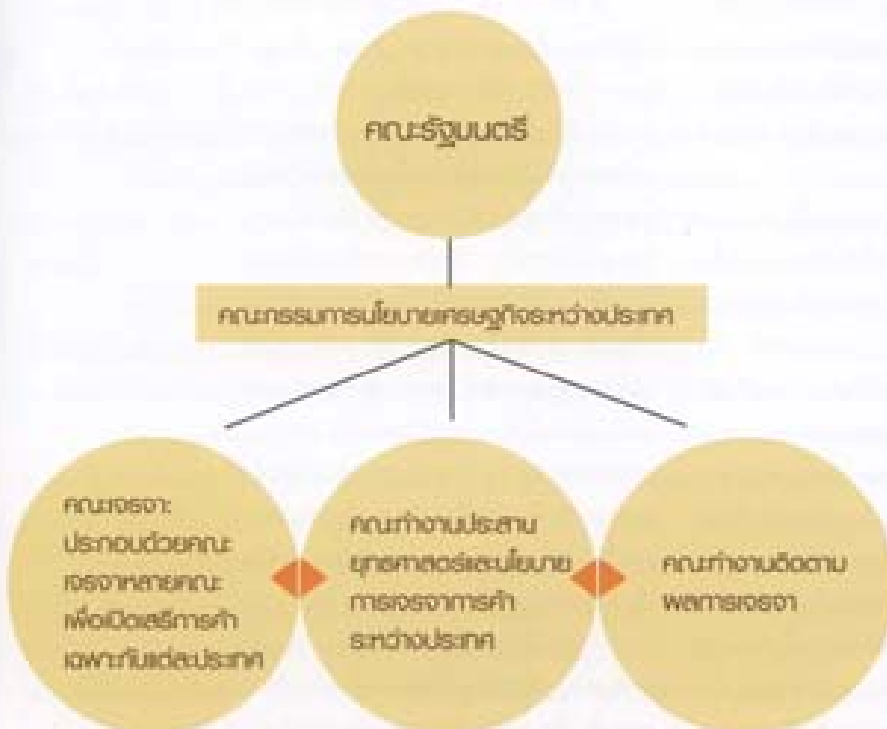
ประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาตั้งแต่สมัยอยุธยาได้ชี้ให้เห็นว่า ช่วงเวลาใดที่การค้ากับต่างประเทศรุ่งเรืองเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยก็เจริญก้าวหน้า แต่ช่วงเวลาใดที่การค้าขายกับต่างประเทศซบเซา ความเจริญก้าวหน้าทางสังคมและเศรษฐกิจก็ถดถอย ดังเช่นในช่วงเวลาประมาณ 170 ปี ตั้งแต่หลังแผ่นดินสมเด็จพระนารายณ์มหาราชแห่งกรุงศรีอยุธยาจนถึงสมัยรัชกาลที่ 4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ที่การค้ากับต่างประเทศเฉื่อยช้าลง ต่อมาเมื่อมีการทำ "สนธิสัญญาเบาว์ริง" กับประเทศอังกฤษ ในปี พ.ศ. 2389 การค้าขายกับต่างประเทศจึงกลับมารุ่งเรืองและขยายตัวอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีผลทำให้เศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก

การค้าเสรีเป็นเรื่องของการจัดระเบียบการค้าระหว่างประเทศ โดยมุ่งจัดอุปสรรคที่ทำให้การไหลเวียนของสินค้าระหว่างประเทศไม่ได้รับความสะดวก และไม่เป็นธรรม เพื่อให้ทุกประเทศ "ทำการค้ากันได้โดยเสรี" ภายใต้ระบบการค้าเสรีนี้ประเทศสมาชิกของ WTO สามารถส่งสินค้าของตนไปขายยังประเทศที่เป็นสมาชิกด้วยกันได้ โดยไม่มีอุปสรรคขวางกั้นหรือมีน้อยที่สุด อุปสรรคที่ว่านั้นอาจเป็นเรื่องกำแพงภาษีนำเข้า การกำหนดโควตาสินค้า หรือการกำหนดมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยของสินค้า เป็นต้น โดยนับว่าสินค้าจากประเทศที่เป็นสมาชิกของ WTO จึงได้เปรียบในการแข่งขัน ขณะที่สินค้าจากประเทศที่ไม่ได้เป็นสมาชิกจะเสียเปรียบ เพราะมีอุปสรรคต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

รูปที่ 1 ประเทศที่ไทยเจรจาเปิดการค้าเสรี



รูปที่ 2 โครงสร้างหน่วยงานในการเจรจาเปิดการค้าเสรีกับประเทศต่างๆ



ที่มา: กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์



ข้อตกลงและกลไกที่ ขับเคลื่อนการค้าเสรี

ในระดับพหุภาคี WTO มีข้อตกลงอันถือได้ว่าเป็นกลไกหลักๆ อยู่ 3 ส่วนที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ทำให้การจัดระเบียบการค้าโลกดำเนินไปได้ตามวัตถุประสงค์ คือ

● ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สิน

ทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (General Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - TRIPS หรือที่เรียกกันสั้นๆ ว่า "ทริปส์") ข้อตกลงนี้แหละที่จะมีผลต่อการเข้าถึงยาของคนไทย ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

● ข้อตกลงระดับพหุภาคีว่าด้วยการ

ค้าสินค้า (Multilateral Agreements on Trade in Goods - MATGs หรือ "แมทก์") ที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข เช่น ข้อตกลงมาตรฐานสุขอนามัยพืชและสัตว์ ข้อตกลงการจัดอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า เป็นต้น

● ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ

(General Agreement on Trade in Service - GATS หรือ "แกทส์")

ถ้าเปรียบเทียบการค้าเสรีระดับพหุภาคีเหมือนรถที่มีสามล้อ "ทริปส์" ซึ่งเป็นกฎกติกาว่าด้วยการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในการค้า ก็เปรียบเสมือนล้อหน้า "แมทก์" และ "แกทส์" ซึ่งเป็นกฎกติกาในเรื่องการค้าสินค้าและการค้าบริการเป็นเหมือนสองล้อหลัง โดยมี WTO ซึ่งเป็นองค์กรทำหน้าที่เหมือนเป็นคนขับ WTO มีการประชุมรัฐมนตรีของประเทศสมาชิก ซึ่งจัดทุกๆ 2 ปี ทำหน้าที่เป็นองค์กรตัดสินใจและให้การรับรองข้อตกลงระดับพหุภาคีในเรื่องต่างๆ (ดูรูปที่ 3)

การค้าเสรีในระดับภูมิภาคและระดับทวิภาคีก็อิงอยู่กับข้อตกลงหลักๆ ที่กล่าวข้างต้นแต่ก็จะมีข้อตกลงอื่นเพิ่มเข้ามาตามที่ประเทศคู่ค้าในกลุ่มหรือทั้งสองฝ่ายแล้วแต่กรณี จะตกลงกันเป็นการเฉพาะ

ด้วยเหตุนี้ ประเทศต่างๆ จึงตระหนักว่า การไม่เข้าร่วมในขบวนการค้าเสรีในภาวะที่ประเทศอื่นๆ เข้าร่วมขบวนการทั้งหมดแล้วนั้น อาจหมายถึงการเสียโอกาสและเสียเปรียบหลายด้าน ที่สำคัญคือ (1) เสียโอกาสในการมีบทบาทร่วมกำหนดกติกาและเงื่อนไขการค้าระหว่างประเทศ (2) เสียโอกาสทางการค้า และ (3) เสียเปรียบทางการค้าประเทศอื่นที่เข้าร่วมอยู่ในขบวนการการค้าเสรีของ WTO

ในขณะเดียวกัน ก็เป็นไปได้ที่การเข้าร่วมในการค้าเสรีจะทำให้ประชาชนในประเทศกลุ่มหนึ่งได้ประโยชน์ ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเสียประโยชน์ เช่น ถ้าเปิดให้สินค้าชนิดเดียวกับที่เราผลิตได้ดีในประเทศอยู่แล้วเข้ามาแข่งในตลาด ประชาชนผู้ผลิตสินค้านั้นอาจจะได้รับผลกระทบจากการขาดผลผลิตที่ต่ำลง ในขณะที่ประชาชนผู้บริโภคอาจจะได้ประโยชน์จากการที่มีสินค้าราคาถูกทำให้เลือกซื้อเป็นต้นทั้งหมดนี้ ขึ้นอยู่กับการวางแผนและการกำหนดยุทธศาสตร์ของชาติเพื่อรองรับการค้าเสรีเป็นกรณีๆ ไป

นอกจากนี้ การขยายตัวทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการขยายตัวของการค้ากับต่างประเทศยังทำให้รายได้ของชาติเพิ่มขึ้นสามารถนำไปชำระหนี้สาธารณะ และนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศได้หลายด้าน รวมทั้งด้านสาธารณสุขด้วย

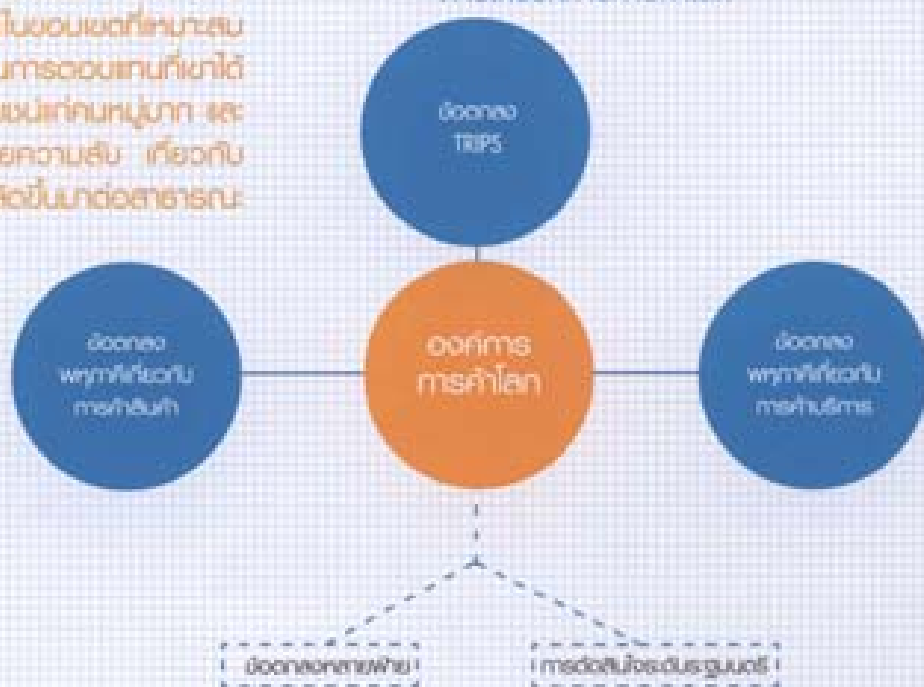
หลักฐานที่เป็นรูปธรรมของสิ่งที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2530 - 2540 ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งของการขยายตัวอย่างรวดเร็วนี้เป็นผลมาจากการเติบโตของการค้ากับต่างประเทศ ทำให้งบประมาณที่ใช้ชำระหนี้ต่างประเทศลดลงจากร้อยละ 25 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2530 เหลือเพียงร้อยละ 5 ใน พ.ศ. 2540 งบประมาณส่วนต่างร้อยละ 20 นี้ ได้กระจายไปในการพัฒนาประเทศหลายด้าน เฉพาะงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 7 ในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้สามารถขยายและพัฒนาสถานบริการในชนบทได้อย่างกว้างขวาง และเป็นรากฐานสำคัญอย่างหนึ่งในความสำเร็จของการพัฒนาสาธารณสุข

“

การคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตร มีลักษณะเป็นการให้สิทธิผูกขาดประโยชน์ในขอบเขตที่เฉพาะแก่ผู้เป็นเจ้าของสิทธิบัตร เพื่อเป็นการตอบแทนที่เขาได้ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่คนหมู่มาก และเพื่อแลกกับการที่เขาต้องเปิดเผยความลับ เกี่ยวกับกระบวนการผลิต และสิ่งที่เขาได้ผลิตขึ้นมาต่อสาธารณะ

”

รูปที่ 3 ข้อตกลงและกลไกที่ขับเคลื่อนการค้าเสรี ภายใต้องค์การการค้าโลก



ข้อตกลงทริปส์ (TRIPS)

ข้อตกลงทริปส์เป็นกลไกจัดระเบียบการค้าโลกที่สำคัญมาก และมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงยา ทริปส์ถือกำเนิดมาจากการเจรจารอบอุรุกวัยของแอกค์ด ก่อนที่จะมีการก่อตั้ง WTO เล็กน้อย ทริปส์ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 7 ส่วน มี 73 มาตราสาระสำคัญของทริปส์อยู่ที่การกำหนดให้ประเทศสมาชิกให้การคุ้มครองสิ่งที่เรียกว่า ‘ทรัพย์สินทางปัญญา’ โดยกำหนดให้ประเทศสมาชิกออกกฎหมายคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของตน ให้สอดคล้องกับข้อตกลงของทริปส์

ทรัพย์สินทางปัญญานี้หมายถึงบรรดาสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่มีความหมายในทางอุตสาหกรรม ซึ่งถูกสร้างสรรค์ขึ้นมา ทั้งที่เป็นงานด้านวรรณกรรม ศิลปะ การออกแบบ ซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ และที่เป็นผลิตภัณฑ์และกรรมวิธีการผลิตต่างๆ หรือเป็นวิธีดำเนินการทางธุรกิจ รวมถึงเครื่องหมายการค้าด้วย

การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญานำไปสู่ข้อตกลงทริปส์มีหลายระบบเฉพาะที่เกี่ยวข้องยาและการเข้าถึงยาได้แก่ระบบสิทธิบัตร ซึ่งเป็นระบบการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาสำหรับสิ่งประดิษฐ์ในรูปของผลิตภัณฑ์และกรรมวิธีการผลิต

การคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตร มีลักษณะเป็นการให้สิทธิผูกขาดผลประโยชน์ในขอบเขตที่เหมาะสมแก่ผู้เป็นเจ้าของสิทธิบัตร เพื่อเป็นการตอบแทนที่เขาได้ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่คนหมู่มาก และเพื่อแลกกับการที่เขายอมเปิดเผยความลับเกี่ยวกับกรรมวิธีการผลิต และให้เขาได้ผลิตขึ้นมาก่อสาธารณะ

สิทธิผูกขาดหมายถึง การจำกัดไม่ให้มีการผลิต การนำเข้า หรือการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกัน หรือกรรมวิธีการผลิตสำหรับผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันโดยบุคคลอื่น เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้ทรงสิทธิ สิทธิผูกขาดมีผลบังคับตลอดระยะเวลาที่สิทธิบัตรของผลิตภัณฑ์นั้นยังมีอายุคุ้มครองตามกฎหมายอยู่

ข้อตกลงทริปส์กำหนดว่า สิทธิบัตรมีอายุคุ้มครองถึง 20 ปี นับแต่วันที่เจ้าของผลิตภัณฑ์ยื่นเรื่องขอสิทธิบัตร จุดมุ่งหมายหลักของสิทธิบัตรนั้น นอกจากจะเป็นการให้ “รางวัล” แก่ผู้ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ อันเป็นประโยชน์แก่สังคมและมนุษยชาติแล้ว ยังมุ่งหมายเพื่อเป็นแรงจูงใจให้คนอื่นได้มีความมานะทุ่มเทที่จะทำการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ขึ้นมาด้วย หลักการสำคัญในเรื่องนี้อยู่ที่ว่า ต้องมีความสมดุลกันระหว่างผลประโยชน์ตอบแทนแก่บุคคลที่เป็นเจ้าของสิ่งประดิษฐ์ กับอำนาจหน้าที่ส่วนรวมหรือสังคมจะพึงได้รับจากการประดิษฐ์คิดค้นนั้น

ทริปส์วางกติกาพื้นฐานเกี่ยวกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรไว้ สำหรับให้ประเทศสมาชิกถือปฏิบัติ ซึ่งมีสาระสำคัญดังที่ได้สรุปไว้ในกรอบที่ 4

- ได้มีสิทธิบัตรคุ้มครองทั้งกระบวนการหรือกรรมวิธีที่ไม่มีการผลิต (process) และผลิตภัณฑ์ (product) ที่เกิดจากกรรมวิธีการผลิตนั้น เช่น ในการวิจัยและพัฒนายาตัวหนึ่งนั้นในทางจะผลิตยา “สารออกฤทธิ์” “สูตรตำรับยา” และ “กรรมวิธี” ในการผลิตสารออกฤทธิ์ หรือ ตำรับยานั้น ทั้งหมดนี้ส่วนสามารถขอสิทธิบัตรได้
- สิ่งประดิษฐ์ที่เข้าข่ายจะได้รับการคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตรจะต้อง (1) เป็นของใหม่ หมายถึงว่า ถ้าเป็นยาก็ต้องเป็นยาที่พัฒนามาใหม่ ไม่ใช่ยี่ห้อเก่ามาถาวร (2) มีขั้นตอนในการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นคือคิด และ (3) สามารถนำไปใช้ในอุตสาหกรรมได้
- กำหนดระยะเวลาในการคุ้มครองไว้อย่างน้อย 20 ปี นับแต่วันที่มีการยื่นขอสิทธิบัตร
- ระบบสิทธิบัตรคุ้มครองสิ่งประดิษฐ์ในทุกสาขาและทุกสถานที่ไม่เหมือนกันคนใด ไม่ว่าสิ่งนั้นจะประดิษฐ์ขึ้นภายในประเทศ หรือสั่งเข้ามาจากประเทศอื่นก็ตาม
- ในการยื่นขอสิทธิบัตร ผู้ยื่นจะต้องเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งประดิษฐ์นั้นอย่างสมบูรณ์ พร้อมทั้งขั้นตอนและวิธีการผลิตสิ่งนั้นด้วย และข้อมูลที่ยื่นนั้นจะต้องสามารถเปิดเผยต่อสาธารณะได้
- ประเทศสมาชิกจะสงวนสิทธิที่จะไม่ออกสิทธิบัตรให้สิ่งประดิษฐ์ต่อไปนี้ได้ คือ (1) สิ่งประดิษฐ์ที่ขัดต่อผลประโยชน์ทางสาธารณสุขและศีลธรรมอันดีงามในสังคม (2) วิธีการตรวจวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาโรค และวิธีการผ่าตัด (3) วิธีการคิด (ยกเว้นจุดคณิต) และกระบวนการทางชีววิทยาสำหรับผลิตพืชและสัตว์ (ยกเว้นกระบวนการทางจุลชีววิทยา) สำหรับพืชและสัตว์นั้น ถ้าต้องการจะคุ้มครองประเทศสมาชิกจะไม่กฎหมายที่สร้างขึ้นมาเป็นการเฉพาะของมันก็ไม่ได้ (ไม่จำเป็นต้องเป็นระบบสิทธิบัตร)

