



เอชไอเอ

กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะ

เพื่อชีวิตและสุขภาพ

สองด้านของการพัฒนา

น กสังเกตการณ์ทางสังคมบางท่านบอกว่า ทุกวันนี้เราอยู่ในสังคมแห่งความเสี่ยงและความเสี่ยงที่สำคัญนั้นมาจากการกระทำของมนุษย์เอง ในนามของโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนารูปแบบต่างๆ

“ความเสี่ยงจากการพัฒนา” ถ้าพูดสั้นเมื่อ 50 ปีที่แล้ว ตอนที่ประเทศไทยเพิ่งเริ่มยุคสมัยแห่งการพัฒนาใหม่ๆ คงจะหาคนเชื่อได้ยาก เพราะภาพของการพัฒนาในยุคนั้นคือการทำให้อะไรๆ ดีขึ้น ให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองในบ้านเมือง ให้คนมีกินมีใช้และมีชีวิตที่สะดวกสบายมากขึ้น ซึ่งก็ไม่ได้เป็นความเชื่อที่ผิด

ประเทศไทย “เจริญขึ้น” จริง เศรษฐกิจเติบโตรายได้โดยเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้น คนส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงขึ้น มีผู้มีกินมากขึ้น โครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมและการขนส่งดีขึ้น ชีวิตสะดวกสบายมากขึ้น ฯลฯ

แต่นี่เป็นเพียงความจริงด้านเดียวเท่านั้น ความจริงอีกด้านหนึ่งที่หลายคนไม่ได้ตระหนัก คือทุกอย่างที่เราได้มาจากการพัฒนานั้นต้องแลกด้วยอะไรบางอย่างเสมอ และสิ่งที่เราเสียไปนั้นก็ไม่ได้มีความสำคัญต่อชีวิตของเราน้อยไปกว่าสิ่งที่เราได้มาเลย ตัวอย่างมีให้เห็นอยู่ทั่วไป

การเปิดพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมหนักที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง และแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ภายใต้แผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2524 – 2537) และระยะที่ 2 (พ.ศ. 2538 – 2548) ทำให้มีเงินไหลเข้าจากนักลงทุนต่างประเทศและจากการส่งออกสินค้าอุตสาหกรรมที่ผลิตจากแหล่งนี้ รวมแล้วหลายแสนล้านบาท นี่ยังไม่รวมรายได้ที่เกิดจากการจ้างงานทั้งทางตรงและทางอ้อมอีกหลายแสนตำแหน่งในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งคิดเป็นมูลค่ามหาศาล ทำให้จังหวัดระยองในวันนี้เป็นจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวสูงที่สุด และรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนสูงที่สุดในประเทศ ถ้าดูในแง่นี้ ผลของการพัฒนานี้ก็น่าประทับใจ

แต่กว่ายี่สิบปีหลังจากเริ่มแผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งตะวันออก ประชาชนชาวระยองส่วนหนึ่งกำลังประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

คนระยองที่อยู่ใกล้นิคมอุตสาหกรรมต้องทนทุกข์อยู่กับมลพิษทางอากาศ ทางน้ำ สารเคมีและกากของเสียจากภาคอุตสาหกรรม มีปัญหาการแย่งน้ำกินน้ำใช้ระหว่างชุมชนกับภาคอุตสาหกรรม ทรัพยากรชายฝั่งเสียหายจนอาชีพประมงชายฝั่งใกล้ล่มสลาย ความหลากหลายทางชีวภาพถูกคุกคาม เศรษฐกิจที่เคยมั่นคงเพราะมีความสมดุลของภาคเกษตร อุตสาหกรรม การค้าและบริการ (เศรษฐกิจสามขา) กลายเป็นเศรษฐกิจขาเดียวคืออุตสาหกรรม (ราวร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัดมาจากภาคอุตสาหกรรม) ซึ่งหมายความว่าคนระยองจำนวนไม่น้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

ดัชนีทางสังคมหลายเรื่องของจังหวัดระยองก็อยู่ในระดับที่แย่ไม่น้อยไปกว่ากัน ทั้งๆ ที่มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวสูงที่สุดในประเทศ ตัวเลขเมื่อสิบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543 – 2552) บอกว่า สถิติในเรื่องต่อไปนี้ของจังหวัดระยองอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับหลายจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมหนาแน่น คือ อัตราการฆ่าตัวตาย อัตราเด็กและวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ อัตราเด็กวัยรุ่นที่ถูกส่งเข้าสถานพินิจ คดีประทุษร้ายที่ตำรวจรับแจ้ง และคดียาเสพติดที่ถูกจับกุม



ทั้งๆ ที่ระยองเป็นจังหวัดที่เศรษฐกิจดี แต่คนระยองก็ประสบปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคบางชนิดสูงอย่างผิดสังเกต โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ และโรคมะเร็ง สถิติระหว่างปี 2545 – 2552 แสดงว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บางโรค เช่น มะเร็ง มีอัตราป่วยสูงที่สุดในประเทศ

ทั้งหมดนี้อาจเป็นเพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ให้เห็นอยู่เหนือน้ำ เท่านั้น

ข้อเท็จจริงเหล่านี้บอกให้ทราบว่า การพัฒนาที่ผ่านมาไม่ได้นำแต่ความเจริญมาให้เท่านั้น แต่ยังมี “อาการข้างเคียง” หลากอย่างเป็นของแถมมาด้วย อาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไป ในแทบทุกสังคมที่นโยบายการพัฒนาให้ความสำคัญกับความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

บทสรุปคือ การพัฒนาที่มองเห็นแต่เม็ดเงิน ทำให้ประชาชนตกอยู่ในความเสี่ยง และต้องเผชิญกับปัญหา

ต่าง ๆ มากมาย ไม่เฉพาะแต่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจ วิถีชีวิตในชุมชน และความมั่นคงทางสังคมด้วย

นี่คือเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้โลกในปัจจุบันเริ่มตระหนักและหันมาคิดใหม่ เพื่อค้นหาแนวทางที่จะทำให้การพัฒนาเอื้อต่อสุขภาวะของคนและชุมชน เป็นการพัฒนายั่งยืนเพื่อประโยชน์สุขของชีวิตมนุษย์อย่างแท้จริง

ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกกำหนดเอามิติทางสุขภาพเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งของนโยบายสาธารณะและโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนา โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policy)

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ เอชไอเอ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นนวัตกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่ออกแบบมาเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นโดยเฉพาะ

นโยบายสาธารณะ และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะต้องดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากภาครัฐด้วย นโยบายสาธารณะจะปรากฏในรูปของแนวทางปฏิบัติ แผน กิจกรรม โครงการ หรือการเลือกตั้งตัดสินใจของรัฐบาลหรือองค์การบริหารระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตัวอย่างของนโยบายสาธารณะ เช่น นโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรม นโยบายด้านพลังงาน นโยบายการเกษตร นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อม และฐานทรัพยากร นโยบายด้านการคมนาคมและขนส่ง และนโยบายด้านการศึกษา

นโยบายสาธารณะที่ดี ต้องมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อมุ่งประโยชน์สุขของส่วนรวม มีกระบวนการจัดทำที่โปร่งใส ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและตรวจสอบ มีระบบบริหารที่เป็นธรรมาภิบาล มีความเป็นธรรมกับประชาชนผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม ไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม และใส่ใจในสุขภาวะของประชาชนและชุมชน กล่าวสั้นๆ คือ เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy – HPP) เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อผลักดันให้การตัดสินใจหรือการดำเนินนโยบายหรือโครงการของภาครัฐ เอกชน หรือของชุมชนท้องถิ่น แสดงความห่วงใยและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ขณะเดียวกันก็มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้

ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีกลไกสำคัญ 4 ประการ คือ (1) การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ (2) การจัดสมัชชาสุขภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายในระดับชาติ ชุมชน และท้องถิ่น (3) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เป็นกลไกที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมกันพิจารณาและเข้าประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น จากการดำเนินนโยบายการพัฒนาในด้านต่างๆ และ (4) การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ที่มา: (1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

(2) เอกสารเผยแพร่ทาง เว็บไซต์ ของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สืบค้นจาก

http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=47%3Ahttp&catid=40%3A-hia&Itemid=106 เมื่อ 12 มกราคม 2554

เอชไอเอ คืออะไร

เครื่องมือคัดกรองบนฐานแห่งการเรียนรู้

เอชไอเอ หรือ *การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ* คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่าย ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาในทุกระดับของสังคม กระบวนการเรียนรู้นี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือและ ข้อมูลหลากหลาย โดยให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ หน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ เอกชนผู้ดำเนิน โครงการ รวมถึงภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมกันพิจารณาหรือคาดการณ์ว่า นโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม การพัฒนาอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีผลกระทบ หรือมีผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว แก่ประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างไร ผลกระทบนั้นจะป้องกันหรือบรรเทาได้อย่างไร และทางเลือกอื่นที่เหมาะสมกว่ามีหรือไม่ ทั้งหมดนี้เพื่อสนับสนุนให้ เกิดการตัดสินใจที่ยึดเอาการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในสังคมเป็นที่ตั้ง นั่นคือเพื่อส่งเสริม ผลกระทบด้านบวก และลดผลกระทบด้านลบ

เป้าหมายสูงสุดของเอชไอเอ คือ การมีนโยบาย สาธารณะ รวมถึงโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่ใส่ใจ สุขภาพของประชาชน

“สุขภาพ” ในที่นี้มีความหมายกว้างกว่าเรื่องของ การแพทย์และการสาธารณสุข แต่หมายถึงความอยู่ดี มีสุข เป็นภาวะที่มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม ดังที่กำหนดเรียกว่า “สุขภาวะ” ซึ่ง ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตของประชาชนและ ชุมชน

เอชไอเอเป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อใช้ กับนโยบายสาธารณะทุกประเภทและในทุกระดับ เช่น การออกกฎหมายในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การจัดทำแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับ การทำข้อตกลงการค้าเสรี กับต่างประเทศ การพัฒนาผังเมือง การอนุมัติโครงการ ทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสารและการคมนาคม และ การกำหนดนโยบายหรือโครงการพัฒนาในระดับท้องถิ่น

“สุขภาพ”
ในที่นี้มีความหมาย
กว้างกว่าเรื่องของการแพทย์
และการสาธารณสุข แต่หมายถึง
ความอยู่ดีมีสุข เป็นภาวะที่มนุษย์
มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ
ปัญญาและสังคม ดังที่กำหนด
เรียกว่า “สุขภาวะ”





<http://www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=1106535>

สุขภาพองค์รวม

ทุกวันนี้ทั่วโลกเข้าใจคำว่าสุขภาพ ในความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของ การปราศจากความเจ็บป่วยและความพิการ แต่หมายถึง ภาวะที่มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ดังที่กำหนดเรียกว่า “สุขภาพะ” ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สุขภาพทางกาย คือ การไม่มีความเจ็บป่วยหรือพิการ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยด้วย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานตามหน้าที่ได้ตามปกติ

สุขภาพทางจิตใจ หมายถึง การมีจิตใจที่สงบมั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่มากระทบไม่ว่าในทางดีหรือร้าย รวมถึงสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ และสามารถรับมือกับความกดดันที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

สุขภาพทางปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และเข้าใจอย่างแยกได้เหตุและผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และมีโทษของสิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจที่ดีงาม หลุดพ้นจากความเห็นแก่ตัว มองเห็นคุณค่าการมีชีวิตแม้อยู่ในภาวะที่ยังพร่อง ยึดมั่นในคุณค่าแห่งศาสนาธรรมและหลักความดีงาม อย่างไม่มั่งงาย

สุขภาพทางสังคม หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างตลอดจนชุมชนและสังคม และสามารถรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้ได้ยั่งยืน ด้วยการเอื้อเฟื้อ ไม่หวาดระแวง และมีส่วนร่วมกับผู้อื่นและกับชุมชน นั่นคือเป็นคน “มีสังคม มีเพื่อน” หรือมีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่ดี

สุขภาพหรือสุขภาพะ จึงเป็นองค์รวมของความสมบูรณ์ทุกด้านในชีวิตของเรา เพราะฉะนั้นจึงมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือมาเป็นตัวกำหนด ไม่ว่าจะเป็นในทางบวกหรือทางลบก็ตาม ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพนั้นมีอย่างน้อย 3 ด้าน คือ

(1) **ตัวเราเอง** ซึ่งมีหลายอย่างประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางพันธุกรรม พฤติกรรมส่วนตัว วิธีชีวิต หรือแม้แต่ความเชื่อ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของเรามาก ตัวอย่างเช่น เรื่องพฤติกรรมการกิน ถ้าเรากินสิ่งที่ไม่ค่อยมีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือกินสิ่งที่มีประโยชน์ แต่กินมากเกินไป และไม่ออกกำลังกาย ไม่ดูแลสุขภาพกายของเราก็จะมีปัญหา เพราะตัวเราก็คือผลผลิตของสิ่งที่เรากิน สุขภาพจะดีหรือไม่ดีจึงอยู่ที่ตัวเราเป็นเบื้องต้น

(2) **สภาพแวดล้อม** เป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม เช่น คุณภาพของอากาศ น้ำ ที่อยู่อาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ระบบการขนส่ง การสื่อสาร ระบบเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม รวมไปถึงนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นการวางผังเมือง การพัฒนาอุตสาหกรรม และนโยบายทางสังคมด้านต่างๆ

(3) **ระบบบริการสุขภาพ** ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการสาธารณสุข เช่น จำนวนและคุณภาพของสถานบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด และแต่ละด้านก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทางอ้อมอื่นๆ อีกมากมาย เช่น บรรยากาศทางการเมือง ระบบการศึกษา ความมั่นคงทางอาหาร ความขัดแย้งในสังคม การจ้างงาน และสิทธิมนุษยชน สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุขของเราได้ โดยผ่านทางปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ที่กล่าวข้างต้น

เอชไอเอสองแนวทาง

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) ในสังคมไทยปัจจุบันอาจแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง ตามลักษณะของการนำไปใช้ แต่ทั้งสองแนวทางนี้ก็มีจุดมุ่งหมายอันเดียวกัน คือเพื่อให้นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่จะเกิดขึ้นใส่ใจในสุขภาพของคนและชุมชน กระบวนการทำเอชไอเอทั้งสองแนวทางเน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเหมือนกัน

1) เอชไอเอในฐานะเครื่องมือเพื่ออนุมัติ

อนุญาต : เป็นเอชไอเอที่บูรณาการเข้ากับอีไอเอ (การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม) สำหรับประเมินก่อนการอนุมัติอนุญาตนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชน ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ซึ่งตามประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (31 สิงหาคม 2553) กำหนดไว้ทั้งหมด 11 ประเภท (จะกล่าวถึงต่อไป) เราจะเรียกเอชไอเอแนวทางนี้ว่า “เอชไอเอภาคบังคับ” ก็ได้ เพราะต้องทำตามอำนาจบังคับของมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และทำควบคู่ไปกับอีไอเอซึ่งเป็นการประเมินภาคบังคับอยู่แล้ว

2) เอชไอเอในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

ของสังคม : เอชไอเอแนวทางนี้เป็นเครื่องมือหรือเป็นกระบวนการ ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ทั้งในระดับท้องถิ่นและชุมชน มาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อหาทางทำให้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนและชุมชนให้มากที่สุด โดยลดผลกระทบทางลบที่อาจมีต่อความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชนให้เหลือน้อยที่สุด เอชไอเอแนวทางนี้ใช้กับนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาอะไรก็ได้ ไม่จำกัดเฉพาะนโยบาย หรือโครงการหรือกิจกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น เราอาจเรียกเอชไอเอแบบนี้ว่า “เอชไอเอแบบสมัครใจ” เจตนารมณ์ที่แท้จริงในการสร้างเอชไอเอขึ้นมา ก็เพื่อให้สังคมในทุกระดับนำเอากระบวนการเรียนรู้อันนี้ไปใช้ในวงกว้าง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการพัฒนา โดยไม่ต้องอิงอยู่กับอำนาจทางกฎหมาย

เอชไอเอสองแนวทาง

เอชไอเอในต่างประเทศอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกใช้เอชไอเอเป็นเสมือนส่วนเพิ่มหรือส่วนเติมของอีไอเอ เช่น ที่แคนาดาและนิวซีแลนด์ อีกกลุ่มหนึ่งแยกเอชไอเอออกมาต่างหากเลย แล้วก็มุ่งใช้เอชไอเอเพื่อเป็นกระบวนการในการผลักดันนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ อย่างเช่น อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์



ดร.เดชรัต สุขกำเนิด
คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พอเรศึกษาดูทั้ง 4 ประเทศนี้แล้ว ปลายปี พ.ศ. 2544 เราก็เลยเชิญผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ประเทศ เข้ามาประชุมในเมืองไทย แล้วก็คุยกันว่าเมืองไทยควรจะพัฒนาไปในทางไหน ก็มีอยู่ 2 กระแสแรกก็คือ ต้องการเอาเอชไอเอไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการอนุมัติหรือขออนุญาตก่อนดำเนินโครงการ ส่วนอีกกระแสหนึ่งเห็นว่า น่าจะเป็นเชิงกระบวนการเรียนรู้ในการผลักดันนโยบายมากกว่า

ตอนนั้นก็ถกเถียงกันเรื่องข้อดีข้อเสีย แต่โดยสรุปแล้วก็เห็นว่าถ้ามันเป็นลักษณะแบบเดียวกับอีไอเอ มันก็จะถูกใช้ไปในทางที่ผิดเหมือนกับอีไอเอได้ จากประสบการณ์ของประเทศอื่นที่ศึกษามา พบว่า ถ้าเอชไอเอเป็นเครื่องมือในการขออนุมัติโครงการมากเกินไป มันอาจจะถูกใช้ไปคนละทางได้

ที่มา: จากคำให้สัมภาษณ์ 4 ตุลาคม 2553

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมแล้วเอชไอเอแนวทางนี้ก็มีส่วนเกี่ยวกับการอนุมัติอนุญาตอยู่เหมือนกัน แม้ว่า การอนุมัติอนุญาตจะไม่ใช่ว่าเหตุผลและเป้าหมายหลักของการประเมินก็ตาม ทั้งนี้เพราะเมื่อทำรายงานการประเมินเอชไอเอเสร็จแล้ว ผลการประเมินก็จะถูกนำไปประกอบเพื่อกำหนดทางเลือก หรือเพื่อตัดสินใจว่า นโยบายหรือโครงการที่ถูกประเมินนั้นควรจะได้รับการอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการหรือไม่ หรือควรจะปรับปรุงอย่างไรจึงจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชนมากที่สุด เพียงแต่ว่าเอชไอเอแนวทางนี้ไม่ได้บังคับว่าต้องทำ หากแต่ใช้วิธีจูงใจหรือสร้างความตระหนักให้ผู้เกี่ยวข้องอยากทำมากกว่า

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สังคมไทยได้ประจักษ์ว่า นโยบายสาธารณะหรือโครงการตลอดจนการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาไม่ได้ก่อให้เกิดเฉพาะผลในทางบวกเท่านั้น แต่ในหลายกรณีได้ทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพ และวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชนด้วย จนในบางครั้งมีการตั้งคำถามว่า ระหว่างผลได้กับผลเสียจากการพัฒนาอย่างไหนมีมากกว่ากัน และอย่างไหนควรจะมาก่อน

จริงอยู่ นโยบายและโครงการทั้งหลายที่สร้างขึ้นไม่ได้มุ่งที่จะให้มีผลกระทบทางลบ แต่ในกระบวนการดำเนินการก็มีอยู่บ่อยครั้งที่ผู้มีส่วนรับผิดชอบมักจะละเลย หละหลวม หรือไม่ก็ไม่ได้คำนึงถึงมิติทางสุขภาพใน

ความหมายที่กว้างและครอบคลุมเท่าที่ควร จึงปรากฏว่าเมื่อเวลาผ่านไป เกิดมีผลกระทบ ทั้งในรูปของความเจ็บป่วย ความขัดแย้ง ความรุนแรง รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจชุมชน

ปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า ในหลายพื้นที่ที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม เช่น กรณีชุมชนในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง จังหวัดระยอง ที่ได้รับผลกระทบทางมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก กรณีชุมชนในอำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้รับผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมจากโรงงานถลุงเหล็ก จนนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง และกรณีชุมชนในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่ได้รับความเดือดร้อนจากสารพิษที่เกิดจากการดำเนินงานของเหมืองทองคำ

การพัฒนานั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมปัจจุบันแน่นอน แต่เราก็จะปล่อยให้การพัฒนาสร้างประโยชน์แก่คนจำนวนหนึ่งโดยทิ้งคนอีกจำนวนหนึ่งให้จมอยู่กับปัญหาและความทุกข์ยากไม่ได้ การพัฒนาจะต้องสนองความอยู่ดีมีสุขของคนและชุมชน ขณะเดียวกันคนและชุมชนก็ต้องทำให้การพัฒนาเอื้อต่อสุขภาวะที่สูงขึ้น ในอุดมคติเช่นนี้ กลไกสำคัญที่จะทำให้โครงการพัฒนามีสุขภาวะของคนและชุมชนจับมือเดินไปด้วยกันได้อย่างยิ่งย่น ก็คือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ เอชไอเอ

กว่าจะเป็นเอชไอเอ

เอชไอเอในระดับสากล

วาทกรรม “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policy) ได้จุดประกายขึ้น ในการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 เมื่อ พ.ศ. 2529 ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นผู้สนับสนุนหลัก แนวคิดนี้ปรากฏใน “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) กฎบัตรดังกล่าวเรียกร้องให้สร้างสิ่งที่เรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” โดยให้ถือว่าสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายในทุกเรื่อง ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ผู้ตัดสินใจนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่จะตามมา จากโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกเรื่อง

ตามความหมายที่ให้ไว้ในกฎบัตรออตตาวา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ “นโยบายที่ถือว่าสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ ในทุกภาคส่วนและทุกระดับ นโยบายและโครงการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นตระหนักถึงผล

กระทบที่อาจจะตามมา นั่นคือ เป็นนโยบายที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ”

ถ้าว่าตามที่นักวิชาการไทยได้ขยายความไว้ในเวลาต่อมา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ก็คือ “นโยบาย

สาธารณะที่แสดงความห่วงใยต่อภาวะความอยู่ดีมีสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของประชาชนทุกกลุ่มอย่างชัดเจน และพร้อมจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพอันอาจเกิดจากนโยบายนั้นๆ เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ที่เอื้อต่อสุขภาพทำให้พลเมืองมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่สร้างเสริมสุขภาพ”

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการปฏิบัติวิธีคิดหรือเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เกี่ยวกับสุขภาพครั้งสำคัญ ก่อนหน้านั้น สังคมโลกมีวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นเรื่องของความปราศจากโรคและความไม่สมประกอบทางร่างกายและจิตใจเป็นหลัก จุดเน้นจึงอยู่ที่การป้องกันและการรักษาโรคเป็นสำคัญ วิธีคิดเช่นนี้สะท้อนให้เห็นชัดในกระแสระดับโลกที่ผ่านมา เช่น ในแนวคิดเรื่อง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และแนวคิด “สาธารณสุขมูลฐาน” แต่หลังจากนำแนวคิดทั้งสองนี้ไปปฏิบัติจนเวลาผ่านไปพอสมควร ปัญหาทางสุขภาพก็ยังไม่ได้ลดลงอย่างน่าพอใจ ทำให้โลกหันมาคิดใหม่ และชูประเด็นเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในเวลาต่อมา โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งได้เสนอให้ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันเพื่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

หลายประเทศในภาคพื้นยุโรปได้นำเอาทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม หรืออีไอเอ (Environment Impact Assessment – EIA) มาใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ปัจจุบันประเทศในกลุ่มประชาคมยุโรปได้วางเป้าหมายร่วมกันว่า ภายใน พ.ศ. 2563 ประเทศสมาชิกทุกประเทศจะต้องจัดวางกลไกสำหรับประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถชี้แจงได้ว่า การตัดสินใจและการดำเนินการเชิงนโยบายของทุกเรื่องได้คำนึงถึงผลที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมอย่างรอบคอบ

เอชไอเอในประเทศไทย

แนวคิดและการขับเคลื่อน ที่นำมาสู่เอชไอเอในประเทศไทยได้รับการบ่มเพาะ และมีพัฒนาการมานานกว่า 10 ปี ก่อนที่กลไกนี้จะเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ

รูปธรรมชัดเจนของแนวคิดและการดำเนินงานในเรื่องนี้เริ่มขึ้นในราว พ.ศ. 2540 ในปีนั้นมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับใหม่ ซึ่งเปิดมิติประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเป็นครั้งแรก แม้จะไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็เปิดทางให้การขับเคลื่อนกิจการที่มุ่งผลลัพธ์ทางสังคมมีหลักฟังกที่มั่นคง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งให้ความสำคัญแก่การปฏิรูประบบสุขภาพอยู่แล้ว จึงได้เริ่มงานเรื่องนี้อย่างจริงจังมากขึ้น จนกระทั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภาได้จัดทำเอกสาร “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ 2540” ซึ่งหมวดที่ 4 ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคในรายงานนั้น ได้กำหนดไว้ว่า “รัฐจะต้องจัดให้มีกลไก ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ที่จะสามารถดำเนินการกับบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้รับผิดชอบและจัดการลดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพ”

ในปี 2543 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่หลักด้านการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ โดยเน้นยุทธศาสตร์เชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี นำหน้าการตั้งรับหรือการซ่อมสุขภาพ (นโยบายสร้างนำซ่อม) เป้าหมายสำคัญคือ การออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิรูปสุขภาพในระยะยาว จากนั้นได้มีการตั้ง สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานเลขานุการในเรื่องนี้

ผลสืบเนื่องสำคัญจากการนี้คือ มีการจัดเวทีสัมมนาเพื่อระดมความคิดทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ทำให้ได้ข้อเสนอ “ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ” มีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันว่า “การพัฒนาต้องมุ่งสร้างสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปกับความเติบโตทางเศรษฐกิจ...” นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะ และให้มีระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ในปีต่อมา (พ.ศ. 2544) มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพชาติขึ้นในงาน “ตลาดนัดปฏิรูประบบสุขภาพ” ซึ่งมีการเสนอให้ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพขึ้น โดยให้นำเอาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (เอชไอเอ) มาเป็นเครื่องมือ ขณะเดียวกัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก็ได้จัดตั้ง “แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการ

ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” ขึ้น เพื่อขับเคลื่อนงานทางวิชาการ และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ แผนงานนี้ได้วิวัฒนาการมาเป็น “แผนงานวิจัยและพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” (แผนงาน HPP – HIA) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำเอชไอเอ ในหลายโครงการ เพื่อสร้างการเรียนรู้ เช่น โครงการพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก กรณีศึกษานิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด การใช้สารเคมีในภาคการเกษตรกรณีสวนส้มผาง การใช้สารเคมีในการเกษตรระบบพันธสัญญา การก่อสร้างอาคารสูงในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เหมือนถ่านหินที่เวียงแหง และโครงการเหมืองแร่โปแตชที่จังหวัดอุดรธานี

อีกก้าวที่สำคัญในปี 2544 คือการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งบรรจุประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ไว้หลายเรื่อง

ในการปรับโครงสร้างการบริหารราชการระหว่าง พ.ศ. 2545 – 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้ง กองสุขภาพชุมชน และประเมินผลกระทบต่อสุขภาพขึ้น ขณะที่กรมควบคุมโรคเริ่มดำเนินการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีแนวทางการศึกษาวิเคราะห์ในหลายกรณี อีกด้านหนึ่งได้มีการเสนอให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพิ่มมิติทางสุขภาพและสังคม เข้าไปในแนวทางการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมด้วย ซึ่งก็ได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีในเวลาต่อมา

มาถึง พ.ศ. 2548 – 2549 ความพยายามผลักดันการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ได้ก้าวเดินมาอย่างรัดกุม ก็ได้รับความสนใจจากสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งได้จัดทำเป็นข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และได้มอบหมายให้คณะทำงานเกี่ยวกับสุขภาพติดตาม และสนับสนุนการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. 2550 อาจถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาเอชไอเอในประเทศไทย ประการแรก ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มบ่มเพาะมาตั้งแต่ต้นปี 2544 และผ่านสถานการณ์และบรรยากาศที่บางครั้ง “อึมครึมและพราวมัว” มาแล้ว ก็ได้รับการตราเป็นกฎหมายในเดือนมีนาคม 2550 มาตรา 11 ของ พ.ร.บ. นี้ได้ให้การรับรองสิทธิของประชาชน เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไว้ว่า:

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับคำชี้แจง ข้อมูล และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

อีก 5 เดือนหลังจากนั้น (สิงหาคม 2550) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ประกาศใช้ มาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้ว่า :

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว”

นอกจากนี้ ในปี 2552 ได้มีการประกาศใช้ *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552* ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้น โดยอาศัยอำนาจตามที่บัญญัติในมาตรา 46 และ 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ในหมวด 5 (ข้อ 38) ของธรรมนูญฯ นี้ ได้กล่าวถึงเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วย และที่สำคัญคือได้เน้นเรื่องการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบ

ด้านสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ ธรรมนูญดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และมีผลผูกพันหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐแล้ว

ที่กล่าวมาจะเห็นว่า เอชไอเอในประเทศไทยมีพื้นฐานทางแนวคิดและการศึกษาวิจัย ควบคู่กับการทดลอง

ปฏิบัติอย่างจริงจัง ก่อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นทางการทั้งหมดนี้ทำให้เอชไอเอ ไม่เพียงแต่เป็นกลไกทางสังคมที่มีฐานความรู้และกฎหมายรองรับอย่างมั่นคงเท่านั้น แต่ยังเป็นการเปิดมิติใหม่แห่งการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งคาดหวังว่าจะมีผลในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

สถานะทางกฎหมายของเอชไอเอ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

มาตรา 67 วรรคสอง :

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม หรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว”

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550

มาตรา 5 :

“บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

“บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง”

มาตรา 11 :

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับคำชี้แจง ข้อมูล และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

มาตรา 25 (5) :

“ให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

.....

