

สุขภาพคนไทย

2548

การค้าเสรี
กับการเข้าถึงยา

12 ตัวชี้วัดสุขภาพ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

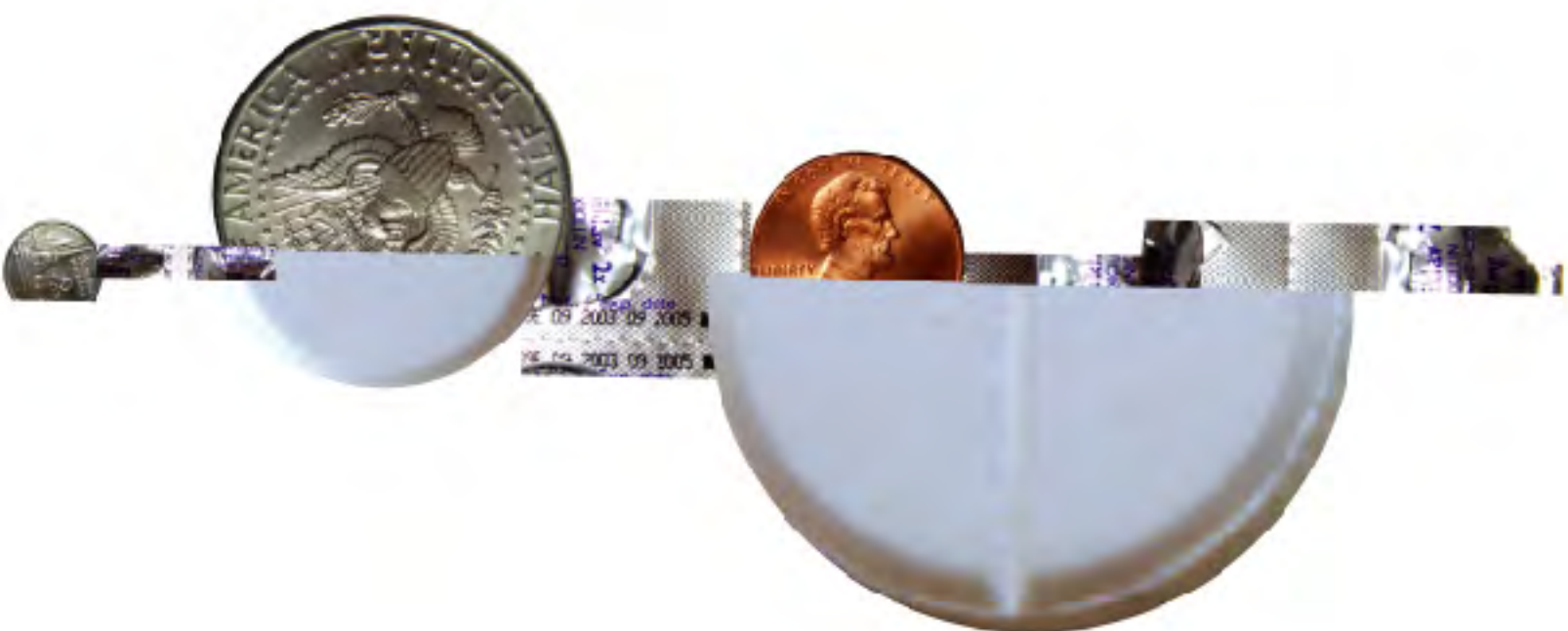


สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สุขภาพคนไทย 2548

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



ສຸຂກາພາ
ຄມທຍ
2548

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2548 / ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา [และคนอื่น ๆ]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2548.

(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 296)

คณะผู้วิจัย: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, วาสนา อิ่มเอม

ISBN 974-9717-91-0

1. สุขภาพ. I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. II. ชาย โพธิ์สิตา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล. IV. วาสนา อิ่มเอม.

V. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. VI. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. VII. ชื่อชุด.

RA776 ส743 2548

[DNLM: 1. สุขภาพ. WA100 ส743 2548]

ออกแบบปกและจัดรูปเล่ม: ณัฐ เรืองมงคล

กราฟฟิกในหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ: ธนเวทย์ สิริวัฒน์ธนกุล, ถิรพร พลอยมีค่า

พิสูจน์อักษร: นฤมล อารีสินพิทักษ์

จัดพิมพ์โดย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่: บริษัท อิงค์ ออน เปเปอร์ จำกัด

โทรศัพท์: 0 2612 3753

จำนวนพิมพ์: 10,000 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 999 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 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์: 0 2298 0500 โทรสาร: 0 2298 0501

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

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้

ไม่สงวนลิขสิทธิ์ แต่ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)

สุขภาพ
คนไทย



2548

บอก. กล่าว

หนังสือที่ตั้งใจบอกเรื่องราวสุขภาพคนไทยเป็นประจำทุกปีเล่มนี้เป็นฉบับที่สองมีชื่อหนังสือตามปีว่า ‘สุขภาพคนไทย 2548’ ต่อจาก ‘สุขภาพคนไทย 2546’ ที่ออกเมื่อปีที่แล้ว

อาจะมี ผู้สงสัยว่าปี 2547 หายไปไหน?

อันที่จริงปี 2547 ไม่ได้หายไป แต่ทีมทำงานเรตดลงกันว่า นับแต่นี้ไป ถ้าหนังสือออกปีไหนชื่อหนังสือจะใช้ของปีนั้น เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและเพื่อไม่ให้หนังสือเก่าตั้งแต่วันแรกออก ดังนั้นให้ถือเสมือนว่าหนังสือสุขภาพคนไทย 2546 ซึ่งเป็นฉบับปฐมฤกษ์นั้นเป็นฉบับควบของ 2546 และ 2547 ด้วย

ฉบับที่สองนี้ยังคงรูปแบบเดิมของหนังสือไว้ คือประกอบด้วยสามส่วน

ส่วนที่หนึ่ง ดัชนีชีวิตสุขภาพคนไทย ซึ่งปีนี้นำเสนอ 12 หมวด ประกอบด้วยกลุ่มสุขภาพกาย 6 หมวด คือ ตาย ป่วย พิการ การตั้งครรภ์และการคลอด มะเร็ง อาหาร กลุ่มสุขภาพจิต 1 หมวด กลุ่มสุขภาพเฉพาะกลุ่ม 2 หมวด คือ ประชากรวัยรุ่นและประชากรสูงวัย และกลุ่มสุขภาพสังคม 3 หมวด คือ ความยากจน สิ่งแวดล้อมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนที่สอง ประมวลสถานการณ์เด่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในรอบปี โดยรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพมานำเสนอ ปีนี้ได้ปรับวางแนวทางใหม่เพื่อบันทึกปมเหตุการณ์ทางสุขภาพ เรียกว่า ‘สถานการณ์ 10+10’ และเพิ่มเติมการรายงานสถานการณ์เด่น 10 เรื่องของปีที่แล้ว ว่าปีนี้เปลี่ยนไปอย่างไรหรือไม่ไว้ด้วย

10 สถานการณ์เด่นในปี 2547 - 2548 มีอะไรบ้าง?

คลื่นมหาประลัย ‘สึนามิ’ ธรณีพิบัติครั้งร้ายแรงที่สุดของโลก

สถานการณ์ไฟใต้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ

ทางสองแพร่งของนโยบายใช้หวัดนก: จะเลือกสุขภาพคน หรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก

สังคมไทยกับภัยข่มขืน

น้ำตาลในนมและขนมเด็ก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย

จากเบ้าล้นน้อยถึงกวาวเครือ..... ฤาสมุนไพรรไทยจะตกอยู่ในอ้อมมือต่างชาติ?

สื่อโป๊ๆ กับเรื่องเช็กส์ของวัยรุ่น

ความรุนแรงในวัยรุ่น อันธพาลหรือคึกคะนอง ผิดพลังหรือตั้งใจ?

ขยะอันตราย ภัยร้ายที่มองไม่เห็น

เด็กไทยในกับดักอบายมุขที่ถูกกฎหมาย เทียวกลางคืน สูบบุหรี่และดื่มเหล้า

ส่วนอีก 10 สถานการณ์ ซึ่งรวบรวมไว้ได้แก่ จีเอ็มโอ ปัญหาโครงการ 30 บาทในปีที่สาม ความอ้วน คดีข้อดีไข่...ขังลิ้ม สิ่งแปลกปลอมในอาหาร ผลกระทบของอุตสาหกรรมต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม การประชุมเอตส์โลก อุบัติเหตุในเด็ก กระแสคลั่งชาเขียว และการค้ามนุษย์ในประเทศไทย สถานการณ์ทั้ง 10+10 นี้ ทีมงานได้สอบถามความคิดเห็นจากประชาชน นักวิชาการ และผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด 5 ครั้ง จำนวน 1,386 คน เพื่อคัดเลือกเรื่องที่เห็นว่าสำคัญต่อสุขภาพก่อนที่จะนำมาจัดลำดับอีกครั้ง

ส่วนที่สาม คือเรื่องประจำฉบับ ปีนี้เสนอเรื่อง ‘การค้าเสรีกับการเข้าถึงยา’ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญมากและจะส่งผลกับสังคมไทยไปอีกนาน เพราะยาเป็นปัจจัยสี่ที่สำคัญต่อชีวิตเราทุกคน เราจึงอยากจะสื่อสารข้อมูลเรื่องการค้าเสรีให้พอเห็นภาพ เพื่อจะได้เข้าใจว่าการค้าเสรี หรือการทำ FTA คืออะไรเกี่ยวข้องกับชีวิตเรามากน้อยเพียงไร และจะเกิดผลกระทบอย่างไรได้บ้างต่อการใช้ยาของคนไทย ส่วนการลดผลกระทบนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายนัก โดยเฉพาะเมื่อเรื่องยาเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการผลิตยา การขึ้นทะเบียน การจดสิทธิบัตร เราคงต้องพัฒนาความรู้อีกมากเพื่อให้เราสามารถพึ่งตนเองเรื่องยาได้มากขึ้นในอนาคต

เมื่อหนังสือออกสู่สาธารณะปีที่แล้ว ทีมงานได้รับเสียงตอบรับมากมายส่วนใหญ่ให้กำลังใจกับทีมงาน โดยเห็นว่าเป็นประโยชน์กับประชาชน โดยเฉพาะนักเรียน นักศึกษา รวมทั้งอาจารย์ได้นำข้อมูลไปใช้ในการเรียนการสอน หรือนำไปใช้ในการนำเสนอในที่ต่างๆ จำนวนพิมพ์ 10,000 เล่มเมื่อปีที่แล้วได้แจกจ่ายไปหมดแล้ว ปีนี้ได้เพิ่มการจัดทำเป็นซีดีเพื่อให้เก็บไว้ได้ง่ายขึ้นรวมทั้งใส่ไว้ในเว็บไซต์ของ สสส.ด้วย ดังนั้น หากท่านใดต้องการหนังสือเพิ่มเติมก็สามารถเข้าอ่านได้จากเว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

เมื่อได้รับเสียงตอบรับที่ดีเช่นนี้ ทำให้ทีมงานมีกำลังใจที่จะทำงานต่อไปในขณะเดียวกัน ก็ยิ่งเพิ่มความตั้งใจให้งานออกมาดียิ่งขึ้นด้วย

เราหวังเพียงให้หนังสือนี้เป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์และให้ความรู้เท่านั้น แต่หากว่าหนังสือนี้จะยังเป็นประโยชน์ยิ่งไปกว่านั้น คือทำให้เกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ก็จะเป็นผลกำไรของหนังสือที่เรายินดีที่จะให้เกิดขึ้นเป็นอย่างยิ่ง

คณะผู้จัดทำ

เมษายน 2548

12 ตัวชี้วัดสุขภาพ

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

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

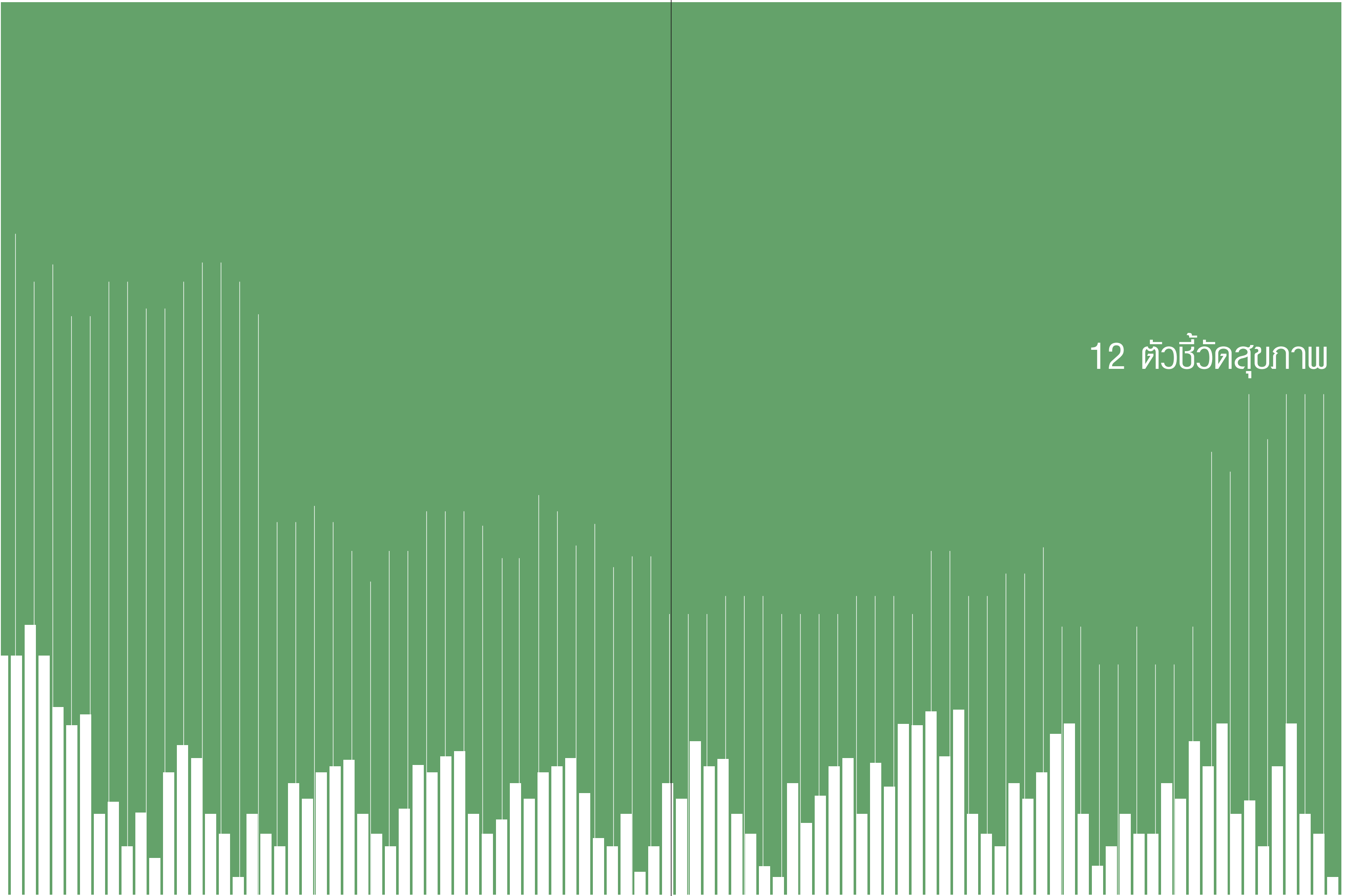
38	คลื่นมหาประลัยสินามิ
42	สถานการณ์ไฟใต้
46	ทางสองแพร่งของนโยบายใช้หวัดนก
50	สังคมไทยกับภัยซึมเศร้า
54	น้ำตาลในนมและขนมเด็ก
58	จากเปล้าน้อยถึงกวาวเครือ
62	สื่อโป๊ๆ กับเรื่องเช็กส์ของวัยรุ่น
66	ความรุนแรงในวัยรุ่น
70	ขยะอันตราย
74	เด็กไทยในกับดักอบายมุขที่ถูกกฎหมาย
78	10 สถานการณ์สำคัญในรอบปี 2547
80	สถานการณ์เด่น 10 เรื่อง ในปี 2546
	เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ในปี 2547

การคำเสรี กับการเข้าถึงยา

ภาคผนวก

104	บรรณานุกรม
114	เกณฑ์ในการจัดทำ รายงานสุขภาพคนไทย
115	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ
116	รายชื่อกรรมการชี้ทิศทาง

12 ตัวชีวิตสุขภาพ



การตั้งครรภ์



ที่มา: *กฏติยา อาชนิจกุลและคณะ 2546 (จากการสำรวจครัวเรือนหญิงอายุ 15-49 จำนวน 2,861 ราย)

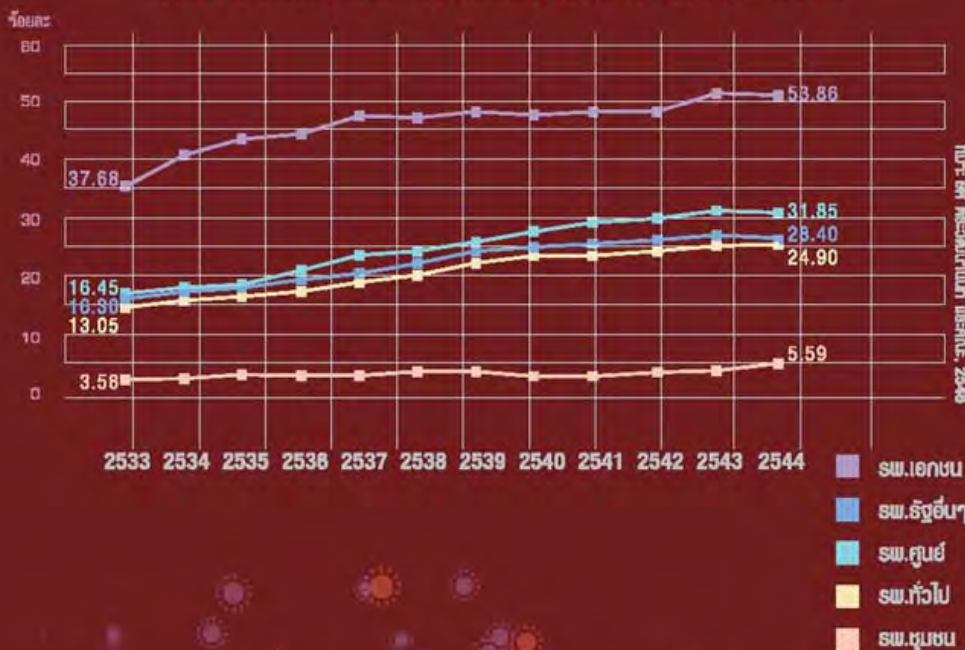
**จำนวนการเกิดมีชีพ จากสถิติสาธารณสุข 2546

***ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2546 คำนวณย้อนกลับโดยใช้ฐานข้อมูลจากจำนวนการเกิดมีชีพปี 2546

ใช้ความถูกต้องของการคลอดแต่ละประเภทจาก กฏติยา อาชนิจกุลและคณะ 2546

****รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการค้นหาโรคของประชากร 2544

การฝากคลอดตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2533 - 2544



ขณะที่จำนวนตัวเลขของคุณแม่ที่อยู่ในวัยรุ่นลดลงเพียงเล็กน้อย แต่จำนวนคุณแม่สูงวัย (อายุ 35 ปีขึ้นไป) กลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แนนอนที่สุดว่าไม่ว่าจะเป็นกาตั้งครรภ์ของคุณแม่วัยรุ่นหรือคุณแม่สูงวัยย่อมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารกด้วยกันทั้งสิ้น

ดังนั้น การฝากครรภ์ไม่ว่าผู้เป็นแม่จะมีอายุเท่าใด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเพื่อก้าวไปสู่เป้าหมายที่เรียกว่า 'ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย' นอกจากนั้น สุขภาพของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะยังพบว่าทั้งภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อเอชไอวี การสูบบุหรี่ กินเหล้า และการทำร้ายร่างกายโดยคู่สมรส ล้วนคุกคามการตั้งครรภ์ด้วยกันทั้งสิ้น อีกทั้งภาวะแท้ง ไม่ว่าจะแท้งเองหรือถูกทำให้แท้ง ก็ยังพบว่ามียอตราที่สูงด้วยเช่นกัน แต่สิ่งที่น่าสนใจ สำหรับการตั้งครรภ์ของผู้หญิงไทย

ในปัจจุบันก็คือ แม้การฝากคลอดจะมีความเสี่ยงสูงกว่าการคลอดแบบปกติ แต่กลับพบข้อเท็จจริง ที่ชี้ชัดว่าการฝากคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกระบุเอาไว้ด้วยซ้ำไป

แนนนอนที่สุดว่าตัวเลขการฝากคลอดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าสนใจนั้นได้รับการยืนยันว่ากว่าครึ่งหนึ่งของคุณแม่ที่คลอดบุตรที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นการฝากคลอดหาใช่การคลอดบุตรด้วยวิธีปกติไม่

อีกเรื่องหนึ่งที่คนไทยควรให้ความสนใจอย่างจริงจังคือความพยายามให้ผู้หญิงเสี่ยงสูงด้วยนมแม่หลังคลอดอย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป

ร้อยละ

เชื้อ HIV



จำนวนหญิงตั้งครรภ์
ที่ติดเชื้อเอชไอวี
ในประเทศไทย
ปี 2532 - 2546

ในปี 2546 มีผู้หญิงตั้งครรภ์เกือบ 1 ล้านคน ส่วนหนึ่งยังมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแล

อายุของมารดาที่คลอดบุตรมีชีวิต ปี 2530 - 2546



แม้การสาธารณสุขของประเทศไทยจะก้าวหน้าไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว แต่ว่าการตั้งครรภ์ของหญิงไทย ยังน่าจับตามอง เมื่อพบว่าครึ่งหนึ่งของการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลเอกชนใช้วิธีผ่าตัด และทำให้ประเทศไทยได้ชื่อว่ามือตราการผ่าคลอดสูงเกินกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 4 เดือน

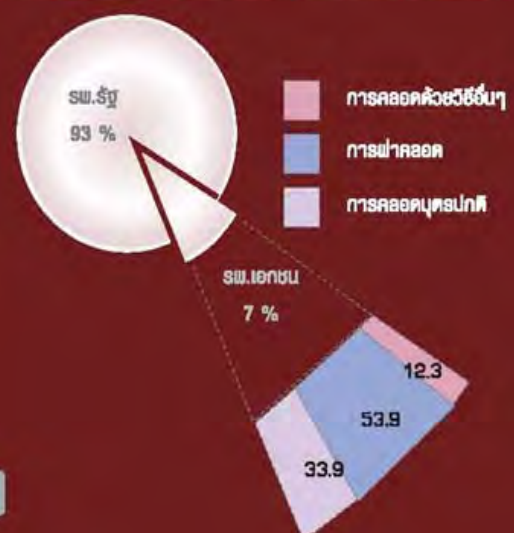
ปี 2536 - 2545

เป้าหมายของสาธารณสุข = ร้อยละ 30 ภายในปี 2546



ที่มา: กรมอนามัย เมษายน 2540 มาจากมหาวิทยาลัยมหิดล อ้างอิง **จับตามองและค้นสืบ 2547
ตัวเลขของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ ใช้สำนิยามและวิธีการเก็บข้อมูลต่างจากกรมอนามัย

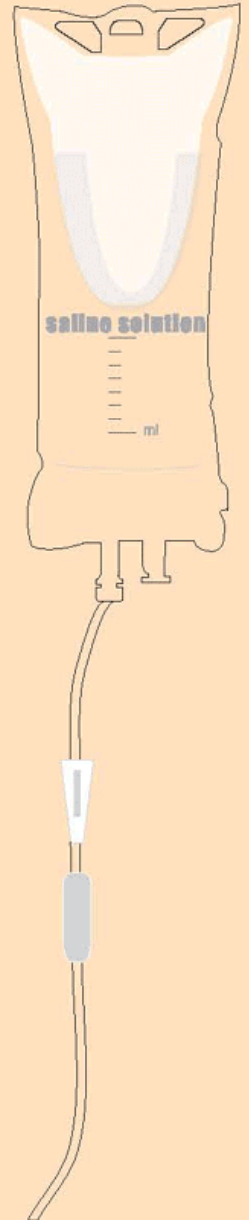
สถานที่คลอดบุตรของหญิงมีครรภ์ปี 2544



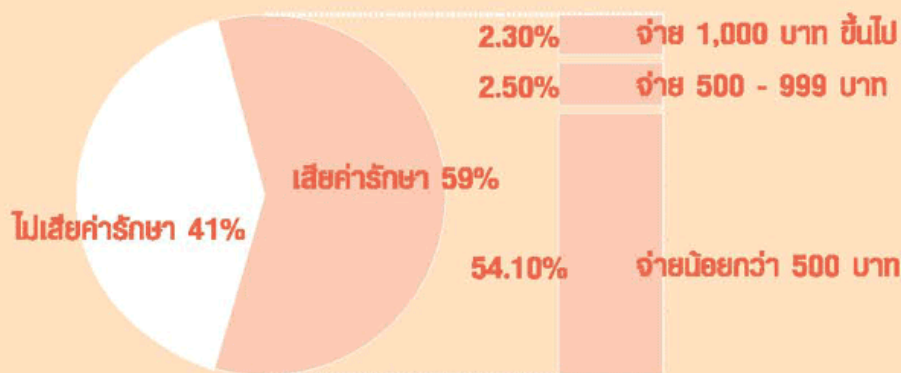
การป่วย

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

ทั้งนี้การดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคยังทำให้การเลือกใช้บริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป การใช้บริการสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ดลดลง อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงควรเน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษาอาการเจ็บป่วย และควรสนับสนุนอัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง

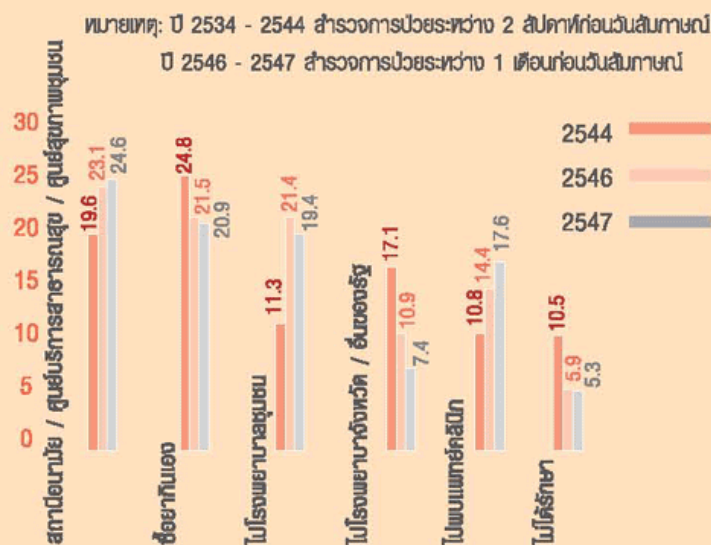


ค่ารักษายาบาลเฉลี่ยที่ต้องจ่าย ปี 2547



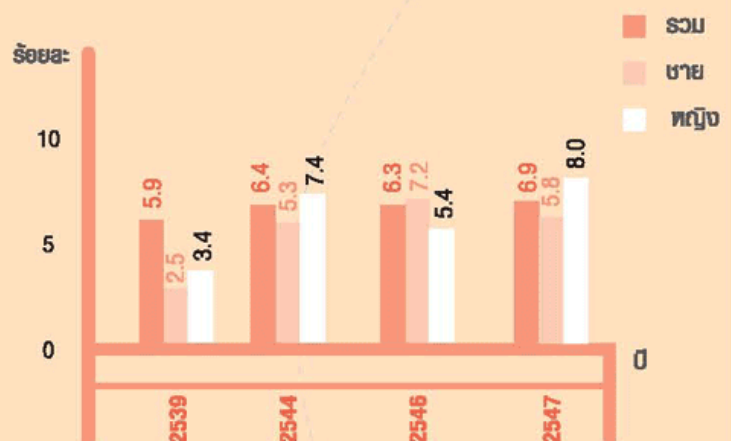
ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2547 (เอกสารัดสำเนา)

วิธีการรักษายาบาลที่ประชาชนเลือกใช้ ปี 2544 - 2547



ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2534 - 2547

การนอนพักรักษายาบาล ปี 2539 - 2547

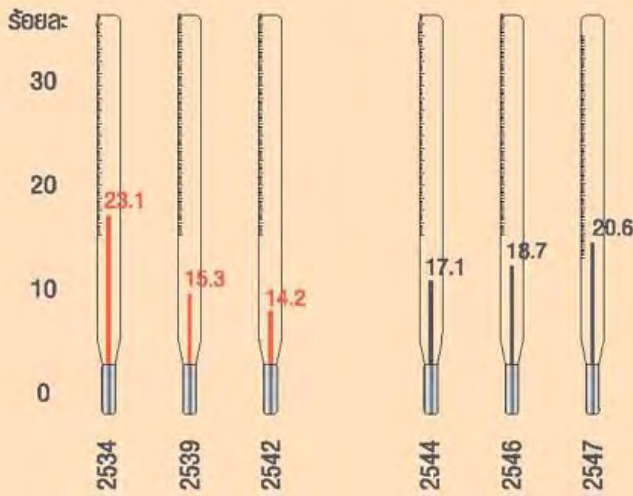


ประชากรไทยปี 2547 13.4 ล้านคน มีอาการป่วยและได้รับสวัสดิการถึงกว่าร้อยละ 90

การเจ็บป่วยของประชากรไทย ปี 2534 - 2547

ช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ช่วงหลังมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



การเจ็บป่วย ไม่นับหมายถึง การเจ็บป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยถึงป่วยหนัก และรวมถึงการรู้สึกละเลยไม่สบายด้วย

หมายเหตุ: ปี 2534 - 2544 สำนวนการป่วยระหว่าง 2 สัปดาห์ก่อนวันสัมภาษณ์

หมายเหตุ: ปี 2546 - 2547 สำนวนการป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์

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 60.8 ล้านคน
93.3%

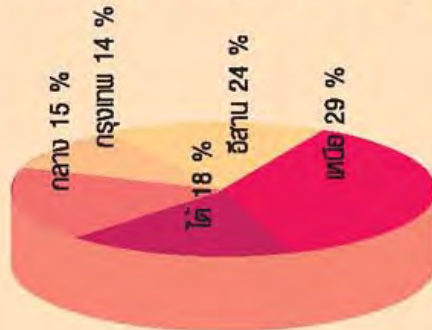
ได้รับ 3.7 ล้านคน
5.7%

สวัสดิการหลัก ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ / ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ / ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน บัตรประกันสุขภาพประเภท ก. (ไม่ต้องจ่าย 30 บาท) และไม่มี ก. (ต้องจ่าย 30 บาท)

สวัสดิการรอง ได้แก่ ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน / สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง และอื่นๆ

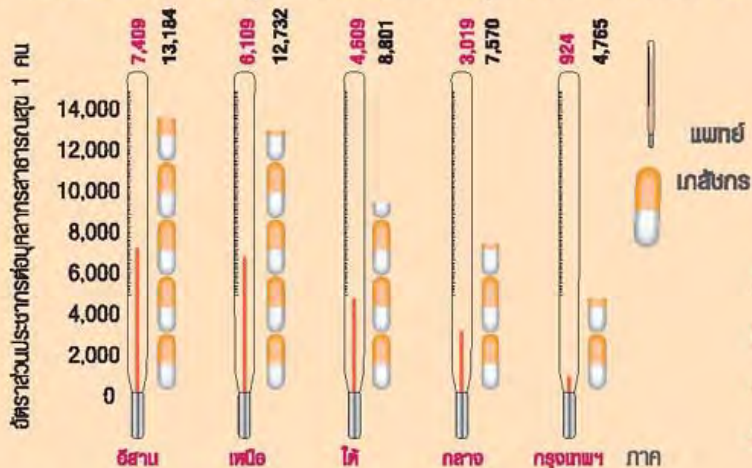
ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2547 (เอกสารจัดสำเนา)

การเจ็บป่วยของประชากรภาคต่างๆ ปี 2547



ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2547 (เอกสารจัดสำเนา)

การกระจายของบุคลากรสาธารณสุขรายภาค ปี 2546



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546

สถิติสาธารณสุข 2546

ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยในการนอนพักรักษาในสถานพยาบาล ปี 2544 - 2547



ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2547 (เอกสารจัดสำเนา)

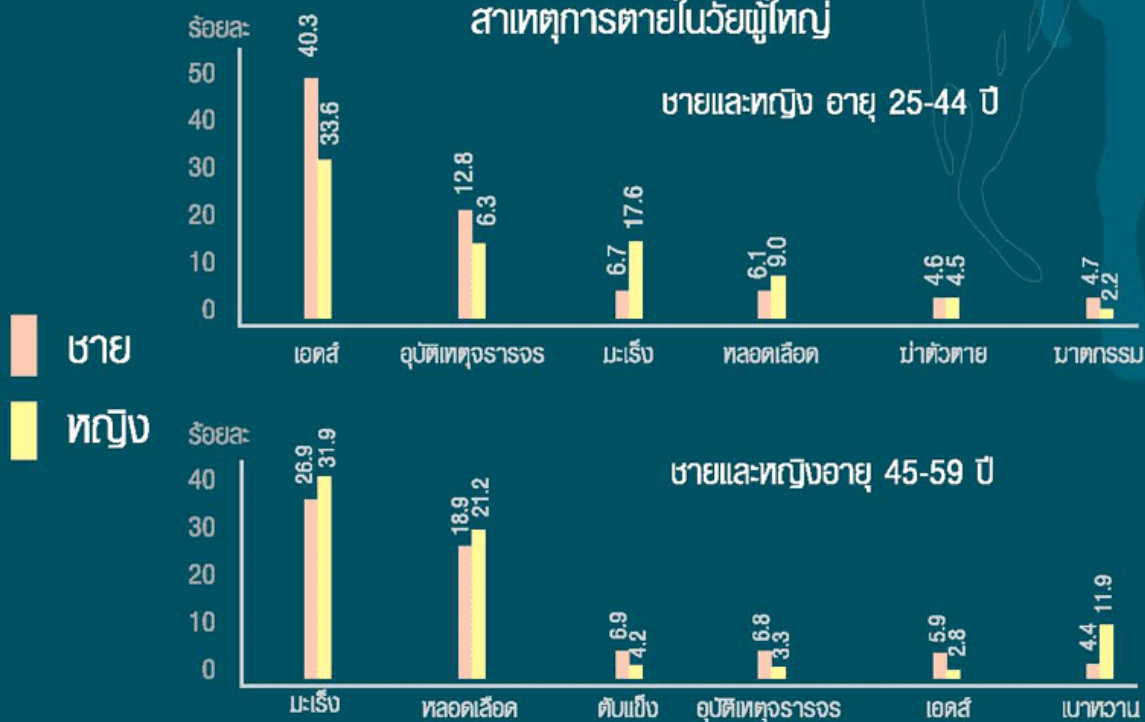
การตาย

อัตราการตายของการรก (แรกเกิด - 1 ปี) ปี 2507 - 2549



ที่มา: การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2507 - 2539
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2540 - 2548

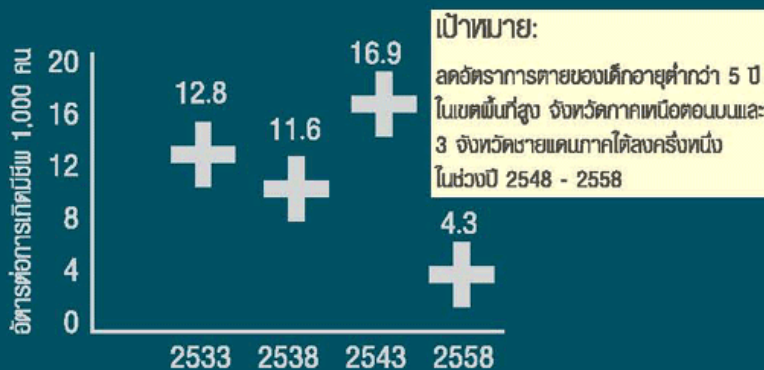
สาเหตุการตายในวัยผู้ใหญ่



ที่มา: แพทย์หญิง จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ โครงการวิจัยระยะยาวในเด็ก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546

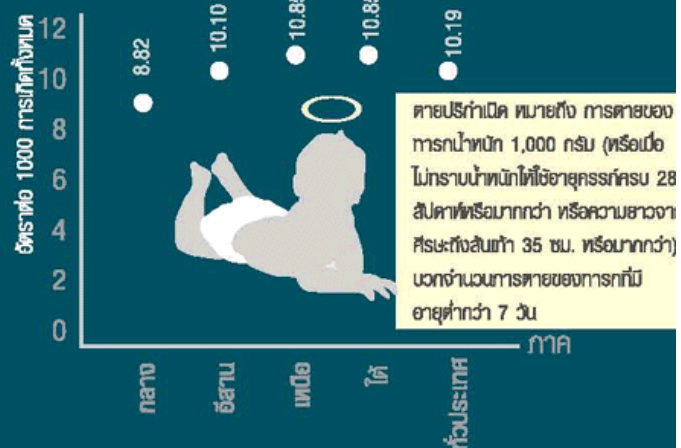
อัตราการตายของเด็ก (อายุต่ำกว่า 5 ปี)

ปี 2533 - 2543



ที่มา: รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย, 2547

การตายปริกำเนิดรายภาค ปี 2544



ที่มา: รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังสุขภาพของมารดาและการปริกำเนิด กรมอนามัย, 2545

อัตราการตายของมารดาและการกอยู่ในระดับต่ำ แต่สถานการณ์ในเขตพื้นที่สูงและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงต้องจับตามอง

การพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทย
เพื่อให้ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชน
ในทุกพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไทย
ส่วนใหญ่มีอายุยืนยาวขึ้นและการเสียชีวิต
ก่อนวัยอันควรมีแนวโน้มลดลง

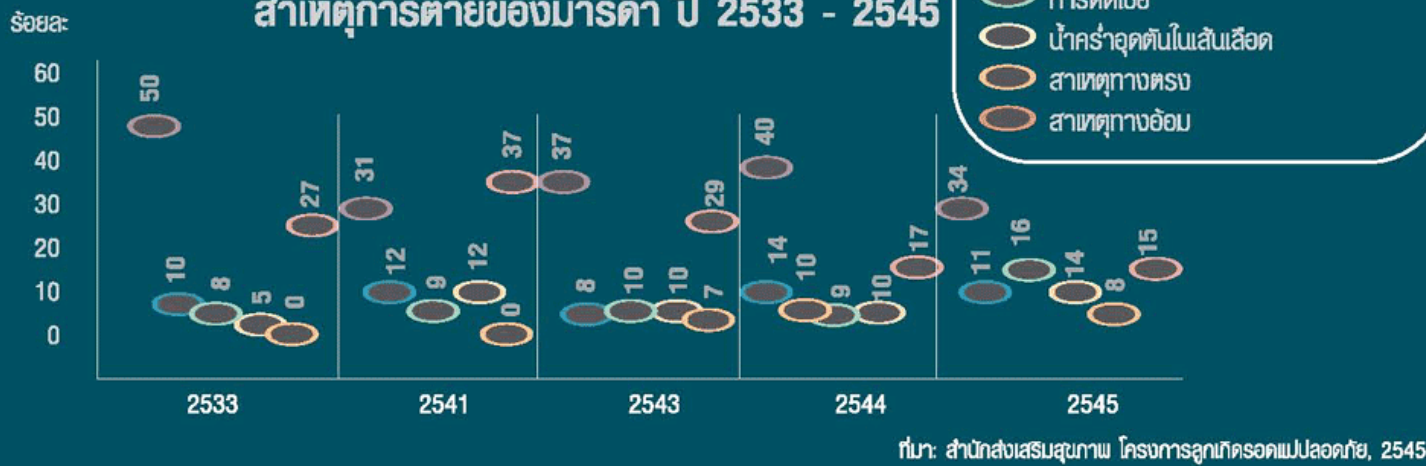
สาเหตุการตายปริกำเนิด ปี 2544



เมื่อกันยายน พ.ศ. 2543 ประเทศไทยและประเทศอื่นๆทั่วโลกได้ร่วมกันให้การรับรองปฏิญญาแห่งสหพันธรัฐซึ่งถือเป็นพันธกิจร่วมกันของประชาคมโลกในการพัฒนาคนและหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนานคนก็คือ การให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของเด็กและสตรีมีครรภ์นำย็นดีที่อัตราการตายของมารดาและการกของไทยในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำจึงเป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นว่ามารดาและการกเข้าถึงและได้รับบริการทางด้านสุขภาพมากขึ้นอย่างไรก็ตาม ข้อมูลอันจำกัดทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของสถานการณ์ในระดับภาคและจังหวัดได้อย่างชัดเจนสามารถบอกได้เพียงว่า ต้องหันมาใส่ใจและให้ความสำคัญกับมารดาและการกในพื้นที่สูงของภาคเหนือและใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยลง

นอกจากนี้ ยังพบว่าทพู้บ้านยากจนในภาคเหนือใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่ภาคอื่นๆ เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐได้รวดเร็วกว่านี้มาก เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสาเหตุการตายของมารดาและการกแรกเกิดส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ป้องกันได้ในขณะที่การตายก่อนวัยอันควรของผู้ใหญ่ มีสาเหตุมาจากเอดส์ อุบัติเหตุจราจร และมะเร็ง ...หนทางที่จะช่วยทำให้คนไทยมีชีวิตยืนยาวคือ การเอาใจใส่สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ...

สาเหตุการตายของมารดา ปี 2533 - 2545



อัตราการตายของมารดาและการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ปี 2533 - 2545

	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	เป้าหมาย
อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000)	36.2		23.0				16.8		15.8	14.2		17.6	24.0	
สัดส่วนการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข (%)	90.8	93.2	90.4	91.1		94.4			99.0			98.0		18.0

หมายเหตุ: ตัวเลขปี 2542 - 2545 สูงขึ้นจากการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูล
ที่มา: กรมอนามัย อ้างในรายงานพัฒนาการสุขภาพของประเทศไทย, 2547

ความพิการและคุณภาพ

ปี 2545 มีคนพิการจำนวน 1.1 ล้านคน ส่วนใหญ่ยังขาดโอกาสทางสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

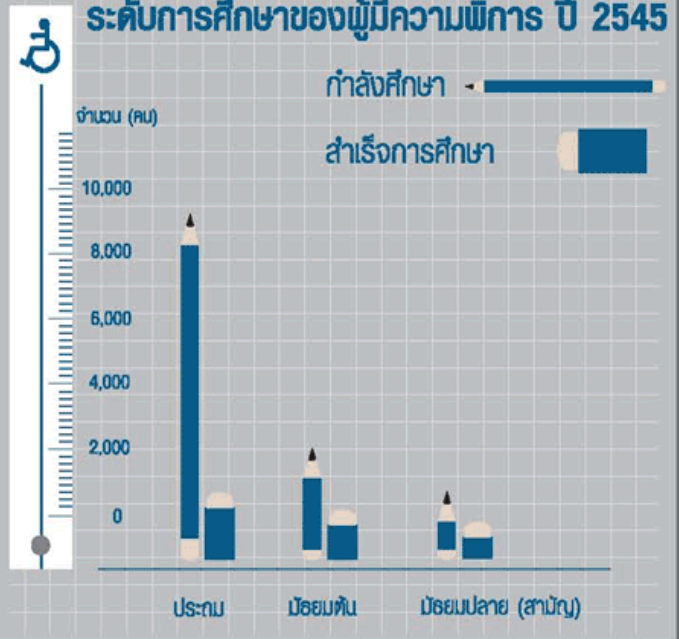
«วันนี้สังคมจะสนใจและให้ความสำคัญกับผู้พิการมากกว่าในอดีต
«แต่ยังมีผู้พิการ อีกจำนวนมากที่ขาดโอกาสในการศึกษาและการทำงาน
หรือไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ

ปัญหาด้านสุขภาพและความบกพร่องของอวัยวะ เช่น โรคอ้วน อัมพาตหรืออัมพฤกษ์ ไชข้อกระดูกเสื่อม สายตาเลือนลาง หูตึง ฯลฯ ล้วนเป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันของคนไทยมากกว่า 4.3 ล้านคนที่กำลังตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิน 6 เดือน พิการ และทุพพลภาพ ซึ่งในจำนวนนั้นมีถึง 1.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.8 ที่เป็นผู้พิการโดยรวมนั้นเป็นผู้ที่พิการมาตั้งแต่กำเนิด บางคนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วยอย่าง ไม่เท้า แวนตา หรือเครื่องช่วยฟัง แต่มีอีกกว่า 1 ล้านคนที่ยังเข้าไม่ถึงอุปกรณ์เหล่านี้

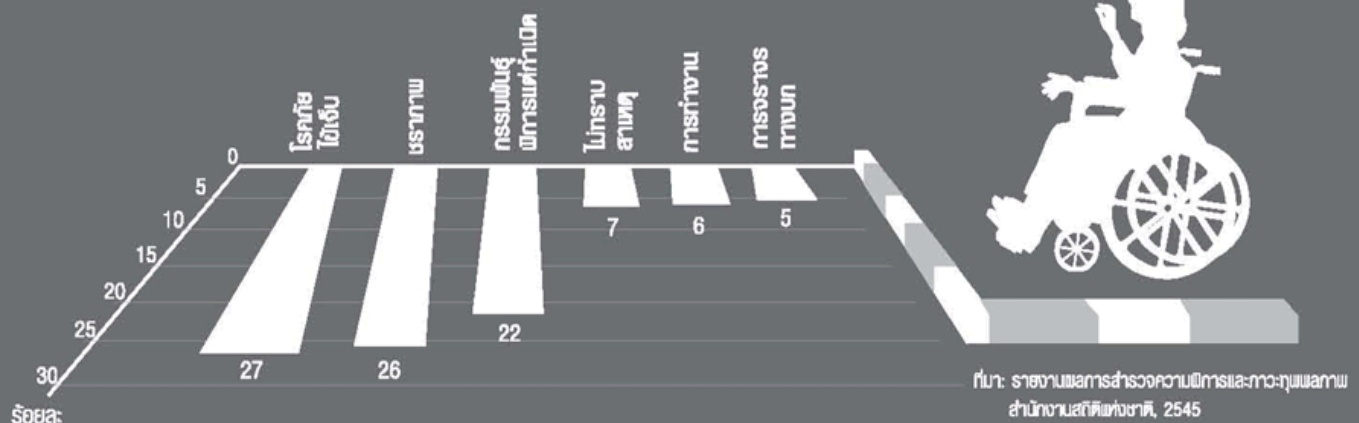
นอกจากความพิการแต่กำเนิด โรคภัยไข้เจ็บ และความชราภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความพิการแล้ว อุบัติเหตุจากการจราจรและการทำงาน คืออีกสองปัจจัยที่ทำให้คนปกติกลายเป็นผู้พิการและทุพพลภาพได้มาก

ผู้มีความพิการและทุพพลภาพยังไม่ได้รับโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ในสังคมเท่าใดนัก น่าจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดโอกาสในการศึกษา เพราะจากจำนวนผู้พิการทั่วประเทศกว่า 4 ล้านคนมีเพียง 1,995 คนที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ในขณะที่ 3 ใน 4 ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และในปัจจุบันมีผู้พิการ 4,311 คนเท่านั้นที่ได้รับการจ้างงาน ซึ่งคนที่มีงานทำจะมีรายได้เพียง 2 ใน 3 ของคนปกติ ผู้พิการส่วนใหญ่จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจน

ระดับการศึกษาของผู้มีความพิการ ปี 2545



ที่มา: สถิติการศึกษาของประเทศไทย กระทรวงศึกษาธิการ, 2546



ที่มา: รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545

ผู้มีความพิการจำแนกตามสาเหตุความพิการ ปี 2545

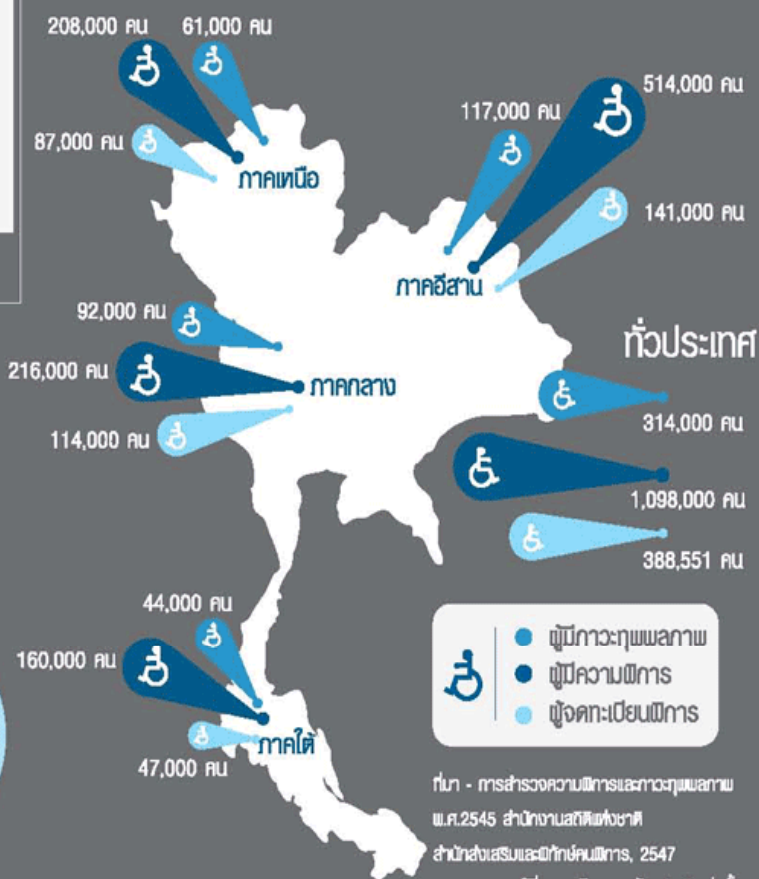
ลักษณะความทุพพลภาพและอายุเฉลี่ย

ลักษณะ	%	อายุเฉลี่ยที่มีปัญหา
การแสดงออกทางอารมณ์	6.7	43
การหยิบสิ่งของ	7.2	53
การได้ยิน	9.8	56
การพูดจาสื่อสารกับคนอื่น	9.9	66
การรับรู้ / จดจำ	14.9	63
การมองเห็น	21.8	61
การเดิน	22.7	60
การยืน (20 นาที)	25.3	60
การเดินขึ้นบันได (10-14 ขึ้น)	28.1	60

ที่มา: การสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545

* สรุปรวมจากผู้พิการทุพพลภาพเรื้อรัง 2.9 ล้านคนเท่านั้น

ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ผู้มีความพิการและผู้จดทะเบียนพิการ



● ผู้มีภาวะทุพพลภาพ
● ผู้มีความพิการ
● ผู้จดทะเบียนพิการ

ที่มา - การสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ.2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต, 2547

หมายเหตุ: ผู้ที่มีความพิการระดับ 4, 5 เท่านั้น ที่เข้าเกณฑ์จดทะเบียนได้

ประชากรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
(อายุ 13 ปีขึ้นไป)
5.9% (2.9 ล้านคน)

ทุพพลภาพหรือไม่



ใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่

ใช่
15.6%
4.5 แสนคน

ไม่ใช่
84%
2.5 ล้านคน

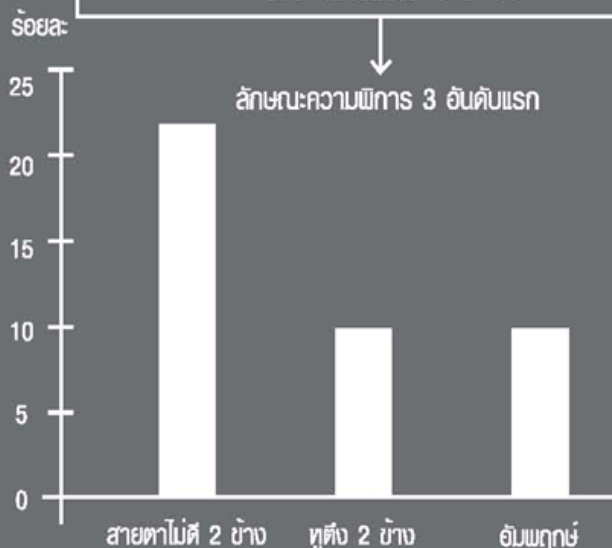
ทุพพลภาพ ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างใดอย่างหนึ่งได้โดยไม่ต้องมีคนทำให้หรือทำได้แต่ต้องมีคนช่วยเหลือหรือทำได้เองแต่มีความลำบาก ได้แก่ การกินอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้า การแปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย รวมทั้งการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย

ไม่ต้องใช้
51%
1.3 ล้านคน

ไม่ใช้
42%
1 ล้านคน

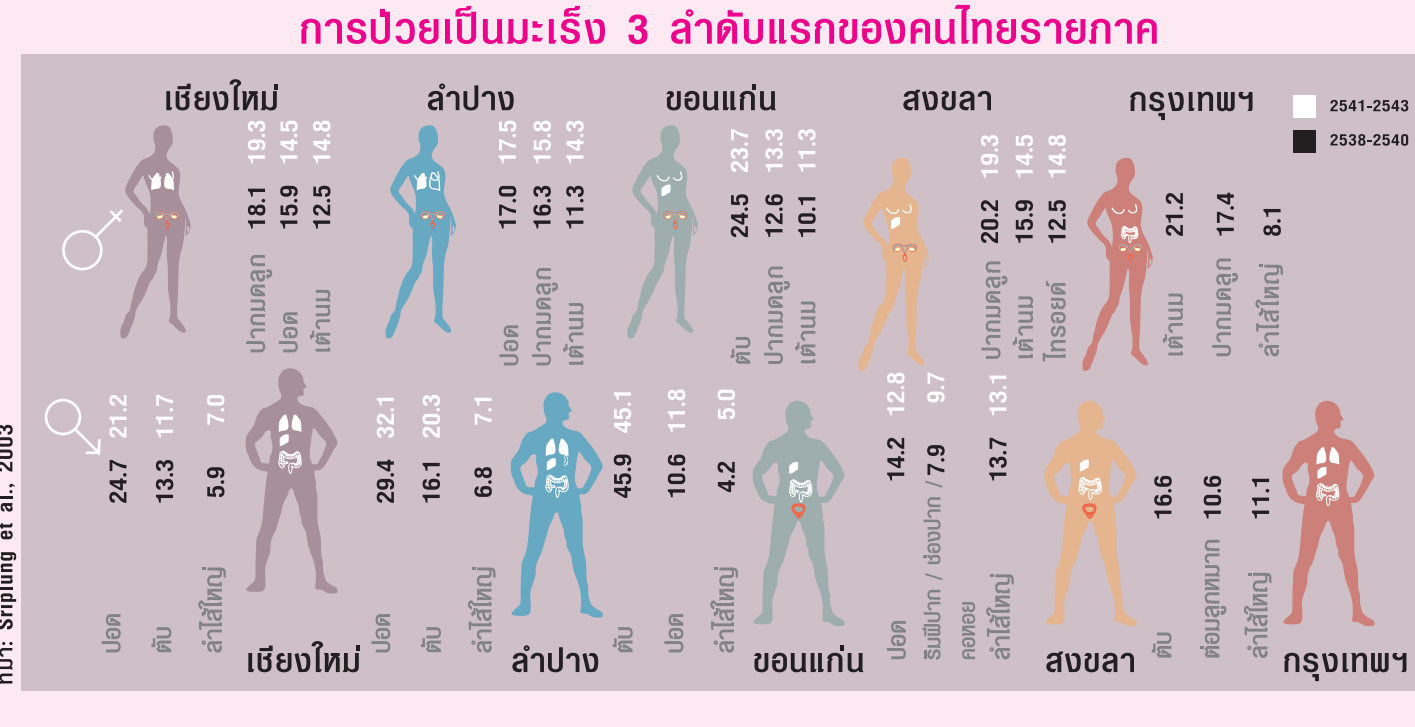
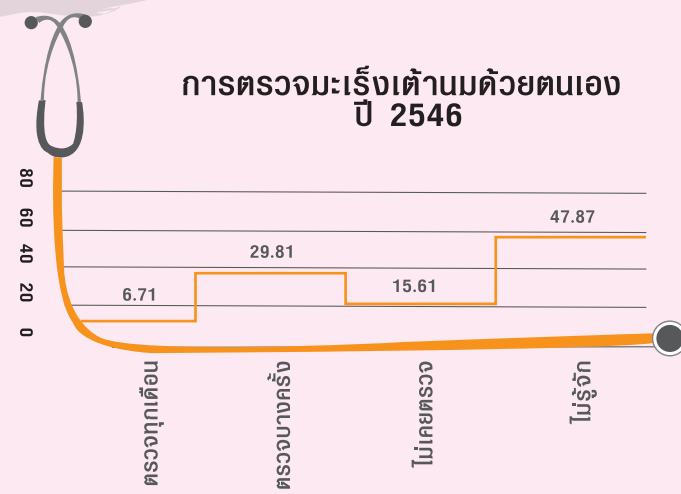
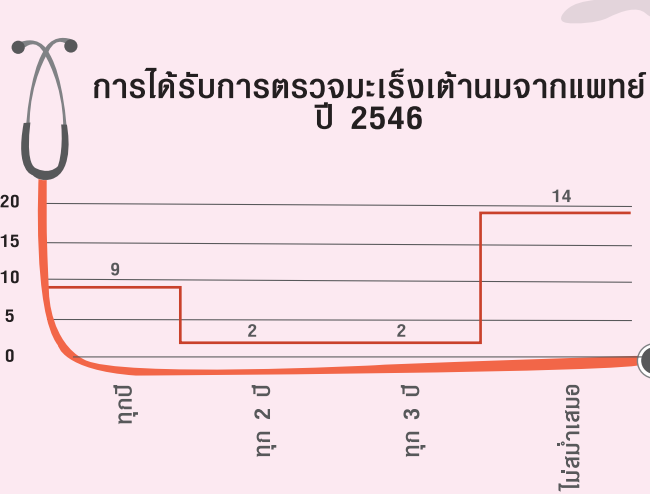
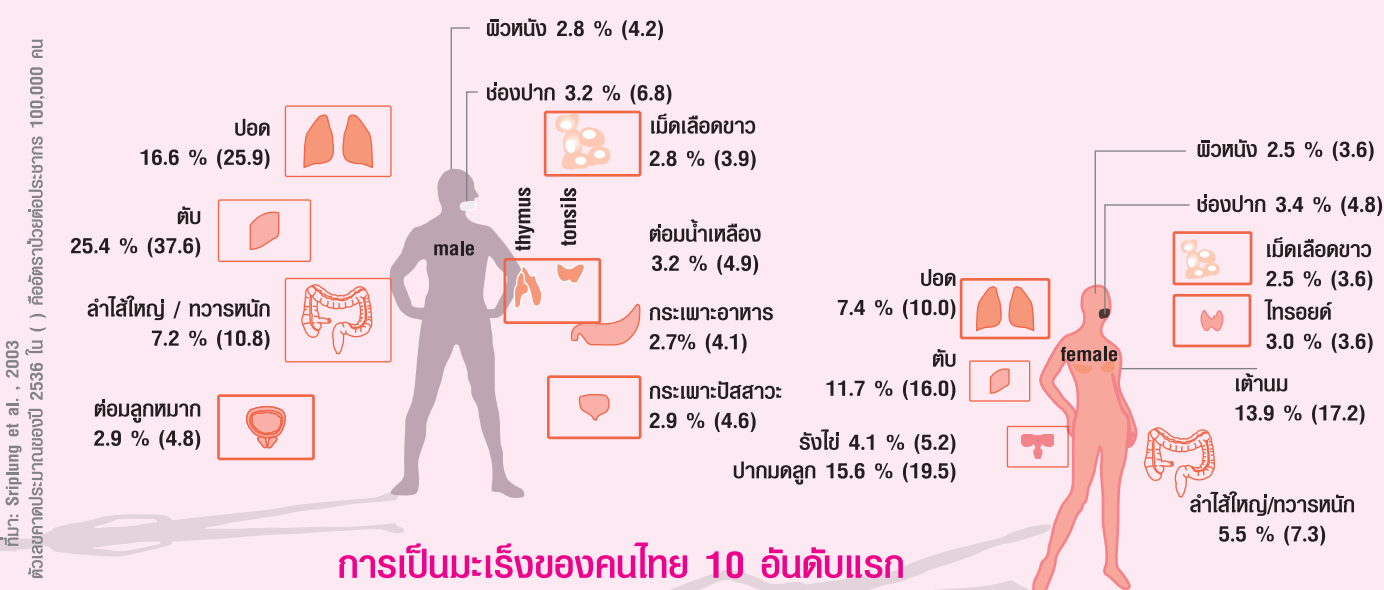
มีแต่ไม่ใช้
7%
1.8 แสนคน

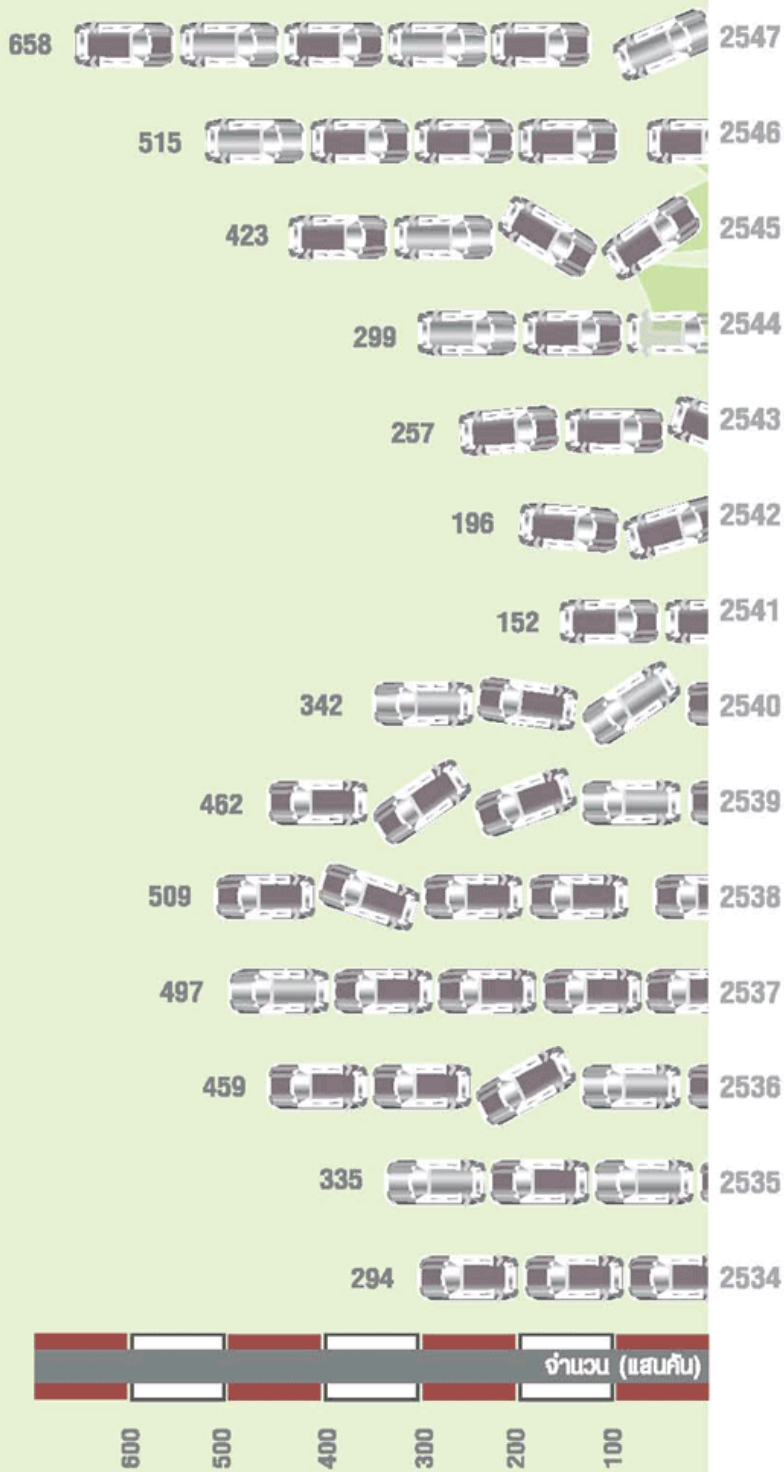
ประชากรที่มีความพิการ (อายุแรกเกิดขึ้นไป) 1.1 ล้านคน 1.8 %



ลักษณะความพิการ 3 อันดับแรก

การปรับปรุงทัศนกรรมสุขภาพ ไม่สูบบุหรี่ กินและมีเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้อง
รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยได้

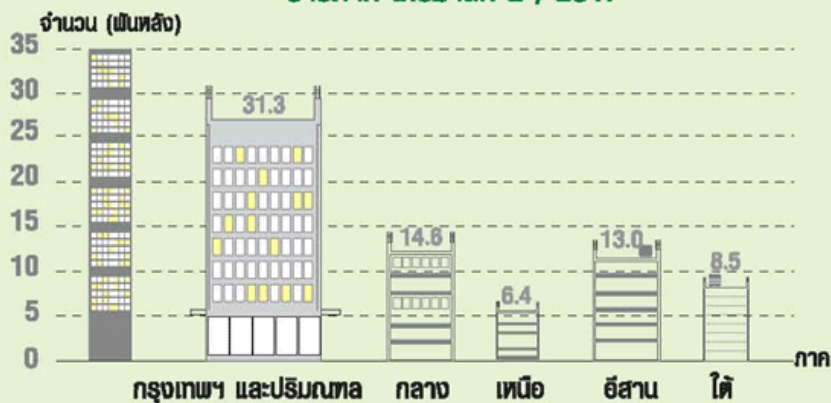




จำนวนรถจดทะเบียนใหม่ในกรุงเทพฯ
ปี 2534 - 2547

ที่มา: สำนักจัดระบบขนส่งทางบก, 2547

อาคารบ้านเรือนที่ก่อสร้างใหม่และต่อเติม ดัดแปลง รายภาค ไตรมาสที่ 2 / 2547



ที่มา: รายงานผลการประเมินผลข้อมูลพื้นที่การก่อสร้าง
ไตรมาสที่ 2/2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สิ่งแวดล้อม