“ประเทศไทยมีกฎหมายสิทธิบัตรที่สอดคล้องกับทริปส์ก่อนที่จะมีการลงนามในข้อตกลงจัดตั้ง WTO ถึง 3 ปี และก่อนเวลาที่ทริปส์กำหนดให้ถึง 8 ปี ”

WTO กำหนดให้ทุกประเทศสมาชิกดำเนินการให้มีกฎหมายคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของตนให้สอดคล้องกับข้อตกลงทริปส์ ซึ่งถือว่าเป็นกฎกติกาพื้นฐาน โดยกำหนดเงื่อนไขเวลาไว้ต่างกันสำหรับประเทศที่มีระดับความเจริญแตกต่างกันดังนี้

- **ประเทศที่พัฒนาแล้ว** ให้ดำเนินการแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับข้อตกลงทริปส์ ให้เรียบร้อยภายในเวลา 1 ปี นับแต่ข้อตกลงทริปส์มีผลบังคับใช้ คือภายในปี พ.ศ. 2538 อันเป็นปีที่ก่อตั้ง WTO
- **ประเทศกำลังพัฒนา** ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 5 ปี คือภายในปี พ.ศ. 2543
- **ประเทศด้อยพัฒนา** ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 11 ปี คือภายในปี พ.ศ. 2549 และสามารถขยายได้ถ้าจำเป็น (เฉพาะเรื่องสิทธิบัตรยาได้ขยายออกไปอีก เป็น 21 ปี จนถึง พ.ศ. 2559)

ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา แต่ไทยมีกฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 กฎหมายสิทธิบัตรของไทยได้รับการแก้ไข เพื่อให้ได้มาตรฐานสากลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และมาตรฐานนี้ก็สอดคล้องกับที่กำหนดไว้ในทริปส์ ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากนั้น 3 ปี หมายความว่า ประเทศไทยมีกฎหมายสิทธิบัตรที่สอดคล้องกับทริปส์ ก่อนที่จะมีการลงนามในข้อตกลงจัดตั้ง WTO ถึง 3 ปี และก่อนเวลาที่ทริปส์กำหนดให้ถึง 8 ปี (ดูกรอบที่ 5) ทั้งนี้ เกิดจากแรงกดดันจากสหรัฐฯ ลักษณะดังกล่าวนี้กำลังเกิดขึ้นภายใต้ข้อตกลงการค้าทวิภาคี ซึ่งสหรัฐฯ จะกดดันให้คู่เจรจาเอชเอ็มวีหรือเสนอของคนที่ละประเทศๆ ก่อนที่จะนำประเด็นดังกล่าวเข้าเจรจาในระดับพหุภาคีต่อไป

ขณะเดียวกันทริปส์กำหนดไว้ชัดเจนว่า การละเมิด หรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่ได้ให้สัตยาบันไว้ในเรื่องนี้ อาจมีผลให้ถูกดองโทษ ด้วยการฟ้องร้องจากผู้เสียหายหรือถูก WTO ลงโทษทางการค้าได้ นั่นหมายความว่าเศรษฐกิจของประเทศอาจได้รับผลกระทบอย่างแรง

ประเทศไทยออกพระราชบัญญัติสิทธิบัตรเมื่อปี พ.ศ. 2522 ตาม พ.ร.บ.ปี สิทธิบัตรมีระยะเวลา
การคุ้มครอง 15 ปี และสิ่งประดิษฐ์ต่อไปนี้ไม่รวมอยู่ในพหุสิทธิบัตรที่จะได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิบัตร คือ

1. ผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่ม และยาหรือส่วนผสมของยา ยกเว้น กรรมวิธีการผลิตสิ่งเหล่านี้
(คุ้มครองเฉพาะกรรมวิธีการผลิต แต่ไม่คุ้มครองผลิตภัณฑ์)
2. เครื่องจักรกลที่ใช้ในการเกษตรกรรมโดยตรง
3. สิทธิ พืช หรือกรรมวิธีทางชีววิทยาในการผลิตสัตว์หรือพืช
4. กฎเกณฑ์และกฎวิธีการทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์
5. ระบบข้อมูลสำหรับการทำงานของเครื่องคอมพิวเตอร์
6. สิ่งประดิษฐ์ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย ก่อรรมอันดี อามนัย หรือสวัสดิภาพของประชาชน

ประมาณปี พ.ศ. 2529 ไทยถูกสหรัฐฯ กดดันให้แก้ไขกฎหมายหลายฉบับ รวมทั้งกฎหมายสิทธิบัตรด้วย
รัฐบาลไทยต้องยอมแก้ไขกฎหมายเหล่านั้น เมื่อแลกกับสิทธิพิเศษด้านการค้าเสรี การค้า การ
จึงถูกแก้ไขใน พ.ศ. 2535 โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

- ขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรให้ครอบคลุมถึงเรื่องยา อาหาร และเครื่องจักรกลการเกษตร
- ขยายระยะเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรจาก 15 ปี เป็น 20 ปี
- ปรับเปลี่ยนกรอบเงื่อนไขที่รัฐบาลจะออกมาตรการการบังคับใช้สิทธิ
- นิยามกรรมในการควบคุมสิทธิบัตรยา โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการสิทธิบัตรยาขึ้น

การแก้ไขฉบับ พ.ร.บ. สิทธิบัตรในปี พ.ศ. 2535 ทำให้ประเทศไทยมีระบบสิทธิบัตรที่ไ้มาตรฐานของ WTO
ก่อนที่จะมีการลงนามจัดตั้ง WTO ทั้ง 3 ปี และก่อนเวลาทรีปีที่กำหนดทั้ง 8 ปี

ต่อมา ในปี พ.ศ. 2542 มีการแก้ไข พ.ร.บ. นี้อีกครั้งหนึ่ง โดยให้ยกเลิกคณะกรรมการสิทธิบัตรยา และให้ป้ระบบ
การคุ้มครองพิวของสิทธิบัตรมาใช้

ความยืดหยุ่นในการบังคับใช้ข้อตกลงทรีปี เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงยา

ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาต่างวิตกกังวลในผลกระทบที่อาจมีต่อระบบสุขภาพของ
ประชาชนในประเทศตน อันเนื่องมาจากการบังคับใช้ข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาของทรีปี จึงได้ยก
ขึ้นเป็นประเด็นใหญ่ ในการประชุมระดับรัฐมนตรีของประเทศสมาชิก WTO ที่เมืองโดฮา ประเทศกาตาร์ เมื่อ
ปลายปี พ.ศ. 2544 ที่ประชุมเห็นได้ข้อตกลงว่าด้วยข้อตกลงทรีปีกับการสาธารณสุข (รู้จักกันทั่วไปใน
ชื่อว่า คำประกาศโดฮา) สำคัญที่สุดของคำประกาศโดฮา คือ ให้มีการยืดหยุ่นการบังคับใช้ข้อตกลงทรีปีใน
ส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิบัตรยา ทั้งนี้ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบซึ่งอาจเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพ ในประเทศกำลัง
พัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา (ดูกรอบที่ 6)

6. คำประกาศโดฮา

คำประกาศโดฮา เรื่อง “ทรีปีกับการสาธารณสุข” ได้กล่าวถึงประเด็นการผ่อนปรนสำคัญดังต่อไปนี้

- ทรีปีไม่ขัดขวาง และจะต้องไม่ขัดขวางประเทศสมาชิกในการใช้มาตรการใดๆ เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนของตน
- การบังคับใช้ข้อตกลงทรีปี จะต้องทำในลักษณะที่เป็นการสนับสนุนสิทธิของประเทศสมาชิก ในอันที่จะคุ้มครองสุขภาพของประชาชนของตน
และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องทำในลักษณะที่จะส่งเสริมการเข้าถึงยาสำหรับทุกคน
- ทรีปียอมรับในสิทธิของประเทศสมาชิกที่จะใช้ความยืดหยุ่น เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน มาตรการยืดหยุ่นเหล่านี้
รวมถึง การบังคับใช้สิทธิ ในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ
- ทุกประเทศมีสิทธิที่จะกำหนดได้ด้วยตนเองว่า ในสถานการณ์เช่นไรสมควรจะใช้สิทธิอันนี้ โดยปกติเป็นที่เข้าใจว่า สถานการณ์เช่นนี้เป็น
เรื่องความจำเป็นเร่งด่วนที่จะแก้ปัญหาสำคัญ รวมทั้งเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย หรือโรคระบาดอื่นๆ
- ประเทศสมาชิกมีสิทธิกำหนดมาตรการที่จะใช้ในการนี้ได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการถูกขัดขวาง ภายใต้กฎแห่งการปฏิบัติต่อประเทศ
สมาชิกทั้งหลายโดยเท่าเทียมกัน (Most Favored Nations-- MFN) และกฎแห่งการปฏิบัติต่อกันของชาติสมาชิกอื่นเท่าเทียมกับคนชาติ
ของตน (National Treatment-- NT)

ข้อเรียกร้องที่มากเกินไปว่า “ทริปส์” (TRIPS Plus หรือ ทริปส์พลวก)

เพื่อให้บริษัทธุรกิจของคนที่เป็นเจ้าของสิทธิบัตรยาจำนวนมาก ได้รับผลประโยชน์มากขึ้น ประเทศมหาอำนาจในด้านการผลิตยาของโลก อย่างเช่นสหรัฐอเมริกา จึงเรียกร้องให้ประเทศคู่เจรจาการค้าเสรีแบบทวีภาคีกับตน เพิ่มมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตร ให้สูงและเริ่มงวดยิ่งขึ้นกว่าที่กำหนดไว้ในข้อตกลงทริปส์ สหรัฐฯได้เรียกร้องเรื่องนี้จนประสบความสำเร็จมาแล้ว ในการเจรจาการค้าเสรีกับประเทศสิงคโปร์และจีน

ข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ ถูกขนานนามว่าเป็นข้อเรียกร้องที่มากเกินไปทริปส์ หรือ ทริปส์พลวก (TRIP Plus) ซึ่งมีสาระสำคัญเฉพาะที่เกี่ยวกับเรื่องยา ดังต่อไปนี้

- ให้ขยายการคุ้มครองสิทธิบัตร จาก 20 ปี เป็น 25 ปี ในกรณีที่การพิจารณาการออกสิทธิบัตรล่าช้า หรือมีความล่าช้าในกระบวนการขึ้นทะเบียนคำรับยา

- ให้บริษัทผู้ผลิตยาดำเนินสิทธิ “ผูกขาดข้อมูล” การทดสอบความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยาที่มีการจดสิทธิบัตรไว้แล้ว เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี ผู้ใดจะนำข้อมูลนี้ไปใช้เพื่อประกอบการขึ้นทะเบียนยาหรือสามัญไม่ได้

- ให้จำกัดขอบเขตการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (เพื่อผลิตยาสามัญ จากยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง) และมาตรการนำเข้าช้อน (เพื่อนำเข้ายาที่มีราคาถูก)

- ให้ขยายการคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตรให้ครอบคลุมถึงประดิษฐ์ทุกอย่าง รวมถึง พืช สัตว์ ซอฟต์แวร์ และวิธีการดำเนินการทางธุรกิจด้วย

- ให้ประเทศคู่เจรจาเข้าเป็นสมาชิกสนธิสัญญาว่าด้วยความร่วมมือทางสิทธิบัตร (Patent Co-operation Treaty - PCT) ซึ่งเป็นสนธิสัญญาเพื่ออำนวยความสะดวกในการจดสิทธิบัตรแบบนานาชาติ ทั้งนี้เพื่อเปิดทางให้การยื่นขอจดสิทธิบัตรของสินค้าจากสหรัฐฯ ในประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นเป้าหมาย ทำให้สะดวกและใช้เวลาน้อยลง

ข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ (ที่เรียกว่า “ทริปส์พลวก”) ที่กล่าวมาข้างต้น มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อการเข้าถึงยา เพราะทำให้ยาที่มีสิทธิบัตรมีราคาสูง และมีการผูกขาดตลาดอยู่ยาวนานเกินไป ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย นอกจากนี้แล้ว โครงการหลักประกันสุขภาพระดับชาติ อย่างเช่นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และนโยบายการเข้าถึงยาผ่านไวรสเอดส์ ก็จะได้รับผลกระทบด้วย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ประเด็นสำคัญของคำประกาศโคธา คือการยืนยันสิทธิของประเทศสมาชิกที่จะสามารถใช้มาตรการความยืดหยุ่น ภายใต้ข้อตกลงทริปส์ได้ ในกรณีที่มีปัญหาฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เช่น ในสถานการณ์ที่ยารักษาโรคระบาดเกิดขาดแคลน หรือยาที่จำเป็นมีราคาแพงเกินกว่าที่ประชาชนทั่วไปจะจ่ายได้ มาตรการยืดหยุ่นดังกล่าวได้แก่

1. **มาตรการการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing)** เป็นมาตรการที่รัฐบาลของประเทศสมาชิกสามารถให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชน ผลิตยาที่มีสิทธิบัตรได้ในกรณีที่มีความจำเป็น เพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนทางสาธารณสุขในประเทศ

2. **มาตรการนำเข้าช้อน (parallel importation)** เป็นมาตรการที่รัฐบาลของประเทศสมาชิกสามารถให้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชน นำเข้ายาชนิดเดียวกับที่ได้จดสิทธิบัตรไว้ในประเทศ แต่มีราคาถูกกว่า ที่ผลิตหรือมีขายอยู่ในประเทศอื่นได้ ในกรณีที่มีความจำเป็น เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนยาในประเทศ

การใช้มาตรการทั้งสองนี้จะต้องทำภายใต้สถานการณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผลและโปร่งใส ทั้งนี้ ต้องทำความตกลงกับเจ้าของสิทธิบัตรในเรื่องผลประโยชน์ที่เหมาะสมด้วย การใช้สิทธิในกรณีเช่นนี้ จะต้องไม่กระทบของประเทศไทยจนเกินไป จึงจะเป็นกระบวนการใช้ที่ถูกต้อง

นอกจากนี้คำประกาศโคธา ยังเห็นชอบให้ประเทศที่ไม่มีศักยภาพในการผลิตยาที่มีสิทธิบัตรสามารถใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ โดยให้ประเทศอื่นที่มีศักยภาพในการผลิตยา ทำการผลิตยาที่มีสิทธิบัตรเพื่อส่งมาขายในประเทศตนได้

กฎกติกาที่กำหนดในทริปส์ นี้จะเป็นเรื่องที่จะต้องเริ่มงวดและยากที่จะปฏิบัติได้ทันที สำหรับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา ก็จริง แต่ทริปส์ยังให้มีการยืดหยุ่น ทั้งในแง่เวลาและมาตรการที่จะนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยา อันอาจเกิดจากการบังคับใช้ข้อตกลงทริปส์ ในแง่นี้ ถึงแม้ทริปส์จะมีผลกระทบต่อการใช้ถึงยา แต่ผลกระทบก็ยังไม่รุนแรงจนเกินไป อีกทั้งยังมีทางออกที่ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาสามารถนำมาใช้ได้

“

การได้สิทธิบัตรจึงเป็นเสมือน การได้อำนาจผูกขาดแบบเบ็ดเสร็จ

”

การกำสิทธิทำให้ยามีราคาสูงได้อย่างไร

ควรทำความเข้าใจกันตรงนี้ก่อนว่า สิ่งที่กำหนดราคายา นั้นมีปัจจัยหลักๆ อยู่ 2 ด้าน ด้านหนึ่งเป็นเรื่องของต้นทุนในการ วิจัยพัฒนาและการผลิตยา อีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องของ “การกำหนดราคา” เช่นการโฆษณา และการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น สอง ด้านนี้เป็นปัจจัยที่เรามองเห็นได้ชัด แต่มีอีกด้านหนึ่งที่เรามองไม่เห็น ไม่ค่อยชัด แต่มีความสำคัญมาก นั่นคือ **สิทธิบัตรยา** ซึ่งให้สิทธิผูกขาด ทำให้โอกาสการแข่งขันในด้านราคายาต้องไปมาก และมีผลทำให้ยามีราคาสูง

สิทธิบัตรยา จึงเป็นเสมือน “ภูมิคุ้มกัน” ที่มองไม่เห็น ซึ่งมีผลทำให้ราคายาสูง และสูงอยู่นาน คราวเท่าที่ “สิทธิผูกขาด” นั้น ยังมีอยู่

นั่นแปลว่า ถ้าให้ยาสองชนิดมีต้นทุนในการผลิตและการตลาดเท่ากัน ยานชนิดหนึ่งมีสิทธิบัตร อีกชนิดหนึ่งไม่มี ยาที่มีสิทธิบัตรจะมีโอกาสในการตั้งราคาได้สูงกว่า เพราะมีสิทธิผูกขาด และราคายาจะสูงอยู่นาน หรือสูงขึ้นเรื่อยๆ คราวเท่าที่สิทธิบัตรยัง “คุ้มครอง” อยู่

นักวิเคราะห์ส่วนมากมองความเห็นตรงกันว่า สิ่งสำคัญในการค้าเสรีที่ทำให้ยามีราคาแพง และมีผลกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชนทั่วไป ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศในโลกร่วมกัน ก็คือการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรจนเกินขนาด (over protection) ดังที่ปรากฏในทวีปส์แอฟริกา ซึ่งเป็นชื่อเรียกชื่อของสหรัฐ ในการเจรจาการค้าเสรีแบบทวีปส์

“

สิทธิบัตรยาเป็นเสมือน “ภูมิคุ้มกัน”
ที่มองไม่เห็นซึ่งมีผลทำให้ยามีราคา
สูง และสูงอยู่นานตราบเท่าที่สิทธิ
ผูกขาดนั้นยังมีอยู่

”

ผูกขาดตลาด

ไม่ว่าจะเป็นทวีปส์ หรือทวีปส์แอฟริกา ชื่อเท็จจริงเกี่ยวกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรมีอยู่ว่าผลิตภัณฑ์ใดที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง เจ้าของสิทธิบัตรมีสิทธิตามกฎหมายที่จะผูกขาดผลประโยชน์จากผลิตภัณฑ์นั้นแต่ผู้เดียว การผูกขาดผลประโยชน์ในทางการค้านี้ ไม่มีวิธีใดที่ได้ผลแน่นอนยิ่งกว่าการผูกขาดตลาด นั่นคือ ต้อง “กัน” ไม่ให้คู่แข่งนำผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันมาขายแข่งในตลาด ดังนั้น คราวใดที่สิทธิบัตรยังมีอยู่ การคุ้มครองตามกฎหมายอยู่ คู่แข่งรายอื่นก็หมดสิทธิ์ที่จะทำผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกัน หรือผลิตภัณฑ์ที่ผลิตด้วยกรรมวิธีเดียวกันออกมาขายแข่งในตลาด