“(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ”

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

หมวด 5 ข้อ 38 :

“ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

“ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ

“ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการ หรือกิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที”

บททดสอบ



ปรากฏการณ์ 2 อย่าง ที่เป็นเสมือนบททดสอบเอชไอเอซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นใหม่ๆ ในสังคมไทย บททดสอบหนึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จากพลังประชาชนและชุมชน อีกบททดสอบหนึ่งเป็นเรื่องของการใช้สิทธิตามกฎหมาย บททดสอบทั้งสองมีที่มาจากปัญหาเดียวกัน คือ ผลกระทบที่รุนแรงของอุตสาหกรรมหนักในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและบริเวณใกล้เคียง และทั้งสองมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือการใส่ใจในสุขภาพของคนและชุมชนจากภาคอุตสาหกรรม

พลังประชาชนและชุมชน

ไม่นานหลังจากประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 เครือข่ายภาคประชาชนภาคตะวันออกได้ยื่นหนังสือต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2550 เพื่อขอใช้สิทธิตามมาตรา 5, 10, 11, และ 40 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และให้ทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรม บริเวณพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง

เคียงในจังหวัดระยอง เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวนี้ประชาชนได้รับผลกระทบทั้งทางสุขภาพและวิถีชีวิตจากโรงงานอุตสาหกรรม ต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี แต่ไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาเท่าที่ควร ทั้งที่ประชาชนเรียกร้องมาโดยตลอด

ผลของความพยายามนี้ทำให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบเป็นมติเมื่อเดือนสิงหาคม 2551 และเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบตามขั้นตอน มติดังกล่าวมีสาระสำคัญ 5 ประการ คือ

สมัชชาสุขภาพ

คือ กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อผลักดันไปสู่สังคมที่มีสุขภาวะ โดยที่บุคคล กลุ่มบุคคล เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังคมมาทำงานร่วมกัน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อกำหนดจุดหมาย ทิศทางและตัดสินใจร่วมกัน ตลอดจนกำหนดวิธีการทำงานและการติดตามประเมินผลร่วมกัน สมัชชาสุขภาพเป็นประเด็นที่กำหนดไว้ในหมวดที่ 4 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

การจัดสมัชชาสุขภาพมี 3 รูปแบบ คือ (1) **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่** หมายถึง กระบวนการทำสมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาบริเวณที่มีขอบเขตชัดเจนเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ ตัวอย่างเช่น สมัชชาสุขภาพในกรณีผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมในบริเวณนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง (2) **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น** หมายถึง กระบวนการทำสมัชชาสุขภาพที่ใช้ประเด็นสาธารณะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ ตัวอย่างเช่น ประเด็นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประเด็นการทำความตกลงกับต่างประเทศภายใต้กรอบการค้าเสรี (3) **สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** หมายถึง กระบวนการทำสมัชชาสุขภาพที่รวมเอาประเด็นสำคัญหลายประเด็นมาพิจารณา เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในระดับชาติ ซึ่งมีการดำเนินการปีละครั้ง ติดต่อกันมา 3 ครั้ง แล้ว (จนถึงเดือนธันวาคม 2553)

กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพทุกรูปแบบ ยึดหลักสำคัญ 6 ประการ (1) หลักพหุภาคี คือมีหลายภาคส่วนมาร่วมกัน ที่ขาดไม่ได้เลย ได้แก่ ภาควิชาการ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม (2) หลักการทำงานอย่างเป็นระบบ (3) หลักการทำงานบนฐานความรู้ ผสมผสานกับฐานด้านจิตใจคือความสมัครสมานสามัคคี (4) หลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ (5) ต้องมีประเด็นที่ชัดเจนและพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (6) มีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมหลายช่องทาง

ที่มา : ปรับปรุงจาก เอกสารเผยแพร่ทางเว็บไซต์ ของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=68 และ <http://www.samatcha.org/> สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2554

1. ให้องค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในพื้นที่มาบตาพุดและอำเภอบ้านฉาง
2. ให้องค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนและเกณฑ์การปฏิบัติสำหรับป้องกันและบรรเทาอุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม และการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาอุบัติเหตุสารเคมี
3. ให้ คสช. พิจารณาสันับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกกลางในการดำเนินงาน และสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน
4. ให้รัฐบาลทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยอง
5. ให้รัฐบาลชะลอการขยายและการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและบ้านฉาง

ข้อเสนอ 3 ข้อแรก คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ แต่ 2 ข้อหลัง ได้ส่งต่อให้คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งตะวันออกกลับไปพิจารณาทบทวนความเหมาะสม และให้นำเสนอ คณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่ง

กรณีนี้เป็นเสมือนบททดสอบประสิทธิผลของ เอชไอเอ ซึ่งใช้แนวทางการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” เป็นกลไกในการดำเนินงาน

การเรียกร้อง ผ่านกระบวนการยุติธรรม

ในเวลาไล่เลี่ยกันนั่นเอง ผู้แทนเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกจำนวน 27 คน ได้ยื่นฟ้องคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติต่อศาลปกครองจังหวัดระยอง ในความผิดฐานเป็นเจ้าพนักงานของรัฐละเลยต่อหน้าที่ เนื่องจากไม่ประกาศให้พื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษ ทั้งๆ ที่สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในบริเวณดังกล่าวมีปัญหาในขั้นวิกฤต และประชาชนได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมานาน ในการนี้ ผู้ฟ้องได้แนบมติ 5 ข้อข้างต้นของ คสช. ประกอบคำฟ้องด้วย ผลปรากฏว่า ศาลปกครองจังหวัดระยองพิพากษาให้จำเลยมีความผิดตามฟ้อง และให้ประกาศพื้นที่มาบตาพุด



เสขสิริ ปิยะเวช

ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ ความปลอดภัย
อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์
และการกลั่น จำกัด

ตั้งแต่มีเอชไอเอเกิดขึ้น วงการอุตสาหกรรมห่วงกังวลเรื่องอะไรบ้าง

ในช่วงแรกเป็นเรื่องของความไม่ชัดเจน ว่าอะไรคือสิ่งที่เรียกว่า “ผลกระทบอย่างรุนแรง” ตามที่ระบุในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ ที่ผ่านมากฎอุตสาหกรรมคุ้นเคยแต่กับการทำรายงานอีไอเอตามที่กำหนดใน พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 จะพูดถึงเรื่องสุขภาพก็เฉพาะในมิติที่เกี่ยวกับทางสิ่งแวดล้อม เช่น พูดถึงสารพิษ แหล่งกำเนิด และผู้ที่อาจได้รับผลกระทบ แต่พอมีเรื่องเอชไอเอ แรกๆ ก็ไม่ชัดเจน แต่ตอนนี้เรื่องนี้ก็ชัดเจนขึ้นแล้ว

ความห่วงกังวลอย่างที่สอง คือ กระบวนการประเมินที่ต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอ สำหรับโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรง ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดนั้น ใช้เวลานานเท่าที่ศึกษาดูเห็นว่า กระบวนการทำตั้งแต่ต้นจนจบต้องใช้เวลาประมาณ 10 เดือน ถึง 1 ปี แต่ถ้ามีปัญหาในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทำรายงานออกมาแล้วยังไม่ผ่าน ก็จะใช้เวลานานมากขึ้นกว่านี้ ความไม่แน่นอนและเวลาที่ยาวนานเช่นนี้ ทำให้เป็นที่กังวลของนักลงทุน ยิ่งถ้าเป็นบริษัทต่างชาติ เขาจะหวั่นความไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าส่งรายงานแล้วจะผ่านได้หรือไม่ เขาอาจจะอยากไปในที่ที่เขารู้ว่าเมื่อไรจะได้คำตอบมากกว่า

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 2 พฤศจิกายน 2553

และพื้นที่ใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษโดยไม่มีเงื่อนไข ในจำนวนคำพิพากษานั้นศาลได้อ้างถึง มาตรา 5 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และมติของ คสช. ข้างต้นด้วย คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติต้องดำเนินการตามคำสั่งของศาลในเดือนมีนาคม 2552 นับเป็นชัยชนะเบื้องต้นของกระบวนการประชาชน

การฟ้องที่สำคัญอีกคดีหนึ่ง คือ กรณีที่สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อนและประชาชนชาวมาบตาพุดรวม 43 ราย ได้ยื่นฟ้อง 8 หน่วยงานรัฐ ซึ่งมีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ในข้อหาร่วมกันออกคำสั่งโดยไม่ถูกต้องตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ในการอนุมัติอนุญาตให้โรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

กลุ่มผู้ฟ้องขอให้ศาลมีคำสั่งระงับโครงการของ โรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 76 โครงการ ที่ได้รับอนุมัติ อนุญาตให้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลมาบตาพุด อำเภอ บ้านฉาง และพื้นที่ใกล้เคียง ไว้เป็นการชั่วคราวก่อน

ก่อนที่จะพิพากษาคดี ศาลได้มีคำสั่งเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2552 ให้ผู้ถูกฟ้องสั่งระงับโครงการหรือกิจกรรม ทั้ง 76 โครงการ ซึ่งผ่านการอนุมัติอนุญาตไปแล้วไว้เป็นการชั่วคราวก่อน จนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาหรือมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

คำสั่งศาลนี้เป็นเหมือนระเบิดลูกใหญ่ที่สั่นสะเทือนวงการอุตสาหกรรมของไทยอย่างไม่เคยมีมาก่อน ทำให้รัฐบาลและนักลงทุนทั้งในประเทศและจากต่างประเทศ วิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวาง รัฐบาลวิตกว่าเรื่องนี้จะทำให้นักลงทุนย้ายฐานการลงทุนไปประเทศอื่น และประเทศจะเสียโอกาส เพราะโครงการที่ถูกสั่งระงับชั่วคราวทั้ง 76 โครงการนั้น มีมูลค่ารวมถึง 4 แสนล้านบาท ขณะที่เจ้าของโครงการอุตสาหกรรมทั้ง 76 โครงการ ก็กลัวว่าโครงการที่ได้เริ่มลงทุนไปแล้วจะสูญเปล่า หรือไม่ก็จะเป็นความล่าช้า อันจะมีผลกระทบต่อต้นทุนที่ตนจะต้องแบกรับเพิ่มขึ้น

ในระหว่างที่ศาลยังไม่ได้มีคำพิพากษาคดี และ ขณะที่ทั้ง 76 โครงการ ก็ยังอยู่ระหว่างถูกสั่งให้ระงับไว้ชั่วคราวนั้น ได้มีความพยายามที่จะทำให้เกิดความชัดเจนในประเด็นเกี่ยวกับ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ที่บัญญัติในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญ

ความจริง ในส่วนของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก็ได้มีความพยายามที่จะดำเนินการเรื่องนี้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 แต่ยังไม่ชัดเจนรูป ก็มาประจวบเข้าพอดีกับการที่ศาลมีคำสั่งให้ระงับโครงการทั้ง 76 โครงการไว้ก่อน ทำให้ต้องยกระดับการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น นายกรัฐมนตรีจึงได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย” หรือที่เรียกว่า “คณะกรรมการสี่ฝ่าย” ซึ่งมีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน (13 พฤศจิกายน 2552) (เรียกว่า “กรรมการสี่ฝ่าย เพราะประกอบด้วยกรรมการซึ่งมาจากสี่ฝ่าย ได้แก่ ผู้แทนภาคประชาชน ภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ประกอบการภาคเอกชน)

รายงานศึกษาของ คณะกรรมการสี่ฝ่าย เสนอให้กำหนดโครงการหรือกิจกรรม 18 ประเภท เป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง (ซึ่งจะต้องผ่านการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อนจึงจะเริ่มดำเนินการได้) อย่างไรก็ตาม เมื่อข้อเสนอของคณะกรรมการสี่ฝ่ายนี้เข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ได้ถูกปรับลดลงเหลือ 11 ประเภทโครงการ ซึ่งต่อมากองรัฐมนตรีได้มีมติให้ความเห็นชอบ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมก็ได้ประกาศเป็นกฎกระทรวงในวันที่ 31 สิงหาคม 2553 ให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

ต่อมาอีก 2 วัน (2 กันยายน 2553) ศาลปกครองกลางก็ได้ตัดสินคดีที่สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อน และประชาชนชาวมาบตาพุดเป็นผู้ฟ้อง 8 หน่วยงานของรัฐ คำตัดสินของศาลมีผลทำให้โครงการที่ถูกคำสั่งให้ระงับไว้ชั่วคราวเกือบทั้งหมด (74 จาก 76 โครงการ) สามารถดำเนินการต่อไปได้ มีเพียง 2 โครงการเท่านั้นที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต

11 ประเภทโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชน ตามมาตรา 67 วรศสอง ตามมติของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (กก.วล.)