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในเขตกรุงเทพมหานครจาก 4.6 ล้านคนในปี 2523 เป็น 6.8 ล้านคนในปี 2548 หรือ 30.9 เปอร์เซ็นต์ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ย่อมหมายถึงความต้องการที่อยู่อาศัยและยานพาหนะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อปริมาณฝุ่นละอองของกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลักของฝุ่นละอองในกรุงเทพมหานครล้วนมาจากการก่อสร้าง บ้านเรือนและปริมาณยานยนต์ที่เพิ่มมากขึ้นนี้เอง อาคารบ้านเรือนที่ก่อสร้างใหม่หรือดัดแปลงต่อเติมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีมากกว่าภาคอื่นๆ กว่าสองเท่าตัว เช่นเดียวกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนรถยนต์ในกรุงเทพมหานครที่สูงกว่าภาคอื่นๆ 1-6 เท่าตัว ส่งผลให้ปริมาณฝุ่น คาร์บอน และมลพิษทางอากาศที่น่าจะมีปัญหาเพิ่มขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กรุงเทพมหานครได้เข้มงวดควบคุมมลพิษทางอากาศไม่ว่าจะเป็นการตรวจจับรถควันดำ การบังคับใช้ผ้าใบคลุมรถบรรทุกขนส่ง หรือการใช้ผ้าใบคลุมรถบรรทุกขนส่ง

การมีระบบขนส่งมวลชนในรูปแบบใหม่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นรถไฟฟ้าหรือรถไฟใต้ดิน ทำให้ช่วยลดการใช้ยานพาหนะส่วนตัวของประชาชนได้ อีกทั้งสวนสาธารณะที่เป็นปอดให้กรุงเทพมหานครก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ความพยายามเหล่านี้ส่งผลให้ปริมาณฝุ่นรวมมีแนวโน้มลดลงและสามารถควบคุมได้ในระดับหนึ่ง แต่ฝุ่นละอองขนาดเล็กยังเกินระดับมาตรฐาน แต่ในภาพรวมกล่าวได้ว่าคุณภาพอากาศในกรุงเทพมหานครดีขึ้น พื้นที่สวนสาธารณะและต้นไม้ใหญ่ที่เป็นปอดให้กับคนกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

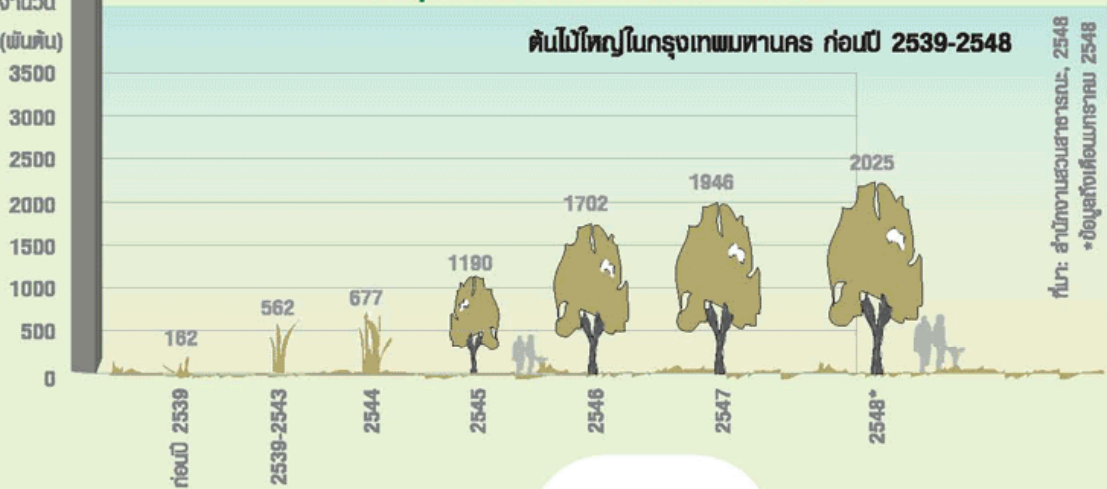
คุณภาพอากาศในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มดีขึ้น

อัตราส่วนพื้นที่สีเขียวต่อประชากรกรุงเทพมหานคร ปี 2544 - 2547

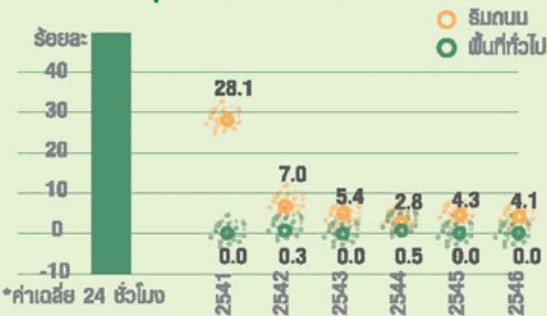


ความเข้มงวดกดดันเพื่อควบคุมมลพิษทางอากาศ ทำให้ปริมาณฝุ่นละอองโดยรวมในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งปริมาณสารมลพิษในอากาศอยู่ในระดับไม่เกินค่ามาตรฐาน

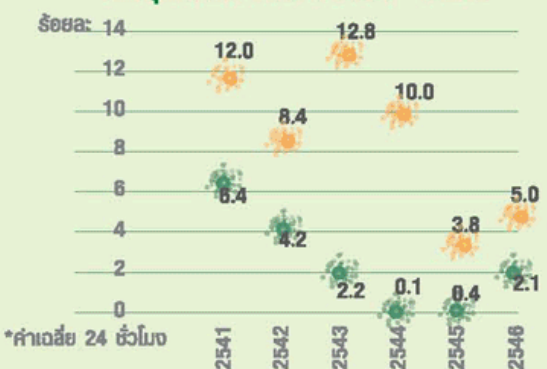
จำนวนครั้งที่ปริมาณฝุ่นขนาดเล็กเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ปี 2541 - 2546



การตรวจพบปริมาณฝุ่นรวมมีค่าสูงเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ปี 2541 - 2546



การตรวจพบปริมาณฝุ่นขนาดเล็กมีค่าสูงเกินมาตรฐาน ในกรุงเทพมหานคร ปี 2541 - 2546



ริมถนน
พื้นที่ทั่วไป

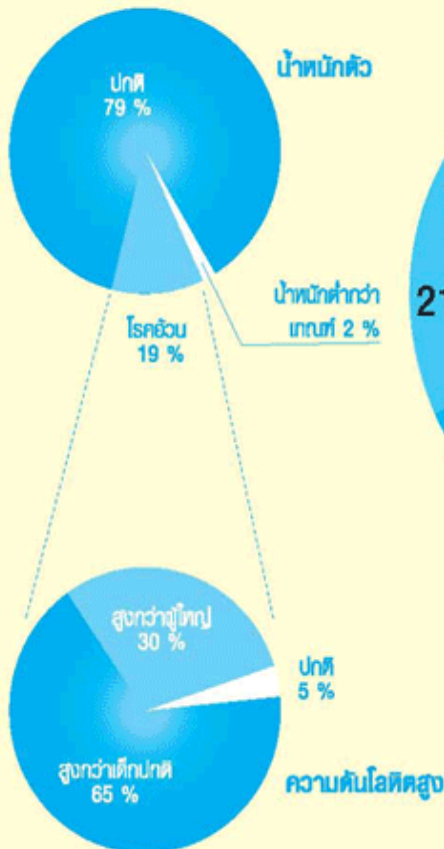
ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ, 2547

	พื้นที่ทั่วไป		ริมถนน	
	ค่ามาตรฐาน	จำนวนครั้งที่ตรวจ	จำนวนครั้งเกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	จำนวนครั้งที่ตรวจ
ฝุ่นรวม	0.33	434	0 (0%)	588
ฝุ่นขนาดเล็ก	120	1,680	36 (2.1%)	2,152
ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์	30	74,991	0 (0%)	65,389
ก๊าซโอโซน	100	61,789	155 (0.2%)	24,905
ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์	300	77,176	0 (0%)	24,244
ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์	170	78,041	0 (0%)	24,821
ริมถนน				
พื้นที่ทั่วไป				
ค่ามาตรฐาน				
จำนวนครั้งที่ตรวจ				
จำนวนครั้งเกินมาตรฐาน (ร้อยละ)				
จำนวนครั้งที่ตรวจ				
จำนวนครั้งเกินมาตรฐาน (ร้อยละ)				

คนไทยกำลังเผชิญหน้ากับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคไม่ได้สัดส่วน โดยเฉพาะการกินหวาน กินของมัน ของทอด หรืออาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง

โรคอ้วนและความดันโลหิตสูง

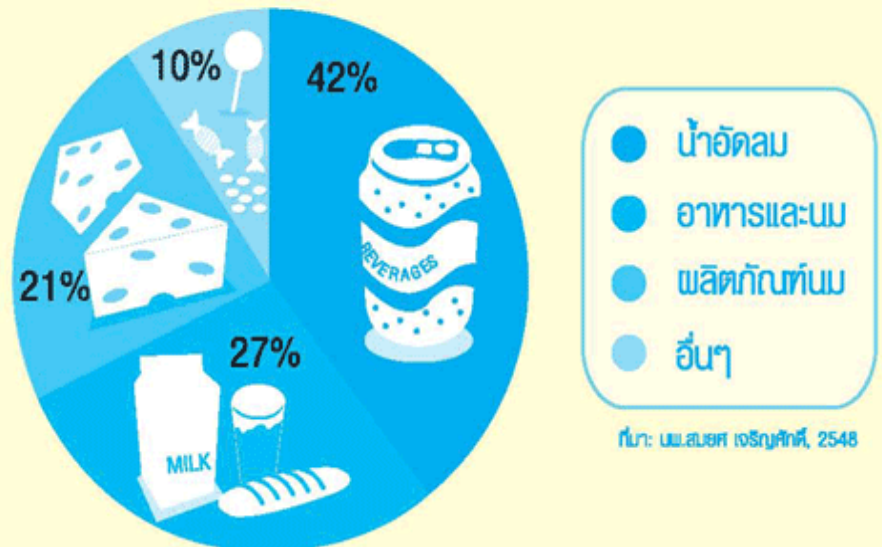
ในเด็กประถมปีที่ 1-6



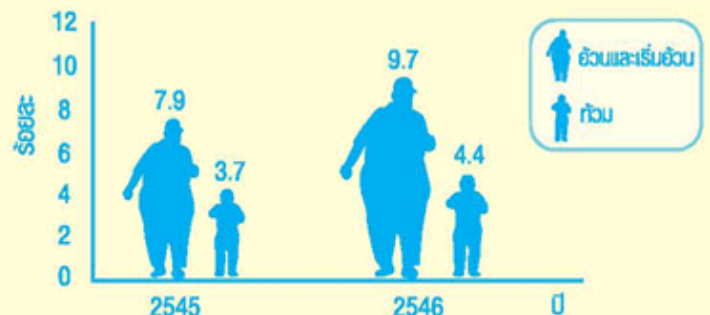
ที่มา: สำนวนงานเดือนกุมภาพันธ์ 2547

นั่นอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่เพียงผู้ใหญ่วัยที่ติดใจรสชาติหวานมัน เด็กเล็กก็เป็นอีกกลุ่มผู้บริโภคที่ชื่นชอบขนมขบเคี้ยวที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบหลัก ส่งผลให้เด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากขึ้น โดยพบว่าเกือบ 1 ใน 5 ของเด็กชั้นประถมศึกษาเป็นโรคอ้วนและส่วนใหญ่มีความดันโลหิตผิดปกติ พ่อแม่ผู้ปกครองจึงควรหันมาใส่ใจพฤติกรรมบริโภคของเด็กอย่างจริงจังก่อนที่จะสายเกินไปโดยเฉพาะอิทธิพลของสื่อโฆษณาที่ทำให้เด็กไทยยิ่งก้าวเข้าไปใกล้กับปัญหาโภชนาการขาดสมดุลมากขึ้นเรื่อยๆ

การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูงของประชากร



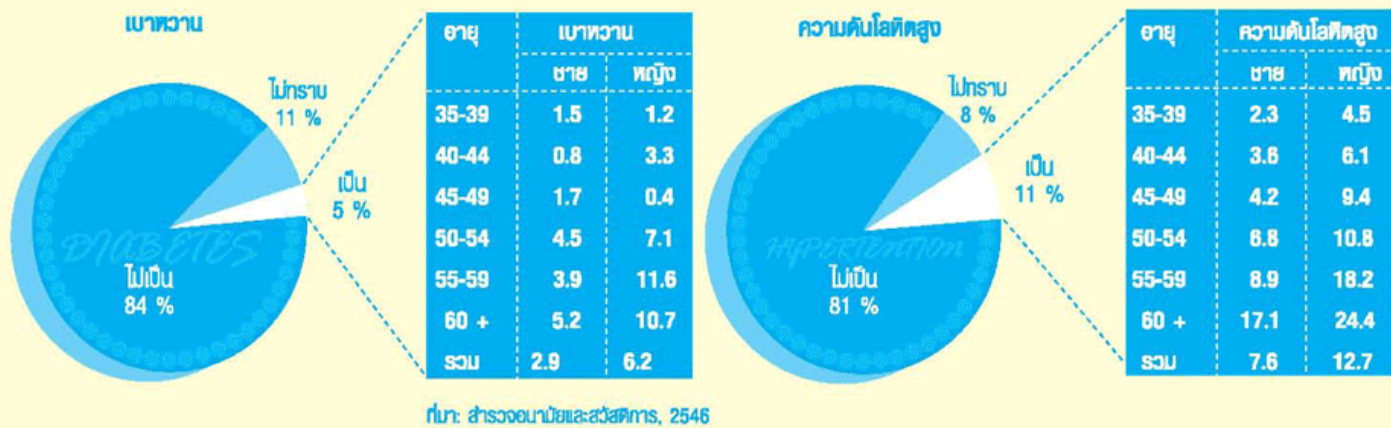
โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน (ป.1-6) ปี 2545-2546



การบริโภคขนมของเด็กไทย ปี 2546

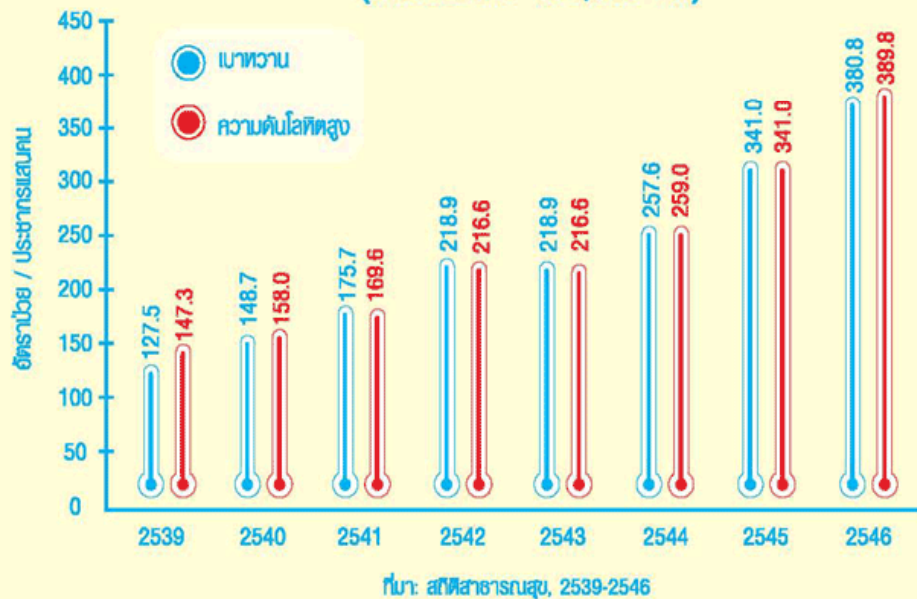


ประชากรที่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค (เฉพาะผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป)



เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน สัญญาณเตือนภัย คนไทยกินหวาน และอาหารไขมันสูง

อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ต่อประชากร 100,000 คน)



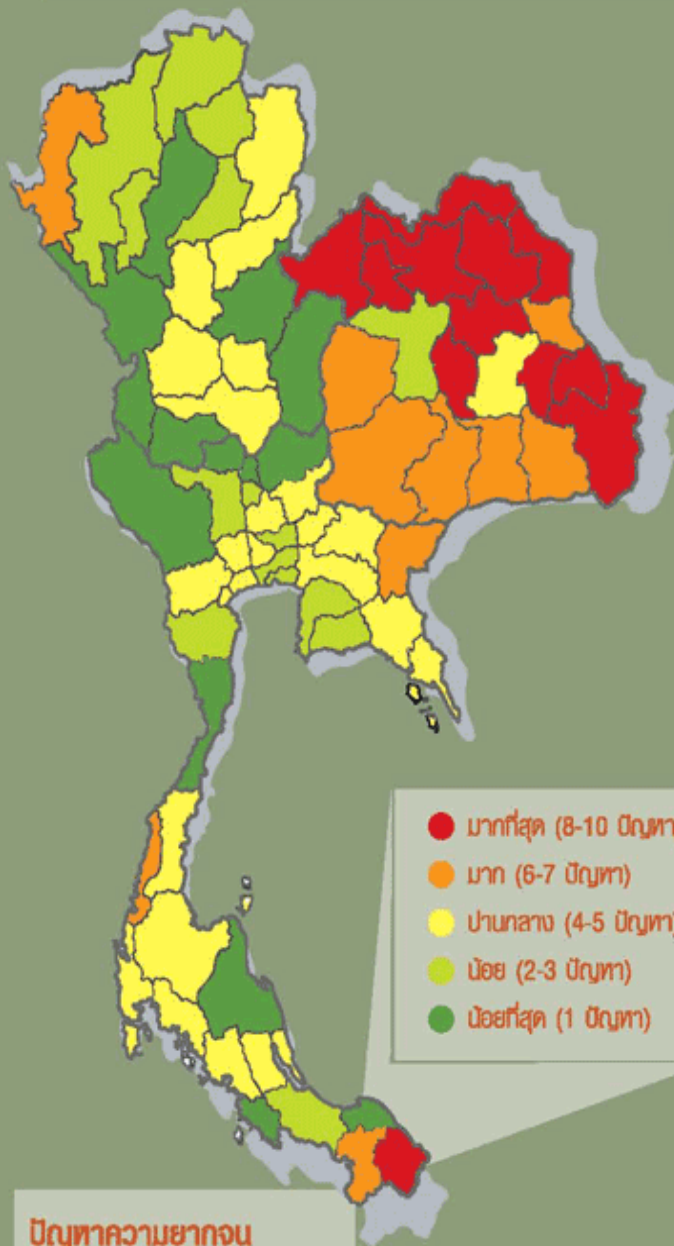
แม้ว่าตามมาตรฐานโภชนาการจะกำหนดให้การกินน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชาต่อคน แต่ปัจจุบันคนไทยกินน้ำตาลสูงถึง 16 ช้อนชาต่อคนต่อวัน มากกว่าระดับการบริโภคน้ำตาลของโลกคือวันละ 11 ช้อนชาต่อคน ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาคนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า หากสังเกตกันดีๆ จะเห็นว่า 'น้ำตาล' คือเครื่องปรุงรสที่แทรกตัวเข้ามาในอาหารทุกจานของคนไทยโดยไม่มีใครระวังถึงภัยร้ายที่จะตามมา ความหวานของผลไม้สดถูกเพิ่มเติมน้ำตาลในฟริกเกิล น้ำอัดลมที่เต็มไปด้วยน้ำตาลคือเครื่องดื่มที่ครองความนิยมของคนทุกเพศทุกวัย แม้แต่อาหารคาวอย่างผัดกระเพราก็ยังต้องพึ่งความหวานของน้ำตาลทราย จึงไม่น่าแปลกใจหากจะกล่าวว่า ในแต่ละวันคนไทยบริโภคน้ำตาลมากถึง 16 ช้อนชา ซึ่งมากกว่าที่มาตรฐานโภชนาการกำหนดไว้เกือบ 3 เท่า

ปริมาณการบริโภคน้ำตาลรายกายในประเทศ ปี 2526 - 2546



ความยากจน

คนไทย 1 ใน 10 คนยังเป็นคนยากจน มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 922 บาทต่อคน



ปัญหาความยากจน

และสุขภาพ

1. การกระจายรายได้
2. ขนาดของครัวเรือน
3. รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน
4. สัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่อรายได้ของครัวเรือน
5. สัดส่วนของค่าบุหรณ์และค่าเช่าของครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด
6. อัตราการจ้างงาน
7. สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจน
8. อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด
9. สัดส่วนเตียงต่อประชากร
10. สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร

ไม่ว่าจะนิยามคำว่า ความยากจน ว่าอย่างไร ภาคอีสานและ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ก็ยังคงครองตำแหน่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาหนักที่สุด ไม่ว่าจะเป็นด้านความยากจนหรือสุขภาพ...

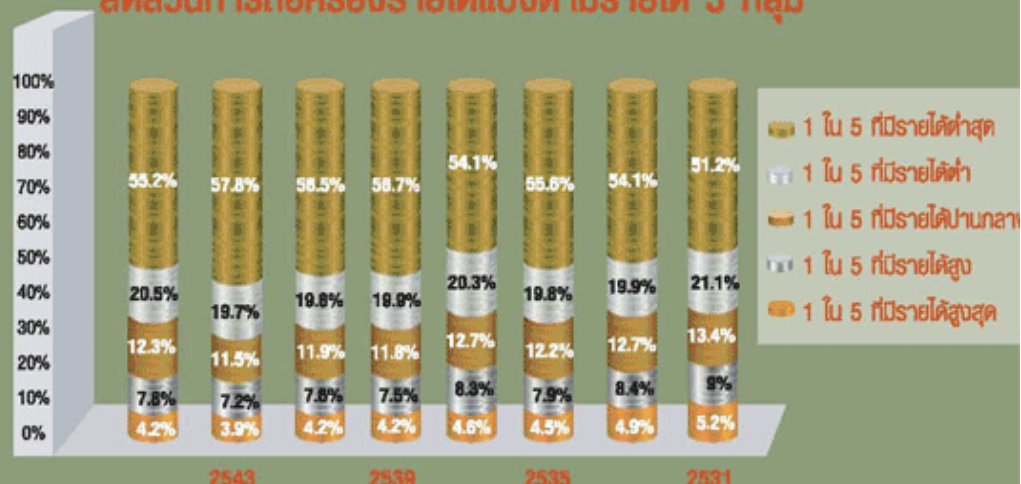
แม้นักวิชาการจะพยายามให้นิยามของคำว่า 'ความยากจน' มานานและมีการพัฒนาขอบเขตแห่งนิยามไปตามลำดับของความรู้ และความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นักเศรษฐศาสตร์ให้ความหมายของ 'คนจน' ว่าเป็นคนที่ไม่มียาได้เพียงพอแก่การดำรงชีพในแต่ละวัน โดยคำนวณออกมาเป็นตัวเลขต่อคนต่อเดือนและใครมียาได้ต่ำกว่าตัวเลขที่ตั้งเอาไว้ก็ถือว่าเป็น 'คนจน'

อีกวิธีหนึ่งที่ใช้ควบคู่กันก็คือ การวัดความยากจนแบบเปรียบเทียบเพื่อวัดความเหลื่อมล้ำของผู้คนในสังคมเดียวกัน แต่การวัดความยากจนของทั้งสองแบบข้างต้น ล้วนแต่ใช้ 'เม็ดเงิน' เป็นตัวชี้วัด ต่อมาจึงมีการมองความยากจนในหลากหลายมิติมากยิ่งขึ้น

ไม่ว่าจะเป็นความยากไร้ของคน การขาดแคลนขีดความสามารถขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นการไม่รู้หนังสือ ทูปโภชนาการ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้หรือความยากจนที่เกิดจากโครงสร้างของสังคม เช่น ไม่มีที่ดิน การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินทุนได้ แม้กระทั่งการขาดแคลนโอกาส และสิ่งจำเป็นในชีวิตก็ถูกนำมารวมไว้เป็นนิยามแห่งความยากจน

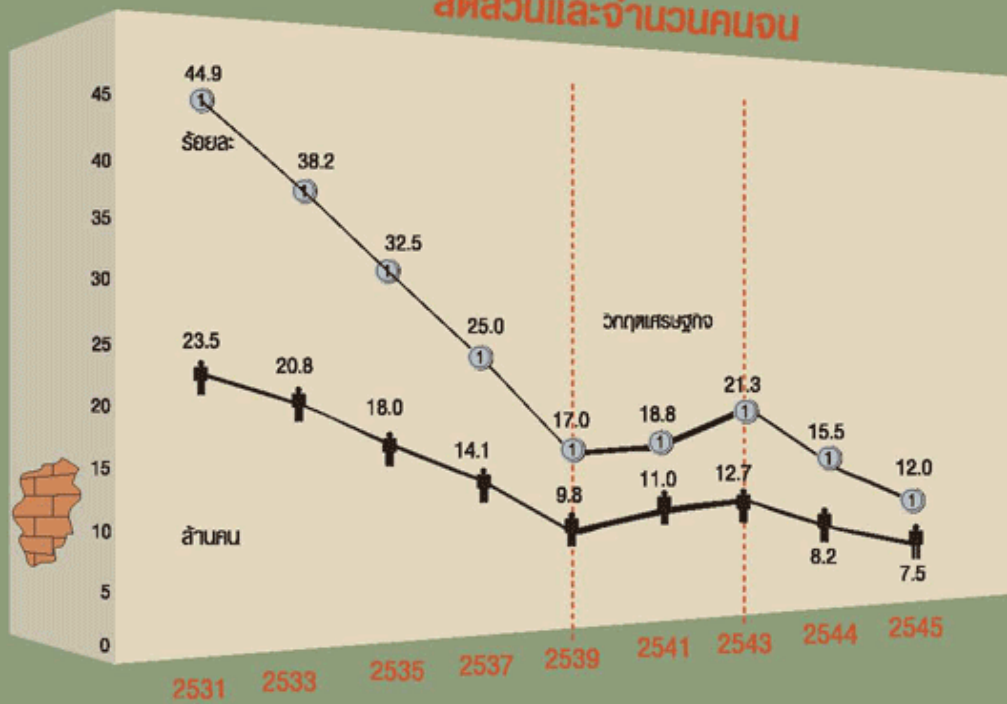
และไม่ว่าจะนิยามคำว่า ความยากจนหรือคนจน เอาไว้อย่างไร จังหวัดในภาคอีสานของประเทศไทย ก็ได้ชื่อว่ามีปัญหาหนักที่สุด ไม่ว่าจะเป็นพิจารณาถึงปัจจัยด้านความยากจนหรือปัจจัยด้านสุขภาพ

สัดส่วนการถือครองรายได้แบ่งตามรายได้ 5 กลุ่ม



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2531- 2545

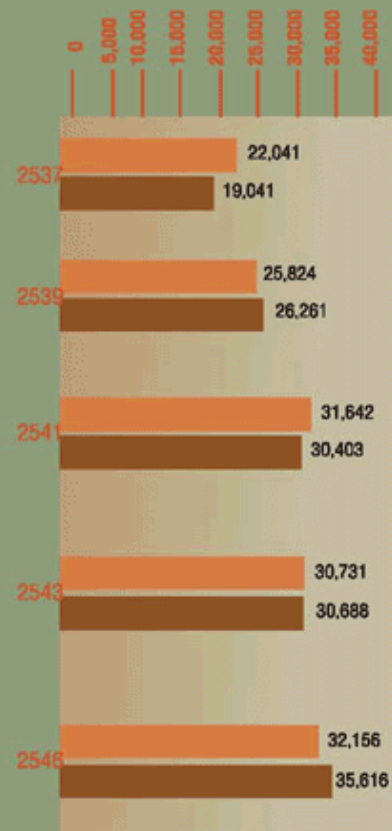
สัดส่วนและจำนวนคนจน



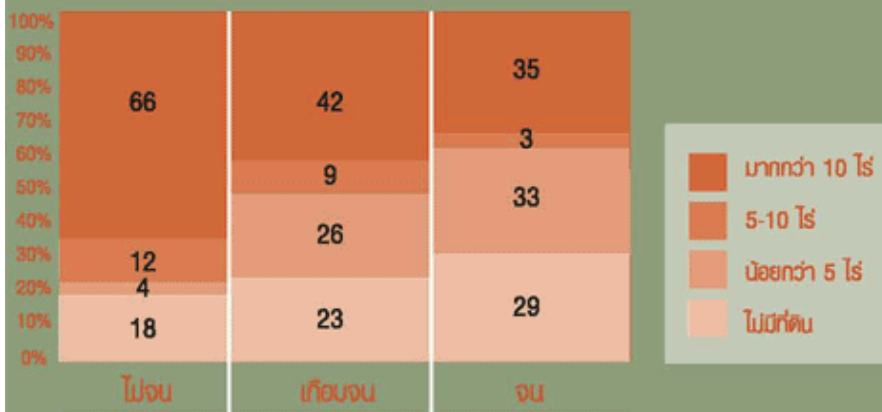
แหล่งเงินกู้ของครัวเรือนแบ่งตามระดับความยากจน (เฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์)



รายได้และหนี้สินของครัวเรือนยากจนมาก ปี 2537 - 2545



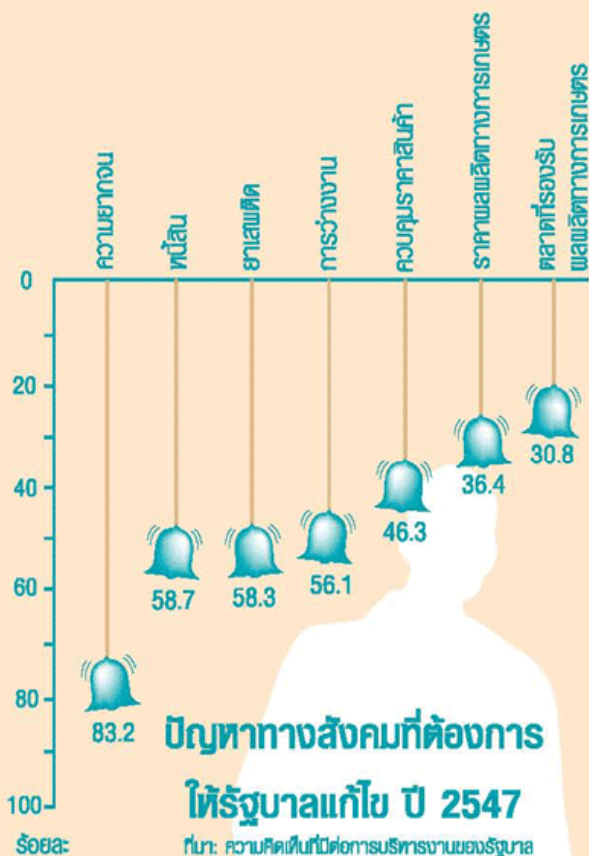
ขนาดการถือครองที่ดินของครัวเรือนแบ่งตามระดับความยากจน (เฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์)



ความมั่นคงของมนุษย์

ประชากรราว 4 ล้านครัวเรือนยังไม่มีบ้านหรือที่ดินเป็นของตนเอง

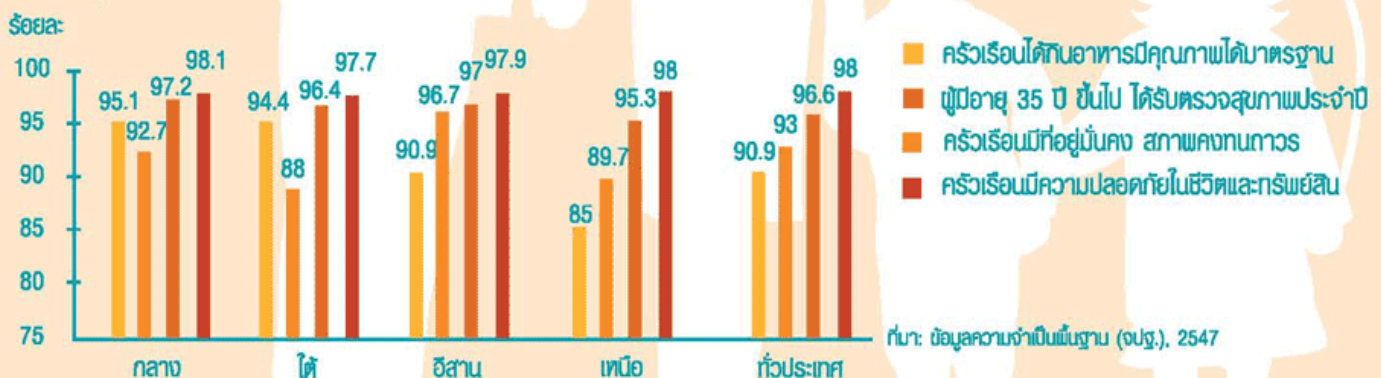
การมีบ้านหรือที่ดินเป็นของตนเอง การมีอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ มีคุณภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในยามเจ็บป่วยเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งชี้ถึงความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาความยากจนยังคงเป็นปัญหาสำคัญว่าจะสร้างความมั่นคงของมนุษย์ให้ยั่งยืนได้อย่างไร

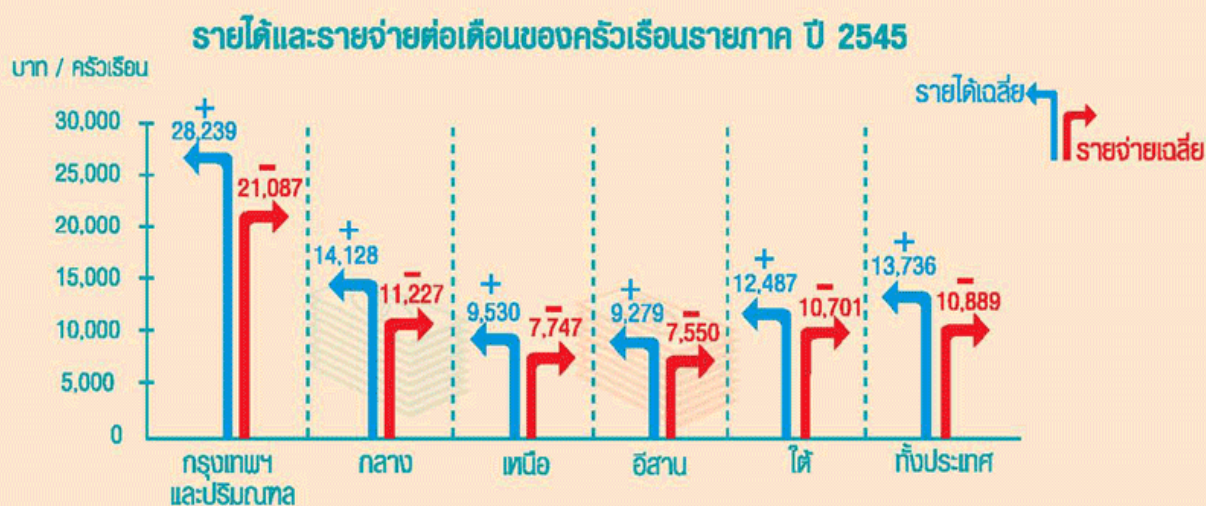
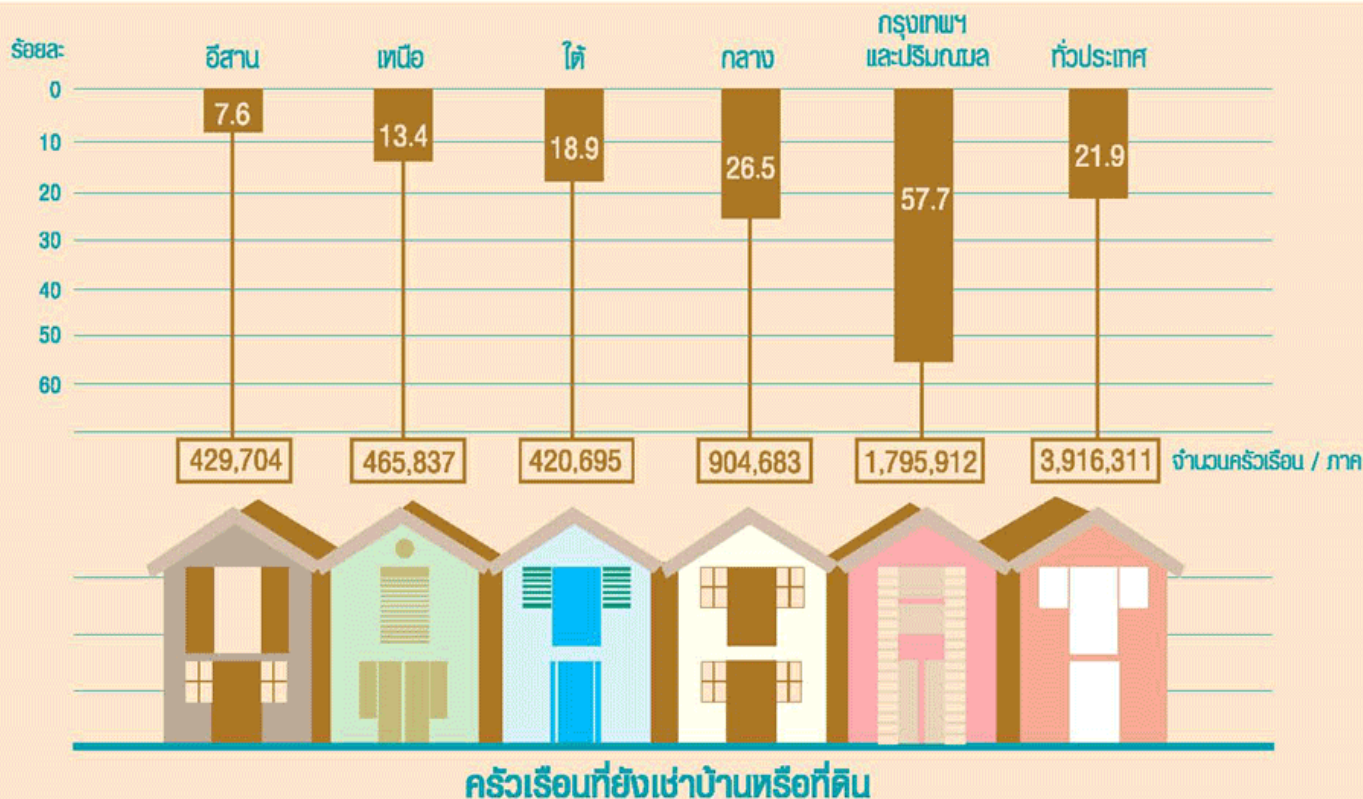


ราว 1 ใน 5 ของครัวเรือนยังเช่าบ้านหรือที่ดินเพื่อการอยู่อาศัย ภาคอีสาน มีครัวเรือนที่เป็นเจ้าของบ้านหรือที่ดินมากที่สุดตามด้วยภาคเหนือและภาคใต้ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งของครัวเรือนในกรุงเทพฯ และปริมณฑลยังเช่าบ้านหรือที่ดินอยู่อาศัย เนื่องจากราคาบ้านและที่ดินในกรุงเทพฯ สูงกว่าในต่างจังหวัดหลายเท่า หลายครอบครัวต้องทำงานหนักเพื่อซื้อบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง จึงไม่แปลกอะไรที่โครงการ 'บ้านเอื้ออาทร' ที่ให้โอกาสผู้มีรายได้น้อยสามารถซื้อบ้านและที่ดินได้จึงได้รับความนิยมสูงในช่วงเวลาที่ผ่านมา

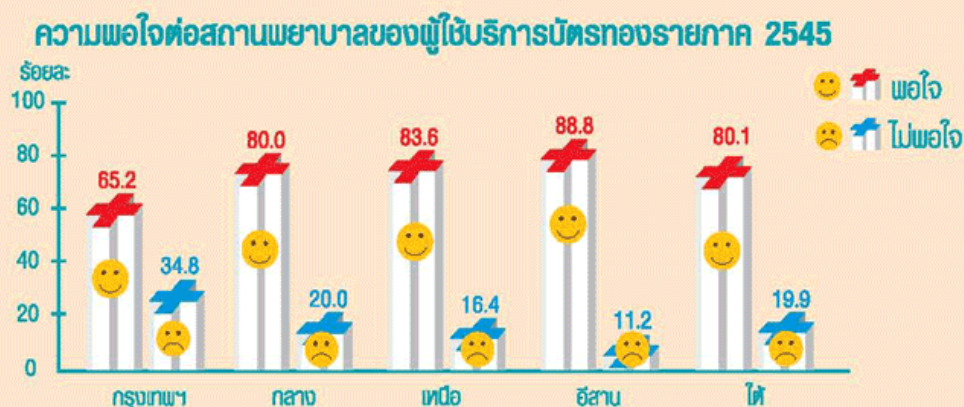
อย่างไรก็ตาม พบว่าหนี้สินของครัวเรือนยังอยู่ในระดับสูง กล่าวคือครัวเรือนทุกภาคมีหนี้สินประมาณ 5-7 เท่าของรายได้เฉลี่ยที่ครัวเรือนได้รับในแต่ละเดือน ทั้งนี้ภาคใต้มีสัดส่วนรายจ่ายต่อรายได้เฉลี่ยมากที่สุด ตามด้วยภาคเหนือและอีสานตามลำดับ ในส่วนของหลักประกันสุขภาพตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อสถานพยาบาล โดยสัดส่วนของผู้ที่ไม่พอใจนั้นมีมากที่สุดในกรุงเทพฯ และปริมณฑล คุณภาพของการให้บริการตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงยังเป็นเรื่องที่ต้องจับตามองเพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างรากฐานไปสู่ความยั่งยืน จึงเป็นเรื่องท้าทายว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้คนไทยหลุดพ้นจากวงจรจน-เจ็บ-ไข้ และสามารถพัฒนาสู่การมีความมั่นคงของมนุษย์ที่ยั่งยืน

คุณภาพชีวิตจากความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2547



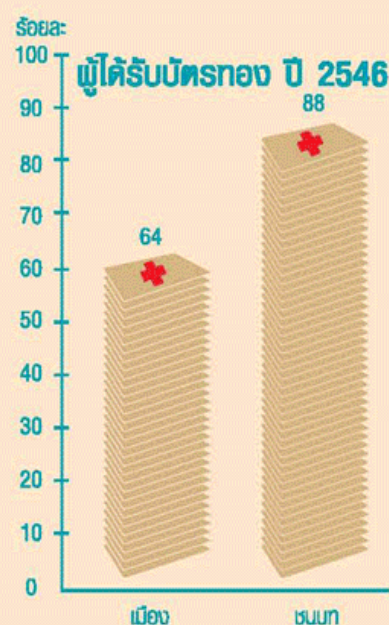


ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, 2545



สาเหตุที่ไม่พอใจสถานพยาบาล	กรุงเทพฯ	กลาง	เทนือ	อีสาน	ไต๋	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
ไม่พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	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: สรุปลผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548



ที่มา: สำนวจอนบัยและสวัสดิการ 2546



สุขภาพจิต

ในปี 2546 มีผู้ที่ฆ่าตัวตายวันละ 13 คน เป็นหญิง 3 คนและชาย 10 คน

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมไทย จากเดิมที่มีความเกื้อกูลต่อกันกลายเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน หลายคนใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกสุดท้ายในการเผชิญหน้ากับปัญหาเหล่านี้

อัตราการฆ่าตัวตายในผู้หญิงและผู้ชาย



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2524-2546

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

พยายามฆ่าตัวตาย	ฆ่าตัวตายสำเร็จ
หญิง (66%)	ชาย (72%)
อายุน้อย (เฉลี่ย 30 ปี)	วัยทำงาน (เฉลี่ย 39.4 ปี)
ไม่เจ็บป่วยทางกายหรือจิต	เจ็บป่วยทางกายหรือจิต
ใช้วิธีการไม่รุนแรง	ใช้วิธีการรุนแรง
ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	วางแผนล่วงหน้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยนำสำคัญ
 บัวยด้วยโรคเรื้อรัง / โรคเอดส์
 โรคจิต
 โรคติดยา
 โรคซึมเศร้า
 ติดสารเสพติด

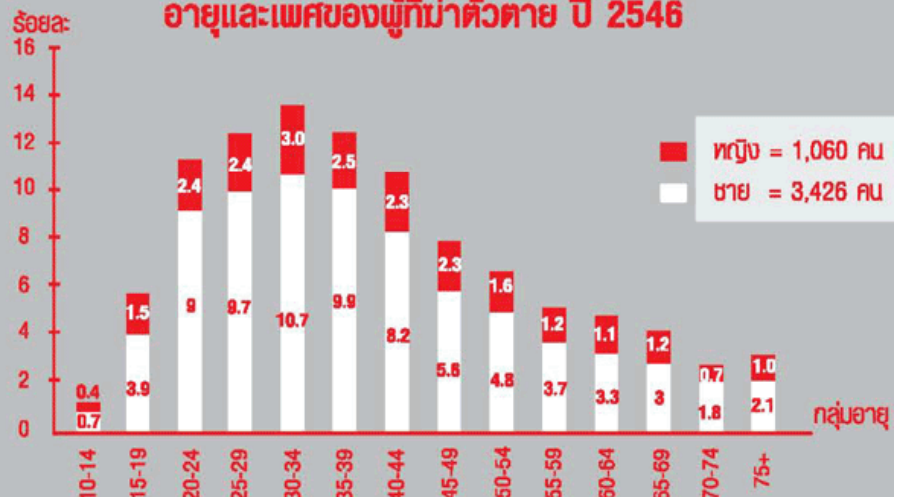
(กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ)

ปัจจัยกระตุ้นสำคัญ
 ถูกดูแคล์ / ทะเลาะกัน
 ปัญหาความรัก / ทั้งหวง
 ปัญหาครอบครัว
 ยาถอน / ขัดสน / ตกงาน
 ทะเลาะ / แยกทาง / อยู่คนเดียว

(กรณีพยายามฆ่าตัวตาย)

ที่มา: ระบาดวิทยาของพฤติกรรมกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย, 2545, 2546

อายุและเพศของผู้ที่ฆ่าตัวตาย ปี 2546



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ลักษณะอาการแสดงโรคทางจิต

โรควิตกกังวล¹

- วิตกกังวลมากเป็นทุกวัน เกือบทั้งวัน หรือนานเป็นเดือนจนทำงานไม่ได้
- อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
- สะดุ้งตกใจง่าย สมาธิไม่ดี ใจสั่นไม่ทราบสาเหตุ
- กลัวในสิ่งที่ไม่ควรกลัว เช่น กลัวไฟ
- ย้ำคิดย้ำทำ คิดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ

โรคอารมณ์แปรปรวน²

- เกิดได้ทั้งหญิงและชาย
- มีอารมณ์เศร้ามาก อยากตาย บางครั้งไม่มีเหตุผลร้องไห้บ่อย เมื่อมีชีวิต อยากอยู่ลำพัง ชอบตำหนิตัวเอง คิดถึงการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย
- มีอาการเศร้ามากสลับกับครึกครื้น อารมณ์ดีมาก ชอบล้อเลียน พูดมาก พูดเร็ว คิดมาก
- มีโครงการมากเกินตัว เชื่อนั่นตัวเองหลงผิด ประสาทหลอน

การมีอาการใดอาการหนึ่งเพียงอย่างเดียวไม่ถือว่าเป็นโรคทางจิตเวช

แต่จะมีอาการหลายๆ อย่างประกอบร่วมกัน

ที่มา: 1. เรียบเรียงจากบทสัมภาษณ์ รศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล จิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี รายการ U-Life, UBC 7, 30 กค. 2545.

2 นว.วิภาส นาควิธ:

ความทุกข์ของโรคจิตเวชรายภาค (เฉพาะผู้มีอายุ 15-59 ปี)

	ชาย (%)				หญิง (%)				รวม	
	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	%	จำนวนคน
โรคจิตสุรา	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 (รวมคนที่เคยเป็น)	1.3	1.2	2.4	0.6	1.3	1.2	2.2	1.0	1.2	3.2 แสน
โรคจิต (เป็นขณะนี้)	0.8	0.5	1.0	0.3	0.9	0.4	1.2	0.3	0.6	1.6 แสน

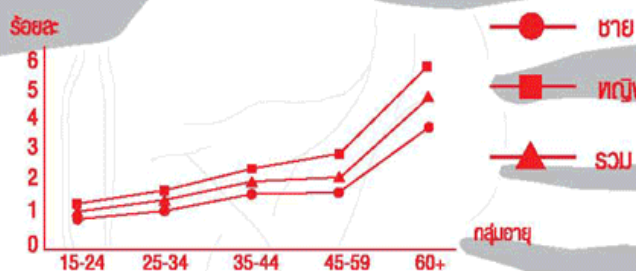
ที่มา: ประมวล ศสว.รณรงค์ และคณะ, 2547

สังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเครือญาติ ที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน กลายเป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูงในทุกๆ เรื่อง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้กำลังหยั่งรากลึกในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นระบบการศึกษาที่ต้องแข่งขันสอบเข้าเรียนตั้งแต่ชั้นอนุบาล การแข่งขันเพื่อให้มีงานทำที่มั่นคง มีรายได้ดี การแข่งขันเพื่อให้ตนเป็นที่รัก ได้รับความสนใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง การใช้ชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการแข่งขันทำให้ต้องตื่นตัวตลอดเวลา เกิดความเครียดสูง มีความเครียดสะสมเรื้อรัง ทำให้ขาดสติและความยับยั้งชั่งใจได้ง่าย

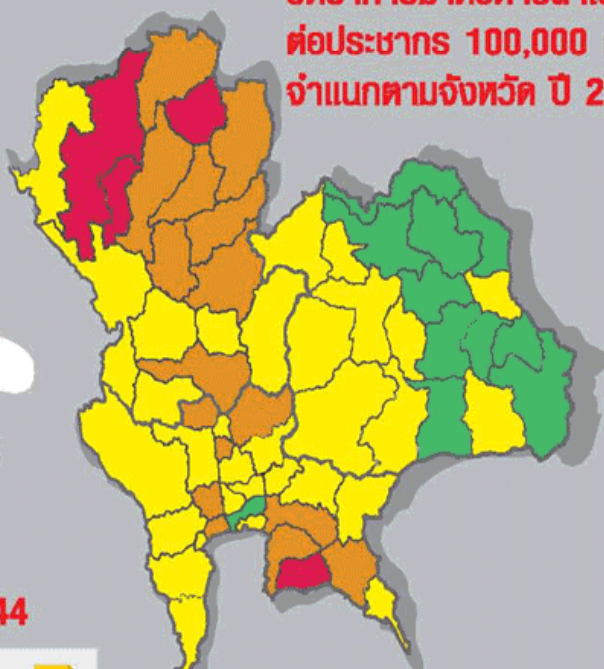
การฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงให้เห็นสังคมที่เปราะบางขึ้นเรื่อยๆ คนที่คิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าคุณค่าความรัก ถูกละเลย ถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครต้องการ หาทิศทางไม่ได้ หลายคนโกรธ มีความแค้น ไม่สามารถปรึกษาใครได้เมื่อมีความทุกข์ ซึ่งแท้จริงแล้วสาเหตุส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นจากปัญหาเดียว แต่เกิดจากการสะสมของปัญหาหลายๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน การป้องกันปัญหาด้วยการปฏิบัติตัวตามวิถีชีวิตแบบไทยๆ ไม่ว่าจะเป็นการปรึกษาหารือ หันหน้าปรับทุกข์ พูดคุยหรือเยี่ยมเยียนกันระหว่างญาติมิตร การหาที่พึ่งทางศาสนาไม่จำเป็นว่าเป็นการปฏิบัติธรรมหรือนั่งสมาธิ การพักผ่อนคลายเครียด การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างสอดคล้องทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ย่อมเป็นหนทางสร้างสมดุลและภูมิคุ้มกันในชีวิตเพื่อสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาโรคทางจิตไม่เลือกการฆ่าตัวตายเป็นทางออกสุดท้ายอย่างที่หลายคนทำลงไป

ความทุกข์ของผู้ที่มีความรู้สึก ทดทุ่ เศร้า เสียใจ หรือวิตกกังวลรุนแรงถึงรุนแรงมาก

ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2546



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามจังหวัด ปี 2544



สัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ปี 2542-2544



ที่มา: สุขภาพจิตไทย 2545-2546



1 ใน 2 ของการตายในวัยรุ่น
หญิงและชายมีสาเหตุจากโรคเอดส์
และอุบัติเหตุจราจร

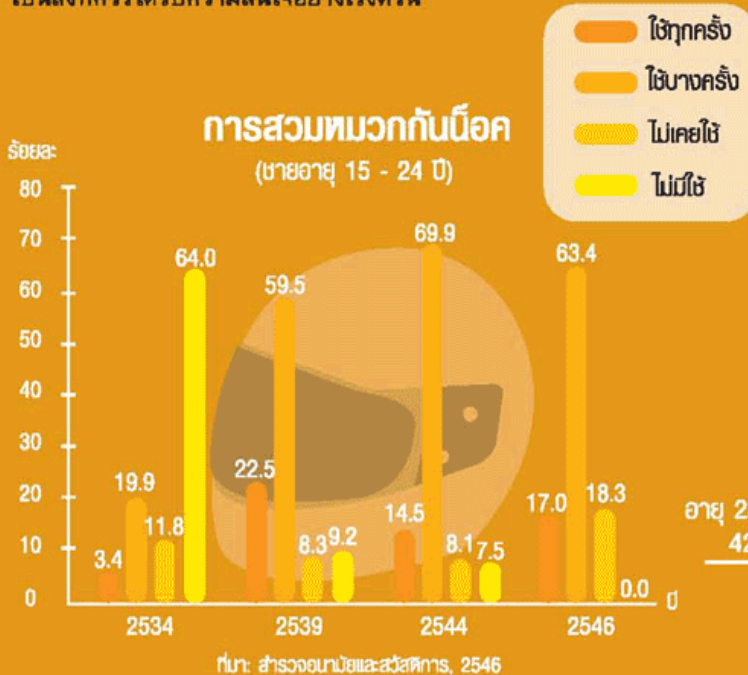
วัยรุ่น

เมาแล้วขับ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่สวมหมวกกันน็อก
ยังเป็นปัญหาสำคัญของอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

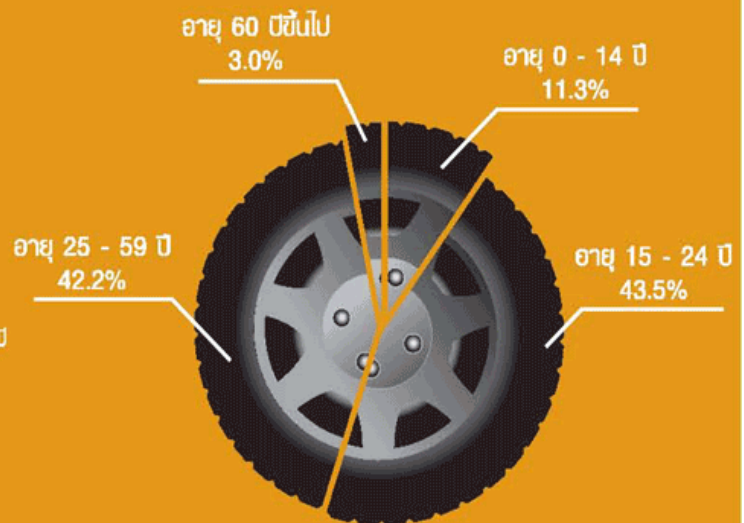
แม้ว่าช่วงหลายปีที่ผ่านมา ช่วงเทศกาลวันหยุดยาว ไม่ว่าจะเป็นวันปีใหม่หรือวันสงกรานต์ จะมีการรณรงค์ที่คุ้นหูคุ้นตากระตุ้นเตือนให้ผู้ขับขี่ยานพาหนะระมัดระวังอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากความประมาท

วัยรุ่นหมกหมิ่นคนยังเมาแล้วขับเป็นประจำ วัยรุ่นชายที่ไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยมีมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา และ 1 ใน 5 ของวัยรุ่นชายยังไม่ใส่หมวกกันน็อก ทำให้วัยรุ่นยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุดต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร บ่อยครั้งที่การขับซิ่งรถซึ่งแข่งกันบนถนนสาธารณะของกลุ่มวัยรุ่นนำไปสู่ความสูญเสียของบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ความผิดละเมิด การแข่งขันที่ท้าทาย ตลอดจนความมึนเมา ควบคุมสติไม่ได้ขณะขับขี่ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร บาดเจ็บหรือพิการของวัยรุ่นทั้งสิ้น การใช้กฎหมายที่เข้มงวดอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอและกลับกลายเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับวัยรุ่น การรณรงค์สร้างจิตสำนึกและให้ความรู้ด้านการจราจรให้แก่กลุ่มวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่ควรได้รับความสนใจอย่างเร่งด่วน

การสวมหมวกกันน็อก (ชายอายุ 15 - 24 ปี)

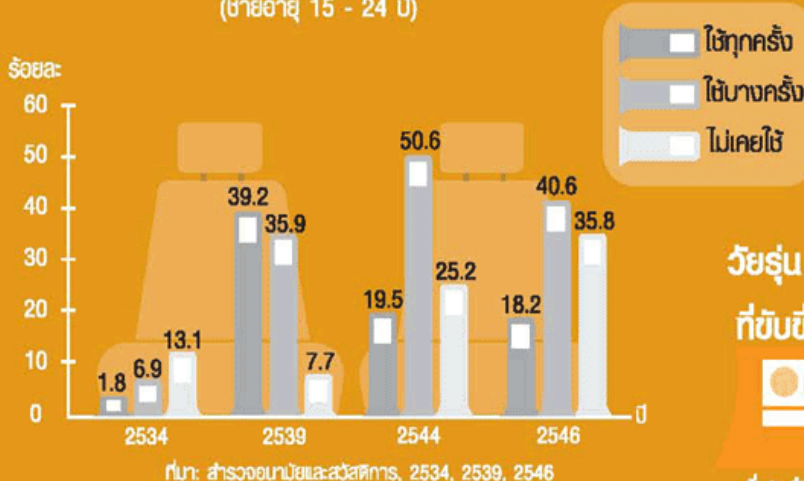


อายุของผู้เกิดอุบัติเหตุจราจรรุนแรง*



* (ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้หรือต้องไปรับการรักษาพยาบาล)

การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ของวัยรุ่น (ชายอายุ 15 - 24 ปี)

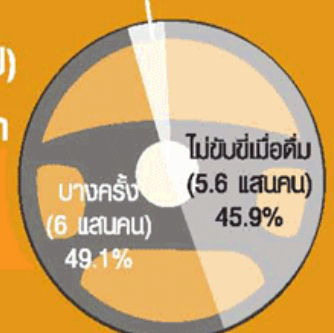


วัยรุ่น (อายุ 15 - 24 ปี) ที่ขับขี่รถยนต์เมื่อดื่มสุรา

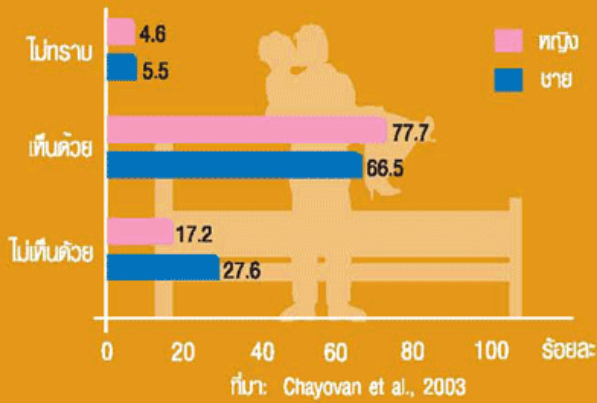


ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ, 2546

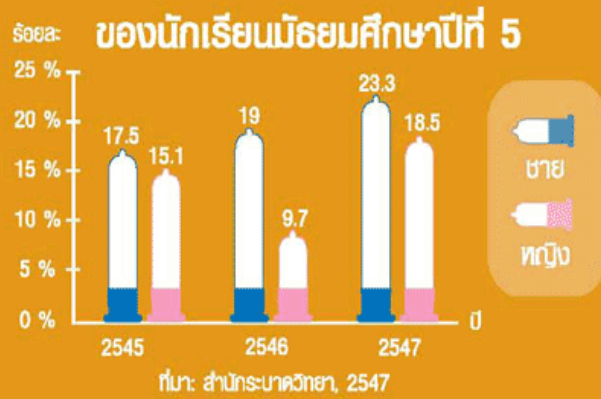
เป็นประจำ (6 เดือนขึ้นไป) 5%



หญิงชายไม่ควรอยู่กันก่อนแต่งงาน



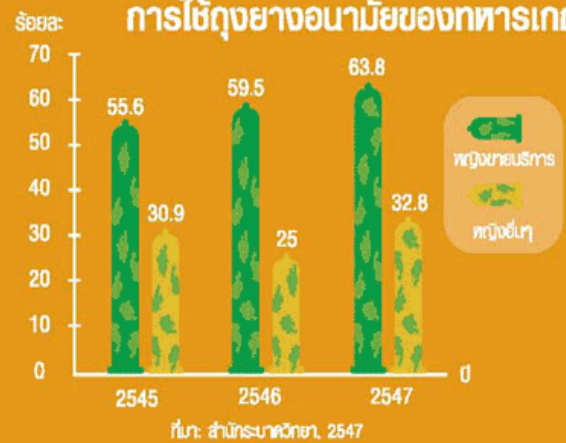
การใช้ถุงยางอนามัย



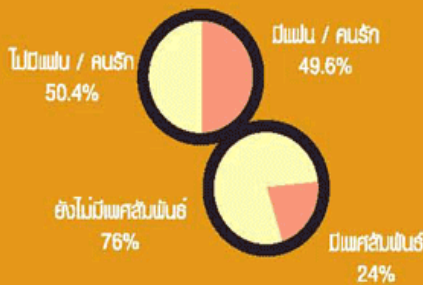
ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั้งหมดที่อยู่ในวัย 10-24 ปี



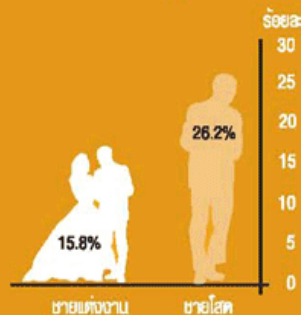
การใช้ถุงยางอนามัยของทหารเกณฑ์



เพศสัมพันธ์ของนักเรียน / นักศึกษา

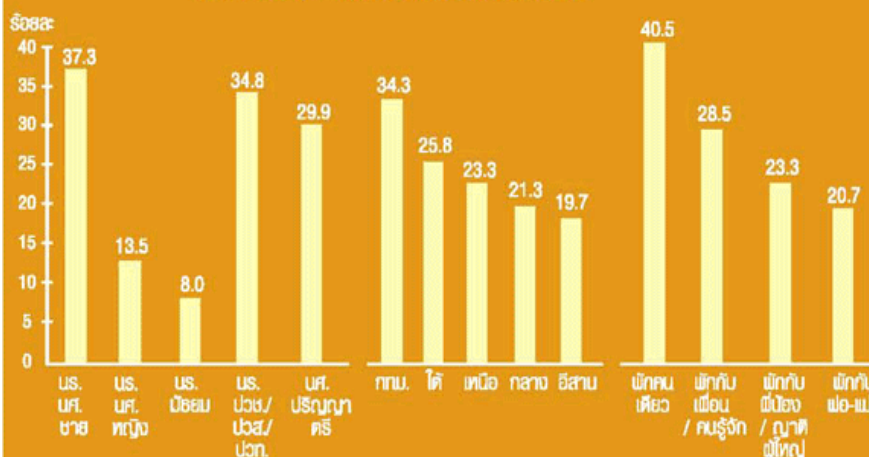


การขอบริการทางเพศของชายอายุ 20-24 ปี



ที่มา: Chayovan et al., 2003

นักเรียน / นักศึกษาที่มีเพศสัมพันธ์



ที่มา: ABAC Poll, 2004

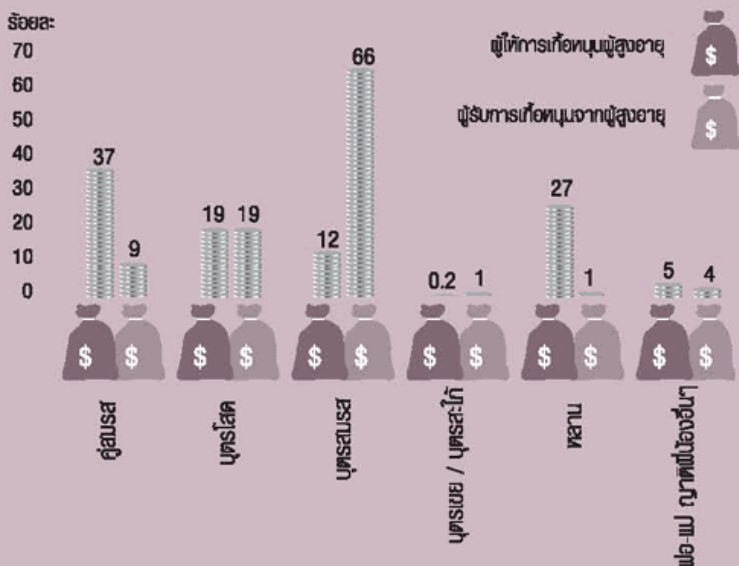
แม้การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลงทั้งหญิงและชาย สิ่งที่น่าจับตามองในขณะนี้คือ พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบันจะมีผลต่อปัญหาเอดส์อย่างไร

ทุกวันนี้คงต้องยอมรับกันว่าวัยรุ่นมองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ ในแต่ละวัน บทสนทนาของวัยรุ่นจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มเพื่อนว่าใครไปทำอะไรที่ไหนกับใคร ใครนอกใจใคร ใครบิงใคร หรือใครกำลังเป็นภิกขุของใครอยู่ วัยรุ่นชายเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่ขอบริการทางเพศ แต่เพศสัมพันธ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการซื้อขายอย่างตรงไปตรงมากลับกลายเป็นเรื่องท้าทายของวัยรุ่นในปัจจุบัน

โดยวัยรุ่นชายเกือบครึ่งมีความเห็นว่ายอมรับให้ผู้หญิงโสเภณีมีเพศสัมพันธ์ได้ และมากกว่า 1 ใน 4 ยังยอมรับเรื่องการอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงานมากขึ้น เรื่องที่น่าห่วงใยคือ ประมาณ 1 ใน 5 ของวัยรุ่นชายและหญิงอายุ 15 - 19 ปี มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับต่ำมาก คำถามสำคัญคือเราจะมั่นใจได้อย่างไรว่า โรคเอดส์จะไม่แพร่ระบาดในวัยรุ่นทั้งหญิงและชายในเร็ววัน