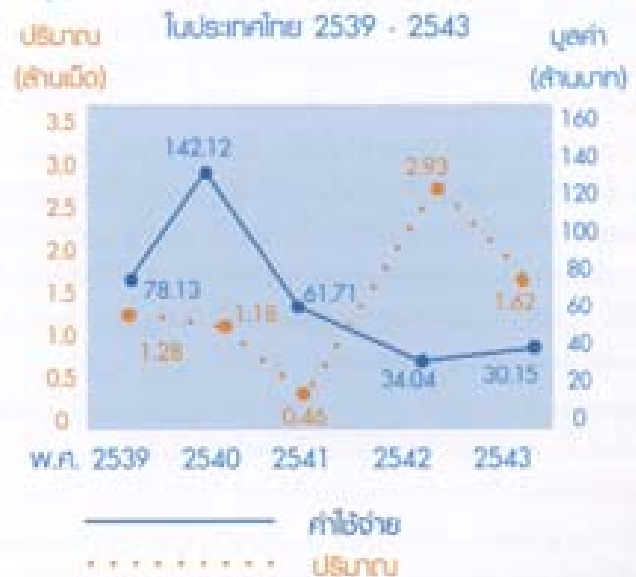
การได้สิทธิบัตรจึงเป็นเสมือนการได้อำนาจผูกขาดแบบเบ็ดเสร็จ

ในสถานการณ์ที่มีการผูกขาดแบบเบ็ดเสร็จนั้น เจ้าของผลิตภัณฑ์สามารถตั้งราคายาในตลาดได้สูงที่สุด เท่าที่เขาจะพอใจและเท่าที่กลไกตลาดเอื้อให้ ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่ยามีสิทธิบัตร (หรือ ยาต้นตำรับ) จะมีราคาสูงมาก และกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชน ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศในโลกร่วมกัน

ข้อมูลและผลการศึกษาต่อไปนี้ ยืนยันสิ่งที่กล่าวข้างต้นได้:

1. กรณียารักษาการติดเชื้อรา Fluconazole เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่แสดงให้เห็นว่า สิทธิบัตรยาทำให้ยามีราคาสูง และมีผลกระทบต่อ การเข้าถึงยาของประชาชน มีข้อมูลว่า ก่อนที่ยังไม่มียาชื่อสามัญออกมาแข่งในตลาดยาในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2541 นั้น ค่าใช้จ่ายยา Fluconazole จะสูง ในขณะที่ปริมาณการใช้ (การเข้าถึงยา) จะต่ำ แต่พอมียาชื่อสามัญออกมาในปี พ.ศ. 2542 ค่าใช้จ่ายยาคือลดลงกว่าเท่าตัว ขณะที่ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า (ดูรูปที่ 4)

รูปที่ 4 ค่าใช้จ่ายยาและปริมาณการใช้ยา Fluconazole



ที่มา: mahanakulpho พ.ศ. 2542:43

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบราคายาของยาเคยมีสิทธิบัตร กับยาไม่เคยมีสิทธิบัตรที่ผลิตในประเทศสำหรับโรคเรื้อรังบางชนิด

ยา / ชื่อสามัญ	ราคายาเดิม / (บาท / รูเบิล)	ราคายาใหม่ (บาท / รูเบิล)	ยาเดิม/ยาใหม่ (บาท)
ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์			
Ribapirin 300 mg	16.0 / Ribadin	2.6	6.2
ยาต้านเบาหวาน			
Glibenclamide 5 mg	2.9 / Dacil®	0.2	14.5
Glicide 5 mg	4.0 / Minidab®	0.4	10.0
Metformin 500 mg	2.3 / Glucophage®	0.3	7.7
ยาสูดหายใจ			
Sabutamol MDI 200 puff	139.1 / Ventolin® inhaler	83.5	1.7
Terbutaline 2.5 mg	2.2 / Brycan®	0.8	2.8
Budesonide MDI 200 / puff	354.2 / 100 puff / Pulmicort®	250 / 200 puff	2.8

ที่มา: ข้อมูลจาก สหประชาชาติ, รัสเซีย, สหประชาชาติ, รัสเซีย, 2547 น. 246

2. รักษาโรคหัวใจขาด และ นุเคราะห์ เกษสมบุรณ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เปรียบเทียบให้เห็นราคาขายส่งที่แตกต่างกัน ของยาต้านไวรัสที่เคยมีสิทธิบัตร และยาชื่อสามัญที่ไม่มีสิทธิบัตรที่ผลิตในประเทศ สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังบางชนิด เช่นโรคติดเชื้อ เอดส์และหอบหืด ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าราคายาต้านไวรัสที่มีสิทธิบัตรสูงกว่าราคายาชื่อสามัญที่ไม่มีสิทธิบัตรประมาณ 2 - 10 เท่า แล้วแต่ชนิดของยา ดังแสดงในตารางที่ 1

3. จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ จากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เปรียบเทียบราคายาต้านไวรัสเอดส์กลุ่ม NRTI ในตลาดยาของไทย ในช่วงเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 - 2547 พบความแตกต่างอย่างมากของราคา ระหว่างยาต้านไวรัส กับยาชื่อสามัญ เช่น ยา AZT+3TC ถ้าเป็นยาชื่อสามัญ จะมีราคาประมาณ 25 บาท แต่ถ้าเป็นยาต้านไวรัส จะมีราคาประมาณ 140 บาท ส่วนยา d4T40mg ถ้าเป็นยาชื่อสามัญราคาไม่เกิน 10 บาท แต่ถ้าเป็นยาต้านไวรัส ราคาจะประมาณ 90 บาท เป็นต้น

4. ในทำนองเดียวกัน UNAIDS ทำการเปรียบเทียบราคายาต้านไวรัสเอดส์ (ARV) ที่ไม่มีการแข่งขัน (เพราะมีสิทธิบัตรคุ้มครอง) กับยาที่มีการแข่งขัน (ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง) ในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2539-2543 พบว่า ราคาของยาที่ไม่มีการแข่งขันลดลงเพียงเล็กน้อย (ประมาณ 1 ใน 5) เท่านั้น ขณะที่ยาที่มีการแข่งขัน (ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง) ราคาลดลงมากทุกปี ในที่สุดท้าย (ปีที่ 5) ของการเปรียบเทียบ ราคายาในกลุ่มนี้ลดลงระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 90 แล้วแต่ชนิดของยา

ยาราคาถูก: เป็นไปได้แต่ต้องรอให้กำลังเสียก่อน

ตามข้อตกลงของทริปส์ สิทธิบัตรมีอายุคุ้มครองถึง 20 ปี นับแต่วันที่ขึ้นคำขอจด และกฎหมายสิทธิบัตรของไทยก็ได้มีการแก้ไขตั้งแต่ปี 2535 ให้สิทธิบัตรคุ้มครองได้นานถึง 20 ปี

นั่นหมายความว่า การแข่งขันซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้ราคายาถูกลงนั้นจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่ออายุการคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรของยานั้นหมดแล้วเท่านั้น

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ เนื่องจากบริษัทผู้ผลิตยาจะต้องทำการวิจัยและพัฒนา และทำการขึ้นทะเบียนยาให้เรียบร้อยแล้วจึงจะนำยาออกวางจำหน่ายในท้องตลาดได้ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 8-12 ปี นับแต่วันที่ขึ้นขอจดสิทธิบัตร ดังนั้น สิทธิบัตรการตลาดจริงๆ จึงมักจะไม่ถึง 20 ปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 8-12 ปี ขึ้นอยู่กับว่าใช้เวลาในกระบวนการของสิทธิบัตรและขอขึ้นทะเบียนนานเท่าไร

แต่ถ้าการเจรจาเปิดเสรีการค้าไทย-สหรัฐฯ จบลงด้วยการที่ไทยต้องยอมรับข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ (ที่เรียกว่า "ทริปส์ผนวก") ดังที่เกิดขึ้นแล้วในกรณีข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างสหรัฐฯ-สิงคโปร์ และสหรัฐฯ-จีน การคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรก็จะยืดออกไปอีก 5 ปี ซึ่งเท่ากับขยายเวลาผูกขาดออกไปอีกราวหนึ่งในสามทีเดียว

ระยะเวลาที่ต้องรอ 8 - 12 ปี (หรืออาจจะมากกว่านั้นในกรณีทริปส์ผนวก) นั้น นานพอที่จะทำให้ยาคงกล่าวกลายเป็นยาเก่า ซึ่งก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือเป็นยาที่มีประสิทธิผลการใช้มานาน แพทย์และผู้ใช้ยาจึงคุ้นเคยที่จะเกิดขึ้นได้ดี ข้อเสียคืออาจกลายเป็นยาที่ล้าสมัยใช้การไม่ได้แล้ว และถ้าเป็นเช่นนั้น วงการรักษาก็อาจจะไม่ส่งยาตัวนั้นให้แก่คนไข้ต่อไป และถ้ามีการพัฒนายาตัวใหม่ขึ้นมาแทน วงการรักษาก็อาจจะหันมาส่งยาตัวใหม่มากกว่ายาตัวเก่า แต่ยาที่ใหม่ก็มักเป็นยาคิดสิทธิบัตร ซึ่งก็หมายความว่าราคายาใหม่มักสูงกว่าแน่นอน

โดยนัยนี้ วงจรแห่งยาราคาถูกก็จะต่อเนื่องไปเรื่อยๆ และโอกาสที่ยาราคาต่ำจะเกิดขึ้นก็จะน้อยลงไปด้วย

“

ประมาณ 1 ใน 4 ของยาต้นตำรับทั้งหมด
สิทธิบัตรระหว่างปี 2529-2533 เท่านั้น
ที่ถูกนำมาผลิตเป็นยาชื่อสามัญออกสู่ตลาด

”

รอนาน แต่ก็หวังได้ไม่มาก

ถึงแม้ประชาชนอาจจะรอได้ถึง 8-12 ปี แต่โอกาสที่จะได้
ใช้ยาชื่อสามัญที่ราคาค่าก็ไม่ใช่ว่าเกิดขึ้นได้ง่ายๆ มีเหตุผล 2 ประการ
ที่อยู่เบื้องหลังความยากลำบากนี้

ประการที่หนึ่ง บริษัทผลิตยาอาจจะใช้ความได้เปรียบ ทำให้
ยาที่มีสิทธิบัตรของคนได้รับการคุ้มครองต่อไปอีก โดยไม่ยอมให้
ผลประโยชน์หลุดมือไปได้ง่ายๆ ด้วยกลวิธีที่แยบยลในการ “แปลง”
ยาที่หมดสิทธิบัตรแล้วให้เกิดเป็น “ยาตัวใหม่” ขึ้นมา เพื่อที่จะให้
สามารถนำไปจดสิทธิบัตรใหม่ได้อีก (คือ “ใหม่” จึงจะขอจดสิทธิ
บัตรได้)

จิราพร ลิมปานานนท์ และคณะ ได้วิเคราะห์ค่าของจดสิทธิ
บัตรยาในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2535-2545 พบว่า กลวิธีที่
บริษัทผลิตยาดำเนินการทำให้ยาที่หมดสิทธิบัตรแล้ว “ฟื้นชีพ” เป็น
ยาใหม่ที่สามารถนำไปจดสิทธิบัตรได้อีกนั้น มีหลายแบบ เช่น:

- นำเอายาเก่าที่สิทธิบัตรหมดอายุแล้ว แต่ได้พบว่ามีผลใน
การรักษาอย่างอื่นอยู่ด้วยมาจดสิทธิบัตร โดยอ้างว่าเป็น “ความ
ใหม่ในการรักษา”

- ปรับการใช้ยาที่หมดสิทธิบัตรแล้วเสียใหม่ เช่นจากการใช้
วันละ 3 ครั้ง เป็นใช้วันละ 2 ครั้ง แล้วนำไปจดสิทธิบัตรโดยอ้าง
ว่าเป็น “ความใหม่ในการใช้” หรือ

- นำเอายาที่หมดสิทธิบัตรแล้วมาผสมกับยาที่กำลังจะหมด
สิทธิบัตร หรือเอายาที่หมดสิทธิบัตรแล้วทั้งคู่มารวมกัน แล้วนำไป
จดสิทธิบัตรโดยอ้างว่า “เป็นยาใหม่”

ผลการวิเคราะห์ของ จิราพร ลิมปานานนท์ และคณะ แสดง
ให้เห็นว่า สูตรตำรับยาที่มีการนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตรในช่วงเวลา
ที่ทำการศึกษาระหว่างปี พ.ศ. 2535-2545 นั้น เป็นสูตรผสมแบบ
เอายาเก่ามาแปลงเป็นยาใหม่ ดังกล่าวข้างต้น ถึงร้อยละ 72

ประการที่สอง เป็นเรื่องของศักยภาพในการผลิตยาของไทย
กล่าวคือแม้จะสามารถนำสูตรยาต้นตำรับมาผลิตเป็นยาชื่อสามัญได้
โดยไม่มีปัญหาเรื่องสิทธิบัตรเลย แต่โรงงานยาในประเทศไทยก็
ไม่สามารถนำมาผลิตได้ทั้งหมด มีการศึกษาพบว่า ประมาณ 1 ใน 4
ของยาต้นตำรับที่หมดสิทธิบัตรระหว่างปี 2529-2533 เท่านั้น ที่
ถูกนำมาผลิตเป็นยาชื่อสามัญออกสู่ตลาด ที่เหลืออีกราว 3 ใน 4
ไม่ได้ถูกนำมาผลิต ทั้งนี้ เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ แต่ที่
สำคัญได้แก่

(1) **ขนาดของตลาด** โรงงานยา
เลือกผลิตยาชื่อสามัญเฉพาะตัวยาที่ขายดี
เท่านั้น

(2) **เทคโนโลยีในการผลิต** ยาต้น
ตำรับบางตัวต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่
โรงงานยาไทยไม่มี โดยเฉพาะยากุ่มโรคหัวใจ
และชีววัตถุ

(3) **การหาแหล่งวัตถุดิบ** วัตถุดิบ
สำหรับผลิตยาโดยมากมักจะต้องมาจากต่างประเทศ
สำหรับตำรับยาบางตัววัตถุดิบมี
ราคาแพง ผู้ผลิตมักจะไม่ให้ความสำคัญ
มากนัก เพราะเหตุผลด้านต้นทุนและผล
ตอบแทนที่จะเกิดขึ้น

โดยสรุปก็คือ การนำยาต้นตำรับ (มี
สิทธิบัตร) มาผลิตเป็นยาชื่อสามัญที่ราคา
ถูกลง เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้า
ถึงได้มากขึ้นนั้น ไม่ใช่สิ่งที่เป็นไปได้ง่าย
เท่าใดนัก และแม้จะเป็นไปได้ เราก็ไม่อาจ
จะคาดหวังได้เสมอไปว่ายาต้นตำรับที่สิทธิ
บัตรหมดอายุแล้วส่วนใหญ่จะถูกนำมาผลิต
เป็นยาชื่อสามัญ เพราะยังมีปัจจัยด้านผู้
ผลิตคือโรงงานยา และปัจจัยด้านตลาดยา
ซึ่งยังเป็นอุปสรรคอยู่ ผลที่ตามมาคือยาต้น
ตำรับที่เอามาผลิตเป็นยาชื่อสามัญที่ราคา
ถูกยังคงมีจำนวนจำกัด และนี่ก็ย่อมทำให้
การเข้าถึงยาของประชาชนเป็นไปได้ใน
ขอบเขตที่จำกัดด้วย

ใครบ้างได้รับผลกระทบ?

คำตอบสำหรับคำถามนี้ชัดเจนอยู่แล้วในสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น นั่นคือ เนื่องจากข้อกำหนดในทรัพย์สินของ WTO และข้อเรียกร้องทรัพย์สินทางปัญญาของสหรัฐ เป็นสาเหตุทำให้เรามีราคาสูง ดังนั้น ทุกคนที่จำเป็นต้องใช้ยา และโดยเฉพาะยามีสิทธิบัตรนั้นแหละ คือผู้ที่จะได้รับผลกระทบ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แต่ผลกระทบก็อาจไม่ได้หยุดยั้งแค่ระดับบุคคลเท่านั้น เมื่อเรามีราคาสูง ผลกระทบย่อมมีต่อเนื่องไปถึงระดับครอบครัวและสังคม ซึ่งย่อมรวมถึงโครงการสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการโดยรัฐและเอกชน เช่น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาล ตลอดจนสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ล้วนอยู่ในข่ายที่จะได้รับผลกระทบทั้งสิ้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยามีสิทธิบัตรเป็นเพียงบางส่วนของยาที่มีอยู่ในท้องตลาด และเนื่องจากยามีสิทธิบัตรมักเป็นยาสำหรับรักษาการเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ ๆ หรือโรคเรื้อรัง เช่น เอชไอวี/เอดส์ โรคไต มะเร็ง การคิดเชื้อจากไวรัสและแบคทีเรีย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง และหอบหืด เป็นต้น ดังนั้น ผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก็จะได้แก่ผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้ ซึ่งในอีกนัยหนึ่ง มีจำนวนเป็นแสนเป็นล้าน โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างเดียวก็มีไม่น้อยกว่า 600,000 คน

ประชาชนรายได้น้อยจะได้รับผลกระทบหรือไม่? มองในภาพรวม ถ้ายาและบริการสุขภาพอื่นๆ ราคาสูง ผู้ที่จะได้รับผลกระทบก่อน และมากกว่าใครๆ ก็คงหนีไม่พ้นคนยากจน ตามสถิติในปี 2545 มีครัวเรือนยากจนอยู่ประมาณ 1.5 ล้านครัวเรือน (จากทั้งหมดประมาณ 16 ล้านครัวเรือน) และมีประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนเหล่านี้ประมาณ 6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ

ประชาชนที่ยากจนเหล่านี้คือผู้ที่เสียเปรียบในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ดังที่กล่าวกันว่า “ความยากจนกับความเจ็บไข้ มักจะมาด้วยกัน” ดังนั้น ถ้าการเปิดเสรีการค้าส่งผลให้ยาราคาสูง อันเนื่องมาจากการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาดัวยระบบสิทธิบัตรอย่างเข้มงวดและนานเกินไป สุขภาพของคนยากจนก็จะได้รับผลกระทบเต็มๆ

ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ที่พึ่งทางสุขภาพของประชาชนรายได้น้อย โดยเฉพาะในชนบท ส่วนใหญ่คือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค รองไปจากนั้นคือกองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ แต่เนื่องจากโครงการสาธารณะด้านสุขภาพเหล่านี้ก็จะได้รับผลกระทบจากราคายาที่สูงด้วย ดังนั้น จึงเป็นเรื่องยากที่ประชาชนทั้งที่ยากจนและไม่ยากจนจะหลีกเลี่ยงผลกระทบนี้ได้

ผลกระทบต่อโครงการประกันสุขภาพ: เมื่อยาราคาสูงไม่ว่าจะเนื่องมาจากข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญา WTO หรือทรัพย์สินทางปัญญาของสหรัฐอเมริกาก็ตาม โครงการประกันสุขภาพอย่าง

“

ทุกคนที่จำเป็นต้องใช้ยา และโดยเฉพาะยามีสิทธิบัตรนั้นแหละ คือผู้ที่ได้รับผลกระทบ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

”

เช่นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กองทุนประกันสังคม หรือกองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ก็มีโอกาสจะได้รับผลกระทบด้วยทั้งหมด