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ได้ปรับลดประเภทโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชน 18 ประเภท ที่คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติเสนอ เหลือ 11 ประเภท ก่อนที่จะประกาศใช้อย่างเป็นทางการ โครงการหรือกิจกรรมที่คงไว้ หลายโครงการหรือกิจกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ มากบ้างน้อยบ้าง ที่เสนอในที่นี้ไม่ได้ลงในรายละเอียดทั้งหมด และไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และระเบียบปฏิบัติในการขออนุมัติอนุญาต (รายละเอียดเหล่านี้ ดูได้ใน ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 104 ง 31 สิงหาคม 2553)

ลำดับที่	ประเภทโครงการ/ กิจกรรม	ขนาด
1	การถมทะเล หรือทะเลสาบ นอกแนวเขตชายฝั่งเดิม ยกเว้นการถมทะเล ที่เป็นการฟื้นฟูสภาพชายหาด	ตั้งแต่ 300 ไร่ ขึ้นไป
2	การทำเหมืองแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ดังต่อไปนี้	
	2.1 เหมืองแร่ได้ดิน เฉพาะที่ออกแบบให้โครงสร้างมีการยุบตัวภายหลังการทำเหมืองโดยไม่ค้ำยันและไม่มีการใส่หินวัสดุทดแทนเพื่อป้องกันการยุบตัว	ทุกขนาด
	2.2 เหมืองแร่ตะกั่ว เหมืองแร่สังกะสี หรือเหมืองแร่โลหะอื่นที่ใช้ไซยาไนด์ หรือปรอทหรือตะกั่วในไตรต ในกระบวนการผลิต หรือเหมืองแร่โลหะอื่นที่มีอาร์เซนไพไรต์ (arsenopyrite) เป็นแร่ประกอบ (associated mineral)	ทุกขนาด
	2.3 เหมืองแร่ถ่านหิน เฉพาะที่มีการลำเลียงแร่ถ่านหินออกนอกพื้นที่โครงการด้วยรถยนต์	ขนาดตั้งแต่ 200,000 ตัน/เดือน หรือตั้งแต่ 2,400,000 ตัน/ปี ขึ้นไป
	2.4 เหมืองแร่ในทะเล	ทุกขนาด
3	นิคมอุตสาหกรรมตามกฎหมายว่าด้วยการนิคมอุตสาหกรรม หรือโครงการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับนิคมอุตสาหกรรม ดังต่อไปนี้	
	3.1 นิคมอุตสาหกรรม หรือโครงการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับนิคมอุตสาหกรรมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ตาม 4 หรืออุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็ก ตาม 5.1 หรือ 5.2 แล้วแต่กรณี มากกว่า 1 โรงงาน ขึ้นไป	ทุกขนาด
	3.2 นิคมอุตสาหกรรม หรือโครงการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับนิคมอุตสาหกรรม ที่มีการขยายพื้นที่เพื่อรองรับอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ตาม 4 หรืออุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็ก ตาม 5.1 หรือ 5.2	ทุกขนาด
4	อุตสาหกรรมปิโตรเคมี ดังต่อไปนี้	
	4.1 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นต้น (upstream petrochemical industry)	ทุกขนาด หรือที่มีการขยายกำลังการผลิตตั้งแต่วัยละ 35 ของกำลังการผลิตเดิมขึ้นไป
	4.2 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นกลาง (intermediate petrochemical industry) ดังต่อไปนี้	
	4.2.1 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นกลาง (intermediate petrochemical industry) ที่ผลิตสารเคมี หรือใช้วัตถุดิบที่เป็นสารเคมี ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในกลุ่ม 1	ขนาดกำลังการผลิต 100 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือที่มีการขยายขนาดกำลังการผลิตรวมกันแล้วมากกว่า 100 ตัน/วัน ขึ้นไป
	4.2.2 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นกลาง (intermediate petrochemical industry) ที่ผลิตสารเคมี หรือใช้วัตถุดิบที่เป็นสารเคมี ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในกลุ่ม 2 A	ขนาดกำลังการผลิต 700 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือที่มีการขยายขนาดกำลังการผลิตรวมกันแล้วมากกว่า 700 ตัน/วัน ขึ้นไป

ลำดับที่	ประเภทโครงการ/ กิจกรรม	ขนาด
5	อุตสาหกรรมถลุงแร่ หรือหลอมโลหะ ดังต่อไปนี้	
	5.1 อุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็ก	ที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิต ตั้งแต่ 5,000 ตัน/ วัน ขึ้นไป หรือที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิตรวมกัน ตั้งแต่ 5,000 ตัน/วัน ขึ้นไป
	5.2 อุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็กที่มีการผลิตถ่าน coke หรือที่มีกระบวนการ sintering	ทุกขนาด
	5.3 อุตสาหกรรมถลุงแร่ ทองแดง ทองคำ หรือสังกะสี	ที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิต ตั้งแต่ 1,000 ตัน/ วัน ขึ้นไป หรือที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิตรวมกันตั้งแต่ 1,000 ตัน/ วัน ขึ้นไป
	5.4 อุตสาหกรรมถลุงแร่ตะกั่ว	ทุกขนาด
	5.5 อุตสาหกรรมหลอมโลหะ (ยกเว้นเหล็ก และอะลูมิเนียม)	ขนาดกำลังการผลิต (output) ตั้งแต่ 50 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือมีกำลังการผลิตรวมกันตั้งแต่ 50 ตัน/วัน ขึ้นไป
6	5.6 อุตสาหกรรมหลอมตะกั่ว	ขนาดกำลังการผลิต (output) ตั้งแต่ 10 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือมีกำลังการผลิตรวมกันตั้งแต่ 10 ตัน/วัน ขึ้นไป
	6 การผลิต กำจัด หรือปรับแต่งสารกัมมันตรังสี	ทุกขนาด
7	โรงงานปรับปรุงคุณภาพของเสียรวมหรือโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับการฝังกลบสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานที่มีการเผาหรือฝังกลบของเสียอันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน ยกเว้นการเผาในหม้อเผาซิเมนต์ที่ใช้ของเสียอันตรายเป็นเชื้อเพลิงทดแทน หรือใช้เป็นเชื้อเพลิงเสริม	ทุกขนาด
8	โครงการระบบขนส่งทางอากาศ	ที่มีการก่อสร้าง ขยายหรือเพิ่มทางวิ่งของอากาศยาน ตั้งแต่ 3,000 เมตร ขึ้นไป
9	ท่าเทียบเรือ	1) ที่มีความยาวหน้าท่า (berth length) ตั้งแต่ 300 เมตร ขึ้นไป หรือมีพื้นที่ท่าเทียบเรือตั้งแต่ 10,000 ตารางเมตร ขึ้นไป ยกเว้นท่าเทียบเรือโดยสารหรือท่าเทียบเรือสินค้าเพื่อการอุปโภคและบริโภคหรือท่าเทียบเรือสำราญและกีฬา 2) ที่มีการขุดลอกร่องน้ำตั้งแต่ 100,000 ตารางเมตร ขึ้นไป ยกเว้นท่าเทียบเรือโดยสารหรือท่าเทียบเรือสินค้าเพื่อการอุปโภคและบริโภค หรือท่าเทียบเรือสำราญและกีฬา 3) ที่มีการขนถ่ายวัตถุดิบหรือกากของเสียอันตรายซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 มีปริมาณรวมกันตั้งแต่ 25,000 ตัน/เดือน ขึ้นไป หรือมีปริมาณรวมกันทั้งปีตั้งแต่ 250,000 ตัน/ปี ขึ้นไป
10	เขื่อนเก็บกักน้ำ หรืออ่างเก็บน้ำ	1) ที่มีปริมาตรเก็บกักน้ำ ตั้งแต่ 100 ล้านลูกบาศก์เมตร ขึ้นไป หรือ 2) ที่มีพื้นที่เก็บกักน้ำตั้งแต่ 15 ตารางกิโลเมตร ขึ้นไป
11	โรงไฟฟ้าพลังความร้อน ดังต่อไปนี้	
	11.1 โรงไฟฟ้าที่ใช้ถ่านหินเป็นเชื้อเพลิง	ขนาดกำลังผลิตกระแสไฟฟ้ารวม ตั้งแต่ 100 เมกกะวัตต์ ขึ้นไป
	11.2 โรงไฟฟ้าที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวล	ขนาดกำลังผลิตกระแสไฟฟ้ารวม ตั้งแต่ 150 เมกกะวัตต์ ขึ้นไป
	11.3 โรงไฟฟ้าที่ใช้ก๊าซธรรมชาติเป็นเชื้อเพลิง ซึ่งเป็นระบบพลังความร้อนร่วมชนิด combined cycle หรือ cogeneration	ขนาดกำลังผลิตกระแสไฟฟ้ารวม ตั้งแต่ 3,000 เมกกะวัตต์ ขึ้นไป
	11.4 โรงไฟฟ้านิวเคลียร์	ทุกขนาด

ที่มา: ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 104 ง 31 สิงหาคม 2553

การที่คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติปรับลดโครงการ 18 ประเภท ที่คณะกรรมการสืบทอดเหลือเพียง 11 ประเภทนั้น ก่อให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ในวงกว้าง โดยเฉพาะข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการให้นิยามและเหตุผลว่า แค่นั้นเพียงใดเรียกว่า “มีผลกระทบรุนแรง”

มีความแตกต่างที่ค่อนข้างชัดเจนในการให้นิยามว่าอะไรคือ “โครงการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง” สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สน.) ดูเหมือนจะเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นประเด็นหลัก ขณะที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพและสิ่งคุกคามสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประชากรกลุ่มเปราะบาง คือ เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ

จนถึงวันนี้ ประเด็นโต้เถียงเกี่ยวกับเรื่องโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงยังมีอยู่ แม้ว่าจะมีประกาศของทางราชการที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางอยู่แล้วก็ตาม การตีความว่าอะไรเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ อาจจะไม่ยุ่งยากเท่าใดนัก เพราะเป็นสิ่งที่สามารถวัดเป็นเชิงปริมาณได้พอสมควร แต่การตีความว่าอะไรเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากสุขภาพมีหลายมิติ กระนั้นก็ตาม ถ้าการพัฒนาจะยึดเอาชีวิตคนเป็นตัวตั้ง ก็จะไม่เป็นเรื่องยากจนเกินไปที่จะกำหนดว่า อะไร และอย่างไร จัดว่าเป็นผลกระทบรุนแรงด้านสุขภาพ

อย่างไรเรียกว่ามีผลกระทบรุนแรง?: มุมมองที่แตกต่าง

มุมมองสิ่งแวดล้อม:

โครงการหรือกิจกรรมที่เข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงหมายถึง “โครงการหรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ จนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพ หรือทดแทน หรือชดเชยได้อย่างเหมาะสม หรือต้องใช้เวลาอันยาวนานในการฟื้นฟูสภาพ”

(สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สน.))

มุมมองสุขภาพ:

ผลกระทบต่อชุมชนในมิติสุขภาพจะต้องพิจารณาจากปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งต้องรวมปัจจัยทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ นิยามคำว่า “รุนแรง” ให้พิจารณาจากสิ่งคุกคามสุขภาพ 3 กลุ่ม คือ ทางด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ โดยใช้ความเสี่ยงเป็นเกณฑ์พิจารณา และต้องคำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง คือ เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

ในมิติทางร่างกายและจิตใจ ผลกระทบอย่างรุนแรงหมายความว่า สิ่งคุกคามสุขภาพนั้นอาจทำให้เสียชีวิตหรือทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หาย เช่น มะเร็ง ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพในระยะยาว การเจ็บป่วยหรือพิการจากอุบัติเหตุเคมี หรือป่วยเป็นโรคทางจิต ฯลฯ ซึ่งจะต้องพิสูจน์ได้ในทางวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ ในมิติสุขภาพทางจิตใจ ผลกระทบรุนแรงยังหมายความรวมถึง สิ่งคุกคามสุขภาพนั้นอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ชุมชนเคารพนับถือ ซึ่งเป็นจุดยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนสถาน โบราณสถาน หลุมฝังศพบรรพบุรุษ สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่คนในชุมชนบูชา

ในมิติด้านสุขภาพสังคม ผลกระทบรุนแรงหมายความว่า สิ่งคุกคามนั้นอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีของชุมชน เช่น การอพยพย้ายถิ่น การเข้ามาของแรงงานต่างถิ่น การเปลี่ยนอาชีพ การเกิดอาชญากรรม

การพิจารณาว่า โครงการหรือกิจกรรมใดเข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงจะต้องพิจารณามติดังต่อไปนี้ (1) ประเภทกำลังการผลิต และขนาดโครงการ (2) สถานะด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน (3) ศักยภาพของพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ และ (4) ชีตความสามารถในการบริหารจัดการพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ที่มา: ปรับปรุงจากเอกสาร “การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรง” ของ คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรง (ตุลาคม 2553)

มีอีไอเอแล้ว ทำไมต้องมีเอชไอเอ?

คำถามที่หลายคนอาจยังไม่มีคำตอบชัดเจน คือ ในเมื่อเรามีอีไอเอซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเพื่อคัดกรองนโยบายสาธารณะ รวมทั้งโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาก่อนที่จะมีการอนุมัติอนุญาตมาตั้งกว่า 20 ปีแล้ว และบัดนี้อีไอเอ (ในส่วนที่ใช้สำหรับนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อรุนแรง ตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2550) ก็ได้ผนวกเอาเอชไอเอเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลกระทบอยู่แล้ว เทำนี้ยังไม่พอหรือ ทำไมจึงต้องมีเอชไอเออีก?