การให้และรับการเกื้อหนุนทางการเงินของผู้สูงอายุ

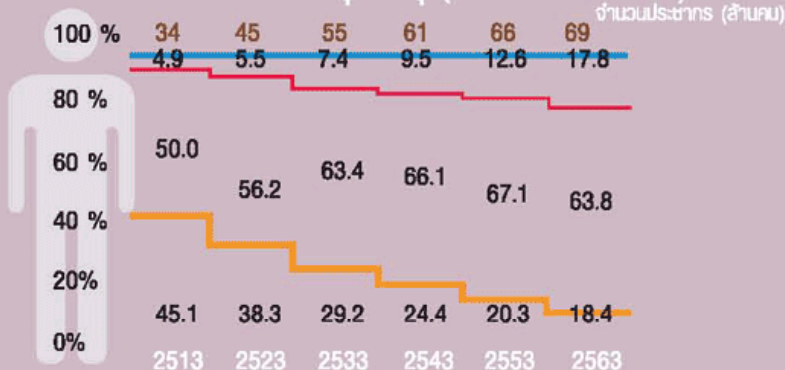
ที่มา: สถาบันการคลังประเทศไทย, 2546 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



ผู้สูงอายุ

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

ประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ (ปี 2513 - 2563)



ที่มา: สำนักทะเบียนราษฎร์, 2513, 2523, 2533, 2543 การฉายภาพประชากรของประเทศไทย, 2543 - 2568

60 ปีขึ้นไป
15-59 ปี
0-14 ปี

สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ (ชาย)



สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ (หญิง)

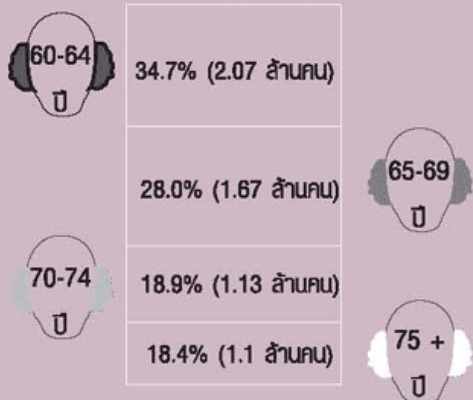


หม้าย / หย่า / แยกไม่อยู่ร่วมกับคู่สมรส
สมรสอยู่ร่วมกัน
โสด

ที่มา: การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2545

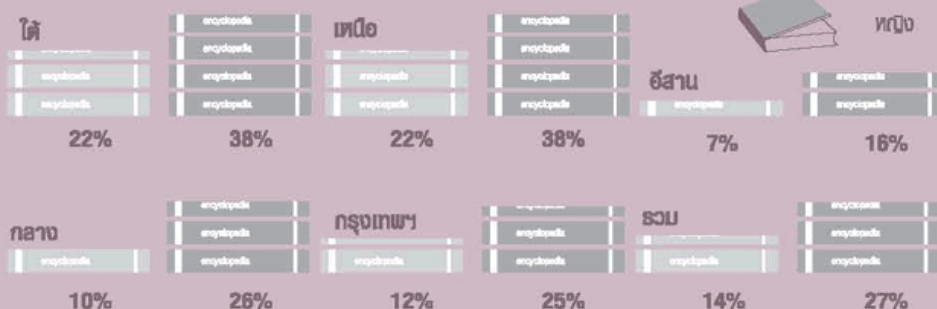
ผู้สูงอายุทั้งหมด 5.97 ล้านคน หรือ 9.4% ของประชากรทั้งหมด

ผู้สูงอายุช่วงวัยต่างๆ (ปี 2545)



ที่มา: การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2545

ผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา ปี 2545

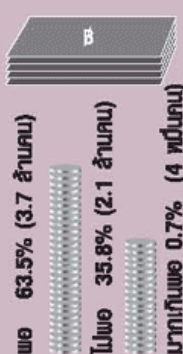


รายได้เฉลี่ย 3,431 บาท / เดือน / คน

ไม่ได้อ่านหนังสือ 67.8%

มีรายได้ 98.2% (5.86 ล้านคน)

ไม่มีรายได้ 1.8% (1 แสนคน)

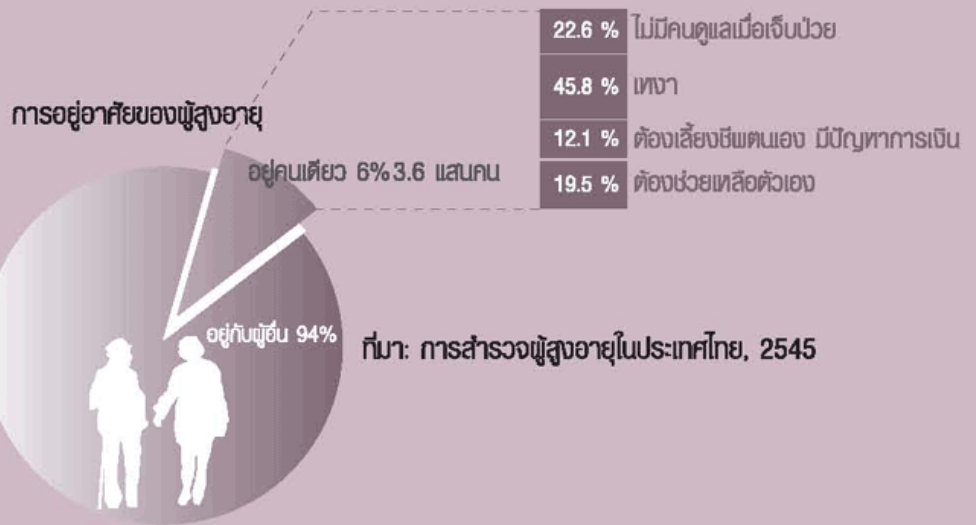
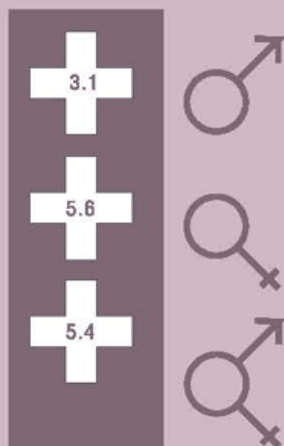


ผู้สูงอายุกว่า 2 ล้านคน ยังมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ

เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้หญิงอายุยืนมากกว่าผู้ชาย จากการที่ผู้หญิงมีพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงต่างๆ ที่นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรน้อยกว่าผู้ชาย จึงไม่แปลกที่มักพบว่ากิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุจะพบผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเสมอ การมีจำนวน ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในขณะที่จำนวนบุตรหลานมีน้อยลงไปเรื่อยๆ อย่างที่เป็นอยู่ในสังคมไทยในขณะนี้ ย่อมมีผลต่อ ความสามารถของลูกหลานในการอุปการะเลี้ยงดูพ่อแม่ ในยามชราที่คนไทยยึดถือปฏิบัติมานาน ผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง ยังคงทำงาน แม้รายได้เฉลี่ยที่ได้รับไม่มากนัก ส่วนหนึ่งเป็น ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานต่อไปเพื่อคลายเหงา และมีอะไรทำ มากกว่านั่งเหงา รายได้ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งมีความจำเป็น ที่ต้องทำงานต่อไปหลังวัยเกษียณเพื่อการยังชีพแม้จะมี รายได้ไม่มากนัก เรื่องน่าห่วงคือ การที่ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และพบว่าลูกหลานที่ เกื้อหนุนให้เงินแก่พ่อแม่สูงวัยนั้น กลับมีน้อยกว่าพ่อแม่สูงวัย ที่เป็นผู้ช่วยเหลือด้านการเงินแก่ลูกหลาน ผู้สูงอายุที่ควร จะได้รับความสนใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในขณะนี้ คือผู้ที่เป็นพ่อแม่ของคนวัยทำงานที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ด้วยโรคเอดส์ คาดว่าจากปี 2527 จนถึงปัจจุบันมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์รวมทั้งสิ้น 550,000 คน ส่วนใหญ่เป็น คนที่อยู่วัยทำงานแทบทั้งสิ้น พ่อแม่ของคนกลุ่มนี้ ไม่เพียงแต่จะขาดลูกหลานที่ตนหวังเป็นที่พึ่งให้เลี้ยงดู ยามสูงวัยเท่านั้น ส่วนหนึ่งยังรับการกลายเป็นผู้ดูแล หลานกำพร้าที่เกิดจากลูกที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรอีกด้วย

เรื่องของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่คนไทยควรให้ความ สนใจว่า ทำอย่างไรจึงจะทำให้ผู้สูงอายุก้าวเข้าสู่ วัยทองของชีวิตด้วยความมั่นใจ สามารถดูแลตัวเองให้ป ุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ มีรายได้ และมีศักดิ์ศรี

ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการ การรักษาพยาบาล



พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

	ชาย %	หญิง %	รวม %
สูบบุหรี่เป็นประจำ	27.4	2.9	14.1
ดื่มสุรารูทุกวัน หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	10.9	1.6	5.7
ไม่ออกกำลังกาย	56.6	65.1	61.2
ไม่รู้จักการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	-	75.4	-
ไม่เคยให้แพทย์ตรวจมะเร็งเต้านม	-	80.8	-
ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก	-	78.6	-

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

	ชาย %	หญิง %	รวม %
ป่วย / ไม่สบาย (ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)	34.7	44	39.8
ป่วย / ไม่สบายมาก (ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)	5.4	7.1	6.3
ป่วยมากกว่า 8 ครั้ง / เดือน	6.4	7.6	7.0
มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว	45.4	54.8	50.5
เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล (ช่วง 1 ปีก่อน)	12.5	12.4	12.4
เคสอินโทรส่วนมาก	7.2	10.4	8.9
ดูแลตัวเองลำบาก	4.1	4.7	4.4
สุขภาพแย่กว่าปีที่ผ่านมา	6.7	7.8	7.3
ระดับสุขภาพตนเองแย่กว่าผู้อื่น	5.8	6.1	6.0
เป็นเบาหวาน	5.2	10.7	8.3
เป็นความดันโลหิตสูง	17.1	24.4	21.2
ได้รับบาดเจ็บและประสบอุบัติเหตุ	5.2	5.6	5.4
รู้สึท้อแท้ เศร้า เสียใจ บ้าง	3.0	4.9	4.1
มีปัญหาการนั่งสมาธิ / จดจำสิ่งต่างๆ	3.9	5.5	4.8
มีปัญหาการร่วมกิจกรรม / เข้าร่วมสังคมกับผู้อื่น	4.2	5.3	4.8

ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2546 (คำนวณตัวเลขใหม่)



1. คลื่นมหาประลัย ‘สึนามิ’ ธรณีพิบัติภัยครั้งร้ายแรงที่สุดของโลก

ไม่มีใครคาดล่วงหน้าว่า แผ่นดินไหวใต้ทะเลใกล้เกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ที่มีระดับความรุนแรงถึง 9.0 ริกเตอร์ ในเช้าวันนั้นจะนำมาซึ่งเหตุการณ์โศกนาฏกรรมครั้งใหญ่ของมนุษยชาติ เพราะคลื่นยักษ์ที่ก่อตัวขึ้นในเวลาต่อมาบุกถล่มชายฝั่ง 12 ประเทศ ซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับมหาสมุทรอินเดีย จนทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่าสามแสนคน

ความตื่นเร่งและงานเลี้ยงที่เตรียมไว้สำหรับการเริ่มต้นปี 2548 ของคนไทยทั้งประเทศถูกระงับทันทีในตอนสายของวันอาทิตย์ที่ 26 ธันวาคม 2547 เมื่อคลื่นยักษ์สึนามิซัดถล่มพื้นที่ชายฝั่งทะเลอันดามัน 6 จังหวัด สร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้คนจำนวนมาก รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติบริเวณชายฝั่งทะเล จนถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์และความทรงจำของหลายคนว่า เป็นการสังหารภัยพิบัติที่เต็มไปด้วยน้ำตาและบรรยากาศของความโศกเศร้าอย่างยากจะลืมเลือน

ธรณีพิบัติภัยครั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเกิดแผ่นดินไหวอย่างรุนแรงเมื่อเวลา 07.58 น. ตามเวลาในประเทศไทย ศูนย์กลางของแผ่นดินไหวอยู่ลึกลงไปใต้มหาสมุทรอินเดียบริเวณฝั่งตะวันตกของเกาะสุมาตรา ใกล้เมืองบันดาอาเจห์ ประเทศอินโดนีเซีย¹ โดยสำนักสำรวจทางภูมิศาสตร์ของสหรัฐอเมริกาตรวจวัดความรุนแรงได้ถึง 9.0 ริกเตอร์ เป็นเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่รุนแรงเป็นอันดับ 4 ของโลก และรุนแรงที่สุดในรอบ 40 ปี²

ไม่มีใครคาดคิดว่าการเคลื่อนตัวของแผ่นเปลือกโลกแผ่นหนึ่งมุดตัวจมลงใต้อีกแผ่นหนึ่ง ทำให้แนวเลื่อนที่แตกช้าเป็นระยะมากกว่า 1,000 กิโลเมตรในใต้มหาสมุทรอันดามัน จะเป็นจุดกำเนิดโศกนาฏกรรมร้ายแรงต่อประเทศไทย³ น้ำทะเลถูกดูดเข้าไปในรอยแยกอย่างรวดเร็วขณะที่แรงอัดใต้เปลือกโลกจะดันมวลน้ำกลับขึ้นมาเกิดเป็นคลื่นระลอกใหญ่ที่มีความยาวคลื่น 80-200 กิโลเมตร เคลื่อนที่ด้วยความเร็วเฉลี่ยประมาณ 700-1,000 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เมื่อเข้าสู่ระดับน้ำตื้นใกล้ชายฝั่งแม้ความเร็วของมันจะลดลง แต่ยังมีพลังมากพอที่จะยกน้ำทะเลสูงขึ้นกลายเป็นคลื่นยักษ์ที่สูงมากกว่า 10 เมตรเข้าปะทะพื้นที่ชายหาด⁴ และนี่คือ ภัยพิบัติจากอภิมหาคืนครั้งที่ยาวนานที่สุดในประวัติศาสตร์ชาติไทยและประวัติศาสตร์โลก



จำนวนผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บ และผู้สูญหาย

นาทียุคแรกที่สึนามิเดินทางถึงภูเก็ต มันโถมเข้าถล่มสิ่งปลูกสร้างต่างๆ ที่ตั้งอยู่บนหาดสุรินทร์ หาดกมลา หาดป่าตอง หาดกะตะ หาดกะรน หาดราไวย์⁵ พลังมหาศาลของน้ำกวาดทำลายทุกอย่างที่ขวางหน้า ไม่เว้นแม้แต่มนุษย์ที่เกี่ยวกระหวัดประโยชน์จากผืนทะเลมานานแสนนาน เพียงพริบตาทุกพื้นที่ที่โดนคลื่นยักษ์เล่นงานเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมชนิดที่เรียกว่า ‘พลิกฟ้าคว่ำแผ่นดิน’ เหลือทิ้งไว้เพียงซากปรักหักพังของเมืองกับร่างที่ไร้ลมหายใจ

นอกจากภูเก็ตแล้ว สึนามียังแผ่ลงฤทธิ์ในพื้นที่ชายฝั่งทะเลอันดามันที่อยู่ใกล้เคียง คือ ระนอง พังงา กระบี่ ตรัง และสตูล โดยพังงาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ข้อมูล ณ วันที่ 8 มีนาคม 2548 ชีวามีตัวเลขผู้เสียชีวิต 5,395 คน ผู้ได้รับบาดเจ็บ 8,457 คน และผู้สูญหาย 2,932 คน ตามลำดับ (ดูตารางที่ 1)⁶

จำนวนแรงงานข้ามชาติใน 6 จังหวัดที่มีอยู่รวม 127,282 คน⁷ เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่คาดว่าจะสูญชีวิตและบาดเจ็บไม่น้อย หากประเมินจากรายงานที่ระบุถึงจำนวนเรือประมงขนาดใหญ่กว่าสิบเมตรที่เสียหายประมาณ 1,200 ลำ เรือใหญ่เหล่านี้ต่างก็มีลูกเรือเป็นแรงงานข้ามชาติ โดยแต่ละลำมีประมาณ 10-30 คน และนับรวมแรงงานพม่าตามโรงแรม รีสอร์ท และที่ทำงานเป็นลูกจ้างร้านค้าชายหาดอีกไม่น้อย ในเบื้องต้นสามารถประมาณการว่ายอดแรงงานพม่าที่ประสบภัยมีจำนวน 2,500 ราย โดยจุดสูญหายสำคัญคือ บ้านน้ำเค็ม บ้านทับละมุ และเขาหลัก ในจังหวัดพังงา⁸

ไม่เพียงแต่ประเทศไทยเท่านั้นที่ต้องเผชิญชะตากรรมโศกสลดเช่นนี้ คลื่นยักษ์แห่งมหาสมุทรอินเดียยังอาละวาดสร้างความหายนะให้กับประเทศอื่นๆ ในเอเชียอีก 7 ประเทศ คือ อินโดนีเซีย มาเลเซีย พม่า บังกลาเทศ อินเดีย ศรีลังกา มัลดีฟส์ และประเทศในทวีปแอฟริกา 4 ประเทศ คือ โซมาเลีย เคนยา แทนซาเนีย และซีเชลส์ มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกรวม 298,705 คน โดยเฉพาะอินโดนีเซียซึ่งอยู่ใกล้จุดศูนย์กลางของแผ่นดินไหวที่สุด มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ครั้งนี้นับมากที่สุดคือ 237,488 คน⁹ (ดูตารางที่ 2)

ในจำนวนผู้ประสบภัยทั้งหมด มีชาวต่างชาติทั้งจากยุโรปและเอเชียที่กำลังท่องเที่ยวอยู่ใน 12 ประเทศที่ถูกคลื่นยักษ์สึนามิบุกลงม่นับเสียชีวิตจำนวนมาก ธรณีพิบัติครั้งนี้นับเป็นโศกนาฏกรรมของชาวลโลกด้วย

ความเสียหายของทรัพย์สิน ประชาชน และทรัพยากรธรรมชาติ

ความเสียหายของประชาชนทั้ง 6 จังหวัดมีดังนี้ บ้านเรือน 11,616 หลัง เสียหายทั้งหลัง 4,363 หลัง และเสียหายบางส่วน 7,253 หลัง พื้นที่การเกษตร 6,053 ไร่¹⁰ บ่อปลาและนาุ้ง 1,224 แห่ง โคและกระบือ 651 ตัว สัตว์ปีก 4,044 ตัว เรือประมงขนาดใหญ่ 1,214 ลำ เรือประมงขนาดเล็ก 4,337 ลำ มูลค่าความเสียหายด้านทรัพย์สินเกี่ยวกับการประกอบอาชีพรวม 9,168.94 ล้านบาท และจากการสำรวจทรัพยากรธรรมชาติในเบื้องต้น พบว่าแนวปะการังเสียหายเล็กน้อย 3,146 ไร่ และเสียหายระดับรุนแรง 550 ไร่ พื้นที่ชายหาดส่วนใหญ่เสียหายมากประมาณ 6,200 ไร่ ป่าชายเลนเสียหายเล็กน้อย 1,860 ไร่ และเสียหายระดับรุนแรง 555 ไร่¹¹

การว่างงานของคนจำนวนนับหมื่นในภาคการท่องเที่ยวและโรงแรมเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ตามมา ประมาณการกันว่าเหตุการณ์นี้จะทำให้พนักงานด้านการท่องเที่ยวว่างงานไม่น้อยกว่า 20,000 คน โดยที่ภูเก็ตมีผู้มาแจ้งความเดือดร้อนแล้ว 3,700 คน จากที่ประมาณการไว้ที่ 17,000 กว่าคน ที่พังงาประมาณ 4,000 คน และที่กระบี่อีก 3,000 คน พนักงานเหล่านี้ภาครัฐได้ยื่นมือเข้าไปช่วยเหลือในทุกด้าน ทั้งการช่วยเหลือคนว่างงานตามกฎหมายประกันสังคม และการหางานใหม่รองรับ¹² นอกจากนี้ยังมีแรงงานนอกระบบในธุรกิจต่อเนื่องของการท่องเที่ยวอีกจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบ คาดว่ามีมากกว่าหนึ่งหมื่นคน ซึ่งกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายประกันสังคม

สำหรับแรงงานข้ามชาตินั้น กลุ่มปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวผู้ประสบภัยจากสึนามิรายงานเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 ว่า มีผู้รอดชีวิตประมาณ 1,600 คน และยังไม่มีการทำ ขณะที่เอกสารประจำตัว หรือ ทร. 38/1 สูญหายไปกับน้ำทะเลอย่างไรก็ตาม ยังไม่มีประมาณการจากหน่วยราชการระบุตัวเลขแรงงานต่างด้าวว่า เสียชีวิต บาดเจ็บและสูญหาย ทั้งสิ้นกี่คน มีกี่คนที่ตกงาน เปลี่ยนงาน และมีนายจ้างกี่คนที่ต้องการจ้างแรงงานเพิ่ม เพราะแรงงานเดิมเสียชีวิตไปกับสึนามิ ขณะที่ทางการยังไม่มีมาตรการพิสูจน์ศพแรงงานที่เสียชีวิต ช่วยเหลือผู้รอดชีวิต หรือการตรวจสอบทะเบียนตัวเลขใด ๆ อย่างจริงจัง¹³



ความช่วยเหลือหลังโศกนาฏกรรม ทุกหนทุกแห่ง

ในวิกฤตแห่งความสูญเสียยังมีความงดงาม ความช่วยเหลือจากพี่น้องไทยทั่วประเทศไหลลงสู่จังหวัดที่ประสบภัยในทันที จนมีคำกล่าวว่า ‘คลื่นน้ำใจของคนไทยยิ่งใหญ่กว่าสึนามิหลายเท่า’ อาสาสมัครจำนวนมากเดินทางเข้าสู่พื้นที่และเร่งทำงานอย่างไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย ขณะเดียวกันผู้ประสบภัยเองก็มาช่วยอาสาสมัครที่มาช่วยเหลือหมู่บ้านตนเอง นอกจากความเห็นใจของคนไทยด้วยกันแล้ว นานาประเทศก็ทยอยส่งความช่วยเหลือมายังประเทศไทยอย่างไม่ขาดสาย ทั้งในรูปของทีมแพทย์และตำรวจ ทหาร ตำรวจ เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย สิ่งของบรรเทาทุกข์ เงินช่วยเหลือ และล่ามอาสาสมัครภาษาต่างๆ

รัฐบาลได้สั่งการให้กระทรวงมหาดไทยและผู้ว่าราชการจังหวัดที่เกี่ยวข้องเข้าช่วยเหลือและค้นหาผู้ประสบภัย ระดมกำลังตำรวจ ทหาร พลเรือน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น และอาสาสมัครเข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัย ระดมแพทย์และพยาบาล เพื่อรักษาผู้บาดเจ็บและชันสูตรพลิกศพ ประสานงานกับสถานทูตและสถานกงสุลต่างประเทศให้อำนวยความสะดวกแก่ชาวต่างชาติ ประชาสัมพันธ์ขอความช่วยเหลือจากประชาชน รวมทั้งเตรียมแผนบูรณะฟื้นฟูสภาพจิตใจ อาคารสถานที่ สิ่งก่อสร้างสาธารณะประโยชน์ อาชีพ แหล่งท่องเที่ยว และระบบนิเวศ¹⁴

ภัยพิบัติครั้งนี้ได้พิสูจน์ว่า ประเทศไทยมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งมาก เมื่อต้องเผชิญต่อสถานการณ์เลวร้ายทางธรรมชาติที่ไม่คาดฝันคนไทยต่างพยายามช่วยตัวเอง ช่วยเหลือกันเอง และยื่นมือเข้าช่วยชาวต่างชาติที่ประสบภัยด้วย ก่อนความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการจะมาถึง ความมีน้ำใจของคนไทยนี้ได้รับเสียงชื่นชมและกล่าวขวัญมากในกลุ่มผู้ประสบภัยที่เป็นนักท่องเที่ยวจากประเทศสแกนดิเนเวีย

ถึงเวลาประเทศไทยต้องขยับตัวเรื่องระบบการเตือนภัย คลื่นสึนามิและแผ่นดินไหว

คลื่นมหาประลัยที่ไม่มีการเตือนล่วงหน้าของหน่วยงานในไทยครั้งนี้ ทำให้เกิดความตื่นตัวในการวางแผนป้องกันภัยจากสึนามิในทวีปเอเชีย ผลจากการประชุมระดับรัฐมนตรีว่าด้วยความร่วมมือในภูมิภาค เกี่ยวกับการจัดการเพื่อเตือนภัยล่วงหน้าในการเผชิญกับภัยพิบัติที่จังหวัดภูเก็ต เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2548 ได้มีการตัดสินใจร่วมกันให้จัดตั้งศูนย์เตือนภัยสึนามิในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมหาสมุทรอินเดีย โดยที่ประชุมมีมติให้สหประชาชาติเป็นผู้ดูแลเรื่องการจัดตั้งระบบเตือนภัยคลื่นยักษ์สึนามิล่วงหน้า พร้อมทั้งดูแลเรื่องการตั้งกองทุนที่จะสนับสนุนการจัดตั้งระบบเตือนภัยด้วย ขณะที่ประเทศไทยเองก็เตรียมติดตั้งระบบดาวเทียมบรอดแบนด์เชื่อมโยงศูนย์เตือนภัยที่ฮาวาย ในเดือนมีนาคม 2548 นี้¹⁵

อย่างไรก็ตาม ระบบเตือนภัยแบบภูมิปัญญาชาวบ้านนั้นก็เป็สิ่งที่ไม่ควรมองข้าม คำบอกเล่าของบรรพบุรุษมอแกน เกี่ยวกับการสังเกตน้ำขึ้นน้ำลงช่วยให้ชาวมอแกนและนักท่องเที่ยวน้ำจืดจำนวนมากรอดตายได้อย่างหวุดหวิด หรือการสังเกตของชุมชนประมงบ้านแหลมตุ๊กแก เกาะสิเหร่ จังหวัดภูเก็ต ซึ่งสังเกตท้องฟ้าที่แปลกไปและสัตว์ทะเลจำนวนมากที่ว่ายเข้าฝั่งในเช้าวันเกิดเหตุ ก็สันนิษฐานว่าน่าจะมีอะไรผิดปกติ จึงเตือนภัยได้ทัน และไม่มีใครเสียชีวิตจากภัยธรรมชาติครั้งนี้¹⁶

บทเรียนของความล้มเหลวในการเตือนภัยและรายงานข่าวผ่านสื่อที่มีอิทธิพลสูงสุดคือสถานีโทรทัศน์ ในวันแรกของการเกิดธรณีพิบัติ นับเป็นเรื่องที่ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ได้รับสัมปทานต้องสำนึกว่า ในสถานการณ์ดังกล่าวเช่นนี้ สื่อสารมวลชนที่ทรงพลังจะช่วยลดความเสียหายจากภัยพิบัติสาธารณะได้อย่างไร และจำเป็นต้องมีรัฐต้องส่งเสริมรายการโทรทัศน์ที่มีสาระและเป็นประโยชน์ต่อสังคมมากขึ้น เพราะธุรกิจรายการโทรทัศน์ทุกวันนี้มีแนวโน้มที่จะแข่งขันกันมอมเมาประชาชนทั้งประเทศด้วยรายการบันเทิงไร้สาระมากกว่ารายการที่มีคุณค่า

การสร้างระบบเตือนภัยจากแผ่นดินไหวเป็นอีกระบบหนึ่งที่ต้องลงทุน เพราะคนไทยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องนี้เลย และรัฐบาลทุกชุดก็ไม่เคยเห็นความสำคัญในการวิจัยและสำรวจเรื่องแผ่นดินไหว สิ่งจำเป็นเบื้องต้นคือต้องสำรวจให้เห็นชัดเจนว่ารอยเลื่อนที่ผ่านประเทศไทยมีคุณลักษณะอย่างไร ส่วนการป้องกันทำได้ยากเพราะเป็นเรื่องของธรรมชาติยากที่จะหยั่งรู้ล่วงหน้าได้ แต่สิ่งที่สามารถเฝ้าระวังและทำได้คือ มาตรการในการป้องกันตึกสูงเพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากแรงสั่นสะเทือนจากแผ่นดินไหว¹⁷ ในส่วนการเตรียมการวางระบบเตือนภัยแผ่นดินไหวระดับชาตินั้น รัฐบาลมีแผนงานดังนี้¹⁸

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

2. สร้างระบบแจ้งการเตือนภัย ส่งตรงไปยังห้องกระจายข่าวเพื่อส่งต่อสถานีวิทยุ-โทรทัศน์ สถานีวิทยุทุกระบบทุกสถานี แจ้งนักวิทยุสมัครเล่นที่มีอยู่มากกว่า 1.5 แสนคน ส่งคำเตือนผ่านเอสเอ็มเอสในโทรศัพท์มือถือที่มีอยู่มากกว่าล้านเครื่อง

3. สร้างหอเตือนภัยในบริเวณพื้นที่เสี่ยงภัย จะเริ่มดำเนินการให้เสร็จภายในปี 2548 โดยช่วงแรกจะสร้างบริเวณภาคใต้ฝั่งตะวันตกซึ่งประสบภัยสึนามิ ช่วงสองจะสร้างบริเวณภาคใต้ฝั่งตะวันออก และช่วงสุดท้ายที่บริเวณชายฝั่งตะวันออกของอ่าวไทยและบริเวณลุ่มน้ำต่างๆ เช่น ที่บ้านน้ำก้อ จ. เพชรบูรณ์ ซึ่งเคยมีภัยน้ำป่าหลาก หอเตือนภัยนี้ทำงานด้วยแบตเตอรี่ หรือโซลาร์เซลล์ และส่งข้อมูลโดยใช้ระบบดาวเทียม ดังนั้นแม้ระบบไฟฟ้าจะเสียแต่การโทรคมนาคมก็จะไม่ล้ม สามารถเตือนภัยได้ทั้งคำพูดและไซเรน มีความสูง 20-30 เมตร ทนลมทนคลื่นที่พัดได้และในเวลากลางคืนมีแสงสว่าง

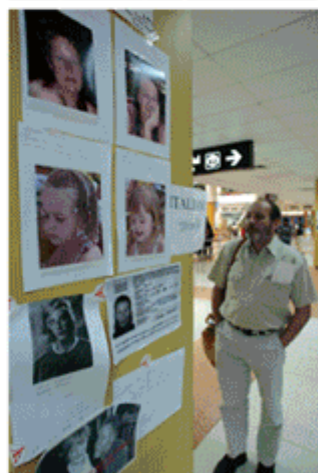


กำแพงธรรมชาติคือเกราะ ป้องกันภัยธรรมชาติได้ดีที่สุด

ในการฟื้นฟูผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทรัพยากรธรรมชาติ กระบวนการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมได้ประสานงานกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้เป็นแกนนำนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาต่างๆ ร่วมวางแผนการฟื้นฟูพื้นที่ที่เสียหาย ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ แผนงานด้านทรัพยากรธรรมชาติ แผนงานด้านข้อมูลภูมิสารสนเทศ และฐานข้อมูลทรัพยากรธรรมชาติ แผนงานด้านเขตพื้นที่คุ้มครองสิ่งแวดล้อม และแผนงานด้านการฟื้นฟูอุทยานแห่งชาติทางทะเลที่เสียหาย¹⁹

อย่างไรก็ตาม ธรณีพิบัติครั้งนี้พิสูจน์ว่าธรรมชาติคือสิ่งที่จะช่วยป้องกันอันตรายจากภัยธรรมชาติได้ดีที่สุด คลื่นยักษ์สึนามิที่ทำลายทุกอย่างบริเวณใกล้ชายหาดที่มันเข้าไปถึง กลับมีพืชสงน้อยลงเมื่อปะทะกับป่าชายเลนอุดมสมบูรณ์แห่งบ้านบางเบน ตำบลม่วงกลวง อำเภอกะเปอร์ จังหวัดระนอง²⁰ และนี่คือตัวอย่างการทำหน้าที่ของธรรมชาติในการลดความรุนแรงของคลื่นลูกโตที่กระหน่ำเข้าซัดชายฝั่ง ความเสียหายด้านชีวิตและทรัพย์สินจึงไม่มากมายเท่ากับพื้นที่ที่ไม่มีกำแพงธรรมชาติหรือเคยมีแต่ถูกทำลายไปหมดแล้ว

ถึงเวลาหรือยัง...ที่มนุษย์ตัวเล็กๆ จะหันกลับมาให้ความสำคัญและใช้ชีวิตอย่างสอดคล้องกลมกลืนกับธรรมชาติ ไม่ใช่รุกล้ำย่ำยีประโยชน์เขม้นจนขาดความสมดุลทางระบบนิเวศอย่างที่เคยเป็น...



ตารางที่ 1 จำนวนผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ และสูญหายจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิถล่ม (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
ตรัง	5	1	112
รวม	5,395	2,932	8,457

ที่มา: ศูนย์อำนวยการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากแผ่นดินไหวและคลื่นชายฝั่งทะเลอันดามัน ณ จังหวัดภูเก็ต (ศรป.) กองอำนวยการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งราชอาณาจักร
[www.disaster.go.th/news01/12-47/news_after_shock_97.pdf]

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิถล่ม จำแนกรายประเทศ (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 ¹	68	6	767
มัลดีฟส์ ¹	83	26	1,313
พม่า ¹	61	3	43
ศรีลังกา ¹	30,974	4,698	23,176
บังกลาเทศ	2	-	-
ไทย	5,395	2,932	8,457
โซมาเลีย ²	298	-	-
เคนยา ²	1	-	-
แทนซาเนีย ²	10	-	-
ซีเชลส์ ³	3	-	-
รวม	171,254	127,392	42,706

ที่มา: 1. องค์การอนามัยโลก

http://w3.who.org/EN/Section23/Section1108/Section1835/Section1862_8812.htm สืบค้น เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2548;

2. สำนักข่าว เอเอฟพี กรุงเทพฯ อินโดนีเซีย
http://story.news.yahoo.com/news?tmpl=story&cid=1539&ncid=1539&e=11&u=/afp/20050224/sc_afp/asiaquaketoll_050224130937 สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2548;

3. จาก <http://www.reliefweb.int/rw/RWB.NSF/db900SID/SODA-69G9SE?OpenDocument&rc=3&emid=TS-2004-000147-LKA;>

2. สถานการณ์ไฟไหม้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ...



ตลอดปี 2547 สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตบาดเจ็บและสูญหายจำนวนมาก และเกิดสถานการณ์ลุกโชนต่อเนื่องไปสู่อุณหภูมิที่ร้อนแรงสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ฝ่ายรัฐไม่สามารถระงับได้ ทำให้เกิดคำถามต่อปรีชาแห่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าที่ว่า จะนำพาประเทศไทยไปสู่สมรภูมิของสงครามก่อการร้ายหรือไม่

หมอกควันแห่งความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เริ่มต้นเรื่อยมาตั้งแต่ปี 2546 แต่มาเข้มข้นถึงขีดสุดในช่วงต้นปี 2547 โดยในวันที่ 4 มกราคม เกิดการปล้นปืนกว่า 400 กระบอก ณ กองพันทหารพัฒนาที่ 4 อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ทำให้ทหารเสียชีวิต 4 ศพ และพร้อมกันนั้นก็มีการล้อมเผาโรงเรียนในนราธิวาส เกือบ 20 แห่ง

จากเหตุการณ์ปล้นปืนในค่ายทหารครั้งใหญ่นี้เอง ทำให้คำพูดของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ที่เคยระบุว่าความไม่สงบในพื้นที่ภาคใต้ เป็นฝีมือของโจรกระจอก ถูกนำกลับมาทบทวนใหม่ และยิ่งนานวัน 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 ครั้ง¹ ซึ่งนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ชีว่าเฉพาะปี 2547 เพียงปีเดียวเกิดเหตุการณ์รุนแรงบ่อยครั้งกว่าที่เคยเกิดขึ้นใน 10 ปีก่อนหน้านั้นรวมกันถึง 1.7 เท่าตัว!!!

ก้าวแรกของการดับไฟใต้ ด้วยเม็ดเงิน

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

แต่ดูเหมือนว่าโครงการดังกล่าวจะถูกกลืนหายไปในปีถัดมา เพราะสารพัดเหตุร้ายเกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็น การลอบวางเพลิง การลอบยิง ทำร้าย การวางระเบิด โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งชาวบ้าน เจ้าหน้าที่รัฐ และผู้นำศาสนา ท่ามกลางความพยายามคลี่คลายสถานการณ์ของรัฐบาล ด้วยการประกาศกฎอัยการศึก หุ้มกำลังปราบปราม โดยเฉพาะการประกาศจัดระเบียบโรงเรียนปอเนาะ ทำให้มีการบุกค้นโรงเรียนปอเนาะครั้งแล้วครั้งเล่า ซึ่งกลายเป็นอีกหนึ่งชนวนของความขัดแย้ง เป็นเหตุให้ศูนย์อิสลามประจำ 3 จังหวัดภาคใต้ออกแถลงการณ์เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2547 ประกาศยุติบทบาทในการให้ความร่วมมือกับทางราชการในการแก้ปัญหาภาคใต้⁴



หนทางสู่สันติวิธี 7 ประการ ข้อเสนอจากประชาคม 3 จังหวัด

ในช่วงเวลานี้นายจาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรี ได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรีให้ทำหน้าที่รับฟังปัญหาจากชาวบ้านในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้รูปแบบของประชาคมได้ผลเป็น “แผนได้สันติสุข” เสนอวิธีแก้ปัญหาด้วยสันติวิธี 7 ประการเมื่อต้นเดือนเมษายน 2547 ดังนี้

1. ยกเลิกการจัดระเบียบโรงเรียนปอเนาะ แต่ให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนโรงเรียนปอเนาะแทน เพราะจังหวัดปัตตานีเป็นศูนย์กลางการเผยแพร่ศาสนาอิสลามในภูมิภาคนี้มาหลายร้อยปี
 2. จัดและบรรจุคนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 พันคนเข้ามาเป็นครูโดยจะไม่รับคนนอกพื้นที่เข้ามาโดยเด็ดขาด
 3. ไม่ยกเลิกบุคคลสองสัญชาติซึ่งมีจำนวนมากกว่าคน โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่เข้าไปทำงานในมาเลเซียและสร้างรายได้เข้ารัฐปีละกว่าหนึ่งพันล้านบาท บุคคลเหล่านี้รัฐบาลมาเลเซียได้ออกใบอนุญาตทำงานให้ จำนวนคนที่มีปัญหาไม่เพียงพอแก่คนเท่านั้น
 4. ออกกฎหมายนิรโทษกรรมผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าก่อวินาศกรรม 2547 และรัฐต้องหาอาชีพให้ทำ
 5. ยกเลิกการส่งตำรวจจากส่วนกลางและทหารพรานลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ เพราะเจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคงจากส่วนกลางไม่เข้าใจในวัฒนธรรมมุสลิม และเข้าไปสร้างปัญหามาก แต่ให้มีการส่งเสริมการตั้งกองกำลังรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้านจากประชาชนในพื้นที่ขึ้นมาแทน โดยให้เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ฝึกสอนและควบคุม
 6. ยกเลิกกฎอัยการศึกในบางพื้นที่ หากพื้นที่ใดยังต้องการความคุ้มครองจากทหารก็ให้คงกฎอัยการศึกไว้ หากพื้นที่ใดไม่ต้องการก็ให้ยกเลิกกฎอัยการศึก
 7. ให้จัดทำโครงการต่างๆ ในการพัฒนา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ภายใต้งบประมาณ 1.2 หมื่นล้านบาทขึ้นมาใหม่ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมร่างแผนพัฒนาพื้นที่ด้วย
- นอกเหนือจากแผนสันติวิธีดังกล่าว สิ่งที่ถูกเน้นย้ำมากจากถ้อยคำของนายจาตุรนต์ ฉายแสง ก็คือ “เจ้าหน้าที่รัฐต้องยกเลิกการใช้ความรุนแรงในพื้นที่อย่างเด็ดขาด โดยเฉพาะการอุ้มของตำรวจที่สร้างความไม่พอใจให้ประชาชนในพื้นที่มาก” อย่างไรก็ตาม แผนสันติวิธี 7 ประการก็ไม่ถูกนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีแต่อย่างใด เพราะเพียงแค่การประชุมฝ่ายความมั่นคง เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2547 มีรัฐมนตรีหลายคนคัดค้านแผนดังกล่าวในหลายประเด็น ในที่สุดนายกรัฐมนตรีก็ตัดสินใจสั่งเลื่อนการพิจารณาแผนดังกล่าวออกไปอย่างไม่มีกำหนด⁵



เหตุร้ายที่มีสยดหรือเซะ

เหตุการณ์ที่กลายเป็นตัวเร่งอุณหภูมิจนในพื้นที่ภาคใต้เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2547 มีการบุกโจมตีเจ้าหน้าที่ในระยะเวลาไล่เรียงกัน 11 จุด แต่ที่สุดของการตกเป็นเป้าแห่งความสนใจในระดับโลกก็หนีไม่พ้นเหตุการณ์ที่มีสยดหรือเซะ ที่นำไปสู่เหตุการณ์รุนแรงจนมีผู้เสียชีวิตเฉพาะในมัสยิดกรือเซะถึง 32 คน และภายในวันเดียวกันนี้ทำให้มีตัวเลขของผู้เสียชีวิตพุ่งสูงถึง 108 คน

จากแรงเสียดทานที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกประเทศ โดยเฉพาะจากกลุ่มโลกมุสลิม ทำให้รัฐบาลต้องแต่งตั้ง 'คณะกรรมการอิสระไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์มัสยิดกรือเซะ' เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2547 ผลการไต่สวนได้ข้อสรุปว่า การยุติเหตุการณ์ที่มีสยดโดยสันติวิธีน่าจะมีความเหมาะสมและอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐได้มากกว่าวิธีรุนแรง การที่เจ้าหน้าที่ของรัฐได้ตัดสินใจใช้กำลังและความรุนแรงเข้ายุติสถานการณ์ โดยเฉพาะการใช้ระเบิดสังหารเข้าเข้าไปภายในมัสยิดถึง 8 ลูกนั้น ถือได้ว่าเป็นสมควรแก่เหตุ คณะกรรมการอิสระฯ เห็นว่ารัฐควรพิจารณาจ่ายเงินค่าช่วยเหลือให้แก่ทายาทของผู้เสียชีวิต และแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทั้งสองฝ่าย⁶

การชุมนุมที่ตากใบกับปรีศนาความตาย 85 ศพ

เพียง 6 เดือนหลังจากเหตุการณ์ 'กระหิมโลก' ที่มีสยดหรือเซะ เหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิดก็เกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2547 ชาวบ้านนับพันมาชุมนุมกันที่หน้าสถานีตำรวจอร อำเภอดากใบ จังหวัดนราธิวาส เพื่อเรียกร้องให้ปล่อยตัวผู้ตรวจรักษาความปลอดภัยหมู่บ้านที่ถูกจับกุมจำนวน 6 คน เหตุการณ์ชุมนุมบานปลายและนำไปสู่การสลายกลุ่มผู้ชุมนุม ทำให้มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ 6 คน ถูกจับอีก 300 คน แต่การแถลงข้อเท็จจริงในวันถัดมากลับปรากฏว่ามียอดผู้เสียชีวิตรวมถึง 85 คน และถูกจับกุมมากถึง 1,300 คน จำนวนผู้เสียชีวิตที่สูง กลับเพิ่มขึ้นมานี้เองได้ทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงถึงขีดสุด

ปรีศนาแห่งความตายที่ตากใบจึงหนีไม่พ้นการตกเป็นข่าวใหญ่ในเวทีโลกอีกครั้ง วิกฤตการณ์นี้ยิ่งตอกย้ำสถานการณ์ในพื้นที่ภาคใต้ให้จมดิ่งลงสู่ความบาดหมางและราวลึกอย่างถึงที่สุด อีกทั้งยังกินอาณาเขตกว้างไกลออกไปถึงต่างประเทศ จนเกิดการเรียกร้องให้มีการสอบสวนข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่ตากใบ ทั้งจากในประเทศและนอกประเทศ⁷

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



ท่าทีและความเห็นจากผู้ปฏิบัติและนักวิชาการ

ด้วยสถานการณ์ที่นับวันยิ่งเลวร้ายลงเรื่อยๆ นี้เอง ทำให้หลายฝ่ายตั้งคำถามถึงการยุบ 'ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้' (ศอ.บต.) และกองกำลังผสมพลเรือน ตำรวจ ทหาร (พทท.43) ทั้งพลเอกชัยสิทธิ์ ชินวัตร ผู้บัญชาการทหารสูงสุด⁸ และนายภุมรัตน์ ทักษาดิพงษ์ อดีตผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ⁹ ต่างแสดงความเห็นที่สอดคล้องกันว่าการยุบ ศอ.บต. และ พทท. 43 ทำให้เกิดช่องว่างทางด้านยุทธการและการข่าว เมื่อทหารถอนกำลังออกมาโดยไม่มีการถ่ายอำนาจให้ตำรวจคุมพื้นที่ต่อ ขณะที่ศาสตราจารย์ชัยอนันต์ สมุทวณิช ตั้งข้อสังเกตต่อบทบาทของ ศอ.บต. ว่า ระบบการเรียนรู้ของราชการในรูป ศอ.บต. ได้สั่งสมประสบการณ์ ความรู้ และความสัมพันธ์อันดีกับประชาชนใน 3 จังหวัดภาคใต้ ที่สำคัญคือเป็นองค์กรที่ชาวมุสลิมส่วนใหญ่ไว้วางใจ ขณะที่ปัจจุบันไม่มีใครไว้วางใจ¹⁰

ผลของวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเหตุการณ์ตากใบ ทำให้เกิดความคิดเห็นที่หลากหลายและแตกต่างกันอย่างสุดขั้วจนนักวิชาการจากทั่วประเทศจำนวน 144 คน ได้ลงชื่อร่วมกันถึงนายกรัฐมนตรี เพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ปัญหาวิกฤตการณ์ในพื้นที่ภาคใต้ด้วยสันติวิธี โดยยื่นข้อเสนอให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ ซึ่งนำไปสู่การส่งตัวแทนนักวิชาการเข้าพบนายกรัฐมนตรี เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2547 และหนึ่งในนักวิชาการจำนวน 22 คนที่เข้าพบนายกรัฐมนตรี ได้นำนถกราชสือสัญลักษณ์ถึงสันติภาพไปมอบให้นายกรัฐมนตรี จนนำมาซึ่งการพบนกกระต่ายครึ่งประวัติศาสตร์จำนวน 120 ล้านตัวในเวลาต่อมา

สำหรับข้อเสนอเรื่องคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ มาปรากฏเป็นจริงก็เมื่อต้นเดือนมีนาคม 2548 ที่นายอานันท์ ปันยารชุน ได้รับคำเชิญจากนายกรัฐมนตรีเข้าทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติ โดยต่อมาได้มีการตั้งกรรมการ รวม 48 คน จากทุกภาคส่วนของสังคม

ปัญหาไฟไหม้ที่ยังระอุและไม่คลี่คลายง่าย ๆ

ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคใต้ถือเป็นสถานการณ์ร้อนแรงที่ประชาชนจับตามองตลอดปี 2547 โครงการข่าวสารทิศทางประเทศไทย ได้สรุปสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดภาคใต้ว่า¹¹ ทำให้สังคมไทยรู้สึกว่าได้เข้าสู่สมรภูมิเลือดของสงครามก่อการร้ายโดยไม่รู้ตัว เพราะค่อย ๆ มีความชัดเจนขึ้นว่าผู้ก่อความไม่สงบเป็น ‘กลุ่มแบ่งแยกดินแดน’ โดยอาศัยฐานความเชื่อทางชาตินิยม-ศาสนา และผลประโยชน์จำนวนมากในเขตพื้นที่

แต่ความพยายามแก้ไขปัญหายังจริงจังของรัฐบาลในรอบปี 2547 ที่มีลักษณะการลองผิดลองถูก มีการปรับเปลี่ยนบุคคลและหน่วยงานรับผิดชอบบ่อยครั้ง หาหนทางแก้ไขจุดอ่อนในด้านการข่าวหารูปแบบขององค์กรเจ้าภาพเพื่อสร้างความเป็นเอกภาพ ในระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน กลายเป็นที่มาของคำถามสำคัญว่ายิ่งทำให้เหตุการณ์ใน 3 จังหวัดภาคใต้บานปลายอย่างที่เป็นอยู่หรือไม่

‘การจับทั้งกองกำลังทหารถาวร’ ...แนวทางการแก้ปัญหาในปี 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 รัฐบาลจะเพิ่มงบประมาณให้ ต่อมา กองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอ.สสส.จชต.) ออกแถลงการณ์ว่าหมู่บ้านสีแดง คือหมู่บ้านที่มีแกนนำผู้เกี่ยวข้องกับการก่อความไม่สงบ เจ้าหน้าที่จะเร่งเข้าทำความเข้าใจและขจัดเงื่อนไขอย่างเร่งด่วน หมู่บ้านสีเหลือง คือหมู่บ้านที่ไม่มีความชัดเจนของแกนนำและผู้เกี่ยวข้องกับการก่อความไม่สงบ และหมู่บ้านสีเขียว คือหมู่บ้านที่เป็นปกติสุข¹²

การจะใช้มาตรการเด็ดขาดแบบ ‘รัฐทหาร’ นี้ แม้จะเป็นทางแก้ปัญหาที่รัฐบาลเชื่อว่าจะได้ผล แต่ยังมีหลายฝ่ายที่วิตกกังวล และเกรงว่าอาจเป็นชนวนให้เกิดความรุนแรงที่หนักขึ้น แนวทางดังกล่าวนี้ ดร.มารค ตามไท นักวิชาการสันติวิธีได้ชี้ไว้ในบทความ ‘จังหวัดชายแดนภาคใต้: บททดสอบปัญญาทางการเมือง การปกครองของประเทศไทย’¹³ ที่เขียนตั้งแต่เมื่อปี 2546 ว่ามักเป็นแนวคิดของรัฐบาลที่ประสบปัญหาการเรียกร้องแยกดินแดนหรือความไม่สงบอื่นๆ เช่น ในประเทศเม็กซิโก สเปน ไอร์แลนด์ และฟิลิปปินส์ ได้ดำเนินการเหมือนๆ กันและได้พัฒนาไปสู่การต่อสู้ที่รุนแรงยิ่งขึ้น โดยไม่มีทีท่าจะจบลงอย่างสงบสันติได้

แนวทางสันติวิธีที่พยายามตั้งหลักมาตั้งแต่เดือนเมษายน 2547 เมื่อล่วงเข้าเดือนเมษายน 2548 ก็มีการจัดตั้งคณะกรรมการสมานฉันท์แห่งชาติอย่างเป็นทางการ รัฐบาลยกเลิกการแบ่งโซนสี และยืนยันที่จะไม่ใช้มาตรการรุนแรง มุ่งให้ความยุติธรรมกับประชาชนทุกฝ่าย เส้นทางสู่สันติภาพในพื้นที่ภาคใต้ที่แม้จะดูห่างไกล แต่ก็เริ่มมองเห็นแสงสว่างรำไรที่ปลายอุโมงค์บ้าง

”

จำนวนผู้เสียชีวิต และบาดเจ็บ
(ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2547)

ยอดผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ ในปี 4 จังหวัด คือ สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส รวมทั้งสิ้น 1,020 ราย แยกเป็นตำรวจเสียชีวิต 64 ราย บาดเจ็บ 183 ราย ทหารเสียชีวิต 26 ราย บาดเจ็บ 58 ราย ข้าราชการพลเรือน 1 ราย และประชาชนเสียชีวิต 299 ราย บาดเจ็บ 390 ราย ยอดทั้งหมดนี้ไม่นับรวมการสูญเสียชีวิตของผู้ก่อความไม่สงบในกรณีกรือเซะรวม 106 ราย การสูญเสียชีวิตของผู้ชุมนุมประท้วงตากใบอีก 85 ราย และจำนวนผู้บาดเจ็บในทั้งสองกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งพันคน

ที่มา: กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 9 (ได้รับข้อมูลเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2548).



3. ทางสองแพร่ง ของนโยบายใช้หวัดนก: จะเลือกสุขภาพคน หรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก



โรคใช้หวัดนก เป็นตัวอย่างของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความซับซ้อน และเป็นภัยคุกคามสุขภาพประชาชน รวมทั้งสร้างความสูญเสียต่อเศรษฐกิจและสังคม การระบาดของโรคใช้หวัดนกที่เกิดขึ้นในประเทศแถบเอเชีย ในปี 2547 ได้สร้างความสูญเสียมากที่สุดเป็นประวัติการณ์ มีการทำลายสัตว์ปีกเพื่อควบคุมโรคมากกว่า 100 ล้านตัว โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตในประเทศไทย 12 คน และในเวียดนาม 20 คน

“ใช้หวัดนกสายพันธุ์เอช5เอ็น1 (H5N1) ที่ระบาดอยู่ในขณะนี้ พบว่าเคยมีการระบาดรุนแรงจนมีคนป่วยและตาย เป็นครั้งแรกในฮ่องกง เมื่อปี 2540 ปัจจุบันเชื้อโรคสามารถติดต่อกันจากสัตว์ปีกสู่ ม้า แมว เสือ และคนได้ การกำจัดหรือควบคุมใช้หวัดนกทำได้ยากมากเพราะใช้หวัดชนิดนี้มีสัตว์ปีกเป็นพาหะ โดยเฉพาะผ่านไก่ซึ่งเป็นสัตว์เลี้ยงเชิงธุรกิจที่มีจำนวนมากที่สุด ในปี 2546 เกิดใช้หวัดนกระบาดไล่ตั้งแต่ในฮ่องกง เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม เกาหลีใต้ ไต้หวัน จีน ญี่ปุ่น และเวียดนาม ปี 2547 ต่อมาก็แพร่กระจายสู่ประเทศไทย ลาว กัมพูชา ปากีสถาน และอินโดนีเซีย²

สำหรับประเทศไทย ปลายปี 2546 มีข่าวว่าไก่ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ตายอย่างประหลาดยกเล้า และเกิดระบาดลุกลามไปอย่างรวดเร็ว เพียงเวลาเดือนเศษๆ ไก่เกือบทั่วประเทศก็ตายหลายหมื่นตัว กว่าที่รัฐบาลจะยอมรับว่ามีการระบาดของใช้หวัดนกสู่ไก่ก็หลังจากมีไก่ตายเป็นจำนวนมากในหลายจังหวัด และมีคนป่วยและเสียชีวิตเมื่อกลางเดือนมกราคม 2547 โดยการระบาดได้ขยายตัวลามไปถึง 32 จังหวัด (ดูรายละเอียดในล้อมกรอบ) จนกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่น่าสะพรึงกลัวในบ้านเรา เพราะคนไทยทุกคนรู้เรือนิยมเลี้ยงไก่ไว้กินไข่และกินเนื้อ ขณะที่ผลิตภัณฑ์จากไก่และเปิดก็เป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของประเทศ โดยในปี 2546 ทำเงินเข้าประเทศสูงถึง 60,000 ล้านบาท พอมีเรื่องใช้หวัดนกในปี 2547 ยอดเงินนี้ก็ลดลงไปมากกว่าครึ่งหนึ่ง

ความน่ากลัวของโรคใช้หวัดนกเห็นได้ชัดจากการกลับมาแพร่ระบาดของใช้หวัดนกถึง 2 รอบในปี 2547 รัฐบาลได้พยายามทุกวิถีทางในการควบคุมโรค โดยเอ็กซเรย์ทุกตารางนิ้ว และฆ่าไก่ไปหลายสิบล้านตัว พร้อมกับจ่ายเงินทดแทนให้ผู้เลี้ยงกว่า 5 พันล้านบาท รวมถึงส่งเสริมแกมบังคับให้มีการเลี้ยงไก่แบบถูกหลักสุขาภิบาล การแบ่งเขตพื้นที่เลี้ยงสัตว์ปีก และเข้มงวดในเรื่องการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก

ทั้งหมดนี้แค่ทำให้การระบาดซาลงไปบ้าง ในช่วงปลายปี 2547 ต่อต้นปี 2548 มีการแพร่ระบาดอย่างหนักของโรคใช้หวัดนกสายพันธุ์เอช5เอ็น1ในเวียดนามอีกครั้ง ส่วนในบ้านเราอาจเกิดการระบาดในรอบที่ 3 เพราะต้นปี 2548 ยังคงพบการติดเชื้อในไก่บ้าน นกธรรมชาติ ติดเชื้อ 0.5-1% ไก่ชนติดเชื้อ 1-2% และเป็ดไล่ทุ่ง 10 ล้านตัว ในบางแห่งติดเชื้อสูงถึง 40 % จนเป็นเหตุให้รัฐบาลสั่งเอ็กซเรย์ทุกพื้นที่อีกรอบหนึ่ง

หลายฝ่ายจึงฟันธงว่า ประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านจะเป็นแหล่งรังโรคของใช้หวัดนกไปอีกนาน

”

การติดเชื้อไข้หวัดนกในคน

คนที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อไข้หวัดนก คือ เกษตรกร ผู้ฆ่าและ ผู้ทำการขนส่งผู้ที่ไปสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ป่วย หลังจากสัมผัสโรคภายใน 5 วัน หากมีการติดโรคจะมีอาการเป็นไข้ ปวดเมื่อยตามเนื้อตามตัวอ่อนเพลียมาก และมีอาการทางระบบหายใจ แต่เนื่องจากในโลกนี้มีผู้ป่วยติดเชื้อไข้หวัดนกยังไม่ถึง 100 ราย รายละเอียดเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจึงยังประเมินได้ไม่แน่ชัด ผู้ป่วยอาจหายเองได้ภายในหนึ่งสัปดาห์ แต่หากมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจะมีอาการของโรคปอดบวมและเกิดอาการหายใจล้มเหลว คล้ายการเกิดโรคซาร์ส และมีโอกาสเสียชีวิตสูงมาก³

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



บทเรียนระหว่างการปกปิดและการเปิดเผยข้อเท็จจริงของไข้หวัดนก

ก่อนที่ประเทศไทยจะเผชิญวิกฤตไข้หวัดนก หลายประเทศทั้งเอเชียและในยุโรปต่างเผชิญไข้หวัดนก ขณะที่ในทวีปยุโรปและอเมริกาขาดแคลนเนื้อไก่ เนื่องจากประเทศในตะวันออกกลางสั่งซื้อไก่แปรรูปล่วงหน้าจำนวนมาก เพื่อกักตุนสินค้าในช่วงสงครามสหรัฐกับอิรัก เช่นเดียวกับสหภาพยุโรปที่สั่งนำเข้าเนื้อไก่จากไทยเพิ่มขึ้น เพราะกำลังประสบปัญหาความกลัวและความแห้งแล้งของโลกอย่างหนัก ส่งผลให้แหล่งผลิตไก่จำนวนมากได้รับความเสียหาย ส่วนที่แคนาดาหันมานำเข้าเนื้อไก่จากไทยมากขึ้น แทนการนำเข้าจากสหรัฐ เนื่องจากผลกระทบของโรคนี้ควาสหรัฐในไก่ของสหรัฐ นอกจากนี้ยังมีการตรวจพบสารตกค้างในโตรฟลูแวนส์ของฟาร์มไก่ในโปรตุเกสและบราซิล เหตุการณ์ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อการส่งออกไก่ของไทยอย่างยิ่ง⁴ ทำให้ในปี 2546 ไทยส่งออกเนื้อไก่และผลิตภัณฑ์จากไก่ได้เพิ่มขึ้นมากซึ่งเป็นรายได้สำคัญของประเทศไทย

จึงไม่น่าประหลาดใจที่ในระยะแรก หน่วยราชการพยายามจะปิดข่าวการตายของไก่จำนวนมากในจังหวัดต่างๆ โดยอ้างว่าเป็นการตายเพราะโรคหวัดที่มักเกิดประจำทุกปี แต่คำถามสำคัญของการเกิดระบาดไข้หวัดนกในบ้านเรา คงอยู่ที่ว่า ทั้งๆ ที่ประเทศไทยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้หวัดนกระบาดในประเทศใกล้เคียง เหตุใดหน่วยราชการที่รับผิดชอบเรื่องนี้จึงจะเล่ายาวระว่างภัยที่อาจเกิดขึ้นกับประเทศไทย

การไม่เปิดเผยข้อเท็จจริงเรื่องไข้หวัดนกนี้เอง ทำให้คณะทำงานของกรมการสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภคของสหภาพยุโรป (อียู) ได้เชิญเอกอัครราชทูตผู้แทนไทยประจำอียู ณ กรุงบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียม ไปดำเนินและแสดงความผิดหวังที่รัฐบาลไทยปกปิดข้อมูลไข้หวัดนก⁵

การปกปิดข่าวในระยะแรก ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชนเป็นอันมาก คนไม่กล้ากินไก่และไข่ รวมถึงสัตว์ปีกอื่นๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีการกลับมาระบาดของโรคที่ 2 ได้มีการเสนอข่าวตรงไปตรงมาและต่อเนื่อง กลับพบว่าความตื่นกลัวไข้หวัดนกรอบนี้น้อยลงกว่าเดิม เห็นได้ว่าความไว้วางใจที่มากขึ้นของประชาชน และการเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างทันทั่วที่มีส่วนช่วยลดความตระหนกตกใจ และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการตื่นกลัว โดยที่ประชาชนก็สามารถรับมือกับสถานการณ์จริงได้ดีขึ้น

ความขัดแย้งทางความคิดอันเนื่องมาจากการระบาดของไข้หวัดนก

ต้องยอมรับว่าเรื่อง 'ไข้หวัดนก' เป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย ความรู้ที่แท้จริงยังไม่เพียงพอ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้คนวิตกกังวลสูง แต่ความคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหายังไม่ลงตัวนัก

1. การโต้แย้งเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงไก่ภายในประเทศ ระหว่างกลุ่มผู้เลี้ยงไก่แบบอุตสาหกรรม ที่ถือไก่เป็นสิ่งที่ของหรือสินค้าต้องการนำไปเข้าสู่ฟาร์มระบบปิด มีการควบคุมอย่างดีแต่การเลี้ยงใช้ต้นทุนสูงกับกลุ่มผู้เลี้ยงไก่แบบพื้นบ้านที่ถือว่า ไก่ต้องมีชีวิตอยู่ตามธรรมชาติ สามารถปรับตัวและสร้างภูมิคุ้มกันตนเองได้

เมื่อเกิดโรคระบาดในรอบแรก ไก่ในการเลี้ยงระบบปิดนั้นอ่อนแอกว่าไก่เลี้ยงแบบธรรมชาติ จึงเกิดความเสียหายมากกว่าแต่ในการระบาดรอบ 2 ไก่พื้นบ้าน เป็ดพื้นบ้านและเป็ดไล่ทุ่ง กลับติดเชื้อและตายมากในรอบที่ 2 จึงอาจเป็นไปได้ว่าไข้หวัดนกเกิดขึ้นในฟาร์มไก่ที่เลี้ยงอย่างแออัดยัดเยียด แล้วเชื้อแพร่กระจายเข้าสู่ธรรมชาติ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างเป็นระบบและจริงจัง

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

ส่วนกลุ่มที่ไม่ต้องการให้ใช้วัคซีนให้เหตุผลว่า ภูมิคุ้มกันที่กระตุ้นโดยวัคซีน อาจทำให้เชื้อไข้หวัดนกกลายเป็นสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการระบาดได้รุนแรงและรวดเร็วมากขึ้น โดยอาจไม่ต้องอาศัยตัวผ่านที่เป็นสัตว์ชนิดอื่นๆ อีกต่อไป และการใช้วัคซีนจะมีผลต่อระบบการเฝ้าระวังโรค ทำให้ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสัตว์ตัวใดมีภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในพื้นที่ หรือเกิดจากการได้รับวัคซีน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการควบคุมและการกำจัดโรคโดยตรง

นอกจากนี้ ยังมีความกลัวว่าประเทศคู่ค้า โดยเฉพาะสหภาพยุโรปและญี่ปุ่นจะระงับการนำเข้าไก่สุกจากประเทศไทย หากมีการใช้วัคซีนไข้หวัดนกไม่ว่าจะในสัตว์ปีกใดๆ แม้ข้อกำหนดเกี่ยวกับการนำเข้าของฮิยูและญี่ปุ่นคล้ายกันคือ การนำเข้าไก่สดห้ามฉีดวัคซีน แต่ไม่มีข้อกำหนดดังกล่าวในการนำเข้าไก่ต้มสุก ผู้บริโภคไก่ต้มสุกก็จะไม่ซื้อถ้ามีการฉีดวัคซีนไก่

นำคิดว่า แม้ในระยะต่อมาหลักฐานต่างๆ ทางวิทยาศาสตร์จะแก้ข้อกังขาดังกล่าวตกไปจนหมดสิ้น แต่ข้อกังวลเกี่ยวกับผลกระทบต่อการส่งออกไก่ ก็ทำให้ประเทศไทยยังเป็นประเทศเดียวในโลกที่ประกาศว่า 'ห้ามใช้วัคซีนไข้หวัดนกในสัตว์ปีกทุกชนิด' และไม่ยอมให้มีการขึ้นทะเบียน 'วัคซีนไข้หวัดนก' อย่างถูกกฎหมายในประเทศ

ทางออกในระยะยาว

ข้อเท็จจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้คือ โรคไข้หวัดนกเป็นปัญหาที่ไร้พรมแดน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากประเทศต่างๆ ในการกำหนดมาตรการแก้ไข ในประเทศเองต้องมีมาตรการเฝ้าระวังที่เข้มแข็ง สามารถตรวจสอบและติดตามการแพร่ระบาดของเชื้อในสัตว์ปีกและในคน เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วสำหรับมาตรการที่ประเทศไทยใช้อยู่ ไม่ว่าจะเป็นการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขกว่า 9 หมื่นคนทั่วประเทศในการติดตามเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง นั้นผู้แทนขององค์การอนามัยโลกถือว่าเป็นตัวอย่างที่ดี