ผลกระทบต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นกรณีที่น่าจับตามองเป็นพิเศษ เนื่องจากโครงการนี้เพิ่งจะเริ่มดำเนินการใหม่ๆ ยังตั้งหลักไม่ได้เต็มที่ ปัญหางบประมาณที่โรงพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งร่วมในโครงการฯ ประสบอยู่ ณ วินาที ที่หนักหนาพอสมควรอยู่แล้ว คงจะเห็นได้ว่า มีโรงพยาบาลในโครงการหลายแห่งขาดสภาพคล่อง เพราะงบประมาณที่ได้รับไม่สะท้อนความเป็นจริงเท่าที่ควร

การเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐในอนาคตรุนแรงขึ้น หากไทยต้องยอมรับเงื่อนไขในทรัพย์สินทางปัญญาตามที่สหรัฐเรียกร้อง อาจจะเป็นการซ้ำเติมปัญหางบประมาณของโครงการ 30 บาทฯ ให้อ่อนแอลงยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขในทรัพย์สินทางปัญญาจะทำให้การผูกขาดตลาดยาวนานขึ้นกว่าที่กำหนดในกฎหมายสิทธิบัตรของไทย และทำให้โอกาสในการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิและการนำเข้าซ้อนในกรณีที่ขาดแคลน หรือราคาสูงเกินไป เป็นไปได้ยากขึ้น นั่นหมายความว่าค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการ 30 บาทฯ จะสูงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการให้บริการของโครงการฯ

ในอนาคตถ้ารัฐบาลจะนำเอาโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ามารวมกับโครงการ 30 บาทฯ ดังที่ประกาศเป็นแนวความคิดไปเมื่อเร็วๆ นี้ ปัญหางบประมาณก็อาจจะซับซ้อนยิ่งขึ้น ในหลักการการรวมโครงการสุขภาพทั้งสองนี้เข้าด้วยกันอาจเป็นสิ่งที่ดี แต่ทั้งสองโครงการนี้ต่างก็มีปัญหาด้านงบประมาณอยู่แล้ว เมื่อมารวมกันภายใต้สถานการณ์ที่ยามีสิทธิบัตรได้รับสิทธิการผูกขาดตลาดนาน ปัญหางบประมาณของโครงการฯ อาจจะเป็นเรื่องที่น่าใจได้ยากยิ่งขึ้น

ผลกระทบต่อโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้า ต่อโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากทั้งในสื่อของไทยและต่างประเทศ และส่วนมากก็มักจะชี้ว่า ถ้าไทยตกลงเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐ (ซึ่งหมายถึงการที่ต้องยอมรับเงื่อนไขในทรัพย์สินทางปัญญา) ก็มีแนวโน้มว่าโครงการนี้จะได้รับผลกระทบในทางลบมาก เพราะสหรัฐ คงจะพยายามเรียกร้องให้ไทยบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรยาอย่างเข้มงวดเท่าเทียมกับตน เมื่อเป็นเช่นนั้นจะทำให้ยาด้านไวรัสส่วนหนึ่งมีราคาแพง ทั้งนี้ เนื่องจากยาด้านไวรัสส่วนหนึ่งเป็นยาติดสิทธิบัตร

การให้ยาต้านไวรัสเอดส์นั้นต้องให้ติดต่อกันไปทุกวันตลอดชีวิตของคนไข้ สำหรับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อได้รับยาดังกล่าวไปชั่วระยะเวลาหนึ่งก็อาจจะมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นยาที่แรงขึ้นหรือราคาแพงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (การแพ้ยาหรือเชื้อดื้อยา) นั่นหมายความว่ายิ่งใช้ไปนานและยิ่งมีการเปลี่ยนยาหลายครั้ง ยาที่เปลี่ยนทุกครั้งมักจะเป็นยาที่มีสิทธิบัตรและราคาสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับโครงการให้ยาต้านไวรัสเอดส์จึงสูง และพยากรณ์ได้ยาก

ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสอยู่ประมาณ 57,000 ราย จากจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ประมาณ 600,000 ราย (ข้อมูลของกรมควบคุมโรค ณ สิ้นเดือนมกราคม 2548) จำนวน 57,000 รายนี้อาจจะเป็นเพียง 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อที่ควรจะได้รับยาต้านไวรัสทั้งหมดเท่านั้น(ผู้ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ CD4 ในเลือดต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อมิลลิลิตร หรือแสดงอาการติดเชื้อจากโรคด้วยโรคบางอย่างโดยง่าย)

การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ “โครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์” ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข มีสูตรการให้ยาอยู่ 3 สูตร แต่ละสูตรมีราคายาที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบคลุมการรักษาทันทีในขั้นพื้นฐาน และในกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น อันเป็นผลมาจากการรักษาขั้นพื้นฐานนั้น

ตารางที่ 3: ค่าใช้จ่ายต่อเดือนโดยประมาณ ในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์สูตรต่างๆ

สูตรการให้ยา	การแบ่งใช้	ราคาเฉลี่ย / คน / เดือน (บาท)	หมายเหตุ
สูตรที่ 1	สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อน	1,200	ใช้กับสถานบริการในเขตเมือง
สูตรที่ 2	สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูตรที่หนึ่งมาแล้วและเริ่มมีอาการไม่พึงประสงค์	2,700	ใช้กับสถานบริการในเขตเมือง
สูตรที่ 3	สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูตรที่สองมาแล้วและเริ่มมีอาการไม่พึงประสงค์	5,300	ใช้กับสถานบริการในเขตเมือง

จากตารางที่ 3 นี้ จะเห็นว่า แม้จะคำนวณค่าใช้จ่ายจากสูตรการให้ยาที่ราคาต่ำที่สุด (สูตรที่ 1) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ติดเชื้อ 57,000 ราย ก็จะต้องถึงปีละ 820 ล้านบาท ถ้าในปีต่อไปรัฐบาลเพิ่มจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสขึ้นไปทุกปี จนครอบคลุมผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมด จำนวนสะสมก็อาจจะเกินกว่า 1 แสนราย และค่าใช้จ่ายเพื่อการนี้ก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมากด้วย มีการวิเคราะห์โดยองค์กรเอกชน Oxfam ระบุว่า ถ้ารัฐบาลไทยให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อทุกคนที่ควรจะได้ภายในวันนี้ โดยให้สูตรการให้ยาที่ราคาต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (40 บาท/คน/วัน) รัฐบาลจะต้องใช้เงินไม่น้อยกว่า 2,000 ล้านบาท ต่อปี

จนถึงปัจจุบัน การที่รัฐบาลไทยสามารถให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อได้ ก็เพราะรัฐบาลให้องค์การเภสัชกรรมผลิตยาชื่อสามัญบางสูตรสำหรับใช้เอง แม้จะเป็นยาที่ให้เลือกใช้เป็นลำดับแรก (first line) ก็ตาม แต่ยาที่ผลิตเองเหล่านี้มีราคาต่ำกว่ายาค้นคว้าที่มีสิทธิบัตรถึง 10 เท่า การที่รัฐบาลไทยผลิตยาต้านไวรัสเหล่านี้ได้ก็เพราะยาเหล่านั้นไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครองในประเทศ เนื่องจากเป็นยาที่ผลิตหรือนำเข้ามาก่อนที่ พ.ร.บ. สิทธิบัตรของไทยจะถูกแก้ไขให้มีผลคุ้มครองไปถึงผลิตภัณฑ์ยาในปี พ.ศ. 2535 (ก่อนหน้านั้นยาและการผลิตยาไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายสิทธิบัตร) นับแต่นั้นมา ยาค้นคว้าส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง และการผลิตเป็นยาชื่อสามัญที่ราคาต่ำก็ทำได้ยากขึ้น

อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อไทยเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐฯ แล้ว การผลิตยาชื่อสามัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายในประเทศอาจจะทำได้ยากยิ่งขึ้น เพราะข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิบัตร ซึ่งสหรัฐฯอาจจะกดดันให้ไทยคุ้มครองด้วยมาตรฐานที่สูงเท่ากับคน และขณะเดียวกันก็อาจจะกดดันให้มีการบังคับใช้ “การผูกขาดข้อมูล” อย่างเข้มงวด เช่นเดียวกับที่ได้ทำมาแล้วในการทดลองเปิดเสรีการค้ากับสิงคโปร์และจีน

ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ ณ วินาที ทางออกเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับประเทศไทยเหลือน้อยแล้ว สิ่งที่รัฐบาลอาจจะทำได้คือ ถ้าไม่ต่อรองให้บริษัทยาลดราคาขายลงในระดับที่พอจะอยู่ได้ มาตรการที่สามารถดำเนินการต่อไปคือการให้ มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) หรือไม่ก็ใช้ มาตรการนำเข้าซ้อน (parallel importation) เพื่อนำยาค้นคว้าที่ราคาต่ำเข้ามาใช้ ทั้งนี้โดยอาศัยมติของสมาชิก WTO ซึ่งประกาศที่เมืองโดฮา เมื่อ พ.ศ. 2544 (ดู “คำประกาศโดฮา” ในกรอบที่ 6 ข้างต้น)

แต่จะทำเช่นนั้นได้ก็ต้องมีกฎหมายในประเทศรองรับ แม้กระนั้นก็เชื่อว่าจะไม่มีปัญหา ประเทศแอฟริกาใต้และบราซิลที่นำเอามาตรการทั้งสองนี้มาใช้เคยถูกบริษัทผลิตยาข้ามชาติและประเทศมหาอำนาจในการผลิตยาตำหนิมาแล้ว (ดูรายละเอียดใน กรอบที่ 7) แม้คดีทั้งสองนี้จะจบลงด้วยการที่ฝ่ายโจทก์ถอนฟ้อง แต่ก็เห็นได้ว่า การนำมาตรการบังคับใช้สิทธิและมาตรการนำเข้าซ้อนมาใช้มันไม่ใช่เรื่องที่จะทำได้ง่าย

สำหรับประเทศไทย มีกฎหมายรองรับทั้งมาตรการบังคับใช้สิทธิและการนำเข้าซ้อนอยู่แล้ว แต่ถ้าเราได้รับข้อเสนอจากสหรัฐฯ ในการเจรจาการค้าทวิภาคี เราจะต้องแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรอีกครั้งเพื่อจำกัดกรอบการใช้มาตรการทั้งสองนี้ให้แคบลง

แต่ถ้าจะรอจนถึงวันที่การเจรจาเปิดเสรีการค้าไทย-สหรัฐฯ บรรลุข้อตกลงกันก่อน โอกาสที่ประเทศไทยจะนำมาตรการทั้งสองที่กล่าวข้างต้นนั้นมาใช้ ก็ยิ่งอาจจะน้อยลงไป เพราะหนึ่งในข้อเรียกร้องที่สหรัฐฯ ต้องการในการเจรจา คือ ให้จำกัดการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ และจำกัดเงื่อนไขมาตรการนำเข้าซ้อน เพราะฉะนั้นบริษัทผู้ผลิตยาของคน ซึ่งเป็นยักษ์ใหญ่ในวงการผลิตยาของโลกอาจสูญเสียรายได้



7. กรณีประเทศแอฟริกาใต้และบราซิล

แอฟริกาใต้ และบราซิล เป็นตัวอย่างของประเทศที่ถูกบริษัทยาข้ามชาติฟ้องในข้อหาละเมิดสิทธิบัตรยา อันเนื่องมาจากการใช้มาตรการนำเข้าชื้อและมาตรการบังคับใช้สิทธิ เมื่อบรรษัทผูกขาดการขาดแคลนยาห้ามไว้รอของสหรัฐปราศจากข้อยกเว้นว่ารัฐจะดำเนินการกับประชาชนของตนได้

กรณีแอฟริกาใต้ เนื่องมาจากยาห้ามไว้รอของสหรัฐในแอฟริกาใต้เป็นยาสิทธิบัตร และมีราคาแพงมาก รัฐบาลแอฟริกาใต้จึงออก “กฎหมายควบคุมยาและสารที่เกี่ยวข้อง” เมื่อ พ.ศ. 2540 กฎหมายนี้ได้อำนาจรัฐบาลนำเข้ายาที่ราคาถูกจากต่างประเทศได้ ทั้งที่ยาเหล่านั้นเป็นยาสิทธิบัตรในประเทศ

สหรัฐฯ กล่าวหาว่ารัฐบาลแอฟริกาใต้ต่อ WTO ว่าออกกฎหมายที่ละเมิดข้อตกลงว่าด้วยการสิทธิบัตรยา และอ้างเรื่องนี้เป็นเหตุขึ้นบัญชีคำประกาศของแอฟริกาใต้ไว้ในรายชื่อประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษในด้านการค้า โดยใช้จำนวนคนมาตรา 301 ของกฎหมายการค้าของตน

ในเดือนมีนาคม 2544 หลังจากการประท้วงและการเจรจา รัฐบาลแอฟริกาใต้ได้เสนอ บริษัทยาข้ามชาติ 39 บริษัท รวมตัวกันยื่นมือรัฐบาลแอฟริกาใต้ต่อศาล ในข้อหาละเมิดสิทธิบัตรยาของตน เข้ามาขายของการซื้อเพื่อให้แอฟริกาใต้ยกเลิกกฎหมายควบคุมยา

ในระหว่างที่กำลังฟ้องคดีอยู่นั้น บริษัทยาบางแห่งได้เสนอขอลดราคาขาย เมื่อรักษาผลของยาไม่ได้ ทำให้ยาห้ามไว้รอของสหรัฐมีราคาสูงถึง 10,000 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี ลดลงเหลือเพียง 1,000 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี แต่ก็ยังสูงเกินกว่าที่ประชาชนผู้พลีชีพจะจ่ายได้ และแม้ว่า สูงกว่ายาประเภทเดียวกันที่นำเข้าจากประเทศอินเดีย ซึ่งมีราคาเพียง 295 ดอลลาร์ต่อคนต่อปีเท่านั้น แต่ประเด็นของฝ่ายรัฐบาลแอฟริกาใต้ไม่ใช่การลดราคายา แต่คือการปกป้องสิทธิของประชาชนที่จะเข้าถึงยาจำเป็นในราคาที่ถูกลง

ก่อนที่เรื่องจะไปไกลจนเป็นความเสียหายในศาล ฝ่ายบริษัทยาได้ยื่นฟ้องฟ้องต่อศาลในแอฟริกาใต้ให้ยื่นข้อกล่าวหาของตนต่อศาลต่อไป

กรณีบราซิลเช่นเดียวกับกรณีแอฟริกาใต้ รัฐบาลบราซิลมีนโยบายให้ยาห้ามไว้รอของสหรัฐที่คิดชื่อทุกยา เช่นยา 2 ตัวที่ต้องการใช้ คือ efavirenz กับ nevirapine เป็นยาสิทธิบัตรและมีราคาแพงมาก หลังจากการเจรจาได้บริษัทยาลดราคาอย่างไม่เป็นผลสำเร็จ บราซิลเตรียมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของรัฐบาลยกขึ้น 2 ฉบับ โดยไม่แจ้งเรื่องสิทธิบัตรนั้นบอกความว่าบริษัทเตรียมใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิอย่างเต็มที่

บริษัทเจ้าของสิทธิบัตรยาทั้งกล่าวประณามรัฐบาลบราซิล องค์การ PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) ซึ่งเป็นของสหรัฐขึ้นฟ้องต่อศาลสหรัฐว่าละเมิดสิทธิบัตร (ผู้ที่จะให้รัฐบาลสหรัฐฯ คัดสิทธิขึ้นศาลมากับการขึ้นบราซิล และในที่สุดสหรัฐฯ ก็ชนะบราซิล โดยการนำเรื่องไปฟ้องต่อ WTO ประเด็นหลักที่กล่าวถึงสหรัฐฯ นั้นไม่ใช่เรื่องยาโดยตรง แต่เป็นประเด็น “กฎหมายว่าด้วยการสิทธิบัตรอุตสาหกรรม” ที่บราซิลออกในปี 2539 กฎหมายนี้บังคับให้บริษัทเจ้าของสิทธิบัตร ไม่ว่าจะเป็นอุตสาหกรรมแบบใดก็ตาม ต้องผลิตสินค้าให้สิทธิบัตรนั้นในประเทศบราซิลภายในเวลา 3 ปี หากเลยเวลานั้นไปแล้วบริษัทยังไม่ดำเนินการผลิต บราซิลจะอนุญาตให้ผู้ผลิตรายอื่นดำเนินการผลิตในประเทศ หรือให้นำเข้าจากต่างประเทศด้วยตนเอง จากแหล่งที่ปราศจากข้อผูกพันที่ถืออยู่ โดยไม่สนใจเรื่องสิทธิบัตร

เรื่องนี้อยู่ระหว่างการที่สหรัฐฯ ฟ้องถอนฟ้อง เช่นเดียวกับกรณีแอฟริกาใต้ เนื่องจากรองคมนตรีจากบราซิล

ผลกระทบในประเทศกำลังพัฒนา กับประเทศที่พัฒนาแล้วไม่ต่างกัน

จะเป็นการเข้าใจผิดชนิด ถ้าคิดว่าผลกระทบของการค้าเสรีต่อการเข้าถึงยา จะเกิดเฉพาะกับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาเท่านั้น ที่จริงแล้ว แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ประชาชนก็ได้รับผลกระทบด้วย ข้อมูลที่น่าสยดสยองในนี้ชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบของการค้าเสรีต่อการเข้าถึงยานั้นมีมากเพียงใด และมีความซับซ้อนเพียงใด

ใครๆ ก็รู้ว่า สหรัฐฯ นั้นเป็นมหาอำนาจในการผลิตยาของโลก แต่การคุ้มครองสิทธิบัตรยาคือมาตรการที่รุนแรงและเข้มงวดมากทำให้ยาในสหรัฐอเมริกามีราคาแพงเกินเหตุ และทำให้คนอเมริกันเองต้องได้รับผลกระทบไปด้วย โดยเฉพาะคนอเมริกันที่รายได้น้อยถึงปานกลาง ต่างก็เดือดร้อนกันถ้วนหน้า

มีรายงานโดยองค์การเอกชนในสหรัฐฯ และอังกฤษ ซึ่งสะท้อนความจริงที่กล่าวข้างต้นนี้ว่า ผู้สูงอายุชาวอเมริกันใช้เวลาไปประเทศแคนาดา มักจะซื้อหาและทอนยากลับบ้านกันครั้งละมากๆ ทั้งนี้ก็เพราะที่แคนาดาโน้มน้าวมีราคาค่าต่ำกว่าในสหรัฐฯ เนื่องจากแคนาดาไม่มีระบบควบคุมราคายาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าในสหรัฐฯ นอกจากนี้ โครงการประกันสุขภาพ เช่น Medicare และ Medicaid ของสหรัฐฯ ก็ได้รับผลกระทบเพิ่มฯ จากการที่ยาในสหรัฐฯ แพงเกินเหตุ ปัจจุบันผู้ป่วยจำนวนมากในสหรัฐฯ มักจะส่งในสิ่งยาของตนให้กับเครือข่ายการจำหน่ายยาที่สามารถจัดหาจากประเทศแคนาดาได้ในราคาถูก ซึ่งกำลังเป็นปัญหาขัดแย้งข้อกฎหมายของสหรัฐฯ อยู่ขณะนี้