คำตอบ คือ สำหรับสถานการณ์อย่างในประเทศไทย เอชไอเอเป็นเครื่องมือที่จำเป็น ด้วยเหตุผลและคำอธิบายที่จะกล่าวต่อไปนี้

อีไอเอ กับ เอชไอเอ : ตะแกรงร่อนคนละเบอร์

ถ้าเปรียบอีไอเอและเอชไอเอ เป็นเหมือนตะแกรงสำหรับร่อนหรือคัดกรองโครงการและกิจกรรมการพัฒนา

อีไอเอก็อาจเปรียบได้กับตะแกรงที่ตาห่างกว่า และออกแบบมาเพื่อคัดกรองโครงการและกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบตามที่กฎหมายกำหนดเป็นหลัก แต่เอชไอเอเปรียบเหมือนตะแกรงร่อนที่ตาถี่กว่า ออกแบบมาเพื่อใช้คัดกรองโครงการหรือกิจกรรมได้เกือบทุกประเภทและทุกขนาด ดังนั้นโครงการหรือกิจกรรมที่ “ลอดตะแกรงร่อน” ยี่ห้ออีไอเอไป เราสามารถจะเอามารองด้วยเอชไอเอได้ ทั้งนี้โดยอาศัยเงื่อนไขหรือช่องทางที่จะนำไปสู่การทำเอชไอเอ ซึ่งมีอยู่ถึง 4 ช่องทาง (ดังจะกล่าวถึงข้างหน้า)

มีอีไอเออย่างเดียวพอหรือเปล่า ทำไมต้องมีเอชไอเออีก

เรื่องพอหรือไม่พอนั้นมันขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของภาครัฐและคนทำอีไอเอด้วย ประเทศญี่ปุ่นทำอีไอเออย่างเดียว มีเรื่องสุขภาพ แฝงๆ เล็กๆ เหมือนในอดีตเราเลย แต่เขาได้ผลเพราะว่าเขาทำเข้มข้น และหน่วยงานภาครัฐของเขาก็เข้มแข็ง ของเราหน่วยงานภาครัฐอาจจะมีเยอะไปหน่อย มีกรมควบคุมมลพิษ (คพ.) และสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติ (สผ.) แล้วก็ยังมีการโรงงานอุตสาหกรรม และอะไรต่ออะไรอีก ด้วยความที่แต่ละคนมีกรอบการทำงานของตัวเอง ต่างคนก็เลยต่างทำหน้าที่ของตัวเองไป แต่อย่างญี่ปุ่น หรือ USEPA (หน่วยงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมของอเมริกา) เพียงหน่วยเดียวเขาคุมทั้งหมด มันก็เลยทำให้เห็นภาพใหญ่ชัดเจน

ประเทศไทยถ้ายังแบ่งแยกเป็นหลายหน่วยงานและด้วยการจัดโครงสร้างแบบนี้ การที่มีทั้งอีไอเอและเอชไอเอคิดว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการบูรณาการ แต่ถ้าเราจัดโครงสร้างแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด one stop service เหมือนญี่ปุ่น หรืออเมริกา มีอีไอเออย่างเดียวก็ได้นะ แต่ก็อย่าลืมว่า อเมริกาและญี่ปุ่นเขาจะเข้มเรื่องสิ่งแวดล้อม มีนักวิชาการที่เก่ง หนาวเดินไปเห็นบ่อน้ำเสียก็รู้แล้วว่าทำถูกหรือไม่ถูก แต่ประเทศไทยเรายังไม่มีคนเก่งขนาดนั้น ดังนั้น ถ้าจะให้เหมาะกับประเทศเรา ผมว่าโมเดลนี้เป็นโมเดลที่เหมาะสมแล้ว

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 2 พฤศจิกายน 2553



เสขศิริ ปิยะเวท
ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ
ความปลอดภัย อาชีวอนามัย
และสิ่งแวดล้อม
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์
และการกลั่น จำกัด

เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินโครงการหรือกิจกรรมที่เข้าข่ายตามที่กฎหมายกำหนดเป็นหลัก อีไอเอมีสถานะเป็นเครื่องมือคัดกรองภาคบังคับ และจะทำการประเมินเฉพาะโครงการหรือกิจกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นจะต้องผ่านการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมก่อนจึงจะได้รับอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการได้ นั่นหมายความว่าโครงการที่ไม่อยู่ในข่ายที่กฎหมายกำหนดก็จะ “หลุดตะแกรงร่อน” ของอีไอเอไปหมด

ดังนั้น จึงไม่แปลกที่เราจะได้พบเห็นโรงแรม สถานที่พักตากอากาศ และอาคารที่พักอาศัยจำนวนมาก มีขนาดไม่เกิน 79 ห้อง ทั้งนี้ก็เพราะถ้ามีจำนวนห้องไม่ถึง 80 ห้อง ไม่ต้องทำอีไอเอก่อนดำเนินการ ตั้งแต่ 80 ห้องขึ้นไป ต้องทำอีไอเอก่อน (ตามประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม วันที่ 26 มิถุนายน 2552) ผลที่ตามมาคือ โรงแรม สถานที่พักตากอากาศ และอาคารที่พักอาศัย ที่มีขนาดตั้งแต่ 79 ห้องลงไป จะหลุดตะแกรงร่อนของอีไอเอไปได้หมด แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่าโรงแรมและอาคารที่พักอาศัยเหล่านั้นจะไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชนเลย ผลกระทบอาจเกิดขึ้นได้ แม้จะไม่รุนแรงเฉียบพลัน แต่ถ้าสะสมกันต่อเนื่องอาจจะมีผลต่อปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของคนและชุมชนได้ ในแง่นี้อีไอเออย่างเดียวจึงไม่พอที่จะปกป้องสุขภาพของประชาชนและชุมชน เพราะจำกัดอยู่เฉพาะกับโครงการหรือกิจกรรมที่มีขนาดตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น

ส่วนเอชไอเอเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากฐานความคิดที่ยึดเอาสุขภาพของคนและชุมชนเป็นที่ตั้ง จึงออกแบบมาเพื่อให้ใช้คัดกรองโครงการหรือกิจกรรมได้ทุกประเภท คือจะใช้สำหรับ “การคัดกรองภาคบังคับ” เพื่อการอนุมัติอนุญาตโครงการหรือกิจกรรมตามที่กฎหมายกำหนด เหมือนในกรณีของอีไอเอก็ได้ (นับแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เป็นต้นมา นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง จะต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอ) หรือจะใช้เอชไอเอเพื่อกลั่นกรองว่า นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทั่วไป ที่รัฐหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นพัฒนาขึ้นตามปกตินั้น จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างไรหรือไม่ ก็ได้

ทั้งนี้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าโครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นจะเป็นประเภทใด มีขนาดเท่าใด และไม่ว่าจะเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบรุนแรงหรือไม่ก็ตาม

ด้วยคุณสมบัติเช่นที่กล่าวมานี้ เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมืออเนกประสงค์และเปิดกว้าง เจตนารมณ์ที่แท้จริงของเอชไอเอไม่ใช่เรื่องการอนุมัติอนุญาตเป็นหลัก แม้ว่าจะใช้เพื่อการอนุมัติอนุญาตสำหรับโครงการหรือกิจกรรมบางประเภทได้อยู่ก็ตาม การประเมินแบบเอชไอเอเป็นการกำหนดทางเลือกให้กับนโยบายสาธารณะ โครงการและกิจกรรมการพัฒนา และให้โครงการเหล่านั้นใส่ใจในสุขภาพของประชาชนและชุมชนเป็นสำคัญ เงื่อนไขหรือช่องทางที่นำไปสู่การทำเอชไอเอจึงเปิดกว้าง กล่าวคือมีช่องทางที่จะทำได้ถึง 4 ช่องทาง ได้แก่

(1) ทำเพื่อการอนุมัติอนุญาต ตามที่กำหนดในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 โดยบูรณาการเข้ากับอีไอเอ (หรือมักเรียกสั้น ๆ ว่า เอชไอเอในอีไอเอ – H/EIA)

(2) ถ้าหน่วยงานเจ้าของนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาเห็นว่านโยบาย โครงการหรือกิจกรรมที่ตนรับผิดชอบสมควรจะทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อน เพื่อความรอบคอบ ก็สามารถทำเอชไอเอได้เลย โดยสมัครใจและไม่ต้องอาศัยอำนาจตามกฎหมาย

(3) หากประชาชนหรือชุมชนมีความห่วงกังวลว่าโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการไปแล้ว จะมี (หรือได้มี) ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนหรือของชุมชน ก็สามารถใช้สิทธิตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ร้องขอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้มีการทำเอชไอเอได้

(4) ถ้าประชาชนในท้องถิ่นหรือในชุมชนจะรวมตัวกันริเริ่มทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการเรียนรู้ปัญหา หรือกำหนดทางเลือกและแนวทางการปฏิบัติสำหรับนโยบาย โครงการหรือกิจกรรม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในท้องถิ่นหรือชุมชนของตน ก็สามารถทำได้โดยไม่มีข้อจำกัด และโดยไม่ต้องคำนึงถึงประเภทและขนาดของโครงการ อีกทั้งไม่ต้องอิงอาศัยอำนาจทางกฎหมายแต่ประการใด

ช่องว่างที่ต้องเติมเต็ม

อีไอเอให้น้ำหนักในการประเมิน *ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร* เป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมปัจจัยสำคัญๆ อีกหลายด้านที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้อย่างดีพอ

กรอบการวิเคราะห์ของอีไอเอครอบคลุมเนื้อหาทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม 4 ส่วน คือ (1) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (2) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (3) คุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ และ (4) คุณค่าต่อคุณภาพชีวิต แม้ในแต่ละส่วนจะมี

รายละเอียดมากพอสมควร แต่กรอบการวิเคราะห์นี้ยังมีข้อจำกัด เพราะไม่ได้ให้น้ำหนักอย่างเพียงพอแก่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งประเด็นด้านวิถีชีวิตชุมชนซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดสุขภาวะของประชาชน อีกทั้งวิธีและกระบวนการประเมินของอีไอเอก็มีลักษณะแยกส่วน ไม่ได้บูรณาการให้เห็นผลกระทบในภาพรวมต่อชุมชนและวิถีชีวิตเท่าที่ควร ดังนั้น อีไอเออย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะพิทักษ์คุ้มครองสุขภาวะของประชาชนและชุมชน เฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการพัฒนาตามวิถียุทธนิยม ที่มุ่งกำไรและความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นเรื่องสำคัญ อย่างเป็นอยู่ปัจจุบัน

เอชไอเอ ต่างจาก อีไอเอ อย่างไร

จุดต่างที่สำคัญอยู่ที่ว่า อีไอเอ เป็นการประเมินภาคบังคับตามกฎหมาย เวลาที่รัฐจะอนุญาตโครงการพัฒนาใดๆ ก็แล้วแต่ ซึ่งอยู่ในข่ายที่ต้องทำอีไอเอ เจ้าของโครงการจะต้องทำรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อม หรืออีไอเอก่อน ส่วนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือเอชไอเอนั้น แม้ว่าส่วนหนึ่งจะทำเพื่อประกอบการอนุมัติอนุญาตสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง ตามที่กำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสอง แต่ก็ยังมีอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนสำคัญ คือ เอชไอเอเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่ทางเลือกและการตัดสินใจ ที่ทำให้เกิดนโยบายสาธารณะหรือโครงการพัฒนาที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพให้มากที่สุด เจตนารมณ์ที่แท้จริงของเอชไอเอในส่วนนี้ไม่ต้องการที่จะให้มีการกำหนดว่า โครงการใดบ้างจะต้องทำหรือไม่ทำเอชไอเอ เพื่อที่จะเอารายงานที่ได้ไปประกอบการอนุมัติอนุญาต แต่ต้องการให้เป็นกระบวนการที่คนในสังคมเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะของทุกฝ่าย

ข้อแตกต่างอีกประการหนึ่งระหว่างอีไอเอ กับเอชไอเอ เป็นเรื่องของระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน ในตอนแรกก่อนที่จะมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสอง การทำอีไอเอไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ เจ้าของนโยบายหรือโครงการเพียงแต่หาผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินการตามแนวทางที่ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกำหนดแล้วเสนอรายงานให้หน่วยงานอนุมัติอนุญาตพิจารณา แต่เมื่อมีมาตรา 67 วรรคสอง ซึ่งกำหนดให้ต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง กระบวนการประเมินอีไอเอและเอชไอเอในกรณีนี้จะต้องดำเนินการ โดยที่ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นกำหนดประเด็นการประเมิน ไปจนกระทั่งการให้การยอมรับรายงานการประเมินก่อนที่จะส่งรายงานให้หน่วยงานอนุมัติอนุญาตต่อไป เอชไอเอทุกรูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมเป็นหลักสำคัญในกระบวนการประเมิน ไม่ว่าจะเป็นเอชไอเอเพื่อการอนุมัติอนุญาต หรือเอชไอเอที่เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะก็ตาม

ดังนั้น เมื่อพูดถึงเอชไอเอ เราจึงควรแยกกันระหว่างเอชไอเอที่ทำการอนุมัติอนุญาตสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง ซึ่งต้องทำควบคู่ไปกับอีไอเอ ตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กับเอชไอเอที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งไม่ได้มุ่งเพื่อการอนุมัติอนุญาตเป็นหลัก หากแต่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการปกป้องชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ



สมพร เพ็งคำ
ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบ
และกลไกการประเมิน
ผลกระทบด้านสุขภาพ
สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ช่องว่างที่มีอยู่นี้สามารถจะเติมเต็มได้ด้วยการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) ซึ่งให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทุกด้านที่อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะของประชาชนและชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม หรือทรัพยากรทางสาธารณสุขก็ตาม

ด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญทุกด้าน เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมือประเมินที่มีความเป็นองค์รวม เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนและชุมชนอย่างรุนแรงหรือไม่ก็ตาม และเพราะคุณสมบัติเช่นนี้ เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมือที่สามารถเติมเต็มส่วนที่ขาดไปในอีไอเอได้เป็นอย่างดี

กระบวนการประเมินที่แตกต่าง

ดังได้กล่าวมา อีไอเอเป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่ออนุมัติอนุญาต สำหรับเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมที่ไม่รับผิดชอบบางราย อีไอเออาจถูกมองว่าเป็นอุปสรรคกีดขวาง หรือแม้แต่ถ่วงกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและเป็นสิ่งที่ต้องเอาชนะหรือผ่านไปให้ได้โดยเร็ว ทศนคติเช่นนี้ อาจทำให้ผู้ประกอบการบางรายมุ่งเน้นที่เรื่อง

การอนุมัติอนุญาตมากจนทำให้จุดมุ่งหมายและสาระที่แท้จริงของการประเมินถูกละเลย เมื่อเป็นเช่นนั้น จึงมีผู้สงสัยในประเด็นด้านธรรมาภิบาลและความน่าเชื่อถือของกระบวนการทำอีไอเอจำนวนมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา ข้อนี้เป็นเรื่องที่เราเข้าใจได้ไม่ยาก

ประการแรก การประเมินผลกระทบเพื่อการอนุมัติอนุญาตซึ่งเป็นภาคบังคับนั้น เจ้าของโครงการกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือภาคธุรกิจเอกชน ย่อมมีเป้าหมายสำคัญคือการผลักดันให้โครงการของตนผ่านการอนุมัติอนุญาตไปได้โดยเร็ว หรืออย่างน้อยก็ผ่านได้ในเวลาที่กำหนด เพราะถ้าเสียเวลาหรือเกิดการชักช้า อาจหมายถึงค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่เพิ่มขึ้น หรืออาจเป็นการเสียโอกาสในทางธุรกิจได้ แต่กระบวนการประเมินเพื่อให้ผ่านการอนุมัติอนุญาตนั้นมีรายละเอียดของสิ่งที่ต้องทำอยู่มาก กลยุทธ์สำคัญจึงอยู่ที่การทำทุกวิถีทางเพื่อให้โครงการผ่านการอนุมัติอนุญาตให้ได้ แม้ว่าการทำเช่นนั้นอาจหมายถึงการใช้ “กำลังภายใน” หรือใช้ “กุศโลบาย” ต่างก็ตาม

ตัวละครสำคัญในเรื่องนี้จึงหนีไม่พ้นนักวิชาการผู้ที่ทำรายงานการประเมิน (บริษัทที่ปรึกษา) กับเจ้าของโครงการที่จะต้องทำการประเมิน โดยมีหน่วยงานที่ทำการอนุมัติอนุญาตเป็นตัวประกอบสำคัญ

กรอบเนื้อหาการวิเคราะห์อีไอเอ

ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ	คุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์	คุณค่าต่อคุณภาพชีวิต
- ภูมิสัณฐาน - ดิน - ธรณีวิทยา - ทรัพยากร - น้ำผิวดิน / น้ำใต้ดิน - น้ำทะเล - อากาศ - เสียง	- สัตว์ - สิ่งมีชีวิตหายาก - ป่าไม้ - สัตว์ป่า - สัตว์น้ำ - ความหลากหลายทางชีวภาพ	- น้ำดื่ม น้ำใช้ - การขนส่ง - ไฟฟ้าและพลังงาน - การควบคุมน้ำท่วม - การระบายน้ำ - การเกษตรกรรม - การอุตสาหกรรม - เหมืองแร่ - สันติภาพ	- เศรษฐกิจ - สังคม - ประวัติศาสตร์ - สุนทรียภาพ - การสาธารณสุข - อาชีวอนามัย - วัฒนธรรม - ความสัมพันธ์ในชุมชน - คุณภาพประชากร

ที่มา : แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ในรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม ของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

แม้ว่าตามระเบียบ ผู้มีสิทธิจะทำรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (อีไอเอ) จะต้องเป็นมืออาชีพ ที่ได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) เท่านั้น แต่นั่นก็ไม่ใช่หลักประกันเพียงพอที่จะทำให้ได้รายงานการวิเคราะห์ที่ตรงไปตรงมา ทั้งนี้เพราะอาจมี “ตัวแปรที่ควบคุมได้ยาก” บางตัวเข้ามาเกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะคือแรงขับที่จะให้ได้รับการอนุมัติอนุญาตในส่วนของผู้เจ้าของโครงการ ซึ่งอาจประสานกันเข้าพอดีกับผลประโยชน์ที่หยิบยื่นให้แก่นักวิเคราะห์ที่ไม่ซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพบางราย ทั้งสองอย่างนี้ เมื่อบวกกับความไม่ทันเกมหรือไม่เข้มงวดเท่าที่ควร ของหน่วยงานอนุมัติอนุญาต ผลลัพธ์ที่ได้ อาจจะเป็นรายงานการวิเคราะห์ที่สวยงาม หรืออย่างน้อยก็ทำให้โครงการสามารถผ่านการอนุมัติอนุญาตไปได้

สิ่งที่กล่าวข้างต้นไม่ใช่เรื่องจินตนาการ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็มีอยู่ เช่น กรณีโครงการก่อสร้างเพื่อขยายโรงงานถลุงเหล็กนครบวรจ มุลค่า 5 แสนล้านบาท ของเครือสหวิริยา ที่อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงปี 2549 – 2550 โครงการดังกล่าวนี้เตรียมที่จะเข้าครอบครองพื้นที่ป่าพรุแม่รำพึง อันเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำสาธารณะที่อุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งอาหารและทรัพยากรของชุมชนมานาน เมื่อรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (อีไอเอ) ของโครงการนี้ปรากฏออกมา ประชาชนในพื้นที่ได้รวมตัวกันทักท้วงและประกาศต่อต้านทันที โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายหลายองค์กรรวมทั้งนักวิชาการจำนวนมาก รายงานการประเมินอีไอเอของโครงการนั้น (ซึ่งทำโดยบริษัทที่ปรึกษา 2 แห่ง โดยความร่วมมือของนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงของรัฐแห่งหนึ่ง) ไม่ได้ระบุว่าพื้นที่ดังกล่าวเป็นป่าพรุที่มีระบบนิเวศและทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ แต่ระบุว่าพื้นที่ที่รกร้าง ถึงกระนั้นรายงานก็ได้รับการยอมรับโดยหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแย้งกับผลการสำรวจขององค์กรวิชาชีพหลายองค์กรที่ระบุว่าพื้นที่ตรงนั้นคือป่าพรุ เมื่อจนด้วยหลักฐานทางเจ้าของโครงการจึงถอนรายงานนั้นออกมาอย่างเงิบ ๆ แล้วจัดให้มีการทำรายงานอีไอเอขึ้นใหม่โดยบริษัทที่ปรึกษาเจ้าเดิม แต่รายงานใหม่ก็ยังคงไม่ได้พูดความจริง เพราะยังไม่ปรากฏคำว่า “ป่าพรุ” ในรายงานนั้น หากเลียงบาลีไปใช้คำว่า “ป่าบึงน้ำจืด” แทน ทั้งหมดนี้นำไปสู่เสี่ยงคัดค้าน และสร้างความขัดแย้ง

**เจตนารมณ์ที่แท้จริง
ในการสร้างเอชไอเอขึ้นมา
ก็เพื่อให้สังคมในทุกระดับ
นำเอากระบวนการเรียนรู้อันนี้ไปใช้
ในวงกว้าง จนกลายเป็นส่วนหนึ่ง
ของวัฒนธรรมการพัฒนา
โดยไม่ต้องอิงอยู่กับอำนาจ
ทางกฎหมาย**

รุนแรงระหว่างเอกชนเจ้าของโครงการกับชุมชน และระหว่างคนในชุมชนด้วยกันเองอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

ต้องยอมรับว่า ปัญหาธรรมชาติภูมิบาลและความไม่โปร่งใสในกระบวนการประเมินอีไอเอเช่นที่กล่าวมานั้น อาจเกิดกับเอชไอเอก็ได้ โดยเฉพาะเอชไอเอที่ทำการอนุมัติอนุญาต เพราะถ้าน้ำหนักไปอยู่ที่เรื่องการอนุมัติอนุญาตมากกว่าอยู่ที่การได้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่ใส่ใจในเรื่องสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างแท้จริง และถ้าผู้ทำการประเมินไม่ยึดหลักวิชาชีพอย่างเคร่งครัด การทำเอชไอเอก็อาจเป็นเพียง “พิธีกรรม” หรือมีโอกาเป็นเพียง “ตรายาง” เพื่อการอนุมัติหรืออนุญาตเท่านั้นก็ได้

แต่ในเรื่องนี้เอชไอเอมีภูมิคุ้มกัน คือมีกระบวนการทำที่เน้นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมาก กระบวนการแบบนี้จะช่วยได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ เอชไอเอนอกบริบทของการอนุมัติอนุญาตมีโอกาสประสบปัญหาด้านนั้นน้อยกว่า เพราะอย่างน้อยที่สุดการอนุมัติอนุญาตไม่ได้ถูกมองว่าเป็นผลขั้นสุดท้ายของการประเมิน แต่ทำการประเมินเพื่อนำไปสู่การมีนโยบายโครงการสาธารณะเพื่อสุขภาพมากกว่า

ประการที่สอง ที่ผ่านมากกระบวนการประเมินอีไอเอค่อนข้างจะมีปัญหาในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถึงแม้จะมีการกำหนดให้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในขั้นตอนกำหนดประเด็นการประเมิน (scoping) และในขั้นตอนการรับฟังความคิด

เห็นต่อรายงานการประเมิน (public review) แต่รูปแบบการดำเนินงานมักจะถูกวิจารณ์ว่าไม่ค่อยโปร่งใสและไม่เป็นธรรมาภิบาลเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นการเลือกบุคคลผู้เข้าร่วมรับฟังและแสดงความคิดเห็น สถานที่และเวลาในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น หรือการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ประชาชนและชุมชนก่อนจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นก็ตาม

เอชไอเอให้ความสำคัญอย่างมากแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการประเมิน ดังนั้น ในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจึงประกอบไปด้วยประชาชน นักวิชาการ หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคมในพื้นที่ ทั้งหมดมาร่วมกันกำหนดประเด็นการวิเคราะห์

ทำความเข้าใจในปัญหา เสนอข้อมูล กำหนดทางเลือกและแนวทางปฏิบัติ รับฟังความคิดเห็นต่อร่างรายงานทบทวน ปรับปรุงร่างรายงาน และติดตามผลการปฏิบัติด้วยกัน จุดมุ่งหมายสำคัญไม่ได้อยู่ที่การอนุมัติอนุญาต (หรือไม่อนุมัติอนุญาต) แต่อยู่ที่การหาทางเลือกหรือแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้โครงการกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นนั้นเอื้อต่อสุขภาวะของประชาชนให้มากที่สุด และหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือหัวใจของกระบวนการ เอชไอเอ ดังนั้น ในกระบวนการทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจึงเต็มไปด้วย “เวทีสาธารณะ” ที่มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วน และเวทีสาธารณะนั้นก็มักจะสัญจรไปยังพื้นที่ต่างๆ เพื่อ

กรอบเนื้อหาวิเคราะห์เอชไอเอ

- การเปลี่ยนแปลงสภาพและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรที่ดิน น้ำ การประมง ป่าไม้ แร่ธาตุ ความหลากหลายทางชีวภาพ ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ และระบบนิเวศ
- การผลิต การขนส่งและการจัดเก็บวัตถุดิบ
- การกำเนิดและการปล่อยของเสียที่คุกคามสุขภาพจากการก่อสร้าง กระบวนการผลิต หรือกระบวนการอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นขยะ กากของเสีย กากของเสียอันตราย น้ำเสีย ขยะติดเชื้อ ความร้อน มลสารทางอากาศ ฝุ่น แสง เสียง กลิ่น การสั่นสะเทือน และกัมมันตภาพรังสี
- การสัมผัสมลพิษและสิ่งคุกคามสุขภาพทุกทาง ไม่ว่าจะเป็นเส้นทางการสัมผัสเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ การรับประทาน หรือการสัมผัสทางผิวหนัง ก็ตาม
- การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่ออาชีพ การจ้างงาน และสภาพการทำงานในท้องถิ่น ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความเสี่ยงและอุบัติเหตุจากการทำงาน การเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศ ทรัพยากรและห่วงโซ่อุปทานของสินค้าและบริการที่เป็นฐานการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่
- การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของประชาชนและชุมชน ทั้งความสัมพันธ์ในชุมชนและนอกชุมชน เฉพาะอย่างยิ่งการอพยพของแรงงาน การเพิ่ม/ลดพื้นที่สาธารณะ และความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ/กิจกรรม
- การเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ที่มีความสำคัญและมรดกทางศิลปวัฒนธรรม เช่น ศาสนสถาน สถานที่ที่คนสักการะบูชา หรือสถานที่ประกอบพิธีกรรมในท้องถิ่น พื้นที่ที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ และโบราณสถานสำคัญ
- ผลกระทบที่เฉพาะเจาะจงหรือมีความรุนแรงเป็นพิเศษต่อประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ชนกลุ่มน้อย เป็นต้น
- ทรัพยากรและความพร้อมของภาคสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งในแง่การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนที่อาจเกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม รวมถึงความพร้อมของข้อมูลสถานะสุขภาพในพื้นที่ก่อนการดำเนินโครงการ การจัดระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามผลกระทบ ชีตความสามารถการสำรวจโรค และการรับมืออุบัติภัยและภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้น

ที่มา : หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ จัดทำโดยศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2553

ให้มั่นใจว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีโอกาสได้เข้าร่วม แสดงความห่วงกังวลและความคิดเห็นของตน ทั้งนี้ โดยยึดหลักการสำคัญ 7 ประการ คือ 1) หลักประชาธิปไตย 2) หลักความเป็นธรรม 3) หลักการใช้ข้อมูลหลักฐาน อย่างเหมาะสม 4) หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ 5) หลักความร่วมมืออย่างกว้างขวางและเท่าเทียม 6) หลักสุขภาวะองค์รวม และ 7) หลักความยั่งยืน

ความแตกต่างระหว่างอีไอเอกับเอชไอเอใน 3 ประเด็นหลักๆ ที่กล่าวมาข้างต้น คือเหตุผลและ คำอธิบายว่า เอชไอเอเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ การพัฒนา กับสุขภาพของประชาชนดำเนินไปด้วยกันได้ อย่างยั่งยืน เฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่โครงการและกิจกรรม การพัฒนา มุ่งสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

สังคมที่การพัฒนากับความมั่นคงทางสุขภาพเติบโต ด้วยกันอย่างยั่งยืนนั้น ในเนื้อแท้แล้วก็คือสังคมที่มี ภูมิจาคะ เป็นสังคมพัฒนาที่น่าอยู่สำหรับทุกคน

เป็นไปได้ไหมที่เอชไอเอจะเป็นเพียงเสือกระดาษหรือตรายาง

“เป็นไปได้ มันอาจจะเหมือนกับอีไอเอสมัยก่อนก็ได้ ขึ้นอยู่กับผู้ประกอบการ ที่เมื่อได้การอนุมัติอนุญาตมาแล้ว จะทำตามมาตรการนั้นอย่างจริงจังหรือไม่”

เสขสิริ ปิยะเวช

บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด

“คงยาก เพราะการทำเอชไอเอไม่ใช่มีเงื่อนไข เฉพาะเรื่องการอนุมัติอนุญาตเท่านั้น ยังมีเงื่อนไขอื่น อีกตั้ง 3 อย่าง คือประชาชนจะร้องขอให้ทำเอชไอเอ ก็ได้ หน่วยงานเจ้าของนโยบายหรือโครงการจะจัดการ ทำเอชไอเอเอง โดยไม่อาศัยอำนาจบังคับของกฎหมาย ก็ได้ หรือชุมชนจะทำการเรียนรู้เพื่อหาทางเลือก และการตัดสินใจสำหรับโครงการหรือกิจกรรมการ พัฒนาในห้องถิ่นของตนก็ได้ ถ้าจำกัดอยู่เฉพาะใน เงื่อนไขเรื่องการอนุมัติอนุญาตเพียงอย่างเดียว ก็มี โอกาสจะกลายเป็นตรายางได้ แต่กระบวนการทำ เอชไอเอ นั้นเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสังคมที่ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วม ดังนั้น ก็คงยาก ที่จะกลายเป็นเพียงตรายาง”

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

สถาบันวิจัยและพัฒนา นโยบาย

“ดูจากวิธีและกระบวนการทำเอชไอเอแล้วคิดว่า อย่างไรเสีย ก็ไม่มีทางที่จะเป็นเสือกระดาษแบบอีไอเอสมัยก่อน ถ้าผมจ้าง บริษัทที่ปรึกษา 10 ล้าน ให้ไปทำให้สำเร็จภายใน 3 เดือน และให้ อนุมัติหรืออนุญาตให้ได้ บริษัทที่ปรึกษาอาจจะไม่ได้ทำอย่างเคร่งครัด แบบวิชาการ แต่ทำให้ผ่าน จะไปทำอะไรก็ได้ แต่ไม่ใช่อย่าง นั้น เทียนต้องไปเกี่ยวข้องกับชาวบ้านเยอะ และต้องทำอย่าง เปิดเผยต่อสาธารณะ เพราะฉะนั้นคิดว่ากระบวนการแบบนี้จะทำให้ ไม่ใช่เสือกระดาษ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะสมบูรณ์ที่สุด”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

“เป็นไปได้ ถ้าคนในสังคมหรือว่าชุมชนท้องถิ่นไม่ได้สนใจ ที่จะใช้ประโยชน์จากมัน แต่ปล่อยให้มันเป็นไปตามอีไอเอแบบเดิม ก็คือ ทำเพื่อการอนุมัติอนุญาต ถ้าอย่างนั้นเราก็มีอาชีพหนึ่งเกิดขึ้นคือ อาชีพรับทำการประเมินเอชไอเอเพื่อให้ผ่าน พอผ่านแล้วก็จบอยู่แค่นั้น ถ้ากระบวนการชุมชนไม่ได้สนใจ ไม่เห็นความสำคัญ ปล่อยให้ เป็นเรื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเดียว ไม่ได้คิดว่าเอชไอเอเป็น เรื่องของเราทุกคนที่จะช่วยกัน เมื่อไหร่ที่คิดแบบนั้น แล้วก็ฝาก ความหวังไปที่หน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง ก็จะตกหลุมดำแบบ อีไอเอ ฉะนั้นสิ่งสำคัญก็คือว่า เราจะทำอย่างไรให้เอชไอเอเป็นเรื่อง ของเราทุกคน”

สมพร เพ็งคำ

ศูนย์ประสานงานการพัฒนา ระบบ และกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ค็อกเทลการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

105

ไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมมีความสำคัญอย่างมาก เพราะสุขภาพหรือสุขภาวะในความหมายที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจำนวนไม่น้อยมาจากนโยบายสาธารณะ หรือโครงการ หรือ กิจกรรมการพัฒนาดังกล่าว สำหรับโครงการ หรือ กิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงนั้น สามารถอาศัยกฎหมายมากำกับดูแลได้ในระดับหนึ่งอยู่แล้ว แต่ยังมีโครงการ หรือ กิจกรรมอีกจำนวนมากที่ไม่ใช่ประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กว่าเมื่อดำเนินไปภายใต้อุดมการณ์ทุนนิยมที่มุ่งกำไรเป็นหลัก ในบริบทที่การติดตามดูแลจากภาครัฐยังไม่เพียงพอ ผลกระทบสะสมที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ กลายเป็นภัยคุกคามต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะของประชาชนและชุมชนได้ ในกรณีเช่นนั้นจะอาศัยมือของกฎหมายอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ และไม่ทันกาล ประชาชนต้องเรียนรู้ที่จะปกป้องคุ้มครองสุขภาพของตัวเองด้วย

เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันเรียนรู้ กำหนดประเด็นปัญหา และเสนอทางเลือก โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่รอบคอบในโครงการหรือกิจกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อันจะช่วยลดผลกระทบในทางลบ และเพิ่มผลกระทบทางบวกของโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ

เอชไอเอรูปแบบนี้ สามารถนำไปใช้ได้ดีในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ ไปจนถึงระดับท้องถิ่น หรือแม้แต่ในระดับชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายในสังคม เอชไอเอรูปแบบนี้สามารถจะดำเนินการได้สะดวกกว่าในระดับท้องถิ่น ซึ่งเจ้าภาพหลักอาจได้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล หรือชุมชน แล้วแต่กรณี เอชไอเอเหมาะสมมากในระดับนี้ เพราะนอกจากจะสอดคล้องกับหลักการให้ท้องถิ่นและชุมชนดูแลและจัดการเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพด้วยตนเองให้มากที่สุดแล้ว ยังสอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้วย

เนื่องจากไม่ต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องการอนุมัติอนุญาตตามกฎหมาย การขับเคลื่อนให้มีการทำเอชไอเอรูปแบบนี้ต้องเริ่มด้วยความตระหนักในปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จากนโยบายหรือโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่มีการเสนอขึ้นมาในท้องถิ่นหรือในชุมชน หรือความห่วง

กังวลในปัญหาที่ประชาชนกำลังประสบอยู่จริง ๆ เรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ได้

ในกรณีของท้องถิ่นนั้น สิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุดคือการผนวกเอาเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบาย โครงการและ กิจกรรมการพัฒนาทุกชนิดที่จะสร้างขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ทุกครั้งที่กำหนดนโยบายอะไรก็ตาม ไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ (เช่น ตัดถนนใหม่ วางผังเมือง สร้างสวนสาธารณะ อ่างเก็บน้ำ ที่ทิ้งขยะ ฯลฯ) ผู้บริหารท้องถิ่นจะต้องคิดถึงการทำเอชไอเอ คือให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มได้มีส่วนร่วม กำหนดประเด็นปัญหาร่วมกัน เรียนรู้ด้วยกันบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานที่ตรงไปตรงมา กำหนดทางเลือก และเสนอแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจที่รอบคอบด้วยกัน การทำเช่นนี้ ไม่เพียงแต่จะช่วยป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดตามมาจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้น เท่านั้น แต่ยังจะช่วยป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นด้วย

ในกรณีของชุมชน การทำเอชไอเออาจเริ่มจากความตระหนักและห่วงกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือวิถีชีวิตของคนในชุมชน เช่น ปัญหาสารพิษในการทำเกษตรกรรม สิ่งรบกวนการดำเนินชีวิต

ประจำวัน (ฝุ่น เสียง ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน ฯลฯ) การทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร หรือความขัดแย้ง อันเกิดจากการมีโรงงานในชุมชน

ชุมชนที่ได้รับผลกระทบอาจรวมตัวกันเริ่มกระบวนการเอชไอเอ เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด โดยจัดกระบวนการเอชไอเอที่มีหลายฝ่ายเข้ามาร่วมด้วย เช่น นักวิชาการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน เจ้าของกิจการที่เป็นต้นเหตุของปัญหา และประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหานั้น เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการ มีการศึกษาวิเคราะห์ปัญหา กำหนดทางเลือก เสนอแนวทางแก้ไข และติดตามผลการตัดสินใจร่วมกัน จุดมุ่งหมายเพื่อบรรลุถึงการตัดสินใจที่จะลดผลกระทบทางลบให้หมดไปหรือมีน้อยที่สุด โดยไม่มีกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นฝ่ายได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์อย่างเดียว

ทั้งนี้ การทำเอชไอเอในระดับท้องถิ่นและระดับชุมชนควรแจ้งให้ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงทราบ ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ เพื่อที่จะได้ให้การสนับสนุนและประสานงานตามสมควร

ที่ผ่านมา มีการทำเอชไอเอในฐานะเป็นการเรียนรู้ในหลายพื้นที่ และมีเรื่องหลากหลายที่นำมาเป็นประเด็นความจริง แนวคิดและการเริ่มทดลองทำเอชไอเอเพื่อการเรียนรู้นั้นมีมาพร้อมๆ กับพัฒนาการของเอชไอเอในประเทศไทยเลยทีเดียว เพราะการทดลองทำเอชไอเอในลักษณะเช่นนี้เริ่มทำกันมาตั้งแต่ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และก่อนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเสียอีก

เอชไอเอจะช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีสุขภาวะทั้ง 4 ด้านได้อย่างไร

อยากจะขอให้ดูกรณีชุมชนที่อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เป็นตัวอย่าง ที่นั่นมีเหมืองทองคำเข้าไปตั้งอยู่ วันดีคืนดี ชาวบ้านเข้าไปตรวจเลือดแล้วพบว่ามีสารไซนาไนต์ซึ่งเป็นสารพิษอันตรายอยู่ในเลือด ถามว่ามาจากไหน ก็ต้องมาจากเหมืองทองคำแน่นอน เพราะในเหมืองเขาใช้สารนี้ ดังนั้น สุขภาพกายมีปัญหาแน่ สุขภาพจิตก็มีปัญหาแน่นอน ในทางสังคมชุมชนเขาแตกแยก ถึงขนาดไม่ทำบุญด้วยกันเหมือนแต่ก่อน เพราะว่าพวกหนึ่งได้ประโยชน์กับโรงงาน อีกพวกหนึ่งเสียประโยชน์ นั้ก็ต้องชื้อกิน สิ่งแวดล้อมก็เปลี่ยนไป ผักตามป่าที่เคยเก็บกินได้ ก็เก็บกินไม่ได้ ชุมชนแตกเป็นสองพวก สุขภาพทางสังคมจึงมีปัญหา สุขภาพทางจิตวิญญาณก็มีปัญหา เพราะร่วมทำบุญด้วยกันไม่ได้

ในมุขกลับ ถ้ามีกระบวนการเอชไอเอเสียตั้งแต่ก่อนทำเหมือง คุยกัน หาทางออกด้วยกันว่าเหมืองที่จะมาอยู่นั้นจะเกิดพิษภัยอะไรบ้าง แล้วเราจะอยู่ด้วยกันอย่างไร วัฒนธรรมประเพณีจะอยู่อย่างไร เศรษฐกิจชุมชนจะเป็นอย่างไร แต่ที่ผ่านมานู๋มืดมดจากข้างบนลงไปแล้ว แต่ถ้าหากใช้เอชไอเอเป็นเครื่องมือ คนจะได้คุยกันว่าในที่สุดจะทำเหมืองไหม ถ้าเกิดว่าไปเจอว่าถ้าทำเหมืองแล้วชุมชนจะเจอปัญหาอะไร และต้องป้องกันอะไรบ้าง แต่นี่ชาวบ้านเขาไม่รู้ ทุกวันนี้หน่วยงานของรัฐมีรายการที่โรงงานต้องทำอยู่ในมือ ดีเสียว่า 10 รายการ ดูแล้วคุณยังไม่ได้ทำตั้ง 8 รายการ ก็ไม่เป็นไร พาไปเลี้ยงให้ตีหน้อยเดี๋ยวกี้ได้ ชาวบ้านก็รู้เรื่อง แต่ถ้าหากทำอย่างโปรงใสตั้งแต่แรก ชาวบ้านก็รู้ว่าอะไรบ้างที่ยังไม่ได้ทำ ถ้าใช้เครื่องมือเอชไอเออย่างสร้างสรรค์ตั้งแต่แรก ชาวบ้านเขาก็จะรู้ว่าสิ่งเหล่านี้ต้องทำอย่างนี้ คุณทำไหม ถ้าไม่ทำ ทำไม่ทำทำ คือให้ชาวบ้านรู้ว่าอะไรควรทำ และไม่ควรรทำ สุขภาวะก็เกิดได้ทุกด้าน แทนที่จะไม่ไว้วางใจกัน คอยขัดแย้งกัน ฝ่ายหนึ่งได้ ฝ่ายหนึ่งเสีย

ผมเรียนนิดหนึ่งว่าคนส่วนหนึ่งที่ไม่ว่าใจ เพราะว่าเขาคิดการประเมินจะบอกว่าเป็นมะเร็งใหม่ จะมีโรคปอดเกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหน คือไปมองสุขภาพในมิติกายแค่นั้น จะติดอยู่แบบนั้น แม้แต่ล่าสุดเรื่องโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงตามที่กำหนดในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญ 2550 นั้น เขาก็มองมิติเรื่องสารที่ก่อมะเร็ง แต่ไม่ได้มองสุขภาพทั้งหมด แต่ว่าเครื่องมือเอชไอเอพยายามที่จะมองสุขภาพที่กว้าง คือรวมทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา



นายแพทย์อภาพ จินดาวัฒน์
เลขาธิการ
สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ตัวอย่างการทำเอชไอเอในแนวทางที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ เช่น ในกรณีชุมชนในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด และบริเวณใกล้เคียง จังหวัดระยอง ซึ่งประชาชนและชุมชนได้รับผลกระทบอย่างมากจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักหลายประเภท ประเด็นที่ยกมาเป็นมูลเหตุให้ทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คือ เรื่องสิ่งแวดล้อม

ในกรณีชุมชนบ้านบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี การทำเอชไอเอมีที่มาจากประเด็นเกี่ยวกับการใช้สารเคมีในกิจกรรมการเกษตร ซึ่งประชาชนที่นั่นตระหนักถึงปัญหาการใช้สารเคมีในการทำนาจนถึงขีดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ส่วนกรณีชุมชนบ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ สิ่งที่ชาวบ้านห่วงกังวลและเป็นประเด็นที่นำไปสู่การทำเอชไอเอ คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการผลิตสินค้าหัตถกรรมพื้นบ้าน (แกะสลักไม้) ที่ทำให้คนในหมู่บ้านสัมผัสทั้งฝุ่นและสารระเหยจากสีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กรณีชุมชนหลายแห่งในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่มาของการทำเอชไอเอคือ เรื่องผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพและวิถีชีวิตผู้คน อันเนื่องมาจากเหมืองทองคำที่เข้ามาดำเนินการในพื้นที่ชุมชน ประชาชนที่นั่นประสบปัญหาอย่างหนักจากทั้งเสียงฝุ่น และกลิ่น ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ที่รุนแรงมากคือ มีการปนเปื้อนของสารพิษไซยาไนด์ ในสิ่งแวดล้อมและสารพิษนั้นได้เข้าสู่ร่างกายของชาวบ้านโดยไม่รู้ตัว จากการตรวจเลือดของชาวบ้านพบว่า หลายคนมีสารพิษไซยาไนด์ซึ่งเป็นสารอันตรายในเลือด ทำให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีการปนเปื้อนสารโลหะหนักทั้งในน้ำและในดิน สังคมที่นั่นเกิดความขัดแย้งและแตกแยกระหว่างฝ่ายที่ได้รับผลประโยชน์จากเหมืองกับฝ่ายที่ได้รับผลกระทบ ถึงขนาดไม่ยอมคุยกันเมื่อไปทำบุญที่วัด ชุมชนที่เคยอยู่ร่วมกันมาอย่างสงบจึงใกล้จุดแตกสลายในทางสังคม ทั้งนี้ ยังไม่รวมประเด็นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งเอกชน ในหลายพื้นที่ที่มีความสนใจนำเอาเอชไอเอไปเป็นเครื่องมือ เพื่อประเมินว่าโครงการที่ตนกำลังจะดำเนินการนั้นจะมีผลกระทบที่

ควรระมัดระวังอะไรบ้าง เช่น โครงการสร้างคอนโดมิเนียมของเอกชนรายหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และโครงการวางท่อส่งก๊าซไปยังจังหวัดนครสวรรค์ ของบริษัท ปตท. โครงการเหล่านี้ แม้ไม่อยู่ในข่ายว่าอาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง (ซึ่งต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตามกฎหมาย) แต่เจ้าของโครงการจำนวนมากก็ขอทำเอชไอเอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เพราะถ้าเกิดปัญหาขึ้น ค่าใช้จ่ายในการแก้ไขจะสูงมาก

ถ้าการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดคือการที่ประชาชนและทุกภาคส่วนในชุมชนจัดการดูแลกันเองได้เป็นส่วนมาก เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมก็เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดอันหนึ่ง และเพราะคุณสมบัตินี้เอง เอชไอเอ จึงเป็นที่ยอมรับกันในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือที่ดีอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่นโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับสังคม ชีวิต และสุขภาพ อันเป็นเครื่องมือที่บ่งชี้ถึงควมมีคุณภาพของสังคม



สิ่งท้าทาย โอกาส และวันพรุ่งนี้ของเอชไอเอ

ภาพ

ถือเอาการเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าเป็นจุดกำเนิดอย่างเป็นทางการของเอชไอเอ ก็กล่าวได้ว่าเอชไอเอเพิ่งมีอายุเพียง 3-4 ปีเท่านั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดและการริเริ่มเรื่องอันสำคัญนี้ได้ก่อตัวขึ้น และได้รับการปูมฟังกอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยย่อท้อจากหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องมาก่อนหน้านั้น เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ถึงกระนั้นถ้าเปรียบเป็นชีวิตคน เอชไอเอก็ยังคงอยู่ในวัยเยาว์ ที่เพิ่งเริ่มมีสังคมและเครือข่ายของตัวเองเหมือนชีวิตเด็กน้อยที่เริ่มรู้จักและผูกพันกับพี่น้อง ลุงป้า น้าอา มากขึ้น

วันนี้ของเอชไอเอจึงมีทั้งสิ่งที่ท้าทาย และสิ่งที่ เป็นโอกาส

ประการแรก ภาพลักษณ์ของเอชไอเออาจจะยังไม่ชัดเจนในสายตาของบางคน หรือบางกลุ่ม ซึ่งมองเอชไอเอเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อการอนุมัติอนุญาตเท่านั้น แต่นั่นก็เป็นเรื่องที่ไม่ได้ เพราะตอนที่เกิดเอชไอเอขึ้นนั้นประเด็นเรื่องการอนุมัติอนุญาตเป็นกระแสสำคัญในสังคมไทย โดยมีภาพของอีไอเอซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อการอนุมัติอนุญาตล้วนๆ เป็นภาพเปรียบเทียบกับมือยกก่อนและบังเอิญเอชไอเอก็เป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการอนุมัติอนุญาตนี้ด้วย (คือเอชไอเอในอีไอเอ)

ถ้าภาพลักษณ์จำกัดอยู่เพียงเรื่องการอนุมัติอนุญาตก็ไม่สู้จะดีนักสำหรับอนาคตของเอชไอเอ เพราะที่สุดแล้วอาจเป็นไปได้ที่เอชไอเอจะกลายเป็นเหมือน “ตรายาง” ที่ประทับเพียงเพื่อบอกว่าโครงการหรือกิจกรรมใดผ่านหรือไม่ผ่านเท่านั้น ความสนใจจริง ๆ ของเจ้าของโครงการและของหน่วยงานอนุมัติอนุญาตอาจจะไปอยู่ที่เรื่องการผ่านหรือไม่ผ่านการอนุมัติอนุญาต มากกว่าเรื่องเนื้อหาและกระบวนการประเมิน ตลอดจนผลทางสุขภาพที่จะตามมาจากรโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งเป็นสาระที่สำคัญมากกว่า น่าอาจเป็นสิ่งท้าทายอย่างหนึ่ง ที่อาจจะทำให้เอชไอเอไม่บรรลุจุดหมายที่กำหนดมาให้ทำ โดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม ยังพอมีความหวังอยู่ว่า การณ์อาจจะเป็นไปเช่นนั้นได้ยาก ทั้งนี้เพราะแม้ว่าเอชไอเอจะผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของอีไอเอแล้วสำหรับกรณีการอนุมัติอนุญาต แต่หลักเกณฑ์ เนื้อหา และกระบวนการประเมิน

ทั้งหมดยังเป็นหลักเกณฑ์ เนื้อหาและกระบวนการของเอชไอเอ ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะของตน นั้นหมายความว่าเอชไอเอในอีไอเอนั้นยังสามารถคงเอกลักษณ์ความเป็นเอชไอเออยู่ได้ เว้นแต่ว่าจะมีตัวแปรที่ควบคุมได้ยากบางอย่างเกิดขึ้น (ซึ่งก็ไม่ใช่สิ่งที่เป็นไปได้ในบริบทของสังคมไทย)

ประการที่สอง เนื่องจาก ตัวตนและเป้าหมายที่แท้จริงของเอชไอเอ นั้น คือการเป็นเครื่องมือทางสังคมที่จะนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ ตัวตนและเป้าหมายนี้เป็นแก่นแท้ที่อาจถือว่าเป็น “ดีเอ็นเอ” ของเอชไอเอเลยทีเดียว ถ้าจะกล่าวเพื่อให้เห็นภาพอีกแบบหนึ่ง ก็ต้องบอกว่า ถ้าไม่ใช่เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมก็ไม่ใช่เอชไอเอชนานแท้ สิ่งท้าทายตรงนี้คือ เอชไอเอจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้นได้อย่างไร

กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมนั้นไม่ได้เกิดขึ้นได้จากสุญญากาศ จริงๆ แล้วสิ่งนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีเงื่อนไข 3 อย่าง มาบรรจบกันเข้าในสถานที่และเวลาอันเหมาะสม

หนึ่ง คือความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพของประชาชน ไม่ใช่สุขภาพในความหมายแบบเดิมที่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เป็นสุขภาพในความหมายแบบองค์รวม

สอง ความรู้เท่าทันและตระหนักว่า นโยบายสาธารณะ โครงการและกิจกรรมการพัฒนาทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้ให้ผลประโยชน์ในด้านที่พึงปรารถนาเพียงด้านเดียว แต่ทุกอย่างจะสามารถส่งผลกระทบต่อทั้ง

ปรารถนาได้ ประชาชน ชุมชน
หน่วยงานของรัฐ องค์กร
ปกครองท้องถิ่น นักวิชาการ
หรือองค์กรเอกชน จะต้อง
ตระหนักว่าอะไรคือสิ่งที่
ต้องแลกหรือเสียไปกับผล
ที่ได้มา จากการพัฒนา

สาม ความเข้าใจ
และความสามารถในการจัด
กระบวนการเอไอเอในรูปแบบ
และตามอุดมคติของเครื่องมือนี้
ซึ่งถือเอาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม
ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการตัดสินใจ

บนฐานของความรู้และหลักฐานที่เหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญ
แน่นอน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความ
ตระหนักเรื่องสุขภาพในทุกระดับของสังคมเป็นภารกิจที่
ท้าทาย ลำพังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเอไอเอโดยตรง
อย่างเช่นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) อาจจะ
ทำได้ในระดับหนึ่ง แต่ด้วยการมีเครือข่ายที่กว้างออกไป
งานเช่นนี้ก็ไม่ใช่ว่าจะเหลือวิสัย

สาระสำคัญอยู่ที่การตระหนักว่า ชีวิตคนและสุขภาพ
ในความหมายแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา
เพราะนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกชนิด
อาจก่อให้เกิดทั้งผลทางบวกและทางลบ โดยที่ผลทางบวก
สำหรับคนกลุ่มหนึ่งอาจเป็นผลทางลบสำหรับอีกกลุ่มหนึ่ง
ไม่มีนโยบายหรือโครงการใดที่จะให้เฉพาะผลดีเพียง
ด้านเดียว การหาทางป้องกันผลกระทบทางลบจึงเป็นงาน
ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมาร่วมกันพิจารณา โดยยึด
เอาสุขภาวะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเป็นที่ตั้ง

ความตระหนักเช่นนี้จำเป็นต้องสร้างขึ้นในทุกระดับ
ตั้งแต่ระดับหน่วยงานที่มีส่วนโดยตรงในการพัฒนานโยบาย
สาธารณะ ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ไปจนถึงชุมชน
และภาคธุรกิจที่เป็นเจ้าของโครงการพัฒนา ตลอดจนถึง
เยาวชนในสถาบันการศึกษาทุกระดับด้วย

มีโอกาสมากมายที่จะช่วยในการสร้างความ
ตระหนักดังกล่าว นโยบายและโครงการพัฒนาทั้งในระดับ
เมกะโปรเจกต์และในระดับทั่วๆ ไป เกิดขึ้นอยู่แทบ
ทุกวัน นโยบายและโครงการเหล่านั้นสามารถนำมาเป็น
วัตถุดิบเพื่อสร้างความตระหนักในผลทางบวกและ

**ตัวตนและเป้าหมาย
ที่แท้จริงของเอไอเอนั้น คือ
การเป็นเครื่องมือทางสังคมที่จะ
นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะ
เพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการ
เรียนรู้ ตัวตนและเป้าหมายนี้เป็น
แก่นแท้ที่อาจถือว่าเป็น “ดีเอ็นเอ”
ของเอไอเอเลยก็ว่าได้**

ทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ชุมชน
และสังคมได้ นอกจากนี้
ประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว
ก็อาจนำมาเพิ่มโอกาสใน
การสร้างความตระหนักได้
เป็นอย่างดีด้วย ไม่ว่าจะเป็น
เป็นกรณีนิคมอุตสาหกรรม
มาบตาพุด กรณีบางสะพาน
แม่เมาะ เชื้อนปากมูล เหมือง
ตะกั่วที่คลิตี้ เหมืองทองคำที่
วังสะพุง หรือแม้แต่แผนพัฒนาภาค
ใต้ที่กำลังก่อรูปขึ้นในขณะนี้ ทั้งหมด

ล้วนเป็นโอกาสหรือวัตถุดิบสำหรับการสร้าง
จิตสำนึกและความตระหนัก ที่อาจนำไปสู่การทำเอไอเอ
ให้เป็นเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

นิมิตที่ดีคือ มีการตอบรับที่ค่อนข้างดีต่อเอไอเอ
จากสาธารณะ นี่คือโอกาสที่เอไอเออาจจะพัฒนาไปสู่ความ
เติบโตอย่างมั่นคงยั่งยืนในอนาคต อนาคตที่เราหลายคน
ฝันว่า วันหนึ่งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจะกลาย
เป็น “วัฒนธรรม” คือเป็นวิถีคิดและการปฏิบัติที่เป็นภารกิจ
ตามปกติธรรมดาของการพัฒนา ไม่ว่านโยบายหรือ
โครงการจะเล็กหรือใหญ่ก็ตาม ทุกครั้งที่กำหนดนโยบาย
สาธารณะหรือโครงการพัฒนา ให้ผู้บริหาร เจ้าของโครงการ
ประชาชน และชุมชนในทุกระดับ คิดถึงเรื่องผลกระทบ
ทางสุขภาพ และคิดถึงเอไอเอ ว่าเป็นภารกิจที่ต้องทำ
เป็นปกติ เหมือนกับเวลาที่เราจะกินข้าวต้องล้างมือก่อน
หรือเวลาตื่นนอนต้องล้างหน้าแปรงฟัน

สังคมทุกวันนี้ก้าวล้ำไปด้วยการพัฒนา นี่เป็น
ความจริงที่น่าชื่นชม แต่ไม่ว่าสังคมจะก้าวล้ำไปเพียงใด
การพัฒนาที่ไม่ได้เอาชีวิตและสุขภาวะของมนุษย์เป็น
ศูนย์กลาง ก็จะต้องจบลงที่บทเรียนราคาแพง เหมือนที่เคย
เกิดขึ้นมาแล้วหลายครั้งในสังคมของเรา

**เอไอเอจะเป็นคำตอบที่เพียงพอในเรื่อง
การพัฒนาที่ใส่ใจในสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการใช้
เครื่องมือนี้อย่างเต็มสมรรถนะ ทั้งในฐานะเป็น
เครื่องมือคัดกรองเพื่อการอนุมัติอนุญาต และ
ในฐานะเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม และ
ขึ้นอยู่กับว่าเราจะใช้มันจนกลายเป็นวัฒนธรรมใน
การพัฒนา ที่นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อชีวิต
และสุขภาพ ได้หรือไม่**