ควรกล่าวด้วยว่า มนุษย์จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับโรคระบาดที่คร่าชีวิตมนุษย์เป็นจำนวนมาก และกรณีเชื้อไข้หวัดนกไม่มีทางจะกำจัดให้หมดไปจากประเทศไทยหรือจากโลกนี้ได้ จึงต้องหาวิธีอยู่ร่วมกับไข้หวัดนกโดยไม่ก่อความเสียหายร้ายแรง ต้องเปิดให้ประชาชนร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้ที่จะอยู่กับการมีเชื้อไวรัสหวัดนกในโลกและในประเทศไทย รัฐบาลและหน่วยราชการต้องดำเนินงานเชิงมหภาคอย่างมีประสิทธิภาพ และประสานกับการดำเนินการเชิงจุลภาคของชาวบ้านหรือ ภาคประชาสังคม ในลักษณะของ 'รัฐ - ประชา ร่วมใจ - ร่วมทำ'

วิกฤตไข้หวัดนกที่ผ่านมา ชี้ว่าเรายังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับนกอพยพของประเทศไทยน้อย จึงควรมีคณะทำงานเกี่ยวกับเรื่องนกอย่างเป็นระบบ จัดให้มีอาสาสมัครที่เป็นนักดูนกหรือผู้ที่สนใจคอยสังเกตและเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่มีอาสาสมัครอาศัยอยู่ ตลอดจนการวิจัยนกอพยพอย่างจริงจัง¹⁰

สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญที่สุดในเรื่องนี้คือ การระบาดของไข้หวัดนกกลายเป็นปัญหาใหญ่ในระดับโลก เนื่องจากประวัติศาสตร์โรคระบาดระดับโลกชี้ว่ามีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ทุก 10 ถึง 30 ปี ทุกครั้งเกิดจากการกลายพันธุ์ของไวรัสไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีก ครั้งล่าสุดระบาดไปเมื่อ 40 ปีที่แล้ว จึงมีแนวโน้มว่าอาจเกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่จากไวรัสไข้หวัดนก นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั่วโลกเชื่อว่าเชื้อไข้หวัดนก โดยเฉพาะสายพันธุ์เอช5เอ็นเอหนึ่งที่กำลังระบาดและมีการติดต่อสู่ คนอาจมีการผสมข้ามสายพันธุ์กับไวรัสไข้หวัดใหญ่หรือกลายพันธุ์จนสามารถติดจากคนสู่คนได้อย่างง่ายดาย ซึ่งอาจส่งผลให้มีผู้คนล้มตายหลายสิบล้านคน

คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขปัญหไข้หวัดนก จึงควรจัดทำแผนเตรียมพร้อมรองรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ไปพร้อมกับการทำแผนแก้ไขปัญหไข้หวัดนกด้วย





สถานการณ์ไข้หวัดนกในประเทศไทย พฤษภาคม 2546 - มกราคม 2548



พฤษภาคม 2546	เกิดโรคระบาดที่มีจุดเริ่มต้นมาจากฟาร์มเลี้ยงไก่ไขวบริเวณบึงบอระเพ็ด และอำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ และระบาดไปยังพื้นที่ข้างเคียง และสู่พื้นที่ภาคกลางในเวลาต่อมา
ธันวาคม 2546	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ยืนยันว่าการตายของไก่ไม่ได้เกิดจากการแพร่ระบาดของไข้หวัดนก แต่เป็นการตายจากสภาพภูมิอากาศของไทย ในช่วงปลายฝนต้นหนาว ส่วนการตายของไก่เขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ที่สูงถึงหนึ่งแสนตัวนั้น จากการชันสูตรพบว่าเกิดจากการติดเชื้ออหิวาต์ไก่ ไม่ใช่การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก
มกราคม 2547	สำนักโรคระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไข้หวัดนก 3 ราย (ผู้เสียชีวิตรายแรกเป็นเด็กชายอายุ 6 ขวบ ป่วยเมื่อวันที่ 3 มกราคม และเสียชีวิตวันที่ 25 มกราคม ที่จังหวัดกาญจนบุรี) แต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขย้ำว่าไม่มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกและถือโอกาสวันตรุษจีนพิสูจน์ความปลอดภัยด้วยการบริโภคไก่ที่ตลาดเยาวราช และต่อมาวันที่ 20 มกราคม มีการจัดเมนูไก่ไปเลี้ยงในการประชุม คณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรีและคณะกินไก่ไขว่ถ่ายทอดสดทั่วประเทศ แต่สามวันถัดมากรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ตรวจพบ การติดเชื้อ H5N1 ครั้งแรกจากฟาร์มไก่ไข่แห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี รัฐบาลจึงยอมรับว่ามีเชื้อไข้หวัดนกในประเทศไทย และตั้งคณะกรรมการ พิจารณาแก้ไขวิกฤตการณ์ไข้หวัดนกระบาดในไก่ วันที่ 23 - 30 มกราคม รัฐบาลสั่งทำลายไก่ และไก่ที่ตายเองรวม 13.9 ล้านตัว จาก 3,459 ฟาร์ม พบพื้นที่มีเชื้อโรค 148 จุด ใน 32 จังหวัด
กุมภาพันธ์ 2547	รัฐบาลจัดมหกรรม กินไก่ไทย ปลดปล่อยร้อยเปอร์เซ็นต์ ที่สนามหลวงพร้อมรับรองว่า หากใครกินไก่ปรุงสุกอย่างดีแล้วเสียชีวิต รัฐบาลยินดีจ่ายเงินชดเชย 5 ล้านบาท
มีนาคม 2547	นายกรัฐมนตรีระบุสถานการณ์ไข้หวัดนกเริ่มคลี่คลาย เหลือเพียงไม่กี่รายบางจุด และเตรียมประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคไข้หวัดนกในวันที่ 9 เมษายน
เมษายน 2547	ในเชิงใหม่พบไก่ตายนับพัน รัฐบาลเลื่อนการประกาศให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้หวัดนกจากวันที่ 9 เมษายนเป็นวันที่ 27 เมษายน ต่อมายอมรับยังไม่สามารถประกาศว่า ประเทศไทยเป็นพื้นที่สีเขียวปลอดเชื้อโรคไข้หวัดนกได้
พฤษภาคม 2547	15 พฤษภาคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ประกาศไทยใช้ปลอดหวัดนก 100% หลังจากไม่พบการระบาดซ้ำทั่วประเทศ 21 วัน แต่เพียง 7 วันถัดมา ก็พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกอีกครั้งที่จังหวัดเชียงใหม่
มิถุนายน 2547	มีการร้องเรียนค่าชดเชยที่ไม่เป็นธรรมที่จังหวัดพิจิตร ปศุสัตว์พบว่ามีการฆ่าตัวและไก่ตายเพื่อขอเงินชดเชย
กรกฎาคม 2547	ต้นเดือนพบไข้หวัดนกปะทุรอบสองที่ฟาร์มไก่ไข่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ถัดมาพบพื้นที่ยืนยันว่ามีเชื้อไข้หวัดนก 59 จุด 21 จังหวัด
สิงหาคม 2547	กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศกระทรวงเรื่องห้ามนำเข้า ห้ามขายและห้ามใช้วัคซีนไข้หวัดนกอย่างเด็ดขาด หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายอาหารปลอดภัย
กันยายน 2547	กระทรวงสาธารณสุขสั่งรื้อแผนการควบคุมโรค โดยเปลี่ยนเป็นการเฝ้าระวังแบบ 100% ทั่วประเทศ ไม่รอให้มีการประกาศว่าพื้นที่ใดเป็นพื้นที่ สีแดง-สีเหลือง แต่จะใช้มาตรการเข้มงวดไว้ล่วงหน้า
ตุลาคม 2547	ต้นเดือนรัฐบาลประกาศล้างฆ่าพันธุ์ไข้หวัดนกให้สิ้นซากภายใน 1 เดือน และเปลี่ยนตัวรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ต่อมากลางเดือนพบเชื้อในสวนสัตว์ราชภัฏจันทรเกษม 1 ตัว จึงต้องฆ่าสัตว์ 147 ตัว จากเชื้อ 358 ตัว
พฤศจิกายน 2547	คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขปัญหามีไข้หวัดนก เสนอแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมโรคและความพร้อมรับมือกับโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ด้วย ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ (1) การจัดการความรู้โรคไข้หวัดนก (2) การเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรและบุคลากร (3) การเฝ้าระวังและควบคุมเมื่อเกิดการระบาด (4) การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และภาคธุรกิจ (5) การจัดการระบบปศุสัตว์ที่ปลอดโรค และ (6) โครงสร้างและการจัดการเชิงบูรณาการ ตั้งเป้าจัดการแพร่ระบาดภายใน 2 ปี ลดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกทุกชนิดทั้งในประเทศ และต่างประเทศไม่เป็นปัญหาภายใน 3 ปี ส่วนเป้าหมายในคน กำหนดว่าภายใน 3 ปี จะไม่มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดนก และมีแผนรองรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีประสิทธิภาพภายใน 1 ปี
ธันวาคม 2547	ยังคงพบการแพร่ระบาดอยู่ประปราย แม้กรมปศุสัตว์มีมาตรการควบคุมและทำลายสัตว์ปีกอย่างเข้มงวด ขณะที่เริ่มมีการระบาดครั้งใหม่ในเวียดนาม
มกราคม 2548	การระบาดในเวียดนามขยายกว้างและมีคนเสียชีวิตกว่า 10 คน กรมเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์แก้ปัญหาไข้หวัดนก และแผนเตรียมพร้อมรองรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ งบประมาณรวมเกือบ 5,000 ล้านบาทใน 3 ปี (2548 - 2550)



4. สังคมไทยกับภัยข่มขืน

ในปี 2547 ปัญหาภัยทางเพศทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นมาก จนคุณภาพของผู้นในสังคม แต่ดูเหมือนว่าปัญหานี้ ก็ถูกฝ่ายควรหาหนทางออกร่วมกัน กลับไม่มีหน่วยงานใด รับเป็นเจ้าภาพอย่างจริงจัง อีกทั้งยังไม่มียุทธศาสตร์ใด ที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้หญิงทุกคน ไม่ว่าจะเป็เด็ก คนแก่ คนพิการ หรือคนชรา จะมีพื้นที่ปลอดภัยเพียงพอที่จะเรียกได้ว่า ‘เขตปลอดภัยข่มขืน’

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

ที่น่าสังเกตและคงต้องใส่ใจในเชิงประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ตำรวจ คือสัดส่วนของจำนวนคดีที่ตำรวจจับผู้กระทำผิดได้นั้นลดลงทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนคดีที่แจ้งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี คือในปี 2546 - 2547 มีเพียงประมาณหนึ่งในสามของคดีที่รับแจ้งเท่านั้นที่สามารถนำคนร้ายมาดำเนินคดีได้ (ดูตารางที่ 1)

แต่สิ่งที่ควรต้องย้ำตรงนี้ก็คือ ตัวเลขผู้เข้าแจ้งความเป็นเพียงปลายยอดของภูเขาน้ำแข็ง เพราะมีผู้เสียหายจากการถูกข่มขืนจำนวนมากที่ไม่แจ้งความ สถิติอาชญากรรมทางเพศของทุกประเทศจึงต่ำกว่าความเป็นจริงมาก สำหรับประเทศไทยมีผู้คาดประมาณว่าจำนวนคดีดังกล่าวเป็นแค่เพียง 5% ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น¹ นั่นคือยังมี 'ตัวเลขมืด' อีกมากมายที่ไม่ถูกบันทึกไว้ในสารบบของการแจ้งความผ่านสถานีตำรวจ ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน อาทิ เหยื่อรู้สึกอายหรือถูกข่มขู่ หรือผู้กระทำผิดเป็นคนใกล้ชิดตัวมาก เป็นต้น

ทำให้ตัวเลขที่แท้จริงของผู้ถูกกระทำยังเป็นปริศนา และผู้ก่อคดีจำนวนไม่น้อยยังลอยนวล บ้างก็ก่อคดีซ้ำ จนยิ่งนานวันดูเหมือนว่า 'พื้นที่ปลอดภัย' ในสังคมไทย สำหรับเด็ก ผู้หญิง คนพิการและคนชรา จะลดน้อยลงเรื่อย ๆ

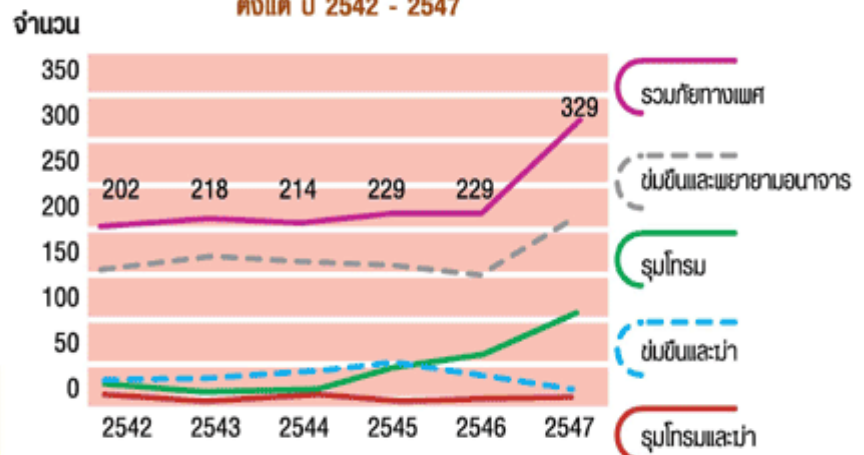
ตารางที่ 1 จำนวนคดีข่มขืนกระทำชำเราและป่าข่มขืน ตั้งแต่ปี 2540 - 2547

ปี	รับแจ้ง	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. คำนวณจากสถิติคดีข่มขืนกระทำชำเราและป่าข่มขืนของศูนย์ข้อมูลอาชญากรรมสำนักงานตำรวจแห่งชาติ <http://www.police.go.th/vpisc>

สถิติถัดมาที่คนทั่วไปสามารถรับรู้คือ จำนวนข่าวที่เกี่ยวข้องกับภัยทางเพศในรูปแบบต่างๆ ที่ถูกตีพิมพ์บนหน้าหนังสือพิมพ์รายวัน มุลนิธิเพื่อนหญิงได้เก็บรวบรวมจำนวนข่าวดังกล่าวนี้มาตั้งแต่ปี 2542 จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ข่าวภัยทางเพศบนหน้าหนังสือพิมพ์เพิ่มสูงขึ้นในปี 2547 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนๆ ที่มีจำนวนข่าวมีประมาณ 200 ข่าว แต่ปี 2547 จำนวนข่าวเพิ่มขึ้นถึง 329 ข่าว² สิ่งที่น่าสนใจคือจำนวนข่าวที่เกี่ยวข้องกับการรุมโทรมหรือการข่มขืนหมู่ ระหว่างปี 2542 - 2547 เพิ่มขึ้นมากถึงเกือบ 100 เท่า

รูปที่ 1 จำนวนข่าวภัยทางเพศจากหนังสือพิมพ์รายวัน ตั้งแต่ ปี 2542 - 2547



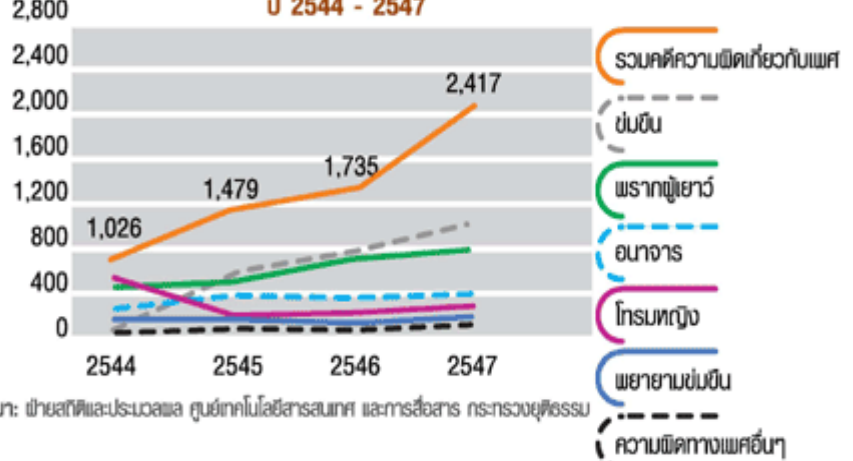
ที่มา: จากการรวบรวมรายงานข่าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2547

จากหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ ได้แก่ ไทยรัฐ, เดลินิวส์, มติชน,

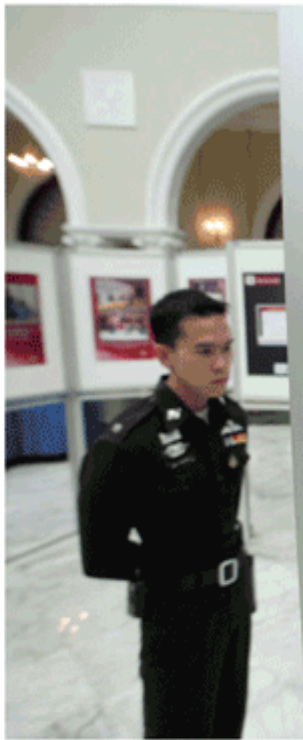
ข่าวสด, และกรุงเทพธุรกิจ โดย ฝ่ายข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนหญิง

ที่น่าสนใจมากที่สุดคือ ในช่วงระหว่างปี 2544 - 2547 จำนวนคดีความผิดทางเพศจากสถานพินิจเด็กและเยาวชนทั่วประเทศสูงขึ้นโดยตลอด จากจำนวนคดีรวม 1,735 คดี ในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 2,417 คดี ในปี 2547 หากพิจารณาเฉพาะคดีข่มขืนในรอบปีนี้พบว่า เหตุการณ์ข่มขืนได้พุ่งสูงถึง 942 คดี มากกว่าปี 2546 ถึง 312 คดี หรือในแต่ละวัน มีผู้ตกเป็นเหยื่อจากเหตุการณ์ข่มขืนโดยเด็กและเยาวชนสูงถึงวันละ 2.6 ราย³

รูปที่ 2 จำนวนคดีความผิดทางเพศซึ่งกระทำโดยเยาวชน ปี 2544 - 2547



ที่มา: ฝ่ายสถิติและประมวล ศูนย์กักขังโสตทัศนศึกษา และการสื่อสาร กระทรวงยุติธรรม



แพ้น้ำมันกับความเสื่อมของศีลธรรม

ปัญหาข่มขืนถือเป็นคดีอุกฉกรรจ์ทางสังคม แต่ได้รับความใส่ใจอย่างจริงจังจากภาครัฐน้อย ด้วยความถี่ของข่าวข่มขืนที่เพิ่มมากขึ้น ในปี 2547 ทำให้บรรดาสื่อมวลชนเรียกว่า 'แพ้น้ำมันข่มขืน' ดังข่าวพาดหัวของหนังสือพิมพ์คม ชัด ลึก วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2547 ที่ว่า 'รุมโทรมสาว ห่วงค่านิยมไทย จีบสาวพาเรียดิว โดยไปยั่วว่า 'รุมโทรมสาว ห่วงค่านิยมไทย จีบสาวพาเรียดิว สังคมไทยเสื่อม วัยรุ่นหลายหัวเมือง ยังเห็นสาวเป็นเครื่องระบาย ตระเวนดูตบข่มขืนสาวพักรูปแบบ ทั้งทำร้ายแฟน ตระเวนดักรอเหยื่อ จนถึงลงมือทำร้ายแฟนเพื่อน'

เมื่อวันสตรีสากล 8 มีนาคม 2547 มีรายงานถึงภัยทางเพศต่อผู้หญิงในสังคมไทยว่า มีสถิติถูกข่มขืนสูงถึงวันละ 12 คน โดยผู้ถูกกระทำประมาณ 4% เป็นเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี¹ ในงานเสวนาทำอย่างไรไม่ให้ถูกข่มขืน ที่โรงเรียนสตรีวิทยา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2547 ได้สะท้อนความคิดเห็นของเยาวชนที่เคยก่อคดีข่มขืนไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้²

รายแรก เยาวชนผู้กระทำความผิดขอหาว่าผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิต กล่าวว่า ตนมองว่าการข่มขืนและรุมโทรม เกิดจากการแต่งตัวหล่อเหลาของผู้หญิงเป็นสำคัญ ทำให้ผู้ชายมองว่าผู้หญิงคนนั้นฟรีเซ็กส์และคิดว่าง่ายจึงข่มขืน

รายที่สอง เยาวชนผู้กระทำความผิดคิดว่าเราหญิงอายุไม่เกิน 18 ปี กล่าวว่า ตนเคยกระทำความผิดโดยร่วมกับเพื่อนข่มขืนผู้หญิงที่เป็นแฟนของเพื่อน เนื่องจากดื่มสุราแล้วขาดสติ ประกอบกับผู้หญิงยังเยาว์อภิมานทางเพศ ด้วยการใส่เสื้อล้าวมและกระโปรงสั้น

รายที่สาม ตัวแทนเยาวชนผู้กระทำความผิดจากบ้านกาญจนาภิเษกกล่าวว่า ตอนที่ข่มขืนนั้นไม่รู้ว่ามีผิดหรือถูก อารมณ์พาไป ต่อไปจะไม่ทำอีกแล้ว เพราะเสียแปปเดียวติดคุกถึง 3 ปี ร้อยยั้งนี้ไม่เสียดีกว่า

ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตำรวจอย่าง พ.ต.อ. สุรติธ อดมรัตน์ ผู้กำกับกองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและเยาวชน มองว่าคดีข่มขืนมีปัจจัยมาจาก 3 ด้าน คือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ ผู้กระทำความผิด โอกาสและเวลา ดังนั้นจะป้องกันได้โดยไม่ให้ทั้ง 3 ปัจจัยมาอยู่ร่วมกัน

ลงโทษให้รุนแรงมากขึ้น...ทางแก้คดีข่มขืน?

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรม ได้กล่าวเมื่อต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2547 ว่า รู้สึกตกใจกับพฤติกรรมของเยาวชนที่กำลังคิดอะไรอยู่ เพราะน่าเป็นห่วงที่สุดที่เยาวชนของไทยกำลังเห็นการไล่ข่มขืนผู้หญิงเป็นแฟชั่น มองเป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งผู้กระทำความผิดเริ่มมีอายุน้อยลงไปทุกที และเสนอให้ลงโทษกลุ่มที่รุมโทรมผู้หญิงรับโทษสูงสุดตามกฎหมาย เพราะเป็นเหตุการณที่ต้องมีการวางแผนมาก่อน

สอดคล้องกับความคิดเห็นของ นายวัลลภ ตังคณานุก์ธนา สมาชิกวุฒิสภา กรุงเทพฯ ในฐานะประธานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา ที่ชี้ว่าปัญหาภัยทางเพศในสังคมไทยนับว่าเป็นเรื่องใหญ่มาก "เกิดปรากฏการณ์แปลกๆ โดยเด็ก คนแก่ และคนพิการจะถูกข่มขืนมากที่สุด ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยมีปัญหาในเรื่องเพศเรื่องเช็กช้อยอย่างมาก ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบในหลายด้าน สาเหตุหนึ่งมาจากกฎหมายของไทยที่มีบทลงโทษสถานเบา ไม่เหมือนกับต่างประเทศที่เขามียกโทษอย่างหนัก จึงไม่ค่อยมีคนกล้าที่จะทำผิด ดังนั้นเราต้องกลับมาทบทวนแก้ไขกฎหมายให้มีบทลงโทษอย่างหนัก"³

ควรกล่าวตรงกันว่า ปัจจุบันกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม มีนโยบายว่าหากเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 14 - 18 ปี กระทำความผิดเหมือนผู้ใหญ่ คือวางแผนเตรียมการมาก่อน มีลักษณะอุกอาจโหดร้ายทารุณ เช่น การข่มขืนหมู่ หรือข่มขืนจนเป็นเหตุให้ผู้ถูกกระทำได้รับอันตรายสาหัส หรือถึงแก่ความตาย เฉพาะข้อหาที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือจำคุกตลอดชีวิต สมควรส่งรายงานต่อศาลเยาวชนให้ส่งคดีไปพิจารณาคดีในศาลอาญา หรือศาลผู้ใหญ่เพื่อลงโทษให้หลายจำต่อไป⁴

สังคมควรจัดการปัญหาภัยทางเพศอย่างไรเพื่อให้หมดไปจากสังคมไทย

มีคนจำนวนไม่น้อยที่เห็นว่า ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดคดีข่มขืนมาจากผู้ตกเป็นเหยื่อนั้นเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแต่งกายสายเดี่ยว เกาะอก นุ่งสั้น หรืออยู่ในสถานที่เปลี่ยวเสี่ยงต่อการถูกข่มขืน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ 'ผู้หญิง' ตกเป็นผู้ถูกกระทำทั้งชิ้นทั้งสอง

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

ความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นในรอบปี 2547 นี้ ทำให้กระทรวงศึกษาธิการจัดทำ 'คู่มือทำอะไรไม่ให้ถูกข่มขืน' แจกให้โรงเรียนต่างๆ ทั่วประเทศ เมื่อเดือนธันวาคม 2547 เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้วิธีป้องกันตัว ซึ่งแจกให้กับนักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไป ส่วนเด็กที่ต่ำกว่าชั้น ป.4 มอบหมายให้พ่อแม่ ครู อาจารย์ และผู้ปกครองช่วยกันเอาใจใส่ดูแล

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันเรายังไม่มีมาตรการที่จะสร้างความปลอดภัยทางเพศให้กับคนในสังคม ขณะที่สังคมไทยก็แวดล้อมไปด้วยสิ่งชั่วร้ายมากมายไม่ว่าจะเป็นวิดีโอหรือวีซีดีโป๊ และเกมข่มขืนในอินเทอร์เน็ต ที่ยังคงแพร่หลายและง่ายที่จะเข้าถึง แนวทางข้างต้นของกระทรวงศึกษาธิการเป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยป้องกันปัญหา แต่ในการแก้ปัญหานี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเกิดความร่วมมือจากหลากหลายฝ่ายดังนี้

สังคม ยุติ ความรุนแรง ต่อ ผู้หญิงได้ ร่วมมือร่วมใจ สร้างความปลอดภัย ให้ผู้หญิง

คำขวัญคณะกรรมการประจำปี 2541
คณะกรรมการรณรงค์ยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง

1. ต้องมีระบบการปลุกฝังทั้งทางตรงและทางอ้อมให้เด็กชายเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีของเพศหญิง ที่สำคัญคือทุกภาคส่วนต้องร่วมรณรงค์เปลี่ยนมายาคติของสังคมที่ยังคงยึดถือว่าผู้หญิงมีหน้าที่เป็นผู้ตอบสนองอารมณ์เพศของผู้ชาย ขณะที่ความต้องการทางเพศของผู้ชายต้องได้รับการตอบสนองเสมอ

2. ภาครัฐควรเน้นหนักการรณรงค์ให้ผู้ใหญ่โดยเฉพาะผู้เป็นบุคคลสาธารณะ ผู้ที่ได้รับการคาดหวังว่าต้องมีความอดกลั้นเรื่องเพศ เช่น ครู พระ และผู้มีหน้าที่ปกป้องและคุ้มครองความปลอดภัยต่อประชาชน เช่น เจ้าหน้าที่รัฐ ต้องเป็นต้นแบบที่ดีให้กับเด็กในเรื่องเพศ หากทำผิดต้องได้รับการลงโทษทางวินัยทันที ก่อนดำเนินคดีอาญาต่อไป

3. สื่อต้องไม่นำเสนอประเด็นข่าวหรือผลิตรายการและละครที่ก่อให้เกิดการจินตนาการและเลียนแบบได้

4. ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมคือ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน วัด ร่วมสร้างเขตปลอดข่มขืน รณรงค์และปราบปรามการแพร่ระบาดของสื่อลามกทุกประเภท

5. แก้ไขข้อบกพร่อง อุดช่องโหว่ของกฎหมายและจุดอ่อนของการปฏิบัติงานในกระบวนการยุติธรรม ที่ทำให้ผู้เสียหายไม่ได้รับความคุ้มครองจนถึงที่สุด หรือยังถูกซ้ำเติมและประทุษร้ายกรรมมากขึ้นจากกระบวนการทางกฎหมาย^๑

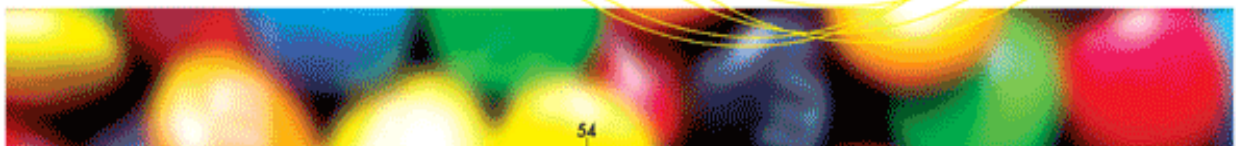
6. ชุมชน โรงเรียน องค์กรเอกชน และองค์การบริหารส่วนตำบล จัดงบประมาณและจัดตั้งหน่วยงานแก้ปัญหาการรื้อยากรของวัยรุ่น โดยการส่งเสริมกิจกรรมในทางที่สร้างสรรค์ปัญญา เช่น เล่นดนตรี เล่นกีฬา กิจกรรมช่วยเหลือสังคม เทียบธรรมชาตารวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต หรือองค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการช่วยกันบำบัดเยาวชนที่กระทำผิดในคดีทางเพศ เพื่อให้อยู่สังคมโดยไม่ประทุษร้ายผิดอีก

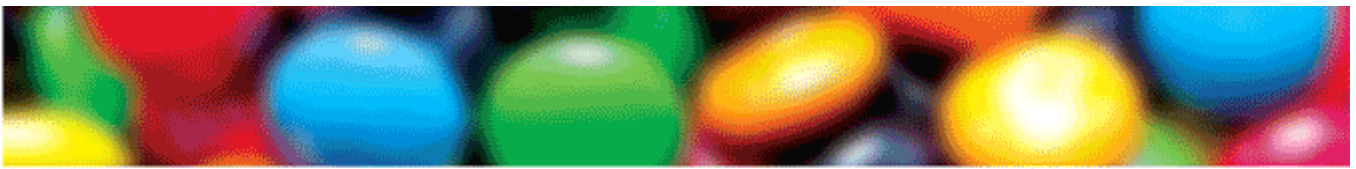


5. น้ำตาลในนมและขนมเด็ก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย



ด้วยรสชาติหวานอร่อยทำให้
ขนมเป็นที่โปรดปราน และอยู่คู่กับเด็กไทย
ทุกยุคทุกสมัย ความต้องการของผู้บริโภค
ตัวเล็กๆ ที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อระบบการผลิตนม
จากเดิมที่เคยอยู่ในระดับครัวเรือนและส่งขายในตลาด
ท้องถิ่นก็เติบโตขึ้นเป็นอุตสาหกรรมนมสำหรับเด็ก
ที่มีการแข่งขันสูงและส่งขายทั่วประเทศ





“

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

กลุ่มผู้ผลิตเข้าใจดีว่าแม้กลุ่มผู้บริโภคของเขาจะยังไม่มีรายได้
แต่ถ้าวางแผนการตลาดดี กำหนดอุปสงค์ให้ชวนกิน ใช้กลยุทธ์
ด้านราคา การโฆษณา และการแจกแถมของเล่นล่อใจ ตบท้ายด้วย
การวางขายแบบหวานหั่วเพื่อให้เด็กหาซื้อได้ง่ายทุกที่ทุกเวลาแม้
กระทั่งร้านค้าในโรงเรียน เงินจะค่อยๆ ไหลจากกระเป๋าของพ่อแม่ผ่าน
ผู้บริโภควัยเด็ก และกลายเป็นผลกำไรของพวกเขาในที่สุด

ข้อมูลภาพกว้างจากการสัมมนาระดับชาติ ‘เด็กไทยรู้ทัน’ ระบุว่าเด็กและเยาวชนอายุ 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

นายแพทย์สุรียะเดช ทริปาตี แห่งสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติกล่าวว่า เด็กไทยติดหวานและเป็นโรคอ้วน
ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ความหวานที่แม่รับเข้าสู่ร่างกายทำให้น้ำคร่ำซึ่งเป็นอาหารของทารกมีรสหวาน เมื่อเกิดมามี
กินนมผงดัดแปลงผสมน้ำตาลอีก³ ซึ่งการทานอาหารรสหวานมากไปนี้ จะทำให้เด็กอ้วนและตัดโอกาสที่เด็กจะได้รับ
สารอาหารอื่นๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย⁴

ขณะที่การศึกษาของสถาบันศิลปวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา (มาया) พบว่า ผู้ปกครองจำนวนมากไม่เห็น
อันตรายของการให้ลูกหลานบริโภคของหวาน ไม่ว่าจะเป็นขนมหรือเครื่องดื่ม เนื่องจากคุ้นชินจากการรับสื่อ
โฆษณาและพาลเข้าใจว่า การบริโภคขนมขบเคี้ยวสามารถบรรเทาความหิวหรือรองท้องให้เด็กได้ในเวลาเร่งรีบ⁵
โดยที่พฤติกรรมติดหวานของผู้ปกครองเองเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ⁶ กล่าวได้ว่าพ่อแม่เด็กหรือผู้ใหญ่เองเป็น
ผู้ส่งเสริมให้เด็กติดรสหวานโดยไม่รู้ตัว

เมื่ออาการ ‘ติดหวาน’ มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก ส่วนหนึ่งมาจากการปลูกฝังโดยพ่อแม่ผู้ปกครอง
การลดพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลจึงจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่เด็กเช่นกัน เครื่องช่ายรณรงค์เด็กไทยไม่กินหวานได้เผยแพร่
ข้อมูลผลกระทบจากการบริโภคน้ำตาลต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชาต่อวัน อาจทำให้เกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวาย เบาหวาน หรือโรคภัยร้ายแรงอื่นๆ⁷ และพยายามสร้างทัศนคติใหม่แก่ผู้ปกครอง
เพื่อให้เด็กหันมาใส่ใจการ ‘ติดหวาน’ ลดปัญหาสุขภาพของเด็ก ผลการศึกษาหลายชิ้นของนักโภชนาการและแพทย์
ชี้ตรงกันว่า อาการ ‘ติดหวาน’ ของเด็กไทยอยู่ในขั้นต้องแก้ไข 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 'กินจนอ้วน' จะเกิดปัญหาด้านสติปัญญา¹² ผลการวิจัยของสิงคโปร์ พบว่าเด็กที่สอบได้เกรดต่ำมักเป็นเด็กที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ที่มาตรฐานกำหนด¹³

แต่ในบ้านเรา รัฐยังไม่มีนโยบายชัดเจนที่จะจัดการปัญหาเด็กอ้วนจนเกิดโรคเรื้อรังก่อนวัยอันควร แม้จะมีผลวิจัยจากเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานระบุว่า ปัจจุบันประมาณ 20% ของเด็กอายุประมาณ 10 ปี ในกรุงเทพฯ เป็นโรคอ้วน เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะชอบอาหารกินด่วนที่เรียกว่า 'ฟาสต์ฟู้ด' น่าสังเกตว่า ปัจจุบันเด็กไทยกำลังตกอยู่ภายใต้กับดักของการโฆษณาอาหาร 'ฟาสต์ฟู้ด' จูงใจให้เด็กติดอาหารรสหวานมันจากอาหารประเภทนี้เพิ่มขึ้น พ่อแม่เด็กเองก็ไม่มีเวลาที่จะให้ความสนใจเด็กเท่าที่ควร ทำให้เด็กต้องเผชิญกับปัญหาโรคอ้วน และมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่อายุยังน้อย¹⁴

นายแพทย์ จิตติวัฒน์ สุประสงค์สินธุ์ นักวิจัยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เล่าว่าพ่อแม่ที่เชื่อว่า 'นม' ดีต่อสุขภาพและบังคับให้เด็กดื่มนม เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เด็กไทยเป็นโรคอ้วน เพราะนมเหล่านั้นมีส่วนผสมของน้ำตาล คณะทำงานด้านสุขภาพเด็กจึงเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศเป็นกฎกระทรวง ห้ามเติมน้ำตาลลงไป ในนมผงดัดแปลงสำหรับเลี้ยงเด็กทารก และนมผงดัดแปลงสูตรต่อเนื่อง โดยเฉพาะสำหรับเด็ก 6 เดือนขึ้นไป ไม่ควรมีน้ำตาลหรือน้ำตาลในนมและอาหารเด็ก¹⁵ โดยผลจากโครงการวิจัยโรคอ้วนในเด็ก มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) พบว่าการเลี้ยงดูทารกด้วยนมผสมทำให้เด็กมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินมากกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่ถึง 20% เนื่องจากทารกติดรสหวานของน้ำตาลที่ผสมในนม¹⁶

กระทรวงสาธารณสุขได้สนองตอบต่อข้อเรียกร้องนี้ โดยออกประกาศห้ามเติมน้ำตาลนมผงดัดแปลง เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2547 และจะมีผลบังคับใช้หลังลงราชกิจจานุเบกษาไปอีก 90 วัน ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จะทำหนังสือแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศปฏิบัติการในแนวเดียวกัน¹⁷

อะไรก็มากกว่า...คุณค่าหรืออันตราย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ทำให้ขนมไม่ได้เป็นเพียงของว่างหลังจากรับประทานอาหาร แต่กลับถูกยกสถานะขึ้นแทนอาหารมื้อหลักบางมื้อ การศึกษาของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าเด็กไทยได้รับพลังงานร้อยละ 23 หรือประมาณ 1 ใน 4 จากการบริโภคขนม ซึ่งสูงกว่าค่าที่เหมาะสมของการรับสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน เด็กที่บริโภคขนมมากเกินไปจะเสี่ยงต่ออาหารมื้อหลักอาจเป็นโรคขาดสารอาหารและโรคอ้วน เพราะขนมเหล่านั้นเต็มไปด้วย แป้ง น้ำตาล น้ำมัน ผงชูรส และเกลือ แต่มีสารอาหารซึ่งจำเป็นต่อการเติบโตและพัฒนาสติปัญญาของเด็กอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก⁹

เกลือซึ่งประกอบด้วยโซเดียมและคลอไรด์เป็นส่วนเล็กๆ ในขนมขบเคี้ยวที่ไม่อาจมองข้าม โดยปกติร่างกายต้องการโซเดียมประมาณ 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ขนมขบเคี้ยวขนาดหนึ่งซองมีปริมาณโซเดียมระหว่าง 22.44 - 1,175.50 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม นั่นหมายความว่าหากกินขนมขบเคี้ยวมากกว่า 2 ซองก็อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้¹⁰

นอกจากนี้ 'คาเฟอีน' ซึ่งคนส่วนใหญ่เข้าใจว่ามีอยู่ในเครื่องดื่มจำพวกชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลังเท่านั้น ก็กำลังระบาดเข้ามาเป็นส่วนผสมของลูกอมเด็กโดยไม่มีการควบคุมปริมาณ อย่างที่เครื่องดื่มเหล่านั้นถูกควบคุมปริมาณคาเฟอีน¹¹ ปัจจุบันความนิยมในการบริโภคน้ำอัดลมและลูกอมผสมคาเฟอีนของเด็กเพิ่มขึ้นมาก หากร่างกายมีคาเฟอีนสะสมต่อเนื่อง ก็ส่งผลเสียต่อพัฒนาการด้านร่างกายและสมองของเด็ก



โฆษณา

โฆษณาจากสื่อต่างๆ มีส่วนกระตุ้นให้เด็กเกิดความอยากบริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโฆษณาทางโทรทัศน์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายตัวน้อยได้รวดเร็วและถ้วนทั่ว มีเด็กจำนวนมากที่ใช้เวลาอยู่หน้าจอโทรทัศน์นานหลายชั่วโมงในแต่ละวัน การซึมซับภาพยั่วน้ำลาย หรืออาการอยากได้ของแฉกของแถมที่มาพร้อมขนมจึงเกิดขึ้นกับเด็กอย่างเลี่ยงไม่ได้ และอาจกล่าวได้ว่า อิทธิพลของครอบครัวและโฆษณาทำให้เด็กจำนวนมากตกอยู่ในภาวะบริโภคน้ำตาลล้นเกิน¹⁸

นายตำรวจ พุฒตาล สมาชิกวุฒิสภา กรุงเทพฯ ประธานคณะอนุกรรมการและติดตามการคุ้มครองผู้บริโภค ได้ยกตัวอย่างอิทธิพลของสื่อที่มีต่อการเลือกบริโภคของเด็กว่า “โทรทัศน์ช่องหนึ่งตอนเช้าเสาร์อาทิตย์ ตั้งแต่เจ็ดโมงเช้าถึงสิบโมงครึ่งเป็นรายการการ์ตูนที่มีโฆษณาขนม 69 ชนิดและมีความถี่ถึง 112 ครั้ง เราไม่มีคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงวิทยุและกิจการโทรทัศน์แห่งชาติ ทำหน้าที่จำกัดและควบคุมสื่อโฆษณา ในขณะที่ต่างประเทศ เช่น สวีเดน ห้ามโฆษณาอาหารเด็กต่ำกว่า 12 ปีทางโทรทัศน์” เป็นต้น¹⁹

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ให้ข้อคิดเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว เพื่อป้องกันการครอบงำจากลัทธิบริโภคนิยมจากสื่อสรุปได้ว่า²⁰

การให้เวลากับลูกหน้าโทรทัศน์ แล้วชวนกันวิเคราะห์เมื่อเด็ก ฉลาดแล้วจะมีเครื่องกลั่นกรองเป็นของตัวเอง โดยธรรมชาติของ เด็กฉลาดอยู่แล้ว..แต่เด็กถูกทำให้...เพราะผู้ใหญ่ทำ โทรทัศน์ทำ วิทยุทำ...วิธีการแก้คือ ให้เด็กดูผ่านกระบวนการกลั่นกรองทางปัญญา ถ้าไม่วิเคราะห์วิจารณ์...ดูไปเรื่อย...พ่อแม่ให้ทีวีเลี้ยงเด็ก ให้ทีวีเลี้ยงลูก ...ลูกก็เสร็จ ทีวีก็กินลูกเข้าไป..ก็ยิ่งทำให้ลูกโง่ ผลของโฆษณาทำให้ เห็นตัวเลขหลายล้านที่หมดไปกับค่าขนม...เด็กเป็นของมีค่าของ แผ่นดินที่รัฐบาลต้องดูว่า อะไรมีพิษภัยต่อเด็กแล้วต้องจัดการ

ทำอย่างไรให้อาหารเด็กไทยอ่อนรสหวาน

1. ในมิติเกี่ยวกับการแสดงฉลากของอาหารพร้อมปรุงและอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปัจจุบันอยู่ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 175 พ.ศ. 2539²¹ สิ่งที่รัฐควรทำต่อเนื่องในมิตินี้คือ การออกมาตรการให้ผู้ผลิตอาหารทำฉลากเตือนในการบริโภคขนมหรือเครื่องดื่มให้อยู่ในปริมาณที่ปลอดภัย โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ ต้องสร้างมาตรการควบคุมข้อความที่ระบุในฉลากกำกับคุณประโยชน์และสารอาหารขั้นต่ำที่ร่างกายควรได้รับและมีในขนมชนิดนั้นๆ ควรมีข้อกำหนดว่าต้องระบุข้อมูลส่วนประกอบของอาหารหรือเครื่องดื่มบนบรรจุภัณฑ์อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย²²

2. ในมิติด้านโฆษณา รัฐต้องสร้างมาตรการจำกัดการโฆษณาให้มีความเหมาะสมและมีจิตสำนึก และไม่กระตุ้นความต้องการในบริโภคจนเกินพอดีซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้บริโภค

3. ในมิติการรณรงค์ต่อสาธารณะ ต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่พ่อแม่ผู้ปกครองและคนในสังคม ให้ตระหนักถึงภัยของการบริโภคอาหารที่ไม่เกิดประโยชน์แต่กลับก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย และเห็นความสำคัญของสุขภาพเด็กอย่างจริงจัง

ทั้งนี้ องค์การภาคีต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องร่วมมือประสานการทำงานกันอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กไทยรอดพ้นจากภาวะ ‘ติดหวาน’ หรือ ‘อ้วนและโง่’





6. จากเปล้าน้อยถึงกาวเครือ... ฤาสมุนไพรรไทยจะตกอยู่ใน อุ้งมือต่างชาติ ?

ทุกวันนี้การแข่งขันแย่งชิงทรัพยากรชีวภาพ ขยายไปทั่วโลก
ประเทศไทยในฐานะ 1 ใน 20 ประเทศของโลกที่ได้ชื่อว่าเป็น
'ประเทศมหาอำนาจด้านความหลากหลายทางชีวภาพ'
จึงเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ได้รับความสนใจ จากนักวิจัยและบริษัท
ข้ามชาติที่จะเข้ามา ศึกษาตัดดวงผลประโยชน์จาก
ทรัพยากร ชีวภาพในบ้านเรา

จุดเริ่มต้นของกระแสอนุรักษ์สมุนไพรรไทยครั้งใหญ่เกิดขึ้นในปี 2547 หลังจากองค์กร
ความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาไทยหรือไบโอไทย (BioThai) ออกมาเปิดเผยว่า
พันธุ์พืชไทยหลากหลายชนิดถูกต่างชาติยื่นจดสิทธิบัตรแล้ว เริ่มด้วยข้าวหอมมะลิ เปล้าน้อย
กาวเครือขาว และมะละกอจีเอ็มโอ ทำให้เกิดกระแสต่อต้านการจดสิทธิบัตรสมุนไพรรไทย
โดยบริษัทข้ามชาติ เพราะนั่นย่อมหมายความว่าสมุนไพรรไทยและความรู้ในการใช้สมุนไพรรของ
ชาวบ้าน ซึ่งควรเป็นกรรมสิทธิ์ของชุมชน กลับกลายเป็นทรัพย์สินส่วนตัวของบริษัทเอกชน
หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

“

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

สิทธิบัตรสมุนไพรไม่ใช่เรื่องใหม่ ที่น่าสนใจคือสิทธิบัตรแบบใด ขัดขวางการพัฒนาต่อยอดความรู้

เรื่องการจดสิทธิบัตรสมุนไพรไทยเคยเกิดขึ้นประมาณ 20 ปีมาแล้ว ที่โด่งดังคือกรณีสมุนไพร ‘เปล้าน้อย’ ของไทย ซึ่งมีฤทธิ์สมานแผลในกระเพาะอาหาร แพทย์พันธุ์ตามธรรมชาติในป่าหลายแห่งแถบจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ปราณบุรี และกาญจนบุรี ถูกบริษัทซึ่งเกี่ยวข้องกับญี่ปุ่นโดยความร่วมมือของนักวิชาการไทย นำกระบวนการสกัดสารที่ได้จากเปล้าน้อยในเมืองไทยไปจดทะเบียนสิทธิบัตรยา ชื่อ ‘เพลานโทล’ (Plaunotol) มีชื่อทางการค้าว่า ‘เคลเน็กซ์’ (Kelnac) เพื่อใช้เป็นยารักษาแผลในกระเพาะและลำไส้ สนนราคาของยานี้ที่ขายในญี่ปุ่นตกเม็ดละ 30 บาท แต่บริษัทไม่มีนโยบายที่จะวางขายยานี้ในประเทศไทย² ทั้งนี้ บริษัทซึ่งเกี่ยวข้องได้มาตั้งโรงงานที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทำการสกัดสารจากเปล้าน้อยส่งไปขายทั่วโลก³

ตัวอย่างของ กวาวเครือขาว และ เปล้าน้อย จึงแสดงให้เห็นว่า วงการสมุนไพรไทยอาจสูญเสียสิทธิประโยชน์และผลประโยชน์ที่ติดตามมาของระบบสิทธิบัตรที่จดในต่างประเทศ มีการคาดการณ์ว่ายังมีสมุนไพรไทยหลายชนิดที่พัฒนามาเป็นที่ยอมรับ และตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกบริษัทต่างชาตินำไปจดสิทธิบัตร เช่น พื้ทะเลลายโจร ชุมเห็ดเทศ หม่อน กระเจี๊ยบแดง ส้มแขก ลูกประคบ ขมิ้นชัน ไพล กวาวเครือแดง กระชายดำ บัวบก และพริกไทย⁴

อย่างไรก็ตาม นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้ข้อสังเกตต่อเรื่องการจดสิทธิบัตรกวาวเครือว่ามีจดในต่างประเทศอย่างน้อย 16 ฉบับ คือเริ่มมีการขอจดตั้งแต่ปี 2498 และได้รับสิทธิบัตรในปี 2500 เท่าที่ตรวจสอบพบว่า สิทธิบัตรกวาวเครือของญี่ปุ่นและเกาหลีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เพราะส่งผลต่อการพัฒนาสมุนไพรไทยในบ้านเราและในประเทศอื่นๆอย่างแตกต่างกัน กล่าวคือ⁵

สิทธิบัตรญี่ปุ่นมุ่งใช้เฉพาะภายนอกสำหรับผิวหนังและมีวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง แต่สิทธิบัตรของเกาหลีนอกจากจดในประเทศตนแล้ว ยังนำไปจดในประเทศต่างๆที่ครอบคลุมตลาดสำคัญๆ ในโลก และมีลักษณะครอบจักรวาล คือใช้ทั้งส่วนหัว ราก ใบ และต้น กรรมวิธีก็ใช้ทั้งความร้อน ความเย็น และการทำให้แห้งในระบบสุญญากาศ ผลิตภัณฑ์ที่ระบุก็ผลิตทั้งในรูปเครื่องดื่ม อาหารและยา บรรจุภัณฑ์ก็มีทั้งเป็นเม็ด แคปซูล ในรูปทั้งห่อและขวดหรือกล่อง ซึ่งทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบอย่างมากต่อผู้ผลิตรายอื่นๆ ทั้งหมด เพราะไม่มีช่องทางเหลือให้พัฒนาต่อยอดได้อีก

ข้อมูลเหล่านี้ก็นำมาสู่การถกเถียงเรื่องการจดสิทธิบัตรสมุนไพรไทยโดยบริษัทข้ามชาติตลอดปี 2547 ว่าอาจนำไปสู่การยึดครองผลประโยชน์มหาศาลของสังคมไทย จนเกิดความเห็นแยกออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่คัดค้านการจดสิทธิบัตร และกลุ่มที่เห็นว่าการจดสิทธิบัตรไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาอย่างที่กังวลกัน

”





สมุนไพรไทยต้องเป็นของไทย

ข้อได้แก่หลักของกลุ่มที่คัดค้านการจดสิทธิบัตร ต้องการคุ้มครองสมุนไพรไทยมองว่า ประเทศไทยย่อมทรงสิทธิเหนือทรัพยากรชีวภาพของตนเอง การจดสิทธิบัตรของบริษัทข้ามชาติ จึงเป็นการละเมิดข้อตกลงของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งมีประเทศต่างๆ ทั่วโลกมากกว่า 100 ประเทศได้ให้สัตยาบันเอาไว้⁶

นอกจากนี้ ยังเป็นการละเมิดพระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 ซึ่งถือว่าสมุนไพรอย่างกวาวเครือเป็นพันธุ์พืชป่า หรือพันธุ์พืชพื้นเมืองทั่วไปในกรณีที่มีการนำมาปลูกในแปลงเกษตร จึงอาจเป็นไปได้ว่าสิทธิบัตรและข้อถือสิทธินั้นอาจขาดองค์ประกอบเรื่องความใหม่ตามกฎหมายสิทธิบัตรของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ

ในกรณีพันธุ์พืชธรรมชาติที่ถูกคุ้มครองภายใต้พระราชบัญญัตินี้ หากจะมีการนำพันธุ์พืชคุ้มครองออกนอกประเทศ หรือนำไปวิจัยหรือใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจการค้า จะต้องได้รับการอนุญาตและต้องทำสัญญาแบ่งปันประโยชน์กับคณะกรรมการคุ้มครองพันธุ์พืช สิทธิบัตรดังกล่าวอาจจะผิดกฎหมายไทยด้วย เพราะคุณสมบัติในการดูแลสรรพคุณนั้นเป็นความรู้ที่แพร่หลายในหมู่หมอยาพื้นบ้านของไทยมาช้านาน⁷



กลุ่มคัดค้านการจดสิทธิบัตรรู้สึกผิดหวังต่อท่าทีเบื้องต้นของกรมทรัพย์สินทางปัญญา และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อการนี้กวาวเครือขาว ที่มองว่าเป็นสิทธิของบริษัทข้ามชาติที่จะจดสิทธิบัตรได้⁸ ข้อเสนอของกลุ่มนี้คือ ทุกหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับพันธุ์พืชของไทย ควรเร่งหาทางแก้ไขปัญหานี้ เนื่องจากการจดสิทธิบัตรกวาวเครือจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและพัฒนา รวมถึงการส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรกวาวเครือขาวของไทยไปจำหน่ายในตลาดต่างประเทศอีกด้วย⁹



จดสิทธิบัตรได้ไม่มีปัญหา

กลุ่มที่เห็นด้วยกับการจดสิทธิบัตรมีความเห็นว่า กฎหมายสิทธิบัตรระหว่างประเทศจะให้ความคุ้มครองเฉพาะสิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้นขึ้นใหม่ที่ยังไม่เคยมีใครเป็นเจ้าของ และไม่ใช่ว่าสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติ แต่กวางเครือเป็นพืชที่มีอยู่ตามธรรมชาติ จึงไม่ถือว่าเป็นการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาของไทย¹⁰

ดังนั้นการจะคัดค้าน ฟ้องร้อง หรือเพิกถอนสิทธิบัตร กรณีกวางเครือขาว ผู้คัดค้านจะต้องเป็นผู้ผลิตเครื่องสำอางชนิดเดียวกันโดยมีกวางเครือขาวเป็นส่วนประกอบ และพิสูจน์ให้ได้ว่า ได้คิดค้นขึ้นก่อนบริษัทญี่ปุ่นจดสิทธิบัตร โดยต้องไปฟ้องร้องที่ศาลในประเทศญี่ปุ่น และสหรัฐอเมริกา พร้อมแสดงหลักฐานให้ศาลเห็นว่าสิ่งประดิษฐ์ดังกล่าวไม่ใช่ของใหม่ เพราะคนไทยได้ประดิษฐ์คิดค้นมาก่อน จึงจะฟ้องร้องให้สหรัฐและญี่ปุ่นเพิกถอนสิทธิบัตรได้ เพราะถือว่าละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาของไทย¹¹

อีกเหตุผลหนึ่งก็คือ พืชธรรมชาติอย่างกวางเครือขาว ยังมีอยู่ในประเทศอื่นๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย การจดสิทธิบัตรกวางเครือขาวของญี่ปุ่นครั้งนี้ ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนที่จะบอกว่า เป็นกวางเครือขาวของไทย นอกจากนี้การนำสมุนไพรไทยไปจดสิทธิบัตรในต่างประเทศ น่าจะเป็นผลดีที่พืชพรรณของไทยถูกนำไปวิจัยพัฒนาต่อยอดทำให้คนทั่วโลกรู้จักกวางเครือ และหลังจากที่สิทธิบัตรมีอายุครบ 20 ปี ก็สามารถนำมาผลิตกันทั่วไปได้ อย่างเช่นกรณีเปิ้ลน้อย เป็นต้น

ทัศนคติไม่คัดค้านการจดสิทธิบัตรนี้ สอดคล้องกับความเห็นของนายคณิสสร นาวานุเคราะห์ อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญาที่ยืนยันว่า จะไม่มีผลกระทบต่อการค้าและการวิจัยของไทยไม่ว่าใครก็ยังค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับกวางเครือขาวได้ รวมถึงยังผลิตและขายสินค้าที่มีส่วนประกอบจากกวางเครือได้ ยกเว้นว่าสินค้านั้นๆ จะซ้ำกับสินค้านี้ที่มีส่วนประกอบของกวางเครือขาวที่จดสิทธิบัตรไปก่อนหน้านี้แล้ว¹²



ทิศทางการคุ้มครองสมุนไพรไทยในอนาคต

แนวคิดในการคุ้มครองสมุนไพรและพืชพันธุ์ธรรมชาติในประเทศไทย เป็นทิศทางที่กลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการจดสิทธิบัตรต่างก็เห็นสอดคล้องกันว่า รัฐไทยต้องวางท่าทีที่ชัดเจนในเรื่องนี้ นั่นคือควรปรับแก้กฎหมายที่มีอยู่ ให้สามารถควบคุมการเคลื่อนย้ายทรัพยากรธรรมชาติของไทยให้ได้จริง และต้องเร่งรัดการออกกฎหมายรอง เช่น กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสถานการณ์จริงในปัจจุบัน

ควรย้ำด้วยว่า การคุ้มครองพันธุ์พืชที่ขึ้นในประเทศไทย ไม่เพียงแต่ควรจะได้รับการคุ้มครองด้านทรัพยากรชีวภาพ ยังต้องคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาของกรรมวิธีสกัดสารสำคัญด้วยน้ำและแอลกอฮอล์ที่ใช้กันมาแต่โบราณด้วย คนไทยควรมีสติใช้สมุนไพรไทยทั้งในรูปสกัดแบบโบราณ โดยรัฐเป็นผู้จดสิทธิบัตรแทนทั่วโลกและมีหน่วยงานสนับสนุนรวมทั้งเงินทุนในการไปจดทะเบียนพันธุ์พืช สารสำคัญต่างๆ และกรรมวิธีการสกัดสารสำคัญที่นักวิทยาศาสตร์ไทยทำได้แล้ว เพราะค่าใช้จ่ายในการจดทะเบียนลิขสิทธิ์และสิทธิบัตรในต่างประเทศจะสูงมาก ลำพังเอกชนคงไม่สามารถกระทำได้¹³

ด้วยความเชื่อว่าสังคมไทย ควรก้าวไปด้วยปัญญาและความรู้มากกว่าความเห็น กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เสนอสองทิศทางในการพัฒนาสมุนไพรไทย ดังนี้¹⁴

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

2. ต้องเร่งรัดพัฒนาการปลูก การพัฒนาสายพันธุ์ การบันทึก รอยพิมพ์พันธุกรรม การเก็บเกี่ยว การแปรรูป การผลิต และการตลาดสมุนไพรให้เป็นระบบ

”



7. ลือโป๊ๆ กับเรื่องเช็กส์ของวัยรุ่น

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

“

ขณะที่ปี 2547 เป็นปีที่ข่าวและคดีภัยทางเพศในสังคมไทยพุ่งขึ้นสูงอย่างน่าตกใจ (ดังเสนอในสถานการณ์เด่นลำดับที่ 4) ในปีเดียวกันนี้เอง ก็เกิดกรณีสื่อโป๊หลากหลายรูปแบบ ถูกนำเสนอต่อสาธารณะทั้งในแง่ความเป็นห่วง ต่อสถานการณ์ เช่น เรื่องโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือรับส่งรูปโป๊ได้ เพลงที่มีเนื้อหาโป๊ การดูโป๊ และเว็บไซต์โป๊ และในแง่ความแพร่หลายเข้าถึงได้ง่ายๆ ของสื่อโป๊ยุคดั้งเดิมคือ หนังสือปกขาว ยุคสมัยใหม่หน่อยก็คือ วีดีโอโป๊ และหนังแผ่นโป๊ โดยยังไม่นับรวมการตีพิมพ์รูปโป๊เปลือยในนิตยสารและหนังสือพิมพ์รายวันที่ทำเป็นประจำกันอยู่แล้ว

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

น่าสนใจว่า สื่อต่างๆ ที่นำเสนอเรื่องราวที่เป็นโป๊ในทางโป๊เปลือย มักปฏิเสธว่าตนไม่มีส่วนในการทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบในวัยรุ่นและเยาวชน โดยอ้างว่าเด็กวัยรุ่นสมัยนี้คิดเองเป็น รู้อะไรถูก อะไรผิด แต่สิ่งที่แน่นอนของสังคมบริโภคนิยมก็คือรายได้ มหาศาลจากธุรกิจมักอยู่เหนือกฎเกณฑ์แห่งความถูก-ผิดเสมอ

ภาพยนตร์โป๊ เปลือย เล่นแบ่งระหว่างศิลปินกับอนาจาร

โดยเนื้อแท้แล้ว ภาพยนตร์ควรมีจุดขายอยู่ที่การแสดงสมรรถภาพของนักแสดง หรือบทประพันธ์ แต่ปัจจุบันจุดขายส่วนหนึ่งกลับอยู่ที่ความโป๊เปลือยของตัวแสดง หรือการแสดงฉากรักที่เร้าร้อน การนำเสนอหรือหยิบยกเรื่องราวศิลปะบันเทิงเชิงกามารมย์มาแสดงในที่สาธารณะแล้วซ้ำเล่า ยิ่งกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นของคน และสามารถทำให้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทุกเพศทุกวัยจำนวนมากยอมเจียดเงินเพื่อสนองตอบสิ่งเร้าเหล่านี้

ปัจจุบันมีการลงทุนทำหนังแผ่นในรูปแบบวีซีดีที่เหล่าดาราชายหญิงใจกล้า และนายทุนที่ขาดสำนึกเห็นช่องทางร่ำรวยจากธุรกิจโชว์เรื่อนร่าง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อสังคม หนังแผ่นลามกกลายเป็นปัญหาสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งคดียั่วยุ โดยผู้ต้องหาล้วนอ้างว่าเกิดอารมณ์ค้างจากการดูหนังโป๊



ภาพโป๊...ของร้อนต้องใจหลายวงการ

โฆษณาในนิตยสารที่สร้างความฮือฮาไปทั่ว คงไม่พ้นโฆษณาบัตรเครดิตธนาคารแห่งหนึ่งของบ้านที่นางแบบสาวกับแฟนหนุ่มลุกครึ่งถ่ายภาพเปลือยเปล่าไร้ผ้าปกปิดมีเพียงบัตรเครดิตใบจี๋ปิดของสงวน จนเกิดประเด็นร้อน 'บัตรเครดิตดาว ศิลปะหรืออนาจาร'² นิตยสารสำหรับผู้ชาย เช่น นิตยสารรถยนต์หลายเล่ม ก็มีภาพผู้หญิงเปลือยเปล่าโพสท่ายั่ววน และยังมีโฆษณาในเชิงคำประเวณีร่วมด้วย ไม่เว้นแม้แต่หนังสือพิมพ์รายวันก็ต้องนำดาราสาวโชว์ความเซ็กซี่ ขึ้นปกหนังสือพิมพ์ในวันสุดสัปดาห์ หรือหนังสือพิมพ์ก็หาบางฉบับที่มีโฆษณาเรื่องเพศและการค้าประเวณีแบบแฝง

และสิ่งที่กำลังเป็นภัยเงียบต่อเยาวชนไทยอย่างยิ่ง คือหนังสือการ์ตูนญี่ปุ่น ที่มักมีเรื่องราวเกี่ยวกับความรักโรแมนติก และที่มากกว่านั้น ก็คือในบางครั้งเนื้อเรื่องและภาพประกอบเกี่ยวข้องกับ การร่วมประเวณีล้วนๆ

โป๊ - X - เซ็กส์ - เปลือย...