แม้กระนั้น รัฐบาลสหรัฐฯ ก็พอใจที่จะเอาใจอุตสาหกรรมยามากกว่าประชาชนของตน ทั้งนี้เพราะอุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรสูงสุดติดต่อกันมาหลายปี และเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมที่นำรายได้เข้าประเทศสูงสุด ไม่เพียงแต่เท่านั้น อุตสาหกรรมยายังเป็นอุตสาหกรรมที่ใกล้ชิดกับวงการการเมือง และเป็นผู้ให้การสนับสนุนการรณรงค์ทางการเมืองอย่างสำคัญด้วย ข้อมูลขององค์กร Corporate Watch ระบุว่า อุตสาหกรรมยาในสหรัฐฯ มีอิทธิพลมากถึงขนาดว่า ร่างข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (ทริปส์) ของ WTO นั้น แท้จริงแล้วเป็นฝีมือขององค์กรล็อบบี้ชั้นนำของวงการอุตสาหกรรมยาสหรัฐฯ ซึ่งรู้จักกันในชื่อย่อว่า PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) นั่นเอง (ดูกรอบที่ 8)

ในกรณีของออสเตรเลีย นับแต่เปิดเสรีการค้ากับสหรัฐฯ เมื่อ พ.ศ. 2545 มีการศึกษาพบว่า ข้อตกลงการค้าเสรีกับสหรัฐฯ ทำให้ชาวออสเตรเลียคือผู้ใช้ยาที่แพงขึ้น ไม่เพียงแต่เท่านั้นยังมีแนวโน้มว่าสิทธิบัตรยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างสหรัฐฯ กับออสเตรเลีย นั้น จะทำให้ “โครงการสิทธิประโยชน์ด้านยา” ที่มีประสิทธิภาพของออสเตรเลีย และที่รู้จักกันในนาม PBS (Pharmaceutical Benefits Scheme) ย่อมนำเงินในที่สุดประชาชนผู้บริโภคและโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ก็จะต้องจ่ายแพงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ดูกรอบที่ 9)

บริษัทข้ามชาติทั้งหมดมีอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นของประเทศสหรัฐอเมริกา กว่าร้อยละ 90 ของยาที่จำหน่ายอยู่ในตลาดทั่วโลกขณะนี้ พัฒนาขึ้นมาจากบริษัทข้ามชาติใหญ่เหล่านี้ และเกือบทั้งหมด (กว่าร้อยละ 97) ของยาที่มีสิทธิบัตร ก็อยู่ในมือของบริษัทเหล่านี้ด้วย

องค์กร Corporate Watch ซึ่งมีฐานอยู่ในอังกฤษ รายงานว่า “ข้อพิพาทระหว่างบริษัทข้ามชาติในกรณีสิทธิบัตรยาที่เกี่ยวข้องกับการค้า” (กรณีศึกษา) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญขององค์การการค้าโลกนั้น กำลังเร่งตัวถูกรื้อถอนขึ้นโดยองค์การวิจัยที่ขึ้นกับของกลุ่มอุตสาหกรรมยาในสหรัฐอเมริกา ซึ่งรู้จักกันในชื่อย่อว่า PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) ตามรายงานของ Congress Watch (องค์กรอิสระในสหรัฐฯ) ในปี 2546 PhRMA ใช้จ่ายเงิน 108.6 ล้านดอลลาร์ ในการรื้อถอนเพื่อให้รัฐบาลออกนโยบายที่เอื้อประโยชน์แก่อุตสาหกรรมยาในรูปแบบต่างๆ นโยบายเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อราคา ยา และโครงการสาธารณสุขของสหรัฐฯ เช่น Medicare และ Medicaid เป็นต้น กล่าวกันว่า ในปี 2546 PhRMA ใช้จ่ายเงินถึง 824 ล้านดอลลาร์ ในการฟ้องร้องและใช้สิทธิฟ้องประมาณ 8 คน ต่อผู้ผลิตยาอีก 1 คน

ยาที่ขายอยู่ในตลาดโลกทุกวันนี้ อยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดของบริษัทข้ามชาติใหญ่เพียง 10 บริษัทเท่านั้น ขณะที่บริษัทข้ามชาติ 5 อันดับแรก มีผลกำไรโดยรวมในมากกว่าผลผลิตในประเทศรวมประชาชาติ (GNP) ของทุกประเทศที่ถูกละเมิดสิทธิบัตรยาประมาณ 2 เท่า 6 ใน 10 ของบริษัทเหล่านี้เป็นของสหรัฐฯ รายงานพิเศษของนิคมสาร Pharmaceutical Executive (มกราคม 2547) ระบุว่า ในปี 2546 บริษัทข้ามชาติใหญ่เหล่านี้มีรายได้จากยอดขายยาทั่วโลกรวมกันกว่า 205 พันล้านดอลลาร์ และใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาเป็นมูลค่ากว่า 35,000 ล้านดอลลาร์ 10 บริษัทข้ามชาติเหล่านี้มีชื่อปรากฏในตารางด้านล่างนี้

อันดับที่	บริษัท	ยอดขายทั่วโลก (พันล้านดอลลาร์)	ยอดเงินวิจัยและพัฒนา (พันล้านดอลลาร์)	สำนักงานใหญ่ อยู่ในประเทศ
1	Pfizer	39.63	7.13	สหรัฐฯ
2	GlaxoSmithKline	29.82	4.54	อังกฤษ
3	Merck	22.46	3.17	สหรัฐฯ
4	Johnson & Johnson	19.50	4.68	สหรัฐฯ
5	Aventis	18.99	3.23	ฝรั่งเศส
6	AstraZeneca	18.85	3.45	อังกฤษ
7	Novartis	16.02	3.07	สวิตเซอร์แลนด์
8	Bristol-Myers Squibb	14.93	2.27	สหรัฐฯ
9	Wyeth	12.62	2.09	สหรัฐฯ
10	Eli Lilly	12.58	2.35	สหรัฐฯ
	รวม	205.42	35.98	

9. การเปิดเสรีการค้า
สหรัฐฯ-ออสเตรเลีย ทำให้
ชาวออสเตรเลียต้อง
ใช้จ่ายแพง

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าสหรัฐฯ-ออสเตรเลีย ต่อการเข้าถึงยาในออสเตรเลียเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจสำหรับประเทศไทย รายงานการวิเคราะห์ของนักวิชาการออสเตรเลีย ซึ่งเผยแพร่เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2546 ระบุว่า การค้าเสรีระหว่างประเทศทั้งสองนี้ จะทำให้ราคายาในออสเตรเลียแพงขึ้น และ โครงการสิทธิประโยชน์ด้านยา (PBS - Pharmaceutical Benefits Scheme) ซึ่งเป็นโครงการที่ให้สิทธิประโยชน์ด้านยาแก่ประชาชนและทำหน้าที่ควบคุมราคายาของยาที่มีประสิทธิภาพ มาเป็นเวลากว่า 50 ปี จะไม่สามารถปกป้องชาวออสเตรเลียได้อย่างที่เคยเป็นอีกต่อไป ผลกระทบนี้เป็นผลโดยตรงจากข้อตกลงเกี่ยวกับกรณียีนทิคา (ยีนทิคา) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญยิ่งในการเปิดเสรีการค้าสหรัฐฯ-ออสเตรเลีย ที่ผ่านมา การควบคุมราคายาโดยโครงการ PBS ช่วยให้ประเทศออสเตรเลียประหยัดค่าใช้จ่ายเรื่องยาได้ปีละ 1 - 1.4 พันล้านดอลลาร์

แต่ภายใต้การค้าเสรีแบบกติกากับสหรัฐฯ ประสิทธิภาพของการควบคุมราคายาของ PBS จะลดลง ทำให้ผู้ซื้อและโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ก็ต้องจ่ายแพงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

กรณีศึกษาที่น่าสนใจมาจากการศึกษา 5 กลุ่ม ซึ่งรวมอะดัลทาส (3 กลุ่มเป็นยาออกฤทธิ์ลดความเครียด และอีก 1 กลุ่มเป็นยาสำหรับโรคหัวใจ) ผู้ศึกษาใช้ค่าใช้จ่ายปี 2546 ของยาทั้ง 5 กลุ่มนี้เป็นฐาน เพื่อทำการประมาณค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างปี 2549-2552 ขึ้นเนื่องจากข้อตกลงกับสหรัฐฯ ภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีกับสหรัฐฯ ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายคาดประมาณค่าใช้จ่ายอื่นกลาง ค่าใช้จ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาถึงกล่าวของยาทั้ง 5 กลุ่มนี้ เท่ากับ 1.12 พันล้านดอลลาร์ (ขั้นต่ำ เท่ากับ 850 ล้านดอลลาร์ และขั้นสูงเท่ากับ 1.56 พันล้านดอลลาร์)

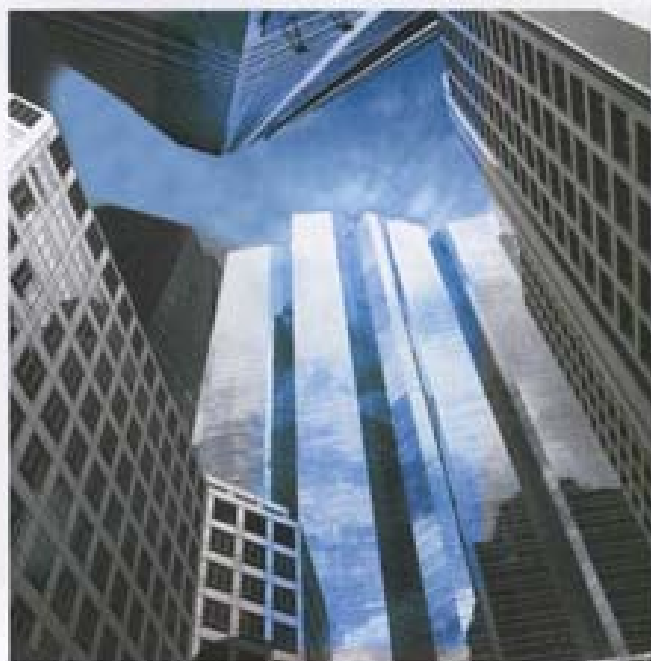
แน่นอนว่า ค่าใช้จ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้นขึ้นเนื่องมาจากข้อตกลงกับสหรัฐฯ ผู้บริโภคชาวออสเตรเลียจะต้องแบกรับไม่เต็มๆ

เป็นนัยว่า ข้อตกลงการค้าเสรีของ WTO ทำให้ยาใหม่ ๆ มีราคาสูงเพราะการผูกขาดตลาด ซึ่งที่จริงก็ไม่ได้น่าแปลกต่ามากนัก สิทธิบัตรยาของไทยที่มีอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนที่จะอนุวัติเข้าร่วมในการค้าเสรีภายใต้ WTO แต่ก่อนหน้าของสหรัฐฯ ในการเจรจาการค้าเสรีแบบทวิภาคี (ที่เรียกว่า “ทริปส์สนธิสัญญา”) มีผลทำให้การผูกขาดเช่นนี้ขยายเวลาออกไปนานขึ้นสำหรับยาที่มีสิทธิบัตร และมีผลผูกขาดเป็นเวลา 5 ปี สำหรับข้อมูลที่จะใช้ในการผลิตและการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญที่ผลิตใหม่ ผลกระทบเช่นนี้ เกิดขึ้นทั้งในประเทศกำลังพัฒนาอย่างเช่นไทย และในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่นสหรัฐฯและออสเตรเลีย

“การค้าเสรี” เพียงชื่ออาจจะทำให้หลายคนเคลือบไปว่ามีคือโลกในอุดมคติของการค้าระหว่างประเทศ แต่การค้าเสรีอาจมิใช่การค้าที่เป็นธรรม ในนั้นอาจมีทั้งผลกำไรที่หอมหวาน และการถดถอยทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสุขภาพของคนในชาติ ไม่ว่าเราจะคิดอย่างไรก็ตาม การค้าเสรีก็มิใช่สิ่งที่เราจะหลีกเลี่ยงได้ แม้เราจะไม่เดินเข้าไปหามัน วันหนึ่งมันก็จะเดินเข้ามาหาเรา ดังนั้น ทางที่ดีกว่าคือต้องทำความเข้าใจและอยู่กับมันเสียแต่วันนี้ เพียงแต่ว่าต้องอยู่กับมันอย่างรอบคอบ มีสติ และรู้จัก

ณ วันนี้ ประเทศไทยได้เข้าร่วมในขบวนการการค้าเสรีแล้วในทุกระดับ คือทั้งระดับพหุภาคี ระดับภูมิภาค และระดับทวิภาคี และในอนาคตจำนวนประเทศคู่ค้าเสรีแบบทวิภาคีของไทยก็จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จึงเชื่อมั่นว่านับแต่นี้ไปการค้าเสรี โดยเฉพาะในระดับทวิภาคี จะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพของคนไทย

ข้อเท็จจริงที่ว่า ทุกประเทศที่เข้าร่วมในการค้าเสรีนี้ ต่างก็มุ่งที่จะรักษาผลประโยชน์ของตนทั้งสิ้น ทำให้เราต้องตระหนักว่าการเข้าไปผูกพันในการค้าเสรีที่เกิดขึ้นมาแล้วก็ดี และที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตก็ดี จะต้องทำอย่างรอบคอบ บนพื้นฐานของข้อมูลและความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ และด้วยวิสัยทัศน์ที่แหลมคม



“

การเข้าร่วมในการ
ค้าเสรีจะต้องไม่ทำให้
เรามีราคาสูงเกินระดับ
ที่ประชาชนทั่วไปจะ
จ่ายได้

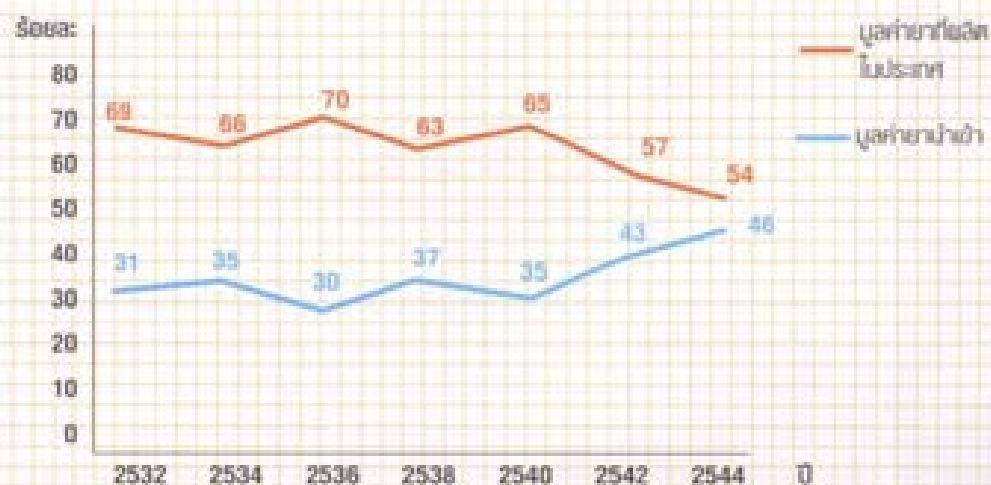
”

หลักการที่ต้องคำนึง

กล่าวเฉพาะในเรื่องนี้ หลักการที่ควรจะต้องยึดเป็นเป้าหมายในการเข้าไปผูกพันในการค้าเสรี ไม่ว่าจะเป็นระดับใดและกับประเทศใดก็ตามควรจะได้แก่

1. การเข้าร่วมในการค้าเสรีจะต้องไม่ทำให้เรามีราคาสูงเกินระดับที่ประชาชนทั่วไปจะจ่ายได้ โดยเฉพาะจะต้องยึดเอาประชาชนที่รายได้น้อยเป็นหลักในการพิจารณาเรื่องราคาขายเสมอ
2. การเข้าร่วมในการค้าเสรีควรจะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการวิจัยพัฒนาและการผลิตภายในประเทศ เพื่อลดมูลค่าการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งนับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา เฉพาะในช่วง 5 ปีระหว่าง พ.ศ. 2540-2544 มูลค่านำเข้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็น 46.4 หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33 ดังข้อมูลที่แสดงในรูปที่ 5

รูปที่ 5 สัดส่วนมูลค่ายาที่ผลิตในประเทศ และมูลค่ายาป้อนเข้า พ.ศ. 2532 - 2544



ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ความจริงเกี่ยวกับยาที่ต่างจากสินค้าอื่น

ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต แต่ในฐานะเป็นสินค้า ยามีความแตกต่างจากปัจจัยอื่นๆ ในประเด็นที่ว่า ยาไม่ใช่สินค้าที่ผู้บริโภคสามารถเลือกได้เหมือนสินค้าทั่วไป ในการมีสินค้าทั่วไปนั้น สำหรับความต้องการชนิดเดียวกันผู้บริโภคสามารถเลือกได้ว่า จะบริโภคสินค้าชนิดใดและในเวลาใดที่ตนพอใจจะจ่ายได้ ถ้าสินค้าที่ตนต้องการราคาแพงเกินไป ผู้บริโภคก็มีทางที่จะเลือกสินค้าชนิดอื่นมาบริโภคแทนได้ เช่น ถ้าน้ำดื่มบรรจุขวดราคาแพงเกินไป ผู้บริโภคอาจหันมาดื่มน้ำจากก๊อกดื่มก็ได้ หรือถ้ารถเก๋งราคาแพงเกินกว่าที่เราจะซื้อได้ เราอาจหันมาใช้รถประจำทางแทนก็ได้ เป็นต้น

แต่ในเรื่องยาไม่ได้เป็นเช่นนั้น ความพึงพอใจของผู้บริโภคและราคาแทบไม่มีบทบาทอะไรเลยในการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากยา “มีความจำเพาะสูงมาก” ยาชนิดหนึ่งอาจไม่สามารถจะใช้แทนยาอีกชนิดหนึ่งได้ เช่น ถ้าเราต้องใช้ยาแก้ปวดหลัง เราก็ต้องใช้ยาแก้ปวดหลังเท่านั้น แม้ว่าราคาจะแพงก็ตาม จะใช้ยาแก้ปวดท้องแทนไม่ได้ แม้ว่าจากราคาถูกกว่า นอกจากนี้ ถ้ายาชนิดที่เราจำเป็นต้องใช้มีราคาแพงเพราะเป็นยามีสิทธิบัตร และไม่มียาชนิดเดียวกันที่ราคาถูกให้เลือกใช้ เราก็ไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากต้องใช้ยาที่แพงนั้นเท่านั้น