เทคโนโลยีล้ำหน้าแต่จิตใจยังคงยถาเยง

แม้เทคโนโลยีสมัยใหม่สร้างความสะดวกสบายให้กับมนุษย์ แต่มีคนจำนวนไม่น้อยที่นำมาใช้ในทางที่ผิด

● **เซ็กส์ผ่านเน็ต** จากการสำรวจเว็บไซต์โป๊ที่เป็นเว็บไซต์หลัก 10 แห่งของประเทศไทย พบว่าจะนำไปสู่เว็บไซต์โป๊ประมาณ 1,000 เว็บไซต์ที่ผู้เล่นอินเทอร์เน็ตสามารถเข้าไปดูภาพโป๊เปลือย การร่วมเพศ และส่งภาพโป๊ของตัวเองหรือผู้อื่นในลักษณะแอบถ่ายให้ผู้ที่ยินยอมชมชอบเข้าไปดูตลอดเวลา รวมทั้งสามารถสั่งซื้อหนังแผ่นโป๊ และอุปกรณ์เครื่องเล่นประกอบการเล่นเซ็กส์ นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมพูดคุยสดถูกนำมาเป็นเครื่องมือเชิญชวน หรือขายบริการทางเพศ หรือเพื่อสร้างความพึงพอใจให้ทั้งสองฝ่าย³

● **เซ็กส์ผ่านมือถือ** ผู้ใช้สามารถถ่ายรูปโป๊เปลือยของตนเองเก็บไว้ดูได้ทุกขณะ หรือดาวน์โหลดภาพโป๊ หรือคำพูดที่สื่อไปในทางลามกจากผู้ประกอบการที่ไร้สำนึกในราคาหลายบาท

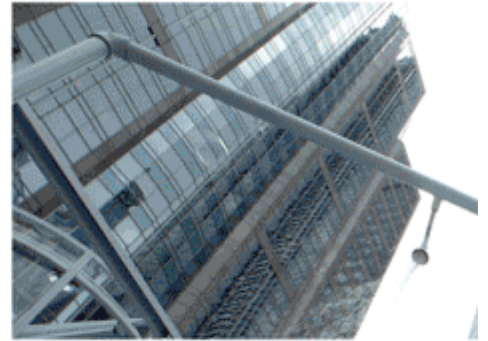
● **เซ็กส์เว็บแคม** เทคโนโลยีสื่อสารที่เชื่อมต่อกล้องวิดีโอ และอินเทอร์เน็ตเข้าด้วยกัน ทำให้สามารถพูดคุยกันเห็นภาพอวัยวะต่างๆ ถูกนำมาใช้เพื่อถ่ายทอดการเปลื้องผ้าโชว์เรื่อนร่าง สำเร็จความใคร่ ให้อีกฝ่ายหนึ่งดูด้วยความสมัครใจ หรือเก็บคำดูโดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร รวมทั้งยังสามารถดูภาพเคลื่อนไหวผ่านบริการของโทรศัพท์เคลื่อนที่ได้ด้วย เรียกว่า เซ็กส์เอ็มเอ็มเอส (Sex Multi-Media Service)



“

‘วิกฤตเพศ’ ในงานวิจัย

งานวิจัยหลายชิ้น เปิดเผยถึงความผิดปกติของเซ็กส์ในวัยรุ่นไทย จนสื่อตั้งฉายาตีตรา วัยรุ่นแบบรายวันไม่ซ้ำกัน อาทิ ‘เด็กไทยใจแตก’ ‘ชอบมีกิ๊ก’ ‘ติดเซ็กส์’ ‘นิยมเซ็กส์เอื้ออาทร’ เป็นต้น บางสื่อถึงกับระบุว่ าวุ่นาเลนไทน วันลวยกระทง เป็นวันเสยตัวแห่งชาติ ซึ่งเป็นการตอกย้ำปัญหาวัยรุ่นมากกว่าหาทางร่วมมือแก้ไข



มีนักวิชาการและนักพัฒนาด้านเด็กหลายท่านที่มีความคิดต่างออกไปดังเช่น ทิชา ณ นคร นักพัฒนาเด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนบ้านกาญจนาภิเษก ให้มองสิ่งที่ทำลายต่อจริยธรรมของนักวิชาการที่ทำงานด้านเด็กว่า การทำวิจัยถึงปัญหาเด็ก และนำเอาปัญหามาพูดถึงบ่อยครั้ง ทำให้สังคมและตัวเด็กเองรู้สึกว่าเขาแย่มากๆ และผู้ใหญ่ตีตราเขาแบบนั้น เป็นการเหยียดหยามซ้ำเติมทำให้เด็กไม่เกิดแรงบันดาลใจที่จะสร้างสรรค์สิ่งดีๆ

“น่าสังเกตใหม่ว่า ทุกครั้งที่พูดถึงปัญหา นักวิชาการเหล่านี้ไม่เคยเสนอทางออกและทางแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม การพูดถึงปัญหาใดๆ ก็พูดได้ จะพูดบ่อยแค่ไหนก็พูดได้ แม้ว่าสภาพสังคมจะเป็นอย่างไรก็ตาม แต่ถามหน่อยว่ามันได้ประโยชน์อะไร นอกจากช่วยกันตอกย้ำว่ามันเลวร้ายและมันจะมีแต่เลวร้ายยิ่งขึ้นไปอีก ทำไมไม่ช่วยกันแก้ปัญหาและนำสิ่งดีๆ มาพูดกันบ้าง เด็กๆ จะได้มีกำลังใจ”⁴

นายวัลลภ ตังคณานันท์ ประธานคณะกรรมการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา กล่าวถึงข้อมูลที่ระบุว่าเด็กไทยสวิงกิ้งเป็นอันดับหนึ่งของโลกว่า ข้อมูลนี้ถือว่าทำลายสังคมไทยอย่างรุนแรง ทำให้ชาวโลกมองว่าเด็กไทยสับสนและเรียกร้องให้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว⁵

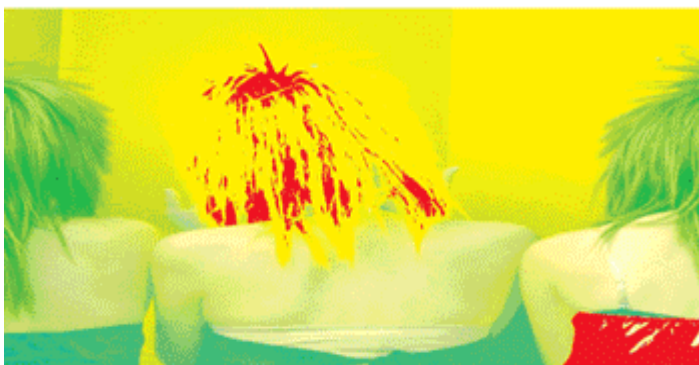
ผู้ที่เกี่ยวข้องจากกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษกกรมสุขภาพจิตให้ข้อสังเกตที่น่าขบคิดว่ าวุ่นาปัญหา ‘เด็กติดเซ็กส์’ ยังไม่พบข้อมูลในเชิงตัวเลขที่ชัดเจน อีกทั้งปัญหานี้ยังไม่ได้เป็นไปในลักษณะรุนแรงแต่การเสนอข่าวทำให้มองว่ารุนแรง

“เป็นเรื่องที่ดีที่เรามีความต้องการทางเพศ แสดงว่าเขาพัฒนามาถูกทาง เป็นภาวะปกติ แต่ที่สำคัญคือจะทำอย่างไรให้เขามีเซ็กส์ในวัยอันควร เรียนรู้อย่างถูกต้องและเตรียมตัวให้พร้อมเรียบร้อยเสียก่อน ผมคิดว่าที่ปัญหานี้เพิ่มมากขึ้นก็เพราะสภาพสังคมตอนนี้ เป็นแบบครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ จึงเปิดโอกาสให้เด็กเป็นอิสระ อยู่ตามหอพัก ไกลหูไกลตา และก็ขาดความยับยั้งชั่งใจ”⁶

ขณะที่ นายแพทย์ ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบายสาเหตุของปัญหาวัยรุ่นว่า วิกฤตวัยรุ่นส่วนหนึ่งมาจาก ‘สื่อ’ ที่ทำให้ การรับรู้ของวัยรุ่นกว้างไกลขึ้น แต่ ‘เซ็กส์’ เรื่องเดียว ก็นำเสนอทั้งแบบพิสดาร ซีตขยักกันเกลื่อนเมือง หาซื้อขาย สะท้อนให้เห็นว่าโอกาสในการเข้าถึงสื่อลามกของวัยรุ่นสมัยนี้ทำได้ง่ายขึ้น

“ผมคิดว่าส่วนหนึ่งมาจากระบบครอบครัว พ่อแม่คนไทยอายุ ไม่ค่อยสอนลูกในเรื่องของเพศศึกษา เด็กเลยต้องไปเรียนรู้จากเพื่อน ขณะที่ประเทศในยุโรปหรืออเมริกามีสื่อที่นำเสนอเรื่องเซ็กส์ แต่เขากลับกันเด็กออกไปจากสื่อเหล่านี้ได้ ซึ่งก็นำไปศึกษาวิธีการเหมือนกันว่า เขาทำอย่างไร...ถึงวันนี้ ไม่ควรมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องเสียหาย จนเด็กต้องไปแอบทำ แต่ควรมีวิธีการสอน เพราะแม้แต่เด็กอนุบาลเดี๋ยวนี้ก็งูมือกันเข้าห้องน้ำแล้ว เพราะต้องการเรียนแบบผู้ใหญ่”⁷





สังคมไทยควรสร้างภูมิคุ้มกัน มากกว่าตอกย้ำถึงปัญหา

สื่อมวลชนมักจะถูกสังคมเรียกร้องให้รับผิดชอบต่อปัญหาที่ว่าควรต้องเปลี่ยนมุมมอง และความคิดใหม่ในการนำเสนอสิ่งที่เป็นคุณค่าต่อสังคมหรือช่วยจรรโลงสังคม และผลิตสื่อที่ไม่ละเมิดจรรยาบรรณของวิชาชีพ โดยไม่ตอกย้ำสิ่งที่เป็นการข่มขู่ให้เด็กและเยาวชนหลงผิดหรือเกิดพฤติกรรมเลียนแบบอย่างที่ผ่านมา

แต่สิ่งที่เราควรก้าวไปกว่านั้นในเชิงมาตรการรูปธรรม มากกว่าการตั้งคำถามกับสื่อยังมีอีกหลายแนวทาง ประการแรกคงต้องเรียกร้องให้ภาครัฐยับยั้งกับปัญหานี้อย่างจริงจังและเร่งด่วนกว่านี้ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับกฎหมายและการบังคับใช้ ความจริงแล้วภาครัฐตระหนักถึงความไม่พร้อมของกฎหมายเก่าในการใช้แก้ปัญหา เพราะเป็นเสมือน 'ดาบที่เป็นสนิม' จึงได้มีความพยายามยกร่างกฎหมายใหม่ขึ้นมาหลายฉบับ

ไม่ว่าจะเป็น การแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติมาตรการป้องกันและปราบปรามการทำให้แพร่หลาย การผลิตและการค้าวัตถุลามก และร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 287, 287 ทวิ และ มาตรา 287 ทรี หรือร่างพระราชบัญญัติอาชญากรรมทางคอมพิวเตอร์ แต่กระบวนการทำงานนี้ดูเนิ่นนาน และไม่สามารถนำมาใช้กับปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ประเทศไทยก็ยังคงอยู่ในสภาวะของ 'การรอคอย' เครื่องไม้เครื่องมือที่อาจเป็นดาบศักดิ์สิทธิ์ไว้จัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

น่าจะมีเวลาแล้ว ที่จะมีการกำหนดประเภทของสื่อแต่ละชนิดให้เหมาะกับอายุผู้เสพสื่อ เช่น การกำหนดให้เด็กห้ามเสพภาพยนตร์แบบใดบ้างโดยเด็ดขาด หรือเสพได้แต่ต้องมีพ่อแม่ผู้ดูแลร่วมอยู่ด้วย เป็นต้น

ประการสำคัญที่สุด น่าจะอยู่ที่การสร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กปลอดภัยจากสิ่งข่มขู่และมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ซึ่งในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าให้ปิดหู ปิดตา และปิดปากเด็กและเยาวชนไม่ให้รู้เรื่องเพศ และเสพสื่อทางเพศเลย เพราะการเข้าใจถึงความหมายของ 'สื่อทางเพศ' อย่างต้องแท้ น่าจะจุดเริ่มต้นในการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตัวเด็กเอง

ข้อเท็จจริงมีอยู่ว่าสื่อทางเพศ ไม่ได้มีแต่สื่อลามกอนาจาร เพราะสื่อทางเพศ หมายถึงการสื่อสารให้เข้าใจถึงเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็นภาพ อักษร หรือเสียง สื่อทางเพศจึงมีทั้งหมดที่เป็นบวก สร้างเสริมปรากฏการณ์ที่ดี และคมที่เป็นลบเร่งทำให้เสียเสียอย่างเร็ววิวัฒนาการและอาจทำร้ายผู้อื่น สิ่งสังคมไทยควรก้าวไปก็คือ ร่วมกันสร้าง-สรรค์สื่อทางเพศที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศที่ถูกต้องให้กับสังคม



8. ความรุนแรงในวัยรุ่น อันตรายหรือคึกคะนอง พิศพลั้งหรือตั้งใจ?

“

ไม่ว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากวัยรุ่นจะด้วย ‘ตั้งใจ’
หรือ ‘พลั้งพลาด’ ไปก็ตาม สังคมไทยไม่ควรปล่อย
ให้วัยรุ่นโดดเดี่ยว 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 และอะไรเป็นแรงผลักดันที่ให้
เด็กวัยรุ่นก่อความรุนแรง ‘พิศพลั้ง’ หรือว่า ‘ตั้งใจ’

”



รูปแบบของความรุนแรงในวัยรุ่น ณ ปี 2547

วัยรุ่นรวมกลุ่มกับเพื่อนเป็นเสมือนพลังผลักดันสู่ความสำเร็จ หากสิ่งที่กระทำเป็นอย่างสร้างสรรค์ แต่อาจเป็นผลร้ายต่อสุขภาพของสังคมหากวัยรุ่นขาดการยับยั้งชั่งใจ ดังรูปแบบการก่ออาชญากรรมของกลุ่มวัยรุ่นที่รวบรวมได้ในปี 2547 สะท้อนให้เห็นถึงความอ่อนแอและตกต่ำอย่างรุนแรงทั้งสถาบันครอบครัวและสังคมไทย (ในที่นี้ไม่ได้รวมเรื่องอาชญากรรมทางเพศไว้ เพราะกล่าวแล้วในสถานการณ์เด่นลำดับที่ 4)

- **วัยรุ่นปล้นทรัพย์** เมื่อต้องการเงินไปเที่ยว โดยเล็งเหยื่อที่ไม่มีทางสู้และมาคนเดียว ไจรวัยรุ่นใช้รถจักรยานยนต์พร้อมอาวุธมีดตระเวนล่าเหยื่อยามค่ำคืน ดังเช่นเหตุร้ายที่เกิดขึ้นในตอนค่ำของวันที่ 5 มกราคม 2547 ไจรวัยรุ่น 3 คน ปล้นชิงทรัพย์นักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2 รายซ้อนในเวลาใกล้เคียงกันที่ป้ายรถเมล์ โดยเหยื่อถูกตีที่ท้ายทอยจนสลบ ส่วนอีกรายถูกพันด้วยอาวุธมีดที่สืข้างด้านซ้าย ข้อมือขวาและที่ริมฝีปากจนต้องเย็บถึง 50 เข็ม²

โทรศัพท์มือถือนับเป็นทรัพย์สินที่เปื้อนฮิตที่ไจรวัยรุ่นมักจับจ้องเพราะปล้นง่ายขายง่าย ตัวอย่างเช่น กรณีเด็กชายวัย 15 ปีที่จังหวัดยโสธร ขณะกำลังขี่รถจักรยานยนต์กลับบ้านถูกวัยรุ่น 4 คน ใช้รถจักรยานยนต์ 2 คันเป็นพาหนะตามตีจนรถล้มแล้วใช้มีดฟันจนนิ้วเกือบขาด แล้วปล้นเอาโทรศัพท์มือถือไป วันถัดมาตำรวจก็สามารถจับกุมคนร้ายได้ สิ่งที่น่ากังวล คือไจรวัยรุ่นได้สารภาพว่าเลียนแบบมาจากภาพยนตร์แนวอาชญากรรม³

ยังมีเหตุการณ์สะเทือนขวัญเพราะแม้อยู่ในวัดก็ไม่สามารถรับรองถึงความปลอดภัยได้ ดังกรณีเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2547 ไจรวัยรุ่นวัย 17 ปี ขณะที่กำลังพยายามเข้าไปโจรกรรมทรัพย์สินภายในวัด บังเอิญแม่ชีเดินผ่านมาเห็นแล้วร้องตะโกน จึงใช้มีดตีโต้ที่พกดัตตัว กระหน่ำฟันที่ศีรษะ ใบหน้า และแขนหลายครั้งหวังฆ่าปิดปาก แพทย์ต้องเย็บถึง 205 เข็ม⁴

- **วัยรุ่นกวนเมือง** นอกจากการทะเลาะวิวาทที่มีให้เห็นเป็นประจำแล้ว ยังทำลายทรัพย์สินของทางราชการ ไม่ว่าจะเป็นผู้โทรศัพท์สาธารณะ ไฟสัญญาณจราจร ทุบรถชาวบ้านที่จอดทิ้งไว้ในเวลากลางคืน ซึ่งเป็นการกระทำที่ปราศจากความเกรงกลัวกฎหมายและเจ้าหน้าที่ตำรวจ ดังเช่นที่จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเดือนมกราคม วัยรุ่นแก๊งจักรยานยนต์เผาร้านค้าริมถนนถนนสายเชียงใหม่-ลำพูนภายในช่วงเวลาเดียวกันถึง 4 แห่ง โดยไม่ทราบสาเหตุของการกระทำ⁵

หรือกรณีที่สังคมต้องช็อคกับการเสียชีวิตของ 'นฤเบศร์ มิกจิก' ดาวดลกร่างแฉะ หลังถูกปาด้วยก้อนหินเข้ากลางแสกหน้าทำให้กะโหลกร้าว จากคำสารภาพของผู้ต้องหาวัย 17 ปี ระบุว่าทำไปด้วยอารมณ์โมโหและไม่ตั้งใจเพราะรถตู้ที่ผู้ตายโดยสารมาเบียดไฟสูงใส่ส่วนก้อนหินที่กลายเป็นอาวุธนั้น ตนพกไว้เพื่อปาลุนัขที่ชอบไล่เห่าเท่านั้น⁶

วัยรุ่นนักชิง ก่อนความรำคาญจากเสียงท่อไอเสียที่ถูกปรับแต่งเพื่อแผดเสียงให้ดังสะใจ บวกเข้ากับการขับขี่ที่โลดโผนพร้อมจะท้าทายกับความตาย โดยไม่คำนึงถึงเพื่อน หรือแฟนสาวที่ซ้อนท้าย หรือแม้แต่ชีวิตตนเอง จึงเป็นภาระหนักของตำรวจที่ทำการปราบปรามแก๊งซึ่งมอเตอร์ไซด์ มีตำรวจหลายรายบาดเจ็บจากการโดนวัยรุ่นชนมอเตอร์ไซด์เดี่ยวชน และประชาชนที่ว่าการว่าดักเตือนกลับถูกวัยรุ่นพาพรรคพวกย้อนกลับมาทำร้ายได้รับบาดเจ็บก็มี

นอกจากนี้ยังมีการก่อวินาศกรรมและทำลายทรัพย์สินสาธารณะ ดังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2547 ตำรวจกว่า 50 นาย จากสถานีตำรวจนครบาลพญาไท ตั้งด่านจับกุมแก๊งรถจักรยานยนต์กวนเมืองที่ขี่รถเป็นกลุ่ม เกิดการต่อต้านโดยวัยรุ่นรวมกลุ่มกันขี่รถจักรยานยนต์ไปทุบทำลายป้อมควบคุมสัญญาณไฟจราจรในเขตพื้นที่พญาไทจนได้รับความเสียหาย⁷



“

สำรวจใจวัยรุ่น...ทำไมต้องใช้ความรุนแรง

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงในวัยรุ่นเรื่อง 'การสำรวจความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรงแก้ปัญหาของนักเรียนชาย กรณีศึกษา: นักเรียนชายระดับมัธยมปลายและสายอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร' ในปี 2546 พบว่าปัจจัยด้านสื่อที่มีอิทธิพลต่อการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่น ดังนี้⁹

ตารางที่ 1 ประเภทของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่น

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

ที่มา: สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ www.abac-ksc.poll.th.org

● **วัยรุ่นตะลุมบอน** เรามักได้รับรู้ว่าวัยรุ่นชายยกพวกตีกันอยู่เป็นประจำอย่างไม่เกรงกลัวกฎหมาย และพบบ่อยครั้งที่มีการทำร้ายกันด้วยอาวุธปืน และประชาชนถูกลูกหลงได้รับบาดเจ็บจนเสียชีวิต ดังเหตุการณ์วัยรุ่นสาดยิงกันบนรถเมล์จนทำให้โปรแกรมเมอร์หนุ่มอนาคตไกล วัย 27 ปี พนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ถูกยิงที่ขมับซ้ายทะลุขมับขวา และเสียชีวิตในเวลาต่อมาท่ามกลางความเสียใจของครอบครัว ที่เศร้าเสียใจไม่แพ้กันก็คือกรณีของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 สถาบันเทคโนโลยีช่างกลปทุมวันถูกแทงบนรถเมล์และพลัดตกถนนเสียชีวิตบริเวณป้ายรถโดยสารประจำทางโดยคู่อริต่างสถาบัน

● **วัยรุ่นฆาตกร** มิให้เห็นหลายคดีนับตั้งแต่รับจ้างฆ่าด้วยเงินไม่กี่บาท ฆ่าเพื่อล้างแค้น ฆ่าเพื่อหวังทรัพย์สินเงินทอง ตลอดจนฆ่าเพื่อปิดปากหลังจากข่มขืน แต่ที่น่าสลดและประหลาดใจเห็นจะเป็นกรณี เด็กชายวัย 15 ปี ฆ่าเหยื่อสาวอย่างโหดเหี้ยม เพียงเกิดอารมณ์ใคร่และต้องการเงิน และหลังจากก่อคดีก็กลับเข้าบ้านราวกับไม่มีอะไรเกิดขึ้น เมื่อถูกจับกุมก็รับสารภาพ อีกทั้งยังบอกด้วยว่า 'เหยื่อ' มีจิตใจเมตตาปวณิเคยเอื้อเพื่อให้ข่มขืนเป็นประจำ¹⁰ ?!



อีกหนึ่งงานวิจัยซึ่งแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยกำลังเผชิญกับภาวะที่น่าตกใจคือ ผลวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ชี้ว่า นักเรียนตีกันมีเฉพาะ 'เด็กไทยชาติเดียว'¹⁰ และการตีกันเป็นรูปแบบหนึ่งของการต่อต้านสังคมของกลุ่มเยาวชน ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ระบุว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาวัยรุ่นยกพวกตีกันจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อมีการแข่งขันกีฬา แต่ปัจจุบันสาเหตุการตีกันเกิดจากการเที่ยวเตร่หาความสำราญ เช่น การชมคอนเสิร์ต งานตามโรงเรียนและห้างสรรพสินค้า จากการสำรวจพบว่า การยกพวกตีกันในที่สาธารณะ คิดเป็น 78 % ส่วนงานกีฬาซึ่งเคยเป็นชนวนให้เกิดการวิวาทเพียง 16 % เท่านั้น

จากผลการศึกษาทั้งของไทยและต่างประเทศชี้ชัดว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือที่พบเห็นในชุมชนทำให้เด็กเกิดความคุ้นเคยกับความรุนแรง ซึ่งส่งผลให้กลายเป็นผู้ก่อความรุนแรงได้ในท้ายที่สุด นั่นคือ การซึมซับวัฒนธรรมความรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นจากในบ้าน ในชุมชน ในกลุ่มเพื่อน หรือสื่อต่างๆ โดยเฉพาะภาพยนตร์และโทรทัศน์ หรือจากสังคมวงกว้างที่นิยมใช้ความรุนแรงแก้ไขปัญหา ทั้งหมดนี้คือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการก่อความรุนแรงสืบเนื่องต่อไปได้¹¹

ดังตัวอย่างข้อค้นพบจากวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกเรื่อง 'เด็กช่าง' ที่ชี้ชัดถึงผลของวัฒนธรรมการใช้ความรุนแรงในเยาวชนกลุ่มนี้ว่า 'ความเป็นเด็กช่าง' คือ การปฏิเสธกฎเกณฑ์กติกาในระดับสังคมที่ใหญ่กว่า การยอมรับความเสี่ยงเป็นวิถีชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์สำคัญ เพราะเด็กช่างมักมีข้อขัดแย้งระหว่างสถาบัน การใช้ความรุนแรงเพื่อช่วงชิงการนำ และรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของสถาบันจึงเป็นเรื่องปกติ¹²





การดึงพลังแห่งการทำลายให้กลายเป็นพลังแห่งการสร้างสรรค์ ถือเป็นเรื่องท้าทายทั้งสถาบันครอบครัวและสถาบันการศึกษาหรือ อาจเรียกได้ว่าทุกภาคส่วนของสังคม ทำอย่างไรที่สังคมทุกภาคส่วน จะเข้ามาร่วมมือกันแก้ปัญหาทั้งที่ต้นเหตุและปลายเหตุ และร่วมกัน สร้างภูมิคุ้มกันให้วัยรุ่นให้พ้นจากพฤติกรรมแห่งความรุนแรงได้

เริ่มต้นจากรัฐ ที่ควรกำหนดนโยบายด้านเด็กเป็นวาระแห่งชาติที่มี เป้าหมายตรงกัน มีมาตรการให้เด็กทำกิจกรรมและทำงานในระหว่าง เรียนรู้ ระบบหลักสูตรการศึกษาต้องยืดหยุ่นเชื่อมโยงให้ความสำคัญ กับงานชิ้นพื้นฐานที่จำเป็นในการแก้ปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่น ได้แก่

การสร้างระบบข้อมูลอย่างถูกต้องเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ และ ปัญหาของเด็กและเยาวชนทุกจังหวัดครอบคลุมทั่วประเทศ ต้องส่งเสริมรายการโทรทัศน์ วิทยุ สื่อมวลชน ที่มีรายการเพื่อเด็กเยาวชน ครอบครัวและการศึกษาในช่วงหัวค่ำอย่างเพียงพอและมีคุณภาพและ สร้างสังคมที่ปลอดภัยให้กับเด็กจากสิ่งแวดล้อมที่อันตรายและรุนแรง เช่น ความคุมปรามปรามสื่อลามกอนาจาร จัดโซนนิ่งร้านอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ เกมที่ใช้ความรุนแรง เช่น เกมมอเดอร์ไนซ์ซิง และอื่นๆ¹³

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในวัยรุ่นก็คือ สื่อต่างๆ รัฐต้องตรวจสอบกลั่นกรองสื่อต่างๆ ที่จะกระตุ้นให้เกิดความรุนแรง โดยเฉพาะสื่อภาพยนตร์ที่เป็นต้นเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการเลียนแบบ เรื่องความรุนแรง ควรต้องมีการจัดประเภทภาพยนตร์ ยับยั้งไม่ให้ เด็กเล็กได้ชมภาพยนตร์ที่รุนแรง เพราะอาจจะมีผลส่งผลให้เขาจด จำเอามาใช้เมื่อโตเป็นวัยรุ่น และส่งเสริมให้มีการพัฒนาสื่ออื่นให้ลด ความรุนแรงหรือช่วยทำให้เกิดสุนทรีย์ธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะสื่อเพลง เพราะการฟังเพลงเป็นวิถีการสำคัญที่วัยรุ่นชายเลือกใช้เมื่อเขาเกิด ปัญหากดดันคับข้องใจขึ้นมา¹⁴

ถัดมาคือ สถาบันครอบครัว มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการ อบรมขัดเกลาบุตรหลาน แต่ด้วยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่ทุกคนต้องดิ้นรนทำงาน จึงมีเวลาไม่มากพอที่จะรับทราบรับฟัง ปัญหาลูกๆ เวลาช่วงเย็นและกลางคืนควรเป็นเวลาสำคัญต่อครอบครัว ในระหว่างการรับประทานอาหารร่วมกันหรือดูโทรทัศน์ร่วมกัน แต่กลับเกิดขึ้นน้อย หรือบางครอบครัวไม่เคยเกิดขึ้นเลย สภาพที่ว่านี้ เกิดกับครอบครัวทั้งที่ยากจนและร่ำรวย

ดังนั้นหน่วยงานควรเปิดโอกาสให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ สามารถ นำลูกหลานมาอยู่ใกล้ชิดพ่อแม่หลังเลิกเรียนหรือวันปิดเรียน หรือให้ สิทธิพิเศษแก่เด็กได้ร่วมฝึกงานกับพ่อแม่ในวันปิดภาคเรียน เพื่อให้ได้ เรียนรู้กันและกัน สำหรับเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง องค์กร เอกชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นต้อง เข้าไปมีส่วนร่วม ปรองดองลดความรุนแรง บำบัดครอบครัวที่มีปัญหาอันเนื่องมาจาก เศรษฐกิจ การดื่มสุรา ดิตยา ทั้งนี้ต้องเกิดจากความสมัครใจ

จากบ้านหากเชื่อมมาที่ สถาบันการศึกษา ภาระสำคัญของ โรงเรียนต่อการแก้ปัญหาวัยรุ่น คือต้องมีบทบาทในการสร้างพลัง ความคิด การฝึกให้เด็กใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ส่งเสริมการหา รายได้หรือการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม สร้างโครงการเพื่อตั้งพลัง ในทางสร้างสรรค์ของวัยรุ่นวัยเรียนออกมาและส่งเสริมผลักดันอย่าง ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม¹⁵

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

ขณะเดียวกัน ควรมีการสร้างและพัฒนา “กลุ่มเพื่อน” ที่มี คุณภาพขึ้นมา เพื่อให้วัยรุ่นมีช่องทางที่จะคบค้าสมาคมกับกลุ่มเพื่อน ที่จะช่วยนำพาชีวิตไปในทางสร้างสรรค์ เนื่องจากเพื่อนเป็นสื่อบุคคล ที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับวัยรุ่น ดังนั้น ควรจะส่งเสริมให้วัยรุ่น ที่มีคุณภาพมีความคิดสร้างสรรค์ได้ทำกิจกรรมที่จะดึงดูดกลุ่มเพื่อน คนอื่นๆ ให้เข้ามาร่วมพัฒนาตนเองให้มากขึ้น

คำถามสุดท้ายตรงนี้ที่ควรนำมาพิจารณา ก็คือ รัฐ ครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน ได้พยายามมากพอหรือยังในการขจัดวงจร วัฒนธรรมการใช้ความรุนแรงในเด็กวัยรุ่นไทย และร่วมกันสร้างเสริม นำพลังสันติของวัยรุ่นที่อาจหม่นไปสู่การทำลายล้างนี้ไปใช้อย่าง สร้างสรรค์ เพราะหากทำได้ย่อมช่วยให้ “วัยรุ่น” มองเห็นคุณค่าที่แท้จริง ของตัวเอง

ดังตัวอย่างที่กำลังจะเกิดขึ้นในช่วงปิดเทอมเดือนเมษายน 2548 ที่รัฐบาลอนุมัติเงิน 200 ล้านบาทเพื่อสนับสนุนให้นักเรียน นักศึกษาสามารถหารายได้ระหว่างหยุดเรียน เน้นกิจกรรมส่งเสริม องค์ความรู้ในการพัฒนาเยาวชนในสถานศึกษาเป็นสำคัญ เช่น ดนตรี กีฬา หรือคอมพิวเตอร์¹⁶ คงต้องร่วมกันคิดว่า สำหรับวัยรุ่นนอก สถานการศึกษา หรือที่ทำงานแล้วรัฐและเอกชนจะร่วมมือกันสร้างเสริม และสนับสนุนพลังทางบวกได้อย่างไร

เพราะหากเราสามารถดึงคุณค่าและตัวตนที่สร้างสรรค์ของวัยรุ่น ออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเอง และส่วนรวมได้มากเท่าไรปัญหา ความรุนแรงในวัยรุ่นก็น่าจะลดน้อยถอยลงมากเท่านั้น





9. ขยะอันตราย ภัยร้ายที่มองไม่เห็น

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

ภาพของปริมาณขยะที่กองล้นเมืองกำลังเป็นปัญหาใหญ่ของหลายประเทศ คงไม่ต้องกังวลมากนักหากขยะเหล่านี้สามารถย่อยสลายได้ทั้งหมดโดยไม่สร้างปัญหาใดๆ ต่อตามมา แต่ในความเป็นจริง นอกจากมีขยะอันตรายและมลพิษที่ปล่อยจากโรงงานอุตสาหกรรม ของเสียจากภาคเกษตรกรรมไม่ว่าจะเป็นสารเคมี ยากำจัดศัตรูพืชของเสียจากสถานประกอบการและบ้านเรือน ไม่ว่าจะเป็นหลอดไฟ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่เก่า น้ำมันหล่อลื่นและยางรถยนต์ ยังมีขยะจากสถานพยาบาลที่เปื้อนเลือด หรือของเหลืออื่นจากผู้ป่วยปะปนอยู่ ถ้ากำจัดด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ‘ขยะติดเชื้อ’ เหล่านี้จะสร้างปัญหาต่อสุขภาพของคนในชุมชนและสิ่งแวดล้อม

เช่นเดียวกับเครื่องมือเครื่องใช้ทันสมัยอย่างคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือและเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ ที่หมดอายุการใช้งานและกลายเป็น ‘ขยะอิเล็กทรอนิกส์’ ซึ่งนับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นไปตามการพัฒนาอุตสาหกรรมและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างกระชั้นชิด แต่กลับหนีห่างกระบวนการจัดการซากอิเล็กทรอนิกส์ที่เหมาะสมออกไปทุกที ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อและขยะอิเล็กทรอนิกส์ จึงเป็นเรื่องที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ และควรเร่งสร้างความร่วมมือทุกรูปแบบในการกำจัดของเสียอันตรายให้ถูกหลัก ก่อนที่จะกลายเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมระดับรุนแรงส่งกระทบต่อสุขภาพคนไทยในอนาคต

ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษทำให้ทราบว่า ในปี พ.ศ. 2546 ขยะอันตรายทั่วประเทศไทยมีปริมาณสูงถึง 1 ล้าน 8 แสนตัน โดยแยกเป็นของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม 1 ล้าน 4 แสนตัน เป็นของเสียอันตรายจากชุมชน 4 แสนตัน รวมขยะมูลฝอยติดเชื้ออีก 22,500 ตัน! พุด่างๆ ก็คือ คนไทยช่วยกันผลิตขยะอันตรายประมาณวันละ 5 พันตัน พฤติกรรมทั้งขยะโดยไม่แยกประเภทของคนส่วนใหญ่ทำให้ขยะอันตรายปะปนกับขยะทั่วไป เมื่อกองรวมกันจะกลายเป็นภูเขาขยะที่มีทั้งเชื้อโรคและสารเคมีอันตรายซ่อนอยู่ การจัดการและกำจัดที่ไม่ถูกต้องเปิดโอกาสให้มันซึมลงดิน ไหลลงแหล่งน้ำ ปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม เข้าสู่ห่วงโซ่อาหาร



มือถือและคอมพิวเตอร์ ใช้เพิ่มขึ้นมาก แต่ซากถูกทำลายน้อยมาก

ประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา โทรศัพท์มือถือได้รับความนิยมสูงสุด ในปี 2546 จำนวนโทรศัพท์มือถือที่มีการใช้งานจริงมีสูงถึง 12 ล้านเครื่อง แบ่งเป็นเครื่องทดแทน 3 ล้านเครื่อง และเครื่องใหม่ 9 ล้านเครื่อง เพียงแค่ในระยะเวลา 10 ปี เท่านั้น จากที่เคยมีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือในช่วงต้นเพียง 340,000 เครื่อง² เทคโนโลยีทันสมัยขึ้นสวนทางกับราคาซึ่งลดต่ำลง เป็นสิ่งล่อใจที่กระตุ้นการบริโภคของคนยุคดิจิทัล จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่า ทำไมความพึงพอใจในการใช้งานโทรศัพท์มือถือจึงมีอายุสั้นลงเหลือเพียง 18 เดือนเท่านั้น³

ข้อมูลล่าสุดรายงานไว้ว่า ในปี 2547 มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือทุกเครือข่ายทั่วประเทศรวมกันประมาณ 27.2 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 30.5 - 31 ล้านคน ในปี 2548⁴ สอดคล้องกับรายงานของกรมศุลกากรที่ว่า ภายในระยะเวลาเพียง 3 ปี (พ.ศ. 2544 - 2546) มีการนำเข้าโทรศัพท์มือถือมากถึง 24.74 ล้านเครื่อง การเพิ่มขึ้นของคอมพิวเตอร์เองก็ไม่น้อยหน้า ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2546 มีเครื่องคอมพิวเตอร์ทั่วประเทศ 1,531,000 เครื่อง และเพิ่มขึ้นเป็น 1,948,600 เครื่อง ในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2547

บ้านเรายังไม่มีการรายงานถึงจำนวนโทรศัพท์มือถือ และเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ถูกโยนทิ้ง แต่เป็นไปได้ว่าขยะอิเล็กทรอนิกส์กลายเป็นปัญหาที่กำลังจะแผ่กระจายทำร้ายผู้คน และสิ่งแวดล้อมในเวลาอันใกล้นี้ โดยเฉพาะแบตเตอรี่ของโทรศัพท์มือถือซึ่งมีการทิ้งประมาณ 1 ล้านก้อนต่อเดือน⁵ และส่วนใหญ่ไม่ได้นำไปกำจัดให้ถูกวิธี เพราะการศึกษาพฤติกรรมของการกำจัดขยะจากโทรศัพท์มือถือของคนไทยโดยศูนย์วิจัยสิริก เมื่อปี 2546 พบว่า มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือเพียงร้อยละ 11.1 เท่านั้นที่ส่งคืนให้บริษัทนำไปกำจัด⁶

ซากแบตเตอรี่จากโทรศัพท์มือถือ ก็เหมือนกับซากแบตเตอรี่รถยนต์ที่ปีหนึ่งๆ มีมากกว่า 1 ล้านก้อนเช่นกัน ซึ่งต่างก็เป็นอันตรายและมีพิษรุนแรง ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ส่งผลต่อระบบสืบพันธุ์ สามารถเข้าสู่ร่างกายทางการกิน การหายใจ และการดูดซึมผ่านผิวหนัง หากยังไม่มีการกำจัดที่ถูกวิธี ผลร้ายก็จะตกอยู่กับทุกคนในสังคม



”

ปัญหาขยะพิษจากประเทศพัฒนา ณ ปลายทางประเทศไทย

นอกจากจะปวดหัวกับขยะกำจัดยากของเราเองแล้ว ประเทศไทยยังต้องระวังการลักลอบทิ้งขยะพิษจากประเทศพัฒนาแล้วด้วย ต้นปี 2546 มีรายงานจากกรมศุลกากร เมื่อตรวจพบว่าประเทศอังกฤษลักลอบส่งยางรถยนต์ เครื่องยนต์ แบตเตอรี่เก่า และถุงมือยางใช้แล้วรวม 5 ตู้คอนเทนเนอร์ น้ำหนักประมาณ 23 ตัน มาทิ้งที่ท่าเรือจังหวัดสมุทรปราการ และมีเรือต่างชาติบรรทุกน้ำมันหล่อลื่นใช้แล้วกว่า 7 แสนตันมาทิ้งที่ท่าเรือแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี⁷ นี่คือสัญญาณเตือนว่าประเทศไทยกำลังกลายเป็นพื้นที่รองรับขยะอันตรายจากประเทศพัฒนาแล้ว

ตลอดปี 2546 มีบริษัทต่างชาติลักลอบนำขยะอิเล็กทรอนิกส์กากของเสีย และสารเคมีมาทิ้งในบ้านเราถึง 15 ครั้ง แม้ประเทศไทยจะเข้าร่วมการเป็นสมาชิกภายใต้อนุสัญญาบาเซล (BASEL) ซึ่งว่าด้วยการควบคุมเคลื่อนย้ายของเสียข้ามแดนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และมีกฎหมายที่จะดำเนินการกับผู้กระทำผิดอย่างเด็ดขาดแล้วก็ตาม⁸ แต่การปรากฏตัวของขยะอันตราย โดยไม่รู้ที่มาที่ไปยังคงเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

ไม่น่าเชื่อว่า มีการตั้งโรงงานอุตสาหกรรมเพียงเพื่อหวังเคลื่อนย้ายกากของเสียมาทิ้งที่ประเทศเรา หรือตั้งบริษัทรับซื้อขยะอิเล็กทรอนิกส์มาทิ้งในประเทศ ผู้ประกอบการเหล่านี้จะหายตัวอย่างไร้ร่องรอยเมื่อกองขยะพิษเดินทางมาถึงประเทศไทย และได้รับค่าตอบแทนไปแล้วภาระหนักจึงตกกับรัฐบาลไทยในการกำจัดผลงานความมั่งคั่งของบรรดาประเทศที่อ้างตัวเองว่าพัฒนาแล้ว

ภายใต้หน้ากากของนักบุญที่บริจาคหรือขายสินค้าในราคาแสนถูก มีเป้าหมายที่เลวร้ายซ่อนอยู่ นั่นคือวิธีอันชาญฉลาดในการโยนขยะอิเล็กทรอนิกส์ทิ้งไปให้ไกลจากบ้านของตัวเอง และปล่อยให้ผู้อื่นต้องรับเคราะห์จากสารเคมีอันตรายแทน ดังที่เครื่องไฟฟ้าราคาถูกแต่คุณภาพต่ำและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มือสองที่ทะลักเข้ามา เป็นอีกปัจจัยที่เพิ่มปริมาณขยะอันตรายในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย



แผนไล่ล่าขยะอิเล็กทรอนิกส์

การนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) และการใช้ซ้ำ (Reuse) เป็นหนทางสำคัญในการชะลอปริมาณขยะอันตรายที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การใช้ซ้ำจะทำได้ง่ายและเป็นที่ยอมรับมากกว่า ดังจะเห็นได้จากการขอรับบริจาคเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้แล้วของโรงเรียนในชนบทและองค์กรท้องถิ่นหลายแห่ง รวมทั้งร้านขายคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือมือสองราคาถูกที่มีอยู่ทั่วไป

ขณะที่การนำกลับมาใช้ใหม่ของบางชิ้นส่วนในขยะอิเล็กทรอนิกส์ ค่อนข้างยุ่งยากหรือต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงจากต่างประเทศ กลยุทธ์นี้จึงไม่สามารถรับมือกับกองทัพขยะอิเล็กทรอนิกส์ได้เต็มที่

หนทางสุดท้ายคือ การกำจัด มีความร่วมมือระหว่างกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริษัทยักษ์ใหญ่อย่าง เอไอเอส ดีแทค โนเกีย และห้างสรรพสินค้า มาบุญครอง ในการรณรงค์ป้องกันการแพร่กระจายมลพิษจากแบตเตอรี่มือถือ โดยจัดโครงการเรียกคืนซากแบตเตอรี่และโทรศัพท์มือถือ และกำหนดให้ปี 2547 เป็นปีรวบรวมซากแบตเตอรี่ระหว่างรัฐกับเอกชน เพื่อนำไปจัดการอย่างปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม⁹

ล่าสุดกรมควบคุมมลพิษได้จัดทำร่าง 'แผนแม่บทจัดการขยะแห่งชาติเพื่อรองรับปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ในอนาคต' เพื่อเสนอคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา โดยมุ่งเน้นความรับผิดชอบของ 3 ภาคส่วน คือ ผู้ผลิต ผู้บริโภค ผู้นำเข้า ให้ร่วมมือและเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน ส่วนองค์กรปกครองท้องถิ่นต้องรับผิดชอบการกำจัดขยะอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นระบบ และควบคุมให้ผู้ผลิตผู้บริโภคร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งคาดว่าจะมีผลบังคับใช้ในเร็วๆ นี้¹⁰





ลักลอบทำลาย...ใครเดือดร้อน

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

ขณะที่ขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาล ยังคงมีการลักลอบเผาจนกลายเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อม เช่น กรณีที่เกิดขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม 2547 ชาวบ้านอำเภอแม่แตงร้องเรียนว่า มีการแอบเผาขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาลนานเป็นปี จนสังเกตว่าต้นไม้เหี่ยวเฉา ชาวบ้านในพื้นที่ได้รับความเดือดร้อนจากกลิ่นและควัน และเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน¹² ก่อนหน้านี้ชาวภูเรือ จังหวัดเลย ก็ต้องทนกับกลิ่นและควันจากเตาเผาขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลนานกว่า 4 - 5 ปี จนมีอาการเวียนหัว จึงหารือกับโรงพยาบาลเพื่อหาทางแก้ปัญหา และสร้างเตาเผาขยะที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดขยะต่อไป¹³

ทางออกขึ้นรากฐานต้องเริ่มต้นจากผู้บริหารโกลร่วมประสานกับภาครัฐ

แต่ไม่ว่าจะเป็นกรณีไหน เมื่อขยะอันตรายสร้างปัญหาต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมขึ้น ผลกระทบจะตกสู่ประชาชนในพื้นที่อยู่ดี การจัดการที่เหมาะสมจึงต้องเริ่มที่ต้นทางของขยะอันตราย นั่นคือผู้บริหารโกลทุกคน

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนในการแยกขยะก่อนทิ้งเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เมื่อแยกขยะอันตรายออกจากมูลฝอยทั่วไป การนำไปกำจัดก็จะง่ายขึ้น
2. ควรสร้างความตระหนักในการรับผิดชอบขยะอันตรายที่ตนเองเป็นผู้ก่อ เช่น ใครที่เปลี่ยนโทรศัพท์มือถือบ่อยๆ ต้องจ่ายภาษีในการกำจัดขยะมากกว่าคนอื่น เพราะสร้างขยะอันตรายมากกว่าคนอื่น
3. ภาครัฐควรสนับสนุนวิสาหกิจขนาดเล็กนำขยะตามบ้านเรือนมาแปลงสภาพ (Recycle) รวมทั้งจัดศูนย์กลางรับบริจาคเครื่องใช้ไฟฟ้าเก่า คอมพิวเตอร์เก่า เพื่อซ่อมแซมและบริจาคให้กับผู้ที่ขาดแคลน รวมถึงจัดกองทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมเพื่อรักษาสี-แวดล้อม การกำจัดขยะให้ถูกสุขลักษณะให้กับโรงเรียนและชุมชน
4. ส่วนขยะติดเชื้อที่มีการลักลอบเผาทำลายในเวลากลางคืน โดยบริษัทเอกชนที่รับกำจัดขยะจากโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการทางกฎหมายอย่างจริงจัง อาจปรับเงินหรือถึงขั้นถอนใบอนุญาต...ขยะอันตรายต้องได้รับการกำจัดอย่างถูกวิธี ไม่เช่นนั้นสิ่งที่ไม่มีใครต้องการจะรบกวนกลับมาทำร้ายทุกคนอย่างเท่าเทียม...

”



10. เด็กไทย ในกับดักอบายมุข ที่ถูกกฎหมาย เที่ยวกลางคืน สูบบุหรี่และดื่มเหล้า

“

ท่ามกลางปรากฏการณ์สังคมที่มุ่งให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในแง่ตัวเลข แต่ก็ละเลยการพัฒนาความแข็งแรงของสังคม ทำให้การใช้ชีวิตของเด็กไทยจำนวนมากในทุกวันนี้มีแนวโน้มหลง อยู่ในวังวนของวัฒนธรรมบริโภคที่เน้นการกิน ดื่ม สูบ เที่ยวกลางคืน บางส่วนติดยาเสพติด และหวั่นรอยลัดจากการพนัน

ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2547 พบว่า จำนวนเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์มี 3.78 ล้านคน แต่ข้อมูลที่น่าสนใจก็คือ ในระยะเวลา 7 ปี (พ.ศ. 2539 - 2546) จำนวนวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า จากเดิมเพียง 1% กลายเป็น 5.6% ส่วนการสูบบุหรี่นั้น ปี 2547 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 9.6 ล้านคน และสูบไม่ประจำ 1.7 ล้านคน รวมผู้สูบบุหรี่ 11.3 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี 1.26 ล้านคน¹

เดือนกุมภาพันธ์ 2548 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชรายงานถึงผลการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของเยาวชนไทยอายุ 15-19 ปี พบว่า 45% ดื่มเหล้าเป็นประจำ โดยส่วนใหญ่ดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี และอายุที่เริ่มดื่มน้อยที่สุดคือ 3 ขวบ โดยพ่อแม่ให้ลองดื่มทั้งนี้แรงจูงใจสำคัญที่ดื่มครั้งแรกคือความอยากรลอง โอกาสที่ทำให้ดื่มเหล้ามากที่สุดคือช่วงเทศกาลปีใหม่และที่น่าสนใจคือ สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราคือ การเข้าถึงแหล่งซื้อขายสุราในชุมชน²

ข้อสรุปของการจัดสัมมนา ‘เด็กไทยในมิติวัฒนธรรม’ รวม 5 ครั้ง³ จากผลการสำรวจวิจัยหลายสำนัก ได้แก่ มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว โครงการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และเอแบคโพลล์ ชี้ว่าเด็กไทยในปัจจุบันกำลังใช้ชีวิตและเติบโตขึ้นอย่างไม่สนใจสังคมส่วนรวม และมีแนวโน้มที่จะติดอบายมุขต่างๆ สูง ดังนี้

(1) แยกแยกกับศาสนา คือ 45% ไม่นิยมทำบุญตักบาตร และ 65% ไม่เคยฟังพระเทศน์เลย (2) มองเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ในวัยเรียนว่าเป็นเรื่องปกติ โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเด็กไทยคือ 17 ปี ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ 50% ยอมรับว่าอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงาน และ 40% เสพสโลลามาก (3) ติดชีวิตเสปซ คือชอบเดินห้างสรรพสินค้า และ 52 % ชอบซื้อและเปลี่ยนมือถือ (4) บางส่วนติดการพนัน คือประมาณ 5% พนันบ่อยมากกว่า 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และ (5) อยู่ท่ามกลางวงล้อมของสถานถือโคจรทั้งสถานบันเทิง บริการอาบอบนวด และคาราโอเกะ

สถิติและสถานการณ์ข้างต้นนี้ สะท้อนปัญหาที่เด็กไทยในปัจจุบันต้องอยู่ในกับดักของอบายมุขถูกกฎหมายคือ การเที่ยวสถานบันเทิง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ส่งผลให้เด็กไทยหลายล้านคนถูกดูดเข้าไปในวังวนของการดื่ม เที่ยว และเสป โดยมียาเสพติดถูกดักลงไปในสิ่งเสพติดผิดกฎหมาย ตั้งแต่กัญชา ยาบ้า ยาอี ยาเค และเฮโรอีน สิ่งเหล่านี้เองก็ผลักดันทั้งผู้หญิงและผู้ชายขายบริการทางเพศเพื่อหาเงินในการเที่ยว และจำนวนหนึ่งต้องทำผิดกฎหมายอาญาไม่ว่าจะเป็นการลักทรัพย์ ปล้นจี้ หรือลงมือจำหน่ายยาเสพติดเสียเอง

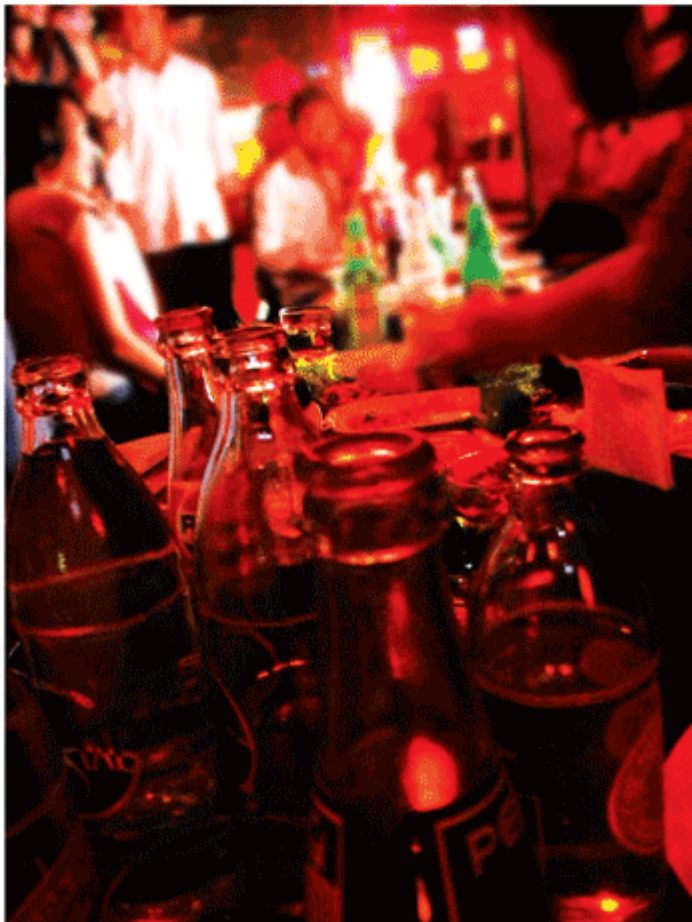
จากการจัดระเบียบสังคม

กึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก

ความพยายามในการจัดระเบียบสังคมตั้งแต่ ปี 2545 เป็นต้นมา จากการลงพื้นที่ตรวจสอบสถานบันเทิงอย่างเข้มงวดของเจ้าหน้าที่ทำให้ความจริงที่เคยเพียงเป็นรับรู้กันเห็นเป็นภาพชัดเจนขึ้นว่า เวลายามค่าคืนของวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งหมดไปกับอบายมุข ได้แก่ เหล้า บุหรี่ และยาเสพติดในสถานบันเทิง สร้างปัญหาเสี่ยงดังรบกวนและก่อการทะเลาะวิวาท สถานบันเทิงหลายแห่งถูกสั่งปิดเมื่อพบว่าอนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีเข้าไปใช้บริการ

ความกังวลใจว่าจำนวนเด็กไทย ที่ใช้ชีวิตอย่างหลงทิศผิดทางจะมากขึ้น รัฐบาลจึงเร่งยกเครื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่เพิ่งจะมีผลบังคับเมื่อ 30 มีนาคม 2547 ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมเพื่อหวังใช้เป็นกลไกในการคุ้มครองและแก้ไขปัญหาของเยาวชน และสร้างสังคมสะอาดสำหรับเด็กไทย

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



ข้อห้ามไม่ให้มีการดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้ต่อเด็ก หากฝ่าฝืนต้องได้รับโทษตามกฎหมาย จำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

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

”

ปฏิบัติการคุมกำเนิดสิงห์อมควัน และนักดื่มรุ่มเผลอ

ปฏิบัติการรณรงค์ป้องกันการเพิ่มจำนวนของนักสูบบุหรี่ใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนเริ่มต้นขึ้นเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้บริษัทผู้ผลิตบุหรี่พิมพ์รูปภาพสีสมจริงของผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากพิษภัยบุหรี่บนพื้นที่ร้อยละ 50 ของพื้นที่ของทั้งด้านหน้าด้านหลัง พร้อมแทรกคำเตือนถึงพิษภัย 6 รูปแบบ เพราะสามารถสื่อความรู้สึกได้ดีกว่า แทนการพิมพ์ภาพขาวดำหรือเขียนข้อความเตือนเพียงอย่างเดียว ผู้ผลิตบุหรี่ทุกยี่ห้อจะต้องเริ่มใช้ซองบุหรี่ใหม่ที่มีคำเตือนชัดเจนออกมาวางขายตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2548 เป็นต้นไป

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อาจไม่ทำให้จำนวนสิงห์อมควันลดลงเท่าไรนัก เพราะบริษัทบุหรี่เองก็พลิกแพลงกลยุทธ์การตลาดอยู่เสมอ เพื่อต่อสู้กับกระแสต่อต้านการสูบบุหรี่ เช่น ในร้านสะดวกซื้อบุหรี่จะถูกใส่ไว้ในตู้ยูนิตแคตเตอร์จ่ายเงิน ใกล้กับลูกอมและขนมเด็ก เพื่อให้ลูกค้ายอดเห็นได้ง่ายและจูงใจให้เด็กอยากทดลอง⁵ สิ่งที่น่าหวั่นวิตกคือ บริษัทบุหรี่ข้ามชาติต่างไม่ยอมแพ้ยังคงพยายามหาช่องทางเพื่อจำหน่ายบุหรี่ตามร้านค้าให้มากขึ้น ทั้งลดราคาและมุ่งเป้าหมายให้ประชาชนระดับล่างหาซื้อได้ง่ายขึ้น ปัจจุบันบุหรี่นอกบางยี่ห้อราคาไม่แตกต่างจากบุหรี่ไทย และโรงงานยาสูบและบริษัทบุหรี่ต่างประเทศเริ่มป้อนบุหรี่สู่ตลาดล่างรองรับความต้องการของผู้มีรายได้น้อย⁶



ขณะเดียวกันบริษัทบุหรี่ก็หยุดโครงการเพื่อความร่วมมือกับกิจกรรมต่างๆ ทำให้สนับสนุนเงินเพื่อรณรงค์ให้เด็กไทยไม่สูบบุหรี่ให้เห็นถึงความสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม โดยหวังผลหลักคือ ต้องการเข้าถึงกลุ่มผู้มีอำนาจในสังคม สกัดกั้นกฎหมายที่ไม่ส่งผลดีต่อบริษัท

นอกจากนี้ ยังมีพ่อค้าแม่ค้าหัวใสบางรายแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน เพิ่มช่องทางให้ทดลองสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น กลุ่มเครือข่ายปกป้องไทยพันธุ์บุหรี่จึงได้ยื่นหนังสือต่อกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนกันยายนที่ผ่านมา เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขติดต่อกับกระทรวงการคลังในการสั่งการกรมสรรพสามิตออกกฎระเบียบห้ามขายบุหรี่เป็นรายมวน และห้ามจำหน่ายของเล็กให้กับเด็ก

หนึ่งเดือนต่อมา กรมสรรพสามิตตอบสนองมาตรการลดการสูบบุหรี่ โดยให้ข้อมูลว่ากำลังศึกษาความเป็นไปได้ในการเพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่ การเพิ่มค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายบุหรี่ตั้งแต่รายใหญ่จนถึงผู้ค้าปลีกหาแนวทางปราบปรามบุหรี่เถื่อนและการลดพฤติกรรมการซื้อบุหรี่ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมถึงดำเนินการเฝ้าติดตามผู้ขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีทุกพื้นที่ทั่วประเทศ⁷

แม้จะรณรงค์อย่างหนักผ่านความร่วมมือของหลายฝ่าย แต่ก็เหมือนจะไม่มียะไรดีขึ้น เพราะเมื่อเดือนธันวาคม 2547 นายแพทย์หทัยจิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยได้ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลเข้มงวดกับเรื่องบุหรี่มากขึ้น เพราะที่ผ่านมาปริมาณการจำหน่ายบุหรี่มีแต่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะบุหรี่ข้ามชาติที่ตอนนี้มีส่วนแบ่งการตลาดถึง 20% จากเดิม 3% เช่นเดียวกับการรณรงค์ลดการดื่มสุราที่เอาจริงเอาจังเฉพาะช่วงเทศกาลวันหยุดยาว และวันสำคัญทางศาสนาเท่านั้น วยุ่นนั่งมั่วสุมดื่มเหล้า ตามสถานบันเทิงเป็น เรื่องที่ยังดูแลไม่ทั่วถึง คล้ายว่าการแก้ปัญหาบังคับมาไม่ถูกทาง



“

จุดประกายความร่วมมือ

“เด็กๆ จะต้องเรียนรู้ เรียนให้ทำงานเพื่อช่วยบ้านเมืองเดี๋ยวนี้ ถ้าเด็กไม่มีความรู้ช่วยบ้านเมืองไม่ได้ เพราะมัวไปเสพยาเสพติด สูบบุหรี่ไม่ดี เสพยาเสพติด ไม่ต้องบอกว่าเสียหายอย่างไร แต่บุหรี่ ทำให้หูเสีย สมองเสีย เส้นเลือดเสีย หัวใจด้วย”

นี่คือข้อความส่วนหนึ่งจากพระราชดำรัสของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ที่แสดงถึงความห่วงใยในสุขภาพของเด็กไทยผู้เป็นกำลังสำคัญของประเทศ ซึ่งต่อมาหลายกระทรวงได้ออกมาน้อมรับพระราชดำรัสนี้

เริ่มจากกระทรวงการคลัง ได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้อำนาจกรมสรรพสามิตควบคุมดูแลการจำหน่ายสุราและยาสูบ ดำเนินมาตรการลดการดื่มสุราของเยาวชน โดยห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีซื้อสุราและยาสูบ กำหนดสถานที่ห้ามขายสุราและยาสูบ โดยเฉพาะในวัดและสถานศึกษาห้ามขายโดยเด็ดขาด หากพบร้านค้าที่ละเมิด กรมสรรพสามิตจะถอนใบอนุญาตทันที และเพิ่มความเข้มงวดร้านสะดวกซื้อ 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 โดยกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตขายสุราประเภทขายปลีก ประเภทที่ 3 และ 4 ซึ่งขายสุราต่ำกว่า 10 ลิตร ทั้งประเภทที่ขายทั่วไปและภัตตาคาร ก็จะถูกห้ามตามกฎกระทรวง โดยจะประกาศใช้ให้มีผลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2547¹⁰

เรื่องการโฆษณา ณ จุดขาย การตั้งตู้โชว์บุหรี่ การแบ่งขายบุหรี่เป็นมวน การขายในเซตวัด การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และการขึ้นภาษีบุหรี่ รวมทั้งจูงใจให้ประชาชนร่วมสอดส่องดูแล ด้วยการเสนอสิทธิรับจับผู้ขายเหล้าและบุหรี่ให้กับเด็กและเยาวชนต่ำกว่า 18 ปี โดยร้อยละ 80 ของค่าปรับจะถูกแบ่งให้เจ้าหน้าที่ ตำรวจและผู้แจ้งเบาะแส

กระทรวงศึกษาธิการได้อัญเชิญพระราชดำรัสขึ้นบริเวณหน้าโรงเรียนให้เป็นเครื่องเตือนใจครูและนักเรียน และร่วมมือกับการสุขภาพจิต ในการคัดกรองผู้ที่ติดเหล้าและบุหรี่ เพื่อหามาตรการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังปรับปรุงห้องน้ำในโรงเรียนให้ครูและนักเรียนใช้ร่วมกัน ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมแอบสูบบุหรี่ในห้องน้ำได้ อีกทั้งขอความร่วมมือจากसारวัตรนักเรียนให้ช่วยเป็นหูเป็นตา และมีหมายเลขพิเศษสำหรับรับแจ้งเบาะแส คือ 1597 ของกระทรวงศึกษาธิการ และ 1669 ของกระทรวงสาธารณสุข

ต้องลดจำนวนสถานกึ่งโคจร และสร้างภูมิคุ้มกันต่อสิ่งมอมเมาถูกกฎหมาย

แม้รัฐบาลได้ประกาศจำกัดเวลาในการประกอบการของสถานบันเทิงกลางคืน และจำกัดเวลาในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ขายเหล้าทั่วไป แต่ก็ยังคงปล่อยให้ร้านขายเหล้า และธุรกิจสถานบันเทิงเหล่านี้เกิดขึ้นได้ง่ายดาย ไม่มีมาตรการในการจำกัดจำนวนและสถานที่ตั้ง และไม่มีการกวัดข้นมาตรการเสริมพิเศษที่เข้มงวดกับการจำหน่ายเหล้า ได้แก่ กฎระเบียบเกี่ยวกับใบอนุญาตจำหน่าย จำกัดเครื่องดื่มจำหน่ายสถานที่จำหน่าย วิธีจำหน่าย เช่น ห้ามขายตรง แจกฟรี หรือให้เป็นของขวัญและจำกัดอายุผู้ดื่ม

มาตรการขั้นชะเนาะการบังคับใช้กฎหมาย ที่รัฐบาลร่วมกับองค์กรภาคประชาชน รณรงค์อย่างกว้างขวาง เช่น การประกาศเอาผิดกับผู้จำหน่ายบุหรี่กับเหล้าให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จึงยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องคิดค้นโครงการใหม่ในการรณรงค์อย่างต่อเนื่องถึงพิษภัยของเหล้า บุหรี่ และการเที่ยวกลางคืนต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งผลกระทบต่อนักเรียนและคนจน และคิดค้นนโยบายระยะยาวว่า ทำอย่างไรจะให้สังคมไทยมีจำนวนสถานบันเทิงที่พร้อมไปด้วยสิ่งมอมเมาลดน้อยลง และทำอย่างไรสถานบันเทิงเหล่านี้จึงเป็นสถานที่สำหรับผู้ใหญ่เท่านั้นจริงๆ

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

”

10

สถานการณ์สำคัญ ในรอบปี 2547

จีเอ็มโอ

เดือนกรกฎาคม 2547 เกิดข่าวเรื่องมะละกอสายพันธุ์ตัดแต่งยีนส์ในห้องปฏิบัติการสถานีทดลองพืชสวน สำนักวิจัยพัฒนาเกษตรเขตที่ 3 จังหวัดขอนแก่น กระจายเข้าถึงไร่นาเกษตรกรและสู่ท้องตลาด ทำให้เกิดกระแสเรียกร้องให้กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ออกมายอมรับความจริงและทำลายต้นมะละกออย่างเร่งด่วน ก่อนที่จะกระจายออกนอกพื้นที่เป็นวงกว้าง แต่กว่าผลพิสูจน์จะออกมาและรัฐบาลยอมรับว่า มีการแพร่กระจายมะละกอจีเอ็มโอในไร่นาจริงก็ล่วงเข้าเดือนกันยายน ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ปลูกมะละกอ เมื่อพบว่ามะละกอจีเอ็มโอเข้าสู่ท้องตลาดโดยแยกไม่ออก ผู้บริโภคกลัวรับประทาน แม้คำสัมภาษณ์สัมตำได้น้อยลง ลามไปถึงตลาดต่างประเทศเมื่อสหภาพยุโรป (อียู) ระบุการนำเข้าผลไม้กระป๋องพวกพืชรสดี หลังจากรัฐบาลมีท่าทีจะพิจารณาอนุญาตให้ทดลองปลูกในระดับไร่นาจริงและให้นำพืชและสัตว์จีเอ็มโอจากต่างประเทศเข้ามาในไทยได้ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2547 ซึ่งขัดกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2544 ที่ห้ามการปลูกทดลองพืชจีเอ็มโอในไร่นาจริงและยังไม่มีการวิจัยหรือสถาบันได้รับรองความปลอดภัยของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม จึงเกิดกระแสต่อต้านจากภาคประชาชนทุกระดับ หลังจากนั้น 10 วัน รัฐบาลจึงยอมถอนการพิจารณาการทดลองปลูกพืชจีเอ็มโอในระดับไร่นาจริงจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 31 สิงหาคม 2547

ปัญหาโครงการ 30 บาท ในปีที่ 3

เข้าสู่ปีที่ 3 โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่รัฐบาลตั้งใจให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงทุกคน พบว่ายังไม่เป็นจริงและยังมีคนไทยกว่า 3 ล้านคนที่ยังไม่ได้บัตร โดยเฉพาะชนกลุ่มน้อยที่รอการรับรองสัญชาติไทยจำนวนหลายหมื่นที่เคยได้บัตรทองแล้วถูกยึดบัตรคืนตามการตีความของคณะกรรมการกฤษฎีกาที่ว่าโครงการนี้ครอบคลุมเฉพาะผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีคนไทยเร่ร่อน หรือชื่อตกหล่นจากทะเบียนบ้านที่ยังคงไม่ได้รับบัตรทอง ปัญหาถัดมาคือเรื่องงบประมาณที่รัฐจัดสรรให้อย่างจำกัดก็ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องมาถึงปี 2547 ส่งผลให้โรงพยาบาลประสบปัญหาค่าใช้จ่ายเกินงบสำหรับการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การคลอดบุตรซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเสียหายถึงขั้นเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ รองลงมาคืออุบัติเหตุที่ทำให้สูญเสียอวัยวะหรือพิการ ส่วนการร้องเรียนเรื่องบริการพบว่าในปี 2546 มี 4,566 เรื่อง แต่ปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 14,105 เรื่อง



ความอ้วน

มีรายงานวิจัยพบว่า 'โรคอ้วน' หรือ 'ภาวะโภชนาการเกิน' ในบ้านเราเพิ่มขึ้นในเด็กทุกกลุ่มอายุ สะท้อนว่าปัญหานี้มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น และยังพบว่าภาวะแทรกซ้อน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันเลือดสูง ซึ่งแต่ก่อนเคยเกิดในวัยผู้ใหญ่ แต่ปัจจุบันพบในเด็กไทยเพิ่มขึ้น เพราะเด็กไทยขณะนี้ออกรับวัฒนธรรมการกินอย่างตะวันตกเต็มตัวแล้ว นอกจาก 'โรคอ้วน' นำหนักเกินที่มักเกิดขึ้นในเด็กแล้ว 'ความกลัวอ้วน' กลับกลายเป็นเรื่องที่หนุ่มสาวสมัยใหม่กังวลต่อบุคลิกภาพเกินไ้ ไปรุนแรงจนมากหนักไปพึ่ง 'การลดน้ำหนัก' ตามสถานออกกำลังกายหรือสถานเสริมความงาม หรือที่เห็นผลเร็วกว่านั้น ก็หันไปพึ่งบรรดาผลิตภัณฑ์สลายไขมัน ทั้งกินทั้งทา ตามการโฆษณาชวนเชื่อสารพัดวิธิตดอ้วน