ความจริงเกี่ยวกับยาที่กล่าวข้างต้นนี้ เป็นเหตุผลเพียงพอที่รัฐจะต้องมีมาตรการควบคุมราคายาให้อยู่ในระดับที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ นอกจากนี้ที่ผู้ผลิตยาจะพึงได้จะต้องไม่มากเกินไป จนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย





แนวทางที่น่าจะเป็น: รับและรื้อถอนอย่างรอบคอบและรู้ทัน

โดยตระหนักถึงความจริง และโดยคำนึงถึงเป้าหมายที่กล่าวมาข้างต้น เราจึงมีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

1. ทำการศึกษาอย่างจริงจังถึงผลกระทบต่อการเข้าถึงยาที่จำเป็น จากข้อเสนอในการเจรจาการค้าเสรีในระดับทวิภาคีที่มีเงื่อนไขเกินกว่าข้อตกลงของ WTO โดยเฉพาะข้อเสนอของสหรัฐฯ และหามาตรการและแนวทางในการแก้ไข หากจำเป็นต้องรับข้อเสนอดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด

ในการเจรจาเปิดเสรีการค้าแบบทวิภาคีโดยเฉพาะกับสหรัฐฯ ที่กำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ คงเป็นการยากที่ประเทศไทยจะหลีกเลี่ยงไม่ยอมรับเงื่อนไขเกี่ยวกับเรื่องยาที่สหรัฐฯ เรียกร้องในทริปส์หมวดนี้จะไม่รับทั้งหมด ก็คงจะต้องยอมรับบางส่วนของข้อเรียกร้องเหล่านั้น ที่กล่าวเช่นนี้ก็เพราะตระหนักในข้อเท็จจริงที่ว่า สหรัฐฯ เป็นตลาดส่งออกที่สำคัญที่สุดของไทย นั่นคือประมาณ 1 ใน 5 ของสินค้าที่ไทยส่งออกนั้นส่งไปขายที่ตลาดสหรัฐฯ ในขณะที่ประเทศไทยเป็นตลาดที่ใหญ่มากของสินค้าสหรัฐฯ ความจริงนี้ทำให้สหรัฐฯ อยู่ในฐานะได้เปรียบบนโต๊ะเจรจา เมื่อจำเป็น สหรัฐฯ ย่อมพร้อมที่จะใช้แรงกดดันทางการค้าให้ไทยต้องยอมรับเงื่อนไขของตน อย่างน้อยก็ข้อใดข้อหนึ่งจนได้ เรื่องเช่นนี้เคยเกิดขึ้นมาแล้วในอดีต เช่น เมื่อ พ.ศ. 2529 ที่สหรัฐฯ ใช้มาตรการกีดกันทางการค้ามาตรา 301 กดดันให้ไทยต้องแก้ไขกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวกับการค้าหลายฉบับ โดยเฉพาะการเปิดเสรีการค้าบุหรี่ รวมทั้งพระราชบัญญัติสิทธิบัตรด้วย (ดูกรอบที่ 5 ข้างต้น)

เมื่อเป็นเช่นนี้ สิ่งที่เราควรจะทำเป็นอันดับแรก คือการศึกษาอย่างจริงจังถึงผลกระทบของการเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐฯ ต่อการเข้าถึงยาที่จำเป็นของคนไทย และศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการบรรเทาปัญหาในหากจำเป็นต้องรับข้อเสนอทริปส์หมวด การศึกษาเช่นนี้ควรจะดำเนินการในรูปของการวิจัยที่เป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเชื่อถือได้มากกว่าที่จะเป็นการหาข้อสรุปที่ใช้ความเห็นเป็นหลัก

ประเด็นที่น่าศึกษาอาจมีหลายเรื่อง เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ ที่ให้มีการผูกขาดข้อมูล (data exclusivity) ที่จะใช้ในการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ เพื่อจะได้เร่งหาทางออกให้ไม่ต้องใช้ข้อมูลดังกล่าว ประเด็นที่ควรทำการศึกษาให้ชัดเจนในเรื่องนี้คือ ในการขอขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ จำเป็นเพียงใดที่จะต้องใช้ข้อมูลที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขการผูกขาดในทริปส์หมวด มีเหตุผลทางจริยธรรมที่จะอ้างได้หรือไม่ว่า การกำหนดให้ผู้ผลิตยาชื่อสามัญต้องไปทำการทดลองทางคลินิกใหม่ทั้งหมดในประเทศไทยเป็นการผิดจริยธรรม เนื่องจากคำรับยาค้างกล่าวเคยมีการพิสูจน์ว่าได้ผลมาแล้ว การทำการทดลองทางคลินิกซ้ำ จึงน่าจะเป็นการทำให้คนที่ถูกทดลองต้องไปเสี่ยงอีกโดยไม่จำเป็น ถ้าชัดเจนว่าเราไม่ต้องใช้ข้อมูลดังกล่าวในการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ การรับข้อเรียกร้องเรื่องการขอผูกขาดข้อมูล (data exclusivity) ก็จะมีผลกระทบน้อยมาก และในที่สุดแล้วการผูกขาดข้อมูลก็ได้ผลในการผูกขาดตลาดเฉพาะกับยาที่ไม่ได้จดสิทธิบัตรไว้ หรือยาที่มีสิทธิบัตรที่เข้ามาขึ้นทะเบียนคำรับยา และวางจำหน่ายในประเทศไทยเมื่อใกล้หมดสิทธิบัตรเท่านั้น นอกจากนี้ผลการผูกขาดดังกล่าวมีระยะเวลาเพียง 5 ปี ซึ่งก็เป็นเวลาค่อนข้างใกล้เคียงกับเวลาที่บริษัทยาของไทยต้องใช้ในการรอขนาดของตลาดที่บริษัทยาค้นแบบจะสร้างขึ้น การเตรียมหาแหล่งวัตถุดิบ การวิจัยพัฒนาสูตรคำรับยา การทดสอบชีวสมมูล และการขึ้นทะเบียนคำรับยา

ประเด็นที่น่าศึกษาอีกเรื่องหนึ่งคือการพัฒนากระบวนการจดสิทธิบัตรและการขึ้นทะเบียนยาใหม่ว่าจะทำให้รวดเร็วขึ้นได้อย่างไร เนื่องจากสหรัฐฯ เรียกร้องให้ขยายเวลาการคุ้มครองสิทธิบัตรออกไปจาก 20 ปี เป็น 25 ปี โดยอ้างเหตุผลว่า เพื่อเป็นการชดเชยเวลาที่เสียไปในกระบวนการขอจดสิทธิบัตรและขอขึ้นทะเบียนยา การศึกษาน่าจะพิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนด้วยว่า ความล่าช้าดังกล่าวมีผลต่อการเสียโอกาสในการผูกขาดอย่างไร ซึ่งจะทำให้เราสามารถเสนอต่อสหรัฐฯ ได้ว่า หากจำเป็นจริงๆ เราจะขยายระยะเวลาสิทธิบัตรไปไม่เกินระยะเวลาที่ยาค้างกล่าวได้เสียโอกาสในการผูกขาดไป จากความล่าช้าของกระบวนการจดสิทธิบัตรและกระบวนการขึ้นทะเบียนยา โดยจะทำการพิจารณาเป็นกรณีๆ ไป

“ คงเป็นการยากที่ประเทศไทยจะหลีกเลี่ยงไม่ยอมรับเงื่อนไขเกี่ยวกับเรื่องยาที่สหรัฐฯ เรียกร้องในทริปส์ฟรอนท์ที่จะไม่รับทั้งหมด ก็คงจะต้องยอมรับบางส่วนของข้อเรียกร้องเหล่านั้น ”

ประเด็นสุดท้ายที่น่าจะได้มีการศึกษาอย่างละเอียด คือข้อเรียกร้องที่จะให้จำกัดกรอบการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิและมาตรการนำเข้าซ้อน (ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อเรียกร้องในทริปส์ฟรอนท์) ประเด็นที่ต้องศึกษาให้ชัดเจนคือข้อเรียกร้องนี้จะมีผลกระทบอย่างไร และจะมีวิธีดำเนินการเพื่อบรรเทาปัญหาได้อย่างไร

2. สร้างความมั่นใจต่อสาธารณะว่า ประโยชน์ที่ได้จากการค้าเสรีจะตกแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ อย่างเท่าเทียมกัน และผลประโยชน์ของชนจนและผู้มีรายได้น้อย จะได้รับการพิทักษ์ไว้

ในด้านเศรษฐกิจการค้าเสรีอาจนำรายได้เข้าประเทศมากขึ้น รายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่ควรจะตกอยู่กับภาคอุตสาหกรรมบางส่วนเท่านั้น แต่ควรกระจายไปยังการพัฒนาทุกด้านเพื่อให้ประชาชนในภาคส่วนต่างๆ ของประเทศ ได้รับส่วนแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดจากการเข้าร่วมในการค้าเสรีด้วย โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข รัฐบาลสามารถนำรายได้บางส่วนจากการส่งออกที่เพิ่มขึ้นมาเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข หรือมีการเก็บเงินพิเศษในรูปของภาษีอากรจากการจำหน่ายยาที่มีสิทธิบัตร และให้นำไปใช้ในการวิจัยและพัฒนายาในประเทศ โดยเฉพาะการวิจัยและพัฒนาจากสมุนไพร

นอกจากนี้ รัฐบาลควรแบ่งเอาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้นจากการค้าเสรีระหว่างประเทศมาลดหย่อนค่าใช้จ่ายยาที่ราคาสูง ซึ่งจะทำให้รายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นตกถึงประชาชนผู้บริโภคโดยตรง ประชาชนจะสามารถเข้าถึงยาใหม่ๆ ที่จำเป็นได้แม้ว่าราคาจะสูง ในแง่นี้ผลกระทบ

ของการค้าเสรีต่อการเข้าถึงยาอาจจะอยู่ในวิสัยที่สามารถควบคุมได้ ขอเพียงแต่รัฐมีการบริหารรายได้ที่เพิ่มขึ้นดีพอ และมีการจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ

3. ร่วมกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในการเจรจาต่อรองในลักษณะพหุภาคี เพื่อจะได้มีอำนาจต่อรองมากขึ้นในการรักษาผลประโยชน์ของประเทศไทย

เวทีการค้าระหว่างประเทศเป็นเวทีของการต่อรองเพื่อรักษามลประโยชน์ ประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนามีผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน การต่อรองในเวทีการค้าโลกที่มีประสิทธิภาพจึงมักเป็นการต่อรองของกลุ่มประเทศที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้น การร่วมมือกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในการเจรจาต่อรองในลักษณะพหุภาคี อาจจะช่วยให้มีอำนาจต่อรองมากขึ้นเพื่อรักษามลประโยชน์ของประเทศได้

ในเรื่องสิทธิบัตรยา การร่วมมือกันของประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา ได้ประสบความสำเร็จมาแล้ว ในการเจรจาต่อรองในลักษณะพหุภาคีให้มีการยืดหยุ่นกฎกติกาของทริปส์ในส่วนที่เกี่ยวกับสาธารณสุข ดังที่ปรากฏในคำประกาศโดฮา (ดูกรอบที่ 6)

ในกรณีของการเจรจาทริภาคี การร่วมมือกันในกลุ่มประเทศเช่นนี้อาจจะไม่อยู่ในวิสัยที่จะเป็นไปได้ง่าย ๆ แต่ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายที่ทำการเจรจาทริภาคีกับสหรัฐอเมริกา ย่อมจะประสบปัญหาเดียวกันในเรื่องที่เกี่ยวกับสิทธิบัตรยา จุดนี้อาจจะเป็นแรงจูงใจที่จะให้ประเทศกำลังพัฒนาหันมาร่วมมือกันใช้เวทีพหุภาคีเรียกร้องให้สหรัฐฯ ไม่สร้างเงื่อนไขในการเจรจากว่ากว่ากฎกติกาที่กำหนดในทริปส์ เพราะลำพังข้อกำหนดเกี่ยวกับสิทธิบัตรยาในทริปส์ก็เกื้อหนุนประโยชน์ และผลกำไรแก่ประเทศผู้ผลิตยาที่ใหญ่ของโลก อย่างมหาศาลอยู่แล้ว

ไม่ว่าเราคิดอย่างไรก็ตามการกำลงัก็ไม่ใช่สิ่งที่เราหลีกเลี่ยงได้ เราอาจไม่เดินเข้าไปหาบับ วัฒองบับก็จะเดินเข้ามาหาเรา ดังนั้นทางที่ดีกว่าคือต้องทำความเข้าใจและอยู่ร่วมกับบับเสียแต่วันนี้ เพียงแต่อย่าเผลออยู่กับบับอย่างรอบคอบ ดีสิดี ละธุรี



ภาคผนวก: บรรณานุกรมรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2548

1. การจัดการสิ่งแวดล้อม
กฤษฎา อารยโฆธ, ชื่นภูมิกานธุภาณกิจรา, วาสนา อิ่มสม และสุภา เมิศศิริพันธ์, 2548, ความรุนแรงในวิถีชีวิตสู่ปัญหาสุขภาพผู้ด้อย, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
จินตนา พิทยทศธร และ สันติย์ เกษนิประทุม, ศึกษารายละเอียดลูกจ้างบนถนนและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดลูกจ้างบนถนนอย่างมีความปลอดภัย 4 เดือน, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร 2547, (สืบค้นมา)
ธศ ศิริวัฒนภรณ์ และคณะ, 2548, "แบบแผนการทดสอบสารออกฤทธิ์โพรโมตอน 12 ปี (พ.ศ. 2533-2544)", วารสารวิชาการสาธารณสุข 12 (1): หน้า 1 - 18.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2544, รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548[Online] (<http://203.157.19.191/index-sta48.htm>)
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2542, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547, "ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV และระดับเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-รอบที่ 22 (พ.ศ. 2532-2547)", (สืบค้นมา).
สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยและโรค, 2547, สถานการณ์การสุขภาพของประชากรและการบริการด้านปี 2540-2544 [Online] (<http://www.anamai.moph.go.th/vhp/index.htm>).

2. การศึกษา
รายงานสถานการณ์พัฒนาของสถิติการของประเทศไทย พ.ศ. 2547, สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขและสังคมแห่งชาติ, ทีมงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2548, รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2548, กรุงเทพมหานคร : พริททวนบรรพกิจ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2545, รายงานผลการสำรวจความพิการและการดูแลสุขภาพ พ.ศ. 2545, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3. ความยากจน
ชื่นภูมิกานธุภาณกิจรา และคณะ, 2548, ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อความยากจน, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548 ความยากจนและการกระจายรายได้ [Online] (http://poverty.nesdb.go.th/poverty_new/doc/NESED/poverty_20050301030101.pdf)

4. สิ่งแวดล้อม
กระทรวงมหาดไทย, 2548, สถิติจำนวนรถจดทะเบียนใหม่โดยประเภทยานพาหนะและประเภทยานพาหนะที่จดทะเบียนแล้ว พ.ศ. 2547, สำนักบริหารยานพาหนะกรมทะเบียนการจราจร (กรุงเทพมหานคร), (http://www.dti.go.th/statistics_web/statistics.html)
กรมนโยบายและแผนการ สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2548, สถิติกรุงเทพมหานคร [Online] (<http://203.155.220.217/pd07Stat/Th/statstb.htm>)
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2548, สรุปสถานการณ์ด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมประเทศไทย พ.ศ. 2547, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2547, รายงานผลการประมาณร้อยละพื้นที่การก่อสร้าง โครงข่ายปี 2547, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2547, สถิติสิ่งแวดล้อมประเทศไทย พ.ศ. 2547, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสวนสาธารณะ สำนักงานโครงการสวน, 2548, ข้อมูลต้นไม้และพื้นที่สีเขียว [Online] (http://203.155.220.217/office/gpdd/publicpark/th/activity1_green.htm)

5. สุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548, สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2548, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
ประเวศ สันติสุขโณกุล, 2547, ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย, กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, (สืบค้นมา).
พรเทพ ศิริวรารัตน์ และคณะ, 2547, "ความรุนแรงต่อผู้พลัดถิ่นในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546", วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน 2547, หน้า 177-188.
เกรียงศักดิ์ทิพย์, 2545, คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, โรคจิตเภทและยาที่ควบคุม, บทสัมภาษณ์ในการ U-Net วันที่ 30 กรกฎาคม 2545, [Online] (<http://nuoc.mahidol.ac.th/~net/televsity.htm>)
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548, รายงานผลการศึกษาเรื่องระบบการดูแลสุขภาพจิตและการทำวิจัยและแผนการฆ่าตัวตาย ปีการศึกษา พ.ศ. 2545, ขอนแก่น: กองพัฒน์ (ขอนแก่น).
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2546, รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548[Online] (<http://203.157.19.191/index-sta48.htm>)

6. ประชากรสูงวัย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2546, การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568, กรุงเทพมหานคร: สถาบันทรัพย์สินที่มีแผ่นดินที่สืบเชื้อสาย.
สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก การชน ผู้สูงอายุโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2546, แผนการวิจัยการ สสส, สำนักที่ 22547.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2548, รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2545, รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานปฏิรูป, 2543, ส่วนงานประชากรและโรค พ.ศ.2543, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2523. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2523. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2513. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

7. มะเร็ง

Sriplung H. et al., 2003. Cancer in Thailand, Vol. II, 1995-1997. Bangkok: Cancer Research Foundation for National Cancer Institute.

มูลนิธิโรคมะเร็งเพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2547. โรคจากการสูบบุหรี่. เอกสารเผยแพร่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

เอกสารวิชาการการไม่สูบบุหรี่จัดขึ้นในการประชุมวิชาการ food seminar 2004. (เก็บสำเนา).

8. สาธารณ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, โครงการพัฒนาสำนักงานสถิติแห่งชาติและการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเชิงนโยบายในระดับจังหวัด,2546 [Online] (<http://www.anamai.moph.go.th/ansipjnet3.htm>.)

กรมส่งเสริมสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2546. พัฒนาการของสำนักงานสถิติแห่งชาติและความเชื่อมโยงกับการบริการโรคพิษ

กาฬโรคในชนบท. สดงสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2547.โครงการศึกษาวิจัย. มีสถานานิย.

ศูนย์วิจัยสุขภาพเมือง48. เก็บข้อมูลวันที่ 28 มีนาคม 2510 วันที่ 18 มกราคม 2548 หน้า 8.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546.[Online] (<http://203.157.19.191/index-ssm46.html>)

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์.

9. โรคเอดส์

ABAC Poll. 2004.การสำรวจความคิดเห็น ความเข้าใจ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์และความรัก.[Online] (<http://www.abacpoll.com>).

Chayovan et al.2003.The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. 2001. Projection for HIV/AIDS in Thailand : 2000-2020.Thailand.

ศูนย์วิจัย สุขภาพการ. 2546. สันตสุขภาวะแห่งชาติสู่โลกใหม่. คณะกรรมาธิการ, 25(296) พฤษภาคม 2546.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2539. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย 2546. เอกสารใช้ในการประชุมระดับปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาแบบแผนการรณรงค์

เพื่อการรณรงค์ป้องกันและลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ วันที่ 15-17 มีนาคม 2547 โดยกรมอนามัยและศูนย์วิจัยสุขภาพเมือง48.

10. การป้องกัน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547. สรุปผลเบื้องต้นของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547. (เก็บสำเนา).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2539. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546.[Online] (<http://203.157.19.191/index-ssm46.html>)

11. ความปลอดภัยของชุมชน

กรมการพัฒนารัฐบาล กระทรวงมหาดไทย. 2547. รายงานคุณภาพชีวิตของชนบทจากข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (ขบง.) ปี 2547. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. ความสัมพันธ์ที่มีต่อการบริการสุขภาพของรัฐบาล พ.ศ.2547. [Online] กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

(<http://www.nso.go.th/soodgraph/graph17.htm>).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. รายงานผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

12. การตลาด

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2546. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 14 มกราคม 2546. หน้า 1.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคมสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546. การพัฒนาประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ร.บ.). รายงานผลการพัฒนาการพัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย พ.ศ. 2547. (น.ร.บ.).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2507-2510, 2517-2518, 2527-2529, 2532, 2534, 2538-2539. รายงานผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (น.ร.บ.). สถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยที่มีผลต่อการพัฒนาและลดไม่ลงของการรณรงค์. หน่วยวิจัยสุขภาพชุมชน.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. การสาธารณสุข พ.ศ. 2543-2543. กรุงเทพมหานคร: โครงการรณรงค์การป้องกันและลดพฤติกรรม.

สำนักงานสถิติสุขภาพ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2547. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของประชาชนและการบริการสุขภาพ ปี 2540-2544.[Online] (<http://www.anamai.moph.go.th/hp/index.htm>).

1. หนังสือพิมพ์รายวัน “ชินนัม” รายวันฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย

1. “หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 102.
2. “หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 12.
3. “หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
4. “หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือ (27 ธันวาคม 2547) : หน้า 2. [http://www.matchon.co.th/sunamishow.php?date=2004/12/27&news=1&show=01p0106271247]
5. “หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 10.
6. ศูนย์ข่าวการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากแผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิในมหาสมุทรอินเดียและอ่าวเบงกอล (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 12. [http://www.dsa.go.th/news01/1247news_after_shock_97.pdf]
7. กฤษณา อชาวันกุล และ ศันสนีย์ หาดใหญ่. การจัดการภัยพิบัติ. กรุงเทพฯ: 2548. คำกล่าวและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และการจัดการภัยพิบัติ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : หน้า 58.
8. “หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (2,500 ราย). ผู้จัดการ (18 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=948000000240]
9. องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์ล่าสุด ฉบับที่ 31 วันที่ 29 มกราคม 2548. [เอกสารออนไลน์ : http://www.who.int/hac/crises/internationalasia_tsunami/step031enprint.html]
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจความเสียหายจากภัยพิบัติใน 6 จังหวัดภาคใต้. [เอกสารออนไลน์ : http://www.nso.go.th/nso/t.jsp?file_upload/140.pdf]
11. “ชินนัม ฉบับที่ 5 พิธีเปิดงานช่วยเหลือผู้ประสบภัย”. กรุงเทพธุรกิจ (12 มกราคม 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/01/12/pageone/index.php?news=pag2.html]
12. “ชินนัม” ข่าวการเมืองและสังคม หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย. ผู้จัดการ (11 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9480000004702]
13. “พบ 1,000 ชีวิต หลงจากชินนัม และขอความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน”. [เอกสารออนไลน์ (2 มีนาคม 2548) : http://www.thainisc.com/freewebboard/php/vreply.php?user=midnight&topic=4837]
14. “สถานการณ์ ชน.ช. พิบัติภัย ชินนัม”. ผู้จัดการ (29 ธันวาคม 2547).
15. “พบคนไทยเป็นศูนย์กลางการช่วยเหลือผู้ประสบภัยชินนัม”. ผู้จัดการ (6 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx?NewsID=9480000002402]
16. “รายงาน สืบสวนคดีชินนัม-พิบัติภัยในไทย ระบบเตือนภัยและมาตรการป้องกัน”. กรุงเทพธุรกิจ (10 มกราคม 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/01/10/soc/index.php?news=ev01.html]
17. “เว็บไซต์ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. ผู้จัดการ (27 ธันวาคม 2547). [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000102475]
18. “สถานการณ์ชินนัม ฉบับที่ 5 พิธีเปิดงานช่วยเหลือผู้ประสบภัย”. ผู้จัดการ (24 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9480000011222]
19. “พบคนไทย 6 จังหวัดในชินนัม” ชินนัม เป็นของขวัญปีใหม่สำหรับคนไทย. ไทยโพสต์ (13 มกราคม 2548). [http://www.thaipost.net/index.asp?file=sunday&post_date=16/Jan/2548&news_id=101027&cat_id=110400]
20. “พบคนไทย ชินนัม” จากบ้านนาบอน ระลึกลับถึงภัยพิบัติ. ข่าวสด (17 มกราคม 2548) : หน้า 29.

2. สถานการณ์ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย

1. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย 919 ชีวิต”. ผู้จัดการ (7 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9480000002838&Keyword=919]
2. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. ข่าวสดฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (17 มกราคม 2548). [http://www.prachathai.com/news/show.php?Category=pm&No=2490]
3. “ชินนัม” ศูนย์ข่าวการช่วยเหลือผู้ประสบภัยชินนัม. กรุงเทพฯ: 2547. [http://www.dsa.go.th/news01/1247news_after_shock_97.pdf]
4. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 102.
5. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
6. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 10.
7. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 12.
8. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
9. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
10. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
11. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
12. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
13. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.

3. สถานการณ์ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย

1. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 102.
2. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 12.
3. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
4. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
5. “ชินนัมฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย”. หนังสือฉบับเช้าวันแรกที่ถูกระงับโดย (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.

6. ชนิดา จารณาศาสตร์ และ ธิชาเบศ เกษมทรัพย์ . 2547. "โรคไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดสร้างความวิตกกังวลให้แก่ประชาชนและบุคลากรในภาคสาธารณสุขไทย" ใน: วิชาการสาธารณสุข 45 (1) : 1-5
7. สำนักข่าวซินหัวและสำนักโกลบอลไทมส์ . "ผลการพิจารณาการใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่" (4 มกราคม 2548) . <http://www.sina.com.cn/news/health/2005-01-04/081126.html>
8. "โรคไข้หวัดใหญ่ระบาดในจีน 3 ปีติดต่อกัน" . ผู้จัดการออนไลน์ (24 พฤศจิกายน 2547) . <http://www.manager.co.th/DailyView/News.aspx?NewsID=9470000087126>
9. "โรคไข้หวัดใหญ่ระบาดในจีน 3 ปีติดต่อกัน" . ผู้จัดการออนไลน์ (19 ตุลาคม 2547) . <http://www.matchon.co.th/matchon/matchon.php?tag=01802191047&show=1§ionid=0132&day=2004/10/19>
10. บุญศิริ นวศรี . "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในจีน" . ผู้จัดการออนไลน์ (2 พฤศจิกายน 2547) : หน้า 10.

4. โรคไข้หวัดใหญ่

1. กฤษณา สารนิพนธ์ . 2542. ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ : ไข้หวัดใหญ่ และไข้หวัดใหญ่แบบธรรมดา . กรุงเทพฯ : บริษัท สยามอินเตอร์คอมมูนิเคชั่น จำกัด (มหาชน) . หน้า 487-544.
2. ศูนย์ข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนคนไทย . 2542 - 2547 จากหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ ได้แก่ ไทยรัฐ , ผู้จัดการ , ข่าวสด , และกรุงเทพธุรกิจ .
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข . จำนวนเด็กและเยาวชนที่เสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ปี 2547 (มกราคม - ธันวาคม) . (เอกสารออนไลน์ : http://www.thai.go.th/servicecenter/data/brochure/Datafile_pjn.asp?FileID=68)
4. "พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ถึง 12 คน" . ผู้จัดการ (8 มีนาคม 2547).
5. "พิษไข้ ไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการ (19 พฤศจิกายน 2547).
6. "ไข้หวัดใหญ่ระบาดในจีน 3 ปีติดต่อกัน" . ผู้จัดการ (13 สิงหาคม 2547).
7. "โรคไข้หวัดใหญ่ระบาดในจีน 3 ปีติดต่อกัน" . ไทยรัฐ (16 พฤศจิกายน 2547) . http://www.thairath.co.th/thairath/1/2547/page1/now/16pl_8.php
8. จิตติกร ภาณุธรรม . "การระบาดโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" . ผู้จัดการออนไลน์ (27 พฤศจิกายน 2547) . <http://www.what.or.th/modules.php?name=News&file=article&aid=52>

5. ไข้หวัดใหญ่และระบบทางเดินหายใจ

1. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ . ในการประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมโรคติดเชื้อในผู้ใหญ่แห่งประเทศไทย เพื่อพัฒนาระบบและโครงสร้างการพิทักษ์สุขภาพและสาธารณสุขจากการศึกษาประเทศไทยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 10 มีนาคม 2547 ณ โรงแรมดุสิตธานี ศูนย์การประชุมและแสดงนิทรรศการอิมบิอุส กรุงเทพมหานคร : หน้า 8.
2. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (11 มีนาคม 2547) .
3. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (21 พฤศจิกายน 2546).
4. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (8 เมษายน 2547).
5. "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" . ผู้จัดการออนไลน์ (2 พฤศจิกายน 2547) . <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=4763991982340>
6. "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" . ไทยรัฐ (24 มกราคม 2548) : หน้า 1.
7. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (28 มีนาคม 2547) : หน้า 33.
8. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (28 มีนาคม 2547).
9. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (10 มีนาคม 2547) .
10. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (3 มีนาคม 2547) . http://www.consumerthai.org/canefl_board/view.php?id=47
11. "กาแฟ" (Coffee) . ผู้จัดการออนไลน์ <http://www.thailandatthamporn.com/03.htm>
12. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (22 เมษายน 2547) . http://www.bangkokbiznews.com/2004/04/22/soc/index.php?news=column_12484186.htm
13. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (11 มกราคม 2548) : หน้า 23.
14. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (25 กุมภาพันธ์ 2548) . http://www.bangkokbiznews.com/2005/02/25/soc/index.php?news=column_16535122.htm
15. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (28 มีนาคม 2547) : หน้า 33.
16. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (28 ตุลาคม 2546) . <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=4620832182301>
17. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (14 มีนาคม 2547) . <http://www.matchon.co.th/matchon/matchon.php?tag=01802141347&show=1§ionid=0132&day=2004/12/14>
18. จันทนา นิลสุพรรณ . บุคลากรในภาคสาธารณสุข . "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" (เอกสารออนไลน์ : <http://www.makimwan.com>)
19. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (8 มกราคม 2548) . <http://www.matchon.co.th/matchon/matchon.php?tag=0180113070148&show=1§ionid=0101&day=2005/01/07>
20. "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" . ผู้จัดการออนไลน์ (1 กุมภาพันธ์ 2548) : หน้า 33.
21. "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" . ผู้จัดการออนไลน์ (1 กุมภาพันธ์ 2548) : หน้า 33.
22. "การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย" . ผู้จัดการออนไลน์ (2 พฤศจิกายน 2547) . <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000075400>

6. การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย

1. การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย . 12 พฤศจิกายน 2547 . (เอกสารออนไลน์ : http://www.biotai.net/autopage/show_page.php?n=20&s_id=13&d_id=13&page=1)
2. "โรคไข้หวัดใหญ่" . ผู้จัดการออนไลน์ (13 พฤศจิกายน 2547) . <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9470000081486>

index.php?news-column_12300031.htm]

7. “โศกประหลาดโรงเรียนพิศ”, ข่าวสด (1 มกราคม 2547) : หน้า 5.
8. “รถบรรทุกพลิกคว่ำ IT - เครื่องใช้ไฟฟ้า ระเบิดใส่ผู้โดยสารไฟ WEEE - RoHS”, ผู้จัดการ (21 มกราคม 2548) [<http://www.manager.co.th/mgr/Weekly/viewnews.aspx?NewsID=948000009883>].
9. คณะควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์แห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
10. สตีฟ คอสโตรอฟ, “แบบแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยที่อาจได้รับอิทธิพลจากสารพิษทางเคมีในอาหาร”, วารสาร QUALITY, ปีที่ 11 ฉบับที่ 87 (มกราคม 2548).
11. “ใช้ ๓๗-กม. คุ้มครองการจัดการขยะอันตราย”, ไทยรัฐ (29 ตุลาคม 2547). [<http://www.thairat.co.th/thairat/2547/educ/oct/29/edu01.php>].
12. “ผู้จ้างซื้อถังแก๊สของธนาคารฉีกถัง”, ข่าวสด (1 ตุลาคม 2547).
13. “ข้าวถูกใจผู้บริโภคจากโรงกลั่นข้าว”, สำนักข่าวประชาธรรม, ผู้จัดการออนไลน์ : http://www.thaico.net/b_pnews/47053101.htm.

10. เมื่อโศกโณวินถึงโรงพยาบาลผู้ถูกดูหมิ่น เสียชีวิตแล้ว สูบบุหรี่ และดื่มเหล้า

1. สำนักข่าวเอชเอ็นเอ, สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราระหว่างปี พ.ศ. 2547, สารคดี, ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (มกราคม 2548) : หน้า 2-3.
2. “ข้ามสาร”, เอชเอ็น (7 มีนาคม 2548) : หน้า 7.
3. “รวมงานวิจัยเรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบ”, กรุงเทพธุรกิจ (29 มกราคม 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/01/29/soc/index.php?news-column_16237707.htm].
4. ชวาลิน วิจารณ์สาร, “พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก เรื่องที่พ่อแม่ผู้ปกครอง”, นิตยสารป๊อปปูล่า, ปีที่ 10 (มิถุนายน 2547) [นิตยสารออนไลน์ : <http://www.dinorak.com/messages/viewmessage.php?id=3987&category=บทความเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก>].
5. “รถบรรทุก 10 ตันบรรทุกบุหรี่กว่า ๑ ล้านซองหนีศุลกากร”, ผู้จัดการ (15 กันยายน 2547). [<http://www.manager.co.th/GOOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000052853>].
6. “โศกอายุ 11 ปี สูบบุหรี่เกือบ 10 ล้านซอง”, ผู้จัดการ (7 มีนาคม 2547) : [<http://www.manager.co.th/GOOL/ViewNews.aspx?NewsID=4732541085123>].
7. “นิคมโรงงานสุรามีโรงฆ่าสัตว์”, เนชั่นวิจาณ์โลกธุรกิจฉบับข่าว, กรุงเทพธุรกิจ (3 กุมภาพันธ์ 2548) : หน้า 11.
8. “คนขับที่รถบรรทุกบุหรี่”, ไทยโพสต์ (13 ตุลาคม 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?tk=thaipost&post_date=21/Jan/2548&news_id=96357&cat_id=600].
9. “รถบรรทุกควา ขนเหล้า - บุหรี่ มุ่งหน้ามาฉวย”, ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?tk=thaipost&post_date=21/Jan/2548&news_id=96474&cat_id=501].
10. “รถบรรทุกขนเหล้า ขนยาเสพติด - บุหรี่ มุ่งหน้ามาฉวย”, กรุงเทพธุรกิจ (15 ธันวาคม 2547). [<http://www.bangkokbiznews.com/2004/12/15/pageone/index.php?news-page1.htm>].

10. สถานการณ์สำคัญในกรณี 2547

1. ไข้หวัด

โรคระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่แพร่ระบาดในหลายประเทศ, กรุงเทพธุรกิจ (3 กันยายน 2547).

“ผู้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ในสื่อมวลชนว่าใช้ยาผิดวิธี”, ผู้จัดการ (3 กันยายน 2547).

“โรค GMQs ยังไม่พบในจีน”, เว็บไซต์การแพทย์, โนโบล [นิตยสารออนไลน์ : http://www.biohal.net/autopage1/show_page.php?i=19&_id=2&d_id=2].

“สถานการณ์ของ ‘ยาสูบ’ เมื่อเข้าสู่ ‘การวิจัยของ GMQs’”, [นิตยสารออนไลน์ : <http://www.thango.org/headnews/Kan/GMQs070947.htm>].

“ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ความเสี่ยงของการใช้ยาสูบ”, ประชาชาติธุรกิจ, ปีที่ 28 ฉบับที่ 3624 (4 ตุลาคม 2547) : หน้า 17.

2. วัตถุอันตราย 20 บาทฉบับที่ 3

การฉ้อโกง และอาชญากรรม, “20 บาท (ไม่) 20 บาททุกบาท หรือเป็นของปลอมของกรมสรรพากร”, [นิตยสารออนไลน์ : http://www.thaico.net/b_pnews/47121301.htm].

“ขนส่ง และผู้ว่าฯ ใช้ใบความเสียหายของรถบรรทุก”, กรุงเทพธุรกิจ (21 ตุลาคม 2547). [<http://www.bangkokbiznews.com/2004/10/21/soc/index.php?news=ev01.htm>].

สำนักงานสถิติประจำกรุงเทพมหานคร, 2547, แผนการดำเนินการด้านความปลอดภัยทางถนนประจำปีงบประมาณ 2547 (1 ตุลาคม 2546 -30 กันยายน 2547). [นิตยสารออนไลน์ : www.thaigo.go.th/newsgo_bin/UC_Trend/uc_FILE/final_uc_qualifier472.zip].

3. ความงาม

ข่าวบันเทิง, 2547, สถานการณ์ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของ, บทความใน สุขภาพจิตไทย - วัตถุที่พบในปัจจัยอื่น, การสำรวจผลิตภัณฑ์และการใช้, ปีที่ 20 ฉบับที่ 12 (ธันวาคม 2547).

“จิตวิทยา”, สุขภาพจิตไทย, ไทยโพสต์ฉบับเช้า, บทความใน สุขภาพจิตไทย - วัตถุที่พบในปัจจัยอื่น, การสำรวจผลิตภัณฑ์และการใช้, ปีที่ 20 ฉบับที่ 12 (ธันวาคม 2547).

สุวิมล ทรัพย์, สถานการณ์ที่มีผลต่อสุขภาพจิตไทย, สุขภาพจิตไทย - วัตถุที่พบในปัจจัยอื่น, การสำรวจผลิตภัณฑ์และการใช้, ปีที่ 20 ฉบับที่ 12 (ธันวาคม 2547).

“กินยาไม่ได้อ้วน”, [นิตยสารออนไลน์ : <http://www.siamstreet.com/health/protectobe.html>].

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งชาติ, “กินยาไม่ได้อ้วน”, [นิตยสารออนไลน์ : <http://www.culture.go.th/oncoknowledge/food01.htm>].

คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารและยา, “กินยาไม่ได้อ้วน”, [นิตยสารออนไลน์ : <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/addictobeauty.html>].