คดีข้อดไข...ซังลิ้ม

คดีดังที่สร้างความอื้อฉาวต่อวงการตำรวจในปี 2547 คือดคดี 'ข้อดไข' เกิดขึ้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เจ้าหน้าที่ตำรวจหลายคนพร้อมผู้ต้องหาหนุ่มข้อหาวิ่งราวทรัพย์ และใช้กระแสนไฟฟ้าแรงสูงช็อตตามร่างกายลามไปจนถึงอวัยวะเพศจนไหม้เกรียม เพื่อบีบให้รับสารภาพ ส่วนคดีดัง 'ซังลิ้ม' เกิดที่สถานีตำรวจนครบาลลุมพินิคุมขังสามีภรรยาแม่ลูกอ่อนผู้ต้องหาคดีลักทรัพย์นานเกือบ 3 เดือน เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ทั้งสองคดีสร้างความตระหนกตกใจให้เกิดขึ้นกับสังคม เพราะ 'ผู้ต้องหา' ที่ยังไม่มีการบวนการพิสูจน์ว่าเป็นผู้กระทำผิด ถูกตัดสินพิพากษาโดย 'ศาลเตี้ย' ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพราะ 2 คดีนี้อยู่ในความสนใจของประชาชน เจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งสองโรงพักจึงต้องถูกตั้งกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริง เพื่อลงโทษตามวินัยหรือรอดำเนินคดีทางอาญาโดยกรณีซังลิ้ม ตำรวจผู้เป็นเจ้าของคดีถูกออกจากราชการไว้ก่อนรวมทั้งยังถูกดำเนินคดีด้วย ขณะที่ทางสภาทนายความก็ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือสามีภรรยาในด้านคดี ส่วนทางกรมคุ้มครองสิทธิเสรีภาพกระทรวงยุติธรรม ได้นำสามีภรรยามาอยู่ภายใต้การดูแลของกฎหมายคุ้มครองพยานตามคดีอาญา ซึ่งถือเป็นรายแรกในประเทศไทย ในกรณีของ 'ข้อดไข' ญาติของหนุ่มไซค์รายได้เข้าแจ้งความจนมีการสืบสวนสอบสวนพร้อมกับการชี้ตัวยืนยันจนสามารถดำเนินคดีกับตำรวจ 20 กว่านายในที่สุด

สิ่งแวดล้อมในอาหาร

พบ 'นิ้วมือคนในแฮม' เป็นข่าวดังช่วงปลายปี 2547 จากการรายงานของผู้บริโภคที่ซื้อแฮมไปจากร้านสะดวกซื้อแห่งหนึ่ง ตอนแรกเจ้าของโรงงานปฏิเสธอ้างว่าอาจเป็นการกลั่นแกล้ง แต่หลังจากพิสูจน์ดีเอ็นเอเปรียบเทียบระหว่างเศษนิ้วในแฮมกับคนงานที่ประสบอุบัติเหตุพบว่าตรงกัน ทำให้โรงงานต้องปิดเลิกกิจการไป ถัดมาไม่นานก็มีข่าวพบตะขาบในข้าวหลามตามด้วยปลิงควายในข้าวหลาม จนเกิดกระแสพบสิ่งแปลกปลอมในอาหารต่างๆ ทอยบอกต่อกันมา ไม่ว่าจะเป็นฟันในเมล็ดยกยจี หรือเมล็ดแตงโม เข็มฉีดยาในขวดน้ำปลา ฯลฯ ที่จริงแล้วรัฐบาลประกาศนโยบายอาหารปลอดภัยตั้งแต่ปี 2546 โดยกำหนดให้สถานที่ผลิตอาหารต้องผ่านเกณฑ์ปฏิบัติมาตรฐานจีเอ็มพี (GMP-Good Manufacturing Practices) หากเป็นอาหารปรุงจำหน่ายตามภัตตาคาร ร้านอาหารหรือรถเข็นข้างทางจะต้องสะอาดปลอดภัยตามเกณฑ์การตรวจสอบ เจ้าของร้านค้าในตลาดสดทุกแห่งจะต้องมีส่วนรับผิดชอบทำร้านค้าให้สะอาดปลอดภัย มีชุดตรวจไว้เตรียมพร้อมสำหรับตรวจสอบเสมอ แต่จำนวนโรงงานและร้านรวงมีจำนวนมากมากเกินไปกว่ากำลังการตรวจสอบคุณภาพอาหารของเจ้าหน้าที่รัฐ ดังนั้นผู้ผลิตจึงต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลทุกขั้นตอนการผลิต ส่วนประชาชนในฐานะผู้บริโภคคือผู้ตัดสินว่าจะซื้อหรือไม่ซื้อจะบอกต่อตนเอง

ผลกระทบของอุตสาหกรรม ต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

โรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งมักอ้างอยู่เสมอว่ามีระบบมาตรฐานการผลิต มีการควบคุมการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมระดับโลก แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าโรงงานอุตสาหกรรมหรือเหมืองแร่หลายแห่งได้ปล่อยน้ำเสีย ควันพิษ สู่สิ่งแวดล้อมจนกระทั่งเกิดผลเสียหลายอย่างรุนแรง ในปี 2547 ข่าวที่ชัดเจนในเรื่องนี้คือ ชาวบ้านอำเภอแม่สอด 8 หมู่บ้านในจังหวัดตากที่ใช้ลำห้วยแม่ตาาร่วมกันต้องได้รับผลกระทบจากสารแคดเมียมเกินมาตรฐานปนเปื้อนอยู่ในดิน ข้าวและกระเทียมถ้าสะสมในร่างกายมากเข้าพิษของ สารจะทำลายตับ ไต และระบบเลือด หรือเกิดโรค 'อิด อีได' จึงเรียกร้องให้รัฐบาลเข้ามาดูแล แก้ไข และชี้ให้โรงงานดลงสังกะสีบริษัทผาแดง อินดัสทรีจำกัดรับผิดชอบปัญหาที่คล้ายคลึงกันนี้ เกิดขึ้นที่อื่นๆ อีกหลายแห่ง เช่น ปัญหาสารตะกั่วปนเปื้อนในร่างกายของชาวคลิตี้ล่าง อำเภอ ทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ที่รื้อร้างมานาน เกือบ 10 ปี หรือปัญหาการแพร่กระจายของสารพัดสารเคมีในสวนส้มขนาดใหญ่ที่จังหวัด เชียงใหม่ปลายปี 2546 ต่อต้นปี 2547



ไทยเป็นเจ้าภาพ การประชุมเอตส์โลก

ในการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2547 ที่ผ่านมามีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 20,000 คน และมีบุคคลสำคัญมาร่วมงานจำนวนมาก เช่น อดีตประธานาธิบดีเนลสัน แมนเดลา และนางโซเนีย คานธี ประเทศไทยได้รับการยกย่องจากเลขาธิการขององค์การสหประชาชาติ และสมาคมโรคเอดส์นานาชาติเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์ และการให้ยาด้านไวรัส ซึ่งเป็นแบบอย่างของทั่วโลก รัฐบาลไทยได้ประกาศให้ทั่วโลกได้รู้ว่าจะสนับสนุนยาด้านไวรัสให้กับผู้ป่วยตลอดไปจากเงินงบประมาณและเงินกองทุนโลกส่วนหนึ่งให้ทั่วถึงและเท่าเทียม ในการประชุมครั้งนี้นานาชาติได้หาแนวทางความร่วมมือแก้ไขปัญหโดยขยายทางเลือกในการป้องกันโรคเอดส์ ที่เน้นแรงจูงใจให้ยับยั้งความต้องการทางเพศ การซื้อสัดย่ต่อคูครอง การใช้ยางอนามัย และการพัฒนาการผลิตน้ำยาเคลือบช่องคลอด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ประเทศไทยเองได้ลงนามความร่วมมือกับ 6 ประเทศกำลังพัฒนา คือ ไนจีเรีย ยูเครน จีน รัสเซีย บราซิล และไทย โดยมีชื่อ สรุป 3 ประเด็นคือการพัฒนายาด้านไวรัส วัคซีน และผลิตภัณฑ์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ก็ได้ออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลรักษาคำมั่นสัญญาที่ได้ประกาศไว้ และระงับการเจรจาสิทธิบัตรยา ในข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับสหรัฐอเมริกา

กระแสล้งชาเขียว

'ชาเขียว' เครื่องดื่มของญี่ปุ่นกลายเป็นกระแสสุดฮิตในคนไทยด้วยสรรพคุณมากมาย ทั้งลดความดัน ควบคุมไขมัน ป้องกันโรคหัวใจ และป้องกันไม่ให้ฟันผุ หลายสินค้าจึงนำชาเขียวเป็นตัวชูผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่ขนมไปจนถึงเครื่องสำอาง ทั้งสบู่ ยาสีฟัน ครีมนวดหน้า ยาสระผมที่แปลกแหวกแนว คงไม่พ้นผ้าอนามัยด้วยคุณสมบัติคลอกลิ่นไม่พึงประสงค์ รวมถึงตุ๊กตาหอนชาเขียวที่เป็นโลโก้ของสินค้าชนิดที่นักดื่มชาต้องมิได้ครอบครอง คงปฏิเสธไม่ได้ว่ากระแสล้งชาเขียวนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการโฆษณาและกลยุทธ์การตลาดเข้าถึงกลุ่มลูกค้าวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ลองดูบโฆษณาชาเขียวชนิดดื่มเพื่อสร้างความเด่นในท้องตลาด พบว่า ในปี 2547 ใช้งบประมาณสูงกว่าปีที่แล้วกว่า 200 ล้านบาท โดย ปี 2546 ใช้งบโฆษณา 226 ล้านบาท แต่ปี 2547 ใช้งบโฆษณาสูงถึง 410 ล้านบาท (เฉพาะเดือน ม.ค. - ต.ค.) ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าชาเขียวบรรจุขวดพร้อมดื่ม ประดับตกแต่งกลิ่น สี รสหวาน ปะแล่มๆ จะมีสรรพคุณเท่าชาเขียวซองหรือซองๆ หนึ่งถ้วยหรือไม่ แต่ที่แน่ๆ เราไม่ได้จ่ายเงินซื้อชาเขียวเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเดียว แต่เราจ่ายเงินค่าโฆษณาของบรรดาบริษัทชาเขียวนั้นด้วย

อุบัติเหตุในเด็ก

ในรอบปี 2547 มีข่าวร้ายเกี่ยวกับอุบัติเหตุในเด็ก นับตั้งแต่อุบัติเหตุเครื่องเล่นในโรงเรียนประถมศึกษา เด็กตกเป็นบาส หรือเสาชิงช้าล้มทับเด็กจนเสียชีวิต เด็กถูกสุนัขรื้อตไวดอร์ชย้าจนต้องเย็บหลายเข็ม เด็กเล่นทำปิ่นลั่นไส้จนเสียชีวิต เด็กโหนสายไฟแรงสูงจนถูกไฟดูดตาย ผู้ใหญ่ถอยรถชนเด็กตาย ล่าสุดกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญเด็กชายวัย 2 ขวบตกหม้อข้าวต้มจนเสียชีวิตที่จังหวัดยโสธร แต่จากรายงานของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก โรงพยาบาลรามาธิบดีระบุว่าจากการศึกษาการตายของเด็กไทยอายุ 1 - 14 ปีในช่วงเวลา 4 ปี ตั้งแต่ปี 2542 - 2545 พบว่าเด็กไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ จำนวน 13,140 ราย เฉลี่ยปีละ 3,352 ราย แต่ 'การจมน้ำ' เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กไทย โดยตายทั้งสิ้น 6,301 ราย เฉลี่ยปีละ 1,575 ราย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุการตายจากการบาดเจ็บอื่นอีก คือ ไฟฟ้าดูด ขาดอากาศหายใจ ไฟคลอก น้ำร้อนลวก ตกจากที่สูง สัตว์กัดและอื่นๆ



การค้ำมนุษย์ ในประเทศไทย

ปัญหาการค้ำมนุษย์ในประเทศไทยนับวันรุนแรงมากขึ้น ในสายตาชาวโลกมองว่า ไทยเป็นแหล่งค้ำมนุษย์รายใหญ่ คือเป็นทั้งประเทศต้นทางที่ส่งผู้ตกเป็นเหยื่อของการค้ำมนุษย์ไปต่างประเทศเป็นประเทศปลายทางที่รับเหยื่อโดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้าน และเป็นประเทศทางผ่านของการขนส่งชาวจีนไปสหรัฐอเมริกา และยุโรป ออสเตรเลีย ทั้งหมดนี้มีส่วนวิจัยยืนยันชัดเจนไม่ว่าจะเป็นการค้ำมนุษย์เข้าสู่ธุรกิจการค้า ประเวณี เข้าสู่การค้าแรงงานที่ซูดาน หรือเข้าสู่กระบวนการแก๊งขบวนการ ปัญหาที่ต้องจับตามองซึ่งเกิดขึ้นในปี 2547 คือการลักเด็กแรกคลอดจากโรงพยาบาล โดยไม่สามารถสืบเสาะร่องรอยการหายได้ แก๊งลักเด็กทำไ้แน่นอนสืบสร้างความวิตกให้กับโรงพยาบาลต้องเร่งมาตรการทางป้องกัน ซึ่งก่อนหน้านี้ก็มีข่าวว่ามีการล่อลวงเด็กกำพร้า ที่พ่อแม่เสียชีวิตจาก 'คลื่นสึนามิ' ส่งออกไปยังต่างประเทศ

10 เรื่อง ในปี 2546 เปลี่ยนแปลงไป อย่างไรบ้าง ในปี 2547



สงครามยาเสพติด

ชัยชนะที่มาพร้อมคำคม

การลักลอบผลิตยาเสพติดในปี 2547 ลดลงกว่าเดิมค่อนข้างมาก แต่บริเวณพื้นที่ชายแดนยังคงต้องสกัดกั้นการนำเข้ามากขึ้น ขบวนการผลิตยาเสพติด กลับปรับเปลี่ยนเส้นทางลำเลียงยามาเป็นชายแดนทางภาคอีสานกลางและได้และย้อนกลับไปทางภาคเหนืออีก ในขณะที่ยาเสพติดก็มีราคาแพงและหายากมากขึ้น ในปี 2547 พบว่า มีการผลิตยาเสพติดรูปแบบใหม่ๆ เช่น เอ็กซ์ตาซี หรือ ยาอี โคเคน คีตามีน และอีโรซีนไฟร์

ปี 2546 คนไทยขานรับนโยบาย

ออกกำลังกายอย่างคึกคักทั่วประเทศ

ในปี 2547 สร้างกระแสให้ประชาชนออกกำลังกายประสบความสำเร็จอีกครั้งในงาน ‘รวมพลคนเหลื่อง - ฟ้า’ เมื่อวันเสาร์ที่ 20 พฤศจิกายน 2547 ณ ลานออกกำลังกายประจำจังหวัดต่างๆ มีประชาชนทั่วประเทศเต้นแอโรบิกมากถึงหลายล้านคน รัฐบาลตั้งใจที่จะขยาย ‘ชมรมสร้างสุขภาพ’ ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งขณะนี้มีมากกว่า 41,316 ชมรมแล้ว



โครงการ 30 บาท แม่มีปัญญา

แต่คือหลักประกันคุณภาพถ้วนหน้า

นโยบาย 30 รักษาทุกโรค แม้มีความสำเร็จมาระดับหนึ่ง แต่ในปี 2547 ยังคงพบปัญหาหลายประการที่ต้องดำเนินการแก้ไข โดยเฉพาะในด้านความทั่วถึง จากข้อมูลเมื่อเดือนกันยายน 2547 พบว่าคนไทยอีก 3.2 ล้านคนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนเหล่านี้มักอยู่ในเขตเมืองและแม้ยังไม่มียบัตรแต่ก็มีสิทธิตามกฎหมาย ส่งผลให้สถานพยาบาลขาดงบประมาณที่ควรได้ไปถึงราว 4 พันล้านบาท ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็ก และโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีตัวเลขนงประมาณติดลบทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2546 และ 2547 พบว่า โครงการนี้มีส่วนช่วยลดความยากจนที่เกิดจากความเจ็บป่วยลงไปได้มาก

ท่าอย่างโรอาทราไทยจึงจะปลอดภัย

ครบวงจร

การรณรงค์เพื่อโครงการอาหารปลอดภัยทั่วประเทศยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพบว่า ความไม่ปลอดภัยทั้งจากสารเคมีและเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร และจากการเปิดการค้าเสรีไทย-จีน ก็พบว่า พืช-ผักจีน พวกถั่วลันเตา คะน้า หน่อไม้ฝรั่ง กะหล่ำดอก ผักกวางตุ้ง บร็อกโคลี่ กระเทียม แอปเปิ้ล และสาลี่ มีสารเคมีอันตรายที่ไทยเลิกใช้แล้วแต่จีนยังใช้อยู่ ในงานสมัชชาสุขภาพ 2547 เมื่อเดือนกันยายน 2547 ได้เสนอวิธีแก้ปัญหาสุขภาพคนไทยโดยให้รัฐบาลออกมาตรการควบคุมการผลิตและนำเข้าสารเคมีเพื่อการเกษตร ส่งเสริมให้ใช้เกษตรอินทรีย์ทดแทน พร้อมทั้งห้ามโฆษณาประชาสัมพันธ์สารเคมีผ่านสื่อทุกชนิดรวมทั้งห้ามมีการใช้พืชตัดแต่งทางพันธุกรรม (จีเอ็มโอ)



งดเวลาโฆษณาเหล้าทางโทรทัศน์และวิทยุ

ถึงแม้ว่าห้ามโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดทางโทรทัศน์และวิทยุ ในช่วง 05.00 -22.00 น. ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ก็ตาม ยังไม่สามารถ ลดจำนวนผู้ดื่มแอลกอฮอล์ได้มากนักในบรรดาวัยรุ่นชายหญิง ปรากฏว่ากลุ่มผู้หญิงและเด็กที่อายุไม่เกิน 18 ปี กลับมีสถิติการบริโภคสูงขึ้น เพราะในร้านค้าสะดวกซื้อยังคงตั้งวางเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หวังดึงดูดนักดื่ม ต้นเดือนธันวาคม 2547 รัฐบาลจึงบังคับใช้กฎหมายห้ามขายสุราและเบียร์แก่เด็กอายุ ต่ำกว่า 18 ปี และให้ขายเป็นช่วงเวลา คือช่วง 11.00 - 14.00 น. และช่วง 17.00 - 24.00 น. เท่านั้น หากฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 30,000 บาท หรือจำคุกไม่เกิน 3 เดือน ส่วนผู้ใหญ่ที่ใช้ให้เด็กซื้อก็มีความผิดเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการตั้งสินบนให้ผู้ซื้อเบาะแสหากร้านค้าละเมิดข้อตกลง หากยังขายเหล้าและเบียร์ให้แก่วัยรุ่นจะต้องดูผลต่อไปในปี 2548

ชาร์ส...! ไขหวัตรมณะเขย่าโลก

เดือนมิถุนายน 2547 วารสารการแพทย์ ‘แลนเซต’ รายงานว่านักวิทยาศาสตร์สถาบันโรคติดต่อและโรคภูมิแพ้แห่งชาติสหรัฐอเมริกาทดลองใช้วัคซีนป้องกันโรคซาร์ส แบบฉีดพ่นเข้าทางจมูก และระบบทางเดินหายใจสำเร็จ โดยวัคซีนซาร์สนี้ผลิตขึ้นจาก ‘ดีเอ็นเอ’ ของเชื้อไวรัสโรคซาร์สจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายผลิตภูมิคุ้มกันซาร์สขึ้น อย่างไรก็ดีไม่ปรากฏว่าเกิดโรคซาร์สในปี 2547 อีก แต่กลับมีโรค ‘ไข้หวัดนก’ ระบาดแทน



วัยรุ่นกับถุงยางและก๊วยเอดส์

การรณรงค์ให้วัยรุ่นหญิงชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันปัญหาโรคเอดส์เมื่อปลายปี 2546 นั้น ดูเหมือนว่ายังไม่ได้ผลนัก เมื่อการสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ปีนี้ พบว่าวัยรุ่นไทยอายุ 15-24 ปี พบติดเชื้อมากถึงเกือบ 80,000 คน เยาวชนเริ่มมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยตั้งแต่อายุ 14-15 ปี มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัย ขณะที่เพศสัมพันธ์ และติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนกันเอง

เกมออนไลน์ สร้างสรรค์หรือทำลาย

สุขภาพเยาวชน

ข่าวฮือฮาในปี 2547 เกี่ยวกับประเด็นนี้คือ มีเด็กชายอายุ 11 ขวบ ติดเกมคอมพิวเตอร์จนแม่หนีออกจากบ้าน จนกลายเป็นเด็กเร่ร่อนขายพวงมาลัยในที่สุด และพบเด็กหลายคนหนีเรียนไปนั่งเล่นเกม จนผลการเรียนตกต่ำ ผู้ปกครองบางรายจนปัญญาห้ามปรามเลยใช้วิธี ‘ล่อมโซ่ลูกไว้ที่บ้าน’ กระทรวงไอซีทีจึงห้ามให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เล่นเกมเกินวันละ 3 ชั่วโมง และจนถึงเวลาไม่เกิน 22.00 น. รวมทั้งห้ามเล่นการพนัน ชิงโชค ร้านเกมส์ที่ฝ่าฝืนมีสิทธิ์จำคุก ส่วนสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นก็ได้เปิดคลินิกป้องกัน และแก้ไขปัญหาลูกติดเกมเพื่อคอยให้คำปรึกษาผ่านทางสายตรง 1323 ด้วยเช่นกัน



บทเรียนจากกรณี ‘บิก ดูปู’

ถึงวันนี้ บิก ดูปู กลับมาพักพิงที่บ้าน ตั้งแต่ วันที่ 5 สิงหาคม 2547 อาการของบิกค่อยๆ ดีขึ้นอย่างช้าๆ เดือนมกราคม 2548 ร่างกายของบิกมีปฏิกิริยาตอบสนอง รับรู้ด้วยเสียง กระพริบตา และกลอกลูกตาดูหาที่มาของเสียง เหลืออยู่เพียงแค่สมองที่รอการฟื้นฟูเท่านั้น บิกยังต้องรับยาฆ่าเชื้อราต่อไปอีก 1 ปี ส่วน คน-ร-ถ-ถนอันตรราย-สิ่งมีนเมา ต้นเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากรัฐบาลมีโครงการรณรงค์ต่อเนื่องทั้งเมาไม่ขับ เปิดไฟส่องหมวกกันน็อค ตรวจเช็ครถฟรีก่อนออกเดินทาง ซ่อมบำรุงถนนทุกเส้นทางช่วยปลูกจิตสำนึกถึงคำว่า ‘ปลอดภัยไว้ก่อน’ ผลจากการบังคับใช้กฎหมาย ได้ผลเป็นอย่างมาก รวมถึงการประชาสัมพันธ์ที่ต่อยอดผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถในวันหยุดยาวจึงลดลง เห็นได้จากวันสงกรานต์ ปี 2547 มีผู้เสียชีวิต 654 คน บาดเจ็บ 36,642 คน และวันสงกรานต์ปีเก๋าดือนรับปีใหม่ 2548 มีผู้เสียชีวิต 467 คน บาดเจ็บ 26,100 คน

ไฟฟ้าจากแม่เมาะ ต้นทุนสุขภาพ

ราคาแพงของชาวบ้าน

ในเดือนพฤษภาคม 2547 ศาลจังหวัดลำปาง ได้พิพากษาให้ชาวบ้าน 153 คนที่มีคดีฟ้องร้องเพื่อเรียกสินไหมทดแทนพืชผลที่เสียหายจากโรงไฟฟ้า ชนะคดีได้รับเงินทดแทน 5,726,162 ล้านบาทพร้อมดอกเบี้ย และเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน รัฐบาลมีคำสั่งให้ดำเนินการอพยพชาวบ้าน 669 หลังคาเรือนจำนวนประมาณ 4,000 คน ออกจากบริเวณพื้นที่ ตามข้อเรียกร้องของชาวบ้านที่เสนอต่อรัฐบาลมาแล้วร่วม 10 ปี ส่วนทางการไฟฟ้าฝ่ายผลิต (กฟผ.) ยังมีโครงการ 6 หมั่นลั่นที่ จะขยายพื้นที่เหมืองให้เพิ่มพื้นที่ 10,000 ไร่





การกำเริบกับการเข้าถึงยา

การค้าเสรี:

ดาบสองคมที่กระทบการเข้าถึงยาของคนไทย

การค้าเสรี ซึ่งกำลังเป็นกระแสโลกใหม่ในวันนี้ อาจจะก่อให้เกิดผลดีทางเศรษฐกิจและสังคมหลายด้าน แต่มีสักกี่คนที่ตั้งคำถามว่าการเข้าร่วมในกระแสเศรษฐกิจโลกที่กำลังมาแรงนี้ จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทยอย่างไร โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงยา ?

ใครได้ประโยชน์ ใครเสียประโยชน์
จากกติกาที่ว่าด้วยการคุ้มครอง
ทรัพย์สินทางปัญญา
อันเป็นเสมือนดาบสองคม
ในระบบการค้าเสรี?



ยากับการค้าเสรี

ในด้านหนึ่ง ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่อีกด้านหนึ่ง ยาคือสินค้าและเป็นสินค้าที่ผู้ผลิตและผู้ขายมุ่งหมายเพื่อเอากำไร เช่นเดียวกับข้าวที่เรากิน เสื้อผ้าที่เราใส่ รถยนต์ที่เราขับ และสินค้าอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราอีกนับแสนนับล้านชนิด

ไม่เพียงแต่นั้น ยายังมีฐานะเป็นสิ่งประดิษฐ์ หรือเป็นผลิตภัณฑ์อันเกิดจากการค้นคว้าวิจัยบนพื้นฐานความรู้ที่สั่งสมกันมา และจากการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ทั้งหมดล้วนต้องใช้เวลาและการลงทุนจำนวนมากศาล ในมุมมองเช่นนี้ ยาเป็นอะไรที่มากกว่าสิ่งที่ใช้รักษาโรคเพื่อต่อลมหายใจของมนุษย์ และเป็นอะไรที่มากกว่าสินค้าธรรมดาในตลาด แต่ยาในระบบการค้าสมัยใหม่เป็นสมบัติที่ผู้เป็นเจ้าของ ‘มีสิทธิที่จะผูกขาด’ ได้แต่ผู้เดียว สิทธิผูกขาดในเรื่องยา หรือที่เรียกกันติดปากว่า ‘สิทธิบัตรยา’ เป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งของเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการค้าโลกยุคใหม่ ที่เรารู้จักกันในนาม ‘การค้าเสรี’

การมีสิทธิผูกขาด หมายถึงว่าการแข่งขันในด้านราคาจากผู้ผลิตอื่นจะถูกปิดกั้น ซึ่งโดยทั่วไป ย่อมหมายถึงถึงราคาที่สูง และอาจจะสูงมากจนคนทั่วไปในประเทศกำลังพัฒนาไม่สามารถจ่ายได้ และไม่สามารถเข้าถึงยาที่มีสิทธิบัตรได้

เรื่องของยาจึงควรจะได้รับพิจารณาควบคู่ไปกับเรื่องของการค้าเสรี จะเกิดอะไรขึ้นกับการเข้าถึงยาของคนไทย เมื่อประเทศไทยเข้าร่วมในข้อตกลงทวิภาคีการค้าเสรี กับประเทศผู้ผลิตและผู้ค้ายารายใหญ่ที่สุดของโลก อย่างเช่นสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะทำให้ระยะเวลาของการผูกขาดทางการตลาดของยานั้นยาวนานขึ้น

นี่คือโจทย์ที่เราต้องการจะหาคำตอบและหาทางออก ในบทวิเคราะห์ต่อไปนี้



1. คุญแจสู่ ความเข้าใจ

คำและความหมายที่ให้อำนาจต่อไปนี้เป็นกุญแจสู่ความเข้าใจของท่านในการอ่านบทความนี้
การค้าเสรี

การค้าขายระหว่างประเทศภายใต้ข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกัน มีหลายระดับคือ
ระดับพหุภาคี เป็นการค้าระหว่างหลายประเทศภายใต้กฎ กติกาขององค์การการค้าโลก,
ระดับภูมิภาค เป็นการค้าภายใต้ข้อตกลงกลุ่มประเทศในภูมิภาคเดียวกัน,
ระดับทวิภาคี เป็นการค้าที่ประเทศคู่ค้าสองประเทศทำความตกลงกันเป็นการเฉพาะ
เพื่อทำการค้าขายกันในบางด้านหรือหลายด้าน

สิทธิบัตร

สิทธิตามกฎหมายที่คุ้มครองผลิตภัณฑ์ และกรรมวิธีการผลิตผลิตภัณฑ์ เช่น ยา เป็นต้น
ที่ให้แก่เจ้าของหรือผู้ประดิษฐ์ผลิตภัณฑ์ หรือกรรมวิธีการผลิตนั้น

การเข้าถึงยา

การที่บุคคลสามารถได้รับยาที่จำเป็นได้ ไม่ว่าโดยทางใดๆ

ยาต้นตำรับ

ยาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนาขึ้นมาใหม่ ซึ่งมักมีการจดสิทธิบัตรไว้ สิทธิบัตรจะคุ้มครองไม่
ให้มีการลอกเลียนหรือการแข่งขันในตลาด ตลอดระยะเวลาเท่าที่กฎหมายกำหนดไว้

ยาชื่อสามัญ

ยาที่ผลิตโดยใช้สารออกฤทธิ์เดียวกับยาต้นตำรับ โดยปกติการผลิตยาชื่อสามัญจะกระทำได้
ต่อเมื่อสิทธิบัตรของยาต้นตำรับหมดอายุการคุ้มครองแล้ว

บทสรุปของการค้าเสรี

สิ่งที่เรารู้กันว่า ‘การค้าเสรี’ ในวันนี้ มีวิวัฒนาการมายาวนาน จากความพยายามที่จะฟื้นฟูและจัด
ระเบียบการค้าระหว่างประเทศภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองสิ้นสุดลงใหม่ๆ โดยที่ประเทศทั้งหลายเห็นพ้องต้องกันว่า
เศรษฐกิจของโลกได้รับความบอบช้ำจากสงครามมามาก สมควรจะได้รับกาฟื้นฟูให้ดีขึ้น ความพยายามเหล่านั้น
ได้ยังผลให้เกิดองค์กรทางเศรษฐกิจระดับโลกขึ้นหลายองค์กร เช่น กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ธนาคารโลก
(World Bank) และ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า (GATT) เป็นต้น

กล่าวเฉพาะความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า หรือ ‘แกตต์’ ความตกลงที่ไม่ได้
มีสถานะเป็นองค์กรนี้ มีจุดมุ่งหมายหลักที่จะจัดระเบียบการค้าโลก เพื่อให้การซื้อขายสินค้าและบริการระหว่าง
ประเทศเป็นไปได้สะดวกและทั่วถึง ปราศจากอุปสรรค ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคที่มาจากเรื่องภาษีศุลกากร ปริมาณสินค้า
ข้อกำหนดเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดสินค้า มาตรฐานสินค้า หรือข้อกำหนดด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมของสินค้า
การไหลเวียนได้คล่องตัวของสินค้าและบริการในระบบการค้าระหว่างประเทศนี้เอง คือเป้าหมายสำคัญของแกตต์
และคืออุดมคติที่หลายประเทศในโลกต้องการจะให้เกิดขึ้น และนี่คือความหมายสำคัญของ ‘การค้าเสรี’ ภายใต้
ปรัชญาของแกตต์ ซึ่งก็สอดคล้องกันพอดีกับลัทธิเสรีนิยมทางการเมือง ที่ก่อเกิดอย่างชัดเจนในช่วงหลัง
สงครามโลกครั้งที่สอง

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

จึงกล่าวได้ว่า องค์การการค้าโลก (ต่อไปนี้จะเรียกว่า WTO) มีวิวัฒนาการมาจากแกตต์โดยตรง ปัจจุบัน WTO มีสมาชิก 148 ประเทศ มีภารกิจหลักคือการวางกฎเกณฑ์ระดับพหุภาคี และกำกับดูแลให้การค้าในหมู่ประเทศสมาชิกดำเนินไปอย่างเสรีในช่วงเวลาไล่เลี่ยกันนี้เอง บรรดาประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกัน ก็เริ่มหันมาทำความตกลงร่วมกันเป็นเขตการค้าเสรีในระดับภูมิภาค ซึ่งมีชื่อเรียกต่างๆ กันตามภูมิภาคนั้นๆ เช่น เขตการค้าเสรีนาฟต้า (NAFTA) ในทวีปอเมริกาเหนือ และเขตการค้าเสรีอาฟต้า (AFTA) ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ไทยเราก็ก็นับเป็นสมาชิกอยู่ด้วย เป็นต้น ประเทศสมาชิกของเขตการค้าเสรีระดับภูมิภาคเหล่านี้ส่วนใหญ่ หรือเกือบทั้งหมดก็เป็นสมาชิกเขตการค้าเสรีระดับพหุภาคีด้วย เช่น ประเทศไทยเราเป็นสมาชิกทั้งของ WTO และของเขตการค้าเสรีอาฟต้าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไปพร้อมกัน

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

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

2. ประเทศไทยในระบบการค้าเสรี

ปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นสมาชิกเขตการค้าเสรีทั้ง 3 ระดับ คือ เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (พหุภาคี) มาตั้งแต่เริ่มแรกก่อตั้งองค์กรนี้ขึ้นในปี พ.ศ. 2538 ขณะเดียวกัน ในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ อาเซียนซึ่งได้ก่อตั้งเขตการค้าเสรีในระดับภูมิภาคของตนเองเมื่อ พ.ศ. 2535 ที่เรียกชื่อว่า อาฟต้า ไทยก็ได้เป็นสมาชิกของเขตการค้าเสรีอาฟต้าด้วย นอกจากนี้ไทยยังได้เปิดเสรีทางการค้าแบบทวิภาคีแล้วกับประเทศจีน (ตุลาคม 2546) อินเดีย (กันยายน 2547) ออสเตรเลีย (มกราคม 2548) และบาห์เรน (ลงนามกันเมื่อ ธันวาคม 2545 แต่ยังไม่มีผลในทางปฏิบัติ) และกำลังดำเนินการเจรจาเพื่อเปิดเสรีการค้ากับ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ เปรู และประเทศในกลุ่ม BIMST-EC อันได้แก่ บังกลาเทศ มัลดีฟส์ เมียนมาร์ ศรีลังกา เนปาล และภูฏาน (ยกเว้นอินเดียซึ่งได้เปิดเสรีการค้ากับไทยแล้ว (ดูรูปที่ 1)

ในการดำเนินการเจรจาเปิดเสรีการค้านั้น รัฐบาลไทยได้ตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้น 3 คณะ (ดูรูปที่ 2) คือ

คณะเจรจา ซึ่งประกอบด้วยคณะเจรจาย่อยสำหรับแต่ละประเทศหลายคน เช่น คณะเจรจาสำหรับประเทศออสเตรเลีย คณะเจรจาสำหรับญี่ปุ่น เป็นต้น

คณะทำงานประสานยุทธศาสตร์และนโยบายการระหว่างประเทศ กำหนดหน้าที่ประสานงานระหว่างคณะเจรจา กับคณะทำงานติดตามผลการเจรจา

คณะทำงานติดตามผลการเจรจา

3. ยุทธศาสตร์ในการเลือกประเทศคู่เจรจาเพื่อเปิดเสรีการค้าแบบทวิภาคีของไทย

- มุ่งเจรจากับประเทศที่เป็นตลาดสำคัญของสินค้าไทย เช่น สหรัฐฯ ญี่ปุ่น จีน อินเดีย เป็นต้น
- มุ่งขยายตลาดใหม่ ในกลุ่มประเทศที่มีศักยภาพ เช่น จีน อินเดีย ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์
- มุ่งเจรจากับประเทศที่เป็นประตูการค้าไปสู่ภูมิภาคอื่น เช่น บาห์เรน เพื่อเป็นประตูสู่ประเทศอื่นในตะวันออกกลาง เปรู เพื่อเป็นประตูสู่ประเทศในแถบละตินอเมริกา และตลาดภูมิภาค เช่น ประเทศกลุ่ม BIMST-EC (เมียนมาร์ มัลดีฟส์ บังกลาเทศ ศรีลังกา อินเดีย เนปาล และภูฏาน) ในเอเชียใต้

เมืองซีแอตเติล ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2542 ซึ่งถูกคัดค้านและต่อต้านอย่างหนักจนในที่สุดไม่มีข้อตกลงใดๆ เกิดขึ้น

ปัจจุบันสหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญกับการเจรจาแบบสองต่อสอง หรือที่เรียกว่าทวิภาคีอย่างมาก และได้เริ่มเจรจาแล้วกับหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งข้อตกลงระดับพหุภาคีได้เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกสามารถเจรจาตกลงเป็นคู่ๆ ได้ โดยข้อตกลงดังกล่าวต้องไม่ขัดกับข้อตกลงของ WTO ดังนั้น การค้าเสรีในระบบทวิภาคี หรือ FTA จึงเป็นเสมือนส่วนย่อยของส่วนใหญ่นั้นเอง

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

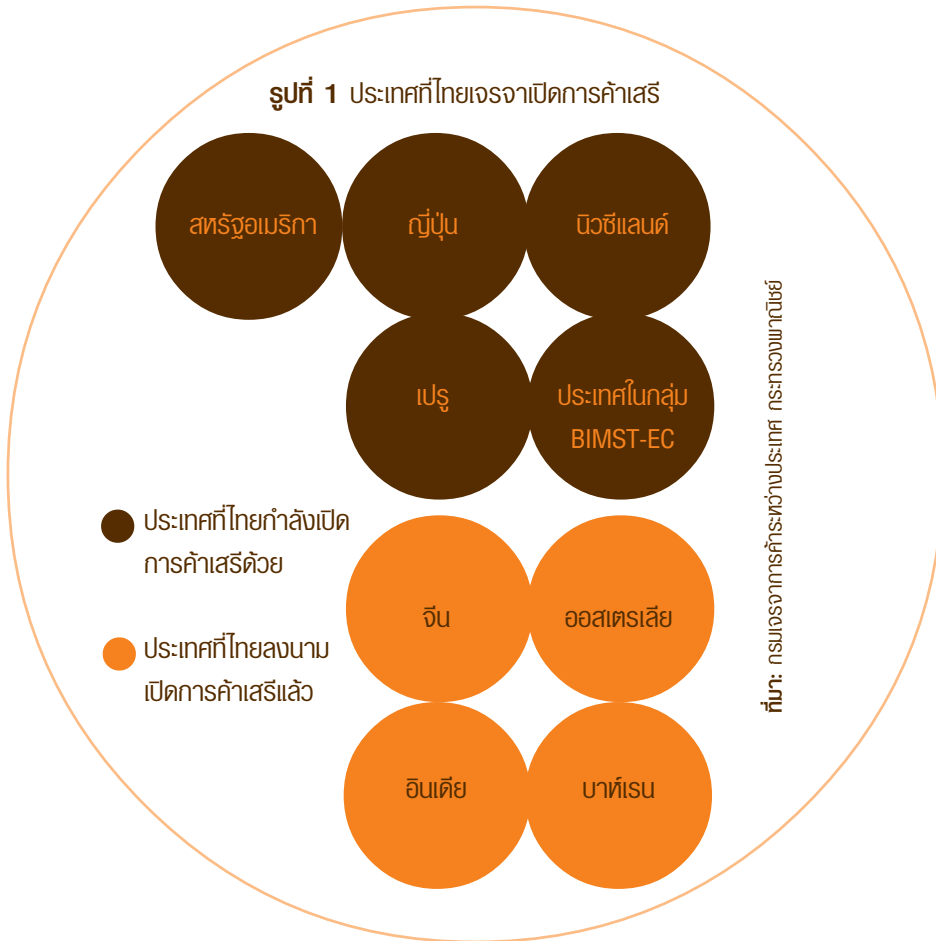
ทำไมต้องเข้าร่วมในการค้าเสรี?

การค้าระหว่างประเทศเป็นที่ยอมรับของรายได้และความเจริญด้านเศรษฐกิจและสังคมของชาติ ดังจะเห็นได้เช่น ในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 54 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Products-GDP) มาจากการส่งออก รายได้ก็นำมาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดเวลาที่ผ่านมานั้นส่วนสำคัญก็มาจากการค้าขายกับต่างประเทศ

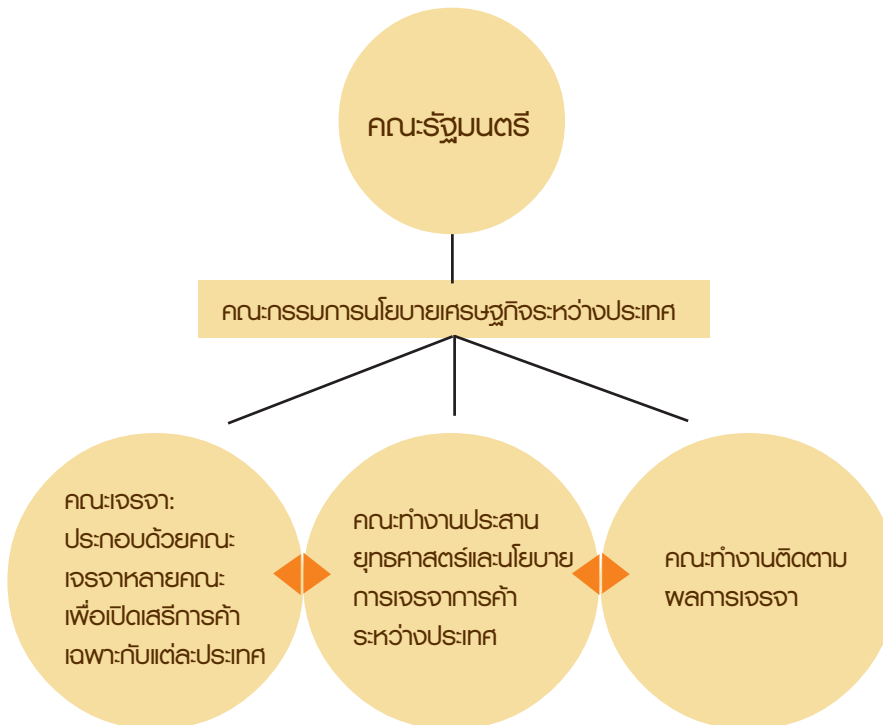
ประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาตั้งแต่สมัยอยุธยาได้ชี้ให้เห็นว่า ช่วงเวลาใดที่การติดต่อค้าขายกับต่างประเทศรุ่งเรือง เศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยก็เจริญก้าวหน้า แต่ช่วงเวลาใดที่การค้าขายกับต่างประเทศซบเซา ความเจริญก้าวหน้าทางสังคมและเศรษฐกิจก็ถดถอย ดังเช่นในช่วงเวลาประมาณ 170 ปี ตั้งแต่หลังแผ่นดินสมเด็จพระนารายณ์มหาราชแห่งกรุงศรีอยุธยา จนถึงสมัยรัชกาลที่ 4 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ที่การค้ากับต่างประเทศเฉื่อยช้าลง ต่อมาเมื่อมีการทำ “สนธิสัญญาเบาว์ริง” กับประเทศอังกฤษ ในปี พ.ศ. 2389 การค้าขายกับต่างประเทศจึงกลับมารุ่งเรืองและขยายตัวอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีผลทำให้เศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก

การค้าเสรีเป็นเรื่องของการจัดระเบียบการค้าระหว่างประเทศ โดยมุ่งจัดอุปสรรคที่ทำให้การไหลเวียนของสินค้าระหว่างประเทศไม่ได้รับความสะดวก และไม่เป็นธรรม เพื่อให้ทุกประเทศ “ทำการค้ากันได้โดยเสรี” ภายใต้ระบบการค้าเสรีนี้ ประเทศสมาชิกของ WTO สามารถส่งสินค้าของตนไปขายยังประเทศที่เป็นสมาชิกด้วยกันได้ โดยไม่มีอุปสรรคขวางกั้นหรือมีน้อยที่สุด อุปสรรคที่ว่ำนั้นอาจเป็นเรื่องกำแพงภาษีนำเข้า การกำหนดโควตาสินค้า หรือการกำหนดมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัยของสินค้า เป็นต้น โดยนัยนี้ สินค้าจากประเทศที่เป็นสมาชิกของ WTO จึงได้เปรียบในการแข่งขัน ขณะที่สินค้าจากประเทศที่ไม่ได้เป็นสมาชิกจะเสียเปรียบ เพราะมีอุปสรรคต่างๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น

รูปที่ 1 ประเทศไทยเจรจาเปิดการค้าเสรี



รูปที่ 2 โครงสร้างคณะทำงานในการเจรจาเปิดการค้าเสรีกับประเทศต่างๆ



ที่มา: กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์



ข้อตกลงและกลไกที่ ขับเคลื่อนการค้าเสรี

ในระดับพหุภาคี WTO มีข้อตกลงอันถือได้ว่าเป็นกลไกหลักๆ อยู่ 3 ส่วนที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ ทำให้การเจรจาเปรียบเทียบการค้าโลกดำเนินไปได้ตามวัตถุประสงค์ คือ

● **ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า** (General Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - TRIPS หรือที่เรียกกันสั้นๆ ว่า “ทริปส์”) ข้อตกลงนี้แหละที่จะมีผลต่อการเข้าถึงยาของคนไทย ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

● **ข้อตกลงระดับพหุภาคีว่าด้วยการค้าสินค้า** (Multilateral Agreements on Trade in Goods - MATGs หรือ “แมตส์”) ที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข เช่น ข้อตกลงมาตรฐานสุขอนามัยพืชและสัตว์ ข้อตกลงการจัดอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า เป็นต้น

● **ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ** (General Agreement on Trade in Service - GATS หรือ “แกตส์”)

ถ้าเปรียบเทียบการค้าเสรีระดับพหุภาคีเหมือนรถที่มีสามล้อ “ทริปส์” ซึ่งเป็นกฎกติกาว่าด้วยการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในการค้า ก็เปรียบเสมือนล้อหน้า “แมตส์” และ “แกตส์” ซึ่งเป็นกฎกติกาในเรื่องการค้าสินค้าและการค้าบริการเป็นเหมือนสองล้อหลัง โดยมี WTO ซึ่งเป็นองค์กรทำหน้าที่เหมือนเป็นคนขับ WTO มีการประชุมรัฐมนตรีของประเทศสมาชิก ซึ่งจัดทุกๆ 2 ปี ทำหน้าที่เป็นองค์กรตัดสินใจและให้การรับรองข้อตกลงระดับพหุภาคีในเรื่องต่างๆ (ดูรูปที่ 3)

การค้าเสรีในระดับภูมิภาคและระดับทวิภาคีก็อิงอยู่กับข้อตกลงหลักๆ ที่กล่าวข้างต้น แต่ก็จะมีข้อตกลงอื่นเพิ่มเข้ามาตามที่ประเทศคู่ค้าในกลุ่มหรือทั้งสองฝ่ายแล้วแต่กรณี จะตกลงกันเป็นการเฉพาะ

ด้วยเหตุนี้ ประเทศต่างๆ จึงตระหนักว่า การไม่เข้าร่วมในขบวนการการค้าเสรีในภาวะที่ประเทศอื่นๆ เข้าร่วมขบวนการกันหมดแล้วนั้น อาจหมายถึงการเสียโอกาสและเสียเปรียบหลายด้าน ที่สำคัญคือ (1) เสียโอกาสในการมีบทบาทร่วมกำหนดกติกาและเงื่อนไขการค้าระหว่างประเทศ (2) เสียโอกาสทางการค้า และ (3) เสียเปรียบทางการค้าประเทศอื่นที่เข้าร่วมอยู่ในขบวนการการค้าเสรีของ WTO

ในขณะเดียวกัน ก็เป็นไปได้ที่การเข้าร่วมในการค้าเสรีจะทำให้ประชาชนในประเทศกลุ่มหนึ่งได้ประโยชน์ ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเสียประโยชน์ เช่น ถ้าเปิดให้สินค้าชนิดเดียวกับที่เราผลิตได้ดีในประเทศอยู่แล้วเข้ามาแข่งในตลาด ประชาชนผู้ผลิตสินค้านั้นอาจจะได้รับผลกระทบจากราคาผลผลิตที่ต่ำลง ในขณะที่ประชาชนผู้บริโภคอาจจะได้ประโยชน์จากการที่มีสินค้าราคาถูกให้เลือกซื้อเป็นต้น ทั้งหมดนี้ ขึ้นอยู่กับการวางแผนและการกำหนดยุทธศาสตร์ของชาติเพื่อรองรับการค้าเสรีเป็นกรณีๆ ไป

นอกจากนี้ การขยายตัวทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการขยายตัวของการค้ากับต่างประเทศยังทำให้รายได้ของชาติเพิ่มขึ้นสามารถนำไปชำระหนี้สาธารณะ และนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศได้หลายด้าน รวมทั้งด้านสาธารณสุขด้วย

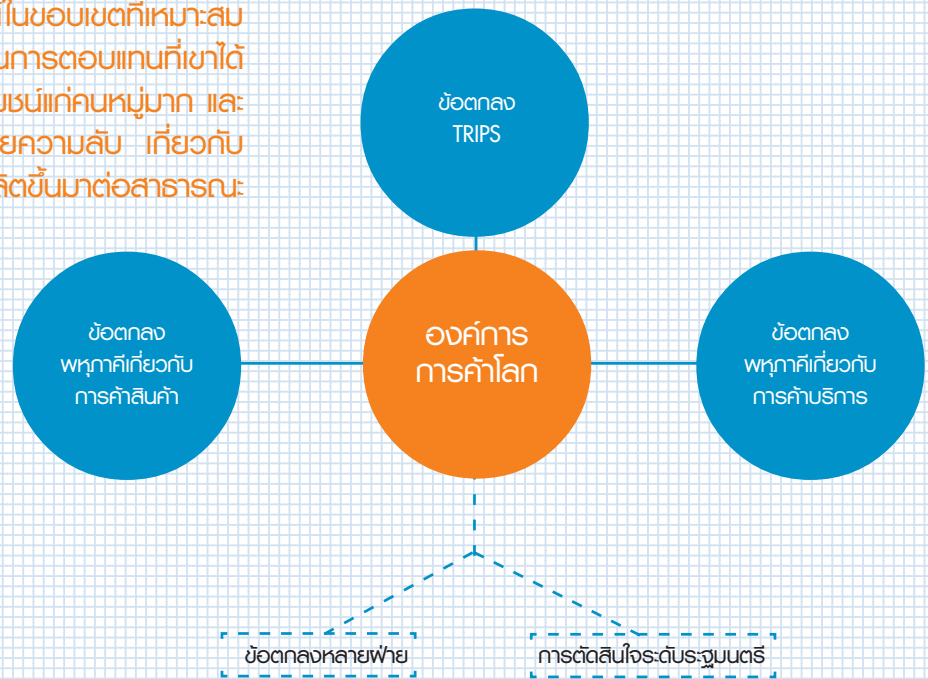
หลักฐานที่เป็นรูปธรรมของสิ่งที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2530 - 2540 ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งของการขยายตัวอย่างรวดเร็วนี้เป็นผลมาจากการเติบโตของการค้ากับต่างประเทศ ทำให้งบประมาณที่ใช้ชำระหนี้ต่างประเทศลดลงจากร้อยละ 25 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2530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

“

การคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตร มีลักษณะเป็นการให้สิทธิผูกขาดผลประโยชน์ในขอบเขตที่เหมาะสมแก่ผู้เป็นเจ้าของสิทธิบัตร เพื่อเป็นการตอบแทนที่เขาได้ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่คนหมู่มาก และเพื่อแลกกับการที่เขายอมให้เปิดเผยความลับ เกี่ยวกับกรรมวิธีการผลิต และสิ่งที่เขาได้ผลิตขึ้นมาต่อสาธารณะ

”

รูปที่ 3 ข้อตกลงและกลไกที่ขับเคลื่อนการค้าเสรีภายใต้องค์การการค้าโลก



ข้อตกลงทริพส์ (TRIPS)

ข้อตกลงทริพส์เป็นกลไกจัดระเบียบการค้าโลกที่สำคัญมาก และมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงยา ทริพส์ถือกำเนิดมาจากการเจรจารอบอุรุกวัยของแกตต์ ก่อนที่จะมีการก่อตั้ง WTO เล็กน้อย ทริพส์ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 7 ส่วน มี 73 มาตราสาระสำคัญของทริพส์อยู่ที่การกำหนดให้ประเทศสมาชิกให้การคุ้มครองสิ่งที่เรียกว่า **ทรัพย์สินทางปัญญา** โดยกำหนดให้ประเทศสมาชิกออกกฎหมายคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของตน ให้สอดคล้องกับข้อตกลงของทริพส์

ทรัพย์สินทางปัญญานั้น หมายรวมถึงบรรดาสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่มีความหมายในทางอุตสาหกรรม ซึ่งถูกสร้างสรรค์ขึ้นมา ทั้งที่เป็นงานด้านวรรณกรรม ศิลปะ การออกแบบ ซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ และที่เป็นผลิตภัณฑ์และกรรมวิธีการผลิตต่างๆ หรือเป็นวิธีดำเนินการทางธุรกิจ รวมถึงเครื่องหมายการค้าด้วย

การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาภายใต้ข้อตกลงทริพส์มีหลายระบบ เฉพาะที่เกี่ยวกับยาและการเข้าถึงยาได้แก่ระบบสิทธิบัตร ซึ่งเป็นระบบการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาสำหรับสิ่งประดิษฐ์ในรูปของผลิตภัณฑ์และกรรมวิธีการผลิต

การคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตร มีลักษณะเป็นการให้สิทธิผูกขาดผลประโยชน์ในขอบเขตที่เหมาะสมแก่ผู้เป็นเจ้าของสิทธิบัตร เพื่อเป็นการตอบแทนที่เขาได้ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่คนหมู่มาก และเพื่อแลกกับการที่เขายอมให้เปิดเผยความลับเกี่ยวกับกรรมวิธีการผลิต และสิ่งที่เขาได้ผลิตขึ้นมาต่อสาธารณะ

สิทธิผูกขาดหมายถึง การจำกัดไม่ให้มีการผลิต การนำเข้า หรือการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกัน หรือกรรมวิธีการผลิตสำหรับผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันโดยบุคคลอื่น เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้ทรงสิทธิ สิทธิผูกขาดมีผลบังคับตลอดระยะเวลาที่สิทธิบัตรของผลิตภัณฑ์นั้นยังมีอายุคุ้มครองตามกฎหมายอยู่

ข้อตกลงทริพส์กำหนดว่า สิทธิบัตรมีอายุคุ้มครองถึง 20 ปี นับแต่วันที่เจ้าของผลิตภัณฑ์ยื่นเรื่องขอจดสิทธิบัตร จุดมุ่งหมายหลักของสิทธิบัตรนั้น นอกจากจะเป็นการให้ “รางวัล” แก่ผู้ประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ อันเป็นประโยชน์แก่สังคมและมนุษยชาติแล้ว ยังมุ่งหมายเพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้คนอื่นได้มีความมานะทุ่มเทที่จะทำการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่ๆ ขึ้นมาด้วย หลักการสำคัญในเรื่องนี้อยู่ที่ว่า ต้องมีความสมดุลกันระหว่างผลประโยชน์ตอบแทนแก่บุคคลที่เป็นเจ้าของสิ่งประดิษฐ์ กับอันสืบส่งที่ส่วนรวมหรือสังคมจะพึงได้รับการประดิษฐ์คิดค้นนั้น

ทริพส์วางกติกาพื้นฐานเกี่ยวกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรไว้ สำหรับให้ประเทศสมาชิกถือปฏิบัติ ซึ่งมีสาระสำคัญดังที่ได้สรุปไว้ในกรอบที่ 4

- ให้มีสิทธิบัตรคุ้มครองทั้งกระบวนการหรือกรรมวิธีที่ใช้ในการผลิต (process) และผลิตภัณฑ์ (product) ที่เกิดจากกรรมวิธีการผลิตนั้น เช่น ในการวิจัยและพัฒนายาตัวหนึ่งขึ้นมาอาจจะพัฒนา “สารออกฤทธิ์” “สูตรตำรับยา” และ “กรรมวิธี” ในการผลิตสารออกฤทธิ์ หรือ ตำรับยานั้น ทั้งหมดนี้ล้วนสามารถจดสิทธิบัตรได้
- สิ่งประดิษฐ์ที่เข้าข่ายจะได้รับการคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตรจะต้อง (1) เป็นของใหม่ หมายความว่า ถ้าเป็นยาก็ต้องเป็นยาที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ไม่เคยมีใครทำมาก่อน (2) มีขั้นตอนในการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นชัดเจน และ (3) สามารถนำไปใช้ในเชิงอุตสาหกรรมได้
- กำหนดระยะเวลาในการคุ้มครองไว้อย่างน้อย 20 ปี นับแต่วันที่มีการยื่นขอจดสิทธิบัตร
- ระบบสิทธิบัตรคุ้มครองสิ่งประดิษฐ์ในทุกสาขาและทุกสถานที่เสมอเหมือนกันหมด ไม่ว่าสิ่งนั้นจะประดิษฐ์ขึ้นภายในประเทศ หรือสั่งเข้ามาจากประเทศอื่นก็ตาม
- ในการยื่นขอจดสิทธิบัตร ผู้ยื่นจะต้องเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งประดิษฐ์นั้นอย่างสมบูรณ์ พร้อมทั้งขั้นตอนและวิธีการผลิตสิ่งนั้นด้วย และข้อมูลที่ยื่นนั้นจะต้องสามารถเปิดเผยต่อสาธารณะได้
- ประเทศสมาชิกจะสงวนสิทธิที่จะไม่ออกสิทธิบัตรให้แก่สิ่งประดิษฐ์ต่อไปนี้ได้ คือ (1) สิ่งประดิษฐ์ขัดต่อผลประโยชน์ทางสาธารณสุขและศีลธรรมอันดีงามในสังคม (2) วิธีการตรวจวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาโรค และวิธีการผ่าตัด (3) พืชและสัตว์ (ยกเว้นจุลินทรีย์) และกระบวนการทางชีววิทยาสำหรับผลิตพืชและสัตว์ (ยกเว้นกระบวนการทางจุลชีววิทยา) สำหรับพืชและสัตว์นั้น ถ้าต้องการจะคุ้มครองประเทศสมาชิกจะใช้กฎหมายที่สร้างขึ้นมาเป็นกรณีเฉพาะของตนก็ได้ (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 ประเทศไทยมีกฎหมายสิทธิบัตรที่สอดคล้องกับทริปส์ก่อนที่จะมีการลงนามในข้อตกลงจัดตั้ง WTO ถึง 3 ปี และก่อนเวลาที่ทริปส์กำหนดให้ถึง 8 ปี (ดูกรอบที่ 5) ทั้งนี้เกิดจากแรงกดดันจากสหรัฐฯ ลักษณะดังกล่าวนี้กำลังเกิดขึ้นภายใต้ข้อตกลงการค้าทวิภาคี ซึ่งสหรัฐฯ จะกดดันให้คู่เจรจายินยอมรับข้อเสนอของตนที่ละประเทศๆ ก่อนที่จะนำประเด็นดังกล่าวเข้าเจรจาในระดับพหุภาคีต่อไป

ขณะเดียวกันทริปส์กำหนดไว้ชัดเจนว่า การละเมิด หรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงที่ได้ให้สัตยาบันไว้ในเรื่องนี้ อาจมีผลให้ถูกลงโทษ ด้วยการฟ้องร้องจากผู้เสียหายหรือถูก WTO ลงโทษทางการค้าได้ นั่นหมายความว่าเศรษฐกิจของประเทศอาจได้รับผลกระทบอย่างแรง

ประเทศไทยออกพระราชบัญญัติสิทธิบัตรเมื่อปี พ.ศ. 2522 ตาม พ.ร.บ.นี้ สิทธิบัตรมีระยะเวลาการคุ้มครอง 15 ปี และสิ่งประดิษฐ์ต่อไปนี้ไม่รวมอยู่ในผลิตภัณฑ์ที่จะได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิบัตร คือ

1. ผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่ม และยาหรือส่วนผสมของยา ยกเว้น กรรมวิธีการผลิตสิ่งเหล่านี้ (คุ้มครองเฉพาะกรรมวิธีการผลิต แต่ไม่คุ้มครองผลิตภัณฑ์)
2. เครื่องจักรกลที่ใช้ในการเกษตรกรรมโดยตรง
3. สัตว์ พืช หรือกรรมวิธีทางชีววิทยาในการผลิตสัตว์หรือพืช
4. กฎเกณฑ์และทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์
5. ระบบข้อมูลสำหรับการทำงานของเครื่องคอมพิวเตอร์
6. สิ่งประดิษฐ์ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย ศีลธรรมอันดี อนามัย หรือสวัสดิภาพของประชาชน

ประมาณปี พ.ศ. 2529 ไทยถูกสหรัฐฯ กดดันให้แก้ไขกฎหมายหลายฉบับ รวมทั้งกฎหมายสิทธิบัตรด้วย รัฐบาลไทยต้องยอมแก้ไขกฎหมายเหล่านั้น เพื่อแลกกับสิทธิพิเศษด้านภาษีศุลกากร พ.ร.บ. สิทธิบัตร จึงถูกแก้ไขใน พ.ศ. 2535 โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้

- ขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรให้ครอบคลุมถึงเรื่องยา อาหาร และเครื่องจักรกลการเกษตร
- ขยายระยะเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรจาก 15 ปี เป็น 20 ปี
- ปรับเปลี่ยนกรอบเงื่อนไขที่รัฐบาลจะออกมาตรการบังคับใช้สิทธิ
- มีมาตรการในการควบคุมสิทธิบัตรยา โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการสิทธิบัตรยาขึ้น

การแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. สิทธิบัตรในปี พ.ศ. 2535 ทำให้ประเทศไทยมีระบบสิทธิบัตรที่ได้มาตรฐานของ WTO ก่อนที่จะมีการลงนามจัดตั้ง WTO ถึง 3 ปี และก่อนเวลาที่ทริปปกำหนดถึง 8 ปี

ต่อมา ในปี พ.ศ. 2542 มีการแก้ไข พ.ร.บ. นี้อีกครั้งหนึ่ง โดยให้ยกเลิกคณะกรรมการสิทธิบัตรยา และให้นำระบบการคุ้มครองด้วยอนุสิทธิบัตรมาใช้

ความยืดหยุ่นในการบังคับใช้ข้อตกลงทริปปส์ เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงยา

ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาต่างวิตกกังวลในผลกระทบที่อาจมีต่อระบบสุขภาพของประชาชนในประเทศตน อันเนื่องมาจากการบังคับใช้ข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาของทริปปส์ จึงได้ยกขึ้นเป็นประเด็นใหญ่ ในการประชุมระดับรัฐมนตรีของประเทศสมาชิก WTO ที่เมืองโดฮา ประเทศกาตาร์ เมื่อปลายปี พ.ศ. 2544 ที่ประชุมนั้นได้ออกคำประกาศว่าด้วยข้อตกลงทริปปส์กับการสาธารณสุข (รู้จักกันทั่วไปในชื่อว่า คำประกาศโดฮา) สารสำคัญของคำประกาศโดฮาคือ ให้มีการยืดหยุ่นการบังคับใช้ข้อตกลงทริปปส์ในส่วนที่เกี่ยวกับสิทธิบัตรยา ทั้งนี้ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบซึ่งอาจเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพ ในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา (ดูกรอบที่ 6)

6. คำประกาศโดฮา

คำประกาศโดฮา เรื่อง “ทริปปส์กับการสาธารณสุข” ได้กล่าวถึงประเด็นการผ่อนปรนสำคัญดังต่อไปนี้

- ทริปปส์ไม่ขัดขวาง และจะต้องไม่ขัดขวางประเทศสมาชิกในการใช้มาตรการใดๆ เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนของตน
- การบังคับใช้ข้อตกลงทริปปส์ จะต้องทำในลักษณะที่เป็นการสนับสนุนสิทธิของประเทศสมาชิก ในอันที่จะคุ้มครองสุขภาพของประชาชนของตน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องทำในลักษณะที่จะส่งเสริมการเข้าถึงยาสำหรับทุกคน
- ทริปปส์ยอมรับในสิทธิของประเทศสมาชิกที่จะใช้ความยืดหยุ่น เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน มาตรการยืดหยุ่นเหล่านั้นรวมถึง การบังคับใช้สิทธิ ในภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ
- ทุกประเทศมีสิทธิที่จะกำหนดได้ด้วยตนเองว่า ในสถานการณ์เช่นไรตนควรจะใช้สิทธิอันนี้ โดยปกติเป็นที่เข้าใจว่า สถานการณ์เช่นนั้นเป็นเรื่องความจำเป็นเร่งด่วนที่จะแก้ปัญหาสำคัญ รวมถึงเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย หรือโรคระบาดอื่นๆ
- ประเทศสมาชิกมีสิทธิกำหนดมาตรการที่จะใช้ในการนี้ได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการถูกขัดขวาง ภายใต้กฎแห่งการปฏิบัติต่อประเทศสมาชิกทั้งหลายโดยเท่าเทียมกัน (Most Favored Nations-- MFN) และกฎแห่งการปฏิบัติต่อคนของชาติสมาชิกอื่นเท่าเทียมกับคนชาติของตน (National Treatment-- NT)

ข้อเรียกร้องที่มากเกินไป “ทริปส์” (TRIPS Plus หรือ ทริปส์ผนวก)

เพื่อให้บริษัทธุรกิจของตนที่เป็นเจ้าของสิทธิบัตรยาจำนวนมาก ได้รับผลประโยชน์มากขึ้น ประเทศมหาอำนาจในด้านการผลิตยาของโลก อย่างเช่นสหรัฐอเมริกา จึงเรียกร้องให้ประเทศคู่เจรจาการค้าเสรีแบบทวีภาคีกับตน เพิ่มมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตร ให้สูงและเข้มงวดยิ่งขึ้นกว่าที่กำหนดไว้ในข้อตกลงทริปส์ สหรัฐฯได้เรียกร้องเรื่องนั้นจนประสบความสำเร็จมาแล้ว ในการเจรจาการค้าเสรีกับประเทศสิงคโปร์และชิลี

ข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ ถูกขนานนามว่าเป็นข้อเรียกร้องที่มากเกินไปทริปส์ หรือ ทริปส์ผนวก (TRIP Plus) ซึ่งมีสาระสำคัญเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องยา ดังต่อไปนี้

- ให้นายการคุ้มครองสิทธิบัตร จาก 20 ปี เป็น 25 ปี ในการพิจารณาการออกสิทธิบัตรล่าช้า หรือมีความล่าช้าในกระบวนการขึ้นทะเบียนตำรับยา

- ให้บริษัทผู้ผลิตยาต้นตำรับมีสิทธิ “ผูกขาดข้อมูล” การทดสอบความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยาที่มีการจดสิทธิบัตรไว้แล้ว เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี ผู้ใดจะนำข้อมูลนี้ไปใช้เพื่อประกอบการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญไม่ได้

- ให้จำกัดขอบเขตการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (เพื่อผลิตยาชื่อสามัญ จากยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง) และมาตรการนำเข้าซ้อน (เพื่อนำเข้ายาที่มีราคาถูก)

- ให้นายการคุ้มครองด้วยระบบสิทธิบัตรให้ครอบคลุมสิ่งประดิษฐ์ทุกอย่าง รวมถึง พืช สัตว์ ซอฟต์แวร์ และวิธีการดำเนินการทางธุรกิจด้วย

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

ข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ (ที่เรียกว่า “ทริปส์ผนวก”) ที่กล่าวมาข้างต้น มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อการเข้าถึงยา เพราะทำให้ยาที่มีสิทธิบัตรมีราคาสูง และมีการผูกขาดตลาดอยู่นานเกินไป ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย นอกจากนี้แล้ว โครงการหลักประกันสุขภาพระดับชาติ อย่างเช่นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และนโยบายการเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์ ก็จะได้รับผลกระทบด้วย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ประเด็นสำคัญของคำประกาศโดฮา คือการยืนยันสิทธิของประเทศสมาชิกที่จะสามารถใช้มาตรการความยืดหยุ่น ภายใต้ข้อตกลงทริปส์ ในกรณีที่มีปัญหาฉุกเฉินด้านสาธารณสุข เช่น ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดเกิดขี้น การลดหรือขจัดอุปสรรคที่เป็นราคาแพงเกินกว่าที่ประชาชนทั่วไปจะจ่ายได้ และลดภาระผูกพันดังกล่าวได้แก่

1. มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) เป็นมาตรการที่รัฐบาลของประเทศสมาชิกสามารถใช้หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนผลิตยาที่มีสิทธิบัตรได้ในกรณีที่มีความจำเป็น เพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนทางสาธารณสุขในประเทศ

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

การใช้มาตรการทั้งสองนี้จะต้องทำภายใต้สถานการณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผลและโปร่งใส ทั้งนี้ ต้องทำความเข้าใจกับเจ้าของสิทธิบัตรในเรื่องผลประโยชน์ที่เหมาะสมด้วยการใช้สิทธิในกรณีเช่นนี้ จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายของประเทศสมาชิกรองรับ จึงจะเป็นกระบวนการใช้ที่ถูกต้อง

นอกจากนี้คำประกาศโดฮา ยังเห็นชอบให้ประเทศที่ไม่มีศักยภาพในการผลิตยาที่มีสิทธิบัตรสามารถใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิโดยให้ประเทศอื่นที่มีศักยภาพในการผลิตยา ทำการผลิตยาที่มีสิทธิบัตรเพื่อส่งมาขายในประเทศตนได้

กฎกติกาที่กำหนดในทริปส์ ถึงจะเป็นเรื่องที่ยากจะเข้มงวดและยากที่จะปฏิบัติได้ทันที สำหรับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาก็จริง แต่ทริปส์ยังให้มีการยืดหยุ่น ทั้งในแง่เวลาและมาตรการที่จะนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงยา อันอาจเกิดจากการบังคับใช้ข้อตกลงทริปส์ ในแง่นี้ ถึงแม้ทริปส์จะมีผลกระทบต่อเข้าถึงยา แต่ผลกระทบก็คงไม่รุนแรงจนเกินไป อีกทั้งยังมีทางออกที่ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาสามารถนำมาใช้ได้

“ การได้สิทธิบัตรจึงเป็นเสมือน การได้อำนาจผูกขาดแบบเบ็ดเสร็จ ”

การกำเริบทำให้ยามีราคาสูงได้อย่างไร

ควรทำความเข้าใจกันตรงนี้นั่นก่อนว่า สิ่งที่กำหนดราคายา นั้นมีปัจจัยหลักๆ อยู่ 2 ด้าน ด้านหนึ่งเป็นเรื่องของต้นทุนในการ วิจัยพัฒนาและการผลิตยา อีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องของ “การทำตลาด” เช่นการโฆษณา และการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น สอง ด้านนี้เป็นปัจจัยที่เรามองเห็นได้ชัด แต่มีอีกด้านหนึ่งที่เรามองเห็นได้ ไม่ค่อยชัด แต่ก็มีความสำคัญมาก นั่นคือ **สิทธิบัตรยา** ซึ่งให้สิทธิผูกขาด ทำให้โอกาสการแข่งขันในด้านราคายาลดลงไปมาก และมีผลทำให้ยามีราคาสูง

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

นั่นแปลว่า ถ้าให้ยาสองชนิดมีต้นทุนในการผลิตและการตลาดเท่ากัน ยาชนิดหนึ่งมีสิทธิบัตร อีกชนิดหนึ่งไม่มี ยาที่มีสิทธิบัตรจะมีโอกาสในการตั้งราคาได้สูงกว่า เพราะมีสิทธิผูกขาด และราคาอาจจะสูงอยู่นาน หรือสูงขึ้นเรื่อยๆ ตราบเท่าที่สิทธิบัตรยัง “คุ้มครอง” อยู่

นักวิเคราะห์ส่วนมากลงความเห็นตรงกันว่า สิ่งสำคัญในการกำเริบที่ทำให้ยามีราคาแพง และมีผลกระทบต่อการใช้ยาของประชาชนทั่วไป ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศในโลกว่าที่สาม ก็คือการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรจนเกินขนาด (over protection) ดังที่ปรากฏในทรัพย์สินผูกขาด ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องของสหรัฐ ในการเจรจาการค้าเสรีแบบทวิภาคี

“
สิทธิบัตรยาเป็นเสมือน “ภูมิคุ้มกัน”
ที่มองไม่เห็นซึ่งมีผลทำให้ยามีราคา
สูง และสูงอยู่นานตราบเท่าที่สิทธิ
ผูกขาดนั้นยังมีอยู่
”

ผูกขาดตลาด

ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สิน หรือทรัพย์สินผูกขาด ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรมีอยู่ว่าผลิตภัณฑ์ใดที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง เจ้าของสิทธิบัตรมีสิทธิตามกฎหมายที่จะผูกขาดผลประโยชน์จากผลิตภัณฑ์นั้นแต่ผู้เดียว การผูกขาดผลประโยชน์ในทางการค้านั้น ไม่มีวิธีใดที่ได้ผลแน่นอนยิ่งกว่าการผูกขาดตลาด นั่นคือ ต้อง “กัน” ไม่ให้คู่แข่งนำผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันมาขายแข่งในตลาด ดังนั้น ตราบใดที่สิทธิบัตรยังมีอายุการคุ้มครองตามกฎหมายอยู่ คู่แข่งรายอื่นก็หมดสิทธิ์ที่จะทำผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกัน หรือผลิตภัณฑ์ที่ผลิตด้วยกรรมวิธีเดียวกันออกมาขายแข่งในตลาด

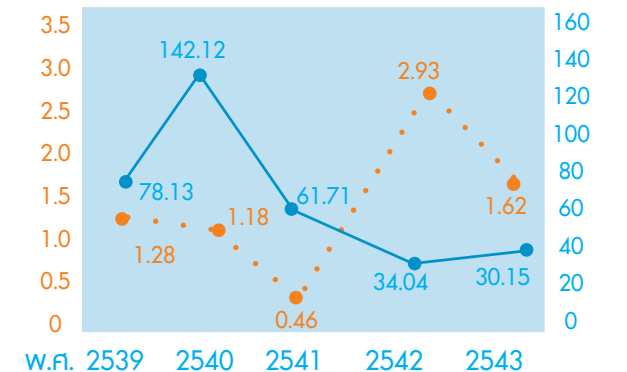
การได้สิทธิบัตรจึงเป็นเสมือนการได้อำนาจผูกขาดแบบเบ็ดเสร็จ

ในสถานการณ์ที่มีการผูกขาดแบบเบ็ดเสร็จนั้น เจ้าของผลิตภัณฑ์สามารถตั้งราคาขายในตลาดได้สูงที่สุด เท่าที่เขาจะพอใจและเท่าที่กลไกตลาดเอื้อให้ ดังนั้น จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่ยามีสิทธิบัตร (หรือ ยาต้นตำรับ) จะมีราคาสูงมาก และกระทบต่อการเข้าถึงยาของประชาชน ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศในโลกว่าที่สาม

ข้อมูลและผลการศึกษาต่อไปนี้ ยืนยันสิ่งที่กล่าวข้างต้นได้:

1. กรณียารักษาการติดเชื้อรา Fluconazole เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่แสดงให้เห็นว่า สิทธิบัตรยาทำให้ยามีราคาสูง และมีผลกระทบต่อการใช้ยาของประชาชน มีข้อมูลว่า ตอนที่ยังไม่มียาชื่อสามัญออกมาแข่งในตลาดยาในระหว่างปี พ.ศ. 2539-2541 นั้น ค่าใช้จ่ายยา Fluconazole จะสูง ในขณะที่ปริมาณการใช้ (การเข้าถึงยา) จะต่ำ แต่พอมียาชื่อสามัญออกมาในปี พ.ศ. 2542 ค่าใช้จ่ายยาดังนี้ลดลงกว่าเท่าตัว ขณะที่ปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า (ดูรูปที่ 4)

รูปที่ 4 ค่าใช้จ่ายยาและปริมาณการใช้ยา Fluconazole ในประเทศไทย 2539 - 2543



— ค่าใช้จ่าย
..... ปริมาณ

ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-43

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบราคาขายส่งของยาเคมีสังเคราะห์ กับยาไม่เคมีสังเคราะห์ที่ผลิตในประเทศสำหรับโรคเรื้อรังบางชนิด

กลุ่มโรค / ชื่อสามัญทางยา	ราคายาเคมีสังเคราะห์ / ชื่อการค้า (บาท / หน่วย)	ราคายาไม่เคมีสังเคราะห์ (บาท / หน่วย)	ยาเคมีสังเคราะห์แพงกว่า (เท่า)
ยาป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย Rifampicin 300 mg	16.0 / Rifadin	2.6	6.2
ยารักษาโรคเบาหวาน Glibenclamine 5 mg	2.9 / Daonil®	0.2	14.5
Glipizide 5 mg	4.0 / Minidiab®	0.4	10.0
Metformin 500 mg	2.3 / Glucophage®	0.3	7.7
ยารักษาโรคหอบหืด Salbutamol MDI 200 puff	139.1 / Ventolin® inhaler	83.5	1.7
Terbutaline 2.5 mg	2.2 / Brycanlyo	0.8	2.8
Budesonide MDI 200 / puff	354.2 / 100 puff / Pulmicort®	250 / 200 puff	2.8

ที่มา: ปรับปรุงจาก รัชวร ใจสะอาด และนุศราพร เกษสมบุรณ์ 2547 น. 246

2. รัชวร ใจสะอาด และ นุศราพร เกษสมบุรณ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เปรียบเทียบให้เห็นราคาขายส่งที่แตกต่างกัน ของยาต้านไวรัสที่เคมีสังเคราะห์ และยาชื่อสามัญที่ไม่เคมีสังเคราะห์ที่ผลิตในประเทศ สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังบางชนิด เช่นโรคติดเชื้อ เบาหวานและหอบหืด ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าราคายาต้านไวรัสที่มีสิทธิบัตรสูงกว่าราคายาชื่อสามัญที่ไม่มีสิทธิบัตรประมาณ 2 - 10 เท่า แล้วแต่นชนิดของยา 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 ในปีสุดท้าย (ปีที่ 5) ของการเปรียบเทียบ ราคายากลุ่มนี้ลดลงระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 90 แล้วแต่นชนิดของยา

ยาราคาถูก: เป็นไปได้แต่ต้องรอให้เก่เสียก่อน

ตามข้อตกลงของทริปส์ สิทธิบัตรมีอายุคุ้มครองถึง 20 ปี นับแต่วันที่ยื่นคำขอจด และกฎหมายสิทธิบัตรของไทยก็ได้มีการแก้ไขตั้งแต่ปี 2535 ให้สิทธิบัตรคุ้มครองได้นานถึง 20 ปี

นั่นหมายความว่า การแข่งขันซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้ราคายาถูกลงนั้นจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่ออายุการคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรของยานั้นหมดลงแล้วเท่านั้น

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ เนื่องจากบริษัทผู้ผลิตยาจะต้องทำการวิจัยและพัฒนา และทำการขึ้นทะเบียนยาให้เรียบร้อยก่อนจึงจะนำยาออกวางจำหน่ายในท้องตลาดได้ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 8-12 ปี นับแต่วันที่ยื่นขอจดสิทธิบัตร ดังนั้น สิทธิผูกขาดการตลาดจึงจะถึง 20 ปี โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่าง 8-12 ปี ขึ้นอยู่กับว่าใช้เวลาในกระบวนการขอจดสิทธิบัตรและขอขึ้นทะเบียนยานานเท่าไร

แต่ถ้าการเจรจาเปิดเสรีการค้าไทย-สหรัฐฯ จบลงด้วยการที่ไทยต้องยอมรับข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ (ที่เรียกว่า “ทริปส์ผนวก”) ดังที่เกิดขึ้นแล้วในกรณีข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างสหรัฐฯ-สิงคโปร์ และสหรัฐฯ-ชิลี การคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรก็จะยืดออกไปอีก 5 ปี ซึ่งเท่ากับขยายเวลาผูกขาดออกไปอีกราวหนึ่งในสามทีเดียว

ระยะเวลาที่ต้องรอ 8 - 12 ปี (หรืออาจจะมากกว่านั้นในกรณีทริปส์ผนวก) นั้น นานพอที่จะทำให้ยาดังกล่าวกลายเป็นยาเก่า ซึ่งก็มีทั้งข้อดีและข้อเสีย-ข้อดีคือเป็นยาที่มีประสิทธิภาพการใช้มานาน แพทย์และผู้ใช้ยาจึงถึงพิษภัยที่อาจเกิดขึ้นได้ดี ข้อเสียคืออาจกลายเป็นยาที่ล้าสมัยใช้การไม่ได้แล้ว และถ้าเป็นเช่นนั้น วงการรักษาก็อาจจะไม่สั่งยาตัวนั้นให้แก่คนไข้อีกต่อไป และถ้ามีการพัฒนายาตัวใหม่ขึ้นมาแทน วงการรักษาก็อาจจะหันมาสั่งยาตัวใหม่มากกว่ายาตัวเก่า แต่ยาตัวใหม่ก็มักเป็นยาติดสิทธิบัตร ซึ่งก็หมายความว่าราคาย่อมสูงกว่าแน่นอน

โดยนัยนี้ วงจรแห่งยาราคาสูงก็จะต่อเนื่องไปเรื่อยๆ และโอกาสที่ยาราคาต่ำจะเกิดขึ้นก็จะน้อยลงไปด้วย



ประมาณ 1 ใน 4 ของยาต้นตำรับทั้งหมด
สิทธิบัตรระหว่างปี 2529-2533 เท่านั้น
ที่ถูกนำมาผลิตเป็นยาชื่อสามัญออกสู่ตลาด



รอนาน แต่ก็หวังได้ไม่มาก

ถึงแม้ประชาชนอาจจะรอได้ถึง 8-12 ปี แต่โอกาสที่จะได้
ใช้ยาชื่อสามัญที่ราคาต่ำก็ไม่ใช่ว่าจะเกิดขึ้นได้ง่ายๆ มีเหตุผล 2 ประการ
ที่อยู่เบื้องหลังความยากลำบากนี้

ประการที่หนึ่ง บริษัทผลิทยาอาจจะใช้ความได้เปรียบ ทำให้
ยาที่มีสิทธิบัตรของตนได้รับการคุ้มครองต่อไปอีก โดยไม่ยอมให้
ผลประโยชน์หลุดมือไปได้ง่ายๆ ด้วยกลวิธีที่แยบยลในการ “แปลง”
ยาที่หมดสิทธิบัตรแล้วให้เกิดเป็น “ยาตัวใหม่” ขึ้นมา เพื่อที่จะให้
สามารถนำไปจดสิทธิบัตรได้อีก (ต้อง “ใหม่” จึงจะขอจดสิทธิ
บัตรได้)

จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ ได้วิเคราะห์คำขอจดสิทธิ
บัตรยาในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2535-2545 พบว่า กลวิธีที่
บริษัทผลิทยาต้นตำรับทำให้ยาที่หมดสิทธิบัตรแล้ว “คืนชีพ” เป็น
ยาใหม่ที่สามารถนำไปจดสิทธิบัตรได้อีกนั้น มีหลายแบบ เช่น:

- นำเอายาเก่าที่สิทธิบัตรหมดอายุแล้ว แต่ได้พบว่ามีผลใน
การรักษาอย่างอื่นอยู่ด้วยมาจดสิทธิบัตร โดยอ้างว่าเป็น “ความ
ใหม่ในการรักษา”

- ปรับการใช้อยาที่หมดสิทธิบัตรแล้วเสียใหม่ เช่นจากการใช้
วันละ 3 ครั้ง เป็นวันละ 2 ครั้ง แล้วนำไปจดสิทธิบัตรโดยอ้าง
ว่าเป็น “ความใหม่ในการใช้” หรือ

- นำเอายาที่หมดสิทธิบัตรแล้วมาผสมกับยาที่กำลังจะหมด
สิทธิบัตร หรือเอายาที่หมดสิทธิบัตรแล้วทั้งคู่มารวมกัน แล้วนำไป
จดสิทธิบัตรโดยอ้างว่า “เป็นยาใหม่”

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

ประการที่สอง เป็นเรื่องของศักยภาพในการผลิทยาของไทย
กล่าวคือแม้จะสามารถนำสูตรยาต้นตำรับมาผลิตเป็นยาชื่อสามัญได้
โดยไม่มีปัญหาเรื่องสิทธิบัตรเลย แต่โรงงานยาในประเทศไทยก็ไม่
สามารถนำมาผลิตได้ทั้งหมด มีการศึกษาพบว่า ประมาณ 1 ใน 4
ของยาต้นตำรับที่หมดสิทธิบัตรระหว่างปี 2529-2533 เท่านั้น ที่
ถูกนำมาผลิตเป็นยาชื่อสามัญออกสู่ตลาด ที่เหลืออีกราว 3 ใน 4 ไม่
ได้ถูกนำมาผลิต ทั้งนี้ เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ แต่ที่
สำคัญได้แก่

(1) **ขนาดของตลาด** โรงงานยา
เลือกผลิทยาชื่อสามัญเฉพาะตัวยาที่ขายดี
เท่านั้น

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

(3) **การหาแหล่งวัตถุดิบ** วัตถุดิบ
สำหรับผลิทยาโดยมากมักจะสั่งมาจากต่าง
ประเทศ 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 เนื่องจากข้อกำหนดในทริปส์ของ WTO และข้อเรียกร้องทริปส์ผนวกของสหรัฐ เป็นสาเหตุทำให้ยามีราคาสูง ดังนั้น ทุกคนที่จำเป็นต้องใช้ยา และโดยเฉพาะยามีสิทธิบัตรนั้นแหละ คือผู้ที่ได้รับผลกระทบ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แต่ผลกระทบก็อาจไม่ได้หยุดอยู่แค่ระดับบุคคลเท่านั้น เมื่อยามีราคาสูง ผลกระทบย่อมมีต่อเนื่องไปถึงระดับครอบครัวและสังคม ซึ่งย่อมรวมถึงโครงการสาธารณะเกี่ยวกับสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งที่ดำเนินการโดยรัฐและเอกชน เช่น โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาล ตลอดจนสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ล้วนอยู่ในข่ายที่จะได้รับผลกระทบทั้งสิ้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยามีสิทธิบัตรเป็นเพียงบางส่วนของยาที่มีอยู่ในท้องตลาด และเนื่องจากยามีสิทธิบัตรมักเป็นยาสำหรับรักษาการเจ็บป่วยด้วยโรคใหม่ๆ หรือโรคเรื้อรัง เช่น เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย การติดเชื้อจากไวรัสและแบคทีเรีย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง และหอบหืด เป็นต้น ดังนั้น ผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก็คงจะได้แก่ผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้ ซึ่งในปีหนึ่งๆ มีจำนวนเป็นแสนเป็นล้าน เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างเดียวก็มีไม่น้อยกว่า 600,000 คน

ประชาชนรายได้น้อยจะได้รับผลกระทบเต็มๆ: 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 “ความยากจนกับความเจ็บไข้มักจะมาด้วยกัน” ดังนั้น ถ้าการเปิดเสรีการค้าส่งผลให้ยามีราคาสูง อันเนื่องมาจากการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาด้วยระบบสิทธิบัตรอย่างเข้มงวดและนานเกินไป สุขภาพของคนยากจนก็จะได้รับผลกระทบเต็มๆ

ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ที่พึ่งทางสุขภาพของประชาชนรายได้น้อย โดยเฉพาะในชนบท ส่วนใหญ่คือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค รองไปจากนั้นคือกองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ แต่เนื่องจากโครงการสาธารณะด้านสุขภาพเหล่านี้ก็จะได้รับผลกระทบจากราคายาที่สูงด้วย ดังนั้น จึงเป็นเรื่องยากที่ประชาชนทั้งที่ยากจนและไม่ยากจนจะหลีกเลี่ยงผลกระทบนี้ได้

ผลกระทบต่อโครงการประกันสุขภาพ: เมื่อยามีราคาสูงไม่ว่าจะเนื่องมาจากข้อตกลงทริปส์ภายใต้ WTO หรือทริปส์ผนวก อย่างที่สหรัฐอเมริกาเรียกร้องในการเจรจาเปิดเสรีการค้าแบบทวิภาคีหรือจากเหตุผลและเงื่อนไขอื่นใดก็ตาม โครงการประกันสุขภาพอย่าง



ทุกคนที่จำเป็นต้องใช้ยา และโดยเฉพาะยามีสิทธิบัตรนั้นแหละ คือผู้ที่ได้รับผลกระทบ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้



เช่นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กองทุนประกันสังคม หรือกองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ก็มีโอกาสจะได้รับผลกระทบด้วยกันทั้งนั้น

ผลกระทบต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นกรณีที่น่าจับตามองเป็นพิเศษ เนื่องจากโครงการนี้เพิ่งจะเริ่มต้นมาใหม่ๆ ยังตั้งหลักไม่ได้เต็มที่ ปัญหางบประมาณที่โรงพยาบาลจำนวนมากซึ่งร่วมในโครงการประสบอยู่ ณ วันนี้ ก็หนักหนาพอสมควรอยู่แล้ว ดังจะเห็นได้ว่า มีโรงพยาบาลในโครงการหลายแห่งขาดสภาพคล่อง เพราะงบประมาณที่ได้รับไม่สะท้อนความเป็นจริงเท่าที่ควร

การเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐในอนาคตอันใกล้นี้ หากไทยต้องยอมรับเงื่อนไขในทริปส์ผนวกตามที่สหรัฐเรียกร้อง อาจจะเป็นการซ้ำเติมปัญหางบประมาณของโครงการ 30 บาท ให้รุนแรงยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะเงื่อนไขในทริปส์ผนวก จะทำให้การผูกขาดตลาดยาวนานขึ้นกว่าที่กำหนดในกฎหมายสิทธิบัตรของไทย และทำให้โอกาสในการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิและการนำเข้าซ้อนในกรณีที่ยาขาดแคลน หรือราคาสูงเกินไป เป็นไปได้ยากขึ้น นั่นหมายถึงว่าค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการ 30 บาท จะสูงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อค่าบริการของโครงการ

ในอนาคตถ้ารัฐบาลจะนำเอาโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ามารวมกับโครงการ 30 บาท ดังที่ประกาศเป็นแนวความคิดไปเมื่อเร็วๆ นี้ ปัญหางบประมาณก็อาจจะซับซ้อนยิ่งขึ้น ในหลักการการรวมโครงการสุขภาพทั้งสองนี้เข้าด้วยกันอาจเป็นสิ่งที่ดี แต่ทั้งสองโครงการนี้ต่างก็มีปัญหาด้านงบประมาณอยู่แล้ว เมื่อมารวมกันภายใต้สถานการณ์ที่ยามีสิทธิบัตรได้รับสิทธิการผูกขาดตลาดนาน ปัญหางบประมาณของโครงการ อาจจะยิ่งเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยากยิ่งขึ้น

ผลกระทบต่อโครงการให้ยาด้านไวรัสเอดส์: ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้า ต่อโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้รับการกล่าวถึงค่อนข้างมากทั้งในสื่อของไทยและต่างประเทศ และส่วนมากก็มักจะชี้ว่า ถ้าไทยตกลงเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐ (ซึ่งหมายถึงการที่ต้องยอมรับเงื่อนไขในทริปส์ผนวก) ก็มีแนวโน้มว่าโครงการนี้จะได้รับผลกระทบในทางลบมาก เพราะสหรัฐ คงจะพยายามเรียกร้องให้ไทยบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรยาอย่างเข้มงวดเท่าเทียมกับตน เมื่อเป็นเช่นนั้นจะทำให้ยาด้านไวรัสส่วนหนึ่งมีราคาแพง ทั้งนี้ เนื่องจากยาด้านไวรัสส่วนหนึ่งเป็นยาติดสิทธิบัตร

การให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์นั้นต้องให้ติดต่อกันไปทุกวันตลอดชีวิตของคนไข้ สำหรับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเมื่อได้รับยาติดต่อกันไปชั่วระยะเวลาหนึ่งก็อาจจะมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นยาที่แรงขึ้นหรือราคาแพงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (การแพ้ยาหรือเชื้อดื้อยา) นั่นหมายความว่ายิ่งใช้ไปนานและยิ่งมีการเปลี่ยนยาหลายครั้ง ยาที่เปลี่ยนทุกครั้งมักจะเป็นยาที่มีสิทธิบัตรและราคาสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับโครงการให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์จึงสูง 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 หรือแสดงอาการติดเชื้อจากโรคฉวยโอกาสอย่างใดอย่างหนึ่ง)

การให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ภายใต้ “โครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์” ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข มีสูตรการให้ยาอยู่ 3 สูตร แต่ละสูตรมีราคาขายที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบคลุมการรักษาทั้งในขั้นพื้นฐาน และในกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น อันเป็นผลมาจากการรักษาขั้นพื้นฐานนั้น

ตารางที่ 3: ค่าใช้จ่ายต่อเดือนโดยประมาณ ในการให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์สูตรต่างๆ

สูตรการให้ยา	การบ่งชี้	ราคาเฉลี่ย / คน / เดือน (บาท)	หมายเหตุ
สูตรที่ 1	สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์มาก่อน	1,200	ใช้ยาชื่อสามัญผลิตในประเทศไม่มีสิทธิบัตร
สูตรที่ 2	สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูตรที่หนึ่งมาแล้วและเริ่มมีอาการไม่พึงประสงค์	2,700	ใช้ยาที่ผลิตในประเทศบวกกับยานอก
สูตรที่ 3	สำหรับผู้ที่ใช้ยาสูตรที่สองมาแล้วและเริ่มมีอาการไม่พึงประสงค์	5,300	ใช้ยาที่ผลิตในประเทศบวกกับยานอกที่มีสิทธิบัตร

จากตารางที่ 3 นี้ จะเห็นว่า แม้จะคำนวณค่าใช้จ่ายจากสูตรการให้ยาที่ราคาต่ำที่สุด (สูตรที่ 1) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ติดเชื้อ 57,000 ราย ก็สูงถึงปีละ 820 ล้านบาท ถ้าในปีต่อไป รัฐบาลเพิ่มจำนวนผู้รับยาต้านไวรัสขึ้นไปทุกปี จนครอบคลุมผู้ติดเชื้อได้ทั้งหมด จำนวนสะสมก็อาจจะมากกว่า 1 แสนราย และค่าใช้จ่ายเพื่อการนี้ก็จะเพิ่มขึ้นอย่างมากด้วย มีการวิเคราะห์โดยองค์กรเอกชน Oxfam ระบุว่า ถ้ารัฐบาลไทยให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อทุกคนที่ควรจะได้ภายในวันนี้ โดยใช้สูตรการให้ยาที่ราคาต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (40 บาท/คน/วัน) รัฐบาลจะต้องใช้เงินไม่น้อยกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี

จนถึงปัจจุบัน การที่รัฐบาลไทยสามารถให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อได้ ก็เพราะรัฐบาลให้องค์การเภสัชกรรมผลิตยาชื่อสามัญบางสูตรสำหรับใช้เอง แม้จะเป็นยาให้เลือกใช้เป็นลำดับแรก (first line) ก็ตาม แต่ยาที่ผลิตเองเหล่านี้ก็ราคาต่ำกว่ายาต้นตำรับที่มีสิทธิบัตรถึง 10 เท่า การที่รัฐบาลไทยผลิตยาต้านไวรัสเหล่านี้ได้ก็เพราะยาเหล่านั้นไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครองในประเทศ เนื่องจากเป็นยาที่ผลิตหรือนำเข้ามาก่อนที่ พ.ร.บ. สิทธิบัตรของไทยจะถูกแก้ไขให้ผลคุ้มครองไปถึงผลิตภัณฑ์ภายในปี พ.ศ. 2535 (ก่อนหน้านั้นยาและกรรมวิธีการผลิตยาไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายสิทธิบัตร) นับแต่นั้นมา ยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ในประเทศไทยก็มีสิทธิบัตรคุ้มครอง และการผลิตเป็นยาชื่อสามัญที่ราคาต่ำก็ทำได้ยากขึ้น

อาจเป็นไปได้ว่า เมื่อไทยเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐฯ แล้ว การผลิตยาชื่อสามัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายในประเทศอาจจะทำได้ยากยิ่งขึ้น เพราะข้อจำกัดเกี่ยวกับสิทธิบัตร ซึ่งสหรัฐฯอาจจะกดดันให้ไทยคุ้มครองด้วยมาตรฐานที่สูงเท่ากับตน และขณะเดียวกันก็อาจจะกดดันให้มีการบังคับใช้ “การผูกขาดข้อมูล” อย่างเข้มงวด เช่นเดียวกับที่ได้ทำมาแล้วในการตกลงเปิดเสรีการค้ากับสิงคโปร์และชิลี

ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ ณ วันนี้ ทางออกเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอ็ดส์สำหรับประเทศไทยเหลือน้อยแล้ว สิ่งที่รัฐบาลอาจจะทำได้คือ ถ้าไม่ต่อรองให้บริษัทยาลดราคาขายในระดับที่พอจะสู้ได้ มาตรการที่สามารถดำเนินการต่อไปคือการให้ มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) หรือไม่ให้ใช้ มาตรการนำเข้าซ้อน (parallel importation) เพื่อนำยาต้านไวรัสที่ราคาต่ำเข้ามาใช้ ทั้งนี้โดยอาศัยมติของสมาชิก WTO ซึ่งประกาศที่เมืองโดฮา เมื่อ พ.ศ. 2544 (ดู “คำประกาศโดฮา” ในกรอบที่ 6 ข้างต้น)

แต่จะเช่นนั้นได้ก็ต้องมีกฎหมายในประเทศรองรับ แม้กระนั้นก็เชื่อว่าจะไม่มีปัญหา ประเทศแอฟริกาใต้และบราซิลที่นำเอามาตรการทั้งสองนี้มาใช้เคยถูกบริษัทผลิตยาข้ามชาติและประเทศมหาอำนาจในการผลิตยารุมฟ้องมาแล้ว (ดูรายละเอียดใน กรอบที่ 7) แม้คดีทั้งสองนี้จะจบลงด้วยการที่ฝ่ายโจทก์ถอนฟ้อง แต่ก็เห็นได้ว่า การนำมาตรการบังคับใช้สิทธิและมาตรการนำเข้าซ้อนมาใช้มันไม่ใช่เรื่องที่จะทำได้ง่าย

สำหรับประเทศไทย มีกฎหมายรองรับทั้งมาตรการบังคับใช้สิทธิและการนำเข้าซ้อนอยู่แล้ว แต่ถ้าเรารับข้อเสนอจากสหรัฐฯ ในการเจรจาการค้าทวิภาคี เราก็คงต้องแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรอีกครั้งเพื่อจำกัดกรอบการใช้มาตรการทั้งสองนี้ให้แคบลง

แต่ถ้าจะรอจนถึงวันที่มีการเจรจาเปิดเสรีการค้าไทย-สหรัฐฯ บรรลุข้อตกลงกันก่อน โอกาสที่ประเทศไทยจะนำมาตรการทั้งสองที่กล่าวข้างต้นนั้นมาใช้ ก็ยิ่งอาจจะน้อยลงไป เพราะหนึ่งในข้อเรียกร้องที่สหรัฐฯ ต้องการในการเจรจา คือ ให้จำกัดการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ และจำกัดเงื่อนไขมาตรการนำเข้าซ้อน เพราะมีฉะนั้นบริษัทผู้ผลิตยาของตน ซึ่งเป็นยักษ์ใหญ่ในวงการผลิตยาของโลกอาจสูญเสียรายได้

7. กรณีประเทศ แอฟริกาใต้และบราซิล

แอฟริกาใต้ และบราซิล เป็นตัวอย่างของประเทศที่ถูกบริษัทยาข้ามชาติฟ้องในข้อหาละเมิดสิทธิบัตรยา อันเนื่องมาจากการใช้มาตรการนำเข้าซ้อนและมาตรการบังคับใช้สิทธิ เพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีราคาแพงเกินกว่าที่รัฐจะหามาให้บริการแก่ประชาชนของตนได้

กรณีแอฟริกาใต้ เนื่องจากยาต้านไวรัสเอชไอวีในแอฟริกาใต้เป็นยาสิทธิบัตร และมีราคาแพงมาก รัฐบาลแอฟริกาใต้จึงออก “กฎหมายควบคุมยาและสารที่เกี่ยวข้อง” เมื่อ พ.ศ. 2540 กฎหมายนี้ให้อำนาจรัฐบาลนำเข้ายาที่ราคาถูกจากต่างประเทศได้ ทั้งที่ยาเหล่านั้นเป็นยาติดสิทธิบัตรในประเทศ

สหรัฐฯ กล่าวหารัฐบาลแอฟริกาใต้ต่อ WTO ว่าออกกฎหมายที่ละเมิดข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา และเอาเรื่องนี้เป็นเหตุขึ้นบัญชีดำประเทศแอฟริกาใต้ไว้ในรายชื่อประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษในด้านการค้า โดยใช้อำนาจตามมาตรา 301 ของกฎหมายการค้าของตน

ในเดือนมีนาคม 2544 หลังจากการประท้วงและการเจรจากับรัฐบาลแอฟริกาใต้ล้มเหลว บริษัทยาข้ามชาติ 39 บริษัท รวมตัวกันยื่นฟ้องรัฐบาลแอฟริกาใต้ต่อศาล ในข้อหาละเมิดสิทธิบัตรยาของตน เป้าหมายของการฟ้องคือให้แอฟริกาใต้ยกเลิกกฎหมายควบคุมยานั้น

ในระหว่างที่กำลังโต้สวนคดีอยู่นั้น บริษัทยาบางแห่งได้เสนอขอลดราคายาลง เพื่อรักษาตลาดของตนไว้ ทำให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เคยมีราคาสูงถึง 10,000 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี ลดลงเหลือเพียง 1,000 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี แต่ก็ยังสูงเกินกว่าที่ประชาชนผู้ติดเชื้อจะจ่ายได้ และที่แพง สูงกว่ายาประเภทเดียวกันที่นำเข้าจากประเทศอินเดีย ซึ่งมีราคาเพียง 295 ดอลลาร์ต่อคนต่อปีเท่านั้น แต่ประเด็นของฝ่ายรัฐบาลแอฟริกาใต้ไม่ใช่การลดราคายา ทว่าการปกป้องสิทธิของประชาชนที่จะเข้าถึงยาที่เป็นในราคาที่เป็นธรรม

ก่อนที่เรื่องจะไปไกลจนเป็นความพ่ายแพ้ในศาล ฝ่ายบริษัทยาตัดสินใจถอนฟ้องขณะที่แอฟริกาใต้ก็ยืนยันว่าจะปฏิบัติตามข้อตกลงทวิภาคต่อไป

กรณีบราซิลเช่นเดียวกับกรณีแอฟริกาใต้ รัฐบาลบราซิลมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ผลิตเชื่อกันกัน แต่ยา 2 ตัวที่ต้องการใช้ คือ efavirenz กับ nelfinavir เป็นยาติดสิทธิบัตรและมีราคาแพงมาก หลังจากการเจรจาให้บริษัทยาลดราคาลงไม่เป็นผลสำเร็จ บราซิลเตรียมให้หน่วยงานที่ดูแลเรื่องยาของรัฐผลิตยาถึง 2 ชนิดนั้น โดยไม่สนใจเรื่องสิทธิบัตรนั้นหมายความว่าบราซิลเตรียมใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิอย่างเต็มที่

บริษัทเจ้าของสิทธิบัตรยาดังกล่าวประท้วงรัฐบาลบราซิล องค์การ PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) ซึ่งเป็นองค์กรล็อบบี้ของอุตสาหกรรมยาที่ทรงอิทธิพล บุ๊ทจะให้รัฐบาลสหรัฐฯ ตัดสิทธิพิเศษด้านภาษีศุลกากรกับบราซิล และในที่สุดสหรัฐฯ ก็เล่นงานบราซิล โดยการนำเรื่องไปฟ้องต่อ WTO ประเด็นหลักที่ทำให้สหรัฐฯ ฟ้องนั้นไม่ใช่เรื่องยาโดยตรง แต่เป็นประเด็น “กฎหมายว่าด้วยทรัพย์สินทางอุตสาหกรรม” ที่บราซิลออกในปี 2539 กฎหมายนี้บังคับให้บริษัทเจ้าของสิทธิบัตร ไม่ว่าจะในประเทศสมาชิกภายในเวลา 3 ปี หากเลยเวลานั้นไปแล้วบริษัทยังไม่ดำเนินการผลิต บราซิลจะอนุญาตให้ผู้ผลิตรายอื่นดำเนินการผลิตในประเทศ หรือให้นำเข้าผลิตกับชนิดเดียวกันนั้น จากแหล่งที่มีราคาถูกที่สุดเท่าที่มีอยู่ โดยไม่สนใจเรื่องสิทธิบัตร

เรื่องนี้จบลงด้วยการที่สหรัฐฯ ต้องถอนฟ้อง เช่นเดียวกับกรณีแอฟริกาใต้ เนื่องจากแรงกดดันจากนานาชาติ

ผลกระทบในประเทศกำลังพัฒนากับ ประเทศที่พัฒนาแล้วไม่ต่างกัน

จะเป็นการเข้าใจผิดถนัด ถ้าคิดว่าผลกระทบของการค้าเสรีต่อการเข้าถึงยา จะเกิดเฉพาะกับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาเท่านั้น ที่จริงแล้ว แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ประชาชนก็ได้รับผลกระทบด้วย ข้อมูลที่นำเสนอต่อไปนี้ชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบของการค้าเสรีต่อการเข้าถึงยานั้นมีมากเพียงใด และมีความซับซ้อนเพียงใด

ใครๆ ก็รู้ว่า สหรัฐนั้นเป็นมหาอำนาจในการผลิตยาของโลก แต่การคุ้มครองสิทธิบัตรยาด้วยมาตรฐานที่สูงและเข้มงวดมาก ทำให้ยาในสหรัฐอเมริกามีราคาแพงเกินเหตุ และทำให้คนอเมริกันเองต้องได้รับผลกระทบไปด้วย โดยเฉพาะคนอเมริกันที่รายได้น้อยถึงปานกลาง ต่างก็เดือดร้อนกันถ้วนหน้า

มีรายงานโดยองค์กรเอกชนในสหรัฐฯ และอังกฤษ ซึ่งสะท้อนความจริงที่กล่าวข้างต้นนี้ว่า ผู้สูงอายุชาวอเมริกันเวลาไปประเทศแคนาดา มักจะซื้อหาและหอบยากลับบ้านกันครั้งละมากๆ ทั้งนี้ก็เพราะที่แคนาดานั้นยามีราคาต่ำกว่าในสหรัฐฯ เนื่องจากแคนาดามีระบบควบคุมราคายาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าในสหรัฐฯ นอกจากนี้ โครงการประกันสุขภาพ เช่น Medicare และ Medicaid ของสหรัฐฯ ก็ได้รับผลกระทบเต็มๆ จากการที่ยาในสหรัฐฯ แพงเกินเหตุ ปัจจุบันผู้ป่วยจำนวนมากในสหรัฐฯ มักจะส่งใบสั่งยาของตนให้กับเครือข่ายการจำหน่ายยาที่สามารถจัดหาจากประเทศแคนาดาให้ได้ในราคาต่ำ 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 ทำให้ชาวออสเตรเลียต้องใช้จ่ายที่แพงขึ้น ไม่เพียงแต่เท่านั้นยังมีแนวโน้มว่าสิทธิบัตรยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างสหรัฐฯ กับออสเตรเลีย นั้น จะทำให้ “โครงการสิทธิประโยชน์ด้านยา” ที่มีประสิทธิภาพของออสเตรเลีย และที่รู้จักกันในนาม PBS (Pharmaceutical Benefits Scheme) อ่อนแอลงจนในที่สุดประชาชนผู้บริโภคและโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ก็จะต้องจ่ายแพงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ดูกรอบที่ 9)

บริษัทผลิตยาข้ามชาติทั้งหมดเป็นของประเทศที่พัฒนาแล้ว และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นของประเทศสหรัฐอเมริกา กว่าร้อยละ 90 ของยาที่จำหน่ายอยู่ในตลาดทั่วโลกในขณะนี้ พัฒนาขึ้นมาโดยบริษัทยักษ์ใหญ่เหล่านี้ และเกือบทั้งหมด (กว่าร้อยละ 97) ของยาที่มีสิทธิบัตร ก็อยู่ในมือของบริษัทเหล่านี้ด้วย

องค์กร Corporate Watch ซึ่งมีฐานอยู่ในอังกฤษ รายงานว่า “ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า” (ทริปส์) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญขององค์การการค้าโลกนั้น แท้จริงแล้วถูกร่างขึ้นโดยองค์กรล็อบบี้ชั้นนำของกลุ่มอุตสาหกรรมยาในสหรัฐฯ ซึ่งรู้จักกันในชื่อย่อว่า PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) ตามรายงานของ Congress Watch (องค์กรอิสระในสหรัฐฯ) ในปี 2546 PhRMA ใช้จ่าย 108.6 ล้านดอลลาร์ ในการล็อบบี้เพื่อให้รัฐบาลออกนโยบายที่เอื้อประโยชน์แก่อุตสาหกรรมยาในรูปแบบต่างๆ นโยบายเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อราคายา และต่อโครงการด้านสุขภาพของสหรัฐฯ เช่น Medicare และ Medicaid เป็นต้น กล่าวกันว่า ในปี 2546 PhRMA ใช้นักล็อบบี้ถึง 824 คน ทำงาานนี้ นั่นคือโดยเฉลี่ยแล้วใช้นักล็อบบี้ประมาณ 8 คน ต่อวุฒิสมาชิก 1 คน

ยาที่ขายอยู่ในตลาดโลกทุกวันนี้ อยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเบ็ดเสร็จของบริษัทยักษ์ใหญ่เพียง 10 บริษัทเท่านั้น เฉพาะบริษัทยักษ์ใหญ่ 5 อันดับแรก มีมูลค่าทรัพย์สินรวมกันมากกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) ของทุกประเทศที่อยู่แถบใต้ทะเลทรายสะฮารา รวมกันถึง 2 เท่า 6 ใน 10 ของบริษัทเหล่านี้เป็นของสหรัฐฯ รายงานพิเศษของนิตยสาร Pharmaceutical Executive (พฤษภาคม 2547) ระบุว่า ในปี 2546 บริษัทยักษ์ใหญ่เหล่านี้มีรายได้จากยอดขายยาทั่วโลกรวมกันกว่า 205 แสนล้านดอลลาร์ และใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาเป็นมูลค่ากว่า 35,000 ล้านดอลลาร์ 10 บริษัทยักษ์ใหญ่ที่ว่ามีชื่อดังปรากฏในตารางข้างล่างนี้

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 ชี้ว่า การค้าเสรีระหว่างประเทศทั้งสองนี้ จะทำให้ราคายาในออสเตรเลียแพงขึ้น และ โครงการสิทธิประโยชน์ด้านยา (PBS - Pharmaceutical Benefits Scheme) ซึ่งเป็นโครงการที่ให้สิทธิประโยชน์ด้านยาแก่ประชาชนและทำหน้าที่ควบคุมราคายาอย่างมีประสิทธิภาพ มาเป็นเวลากว่า 50 ปี จะไม่สามารถเป็นที่พึ่งของชาวออสเตรเลียได้อย่างที่เคยเป็นอีกต่อไป ผลกระทบนี้เป็นผลโดยตรงจากข้อกำหนดเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญยิ่งในการเปิดเสรีการค้าสหรัฐฯ-ออสเตรเลีย ที่ผ่านมา การควบคุมราคายาโดยโครงการ PBS ช่วยให้ประเทศออสเตรเลียประหยัดค่าใช้จ่ายเรื่องยาได้ปีละ 1 - 1.4 พันล้านดอลลาร์

แต่ภายใต้การค้าเสรีแบบทวิภาคีกับสหรัฐฯ ประสิทธิภาพของการควบคุมราคายาของ PBS จะลดลง ทำให้ผู้ซื้อและโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ก็ต้องจ่ายแพงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

กรณีศึกษาที่น่าสนใจมาจากการศึกษา 5 กลุ่ม ซึ่งจวนจะหมดอายุสิทธิบัตร (3 กลุ่มเป็นยาลดคอเลสเตอรอล 1 กลุ่มเป็นยาลดความเครียด และอีก 1 กลุ่มเป็นยาสำหรับโรคทอเท็ด) ผู้ศึกษาใช้ค่าใช้จ่ายปี 2546 ของยาทั้ง 5 กลุ่มนี้เป็นฐาน เพื่อทำการประมาณค่าใช้จ่ายที่น่าจะเกิดขึ้นระหว่างปี 2549-2552 อันเนื่องมาจากข้อตกลงทริปส์ผนวก ภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีกับสหรัฐฯ ผลการศึกษาพบว่าถ้าใช้การคาดประมาณค่าใช้จ่ายขึ้นกลาง ค่าใช้จ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวของยาทั้ง 5 กลุ่มนี้ เท่ากับ 1.12 พันล้านดอลลาร์ (ขั้นต่ำ เท่ากับ 850 ล้าน และขึ้นสูงเท่ากับ 1.56 พันล้านดอลลาร์)

แน่นอนว่า ค่าใช้จ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากข้อกำหนดทริปส์ผนวกนั้น ผู้บริโภคชาวออสเตรเลียจะต้องแบกรับไปเต็มๆ

เป็นอันว่า ข้อตกลงทริปส์ของ WTO ทำให้ยาใหม่ๆ มีราคาสูงเพราะการผูกขาดตลาด ซึ่งที่จริงก็ไม่ได้มีผลแตกต่างมากนักกับสิทธิบัตรยาของไทยที่มีอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนที่จะลงนามเข้าร่วมในการค้าเสรีภายใต้ WTO แต่ข้อเสนอของสหรัฐฯในการเจรจาการค้าเสรีแบบทวิภาคี (ที่เรียกว่า “ทริปส์ผนวก”) มีผลทำให้การผูกขาดเช่นนั้นขยายเวลาออกไปนานขึ้นสำหรับยาที่มีสิทธิบัตร และมีผลผูกขาดเป็นเวลา 5 ปีสำหรับข้อมูลที่จะใช้ในการผลิตและการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญที่ผลิตใหม่ ผลกระทบเช่นนี้ เกิดขึ้นทั้งในประเทศกำลังพัฒนาอย่างเช่นไทย และในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่นสหรัฐฯและออสเตรเลีย

“การค้าเสรี” เพียงนี้อาจจะทำให้หลายคนเคลือบว่านี่คือโลกในอุดมคติของการค้าระหว่างประเทศ แต่การค้าเสรีอาจมิใช่การค้าที่เป็นธรรม ในนั้นอาจมีทั้งผลกำไรที่หอมหวาน และการถดถอยทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสุขภาพของคนในชาติ ไม่ว่าเราจะคิดอย่างไรก็ตาม การค้าเสรีก็มิใช่สิ่งที่เราจะหลีกเลี่ยงได้ แม้เราจะไม่เดินเข้าไปหามัน วันหนึ่งมันก็จะเดินเข้ามาหาเรา ดังนั้น ทางที่ดีกว่าคือต้องทำความรู้จักและอยู่กับมันเสียแต่วันนี้ เพียงแต่ว่าต้องอยู่กับมันอย่างรอบคอบ มีสติ และรู้ทัน

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

ข้อเท็จจริงที่ว่า ทุกประเทศที่เข้าร่วมในการค้าเสรีนี้ ต่างก็มุ่งที่จะรักษาผลประโยชน์ของตนทั้งสิ้น ทำให้เราต้องตระหนักว่าการเข้าไปผูกพันในการค้าเสรีที่เกิดขึ้นมาแล้วก็ดี และที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตก็ดี จะต้องทำอย่างรอบคอบ บนพื้นฐานของข้อมูลและความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์ และด้วยวิสัยทัศน์ที่แหลมคม

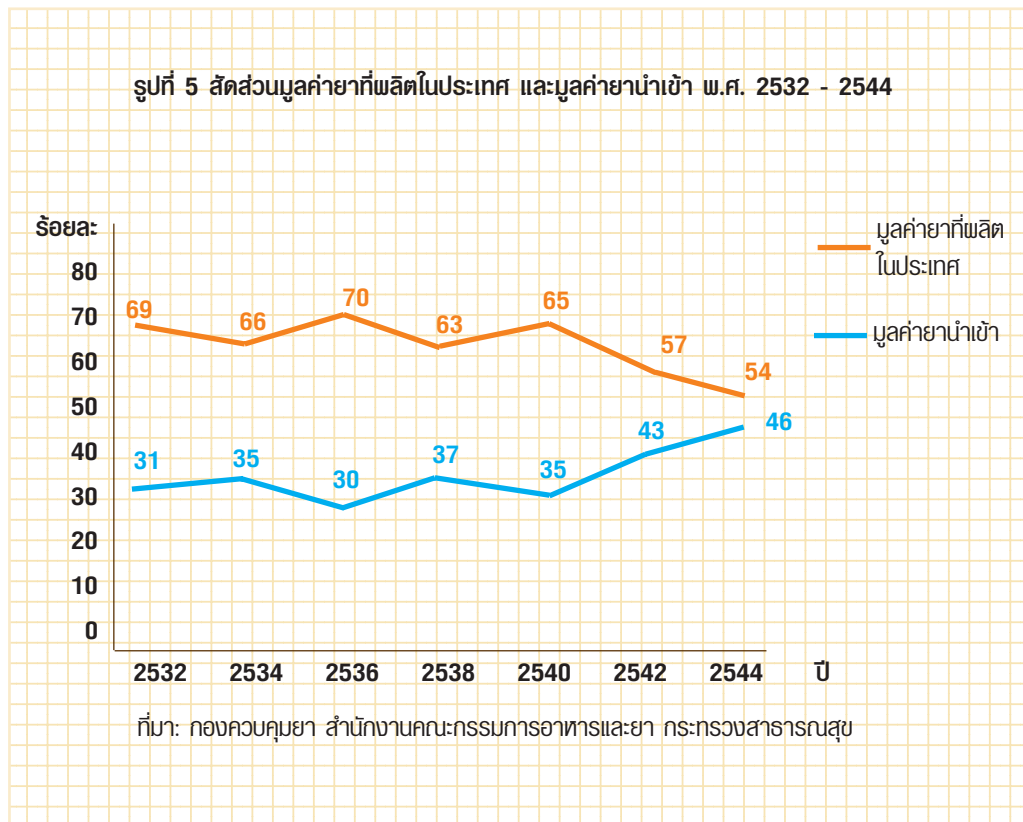


“
การเข้าร่วมในการ
ค้าเสรีจะต้องไม่ทำให้
เรามีราคาสูงเกินระดับ
ที่ประชาชนทั่วไปจะ
จ่ายได้
”

หลักการที่ต้องคำนึง

กล่าวเฉพาะในเรื่องยา หลักการที่ควรยึดเป็นเป้าหมายในการเข้าไปผูกพันในการค้าเสรี ไม่ว่าจะระดับใดและกับประเทศใดก็ตามควรจะได้แก่

1. การเข้าร่วมในการค้าเสรีจะต้องไม่ทำให้เรามีราคาสูงเกินระดับที่ประชาชนทั่วไปจะจ่ายได้ โดยเฉพาะจะต้องยึดเอาประชาชนที่รายได้น้อยเป็นหลักในการพิจารณาเรื่องราคายาเสมอ
2. การเข้าร่วมในการค้าเสรีควรจะเป็นปัจจัยเกื้อหนุน ต่อการเสริมสร้างศักยภาพในการวิจัยพัฒนาและการผลิตยาภายในประเทศ เพื่อลดมูลค่าการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ซึ่งนับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา เฉพาะในช่วง 5 ปีระหว่าง พ.ศ. 2540-2544 มูลค่ายานำเข้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็น 46.4 หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33 ดังข้อมูลที่แสดงในรูปที่ 5



ความจริงเกี่ยวกับยาที่ต่างจากสินค้าอื่น

ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต แต่ในฐานะเป็นสินค้า ยามีความแตกต่างจากปัจจัยอื่นๆ ในประเด็นที่ว่า ยาไม่ใช่สินค้าที่ผู้บริโภคสามารถเลือกได้เหมือนสินค้าทั่วไป ในกรณีสินค้าทั่วไปนั้น สำหรับความต้องการชนิดเดียวกันผู้บริโภคสามารถเลือกได้ว่าจะบริโภคสินค้าชนิดใดและในราคาใดที่ตนพอใจจะจ่ายได้ 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 ผลกำไรที่ผู้ผลิตยาจะพึงได้จะต้องไม่มากเกินไป จนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย





แนวทางที่น่าจะเป็น: รับและรุกรอบคอบและรู้ทัน

โดยตระหนักถึงความจริง และโดยคำนึงถึงเป้าหมายที่กล่าวมาข้างต้น เราจึงมีข้อเสนอแนะต่อไปนี้

1. **ทำการศึกษาอย่างจริงจังถึงผลกระทบต่อการเข้าถึงยาที่จำเป็น จากข้อเสนอในการเจรจาการค้าเสรีในระดับภูมิภาคที่มีเงื่อนไขเกินกว่าข้อตกลงของ WTO โดยเฉพาะข้อเสนอของสหรัฐฯ และ**

หามาตรการและแนวทางในการแก้ไข หากจำเป็นต้องรับข้อเสนอดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุด

ในการเจรจาเปิดเสรีการค้าแบบทวิภาคีโดยเฉพาะกับสหรัฐฯ ที่กำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ คงเป็นการยากที่ประเทศไทยจะหลีกเลี่ยงไม่ยอมรับเงื่อนไขเกี่ยวกับเรื่องยาที่สหรัฐฯ เรียกร้องในทริปส์ผนวก ถึงแม้จะไม่รับทั้งหมด ก็คงจะต้องยอมรับบางส่วนของข้อเรียกร้องเหล่านั้น ที่กล่าวเช่นนั้นก็เพราะตระหนักในข้อเท็จจริงที่ว่า สหรัฐฯ เป็นตลาดส่งออกที่สำคัญที่สุดของไทย นั่นคือประมาณ 1 ใน 5 ของสินค้าที่ไทยส่งออกนั้นส่งไปขายที่ตลาดสหรัฐฯ ในขณะที่ประเทศไทยเป็นตลาดที่เล็กมากของสินค้าสหรัฐฯ ความจริงนี้ทำให้สหรัฐฯ อยู่ในฐานะได้เปรียบบนโต๊ะเจรจา เมื่อจำเป็น สหรัฐฯ ย่อมพร้อมที่จะใช้แรงกดดันทางการค้าให้ไทยต้องยอมรับเงื่อนไขของตน อย่างน้อยก็ข้อใดข้อหนึ่งจนได้ เรื่องเช่นนี้เคยเกิดขึ้นมาแล้วในอดีต เช่น เมื่อ พ.ศ. 2529 ที่สหรัฐฯ ใช้มาตรการกฎหมายการค้ามาตรา 301 กดดันให้ไทยต้องแก้ไขกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวกับการค้าหลายฉบับ โดยเฉพาะการเปิดเสรีการค้าบุหรี่ รวมทั้งพระราชบัญญัติสิทธิบัตรด้วย (ดูกรอบที่ 5 ข้างต้น)

เมื่อเป็นเช่นนั้น สิ่งที่เราควรจะทำเป็นอันดับแรก คือการศึกษารายละเอียดถึงผลกระทบของการเปิดเสรีการค้ากับสหรัฐฯ ต่อการเข้าถึงยาที่จำเป็นของคนไทย และศึกษาเพื่อหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการบรรเทาปัญหานั้นหากจำเป็นต้องรับข้อเสนอทริปส์ผนวก การศึกษาเช่นนั้นควรจะดำเนินการในรูปของการวิจัยที่เป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หนักแน่นและเชื่อถือได้มากกว่าที่จะเป็นการหาข้อสรุปที่ใช้ความเห็นเป็นหลัก

ประเด็นที่น่าศึกษาอาจมีหลายเรื่อง เช่น เรื่องที่เกี่ยวกับข้อเรียกร้องของสหรัฐฯ ที่ให้มีการผูกขาดข้อมูล (data exclusivity) ที่จะใช้ในการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ เพื่อจะได้เร่งหาทางออกให้ไม่ต้องใช้ข้อมูลดังกล่าว ประเด็นที่ควรทำการศึกษาให้ชัดเจนในเรื่องนี้คือ ในการขอขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ จำเป็นเพียงใดที่จะต้องข้อมูลที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขการผูกขาดในทริปส์ผนวก มีเหตุผลทางจริยธรรมที่จะอ้างได้หรือไม่ว่า การกำหนดให้ผู้ผลิตยาชื่อสามัญต้องไปทำการทดลองทางคลินิกใหม่ทั้งหมดในประเทศไทยเป็นการผิดจริยธรรม เนื่องจากตำรับยาดังกล่าวเคยมีการพิสูจน์ว่าได้ผลมาแล้ว การทำการทดลองทางคลินิกซ้ำ จึงน่าจะเป็นการทำให้คนที่ถูกทดลองต้องไปเสี่ยงอีกโดยไม่จำเป็น ถ้าชัดเจนว่าเราไม่ต้องใช้ข้อมูลดังกล่าวในการขึ้นทะเบียนยาชื่อสามัญ การรับข้อเรียกร้องเรื่องการขอผูกขาดข้อมูล (data exclusivity) ก็จะมีผลกระทบน้อยมาก และในที่สุดแล้วการผูกขาดข้อมูลก็ได้ผลในการผูกขาดตลาดเฉพาะกับยาที่ไม่ได้จดสิทธิบัตรไว้ หรือยามีสิทธิบัตรที่เข้ามาขึ้นทะเบียนตำรับยาและวางจำหน่ายในประเทศไทยเมื่อใกล้หมดสิทธิบัตรเท่านั้น นอกจากนี้ผลการผูกขาดดังกล่าวมีระยะเวลาเพียง 5 ปี ซึ่งก็เป็นเวลาค่อนข้างใกล้เคียงกับเวลาที่บริษัทยาของไทยต้องใช้ในการรื้อขนาดของตลาดที่บริษัทยาต้นแบบจะสร้างขึ้น การเตรียมหาแหล่งวัตถุดิบ การวิจัยพัฒนาสูตรตำรับยา การทดสอบชีวสมมูลย์ และการขึ้นทะเบียนตำรับยา

ประเด็นที่น่าศึกษาอีกเรื่องหนึ่งคือ การพัฒนาระบบการจดสิทธิบัตรยาและการขึ้นทะเบียนยาใหม่ว่าจะทำให้รวดเร็วขึ้นได้อย่างไร เนื่องจากสหรัฐฯ เรียกร้องให้ขยายเวลาการคุ้มครองสิทธิบัตรออกไปจาก 20 ปี เป็น 25 ปี โดยอ้างเหตุผลว่า เพื่อเป็นการชดเชยเวลาที่เสียไปในกระบวนการขอจดสิทธิบัตรและขอขึ้นทะเบียนยา การศึกษาน่าจะพิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนด้วยว่า ความล่าช้าดังกล่าวมีผลต่อการเสียโอกาสในการผูกขาดอย่างไร ซึ่งจะทำให้เราสามารถเสนอต่อสหรัฐฯ ได้ว่า หากจำเป็นจริงๆ เรา จะขยายระยะเวลาสิทธิบัตรให้ไม่เกินระยะเวลาที่ยาดังกล่าวได้เสียโอกาสในการผูกขาดไป จากความล่าช้าของกระบวนการจดสิทธิบัตรและกระบวนการขึ้นทะเบียนยา โดยจะทำการพิจารณาเป็นกรณีๆ ไป

“ คงเป็นการยากที่ประเทศไทยจะหลีกเลี่ยงไม่ยอมรับเงื่อนไขเกี่ยวกับเรื่องยาที่สหรัฐฯ เรียกร้องในทริปส์ผนวก ถึงแม้จะไม่รับทั้งหมด ก็คงจะต้องยอมรับบางส่วนของข้อเรียกร้องเหล่านั้น ”

ประเด็นสุดท้ายที่น่าจะได้มีการศึกษาอย่างละเอียด คือข้อเรียกร้องที่จะให้จำกัดกรอบการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิและมาตรการนำเข้าซ้อน (ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อเรียกร้องในทริปส์ผนวก) ประเด็นที่ต้องศึกษาให้ชัดเจนคือข้อเรียกร้องนี้จะมีผลกระทบอย่างไร และจะมีวิธีดำเนินการเพื่อบรรเทาปัญหาได้อย่างไร

2. สร้างความมั่นใจต่อสาธารณะว่าประโยชน์ที่ได้จากการค้าเสรีจะตกแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆอย่างเท่าเทียมกัน และผลประโยชน์ของคนจนและผู้มีรายได้น้อยจะได้รับการพิทักษ์ไว้

ในด้านเศรษฐกิจการค้าเสรีอาจนำรายได้เข้าประเทศมากขึ้น รายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่ควรจะตกอยู่กับภาคอุตสาหกรรมบางส่วนเท่านั้น แต่ควรกระจายไปยังการพัฒนาทุกด้านเพื่อให้ประชาชนในภาคส่วนต่างๆ ของประเทศ ได้รับส่วนแบ่งผลประโยชน์ที่เกิดจากการเข้าร่วมในการค้าเสรีด้วย โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข รัฐสามารถนำรายได้บางส่วนจากการส่งออกที่เพิ่มขึ้นมาเพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุข หรือมีการเก็บเงินพิเศษในรูปของภาษีอากรจากการจำหน่ายยาที่มีสิทธิบัตร และให้นำไปใช้ในการวิจัยและพัฒนาภายในประเทศ โดยเฉพาะการวิจัยและพัฒนาจากสมุนไพร

นอกจากนี้ รัฐสามารถแบ่งเอาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้นจากการค้าเสรีระหว่างประเทศมาชดเชยค่าใช้จ่ายยาที่ราคาสูง ซึ่งจะทำให้รายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้นตกถึงประชาชนผู้บริโภคโดยตรง ประชาชนจะสามารถเข้าถึงยาใหม่ๆ ที่จำเป็นได้แม้ราคาจะสูง ในแง่ผลกระทบ

ของการค้าเสรีต่อการเข้าถึงยาอาจจะอยู่ในวิสัยที่สามารถควบคุมได้ ขอเพียงแต่รัฐมีการบริหารรายได้ที่เพิ่มขึ้นดีพอ และมีการจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ

3. ร่วมกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆในการเจรจาต่อรองในลักษณะพหุภาคี เพื่อจะมีอำนาจต่อรองมากขึ้นในการรักษาผลประโยชน์ของประเทศไทย

เวทีการค้าระหว่างประเทศเป็นเวทีของการต่อรองเพื่อรักษาผลประโยชน์ ประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนามีผลประโยชน์ที่แตกต่างกัน การต่อรองในเวทีการค้าโลกที่มีประสิทธิภาพจึงมักเป็นการต่อรองของกลุ่มประเทศที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้น การร่วมมือกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในการเจรจาต่อรองในลักษณะพหุภาคี อาจจะช่วยให้มีอำนาจต่อรองมากขึ้นเพื่อรักษาผลประโยชน์ของประเทศไทยได้

ในเรื่องสิทธิบัตรยา การร่วมมือกันของประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา ได้ประสบความสำเร็จมาแล้ว ในการเจรจาต่อรองในลักษณะพหุภาคีให้มีการยืดหยุ่นกฎกติกาของทริปส์ในส่วนที่เกี่ยวกับสาธารณสุข ดังที่ปรากฏในคำประกาศโดฮา (ถูกรอบที่ 6)

ในกรณีของการเจรจาทวิภาคี การร่วมมือกันในลักษณะเช่นนั้นอาจจะไม่อยู่ในวิสัยที่จะเป็นไปได้ง่าย ๆ แต่ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายที่ทำการเจรจาทวิภาคีกับสหรัฐ ย่อมจะประสบปัญหาเดียวกันในเรื่องที่เกี่ยวกับสิทธิบัตรยา จุดนี้อาจจะเป็นแรงจูงใจที่จะให้ประเทศกำลังพัฒนาหันมาร่วมมือกันใช้เวทีพหุภาคีเรียกร้องให้สหรัฐ ไม่สร้างเงื่อนไขในการเจรจามากไปกว่ากฎกติกาที่กำหนดในทริปส์ เพราะลำพังข้อกำหนดเกี่ยวกับสิทธิบัตรยาในทริปส์ก็เอื้อประโยชน์ และผลกำไรแก่ประเทศผู้ผลิตยารายใหญ่ของโลกอย่างมหาศาลอยู่แล้ว

ไม่ว่าเราจะคิดอย่างไรก็ตามการค้าเสรีก็ไม่ใช่สิ่งที่เราจะหลีกเลี่ยงได้ แม้เราจะไม่เดินเข้าไปหามัน วันหนึ่งมันก็จะเดินเข้ามาหาเรา ดังนั้นทางที่ดีกว่าคือต้องทำความรู้จักและอยู่กับมันเสียแต่วันนี้ เพียงแต่เราต้องอยู่กับมันอย่างรอบคอบ มีสติ และรู้ทัน



ภาคผนวก: บรรณานุกรมรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2548

1. การตั้งครรภ์และการคลอด

กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัยกาญจนะจิตรา, วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันต์. 2546. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา พัฒนพงศ์ธร และ ศันสนีย์ เจตน์ประยูรต์. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 4 เดือน. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2547. (อัติสำเนา)

ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ. 2546. "แบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2533-2544)". วารสารวิชาการสาธารณสุข 12 (1): หน้า 1 - 18.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2544. รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารดาและทารกแรกเกิด พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546[Online]. (<http://203157.19.191/index-stat46.html>)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547. "ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย รอบที่ 1-รอบที่ 22 (พ.ศ. 2532-2547)".

(อัติสำเนา).

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยแม่และเด็ก. 2547. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิดปี 2540-2544.[Online] (<http://www.anamai.moph.go.th/hp/index.htm>).

2. ความพิการ

รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547. สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ทีมงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. สถิติการศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2546. กรุงเทพฯ : พริกหวานกราฟฟิค.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2545. รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3. ความยากจน

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2548. ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อความยากจน. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548. ความยากจนและการกระจายรายได้ [Online] (http://poverty.nesdb.go.th/poverty_new/doc/NESDB/wanchat_20050301030101.pdf)

4. สิ่งแวดล้อม

กระทรวงคมนาคม. 2548 สถิติจำนวนรถจดทะเบียนใหม่ตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ และกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ปี พ.ศ. 2547 สำนักมาตรฐานงานทะเบียนและภาษีรถ (กรุงเทพมหานคร). (http://www.dlt.go.th/statistics_web/statistics.html)

กองนโยบายและแผนรวม สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร. 2548. สถิติกรุงเทพมหานคร. [Online] ([http://203155.220.217/pipd/07Stat\(Th\)/stat\(th\).htm](http://203155.220.217/pipd/07Stat(Th)/stat(th).htm))

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2548. สรุปสถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2547. รายงานผลการประมวลข้อมูลพื้นที่การก่อสร้าง ไตรมาสที่ 2/2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2547. สถิติสิ่งแวดล้อมประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสวนสาธารณะ สำนักสวัสดิการสังคม. 2548. ข้อมูลต้นไม้และพื้นที่สีเขียว [Online] (http://203155.220.217/office/ppdd/publicpark/thai/activity/t_greentree.html)

5. สุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. 2547. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (อัติสำเนา).

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ. 2547. "ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546". วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน 2547. หน้า 177-188.

มาโนช หล่อตระกูล. 2545. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. โรควิตกกังวลภัยที่คุกคามคุณ. บทสัมภาษณ์รายการ U-Life. วันที่ 30 กรกฎาคม 2545. [Online] (<http://mucc.mahidol.ac.th/~ramlt/anxiety.htm>)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546. รายงานผลการศึกษาเรื่องระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปีการศึกษา พ.ศ. 2545. ขอนแก่น: คอนฟอร์ม (ขอนแก่น).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546.[Online] (<http://203157.19.191/index-stat46.html>)

6. ประชากรสูงอายุ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2546. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2547. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2546. เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 2/2547.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2545. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. 2543. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2533. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2533. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2523. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2523. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2513. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

7. มะเร็ง

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

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2547. โรคจากการสูบบุหรี่. เอกสารเผยแพร่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

เอกสารวิชาการกินให้ถูกยุคเร่งรีบในการประชุมวิชาการ Food seminar 2004. (อัดสำเนา).

8. อาหาร

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนาตัวบ่งชี้สำหรับติดตามการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา.2546 [Online] (<http://www.anamai.moph.go.th/nutri/pem3.htm>.)

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2546. พัฒนาการเกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงของนมที่เชื่อมโยงกับการเกิดโรคฟันผุ.

ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2547.โครงการเด็กไทยดูดี มีพลานามัย.

ยุทธวิธีสู่ความอ้วน48. มติชนรายวัน ปีที่ 28 ฉบับที่ 9810 วันที่ 18 มกราคม 2548 หน้า 8.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546.[Online] (<http://203157.19.191/index-stat46.html>)

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

9. วัยรุ่น

ABAC Poll. 2004.การสำรวจความคิดเห็น ความเข้าใจ ความรู้สึกและปัญหาของเยาวชนเกี่ยวกับเรื่องอารมณ์และความรัก.[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.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2546. สาเหตุการตายที่สำคัญในวัยรุ่น. หมอชาวบ้าน, 25(295) พฤศจิกายน 2546.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2539. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2534. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย 2546. เอกสารใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาแบบและมาตรฐานงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี วันที่ 15-17 มีนาคม 2547 โรงแรมแอมบาสเตอร์ ซิตี้ ชลบุรี.

10. การป่วย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2547. สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547. (อัดสำเนา).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2539. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2534. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546.[Online] (<http://203157.19.191/index-stat46.html>)

11. ความมั่นคงของมนุษย์

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. 2547. รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยจากข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ). ปี 2547. กรุงเทพฯ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2548. ความคิดเห็นที่มีต่อการบริหารงานของรัฐบาล พ.ศ.2547. [Online]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

(<http://www.nso.go.th/nso/graph/graph17.html>).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

12. การตาย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2548. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 14 มกราคม 2548. หน้า 1.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568. กรุงเทพฯ:

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และทีมงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย. (ม.ป.ป.). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547. (ม.ป.ป.).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2507-2510, 2517-2518, 2527-2529, 2532, 2534, 2538-2539. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). สถานการณ์สุขภาพของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ หลังวิกฤตเศรษฐกิจ.

กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอนามัยแม่และเด็ก. 2547. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกปริกำเนิดปี 2540-2544.[Online] (<http://www.anamai.moph.go.th/hp/index.htm>).

1. คลื่นมหาประลัย “สึนามิ” ธรณีพิบัติครั้งร้ายแรงที่สุดของไทย

1. “คลื่นยักษ์วิปโยคซัดเอเชีย”. มติชนสุดสัปดาห์ (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 102.
2. “เอเชียสลดรับปีใหม่ โศกนาฏกรรมคลื่นยักษ์กลืนนับแสนชีวิต”. สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์ (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 12.
3. “อันดามันวิปโยค เมื่อธรณีพิโรธ วิกน้ำพัดฟ้าคว่ำแผ่นดิน”. มติชนสุดสัปดาห์ (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) : หน้า 102.
4. “รู้จักคลื่นยักษ์ ‘ซุนามิ’ “. มติชน (27 ธันวาคม 2547) : หน้า 2. [http://www.matichon.co.th/tsunami/show.php?ndate=2004/12/27&news=1&cshow=01p0106271247].
5. “โศกนาฏกรรมสึนามิ ฝันร้ายประเทศไทย”. สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์ (31 ธันวาคม 2547 - 6 มกราคม 2548) หน้า 10.
6. ศูนย์อำนวยการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากแผ่นดินไหวและคลื่นชายฝั่งทะเลอันดามัน ณ จังหวัดภูเก็ต (ศชป.), กองอำนวยการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งราชอาณาจักร. สรุปยอดผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ และสูญหาย (ข้อมูล ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2548). [เอกสารออนไลน์ : www.disaster.go.th/news01/1247/news_after_shock_97.pdf].
7. กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม : หน้า 55.
8. “ลอยแพแรงงานพม่าเหยื่อสึนามิ คาดสูญหายตายร่วม 2,500 ราย”. ผู้จัดการ (18 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9480000008240].
9. องค์การอนามัยโลก. รายงานสถานการณ์ล่าสุด ฉบับที่ 31 วันที่ 29 มกราคม 2548. [เอกสารออนไลน์ : http://www.who.int/hac/crises/international/asia_tsunami/sitrep/31/en/print.html].
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจความเสียหายจากธรณีพิบัติภัยใน 6 จังหวัดภาคใต้. [เอกสารออนไลน์: http://www.nso.go.th/nso/r.jsp?f=file_upload/140.pdf].
11. “กรม. อนุมัติ 5 พันล้าน จ่ายชดเชยผู้ประสบภัย”. กรุงเทพธุรกิจ (12 มกราคม 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/01/12/pageone/index.php?news=pag2.html].
12. “ ‘สึนามิ’ ทำแรงงานโรงแรมระทม หนีชีวิตโดนเลิกจ้าง - ลดเงินเดือน”. ผู้จัดการ (11 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/bcal/ViewNews.aspx?NewsID=9480000004762].
13. “พบ 1,600 ชีวิต รอดจากสึนามิ และรอคอยการช่วยเหลืออย่างสิ้นหวัง”. [เอกสารออนไลน์ (2 มีนาคม 2548) : <http://www.thaimisc.com/freewebboard/php/vreply.php?user=midnightuni&topic=4937>].
14. “แถลงการณ์ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร”. ผู้จัดการ (29 ธันวาคม 2547).
15. “หนูนไทยเป็นศูนย์กลางระบบเตือนภัยสึนามิ”. ผู้จัดการ (6 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx?NewsID=9480000002402].
16. “รายงาน: สังเกตลม-น้ำฟ้าเปลี่ยนไป ระบบเตือนภัยแบบชาวบ้าน”. กรุงเทพธุรกิจ (10 มกราคม 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/01/10/soc/index.php?news=ev01.html].
17. “ไซปรัสคนจีนมาถล่มไทย ครั้งแรกในประวัติศาสตร์”. ผู้จัดการ (27 ธันวาคม 2547). [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000102479].
18. “ฮาวายรับปาก ‘ฮอตไลน์’ ถึงไทยหากเกิดสึนามิ”. ผู้จัดการ (24 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=94800000011222].
19. “จุฬาย เสนอ 6 จังหวัดภัยพิบัติ ‘สึนามิ’ เป็นเขตควบคุมพิเศษสิ่งแวดล้อม”. ไทยโพสต์ (13 มกราคม 2548). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=sunday&post_date=16/Jan/2548&news_id=101027&cat_id=110400].
20. “บทเรียน ‘สึนามิ’ จากบ้านบางเบน รอดได้ด้วยปาชายเลน”. ข่าวสด (17 มกราคม 2548) : หน้า 29.

2. สถานการณ์ไฟใต้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ

1. “1 ปีภาคใต้เกิดเหตุร้าย 919 ครั้ง”. ผู้จัดการ (7 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID= 9480000002838&keyword= 919].
2. “ไฟใต้ยากที่จะมอด”. ประชาชนคมดอทคอมหนังสือพิมพ์ฉบับวัน (17 มกราคม 2548). [http://www.prachathai.com/news/show.php?Category=pm&No=2490].
3. “ ‘แม่’ ซูเชษฐภักดีดับไฟใต้ ก้าวย่างที่ต้องระวัง ห่วง ‘ชีวิตดูเหนือจิตใจ’ ไม่อาจตั้งไทยมุสลิมยืนเคียงข้างรัฐ”. มติชนสุดสัปดาห์ (20 - 26 กุมภาพันธ์ 2547).
4. “แผนดับไฟใต้ - ไฟ่องโชน ‘ผู้ก่อการร้าย’ บอยคอต จับตา ‘จีว - ธรรมรักษ์’ ลูกบ้าเที่ยวล่าสุด”. มติชนสุดสัปดาห์ (13 - 19 กุมภาพันธ์ 2547).
5. “ทัพเหยียดปีก ‘พิราบอ้อย’ จ่อย ‘แผนสันติได้’ ลม นิรโทษ - ถอน ตร.แท้”. มติชนสุดสัปดาห์ (16 - 22 เมษายน 2547).
6. “ผลสรุป ‘กรือเซะ’ ชี้เกินกว่าเหตุ ให้รัฐบาลจ่ายชดเชยผู้สูญเสีย”. มติชนสุดสัปดาห์ (6 - 12 สิงหาคม 2547).
7. “มท.1 ชี้อาวุธสงครามซุ่มยิง รองผู้ว่าฯ สาส์น ถล่มปลัดอำเภอเฝ้า 6 ร.ร.”. มติชนรายวัน (24 พฤศจิกายน 2547).
8. “เปิดหัวใจ ชัยสิทธิ์ ผู้บัญชาการขวานผ่าซากกับวัน ‘เหงา’ และ ‘เศร้า’ หลังขึ้นหิ้งเสือป่า”. มติชนสุดสัปดาห์ (19 -25 พฤศจิกายน 2547).
9. “CIA ไม่ตกยุค จับเข้าค่าย ‘กูรู’ ข้าราชการ ‘ภูมรัตน์’ ทักษิณพงศ์ ช้าแหละไฟใต้”. มติชนสุดสัปดาห์ (19 -25 พฤศจิกายน 2547).
10. ชัยอนันต์ สมุทวณิช . “รัฐที่ไร้รัฐ”. ผู้จัดการ (8 ธันวาคม 2547). [http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9470000083580&CommentPage=1&#Comment].
11. “5 ข้าราชการในรอบปี 47 ผลกระทบต่อแนวโน้มโลกและสังคมไทย “. มติชนรายวัน (30 ธันวาคม 2547).
12. “แถลงการณ์ การกำหนดสิทธิหมู่บ้าน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของ กอ.สส.จชต”. มติชนรายวัน (27 กุมภาพันธ์ 2548). [http://www.matichon.co.th/adm/wars/show.php?ndate=2005/02/27&news=1&cshow=01p0103270248].
13. มารค ตามไท. 2546. “จังหวัดชายแดนภาคใต้ : บททดสอบปัญญาทางการเมืองการปกครองของประเทศไทย” (บทความเขียนให้ราชบัณฑิตยสถาน เพื่อตีพิมพ์ในหนังสือเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในโอกาสที่มีพระชนมายุ 75 พรรษา).

3. ทางสองแพร่งของนโยบายใช้หัวदनก: จะเลือกสุขภาพคน หรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก

1. พระมหานรินทร์ นรินทร์. “การใช้หัวदनกระบาดในประเทศไทย “. [เอกสารออนไลน์ (24 มกราคม 2547) : http://www.alittlebuddha.com/html/Special%20news/Special%20news_09.html].
2. ประเสริฐ ทองเจริญ. 2547. สารพันปัญหาทุกคำถามมีคำตอบ : ใช้หัวदनใหญ่ ใช้หัวदनก. กรุงเทพฯ : ประชาช่าง.
3. ประเสริฐ ทองเจริญ. 2547. อ้างแล้ว.
4. “ไก่ไทยสัมผัสคู่แข่งเจอโรครุม “. มติชนรายวัน (11 มิถุนายน 2546). [http://www.matichon.co.th/avian_flu/show.php?ndate=2003/06/11&news=1&cshow=01eco01110646].
5. “เรียกทูตพบแจ้ง ‘ผิดหวังรุนแรง’ บิ๊กอียูฉุน! ไทยไม่ตรงไปตรงมา ‘ใช้หัวदनก’ “. มติชนรายวัน (5 กุมภาพันธ์ 2547). [http://www.matichon.co.th/avian_flu/show.php?ndate=2004/02/05&news=1&cshow=01p0102050247].

6. ชนิตา จรรยาเพศ และ อีซาเบล เดลฟอร์ธ . 2547. โรคไข้หวัดที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เกษตรอุตสาหกรรม วิฤตของเกษตรกรรายย่อยในกระแสด้านการค้าเสรีกับอธิปไตยด้านอาหาร. วิฤตของเกษตรกรรายย่อยในกระแสด้านการค้าเสรีกับอธิปไตยด้านอาหาร. โครงการศึกษาและปฏิบัติการงานพัฒนา, สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. สำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์. “ผลการพิจารณาการใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนก ทำเนียบรัฐบาล 15 กันยายน 2547”. [เอกสารออนไลน์ (4 มกราคม 2548), http://www.dld.go.th/home/bird_flu/return/vaccine.html].
8. “เปิดฉากหวัดนกอาเซียนเชื้อ 3 ปีเห็นวัคซีนในคน”. ผู้จัดการออนไลน์ (24 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9470000087126>].
9. “สศส. แนววิถีใหม่คนไทย อยู่ร่วมกับเชื้อไวรัสหวัดนก”. มติชนรายวัน (19 ตุลาคม 2547). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01lif02191047&show=1§ionid=0132&day=2004/10/19].
10. ชูเกียรติ นวลศรี. “เหยี่ยวอพยพพุ่มพริกกับเหยี่ยวภูเขาใช้หวัดนก”. มติชนรายวัน (2 พฤศจิกายน 2547) : หน้า 10.

4. สังคมไทยกับภัยข่มขืน

1. กฤตยา อาชวนิจกุล. 2542. ความรุนแรงต่อผู้หญิง : ภัยเงียบ ภัยมืด และภัยสว่าง บนทุกเส้นทางชีวิตผู้หญิง. ใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, นิพันธ์ สันหริยา และ ศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เจนเดอร์เพรส. หน้า 487- 544.
2. ศูนย์ข้อมูลและวิชาการ มูลนิธิเพื่อนหญิง. เอกสาร : การรวบรวมรายงานข่าวภัยทางเพศ ปี 2542 - 2547 จากหนังสือพิมพ์รายวัน 5 ฉบับ ได้แก่ ไทยรัฐ, เดลินิวส์, มติชน, ข่าวสด, และกรุงเทพธุรกิจ.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงยุติธรรม. จำนวนเด็กและเยาวชนของสถานพินิจทั่วประเทศ จำแนกตามฐานความผิดประจำปี 2547 (มกราคม - ธันวาคม). [เอกสารออนไลน์ : http://www.moj.go.th/service/stat1/data/xtree/DataFile_pin.asp?FileID=68].
4. “อนาถหญิงไทยถูกข่มขืนสูงลิ่วสถิติ 12 คน”. ผู้จัดการ (8 มีนาคม 2547).
5. “ฟันธง ‘ข่มขืน’ เหตุ ‘สุรา - หญิงแต่งตัวยั่ว’ ปัญหาใหญ่วัยรุ่นยุคนี้”. มติชนรายวัน (19 พฤศจิกายน 2547).
6. “ชี้ปัญหาทางเพศชั้นวิกฤติข่มขืนเด็ก - คนแก่พุ่ง”. ผู้จัดการ (13 สิงหาคม 2547).
7. “เด็กทำผิดอุกฉกรรจ์ ดำเนินคดีศาลอาญา”. ไทยรัฐ (16 พฤศจิกายน 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page1/nov/16/p1_8.php].
8. จิตติมา ภาณุเดชะ . “ความรุนแรงต่อผู้หญิง ไม่ใช่ชะตากรรมส่วนตัว”. โพสต์ทูเดย์ (27 พฤศจิกายน 2547). [เอกสารออนไลน์ : <http://www.whaf.or.th/modules.php?name=News&file=article&sid=52>].

5. น้ำตาลในนมและขนมเด็ก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย

1. “เด็กไทยรู้ทัน ต่อต้านโฆษณาหลอกล่อเด็ก”. เอกสารเผยแพร่ในงานสัมมนาระดับชาติเด็กไทยรู้ทัน เพื่อพัฒนาระบบและโครงสร้างการพิทักษ์เด็กและเยาวชนจากการถูกหาประโยชน์โดยโฆษณาชวนเชื่อขนมเด็ก.10 มีนาคม 2547 ณ หอประชุมใหญ่ ศูนย์ศิลปวัฒนธรรมแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ : หน้า 8.
2. “เด็กไทยควรห่างไกลขนมลูก”. วารสารฉลาดซื้อ ปีที่ 11 ฉบับที่ 61 (มิถุนายน - กรกฎาคม 2547).
3. “เตือนภัยโรคอ้วนทารก ฤทธิ์นมผงผสมน้ำตาล พันธุ์ - เบาหวาน”. มติชนรายวัน (21 พฤศจิกายน 2546).
4. “เตือนภัยคนกินหวาน ระวังสมองเสื่อม ความดันโลหิตสูง”. ผู้จัดการ (6 เมษายน 2547).
5. “พฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวของเยาวชน”. ผู้จัดการรายวัน (2 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=4763991982340>].
6. “ศาลาหมอบเขตแถมต้นขนมหลอกล่อเด็ก”. ไทยรัฐ (24 มกราคม 2548) : หน้า 1.
7. สิริลักษณ์ ฉายะยันตร์. “ ‘พ่อ แม่ รังแก ลูก ต้นเหตุทำติตรสหวาน สร้างปัญหาสุขภาพเด็กไทย”. มติชน (28 กันยายน 2547) : หน้า 33.
8. สิริลักษณ์ ฉายะยันตร์. อ้างแล้ว.
9. “ทำอย่างไรดี...ไม่ให้ลูกติดหวาน”. วารสารฉลาดซื้อ ปีที่ 10 ฉบับที่ 60 (เมษายน - พฤษภาคม 2547).
10. “อันตรายในขนมเด็ก”. วารสารฉลาดซื้อ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. [เอกสารออนไลน์ (3 ธันวาคม 2547) : http://www.consumerthai.org/careful_board/view.php?id=47].
11. “คาเฟอีน (Caffeine)”. เอกสารออนไลน์ [<http://www.thailand.at/sampan/ed9/art3.html>].
12. “นักวิชาการแนะ รัฐเร่งแก้เด็กอ้วน สกัดโรคเรื้อรัง”. กรุงเทพธุรกิจ (22 เมษายน 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/2004/04/22/soc/index.php?news=column_12484186.html].
13. “ภัยขนมหวาน - จุดความฉลาดเด็ก”. ข่าวสด (11 มกราคม 2548) : หน้า 23.
14. “นักวิชาการชี้เด็กกินอาหารฟาสต์ฟู้ด เป็นโรคอ้วน - เบาหวาน สูงถึง 50%”. กรุงเทพธุรกิจ (25 กุมภาพันธ์ 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/02/25/soc/index.php?news=column_16535122.html].
15. “พ่อ แม่ รังแกลูก ต้นเหตุทำติตรสหวาน สร้างปัญหาสุขภาพเด็กไทย”. มติชนรายวัน (28 กันยายน 2547) : หน้า 33.
16. “เด็กจ๋มบ้า ปัญหาสุขภาพของนานาชาติ”. ผู้จัดการ (29 ตุลาคม 2546). [<http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=4620832192301>].
17. “สธ.ห้ามเติมน้ำตาลนมผงดัดแปลง ป้องกันเด็กฟันผุและโรคอ้วน”. มติชนรายวัน (14 ธันวาคม 2547). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01lif03141247&show=1§ionid=0132&day=2004/12/14].
18. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, บุปผา ไตรโรจน์ และปิยะดา ประเสริฐสม. “ภาวะหวานก่อนวัย เด็กไทยอยู่เพื่อกิน” [เอกสารออนไลน์ (1 กุมภาพันธ์ 2548) : <http://www.maikwan.com>].
19. “เด็กไทยเสียศูนย์หนัก อ้วน ผอม พันธุ์เพียบ กินขนม ท็อฟฟี่แทนข้าว”. มติชนรายวัน. (8 มกราคม 2548). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01p0113070148&show=1§ionid=0101&day=2005/01/07].
20. “ศาลาหมอบเขตแถมต้นขนมหลอกล่อเด็ก”. อ้างแล้ว.
21. “ขนมเด็กเมื่อปี 2537 ขนมเด็ก อย. ควบคุมเพียงด้านฉลาก”. [เอกสารออนไลน์ (1 กุมภาพันธ์ 2548) : http://www.kalathai.com/print_news.php?tbname=news&condition=article_id=376].
22. “ขนมขบเคี้ยว...มิตราฆ่าหรือศัตรูเรื้อรัง”. ผู้จัดการ (2 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000075690>].

6. จากเปล้าน้อยถึงกวาวเครือ...ฤสมุนไพรไทยจะตกอยู่ในอุ้งมือต่างชาติ?

1. การแถลงข่าวของไบโอไทยเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2547. เอกสารออนไลน์ (1 กุมภาพันธ์ 2548). [http://www.biothai.net/autopage1/show_page.php?it=20&s_id=13&d_id=13&page=1].
2. “โจรสลัดชีวภาพ จากเปล้าน้อยสู่กวาวเครือ”. ผู้จัดการ (13 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9470000081496>].

3. “เหลียวหลังแลหน้า จากเป้าน้อยสู่กวางเครือขาว”. มติชนสุดสัปดาห์ (19 - 25 พฤศจิกายน 2547) : หน้า 93.
4. “หวั่น 12 สมุนไพรไทยถูกฉกฉวยฉวย”. ผู้จัดการ (15 พฤศจิกายน 2547). [http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9470000082024].
5. วิชัย โชควิวัฒน์. 2548. “จะทำอะไรดี กรณีสิทธิบัตรกวางเครือ”. ใน เอกสารสำเนาเผยแพร่ กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ.
6. “ผู้ป่วนฉก ‘กวางเครือ’ จดสิทธิบัตร”. กรุงเทพธุรกิจ (11 พฤศจิกายน 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/2004/11/13/pageone/index.php?news=pag1.html].
7. “สมุนไพรจืดถูกฉกฉวยอีกเพียบ ‘พาดิษฐ์’ รับจรรยาบรรณเบรกยู่น จดกวางเครือ”. ไทยรัฐ (16 พฤศจิกายน 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/economic/nov/16/eco3.php].
8. “วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ และ บัณฑิต เศรษฐศิริโรตม์. “ประเมินผลงานรัฐบาลทักษิณ : ว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ” ไบโไทย, [เอกสารออนไลน์ (1 กุมภาพันธ์ 2548) : http://www.biothai.net/autopage1/show_page.php?t=22&s_id=20&d_id=20].
9. “คุ้มกันสมบัติชาติ”. มติชน (15 พฤศจิกายน 2547). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?sectionid=0102&day=2004/11/15&show=0&status=&sh=].
10. “สมุนไพรจืดถูกฉกฉวยอีกเพียบ ‘พาดิษฐ์’ รับจรรยาบรรณเบรกยู่น จดกวางเครือ”. อ้างแล้ว.
11. “สมุนไพรจืดถูกฉกฉวยอีกเพียบ ‘พาดิษฐ์’ รับจรรยาบรรณเบรกยู่น จดกวางเครือ”. อ้างแล้ว.
12. “สมุนไพรจืดถูกฉกฉวยอีกเพียบ ‘พาดิษฐ์’ รับจรรยาบรรณเบรกยู่น จดกวางเครือ”. อ้างแล้ว.
13. “สมุนไพรไทยต้องคุ้มครอง”. มติชน (10 ธันวาคม 2547).
14. วิชัย โชควิวัฒน์. อ้างแล้ว.

7. สื่อโป๊ กับเรื่องเช็กส์ของวัยรุ่น

1. สมเกียรติ ตั้งนะโม. “ความเป็นมาเกี่ยวกับโป๊ เปลือย ลามก อนาจาร”. มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน. [เอกสารออนไลน์ (25 ธันวาคม 2547) : http://www.midnightuniv.org/finearts2544/newpage2.html].
2. “บัตรเครดิตฉาว ‘คิลปะ’ หรือ ‘อนาจาร’ ?”. ผู้จัดการ (2 กุมภาพันธ์ 2547). [http://www.manager.co.th/Entertainment/ViewNews.aspx?NewsID=4781232277750].
3. อิทธิพล ปรีดิประสงค์. 2546. รายงานวิจัย “ธุรกิจนอกระบบ : ศึกษาเฉพาะกรณีการประกอบธุรกิจสื่อลามกอนาจารบนอินเทอร์เน็ต”. มูลนิธิคีนัน ไทย.
4. “SEX เรื่องไม่เล็กของสังคมไทย”. ผู้จัดการ (29 กันยายน 2547). [http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9470000059481].
5. “ครูหุ่ย ปองเด็กได้ข้อมูลมั่ว! -วัยโจ๋ ‘สวิงกิ้ง’ อันดับหนึ่งโลก”. ผู้จัดการ (21 ตุลาคม 2547). [http://www.manager.co.th/Blicits/ViewNews.aspx?NewsID=9470000070429].
6. “SEX เรื่องไม่เล็กของสังคมไทย”. อ้างแล้ว.
7. “วิกิตูต ‘นาโนวิทน์’”. ไทยรัฐ (2 พฤศจิกายน 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/scoop/health/nov/02/s_health.php].
8. อิทธิพล ปรีดิประสงค์. อ้างแล้ว.

8. ความรุนแรงในวัยรุ่น อันธพาลหรือคึกคะนอง ผิดพลังหรือตั้งใจ

1. “ภาพวัยรุ่นยกพวกตีกัน กระชกสะทอนสังคม”. ไทยโพสต์ (17 กันยายน 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thai&post_date=21/Jun/2548&news_id=94998&cat_id=200100].
2. “3 โจรป้ายรถเมล์ ปล้นนิตินิตเตอร์”. ไทยรัฐ (7 มกราคม 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page1/jan/07/p1_3.php].
3. “ปล้นมือถือพันนิ้วหวัดขาด”. ไทยรัฐ (24 มกราคม 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page2/jan/24/p2_2.php].
4. “โจรโจ๋-โจรบาป พันแม่ชีจมน้ำ”. ไทยรัฐ (21 สิงหาคม 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page2/aug/21/p2_1.php].
5. “โจชิงเผาดะร้านข้าวทอด”. ไทยรัฐ (9 มกราคม 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page2/jan/09/p2_1.php].
6. “ปาหินคนดะดลกลือเฟือ”. ไทยรัฐ (27 ตุลาคม 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page2/oct/27/p2_3.php].
7. “แก๊งซิ่งพังป้อม ตร.”. ไทยรัฐ (13 กันยายน 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page1/sep/13/p1_3.php].
8. “เด็กก่ออาชญากรรม ผลพวงสังคมวัตถุนิยม”. ไทยโพสต์ (9 มิถุนายน 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thai&post_date=9/Jun/2547&news_id=89724&cat_id=100].
9. สำนักวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ . 2546. ศึกษาความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรงแก้ปัญหาของนักเรียนชาย และแนวทางแก้ไข กรณีศึกษาตัวอย่างนักเรียนชายระดับมัธยมปลายและสายอาชีวศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร. [เอกสารออนไลน์ : http://168.120.31.165/webbase/2546/0614.html].
10. “ผลวิจัย สก.ชี้เด็กเรียนดีก็ทำผิด มีเฉพาะ ‘เด็กไทยชาติเดียว’”. ผู้จัดการราย (17 กันยายน 2547). [http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9470000053933&Keyword=%e0%c2%d2%7c%aa%b9].
11. Etienne G Krug and others (Editors). 2002. World Report on Violence and Health. Geneva : World Health Organization.
12. พิทักษ์ ศิริวงศ์. 2543. การสร้างและปรับเปลี่ยนความเป็นเพศ และจิตนาการทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นชาย. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิตพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
13. “10 นโยบายที่เด็กคัดสรรมาให้”. ผู้จัดการ (8 มกราคม 2548). [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9480000003087].
15. เทวินทร์ ขอบเหนียวกลาง. “นักเรียนชาย ผักไม่ ‘ความรุนแรง’ ? “. มติชนสุดสัปดาห์, ปีที่ 23 ฉบับที่ 1193 (27 มิถุนายน 2546).
16. “เลี้ยงลูกยังงี้ ให้เป็น ‘อันธพาล’ !! “. ผู้จัดการ (6 กันยายน 2546). [http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=4650066811441].
17. “จ่าย 200 ล้านบาทเด็กหายได้ระหว่างเรียน”. ผู้จัดการ (28 กุมภาพันธ์ 2548). [http://www.manager.co.th/Qol/ViewNews.aspx?NewsID=9480000029297].

9. ขยะอันตราย ภัยร้ายที่มองไม่เห็น

1. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2546. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2546. [เอกสารออนไลน์ http://infofile.pcd.go.th/mgt/report46.pdf].
2. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. อ้างแล้ว.
3. “ขยะอิเล็กทรอนิกส์ ด้านมืดของชีวิตยุคดิจิทัล”. นิตยสารโลกสีเขียว ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (มีนาคม - เมษายน 2547).
4. ดวงใจ จิตต์มงคล, ณัฐวรรณ ผลของวัย และ ภคินี เทียมคลี. 2547. บรรดเบรนต์ ‘เดอะสตาร์’ ธุรกิจโทรทัศน์คม 48. โพสต์ทูเดย์ [http://www.posttoday.com/thailand2547/tor.html].
5. “เปิดจุดเสี่ยงสิ่งแวดล้อมไทย ระวัง! แบตมือถือ-คอมพิวเตอร์” ผู้จัดการ (3 ธันวาคม 2546). [http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=2000000043737].
6. “รัฐ - เอกชนจับมือกำจัด : คาดปีนี้จะขจัดแบตเตอรี่มือถือทิ้ง 13 ล้านก้อน”. กรุงเทพธุรกิจ (7 เมษายน 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/2004/04/07/soc/

index.php?news=column_12260031.html].

7. “ไทยประเทรตองรับขยะพิษ”. ข่าวสด (1 มกราคม 2547) : หน้า 5.
8. “ออกกฎจัดการขยะ IT - เครื่องไฟฟ้า รับมือขยะประเภตใช้ WEEE - RoHS”. ผู้จัดการ (21 มกราคม 2548) [http://www.manager.co.th/mgrWekly/viewnews.aspx?NewsID=948000009883].
9. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. อ้างแล้ว.
10. อติศักดิ์ ทองไข่มุกข์. “แผนแม่บทจัดการขยะแห่งชาติเพื่องรับปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ในอนาคต”. วารสาร QUALITY, ปีที่ 11 ฉบับที่ 87 (มกราคม 2548).
11. “อัฒ คพ.-กทม. ล้มเหลวแผนการจัดการขยะอันตราย”. ไทยรัฐ (29 ตุลาคม 2547). [http://www.thairat.co.th/thairat1/2547/educat/oct/29/edu3.php].
12. “ผู้ว่าเขียงใหม่สั่งสอบเผาขยะตืดเชื้อ”. ข่าวสด (1 ตุลาคม 2547).
13. “ชาวภูเรือไวขยะพิษจากโรงพยาบาล”. สำนักข่าวประชาธรรม. [เอกสารออนไลน์ : http://www.thaico.net/b_pnews/47053101.htm].

10. เด็กไทยในกัณฑ์บายมุขที่ถูกกฎหมาย เทียวกลางคืน สูบบุหรี่ และดื่มเหล้า

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547. สารสถิติ, ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม 2548) : หน้า 2-3.
2. “ข่าวมสธ”. มติชน (7 มีนาคม 2548) : หน้า 7.
3. “รวมงานวิจัยสะท้อนเด็กไทยตกต่ำ”. กรุงเทพธุรกิจ (29 มกราคม 2548). [http://www.bangkokbiznews.com/2005/01/29/soc/index.php?news=column_16237707.html].
4. ยุวสันต์ วิเวกเมธการ. “พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก เรื่องที่พ่อแม่ยุคนี้ต้องรู้”. นิตยสารบันทึกคุณแม่, ปีที่ 10 (มิถุนายน 2547) [เอกสารออนไลน์ : http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=3987&maintype=บทความเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก].
5. “กลยุทธ์ร้าย บ.ยาสูบขายบุหรี่วางกลุมหวังแทรกซึมเด็กกอยากลอง”. ผู้จัดการ (15 กันยายน 2547). [http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=947000052853].
6. “เด็กอายุ 11 ปี สูบบุหรี่เกือบ 10 ล้านคน”. ผู้จัดการ (7 มีนาคม 2547). [http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=4793541085123].
7. “เปิดโปงกลยุทธ์ใหม่บริษัทบุหรี่ เน้นบริจาคใกล้ชิดกลุ่มอำนาจ”. กรุงเทพธุรกิจ (3 กุมภาพันธ์ 2548) : หน้า 11.
8. “คลังบับขียาเล็กรีดภาษีบุหรี่เพิ่ม”. ไทยโพสต์ (13 ตุลาคม 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thaipost&post_date=21/Jan/2548&news_id=96357&cat_id=600].
9. “ชงกำหนดเวลา ขายเหล้า - บุหรี่ ปลอ่ยฝิตามบับ”. ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thaipost&post_date=21/Jan/2548&news_id=99474&cat_id=501].
10. “คลังเล็ชงแพ็คเกจ ขัณภาษีเหล้า - บุหรี่ สกัเด็กหลงผิด”. กรุงเทพธุรกิจ (15 ธันวาคม 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/2004/12/15/pageone/index.php?news=pag4.html].

10 สถานการณ์สำคัญในรอบปี 2547

1. จีเอ็มโอ

“มะละกอจีเอ็มโอพันธุ์เพชร ยอร์มันแบน ‘ฟรุตสลั’”. กรุงเทพธุรกิจ (3 กันยายน 2547).
 “อยู่หัวนป่นเปื้อนจีเอ็มโอระงับนำเข้าผลไม้กระปอง”. ผู้จัดการ (3 กันยายน 2547).
 “โงหละ...GMOs ยังไม่ทันได้ขััน ..รตไฟก็ตกวางซะแล้ว”. ไขไทย [เอกสารออนไลน์: http://www.biothai.net/autopage1/show_page.php?t=19&s_id=2&d_id=2].
 “สัมภาษณ์พิเศษ วิทยุรย เล็ณจำรูญ กรมรัฐธณ GMOs”. [เอกสารออนไลน์: http://www.thaingo.org/HeadnewsKan/GMOs070947.htm].
 “จีเอ็มโอ...อีกบทเรียน ความล้มเหลวของการบิตข้อมูล”. ประชาชาติธุรกิจ, ปีที่ 28 ฉบับที่ 3624 (4 ตุลาคม 2547) : หน้า 17.

2. ปัญหาโครงการ 30 บาทในปีที่ 3

กาญจนา แดงกิก. “30 บาท (ไม่) รักษาทุกโรค หรือเป็นเพียงนโยบายพลเมืองชั้นสอง”. [เอกสารออนไลน์ : http://www.thaico.net/b_pnews/47121301.htm].
 “สปสช. เผยผู้ป่วยได้รับความเสียหายร้องเรียนพุ่ง”. กรุงเทพธุรกิจ (21 ตุลาคม 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/2004/10/21/soc/index.php?news=evot1.html].
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2547. ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2547 (1 ตุลาคม 2546 -30 กันยายน 2547).
 [เอกสารออนไลน์ : www.nhso.go.th/new/cgi_bin/UC_Trend/url_FILE/final_uc_qualter472.zip].

3. ความอ้วน

ประไพศรี สิริจักรวาล. 2547. อาหาร/ขนมที่มีผลเสียต่อสุขภาพเด็กไทย. บทความใน สุขภาพเด็กไทย - ปัญหาที่พบในปัจจุบัน . วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา, ปีที่ 20 ฉบับที่ 12 (ธันวาคม 2547).
 จิตดิวัฒน์ สุประสงค์สิน. โรคอ้วนในเด็ก . บทความใน สุขภาพเด็กไทย - ปัญหาที่พบในปัจจุบัน . วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา, ปีที่ 20 ฉบับที่ 12 (ธันวาคม 2547).
 สุริยเดวี ทริบัตติ. อาหารหรือขนมที่มีผลเสียต่อสุขภาพเด็กไทย. สุขภาพเด็กไทย - ปัญหาที่พบในปัจจุบัน . วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา, ปีที่ 20 ฉบับที่ 12 (ธันวาคม 2547).
 “กินอย่างไร ไม่ให้อ้วน”. [เอกสารออนไลน์ : http://www.siamstreet.com/health/protectobe.html].
 สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. “กินอาหารไทยไกลโรค”. [เอกสารออนไลน์ : http://www.culture.go.th/oncc/knowledge/food/01.htm].
 กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. “โรคอ้วนและปัญหาการใช้ยาลดความอ้วนในประเทศไทย”.
 [เอกสารออนไลน์: http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/addict/obesity.html].

4. คติข้อดี...ขังลิ้ม

“นึกว่าจะต้องตายในคุก คำร้องทุกข์เหยื่อข้อดีข้อใจ”. คม ชัด ลึก (10 พฤศจิกายน 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/column/scoop/2004/11/10.php].
 “พงศ์เทพ ยันคดีข้อดีข้อใจ ไม่มีมวลิ้ม”. ผู้จัดการ (9 พฤศจิกายน 2547). [http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9470000079280].
 “เจ้ากรมคุ้มครองสิทธิฯ ระบุนเหยื่อขังลิ้มถือเป็นคนแรกที่ใช้ กม.คุ้มครอง”. ผู้จัดการ (8 พฤศจิกายน 2547). [http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9470000078782].
 รุมสับข้อดีข้อใจ - ขังลิ้ม ‘ทักษิณ’ ลั่นเช็กบิล ตร. นอกแถว. เดลินิวส์ (9 พฤศจิกายน 2547).

"ผลตรวจดีเอ็นเอนิ้วแหม่ม ไซของคนงาน". ไทยรัฐ (12 ตุลาคม 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page1/oct/12/p1_1.php].

"แม่ค้าเครียด ข้าวหลามจูบ คนผวาตะขาบ เหลือเต็มร้าน". คม ชัด ลึก (24 กันยายน 2547).

"อ้วกแตกอีกแล้ว 'ข้าวหลามไส้ปลิง' ". ไทยรัฐ (25 พฤศจิกายน 2547).

6. ผลกระทบของอุตสาหกรรมต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

"เหยื่อแคดเมียมแม่ดาวไว จันท. รัฐเมน เกี่ยงกันทำ - ยกวิชาการมากจนชาวบ้านง". กรุงเทพธุรกิจ (27 เมษายน 2547).

"คลิตี้ ลำน้ำสาธารณะเป็นตะกั่ว กับ 6 ปีที่รัฐไม่จัดการ". ผู้จัดการ (21 เมษายน 2547). [<http://manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?newsid=4720004097819>].

7. การประชุมเอตส์โลก

สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. การประชุมเอตส์โลก ประจำวันศุกร์ที่ 16 กรกฎาคม 2547. [เอกสารออนไลน์ : http://www.thaisnews.com/news_detail.php?newsid=98987].

"สปสช. เร่งสรุปเพิ่มยาด้านเอตส์เข้าโครงการ 30 บาท". ผู้จัดการ (13 มกราคม 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9480000005973> &Keyword=%e0%cd%b4%ca%ec].

"เสียงสะท้อนความสำเร็จในการประชุมเอตส์โลกครั้งที่ 15". ผู้จัดการ (16 กรกฎาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000023324>].

8. อุบัติเหตุในเด็ก

ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, โรงพยาบาลรามาธิบดี. "เด็กจมน้ำตาย ใครรับผิดชอบ ??". [เอกสารออนไลน์ : <http://www.csip.org/csip/Expert/?page=drowning2>].

ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, โรงพยาบาลรามาธิบดี. "สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความรุนแรงในเด็กไทย". [เอกสารออนไลน์ : http://www.csip.org/csip/Expert/?page=stat_42-45_2].

"เผยสถิติเด็กไทยเสียชีวิตสูงขึ้น เอน์ไอคอน พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก". กรุงเทพธุรกิจ (16 มีนาคม 2547). [http://www.bangkokbiznews.com/2004/03/16/soc/index.php?news=column_4114166.html].

9. กระแสลั่งชาเขียว

" 'กรีนทีพีเวอร์' รักสุขภาพหรือกระแสบริโภคนิยม". ผู้จัดการ (31 ธันวาคม 2546).

[<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=2000000048023>].

"ยุค! ชาเขียวพีเวอร์ไปไกล..ถึงฟ้านามมัย". ไทยรัฐ (5 ตุลาคม 2547) [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/column/scooper/oct/5_10_47.php].

"ฤทธิ์ชาเขียวไม่สร้างชา". วารสารฉลาดซื้อ, ปีที่ 11 ฉบับที่ 63 (ตุลาคม - พฤศจิกายน 2547) : หน้า 61.

10. การค้ามนุษย์ในประเทศไทย

"สหรัฐจับตาดูไทยค้ามนุษย์ ชุมทางกามขายปลีก - ส่ง". ไทยโพสต์ (17 มิถุนายน 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thai-post&post_date=5/6b/2548&news_id=90162&cat_id=501].

"ค้ามนุษย์ ปรารถนาได้จริงหรือ". ผู้จัดการ (8 สิงหาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9470000034377>].

"เผยไทยแหล่งค้ามนุษย์". ผู้จัดการ (17 มิถุนายน 2547). [<http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9470000008885>].

"เอ็นจีโอมะกันห่วงเด็กกำพร้าสินาม". มติชน (22 มกราคม 2548). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01for02220148&show=1§ionid=0104&day=2005/01/22].

"ทำบุญค้าเด็ก". คม ชัด ลึก (11 มกราคม 2548). [<http://www.bmchadluek.net/news/2005/01-11/hot-15977429.html>].

สถานการณ์เด่น 10 เรื่องในปี 2546 เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้างในปี 2547?

1. สงครามยาเสพติด ชัยชนะที่มาพร้อมคำถาม

"พลังแผ่นดินกับการเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในประเทศไทย". วารสารสำนักงาน ปปส, ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (มีนาคม - สิงหาคม 2547). [เอกสารออนไลน์ : <http://www.oncb.go.th/c2-situation.html>].

"ปปส. เผยสารเสพติดผลดียาบ้า - ยาไอซ์เพิ่มขึ้นจนน่าห่วง". ผู้จัดการ (2 กุมภาพันธ์ 2548). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9480000015915&Keyword=%b9%d3%e0%a2%e9%d2+%c2%d2>].

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. สถานการณ์ยาเสพติด เดือนธันวาคม 2547. [เอกสารออนไลน์ : <http://www.oncb.go.th/document/situation05020801.pdf>].

" 'จิว' แฉเอง - คารานักรื่องเสพยา". ข่าวสด (30 พฤศจิกายน 2547).

2. ปี 2546 คนไทยขายรับนโยบายออกกำลังกายอย่างคลั่งทั่วประเทศ

"ยอด 43 ล้าน งานรวมพลเหลือ - ฟ้า ทั่วประเทศทะลุเกินเป้า". ไทยรัฐ (21 พฤศจิกายน 2547). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/page1/nov/21/p1_7.php].

"สธ. ปลื้มประชาชนออกกำลังกาย 27 ล้านคน". ไทยรัฐ (4 มิถุนายน 2547). [<http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/sport/jun/04/spo4.php>].

3. โครงการ 30 บาท แม้มีปัญหา แต่คือ หลักประกันคุณภาพถ้วนหน้า

" 30 บาทที่ ประกาศเป้าหมายปีหน้าเน้น"สามวัยห่างไกลโรค" ผู้จัดการ (30 ธันวาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000100843>].

"10 กว่าจะองค์กรเครือข่ายประชาชน ร้องรัฐทบทวน 30 บาทรักษาทุกโรค". ผู้จัดการ (24 มกราคม 2548). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9480000011224>].

"ทีดีอาร์ไอชี้ 30 บาทน่าห่วง การเงิน รพ. เล็ก - ใหญ่ติดลบ". ผู้จัดการ (9 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000079037>].

"ร.พ. เอกชนไว 30 บาททุนหนัก". วารสารฉลาดซื้อ, ปีที่ 10 ฉบับที่ 57 (ตุลาคม - พฤศจิกายน 2546).

4. ท้ายอย่างไรอาหารไทยจึงจะปลอดภัยครบวงจร

“หม่าฝักนำเข้าจีนระวังสารพิษ ตรวจเจอแล้วในพืชหลายชนิด”. มติชน (4 พฤศจิกายน 2547). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547. “โครงการอาหารปลอดภัยทั่วประเทศทำได้จริงหรือ”. สารสุขภาพ ฉบับที่ 2 (พฤศจิกายน 2547).
 “สธ.มอบ ‘อาหารปลอดภัย’ เป็นของขวัญคนไทย”. ผู้จัดการ (24 ธันวาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000101554>].

5. งดเวลาโฆษณาเหล้าทางโทรทัศน์และวิทยุ หวังคนไทยดื่มน้อยลง

“สธ. งดเวลาเหล้าบนจอทีวีและวิทยุ - บุหรี่ต่ำกว่า 18 ดีเดย์ 1 ธ.ค.นี้”. ผู้จัดการ (22 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000085660>].
 “เตรียมให้สินบนนำจับร้านค้าเหล้า - บุหรี่ต่ำกว่า 18”. ผู้จัดการ (8 ธันวาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000093475>].
 “ขงกำหนดเวลา ขายเหล้า - บุหรี่ ปล่อยผู้ค้ามึน”. ไทยโพสต์ (14 ธันวาคม 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thai-post&post_date=21/Jan/2548&news_id=99474&cat_id=501].

6. ชาร์ลส...! ใช้หวัดมรณะเขย่าโลก

กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อ. การรับมือการระบาดของโรค SARS. เอกสารออนไลน์ (18 พฤศจิกายน 2547) [เอกสารออนไลน์: http://203.157.19.193/SARS/s_2.doc].
 “ยาไทยพร้อมรับมือ ‘ชาร์ลส’ เชื้อเดินทางไทย - จีนยังสะดวก”. ผู้จัดการ (26 เมษายน 2547). [<http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=4755001046061>].
 “วัคซีนพันล้านชาร์ลส”. ข่าวสด (26 มิถุนายน 2547).

7. วัยรุ่นกับถุงยางและภัยเอดส์

“เยาวชนพบนายทช. ถกปัญหาวัยรุ่น”. ผู้จัดการ (30 ตุลาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.aspx?NewsID=9470000074624>].
 “ยูนิเซฟห่วงใจไทยติดเอดส์เพิ่ม เตือนระวังอนาคตแรงงานขาด”. มติชน (28 กันยายน 2547).

8. เกมออนไลน์ สร้างสรรค์หรือทำลายสุขภาพเยาวชน

“เกมออนไลน์พิษเท่าภัยยาเสพติดติดมากจนลืมพ่อแม่ญาติพี่น้อง”. ไทยรัฐ (24 มกราคม 2548). [<http://www.thairath.co.th/thairath1/2547/techno/nov/24/tec1.php>].
 “ตั้งโรงซ่อมเด็กติดเกมส์! หลังพบทำตัวก้าวร้าวจนน่าเป็นห่วง”. ผู้จัดการ (23 พฤศจิกายน 2547). [<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9470000086099>].
 “พาสปอร์ต ‘เกมออนไลน์’ มี-ไม่มีเด็กยังเล่นยันเช้า”. ไทยโพสต์ (7 ธันวาคม 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thai-post&post_date=21/Jan/2548&news_id=99048&cat_id=200100].
 “ห้ามเด็กต่ำกว่า 18 ปี เล่นเกมออนไลน์ เกินวันละ 3 ชั่วโมง”. ไทยโพสต์ (24 พฤศจิกายน 2547). [http://www.thaipost.net/index.asp?bk=thai-post&post_date=21/Jan/2548&news_id=98423&cat_id=500].
 “‘เจ้าภาพ’ ปรามเว็บอันตราย”. ไทยรัฐ (1 กุมภาพันธ์ 2548). [http://www.thairath.co.th/thairath1/2548/scoop/education/feb/01/s_educat.php].

9. ไฟฟ้า จากแม่เมาะคือต้นทุนสุขภาพราคาแพงของชาวบ้าน

“เหยื่อแม่เมาะชดเชยโรงไฟฟ้า ศาลสั่งจ่ายเหยื่อแม่เมาะ”. ผู้จัดการ (25 พฤษภาคม 2547).
 “กฟผ. เดินหน้า ชยายเหมืองแม่เมาะ โปรเจกต์ยักษ์ 6 หมื่นล้าน”. มติชน (10 กันยายน 2547). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01pro28210947&show=1§ionid=0112&day=2004/09/21].
 “อนุมติชาวแม่เมาะย้ายหนีโรงไฟฟ้า”. มติชน (10 พฤศจิกายน 2547). [http://www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01lif08101147&show=1§ionid=0132&day=2004/11/10].

10. บทเรียนกรณี “บ๊ิก ดิทูบี”

“จากใจพ่อ ‘บ๊ิก’ เคย ‘ล้า’ แต่ไม่เคย ‘ท้อ’”. ผู้จัดการ (4 ธันวาคม 2547). [<http://www.manager.co.th/Entertainment/ViewNews.aspx?NewsID=9470000091599>].
 “เปิดบ้านแถลงอาการ ‘บ๊ิก-ดิทูบี’”. ข่าวสด (13 สิงหาคม 2547).
 “‘บ๊ิก-ดิทูบี’ กลับบ้าน แล้วเจอเหตุระทึกกลายร่างหลุด”. คม ชัด ลึก (6 สิงหาคม 2547).

แหล่งข้อมูลเอกสาร สิ่งพิมพ์ และอินเทอร์เน็ต

- กมธ. ชี้ออฟฟิเชียลสุขภาพ กระทบ 30 บาท ส่งให้ราคายาพุ่ง ดอกยาสมองไหล. กรุงเทพธุรกิจ, 29 ตุลาคม 2547.
- กมล กมลตระกูล. สิทธิ(บดขยี้)บัตร ความขัดแย้ง และความอยู่รอดของชาติ. ใน http://www.geocities.com/kamoltrakul_kamol/article8.html. Accessed, 19 มกราคม 2548.
- จักรกฤษณ์ คชรพจน์. 2546. จาก Doha สู่ Cancun: WTO จะไปทางไหน. หนังสือพิมพ์มติชน, วันที่ 13 กันยายน 2546.
- จิราพร ลิ้มปานานนท์. 2547a. ข้อตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา: การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา กับผลกระทบต่อระบบยาและระบบสุขภาพของประเทศไทย. ใน กระณิการ์ กิจติเวชกุล (บรรณาธิการ) ข้อตกลงเขตการค้าเสรี: ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, (น. 197-220). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- จิราพร ลิ้มปานานนท์. 2547b. FTA กับสาธารณสุขและการเข้าถึงยา. ใน สรชัย จำเนียรดำรงการ (บรรณาธิการ), ข้อตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา: ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, (น. 78-86): กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- เจริญ คัมภีรภาพ. 2547. ข้อตกลงเขตการค้าเสรี: ลดภาษีหรือลดอียิปโต. ใน กระณิการ์ กิจติเวชกุล (บรรณาธิการ) ข้อตกลงเขตการค้าเสรี: ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, (น.21-51). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- เจริญ โทณะวนิก และ บัณฑิต เศรษฐศิโรตม์. 2547. การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในสถานการณ์สากล และผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐ. เอกสารประกอบการประชุมโครงการ “การจัดทำเขตการค้าเสรีและผลกระทบด้านสุขภาพ: กรณีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พันธุ์พืช และสมุนไพร” จัดโดย โครงการศึกษาวิจัยผลกระทบความตกลงองค์การการค้าโลกต่อฐานทรัพยากร ร่วมกับ โครงการยุทธศาสตร์นโยบายฐานทรัพยากร คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ณ ห้องประชุม 234 ชั้น 2 อาคารสัมมนา 2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, วันที่ 18 สิงหาคม 2547.
- ขึ้นฤทัย กาญจนะจิตรา, วรัญญา เตยกุล, ชะเมธ พันธ์ และ วีรจัน ตั้งเจริญเสถียร. 2547. ทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ดุสิต สุนทร. 2547. เขตการค้าเสรี สหรัฐฯ-จีน และสหรัฐฯ-สิงคโปร์: บทเรียนอันมีค่าสำหรับคนไทย. จัดหมายข่าวจักรยะแสดงองค์การการค้าโลก, ปีที่ 1, ฉบับที่ 2, มีนาคม 2547.
- ยาดานเอดส์วิกฤต สปสช. จีรัฐติงภาษบาโปะ 8 หมื่นล้านต่อปี. ผู้จัดการออนไลน์, 29 มกราคม 2548. (<http://www.mnager.co.th/QOL/viewNews.aspx?NewsID=9480000013693>)
- รักษาร ใจสะอาด และ นุศราพร เกษสมบุญ. 2547. ผลกระทบต่อการเข้าถึงยาจากข้อตกลงเขตการค้าเสรี ไทย-สหรัฐอเมริกา. ใน กระณิการ์ กิจติเวชกุล (บรรณาธิการ), ข้อตกลงเขตการค้าเสรี: ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, (น. 227-254). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- วิฑูรย์ ฌ ป้อมเพชร, ดร. 2544. วิวัฒนาการสังคมไทย กับหัตถ์นิยายชุด พล นิกร กิมหงวน ของ ป. อินทรปาลิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงดาว.
- วีรบูรณ์ วิสารทสกุล (เรียบเรียง). 2547. ทางเดินของคนเล็กๆ ที่จะสู้กับเรื่องใหญ่: บทเรียนการเพิกถอนสิทธิบัตรยาดีไอโอ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.).
- สวน นิตยารักษ์พงศ์, นพ. สร้างหลักประกัน บนฐานความรู้และการมีส่วนร่วม. หนังสือพิมพ์มติชน, 24 มกราคม 2548.
- สรชัย จำเนียรดำรงการ, ภก. และ อุไรวรรณ พรทวิวุฒิ, ภญ. (แปล) 2547. การศึกษาผลกระทบของทรัพย์สินทางปัญญาและข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างออสเตรเลีย-สหรัฐอเมริกา ต่อระบบยาในออสเตรเลีย. ใน กระณิการ์ กิจติเวชกุล (บรรณาธิการ) ข้อตกลงเขตการค้าเสรี: ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, (น. 291-327). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- สิทธิกร นิภะยะ (บรรณาธิการ). 2547. รัฐบาลควรมีจุดยืนในการเจรจาการค้าเสรีทวิภาคีกับสหรัฐอเมริกาอย่างไร? รายงานการประชุมทางวิชาการ. เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน หมายเลข 2, โครงการ WTO Watch (จักรยะแสดงองค์การการค้าโลก).
- สิทธิกร นิภะยะ . 2547. ทศวรรษแรกของความตกลงทริปส์ (TRIPS AT FIRST DECENIUM). จัดหมายข่าวจักรยะแสดงองค์การการค้าโลก, ปีที่ 1, ฉบับที่ 4, กันยายน 2547.
- สิทธิผล วิบูลย์ธนากุล. 2547. ข้อตกลงว่าด้วยเรื่องยา: ชัยชนะที่เพิ่งเริ่มต้นของชนผู้ยากไร้. จัดหมายข่าวจักรยะแสดงองค์การการค้าโลก, ปีที่ 1, ฉบับที่ 2, มีนาคม 2547.
- สุวีร์ตัน ธรรมรงค์. 2547. สิทธิบัตรยา: ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์และผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สรชัย จำเนียรดำรงการ (บรรณาธิการ), ข้อตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา: ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, (น. 69-73): กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ., ยุติ พัฒนวงศ์, พรณินา อภิษฐาภิชาติ และวิดา สนธิชัย. 2536. เรื่องที่หมอควรรู้เกี่ยวกับสิทธิบัตรยา. แพทยสภาสาร, ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-กันยายน 2536, น. 42-48.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, นพ. (บรรณาธิการ). 2545. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, พันธุสร เหมพิสุทธิ และ ศิวิวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. 2545. รายงานการศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อุษณาการพิมพ์.

Access to Medicines in the Developing World. Postnote, Number 160, July 2001. In www.parliament.uk/post/home.htm. Accessed, 20 มกราคม 2548.

Baker, Brook K. 2004. The Drug Registration Battlefield: U.S. Trade Policy Erect New, Nearly Impenetrable Barriers to lower-Cost Generic Medicines of Assured Quality. In <http://www.cptech.org/ip/health/dataexcl/baker02162004.html>. Accessed, 18 มกราคม 2005.

Congress Watch. 2004. The Medicare Drug War: An Army of Nearly 1,000 lobbyists Pushes a Medicare Law that Puts Drug Companies and HMO Profits Ahead of Patients and Taxpayers. A publication of the Public Citizen, June 2004. <http://www.citizen.org>. Accessed, 20 มกราคม 2548.

Dare to Lead: Public health and company wealth. Oxfam Paper. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/dare_to_lead.htm. Original publication: February 2001. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.

Drug Companies vs. Brazil: The Threat to Public Health. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/drugcomp_brazil.htm Accessed, 22 มกราคม 2548.

Drug Giants vs South Africa - landmark case threatens lives of world's poorest people. Oxfam GB Press Release - 4 March 2001. http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/drugcomp_sa.htm สืบค้นวันที่ 22 มกราคม 2548 .

Fatal Side Effects: Medicines Patents under Microscope. Oxfam Paper. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/fatal_side_effects.htm. Original publication: February 2001. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.

Formula for Fairness: patient rights before patent rights. Oxfam briefing paper # 1. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/cb_pfizer.htm. Original publication: July 2001. Accessed, 26 ธันวาคม 2547.

Free Trade Agreement between the US and Thailand Threatens Access to HIV/AIDS Treatment. Oxfam Briefing Note. In http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/

- issues/health/bn_fta_hivads.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/par_imports.htm Accessed, 21 ธันวาคม 2547.
- Keely, Edward J. 2004. "Data Protection" for Drug Inventors in Thailand. In http://www.tilleteandgibbins.com/publications/event_article/IP_oct04/data_protection.pdf. Accessed, 18 มกราคม 2005.
- Lokuge, Buddhima, Faunce, T. A. and Deniss, 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/Whatsnew/Patent.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_ftas.htm. Accessed, 24 ธันวาคม 2547.
- Patent and Medicines: The WTO Must Act Now! In http://www.tebtebba.org/tebtebba_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 world's 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.tebtebba.org/tebtebba_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_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_ato186_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_ehealth_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/intel1_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/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm. Accessed, 20 ธันวาคม 2547.
- WTO, Understanding the WTO. Intellectual Property: protection and enforcement. In http://www.org/enlish.thewto_e/whatis_e/tif_eagrm7_e.htm. Accessed, 21 ธันวาคม 2547.

แหล่งข้อมูลบุคคล

- ประจักษ์ เกตุราภาส, นพ. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สัมภาษณ์วันที่ 15 ธันวาคม 2547
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นพ. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษดิ์, พญ. และทักษพล ธรรมรังสี, นพ.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สัมภาษณ์วันที่ 17 ธันวาคม 2547
- ยุวดี พัฒนวงศ์, ภญ. ผู้อำนวยการ กองควบคุมเครื่องสำอางค์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สัมภาษณ์วันที่ 23 ธันวาคม 2547
- สัญญาชัย ชาสัมบัติ, นพ. และพรทิพย์ ยุกตานนท์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สัมภาษณ์วันที่ 19 มกราคม 2548.

ชื่อ	หน่วยงาน	ผู้ทบทวนรายงานฉบับสมบูรณ์
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
2. คุณ ปาริชาติ ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	ทบทวนทั้งเล่ม
3. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
		ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง
4. ผศ.ดร. ทิพย์วรรณ เลียบสือตระกูล	ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์	การตั้งครุฑ/คลอด
5. ศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์	การตั้งครุฑ/คลอด
6. พญ. วัชราร วัชรไพบูลย์	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู	ความพิการ
7. รศ.พญ. เยาวรัตน์ ประภักษ์ขาม	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู	การตาย
8. ศ.ดร. ปราโมทย์ ประสาทกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	การตาย
9. อาจารย์ ดร. บัทยา ว่าพัฒน์วงศ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	การตาย
10. นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ (IHPP)	การป่วย
11. รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	ความยากจน
12. นพ. ประเวศ ตันติพัฒน์สกุล	กรมสุขภาพจิต	สุขภาพจิต
13. นพ. วันดี โภคากุล	สถาบันสุขภาพผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ
14. นพ. หัษชา ศรีปริง	ม.สงขลานครินทร์ หาดใหญ่	โรคมะเร็ง
15. รศ.ดร. ประไพศรี ศิริจักรวาล	สถาบันวิจัยโภชนาการ ม.มหิดล	อาหาร
		ที่ปรึกษาด้านข้อมูล
16. คุณ ปานบตี เอกะจัมปะกะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลบริโภคน้ำตาล
17. นพ. ประพจน์ เกตรากาศ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลสิทธิบัตรยา
18. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ (IHPP)	ข้อมูลบริการสุขภาพ
19. ดร. ทญ. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)	ข้อมูลบริการสุขภาพ
20. นพ. ทักษพล ธรรมรังสี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ (IHPP)	ข้อมูลบริการสุขภาพ
21. ภญ. ยุวดี พัฒนวงศ์	กองควบคุมเครื่องมือแพทย์	ข้อมูลสิทธิบัตรยา
22. นพ. สัญชัย ชาสมบัติ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลยาเอดส์
23. คุณ พรทิพย์ ยุกตานนท์	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลยาเอดส์
24. คุณ บัณฑูร เศรษฐศิโรตม์	โครงการยุทธศาสตร์นโยบายฐานทรัพยากร คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	ข้อมูล FTA กับพันธู์พืชสมุนไพรและภูมิปัญญา แพทย์แผนไทย
25. ดร. เจษฎา โทณะวนิก	สำนักงานกฎหมายเจษฎา โทณะวนิก	ข้อมูลกฎหมายสิทธิบัตร
26. คุณ สุวิรัตน์ ตรีมรรคา	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	ข้อมูล FTA กับยาต้านไวรัส HIV
27. รศ.ดร. ภญ. จิราพร ลิ้มปานานนท์	ภาควิชาชีวเคมี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ข้อมูลสิทธิบัตรยา
28. รศ.ดร. จักรกฤษณ์ ครอบพจน์	สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	ข้อมูลกฎหมาย FTA
29. คุณ อวยพร แต่ชุตระกุล	มูลนิธิโลกสีเขียว	ข้อมูลในส่วนสถานการณ์เด่น
30. คุณ วิฑิตินันท์ ศรีสถิต	มูลนิธิโลกสีเขียว	ข้อมูลในส่วนสถานการณ์เด่น
31. คุณ ปิยนดา วรศิริ	บริษัทสำนักพิมพ์สมพันธ์	ข้อมูล FTA
32. คุณ กรรณิการ์ กิจติเวชกุล	คณะทำงานโลกาภิวัตน์	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. อำพล จินตาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)	กรรมการ
4. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
5. พญ. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ	สถาบันวิทยาการการเรียนรู้	กรรมการ
6. ทพ. กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
7. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. นพ. พินิจ ฟ้าอำนยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
9. คุณ ปาริชาติ ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
10. คุณ จีรวรรณ บุญเพิ่ม	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
11. คุณ วรรณญา เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
12. อาจารย์ พิภพ ธงไชย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
13. ผศ. ดร. วิลาสินี พิพิธกุล	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
14. อาจารย์ สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขามเงินอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	กรรมการ
15. คุณ เบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
16. รศ. ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ
17. รศ. ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ
18. รศ. ดร. ชาย โพธิ์สีดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ
19. ผศ. ดร. วาสนา อิมเอม	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล	กรรมการและเลขานุการ