4. ไข้หวัดใหญ่

“นักวิจัยเผยสาเหตุการระบาดของไข้หวัดใหญ่”, นน ๒๒ ๒๒ (10 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.komchaduek.net/column/scoop/2004/11/10.php>].

“แพทย์พบ ไข้หวัดใหญ่ ไม่เป็นอันตราย”, ผู้จัดการ (9 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9470000079280>].

“ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่”, ผู้จัดการ (8 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9470000078782>].

บุญยืน ทรัพย์, “ไข้หวัดใหญ่”, นน ๒๒ ๒๒ (9 พฤศจิกายน 2547).

4. ผ่านด่านโรคทางโลหิตจางของโรคระบาดวิทยา

"พบผู้ป่วยโรคโลหิตจางระบาดวิทยา" - มติชน (8 พฤศจิกายน 2547), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547, "โครงการอาหารปลอดภัยทั่วประเทศทำได้ดีหรือ", สารสุขภาพ ฉบับที่ 2 (พฤศจิกายน 2547), "สมอสม - อาหารปลอดภัย" เป็นของรัฐบาลไทย", ผู้จัดการ (24 ธันวาคม 2547), [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000101554].

5. เภสัชกรไทยพบการลักลอบนำเข้ายาเสพติดจากต่างประเทศ

"ขอ. การลักลอบนำเข้ายาเสพติด - บุหรี่ลักลอบนำเข้า 18 ล้าน 1 ข.ค.ค.", ผู้จัดการ (22 พฤศจิกายน 2547), [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000085660], "พบยาเสพติดลักลอบนำเข้าจากต่างประเทศ - บุหรี่ลักลอบนำเข้า 18", ผู้จัดการ (8 ธันวาคม 2547), [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000080475], "ยาเสพติดลักลอบนำเข้า - บุหรี่ลักลอบนำเข้า", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501].

6. จาโรส... โศกโศกของชาวไทย

"กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคระบาดวิทยา, การรับมือการระบาดของโรค SARS, สถานการณ์โรค (18 พฤศจิกายน 2547) [เอกสารออนไลน์: http://203.157.19.193/SARS/s_2.doc], "จาโรสหรือโรคมือเท้าปาก - จาโรส", ผู้จัดการ (26 เมษายน 2547), [http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=4755001046061], "โรคมือเท้าปากจาโรส", ข่าวสด (26 มิถุนายน 2547).

7. โรคพิษสุนัขบ้าระบาดในสัตว์

"กรมควบคุมโรค สาธารณสุขสัตว์", ผู้จัดการ (30 ตุลาคม 2547), [http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=9470000074624], "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", มติชน (28 ธันวาคม 2547).

8. เภสัชกรไทย... สร้างความตื่นตัวด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

"กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคระบาดวิทยา, การรับมือการระบาดของโรค SARS, สถานการณ์โรค (18 พฤศจิกายน 2547) [เอกสารออนไลน์: http://203.157.19.193/SARS/s_2.doc], "จาโรสหรือโรคมือเท้าปาก - จาโรส", ผู้จัดการ (26 เมษายน 2547), [http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=4755001046061], "โรคมือเท้าปากจาโรส", ข่าวสด (26 มิถุนายน 2547), "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", มติชน (28 ธันวาคม 2547), "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501], "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501], "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501], "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501].

9. โศกโศก จากผลกระทบด้านสุขภาพจากการระบาดของโรค

"กรมควบคุมโรค สำนักงานโรคระบาดวิทยา, การรับมือการระบาดของโรค SARS, สถานการณ์โรค (18 พฤศจิกายน 2547) [เอกสารออนไลน์: http://203.157.19.193/SARS/s_2.doc], "จาโรสหรือโรคมือเท้าปาก - จาโรส", ผู้จัดการ (26 เมษายน 2547), [http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=4755001046061], "โรคมือเท้าปากจาโรส", ข่าวสด (26 มิถุนายน 2547), "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", มติชน (28 ธันวาคม 2547), "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501], "พบพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์", ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547), [http://www.thaipost.net/index.asp?k=thai-post&post_date=21-Jan-2548&news_id=9947&cat_id=501].

10. โรคพิษสุนัขบ้า - โรคติดต่อ

"จากพิษสุนัขบ้า - โรคติดต่อ", ผู้จัดการ (4 ธันวาคม 2547), [http://www.manager.co.th/Entertainment/ViewNews.aspx?NewsID=9470000091599], "โรคพิษสุนัขบ้า - โรคติดต่อ", ข่าวสด (13 สิงหาคม 2547), "โรคพิษสุนัขบ้า - โรคติดต่อ", ข่าวสด (13 สิงหาคม 2547), "โรคพิษสุนัขบ้า - โรคติดต่อ", ข่าวสด (13 สิงหาคม 2547).

- issues/health/tb_fa_hivaidz.htm. Original publication: July 2004. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.
- Generic Competition, price and access to medicines: The case of antiretrovirals in Uganda. Oxfam briefing paper # 26. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/bp26_generic.htm. Original publication: July 2002. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.
- Kasper, Alan J. A view of Parallel Imports: Issues from an International Perspective. Published in http://www.sughrue.com/clientfiles/pir_imports.htm Accessed, 21 ธันวาคม 2547.
- Keely, Edward J. 2004. "Data Protection" for Drug Inventors in Thailand. In http://www.sillsandgibbins.com/publications/event_article/IP_oc04/data_protection.pdf. Accessed, 18 มกราคม 2005.
- Lokuge, Buddhima, Faunce, T. A. and Dennis, R. 2003. A backdoor to higher medicine prices? Intellectual property and the Australia-US Free Trade Agreement. Published in http://www.tai.org.au/Whatsnew_Files/WhatsnewPatent.pdf. Accessed, 20 มกราคม 2548.
- Oxfam. Oxfam Briefing Note. Undermining access to medicines: Comparison Five US FTAs. In http://oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/undermining_access_fas.htm. Accessed, 24 ธันวาคม 2547.
- Patent and Medicines: The WTO Must Act Now! In http://www.totabba.org/totabba_files/finance/patents.html.
- Patent, TRIPS and Public Health. In <http://www.southcentre.org/info/southcentre/bulletin08-01.htm>. Accessed, 24 ธันวาคม 2547.
- Pharmaceutical Industry Practicing the most stark acts of corporate inhumanity. In <http://www.corporatewatch.org.uk/profiles/pharmaceuticals/pharmaceuticals.html>. Accessed, 22 มกราคม 2548.
- Priced out of Reach: How WTO patent policies will reduce access to medicines in the developing world. Briefing Paper # 4. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/bp04_priced.htm. Original publication: October 2001. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.
- Robbing the Poor to Pay the Rich? How the United States keeps medicines from the worlds Poorest. Oxfam Briefing Paper # 56. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/bp56_medicines.htm. Original publication: December 2003. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.
- Sellers, L.J. 2004. Special Report "Pharma Exec 50". Pharmaceutical Executive, May 2004. (p61-70).
- South Africa vs. the drug giants. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/drugcomp_sa.htm Accessed, 22 มกราคม 2548.
- The Medicare Drug War: An Army of Nearly 1,000 Lobbyists Pushes a Medicare Law that Puts Drug Company and HMO Profits ahead Patients and Taxpayers. In www.citizen.org Accessed, 20 มกราคม 2548.
- Third World Network. Patent and Medicines: The WTO Must Act Now! Joint NGO Statement on the Special Discussion in the WTO TRIPS Council on Patents and Access to Affordable Medicines. In http://www.totabba.org/totabba_files/finance/patents.htm. Accessed, 24 ธันวาคม 2547.
- TRIPS, Intellectual Property Rights and Access to Medicines. HIV/AIDS Antiretroviral Newsletter. World Health Organization, Regional Office for Western Pacific, December, 2002 Issue No. 8.
- US Bullying on drug patents: One Year after Doha. Oxfam Briefing Paper # 33. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/bp33_bullying.htm. Original publication: November 2002. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.
- World Intellectual Property Organization. 2002. Basic Facts about the Patent Cooperation Treaty (PCT): The Worldwide system of simplifying multiple filing of patent applications. <http://www.wipo.int>.
- WTO Patent Rules and Access to Medicines: The Pressure Mounts. In www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/wto_patentrules.htm. Accessed, 24 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS) - Fact Sheet. TRIPS and Pharmaceutical Patents: Obligation and Exception. In http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm02_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS) - Fact sheet. Developing countries transition period. In http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm04_e.htm Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS) - Fact sheet. TRIPS and pharmaceutical patents: What does generic mean? In http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm03_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS). Frequently asked questions about TRIPS. In http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/tripfaq_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS). Pharmaceutical patents and TRIPS agreement. In http://www.org/english/tratop_e/trips_e/pharma_atot06_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS). TRIPS and public health: the situation before Cancun. In http://wto.org/english/tratop_e/trips_e/health_background_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS). What are intellectual property rights?. In http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/intell_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Intellectual Property (TRIPS): Fact sheet. Philosophy: TRIPS attempt to strike a balance. In http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/factsheet_pharm01_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Ministerial Conference. Declaration on the TRIPS agreement and public health. In http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm7_e/minid1_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Understanding the WTO. Intellectual Property: protection and enforcement. In http://www.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm7_e.htm. Accessed, 21 ธันวาคม 2547.

แหล่งข้อมูลอื่นๆ

- ประพันธ์ เกษราภรณ์, นพ. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สัมภาษณ์วันที่ 15 ธันวาคม 2547
- ไวโรจน์ คัมภีร์บุญเมือง, นพ. ศิริวิกรม ลีพงษ์บุญฤทธิ์, พญ. และศีกาพร ชวณวงศ์, นพ.สำนักงานพัฒนาระบบงานสุขภาพครอบครัวประเทศ. สัมภาษณ์วันที่ 17 ธันวาคม 2547
- ญาติ คัมภีร์นงค์, พญ. ผู้อำนวยการ กองควบคุมเครื่องสำอางค์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สัมภาษณ์วันที่ 23 ธันวาคม 2547
- สิริชัย ชานนศิริ, นพ. และพารัชต์ อุกุลานนท์. สำนักโรคเขตร้อน โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์วันที่ 19 มกราคม 2548.

ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวชี้วัดแต่ละตัวที่จะนำเสนอในแต่ละหมวด คือ

- 1) เป็นตัวชี้วัดที่มาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเป็นการเก็บข้อมูลระดับประเทศ/ภาค
- 2) ข้อมูลจากผลการวิจัย หรือผลการสำรวจความคิดเห็น จะถูกนำมาใช้ในการแสดงเรื่องราวของดัชนีหมวดนั้น ให้มีความเชื่อมโยงกัน
- 3) ตัวชี้วัดบางส่วนจะมาจากคำแนะนำ/ ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
- 4) ต้องเป็นข้อมูลที่สะท้อนภาพเหตุการณ์ในแต่ละช่วงของปีที่น่าเสนอ

เรื่องพิเศษประจำปี

เกณฑ์การเลือกเรื่องพิเศษประจำปี มีหลักเกณฑ์ที่กำหนดการเลือกนั้น ต้องเป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย มีประโยชน์กับประชาชน มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย โดยเสนอทางเลือก 2 ส่วน ดังนี้คือ

- 1) เลือกเรื่องจาก 1 ใน 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือ เรื่องสำคัญอื่นๆ
- 2) เลือกเรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก (target group oriented) หรือเลือกเรื่องเฉพาะประเด็นเป็นหลัก (issue oriented)

สถานการณ์ 10+10 ในรอบปี

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และสถานการณ์สำคัญๆ ที่มีเนื้อหาสั้นๆ อีกประมาณ 10 เรื่อง ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+10” และทุกปี จะมีการรายงาน 10 สถานการณ์เด่นของปีที่ผ่านมา มารายงานในปีปัจจุบัน เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่อาจจะกลับมาเป็นสถานการณ์เด่นได้อีก

โดยใช้เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ ดังนี้

- 1) เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปีที่จัดทำรายงาน
- 2) เป็นสถานการณ์ที่มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง คำว่าผลกระทบ หมายถึงถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- 3) เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- 4) เป็นเรื่องใหม่ ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- 5) เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

ชื่อ	หน่วยงาน	ผู้ทรงคุณวุฒิงานฉบับสมบูรณ์
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	บทบาทที่เด่น
2. ศุภ ปาวิชาติ ศิวรักษ์	นักวิจัยอิสระ	บทบาทที่เด่น
3. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	บทบาทที่เด่น
		ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง
4. ผศ.ดร. ทิพย์วรรณ เขียวเชื้อตระกูล	ภาควิชาชีวเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์	การสังเคราะห์/ทดลอง
5. ศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์	ภาควิชาชีวเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์	การสังเคราะห์/ทดลอง
6. พญ. ธีรา วัชรโพธิ์	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู	ความพิการ
7. รศ.พญ. เมธาวิวัฒน์ ปาปักษ์ขาม	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู	การตาย
8. ศ.ดร. ปราโมทย์ ประสาทกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	การตาย
9. อาจารย์ ดร. ปัทมา วาฬนพวงค์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	การตาย
10. นพ. วิโรจน์ ศีลเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ (HAPP)	การป่วย
11. รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	ความยากจน
12. นพ. ประเวศ คณิศวิวัฒน์สกุล	กรมสุขภาพจิต	สุขภาพจิต
13. นพ. วันดี โกสากุล	สถาบันสุขภาพผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
14. นพ. พิษชา ศรีปวง	ม.ธรรมศาสตร์ ภาควิชาใหญ่	โรคเฉพาะ
15. รศ.ดร. ประไพศรี สิริจักรวาล	สถาบันวิจัยโภชนาการ ม.มหิดล	อาหาร
		ที่ปรึกษาด้านข้อมูล
16. ศุภ ปานบดี เกษมจิตร	สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลบริโภคน้ำดื่ม
17. นพ. ประพนธ์ เกตุวาท	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลสิทธิบัตรยา
18. นพ. วิโรจน์ ศีลเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างประเทศ (HAPP)	ข้อมูลบริการสุขภาพ
19. ดร. พญ. ศิริวรรณ ทิพย์รุ่งฤทธิ์	สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (HAPP)	ข้อมูลบริการสุขภาพ
20. นพ. พิเศษพร ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนาสุขภาพ ระหว่างประเทศ (HAPP)	ข้อมูลบริการสุขภาพ
21. ภญ. ฐาณี พิณนวงค์	กองควบคุมเครื่องสำอางค์	ข้อมูลสิทธิบัตรยา
22. นพ. สันติชัย ราชสมบัติ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ข้อมูลยา
23. ศุภ พาศิรินทร์ อุตสาหกรรม	สำนักโรคติดต่อ โรคติดต่อ และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลยา
24. ศุภ นันทา เกษมศิริวัฒน์	สำนักโรคติดต่อ โรคติดต่อ และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลยา
25. ดร. เจษฎา โทณะวณิก	โครงการยุทธศาสตร์นโยบายฐานทรัพยากร คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	ข้อมูล FTA กับพันธบัตรผูกพันโครงการและภูมิปัญญา แพทย์แผนไทย
26. ศุภ สุวิวัฒน์ ศรีมรรคา	สำนักกฎหมายแผนกสุขภาพ โทณะวณิก	ข้อมูลกฎหมายสิทธิบัตร
27. รศ.ดร. ภญ. จิราพร นันทานนท์	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	ข้อมูล FTA กับพันธบัตรผูกพัน HIV
28. รศ.ดร. จักรกฤษณ์ ธรรมพงษ์	ภาควิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ข้อมูลสิทธิบัตรยา
29. ศุภ อวยพร แสงสุระกุล	สาขาวิชาเภสัชวิทยา มหาวิทยาลัยราชภัฏ	ข้อมูลกฎหมาย FTA
30. ศุภ ฐิติวัฒน์ ศรีธวัช	มูลนิธิโลกสีเขียว	ข้อมูลในส่วนสถานการณ์ต้น
31. ศุภ นิธนาถ วรศิริ	มูลนิธิโลกสีเขียว	ข้อมูลในส่วนสถานการณ์ต้น
32. ศุภ การณิกการ กิจจิระกุล	บริษัทสำนักพิมพ์สมาพันธ์	ข้อมูล FTA
	คณะกรรมการโลกาภิวัตน์	ข้อมูล FTA

รายชื่อกรรมการศึกษา ปี 2548

ชื่อ	หน่วยงาน	ตำแหน่ง
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นพ. อ่ำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)	กรรมการ
4. นพ.สมศักดิ์ ชุณหวิกรม	สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
5. พญ. จันทรีเพ็ญ ชูประภาวรรณ	สถาบันวิทยาการการเรียนรู้	กรรมการ
6. ทพ. กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
7. นพ. โสภณกร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. นพ. ศิโรจน์ พิพิธภณ	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
9. คุณ ปาริชาติ ศิระวิกรม	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
10. คุณ จีวรรณ บุญเพิ่ม	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
11. คุณ วาญญา เคียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
12. อาจารย์ พิภพ รงโรย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
13. ผศ. ดร. วิลาสินี พิพิธกุล	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
14. อาจารย์ สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์การชุมชนคลองชนมเงินย่านถนน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	กรรมการ
15. คุณ เบญจมาภรณ์ จันททรัพย์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
16. รศ. ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ
17. รศ. ดร. กฤษดา อารวณิกกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ
18. รศ. ดร. ชาย โพธิ์สีดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ
19. ผศ. ดร. วาสนา อิ่มแอม	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ



ขอบคุณ จากใจคณะผู้จัดทำ

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานฉบับนี้

กว่าจะออกมาเป็นรูปเล่มที่เห็นอยู่นี้ ทีมงานได้รับความสนับสนุนจากหลายฝ่ายมากมาย

เริ่มจากคณะกรรมการชี้ทิศทางทุกท่าน ที่ได้ช่วยให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ และช่วยชี้ทิศทางงานให้เป็นไปในทิศทางที่ดี

น.ท. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ ซึ่งทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการชี้ทิศทางที่ได้ให้เวลาในการอ่านต้นฉบับแนะนำข้อมูล และความคิดเห็นอันมีค่ากับทีมงานโดยตลอด

ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ช่วยให้ข้อมูลในแต่ละด้าน ช่วยอ่านต้นฉบับ และให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์

น้องๆ เจ้าหน้าที่โครงการ 4 คน คือ คุณกุลวิทย์ ศิริวิไลมงคล คุณสุภาภรณ์ จรัสสิทธิ์ คุณทศพรวิรัตน์ เกียรติวงศ์ และคุณเบญจมาศ รอดภัย ที่ทำงานกันอย่างไม่รู้เหน็ดเหนื่อย

ทีมงานฝ่ายศิลป์ ที่ช่วยทำให้รูปเล่มสวยงามน่าอ่าน และทำงานกันอย่างเข้มแข็ง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนการทำรายงานนี้

และสุดท้าย ที่สำคัญ คือ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน ที่ได้ให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ เพื่อให้ทีมงานได้รับปฏิกิริยาจากให้ดียิ่งขึ้นในฉบับต่อไป

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ

