



ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ

เอกสารประกอบ
การประชุมวิชาการ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ครั้งที่ 21 ปี 64
ส่วนบริหารวิชาการ
มหาวิทยาลัยแม่โจ้ของทุกคณะ
วันที่ 6-8 พฤษภาคม 2541

นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
งามจิตต์ จันทระชาติ
บรรณาธิการ

- ๑ ความเป็นมาและภาพรวม
- ๑ กฎหมายด้านส่งเสริมสุขภาพ
- ๑ การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- ๑ กรณียกย่องการขึ้นภาษีบุหรี่



พิมพ์ครั้งที่ 1

นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เรื่อง "ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน"

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ

บรรณาธิการ:

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

งามจิตต์ จันทรสาคิต



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

โดย: ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นวลอินทร์ ตันติเกตุ และคณะ

บรรณาธิการ: นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทระสาธิต

จัดพิมพ์โดย

โครงการสำนักพิมพ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2541

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยลิขสิทธิ์

ราคา 140 บาท

ชื่อผลงานโครงการของหอสมุดแห่งชาติ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2541.

160 หน้า.

1. การส่งเสริมสุขภาพ. 2. สุขภาพ.

I. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, บรรณาธิการ. II. งามจิตต์ จันทระสาธิต
บรรณาธิการร่วม. III. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN: 974-291-174-6

ออกแบบ: Desire CRM.

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

อารัมภบท

ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามคนเมาขับรถมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา แต่ปัจจุบันเราก็ยังปล่อยให้คนเมาขับรถและก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ชีวิตและทรัพย์สินมากมาย มีกฎหมายอีกหลายฉบับที่ประเทศไทยมีคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่การบังคับใช้หรือการปฏิบัติตามกฎหมายกลับไม่ได้ผลสมเจตนารมณ์

เราคุ้นเคยกับการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุขทุก 5 ปี มีนโยบายสาธารณสุขทั้งในแผนพัฒนาฯ และในส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาล แต่ดูเหมือนว่าสุขภาพของประชาชนไทยยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร ยังมีความสูญเสียจากการเจ็บป่วยที่น่าจะป้องกันได้

นักการแพทย์และสาธารณสุขได้ทุ่มเททำงานอย่างหนักเพื่อหาทางควบคุมและป้องกันโรคต่างๆ แต่ดูเหมือนว่าจะทำได้เพียงการตามแก้ที่ปลายเหตุ ที่ต้นเหตุนั้นกลายเป็นพื้นที่ยากของคนอื่นไปหมด

ทำไมจึงเป็นอย่างนั้น มีอะไรที่เราต้องเข้าไป

เอกสารชุดนี้รวบรวมแนวคิดเรื่อง “นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ” มานำเสนอเพื่อให้เห็นทางออกใหม่ๆ ในเรื่องสุขภาพ เริ่มด้วยการทบทวนความเป็นมาของแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายสาธารณสุขเพื่อ

สุขภาพในตอนที 1 การทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในประเทศต่างๆและประเทศไทย ในตอนที่ 2 โดย ศ.นพ.วิฑูร อึ้งประพันธ์ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนในตอนที 3 โดย นวลอนันต์ คันทิงกู และคณะ

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่เริ่มต้นอย่างชัดเจนในประเทศแคนาดา และนำมาสู่ยุทธศาสตร์ในการทำงาน 6 ประการ ได้แก่ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม กิจกรรมชุมชน ทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการ ศ.นพ.วิฑูร ได้สรุปว่านโยบายสาธารณะจะเป็นเครื่องมือที่เอื้ออำนวยให้ยุทธศาสตร์อีก 4 ประการประสบความสำเร็จ และกฎหมายเป็นมาตรการหนึ่งเพื่อให้นโยบายสาธารณะมีผลในทางปฏิบัติ

นโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของการต่อรองระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างง่ายดาย ตัวอย่างของกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นเรื่องของความเหมาะสมหลายประการ ทำให้ประเทศไทยมีกฎหมายเรื่องนี้ที่ทันสมัยที่สุดประเทศหนึ่ง แต่ปรากฏว่าการบังคับใช้กฎหมายกลับเป็นเรื่องที่อ่อนค้อยอย่างยิ่ง ซึ่ง ศ.นพ.วิฑูร ได้อธิบายเรื่องนี้ไว้อย่างชัดเจน

การมองว่าอุปนิสัยเหตุเป็นความผิดพลาดของผู้ประสมภัย แทนที่จะมองว่าเป็นความบกพร่องของสังคมที่ไม่สามารถป้องกันอุปนิสัยเหตุ ทำให้ขาดความพยายามในการที่จะป้องกัน หรือนำมาตรการทางกฎหมายมาใช้เพื่อสร้างความรับผิดชอบให้กับทุกคนในสังคม สิ่งนี้คือเคราะห์กรรมที่จะถูกส่งต่อไปยังคนรุ่นต่อไป และนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น หากจะบอกว่าผู้ได้รับภัยคือผู้ที่มีกรรมแล้ว คนที่ก่อให้เกิดการรณนั้นคือทุกคนในสังคม

นโยบายสาธารณะเป็นสิ่งที่ทุกคนในสังคมต้องรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นการริเริ่ม การติดตามผล และการร่วมมือปฏิบัติ

นโยบายสาธารณะอาจจะจะมีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น นอกเหนือจากกฎหมายแล้วยังมีมาตรการทางการคลังและภาษี การงบประมาณซึ่งในตอนที 3 ได้วิเคราะห์ให้เห็นว่านโยบายสาธารณะสุขของไทยที่ให้ความสำคัญเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพเรื่อยมา มีแนวโน้มทำให้จ่ายของรัฐในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ ถึงร้อยละ 34-36 ของงบประมาณที่ได้รับทั้งหมด หน่วยงานรัฐอื่นๆ เทศบาลและกรุงเทพมหานครก็มีแนวโน้มการจัดสรรเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการรายจ่ายส่งเสริมสุขภาพของรัฐเป็นเพียงร้อยละ 37 ขณะที่เป็นการะของครัวเรือนร้อยละ 63 ของรายจ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด แต่ไม่ใช่ว่าประชาชนไทยจะตระหนักเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี เพราะใน ปี 2539 ขณะที่ครัวเรือนมีรายจ่ายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 51,302 ล้านบาท กลับจ่ายเพื่อบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ) ถึง 73,469 ล้านบาท ทำให้น่าคิดว่านโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมากประสบผลสำเร็จหรือไม่ การกระจายงบประมาณไปยังหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีลักษณะต่างคนต่างทำ ทำให้ขาดพลังขับเคลื่อนที่มีผลสู่การเปลี่ยนแปลง จะมารวมเป็นกองทุนเดียวแล้วร่วมกันทำงานได้อย่างไร

ในตอนท้ายสุด ได้เสนอกรณีศึกษาการขึ้นภาษีสุหรือนิยรัฐบาลชนบทลิกภัย (หนึ่ง) เป็นตัวอย่างการก่อรูปของนโยบายสาธารณะ ซึ่งได้แสดงบทเรียนให้เห็นว่า เฉพาะเพียงงานวิจัยเพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถโน้มน้าวคณะรัฐมนตรีในครั้งนั้นให้มุ่งมั่นจริงจังที่จะผลักดันการขึ้นภาษีสุหรื จะต้องใช้โอกาสความสูงงอมทงการเมือง ความต่อเนื่องของภูมิปัญญาที่สืบสานยาวนานในเรื่องสุหรืและสุขภาพ และการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการที่คำนึงถึงจิตใจผู้ใช้ การสนับสนุนของมวลชนอย่างชัดเจน ตลอดจนภาวะผู้นำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ ความมุ่งมั่น เพียรพยายาม

สติปัญญา และความรู้อิงจริงของกลุ่มผู้ผลักดัน” จึงจะทำให้นโยบายสาธารณะ
เป็นจริงเป็นจังได้

คงไม่ต้องรอให้เราเป็นปูย่า แล้วถูกหลานมาสืบเป็นผู้ว่าพึงรำพันแบบ
เดียวกับเราอีกต่อไป หากพวกเราเริ่มต้นทำจริงจังตั้งแต่วันนี้

นพ.อนุวัฒน์ สุภษุติกุล

งามจิตต์ จันทร์สาธิต

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

21 เมษายน 2541

สารบัญ

ตอนที่ 1

ความเป็นมาและภาพรวม

บทที่ 1	ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ	2
	โดย ศ. นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	
บทที่ 2	นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	14
	โดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล	

ตอนที่ 2

กฎหมายด้านส่งเสริมสุขภาพ

โดย ศ. นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

บทที่ 1	กฎหมายส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ	31
บทที่ 2	กฎหมายที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของไทย	60
บทที่ 3	กฎหมายกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	94
บทที่ 4	สรุป	100

ตอนที่ 3

การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

โดย นวรัตน์ ดันติเกตุ, กิตยา มั่งเรือน, จงกล เลิศเขียวคำวรง,
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

บทที่ 1 บทนำ	105
บทที่ 2 วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย	115
บทที่ 3 ผลการศึกษา	123
บทที่ 4 การวิเคราะห์กรณีศึกษา	133
บทที่ 5 สรุปประเด็น และข้อควรพิจารณา	146

บทส่งท้าย

ตัวอย่างการก่อกำเนิดของนโยบายสาธารณะ

การใช้ปัญญาและมวลชน กรณีศึกษาการขึ้นภาษีบุหรี่	155
สมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย(ใหม่)	

ตอนที่ 1

ความเป็นมาและภาพรวม

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

บทที่ 1

ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ

โดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

คำว่า "สุขภาพ" ที่มาจากคำอังกฤษว่า "health" และมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันนั้น มีความหมาย 3 ประการ คือ ความปลอดภัย (safe), ไม่มีโรค (sound), หรือทั้งหมด (whole) ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด (1984) จึงให้ความหมายของคำว่า Health ว่า "ความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ (soundness of body or mind) และนิยามแนวนี้จะพบในพจนานุกรมทางการแพทย์เกือบทั้งหมด

ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามคำว่า "สุขภาพ" นี้ในความหมายที่กว้างขึ้นว่าหมายถึง "สุขภาวะ (well being) ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และสังคม" ความหมายดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป รวมทั้งในความหมายของคำว่า "ส่งเสริมสุขภาพ" ด้วย⁽¹⁾

1.1 การเริ่มต้นแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนี้เกิดขึ้นในประเทศแคนาดา กล่าวคือแคนาดาได้นำระบบประกันสังคมเข้ามาใช้เช่นเดียวกับประเทศพัฒนาทั้งหลาย โดยรัฐบาลกลางเป็นฝ่ายสนับสนุนการเงินให้กับจังหวัดต่างๆ ร้อยละ 50 เพื่อจ่ายชดเชยค่ารักษาของแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่มีการจำกัด และไม่มีแผนควบคุมค่ารักษาพยาบาล ผลที่เกิดขึ้นตามมาจากระบบดังกล่าว คือ

1. เงินที่จะนำไปใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพด้านอื่น เช่น บริการในชุมชน การป้องกันโรคและความพิการ การส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ได้รับการจัดสรรน้อยมาก

2. การให้สวัสดิการการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและคนยากจน สะท้อนถึงความเชื่ออย่างมากมายว่า การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ จะสามารถแก้

ปัญหาสุขภาพของสังคมส่วนใหญ่ได้ และสาธารณสุขนั้นก็จะต้องตามกับ
ความเชื่อที่ว่าสุขภาพเป็นผลของการรักษาโรคในสถาบันการแพทย์กับการ
ปฏิบัติการของแพทย์เท่านั้น

ขณะนั้นเองรัฐบาลกลางแคนาดาก็มุ่งหน้าให้การส่งเสริมสุขภาพมารดา
และทารก, การให้ภูมิคุ้มกันโรค, ทัศนสาธารณสุข, โภชนาการ และสุขภาพ
จิต กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้จ้างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ให้คำ
ปรึกษาแก่จังหวัดต่างๆ เพื่อพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
โดยหวังว่าสุขภาพจะเชื่อมโยงถึงตัวประชาชนได้ ใน ค.ศ.1961 กระทรวง
สาธารณสุขและสวัสดิการได้จ้างนักศึกษาค้นแรก และในช่วงระยะเวลา 10
ปีหลังจากนั้นก็ได้นักศึกษาเพิ่มมากขึ้นทั่วทุกจังหวัด แต่สุขภาพก็ไม่
อาจจะเป็นพลังสำคัญที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น เพราะไม่มีการอบ
การทำงานที่จะกำหนดประเด็นและวางกลยุทธ์ในการที่จะให้การสุขภาพมี
ฐานะเป็นแกนสำคัญได้ ประกอบกับการรักษายาบาลทางการแพทย์กลายเป็น
ปัจจัยสำคัญในเรื่องสุขภาพจนทำให้การสุขภาพต้องถูกเบียดไปอยู่
ขอบเวที

ในปลายทศวรรษ 1960 โครงการรักษายาบาลผู้สูงอายุและคนยาก
จนประสบปัญหาทางการเงิน คณะกรรมการของรัฐบาลกลางและจังหวัดที่
พิจารณาค่าบริการด้านสุขภาพ ต่างก็ชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้อง
เปลี่ยนไปเน้นการดูแลสุขภาพของชุมชน (community case) ที่เสียค่าใช้จ่าย
น้อยกว่า โดยการจัดองค์การและโครงสร้างที่มุ่งไปสู่การส่งเสริม
สุขภาพและการป้องกันโรค โรคมะเร็ง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรค
ระบบหายใจ, อุบัติเหตุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โรคเหล่านี้ไม่อาจจะ
ป้องกันได้โดยระบบบริการรักษาที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่
คุกคามต่อสุขภาพเป็นสิ่งท้าทายใหม่ต่อระบบบริการรักษาเดิมที่ไม่เหมาะสม
สมควรต้องหาแนวทางใหม่⁽²⁾ นี่เป็นการจุดประกายความคิดในเรื่องส่งเสริม
สุขภาพ

1.2 ทศวรรษแห่งลาลองด์

ในปี ค.ศ. 1974 ได้มีรายงานจากรัฐบาลแคนาดาฉบับหนึ่งเรียกกันว่า "รายงานของลาลองด์" (The Lalonde Report)⁽¹⁾ รายงานฉบับนี้เป็นผลจากการประชุมปรึกษาของหน่วยงานแผนสุขภาพ (health planning branch) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ทำงานต่อเนื่องกันมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง และได้สรุปเป็นรายงานเสนอต่อคณะรัฐมนตรี⁽²⁾ และรัฐสภา รายงานฉบับนี้ได้แสดงให้เห็นว่าระบบการรักษายาบาลของแคนาดาขณะนั้นเผชิญกับ 3 ประการ คือ

1. การรักษายาบาลได้ขยายขอบเขตโดยคิดจำกัดเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนไปแล้ว ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่ได้ส่วนกับอายุที่ยืนยาวขึ้น กระบวนการตรวจรักษาหลายอย่างไม่มีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน และ/หรือทำให้เกิดโรคหมอท่า (iatrogenic) การปรับเปลี่ยนค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไปทำโครงการหรือนโยบายอื่น (เช่น การศึกษา, การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม, การพบบางได้) น่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนคุ้มค่ากว่า

2. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปลายทศวรรษ 1960 ต่อต้นทศวรรษ 1970 นั้น เนื่องมาจากการไม่จำกัดจำนวนเงิน การจ่ายให้แพทย์ตามปริมาณของบริการ และการจ่ายในโครงการรักษาผู้สูงอายุและผู้ยากไร้

3. กระบวนการตรวจรักษาทางการแพทย์ได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ขณะเดียวกันความรู้ในการป้องกันโรคดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ในรายงานได้ให้ข้อสังเกตอย่างง่าย ๆ ว่า "สุขภาพ" คือ ความไม่มีโรคหรือความพิการโดยแจ้งชัด มิได้เป็นผลมาจากการรักษายาบาลเพียงประการเดียว แต่สุขภาพมาจากปัจจัย 4 ประการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน

คือ ชีววิทยาของมนุษย์ (human biology), ลีลาชีวิต (lifestyles), สิ่งแวดล้อม (environment), และ การรักษาพยาบาล (health care)

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะหันเหความเข้าใจของประชาชนไปจากความเข้าใจเดิมที่ว่า สุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งแท้ที่จริงเป็นส่วนน้อยของสุขภาพเท่านั้น และรัฐบาลต้องการกระตุ้นให้เกิดความสนใจและการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพของแคนาดาในอนาคตด้วย เอกสารนี้มีการพิมพ์เผยแพร่อย่างกว้างขวาง และต่อมาก็มีรายงานทำนองนี้ใน สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และสวีเดนอีกด้วย

ในปีค.ศ. 1976 ได้มีการเผยแพร่แนวทางดำเนินลีลาชีวิตในหมู่ประชาชน เช่น คู่มือการออกกำลังกายในสถานที่ทำงาน รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของลีลาชีวิตต่างๆ เข้าไว้ในคอมพิวเตอร์ มีการตั้งรางวัลของลีลาชีวิตตัวอย่าง (Lifestyle Awards) เป็นต้น มีหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข มีการปรับปรุงคณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เช่น เปลี่ยนชื่อ "แผนกสุขภาพศึกษา" เป็น "แผนกส่งเสริมสุขภาพ"

ในเดือนธันวาคม ค.ศ. 1977 ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรอย่างเป็นทางการ ได้แก่การจัดฝ่ายอำนวยการลีลาชีวิตและส่งเสริมสุขภาพ (Lifestyle and Health Promotion Directorate) ให้ทำหน้าที่วางแผนและประสานงานการส่งเสริมสุขภาพ อีก 6 เดือนต่อมา ได้มีเปลี่ยนสาขาแผนงานสุขภาพ (Health Programs Branch) มาเป็นสาขাবริการและส่งเสริมสุขภาพ (Health Services and Promotion Branch) มีการแต่งตั้งผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Directorate) ในเวลาต่อมา ได้มีการจัดรวม 6 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ แอลกอฮอล์ ยาสูบ ยาวิฆาติ ไรต์ โภชนาการ การวางแผนครอบครัว และสุขภาพเด็ก เข้ามาอยู่ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Health Promotion Program) ภายใต้ผู้อำนวยการที่ตั้งใหม่ ตามกลวิธีที่ปรากฏในรายงานของ

ในระยะเริ่มแรก แผนงานส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องเป็นหน่วยงานที่เป็นเอกภาพ ฝ่ายอำนวยการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ต่างๆ มาทำงานร่วมกัน ซึ่งได้แก่ ด้านวิเคราะห์ วางแผน วิจัย ศึกษาฝึกอบรม พัฒนาชุมชน และสังคมสัมพันธ์ (Social - marketing) เพื่อกำหนดแผนงานระดับชาติ

ในปีค.ศ. 1982 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติแผนงานซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 3 ประการ คือ

- ก) ส่งเสริมการเป็นอยู่ที่ดี (wellness) หรือการมีสุขภาพดี (good health)
- ข) กระตุ้นให้มีการละเว้นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่จำเป็น (unnecessary health risks)
- ค) ช่วยเหลือคนพิการหรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของตน

และกำหนดกลยุทธ์ไว้ 4 ประการคือ

- ก) ให้ข้อมูลและเครื่องมือต่อสาธารณชน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชีวิต
- ข) ส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศทางสังคมที่จะสนับสนุนการมีสุขภาพชีวิตที่ดี ทำให้สุขภาพดี
- ค) สนับสนุนให้มีการพึ่งตัวเอง และการมีส่วนร่วมของประชาชน
- ง) สนับสนุนให้มีการยอมรับแผนงานส่งเสริมสุขภาพและนำไปปฏิบัติภายในระบบบริการต่างๆ

แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นแนวคิดของทศวรรษแห่งสุขภาพชีวิต (The Lifestyle Decade, 1974-1984)⁽²⁾

1.3 การปรับกระบวนทัศน์ (Shifting the Paradigm)

ในปีค.ศ. 1980 มหาวิทยาลัยบริติชโคลัมเบีย กระทรวงสาธารณสุขของบริติชโคลัมเบีย และฝ่ายอำนวยการส่งเสริมสุขภาพของรัฐบาลกลางได้ร่วมกันจัดสัมมนาในหัวข้อการปรับกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ (The Shifting Medical Paradigm Conference) โดยกำหนดหัวข้อขยายว่า "จากการป้องกันโรค สู่การส่งเสริมสุขภาพ" การประชุมคราวนี้ได้มีการนำเสนอแนวคิดต่างๆ ของการส่งเสริมสุขภาพมากมาย นอกเหนือจากวิถีชีวิต ดังนี้⁽³⁾

1. กระบวนทัศน์เรื่องความสบายดี (wellness) ความสบายดีเป็นประสบการณ์แต่ละคน การหันจากความป่วยไข้มาสู่ภาวะที่สบายดีเป็นบทบาทของแต่ละบุคคล ซึ่งมีทางเลือกหลายทางในการรักษาโรค รวมทั้งการรักษาทางจิตวิญญาณด้วย มิใช่ยึดติดอยู่กับการรักษาของแพทย์เท่านั้น

2. การส่งเสริมสุขภาพต้องเปลี่ยนแนวคิดจาก "ความผิดของผู้ป่วย" (victim blaming) มาเป็น "ความรับผิดชอบของสังคม" (social responsibility) การป่วยไข้ของคนด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อย กรรมกร และกลุ่มอื่นๆ เกิดจากโครงสร้างทางสังคมมากกว่าวิถีชีวิต

1.4 แนวทางดำเนินงาน

จากแนวคิดในการปรับกระบวนทัศน์ดังกล่าว ก็ได้มีการเสนอแนวทางที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในการประชุมระหว่างประเทศครั้งสำคัญที่จัดโดยองค์การอนามัยโลกที่เมืองออตตาวา ในปีค.ศ. 1986 และผลการประชุมได้ปรากฏเป็นเอกสารที่เรียกว่า กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) ข้อความในกฎบัตรระบุว่า⁽⁴⁾

การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเพิ่มสมรรถนะ ให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้น

สภาวะพื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน และความเป็ ิธรรมของสังคม

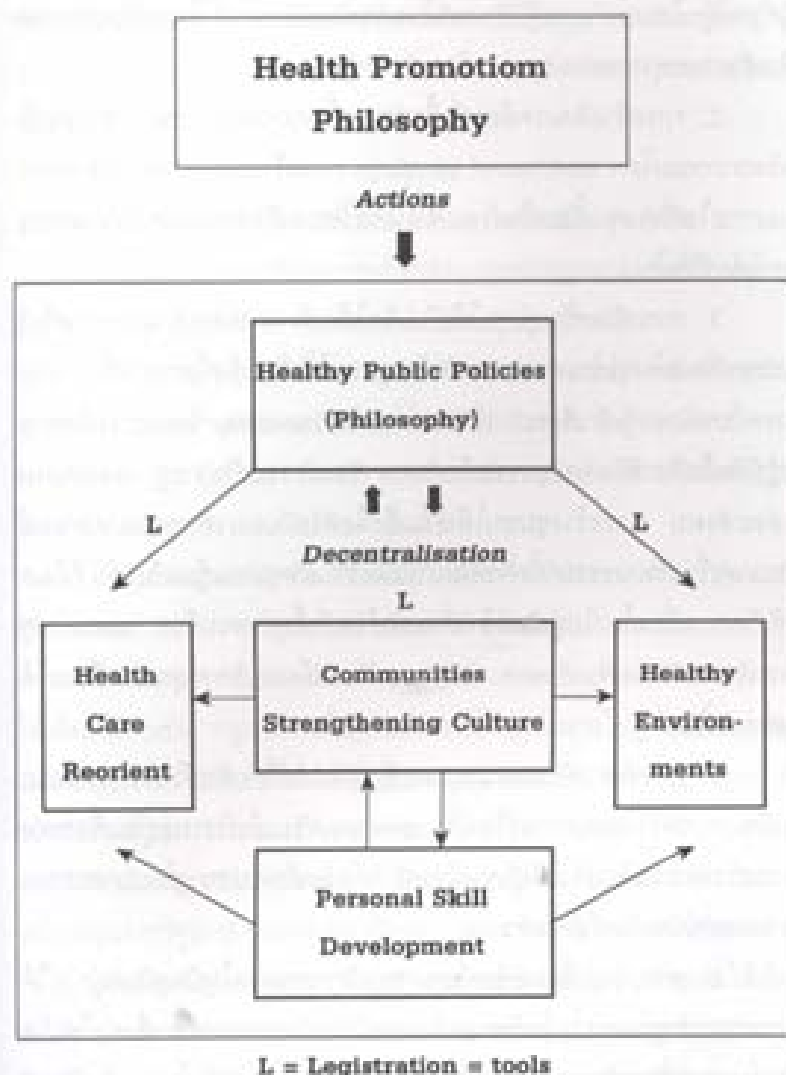
ข้อเรียกร้องในกฎบัตร ได้แก่ การชี้นำด้วยการแสดงเจตจำนงทางการเมืองที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพและภราคารภาพของทุกส่วนในสังคม และปฏิบัติการกดดันต่อต้านผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย, การทำลายทรัพยากร ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมที่มีคต่อหลักอนามัย (unhealthy living conditions and environments) และต่อต้านอาหารไม่ดี (bad nutrition) ข้อเรียกร้องในการเพิ่มสมรรถนะของประชาชนให้มีความสามารถบรรลุ ภาวะสุขภาพดีได้อย่างสมบูรณ์ต้องกระทำในสิ่งสำคัญ 5 ประการคือ

- ก) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (construct a healthy public policy)
- ข) การก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (create supportive environments)
- ค) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action)
- ง) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill)
- จ) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (reorient health services)

กิจกรรม 5 ประการดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับกระบวนการใหม่ ที่กล่าวมาแล้ว กล่าวคือกิจกรรมที่ 1-3 และ 5 เป็นกิจกรรมของสังคม หรือชุมชนที่ต้องเข้ามามีคชอบต่อสุขภาพของชุมชน ส่วนกิจกรรมในข้อ 4 เป็นการพัฒนาปัจเจกบุคคลให้มีศักยภาพในการตัดสินใจในการดำเนิน ชีวิตให้เป็นไปเพื่อการมีสุขภาพดี สำหรับตัวเราแต่ละคน

จากแนวคิดและวิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้น ตามที่ กล่าวมาแล้ว อาจสรุปได้ว่า (ดูแผนภูมิ 1) ปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ ก็คือ การให้คนทุกคนมีความสามารถที่จะเลือกแนวทางดำเนินชีวิตของตนให้มี

แผนภูมิ 1 กิจกรรมหลักตามปรัชญาสุขภาพ



ความเป็นอยู่ที่สุขสบาย (well being) โดยปราศจากโรคและความพิการทั้งทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตเช่นนั้น โดยดำเนินกิจกรรมหลักๆ 5 ประการ คือ

1. การมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะยึดหลักปรัชญาข้างต้นในทุกระดับของผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารนโยบายของสังคม ทั้งในระดับประเทศท้องถิ่น และชุมชนต่าง ๆ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในทุกระดับ เช่น การอนุรักษ์ทรัพยากรของโลก ของประเทศ ของชุมชน การสร้างบรรยากาศที่ปราศจากมลภาวะในที่ต่างๆ ตั้งแต่ในบ้าน ที่ทำงาน สถานที่ราชการ ภัตตาคารสถานทุกแห่ง เป็นต้น

3. การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ได้แก่การกระจายอำนาจ การสร้างประชาสังคมในชุมชนต่างๆ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็งนี้ตรงกันที่ นายแพทย์ประเวศ วะสี เรียกว่า เป็นการส่งเสริมวัฒนธรรม วัฒนธรรมคือการปฏิบัติหรือวิถีชีวิตของชุมชนหรือสังคม วัฒนธรรมเป็นรากฐานของสังคมแต่ละสังคม การสร้างชุมชนให้เข้มแข็งจึงตรงกับแนวคิดของนายแพทย์ประเวศเรื่องวัฒนธรรมกับการพัฒนาตนเอง¹⁵ เมื่อชุมชนเข้มแข็งแล้ว ก็มิผลให้เกิดการเชื่อมโยงไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยด้วย และนำไปสู่การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ซึ่งอาจทำได้โดยการศึกษา การพัฒนาอาชีพ การสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ และความจริงแล้วก็รวมอยู่ในเรื่องของ การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนนั่นเอง รายละเอียดปรากฏในเอกสารของนายแพทย์ประเวศที่อ้างแล้ว

5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ บริการสุขภาพในปัจจุบันอยู่ภายใต้การครอบงำของเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและจริยธรรมขึ้นทั่วไป ผู้ตั้งข้อสงสัยในประสิทธิภาพของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์นี้ไว้และชี้ให้เห็นถึงผลพวงที่เกิดขึ้นในทางลบมากมาย ก็คือ อีวาน อิลลิช ผู้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ Medical Nemesis ออกมาเมื่อ ค.ศ. 1975¹⁶ ซึ่งก็สอดคล้องกับรายงานของลาลองเดที่กล่าวมา

ในตอนต้น ดังนั้นแนวปฏิบัติที่จะนำไปสู่ปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว จะต้องทำทั้งการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการทำงานของผู้ที่อยู่ในระบบปัจจุบัน และนำการแพทย์ทางเลือกอื่น (alternative medicines) เข้ามารวมด้วย

1.5 การใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ

จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว การนำกฎหมายมาใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ ก็อาจจะทำได้หลายรูปแบบ เช่น

1. ออกกฎหมายจัดตั้งโครงการหรือหน่วยงาน ให้ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน โดยจัดตามประเภทผู้รับบริการ เช่น มารดาและทารก ผู้ป่วยทางจิตเวช ทหารผ่านศึก หรือจัดตามกลุ่มโรค เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ยาเสพติด เป็นต้น⁽⁷⁾

2. ออกกฎหมายเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น กฎหมายควบคุมมลภาวะต่างๆ กฎหมายผังเมือง เป็นต้น

3. การออกกฎหมายพัฒนาชุมชน เป็นการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เสนอไว้ในเอกสารของท่านว่า "ควรออกกฎหมายสภาวัฒนธรรม (Cultural Council) เพื่อปรับสถานะของสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ให้เป็นองค์กรอิสระ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล ทำนองเดียวกับสภาวัฒนธรรมของสหรัฐอเมริกา"

4. ออกกฎหมายควบคุมพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ กฎหมายในกลุ่มนี้ นอกจากประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งเป็นกฎหมายหลักของหลายประเทศแล้ว ยังมีกฎหมายที่กำหนดโทษอาญาอีกหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง

5. กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เช่น กฎหมายว่าด้วยยา ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อ

จิตประสาท อาหาร เครื่องสำอางเป็นต้น

6. นอกจากกฎหมายสารบัญญัติแล้ว กฎหมายวิธีสบัญญัติที่ใช้ในการบังคับใช้กฎหมายสารบัญญัติให้มีประสิทธิภาพและให้เกิดความเป็นธรรมในสังคมอย่างแท้จริง ก็เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมสุขภาพอยู่ไม่น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Rootman, I.; Raeburn, J. 1994. The concept of health. In: Pederson, A.; O'Neill, M.; Rootman, I. Health Promotion in Canada - a provincial, national and international perspectives. Toronto: Saunders Canada : 56-71.
2. Pinder, L. The federal role in health promotion: Art of the possible. In: Pederson, A.; O'Neill M.; Rootman, I. Ibid: 92-106.
3. Labonte, R. Death of program, birth of metaphor: the development of health promotion in Canada. In: Pederson, A.; O'Neill, M.; Rootman, I. Ibid: 72-90.
4. Abelin T. Health Promotion. 1991. In: Holland, WW, et al. Oxford text book of public health 2nd Ed. Vol. 3 Applications in public health. Oxford: Oxford University Press: 557-589.
5. พระเวศ วะสี. วัฒนธรรมกับการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.
6. Illich, E. 1973. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London: Marion Boyars. (นายแพทย์สันต์ หัตถภิวัตน์แปลเป็นภาษาไทย ให้ชื่อว่า "แพทย์ - เทพเจ้ากาฬ" ตีพิมพ์ครั้งแรกโดยมูลนิธิไกรลศ คีมทอง พ.ศ. 2520)
7. Roemer, R. 1991. Public health and the law. In: Holland, WW, et al. Oxford text book of public health 2nd Ed. Vol.1 Influences of public health. Oxford: Oxford University Press 1991: 499 - 514.

บทที่ 2

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) โดย นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul

2.1 นโยบายสาธารณะคืออะไร

นโยบายคือการตัดสินใจหรือทิศทาง คำว่านโยบายถูกนำมาใช้ในความหมายที่หลากหลาย อาจจะแยกได้เป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้ ⁽¹⁾

- ก) เป็นข้อความที่บอกทิศทางหรือความตั้งใจที่จะทำในอนาคต เช่น นโยบายของพรรคการเมือง
- ข) เป็นผลของการตัดสินใจทำให้เกิดรูปแบบของการปฏิบัติ เช่น การออกกฎหมาย การใช้มาตรการทางการเงินและภาษี การอนุมัติแผนงานโครงการ/งบประมาณ ชุดของแผนงาน/โครงการ
- ค) เป็นกฎกติกาหรือจุดยืนซึ่งใช้กับการตัดสินใจหรือการปฏิบัติของรัฐบาล ขององค์กร หรือของชุมชน อาจจะอยู่ในรูปแบบของนโยบายรัฐบาล มติ ครม. หรือยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนา

นโยบายสาธารณะ หากใช้ในความหมายที่แคบก็คือการตัดสินใจโดยผู้มีอำนาจของรัฐหรือขององค์กร แต่หากจะใช้ในความหมายที่กว้างก็คือนโยบายใดๆ ที่มีผลต่อประชาชนทั่วไป

นโยบายสาธารณะจะประกอบไปด้วย เรื่องที่เกี่ยวข้อง เป้าหมาย วิธีการไปสู่เป้าหมาย รวมทั้งกลไกทางด้านกฎหมาย การเงิน และการบริหาร

2.2 ประเภทของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะอาจจะแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทคือ⁽¹⁾

1. **นโยบายการกระจาย (distributive policies)** เป็นการจัดบริการหรือให้สิทธิประโยชน์แก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ นโยบายลักษณะนี้มักจะง่ายในการปฏิบัติ แต่ละนโยบายไม่ขึ้นแก่กัน และไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียผล

ประโยชน์แก่ประชาชนกลุ่มอื่น

2. **นโยบายการควบคุม** (regulatory policies) เป็นการควบคุมหรือจำกัดพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มักจะมีความเฉพาะเจาะจงและมีผลกระทบในวงแคบ

3. **นโยบายควบคุมตนเอง** (self-regulatory policies) เป็นสิ่งที่องค์กรต่างๆ ต้องการเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือขององค์กร และลดการควบคุมจากรัฐบาล เช่น การมีองค์กรวิชาชีพดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของสมาชิก

4. **นโยบายการเฉลี่ย** (redistributive policies) เป็นลักษณะของรัฐสวัสดิการ เป็นความพยายามของรัฐที่จะปรับการกระจายรายได้ ความมั่งคั่ง ทรัพย์สิน หรือสิทธิระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ นโยบายเช่นนี้มักจะทำให้เกิดความขัดแย้งในความคิด เป็นนโยบายที่ยากในการนำไปปฏิบัติและรักษาไว้ เพราะเมื่อกลุ่มหนึ่งได้ก็จะมีอีกกลุ่มหนึ่งเสีย

การจำแนกดังกล่าวไม่ได้แยกจากกันโดยเด็ดขาด นโยบายบางอย่างอาจจะนับว่าเป็นได้ทั้งนโยบายการควบคุมและนโยบายการเฉลี่ย

2.3 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) กับนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy)

ดูเผินๆ แล้วคำทั้ง 2 นี้ไม่น่าจะมีความหมายแตกต่างกัน แต่หากพิจารณาให้ดีจะเห็นว่า **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** นั้นจะมุ่งที่สุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ในขณะที่ **นโยบายสาธารณสุข** นั้นจะเน้นที่ตัวระบบบริการสาธารณสุขของประเทศเป็นหลัก แม้ว่าจะมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน แต่ก็จะพบว่านโยบายสาธารณสุขมีข้อจำกัดในตัวเอง กล่าวคือเป็นนโยบายที่จำกัดเฉพาะอยู่ในสาขา และมุ่งเน้นการปรับปรุงประสิทธิภาพหรือพยายามสร้างรักษาระบบที่เป็นอยู่ ในขณะที่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพ พยายามใช้มุมมองใหม่โดยมุ่งสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพ

เป็นตัวตั้ง มากกว่าการมองที่ตัวระบบที่เป็นอยู่

นพ. ทัฬหี จิตานนท์ ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไว้ดังนี้⁽²⁾

“สาเหตุการร่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคือความเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสุขภาพ กับสิ่งแวดล้อม, สภาพเศรษฐกิจ และทางเลือกส่วนบุคคล ระหว่างกลยุทธการป้องกันสุขภาพ, การศึกษา, ความเกี่ยวข้องกับชุมชน, และการวางแผนโดยภาคต่างๆ

“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นเรื่องขององค์รวมและนิเวศวิทยา โดยที่ยอมรับว่าความหมายอย่างกว้างของ สุขภาพ ขึ้นอยู่กับทักษะร่วมกันของมิติทางกาย, ใจ และสังคมของประชาชน รวมทั้งยอมรับว่ามนุษย์เป็นทั้งผู้มีปฏิภิกิริยาต่อ และเป็นผู้สร้างสิ่งแวดล้อมรอบตนขึ้นมา

“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสนับสนุนให้นักการเมืองและผู้กำหนดนโยบายในทุกกระดับได้รับทราบถึงความจริงที่ว่า การตัดสินใจใดๆ อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้ ตัวอย่างของโครงการที่อาจมีผลต่อสุขภาพได้แก่ การสร้างเขื่อน การกำหนดระดับความสนับสนุนต่อสตรีผู้คลอดบุตร และการเก็บภาษีผลิตภัณฑ์บางชนิด เป็นต้น

“เป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ ช่วยสร้างความรับรู้กับสาธารณะในเรื่องสุขภาพ ขบวนการต่างๆ สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้ตัวอย่างที่ดีในเรื่องนี้ได้แก่ ขบวนการแสวงหาอาหารสุขภาพ, ขบวนการมั่งงะวิถีดี, และโครงการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับความเห็นดีด้วยจากภาคต่างๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจใช้วิธีการต่างๆ อาทิเช่น กฎระเบียบหรือกฎหมาย,

2.4 นโยบายสาธารณสุขประเทศไทย ส่วนหนึ่งของนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ

อิสระ สุวรรณกุล^๑ ได้วิเคราะห์นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2485 ซึ่งสถาปนากระทรวงสาธารณสุข จนถึง พ.ศ. 2539 โดยใช้แนวทาง “นโยบายสาธารณะทางการเมือง” หรือนโยบายของรัฐบาล ชุดต่างๆ พบว่านโยบายสำคัญอยู่ 28 ข้อ และจัดได้เป็น 4 กลุ่มคือ

- 1) การสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่เพียงพอ สามารถเข้าถึง มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
- 2) การสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมอนามัย เพื่อมุ่งป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
- 3) การพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข
- 4) การปฏิรูปการบริหารจัดการสาธารณสุข

ข้อสังเกตจากการศึกษาที่ได้นโยบายเหล่านี้มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อย มีลักษณะเป็นวงประจํามากกว่า นโยบายทางการเมืองที่มีผลกระทบต่อสาธารณะ

หากนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเข้ามาวิเคราะห์การจัดกลุ่มนโยบายนี้แล้ว จะพบว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมอนามัย และระบบบริการ โดยมีเรื่องทรัพยากรสาธารณสุข และการบริหารจัดการเป็นมาตรการสนับสนุนเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดี ยิ่งไปกว่านั้นสิ่งแวดล้อมจะมีความหมายที่กว้างขวางมากกว่าสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แต่จะครอบคลุมสิ่งแวดล้อมทางสังคม ข้อมูลข่าวสาร กฎหมาย มาตรการทางการเงินการคลัง

แม้ว่ารัฐบาลชุดต่างๆ จะมีนโยบายเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมาเนิ่นนานปี แต่สัมฤทธิ์ผลก็ยังไม่เป็นที่น่าพึงพอใจนัก เนื่องจาก

ขาดความต่อเนื่องของนโยบาย ขาดการร่วมมือระหว่างสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
การผูกขาดกระบวนการกำหนดนโยบายไว้เฉพาะในแวดวงการเมือง และ
ขาดระบบการเฝ้าระวังและติดตามผลของการปฏิบัติตามนโยบาย

2.5 นโยบายเพื่อสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าของประเทศตะวันตก

1. ยุโรป

WHO Regional Office for Europe⁽⁴⁾ ได้กำหนดเป้าหมายสุขภาพ
ดีถ้วนหน้าสำหรับภูมิภาคยุโรป จำนวน 38 ข้อ ซึ่งมีการปรับปรุงล่าสุดเมื่อ
วันที่ 9 สิงหาคม ค.ศ. 1996 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public
policy) เป็นเป้าหมาย 1 ใน 38 ข้อนั้น โดยกำหนดเป้าหมายไว้ว่า ภายใน
ค.ศ. 2000 ประเทศสมาชิกจะจัดทำนโยบายเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีที่
เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งเน้นการร่วมมือระหว่างสาขาต่างๆ และการมีส่วน
ร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย รวมทั้งนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ
เป้าหมายดังกล่าวจะสำเร็จได้ด้วยกลยุทธ์ต่อไปนี้

- ก) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพถูกจัดทำขึ้นในฐานะที่เป็นองค์
ประกอบที่จำเป็นสำหรับนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าของประเทศ
สมาชิก และได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- ข) มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะสาขา
ต่างๆ ที่ใช้อยู่เป็นระยะ
- ค) มีกลไกในระดับประเทศ ภาค และท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนมีส่วน
ร่วมในการกำหนดและปฏิบัติตามนโยบาย
- ง) มีกลไกเพื่อสนับสนุนความร่วมมือกันระหว่างสาขาต่างๆ ทั้ง ใน
ระดับประเทศ ภาค และท้องถิ่น
- จ) มีเครื่องมือชีวิตที่จะใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของแบบแผนการ
ดำรงชีวิตที่มีสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนี้จะเกื้อหนุนให้ประเทศสมาชิกสามารถ

บรรณูปภาพอื่นๆ ซึ่งกำหนดไว้โดยใช้มุมมองที่หลากหลาย เช่น จากมุมมองของปัญหาสุขภาพ มุมมองด้านพฤติกรรมสุขภาพ มุมมองด้านสิ่งแวดล้อม และมุมมองด้านกลุ่มประชากร

2. สหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกาได้ระบุเป้าหมายหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ 22 เรื่อง ในชื่อ Healthy People 2000 Priority Areas⁽⁵⁾ ส่วนใหญ่แล้วเป็นการระบุปัญหาสุขภาพที่สำคัญหรือแผนงานส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ ที่น่าสนใจก็คือมีการเพิ่มเรื่องการจัดการข้อมูลและการเฝ้าระวังเพิ่มเติมซ้ำอีก (DHHS)

3. แคนาดา

ประเทศแคนาดาได้วางแผนที่จะปรับระบบสุขภาพให้พร้อมที่จะรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชนทุกคนและความยั่งยืนของระบบ โดยมีหลักการสำคัญ 5 ประการคือ⁽⁶⁾

- ก) สุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และสังคม ทุกคนมุ่งมั่นที่จะดูแลช่วยเหลือกันและกัน
- ข) นโยบายสุขภาพจะต้องเชื่อมโยงกับนโยบายเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากมีปัจจัยนอกกระบวนการบริการสุขภาพอีกมากที่มีผลต่อสุขภาพ
- ค) จะต้องสร้างหลักประกันในการใช้เงินสาธารณะด้วยความรับผิดชอบเพื่อบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
- ง) จะประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยระบบการมีผู้จ่ายเงิน/ผู้ซื้อบริการสุขภาพรายเดียวซึ่งเป็นของรัฐ (single-payer public funding & purchasing of health service)
- จ) การกำหนดนโยบายสุขภาพจะต้องมาจากความร่วมมือและปรึกษากับประชาชน ผู้ให้บริการ และรัฐบาลท้องถิ่น

จะเห็นว่าหลักการข้อ ข) และข้อ จ) เป็นหัวใจสำคัญของการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ตารางที่ 1 สรุปนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

พ.ศ.	ประเภท	มาตรการ	ผู้ผลักดัน/วิธีการ	ผลกระทบ	หมายเหตุ
2516	พ.ร.บ.	ห้ามขายยาสูบให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี		ควบคุม	ไม่มีการบังคับใช้จริงจัง
2517	มติ คสม.	พิมพ์คำเตือนบนซองยาสูบจากการสูบ บุหรี่	กระทรวงมหาดม พ.ร.บ.๒๕๑๖	ให้ข้อมูล	ผลกระทบน้อย
2521	ข้อเสนอแนะ คสม.	ห้ามสูบบุหรี่ในโรงงานของบริษัท และ ร้านค้าบาง มีคนละเมิด	รณรงค์ คสม./ นักวิชาการ	ควบคุม	ขึ้นกับผู้บริหารแต่ละบุคคล
2531	คำเตือนจาก คสม.	งดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	องค์กรสุขภาพ, สื่อมวลชน		รณรงค์เท่านั้น
2531	มติ คสม.	ห้ามโฆษณายาสูบที่ต่างประเทศ	WHO สื่อมวลชน	รณรงค์ผ่านสื่อ	ไม่มีผลกระทบทางลบ
2532	มติ คสม.	ห้ามสูบบุหรี่ในอาคารสาธารณะ สาธารณะในส่วนที่เป็นอาคารและ เคหะเป็นอาคารที่ใช้ทำกินไม่เกิน 2 ชั้น	กท.ควบคุมการ บริโภคยาสูบแห่งชาติ	ควบคุม	ได้ผลดีในระดับหนึ่งเท่านั้น
2532	มติ คสม.	พิมพ์คำเตือนบนซองยาสูบที่อ่าน ได้จน 5 คำเตือนติดกันไม่	กท.ควบคุมการ บริโภคยาสูบแห่งชาติ	ให้ข้อมูล	
2532	คำชี้แจง สส.	ขยายเขตปลอดยาสูบให้ครอบคลุม บริเวณรอบ สส. ทุกแห่ง	คณะกรรมการ การป้องกัน	ควบคุม	มีผลกระทบเล็กน้อย มากขึ้น

ตารางที่ 1 สรุปนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย (ต่อ)

พ.ศ.	ปี	มาตรการ	ผู้ผลักดัน/วิธีการ	ลักษณะ	ผลลัพธ์
2535	ฉบับแรก	การให้เงินประมาณ 5 ล้านบาท NGO	NGO	Distribute	NGO ทำการไม่สะดวกภายใต้ที่ แต่ให้เงินประมาณ 5 ล้านบาท
2535	พ.ศ. 2535	พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535	NGO นักวิชาการ สื่อมวลชน	ควบคุม	ไม่มีผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจน
2535	พ.ศ. 2535	พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535	NGO นักวิชาการ สื่อมวลชน	ควบคุม	ไม่มีผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจน
2535	พ.ศ. 2535	พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 55 พ.ศ. 2535	นักวิชาการ สื่อมวลชน	redistribute	ลดการสูบบุหรี่

2.6 รูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ดังได้กล่าวแต่ต้นว่า “นโยบาย” อาจจะเป็นความตั้งใจ เป็นการตัดสินใจซึ่งส่งผลให้เกิดรูปธรรมของการปฏิบัติ หรือเป็นแนวทางในการตัดสินใจ ดังนั้นรูปแบบของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอาจจะมีหลากหลาย

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นตัวอย่างของนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ประกาศคณะปฏิวัติ, มติคณะรัฐมนตรี, ข้อบัญญัติของกรุงเทพมหานคร, คำสั่งนายกรัฐมนตรี/รัฐมนตรี, งบประมาณ, พระราชบัญญัติ, มาตรการทางภาษี¹⁷⁾

นโยบายสาธารณะที่ได้ผลสำหรับปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะต้องอาศัยมาตรการที่ประสานสอดคล้องกัน ดังในตัวอย่างเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ ชูชัย ศุภวงศ์และคณะได้เสนอมาตรการ 5 กลุ่ม ซึ่งแต่ละมาตรการนั้นถือว่าเกี่ยวข้องหรือต้องอาศัยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยกันทั้งสิ้น

1. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่

- ก) การมีกระวีรศาลาบุหรี่ต่างประเทศและการใช้มาตรการภาษีบุหรี่อย่างเหมาะสม
- ข) การขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่วประเทศ
- ค) การห้ามหน่วยงานของรัฐรับการอุปถัมภ์จากบริษัทบุหรี่
- ง) การพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ
- จ) การห้ามแพร่ภาพการสูบบุหรี่ทางสื่อมวลชนทุกชนิด

2. การปรับโครงสร้างระบบบริการทางการแพทย์ทุกระดับเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการ

- ก) ใช้มาตรการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน
- ข) สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วย/ประชาชน
- ค) จัดตั้งกลไกการส่งเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด
- ง) เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุข

3. การจัดสรรงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการ
 - ก) เพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ
 - ข) สนับสนุนงบประมาณเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
 - ค) จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
4. เพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย ด้วยการจัดตั้งศูนย์
ปรึกษากฎหมาย จัดระบบมีภาระวังและตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
5. การสนับสนุนองค์การพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ, องค์การชุมชนท้องถิ่น, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, และการสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

2.7 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ

โดยทั่วไปมักจะมีความเชื่อกันว่านโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของรัฐบาลหรือผู้ปกครอง ประชาชนทั่วไปไม่มีโอกาสที่จะเข้าไปร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาได้มีการพูดถึงมากเรื่องประชาสังคม (civil society) ซึ่งจะมีความหมายมากขึ้นในการกำหนดนโยบายหรือการดำเนินกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของสังคมและชุมชน

ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะพยายามส่งเสริมให้ประชาชนตื่นตัวในเรื่องสุขภาพและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชนในสังคมนั้น ซึ่งอาจจะเป็นการริเริ่มนโยบายใหม่หรือการปรับเปลี่ยนนโยบายที่มีอยู่เดิม เช่น ใน Newfoundland ประเทศแคนาดา⁽⁸⁾

จุดกำเนิดของนโยบายอาจจะมีลักษณะบนลงล่างหรือล่างขึ้นบนก็ได้ นโยบายที่กำหนดจากล่างขึ้นบนมักจะมาจากการรวมตัวกันของผู้สนใจหรือได้รับผลกระทบในเรื่องนั้น

ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละเรื่อง เช่น ระดับรัฐบาล ระดับจังหวัด ระดับเทศบาล อาจจะเป็นฝ่ายบริหารหรือฝ่าย

นิติบัญญัติ ผู้ที่ต้องการผลักดันนโยบายจะต้องรู้ว่าใครมีบทบาทอย่างไร เพื่อจะได้เลือกผู้แทนได้ถูกตัว

ขั้นตอนในการสร้างนโยบายสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ขั้นก่อกำเนิดนโยบาย

การก่อกำเนิดนโยบายจากล่างขึ้นบน บุคคลหรือกลุ่มซึ่งสนใจ ปัญหา นั้น กำหนดประเด็น สร้างทีม ประเมินความต้องการของชุมชน จัดทำแผน ปฏิบัติการ กระตุ้นให้ผู้สนใจมีโอกาสร่วม สื่อสารกับสาธารณะ

2. ขั้นดำเนินการเปลี่ยนแปลง

เป็นช่วงนโยบายเริ่มมีผลและการควบคุมเปลี่ยนแปลงจากมือของผู้ริเริ่มไป สู่คนอื่น อาจเกิดปัญหาขึ้นได้และผู้ริเริ่มจะต้องทำงานร่วมกับผู้ที่มี อำนาจควบคุม

3. ขั้นติดตามประเมินผล

กลุ่มผู้ริเริ่มต้องถามตัวเองว่าอะไรเกิดขึ้นจากความพยายามของตน ได้มีการกำหนดนโยบายใหม่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือมีการเปลี่ยนแปลง นโยบายหรือไม่ มีทรัพยากรเพียงพอที่จะดำเนินการหรือไม่ นโยบายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบที่ต้องการหรือไม่

2.8 บทเรียนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

จากการศึกษาวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย ชูชัย สุภวงศ์ และคณะ⁽⁷⁾ สรุปว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุม การบริโภคยาสูบได้แก่

ก) การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่ สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน” ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่องทำให้ การรณรงค์ออกไปนอกวงการแพทย์และสาธารณสุข

ข) กลุ่มผู้ริเริ่มเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีจิตใจที่แน่วแน่เข้ม

แจ้งในการดำเนินงาน อาศัยการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้
อย่างต่อเนื่อง

- ค) การดำเนินงานโดยไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง แต่คำนึงถึงสุขภาพ
ของคนไทยเป็นสำคัญ
- ง) การดำเนินงานบนฐานของความรู้จริง
- จ) การใช้วิกฤตเป็นโอกาส เมื่อครั้งที่ประเทศไทยถูกบีบให้เปิดรับ
บุหรีต่างประเทศ
- ฉ) การได้รับความสนับสนุนจากนานาชาติ
- ช) การใช้กลวิธีที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่
สาธารณะ การมีกฎหมาย การเพิ่มภาษีบุหรี

ในขณะที่ปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวยได้แก่การจัดตั้งหน่วยงานภายใต้ระบบ
ราชการ องค์การพัฒนาเอกชนถูกขัดขวางและแทรกแซงจากนักการเมือง
และข้าราชการประจำ ความไม่ต่อเนื่องและไม่มั่นคงทางการเมือง
กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร การสนับสนุนองค์การท้องถิ่นของรัฐ
ยังมีน้อย การรุกรานของบรรษัทบุหรีข้ามชาติ

2.9 ส่งท้าย

ยุทธศาสตร์นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทำให้เราได้มีโอกาสพิจารณา
มาตรการที่จะเสริมสร้างสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนอย่างรอบด้านมากขึ้น เห็น
ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันของปัจจัยต่างๆ และนำความสัมพันธ์เหล่านั้นมาใช้
เห็นความจำเป็นที่ต้องมีความร่วมมือระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในทุกสาขา
และทุกระดับ และที่สำคัญที่สุดก็คือความตระหนักของทุกคนที่จะสร้างสิ่ง
แวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมที่ดี

มาตรการที่ใช้อาจจะเป็นมาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางแผนงาน
และงบประมาณ มาตรการทางด้านการศึกษาและภาษีอากร มาตรการด้าน
องค์การและการบริหารจัดการ ไม่มีมาตรการอันใดอันหนึ่งที่จะประสบความสำเร็จ

สำเร็จได้โดยง่าย จะต้องมีการเสริมซึ่งกันและกัน ที่สำคัญก็จะต้องพิจารณาว่านโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะช่วยสนับสนุนให้ยุทธศาสตร์อื่นๆ ประสบความสำเร็จได้อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. Palmer, GR.; Short, SD. 1989. Health Care & Public Policy: An Australian Analysis. Melbourne: Macmillan Education Australia Pty Ltd.
2. ทหัย จิตานนท์. 2541. การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
3. อิศระ สุวรรณบล. 2540. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข. โครงการปรับภาคราชการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์.
4. WHO Regional Office for Europe. 1996. <http://www.who.dk/policy/hfa01.htm>
5. DHHS. Healthy People 2000 Priority Areas and Lead PHS Agencies. <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/hp2000/ldagencies.htm>
6. Alberta Government. A Renewed Vision for Canada's Health System. <http://www.gov.ab.ca/~figa/leas.html>
7. ชูชัย ศุภวงศ์, สุภกร บัวสาย, จิตศิริ ธนภัทร. 2541. วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
8. Hansahan, C. Making Public Policy Healthy. <http://www.infonet.st-johns.nl.ca/providers/nhnp/policy.html>. The Newfoundland and Labrador Heart Health Project.

ตอนที่ 2

กฎหมายส่งเสริมสุขภาพ

(Law Related to Health Promotion)

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กฎหมายด้านส่งเสริมสุขภาพ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อค้นหากลไก และโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ

1. ประมวลลักษณะข้อกฎหมายและมาตรการทางกฎหมายที่สามารถส่งผลถึงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในเรื่อง การบริโภคยาสูบ อาชีวอนามัย และอุบัติเหตุจราจร ที่มีอยู่ในกฎหมายต่างประเทศและกฎหมายไทย

2. เปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายและกลไกทางกฎหมาย ของไทยกับต่างประเทศ ในเรื่องทั้ง 3

3. ระบุงลไกและโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นสิ่งที่สามารถนำความสำเร็จมาสู่การส่งเสริมสุขภาพสำหรับประเทศไทย

การศึกษา เป็นการวิจัยเอกสารทั้งหมด

ผลการศึกษา พบว่า

1. มาตรการทางกฎหมายที่สามารถส่งผลถึงการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตามปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จะต้องสนับสนุนกิจกรรมหลักต่อไปนี้

- 1.1 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี
- 1.2 เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
- 1.3 พัฒนากิจกรรมส่วนบุคคล
- 1.4 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบของต่างประเทศ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และฟินแลนด์ ได้เน้นไปที่การจัดตั้งองค์กรอิสระด้วยแหล่งเงินทุนของรัฐบาล เพื่อให้องค์กรเหล่านี้ทำกิจกรรมเพื่อ

รณรงค์อย่างต่อเนื่องให้สังคมได้ตระหนักถึงพิษภัยของการบริโภคยาสูบ และให้ประชาชนตระหนักถึงการละเมิดกฎหมาย ให้ทุกคนเชื่อฟังและเคารพกฎหมาย เป็นผลให้กฎหมายมีความศักดิ์สิทธิ์ สำหรับโครงสร้างพื้นฐานของกฎหมายสหรัฐอเมริกา นั้น เป็นการส่งเสริมให้ทุกคนกระตือรือร้นที่จะรักษากฎหมายของตน

กลไกของกฎหมายในประเทศดังกล่าวย่อมส่งผลให้มีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และสร้างความคุ้นเคยกับมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองความปลอดภัยจากการได้รับควันจากยาสูบ อันนำไปสู่แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ

3. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยของประเทศต่างๆ เป็นมาตรการที่ทางราชการบังคับให้นายจ้างต้องปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยด้านต่างๆ เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการให้เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ กฎหมายของสหรัฐอเมริกาเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยต่างๆ ด้วย นับว่าเป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และทำให้ชุมชนตระหนักในความปลอดภัยพร้อมกันไป

4. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนของหลายประเทศ เน้นให้มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กฎหมายบัญญัติอย่างจริงจัง โดยรัฐถือเป็นความรับผิดชอบต่ออุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดจากการจราจรโดยตรง ขณะเดียวกันก็มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ประชาชนได้ตระหนักในอันตรายที่เกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยไม่คำนึงถึงการตำหนิผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากภัยดังกล่าว

บางประเทศเช่น นิวซีแลนด์ ใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อระดมทุนมาใช้จ่ายส่งเสริมการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

5. กลไกทางกฎหมายของไทยที่จะสามารถนำความสำเร็จมาสู่การส่งเสริมสุขภาพได้ ก็คือ

- 5.1 ผู้บริหารทุกระดับต้องตระหนักและมีวิสัยทัศน์ในการส่งเสริมสุขภาพ
- 5.2 วิสัยทัศน์ของผู้บริหารจะนำไปสู่การผลักดันนโยบาย การบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5.3 ต้องจัดโครงสร้างขององค์กรและการบริหารเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 5.4 ออกกฎหมายระดมทุนเพื่อนำมาใช้รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในหมู่ประชาชนทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น จัดตั้งหน่วยงานอิสระเพื่อดำเนินการ ประสานงานจากทุกภาคในสังคม การสร้างเครือข่ายประชาสังคม การเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนรูปแบบต่างๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ให้มีพฤติกรรมคุ้นเคยตามมาตรการความปลอดภัยต่างๆ

ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นผลมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศ อันเป็นปฏิกิริยาของการส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง

บทที่ 1

กฎหมายส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ

แนวคิดเรื่องส่งเสริมสุขภาพได้แพร่กระจายไปในประเทศต่างๆทั่วโลก หลายประเทศได้ใช้กลไกทางกฎหมายมาเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพทั้งในลักษณะทั่วไปและลักษณะเฉพาะเรื่อง

1.1 กฎหมายในลักษณะทั่วไป

ประเทศที่ปรับเปลี่ยนการบริโภคนิยมโดยยึดปณิธานการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก ได้ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการจัดหาทรัพยากรมาส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังตัวอย่างในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์

1.1.1 ประเทศแคนาดา

แคนาดาได้ออกกฎหมาย *Government Expenditure Restraint Act, 1991* จัดเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพที่รัฐบาลกลางจ่ายให้จังหวัดต่างๆ ลงแล้วให้จังหวัดต่างๆ สามารถระดมแหล่งเงินทุนใหม่ๆ ได้เองเพื่อนำมาก่อตั้งเป็นกองทุนด้านสุขภาพ⁽¹⁾ ขณะเดียวกัน รัฐมนตรีสาธารณสุขของจังหวัดก็สามารถให้การสนับสนุนกิจกรรมใหม่ๆ ที่เป็นการร่วมมือระหว่างเทศบาลและประชาชนในการแก้ปัญหาของท้องถิ่น ผลจากโครงการเหล่านี้จะนำไปสู่ "ชุมชนที่มีสุขภาพ" (healthy communities movement) นั่นคือการใช้กฎหมายผลักดันให้มีการกระจายอำนาจ

ความจริงรัฐบาลกลางของแคนาดาเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ ในระยะแรกเป็นการผลักดันแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพลงไปยังรัฐบาลของท้องถิ่นต่างๆ โดยฝ่ายอำนาจการส่งเสริมสุขภาพทำหน้าที่ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น รัฐบาลกลางเป็นผู้ให้เงินสนับสนุนท้องถิ่น แต่รัฐบาลกลางไม่มีอำนาจในการควบคุมหรือชี้นำการใช้เงินของรัฐบาล

ท้องถิ่นนั้นได้ รัฐบาลกลางได้ใช้วิธีประสานงานและให้ทุนสนับสนุนองค์การพัฒนาเอกชนเข้าไปร่วมทำกิจกรรมกับรัฐบาลท้องถิ่นทั่วประเทศเป็นเวลาถึง 3 ปี จนรัฐบาลท้องถิ่นยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพชัดเจนแล้ว รัฐบาลกลางจึงใช้กลไกทางกฎหมายให้รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในการนำเงินภาษีของตนมาบริหารเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในระดับจังหวัด ประเทศแคนาดามีองค์การปกครองตนเองและสภาพินิติบัญญัติ รัฐบาลท้องถิ่นของจังหวัดต่างๆ ได้ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการจัดหาทุนสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่น กฎหมาย Yukon Health Act, 1989-90 ของจังหวัดยูคอน

- ก) กำหนดให้มีการเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายต้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพขึ้นทุกๆ ปี ให้ได้ถึงร้อยละ 5 ของงบประมาณค่ารักษาในปีค.ศ.2000
- ข) ให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ (Health Investment Fund) เพื่อนำเงินไปใช้จ่ายสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (community-based health promotion projects)
- ค) รับรองการรักษาพื้นบ้านแบบชาวพื้นเมือง (aboriginal traditional healing practices)⁽²⁾

1.1.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียได้ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในลักษณะที่กระตุ้นให้มีการปรับปรุงสุขภาพของชุมชนให้ดีขึ้นโดยอาศัยหลักการ 2 อย่างคือ⁽³⁾

1. เปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมให้สอดคล้องกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การห้ามโฆษณายาสูบ หรือให้มีการเปลี่ยนมาตรฐานของอาหาร เป็นต้น
2. กระตุ้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพด้วยการใช้กฎหมายยาสูบ

จัดสรรเงินภาษีมาก่อตั้งมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Foundation) ขึ้น เช่น Tobacco Act, 1987 ของรัฐวิกตอเรีย, Tobacco Products Control Act, 1988 ของรัฐออสเตรเลียใต้ Tobacco Control Act, 1990 ของรัฐออสเตรเลียตะวันตก, และ Tobacco Amendment Act, 1990 ของเขตเมืองหลวง

โครงสร้างของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพในรัฐต่างๆ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือได้รับเงินอุดหนุนกิจกรรมจากค่าธรรมเนียมใบอนุญาตขายบุหรี่ของแต่ละรัฐ มูลนิธิเป็นนิติบุคคลอิสระภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการซึ่งได้มาตามที่กฎหมายกำหนด

มูลนิธิมีวัตถุประสงค์สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังตัวอย่าง (รัฐวิกตอเรีย)

- ก) ให้ทุนแก่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมความปลอดภัยหรือการป้องกันโรคและวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก
- ข) ให้ความสำคัญกับโครงการส่งเสริมสุขภาพดีในชุมชน โดยการอุปถัมภ์ กีฬา ศิลปะ และวัฒนธรรม
- ค) สนับสนุนการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีในชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้สุขภาพดี
- ง) ให้ทุนวิจัยและพัฒนากิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้างต้น

รายละเอียดของกฎหมายจัดตั้งมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพของรัฐวิกตอเรีย มีผู้ศึกษาไว้โดยละเอียดแล้ว^(4,5) จะไม่นำมากล่าวซ้ำในที่นี้อีก

1.1.3 ประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์ได้ใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ (Smoke-free Environments Act, 1990) ดำเนินการจัดตั้งสภาอุปถัมภ์สุขภาพ (Health Sponsorship Council) ขึ้น ให้มีฐานะเป็นนิติบุคคลอิสระ และได้รับเงินจัดสรรจากรัฐ นำมาจัดตั้งเป็นกองทุนเพื่อใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์ของสภา

คล้ายกับมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพในออสเตรเลีย

กิจกรรมของธนาคารเอนท์แบงก์ไปในการไม่ให้ความอุปถัมภ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ และถือเอาปัญหาสำคัญระดับชาติมาเป็นกิจกรรมสำคัญ คือ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การลดอุบัติเหตุจราจร และรณรงค์ต่อต้านการเกิดโรคมะเร็งมีวળงจากแสงแดด⁽³⁾

1.2 กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมบริโภคยาสูบ (Tobacco Control Law)

มนุษย์บริโภคยาสูบมาเป็นเวลานาน แต่เมื่อได้พัฒนาการผลิตออกสู่ตลาดในรูปของบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายและได้รับความนิยมนกระจายไปทั่วโลก ขณะที่ในเวลาต่อมา วงการแพทย์ก็พิสูจน์ได้ว่าควันบุหรี่มีส่วนในการก่อมะเร็งปอด และกระบวนการทางพยาธิวิทยาในการก่อมะเร็งปอด⁽⁴⁾ คณะกรรมการกิจการวิทยาศาสตร์ (Council on Scientific Affairs) ของแพทยสมาคมอเมริกันรายงานว่⁽⁵⁾ อัตราการเป็นมะเร็งปอดที่แพทย์พบมีเพิ่มขึ้นอย่างมาก และสัมพันธ์กับการที่มีผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ประมาณว่ในปีค.ศ. 2000 จะมีผู้ตายเป็นมะเร็งปอดถึง 2 ล้านคน มีรายงานจากทั้งญี่ปุ่นและฮ่องกงยืนยันว่ อัตราตายจากมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นทั้งหญิงและชาย สัมพันธ์กับการเพิ่มจำนวนบุหรี่ที่แต่ละคนสูบโดยเฉลี่ย ดังนั้นการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ จึงเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ หลายประเทศได้ใช้กฎหมายมาเป็นเครื่องมือเพื่อยับยั้งการเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่

เมื่อกลางปีค.ศ. 1996 มี 55 ประเทศออกกฎหมายควบคุมการโฆษณาบุหรี่ (20 ประเทศห้ามเด็ดขาด 15 ประเทศห้ามโดยมีเงื่อนไข และอีก 20 ประเทศรวมสหรัฐอเมริกาห้ามปานกลาง) ในช่วงเวลาเดียวกัน มี 52 ประเทศออกกฎหมายให้มีคำเตือนที่ของบุหรืว่ “บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” มีเพียงไม่กี่ประเทศรวมทั้งสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายให้ระบุระดับ

ของนิโคติน, น้ำมัน (tar), และ คาร์บอนมอนนอกไซด์ ไว้ที่ซองบุหรี่ มี 47 ประเทศที่ออกกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และ 11 ประเทศออกกฎหมายให้จำกัดสถานที่สูบบุหรี่ในที่ทำงาน⁽⁷⁾

1.2.1 ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดามีกฎหมาย 2 ฉบับ คือ

1. *Tobacco Product Control Act, 1988* ซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ

- ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- ห้ามแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบฟรี
- ห้ามใช้เครื่องหมายการค้าบุหรี่ปริมาณผลิตภัณฑ์อื่น
- กำหนดเงื่อนไขในการวางขายปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- กำหนดเงื่อนไขในการที่ผลิตภัณฑ์ยาสูบให้การอุปถัมภ์รายการต่าง ๆ

2. *Tobacco Sales to Young Person Act, 1994* ซึ่งมีหลักการห้ามการขายยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี และจำกัดการขายบุหรี่โดยเครื่องอัตโนมัติ ในบาร์ ร้านอาหารหรือสถานที่อื่นในตนเองเดียวกัน

ในการบังคับใช้กฎหมายเจ้าหน้าที่ของจังหวัดสามารถปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายของรัฐบาลกลางได้

1.2.2 ประเทศออสเตรเลีย

กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบของออสเตรเลียส่วนใหญ่เป็นกฎหมายของรัฐต่างๆ ที่มีหลักการคล้ายคลึงกัน และเป็นกฎหมายหลักที่ให้มีการจัดตั้งมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพตั้งได้กล่าวมาแล้ว

หลักการควบคุมบริโภคยาสูบที่สำคัญในกฎหมายเหล่านี้ ได้แก่⁽⁸⁾

1. **การควบคุมการจำหน่าย** (regulating availability) ผู้ขายบุหรี่ต้องขออนุญาตและเสียค่าธรรมเนียมใบอนุญาตให้แก่รัฐตามกฎหมาย (เช่น

กฎหมาย *Business Franchise (Tobacco) Act, 1974* ของรัฐวิกตอเรีย) และมีการกำหนดมาตรการต่อไปนี้

- ควบคุมผู้ขายโดยใช้กลไกของการออกใบอนุญาตหากผู้ขายกระทำผิดกฎหมายยาสูบเสียเองซ้ำกันหลายครั้ง เช่น ขายบุหรี่ให้เยาวชนอายุต่ำกว่ากฎหมายกำหนด นอกจากจะถูกลงโทษแล้ว ยังอาจถูกถอนใบอนุญาตด้วย
- ห้ามขายยาสูบแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี
- จำกัดการขายบุหรี่ผ่านเครื่องขายอัตโนมัติ โดยให้ขายได้เฉพาะในบางสถานที่เท่านั้น

2. **ควบคุมการโฆษณา** (control on advertising) กฎหมายห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกรูปแบบ และห้ามผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นผู้อุปถัมภ์รายการต่างๆ ในสื่อทุกประเภท

นอกจากจะมีกฎหมายของรัฐแล้ว ยังมีกฎหมายของรัฐบาลกลางซึ่งออกในปี 1992 (*Tobacco Advertising Prohibition Act*) ได้ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในสื่อทุกประเภทรวมถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ด้วย

3. **ควบคุมการอุปถัมภ์รายการ** (control on sponsorship) โดยห้ามบริษัทบุหรี่เป็นผู้อุปถัมภ์รายการต่างๆ

4. **ควบคุมการส่งเสริมการบริโภค** (regulation other promotions) ห้ามการแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบฟรี รวมไปถึงห้ามการกินส่วนเล็ดต่างๆ ในรูปของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

นอกจากนี้กฎหมายยังให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดที่จะออกประกาศกำหนดว่ากิจกรรมการตลาดอย่างไร จะเข้าข่ายเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการบริโภคยาสูบซึ่งต้องห้าม

5. **การบังคับให้ติดคำเตือน** (labelling requirement) ในระบบแรก (ค.ศ. 1973) กฎหมายบังคับให้พิมพ์ข้อความว่า "การสูบบุหรี่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ" ไว้ที่ซองบุหรี่ด้วย ต่อมา (ค.ศ. 1985) ได้กำหนดให้มีคำเตือน

หลายชุดพิมพ์สลับหมุนเวียนกันไป และตั้งแต่ 1993 เป็นต้นมา กฎหมายได้กำหนดให้พิมพ์ค่าเตือนโดยใช้พื้นที่ 25% ของหน้าซองและใช้พื้นที่ 33% ของด้านหลังซองและด้านข้าง ซ้ำกันสองด้านด้วย

6. นโยบายราคา (pricing policy) การใช้กลไกทางกฎหมายภาษีอากร จะมีผลต่อการทำให้บุหรี่ราคาสูง เป็นการป้องกันผู้เริ่มสูบบุหรี่ที่มีรายได้น้อย และเด็ก ไม่ให้เริ่มสูบ

7. ความรับผิดชอบกฎหมายต่อผู้ได้รับควันยาสูบทางอ้อม (passive smoking) มีรายงานทางการแพทย์หลายฉบับระบุว่า ผู้ได้รับควันยาสูบทางอ้อมอาจมีผลต่อสุขภาพหลายประการ เช่น มะเร็งปอด การจับผิด โรคทางเดินหายใจอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ดังนั้นจึงมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมเช่นนี้หลายรายในออสเตรเลีย คดีล่าสุดที่ได้รับความสนใจมากได้แก่คดีระหว่าง Scholem กับ New South Wales Health Department โจทก์คือ Scholem นักจิตวิทยา เธอได้รับควันบุหรี่ในที่ทำงาน การได้รับควันบุรียดังกล่าวเป็นเหตุให้โรคหอบหืดที่เธอเป็นอยู่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เธอจึงฟ้องเรียกค่าเสียหายจากความประมาทเลินเล่อของหน่วยงานของเธอที่ปล่อยให้เธอต้องรับควันบุรีย ศาลพิพากษาให้เธอได้รับค่าทดแทนถึง 85,000 ดอลลาร์ นี่เป็นมาตรการทางกฎหมาย common law อย่างหนึ่งที่คุ้มครองผู้ได้รับควันยาสูบทางอ้อม หากเจ้าของสถานที่ทำงานหรือสถานที่สาธารณะปล่อยให้มีการสูบบุหรี่ในสถานที่อาจได้รับความผิดจากการละเมิดได้

1.2.3 ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศฟินแลนด์

กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบของทั้ง 2 ประเทศนี้ คล้ายกับกฎหมายของออสเตรเลีย¹⁰ กล่าวคือมีส่วนที่กำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชนโดยตรง กับอีกส่วนหนึ่งเป็นการจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อส่งเสริม สนับสนุน การรณรงค์ไปยังการระบาคของ

พฤติกรรมบริโภคนาสูบ ดังที่ *Smoke-free Environments Act, 1990* ของนิวซีแลนด์ กำหนดให้รัฐใช้เงินมาจัดตั้งสภาพแวดล้อมสุขภาพทั้งได้กล่าวแล้ว และฟินแลนด์ก็มีกฎหมาย *Tobacco Control Act, 1976* และมีการปรับปรุงแก้ไขในปีค.ศ. 1994 กฎหมายฉบับนี้มีหลักการที่เพิ่มจากกฎหมายของออสเตรเลียอีกบางประเด็น เช่น

- ให้มีการกำหนดสถานที่ปลอดควันยาสูบเพิ่มขึ้นในสถานที่สาธารณะต่างๆ
- นายจ้างต้องมีหน้าที่จัดการให้ลูกจ้างไม่ให้ได้รับควันยาสูบทางอ้อม
- การบังคับใช้กฎหมาย ให้เป็นหน้าที่ของท้องถิ่น
- หลักการอื่นๆ ก็เช่นเดียวกับกฎหมายของออสเตรเลีย และอีกส่วนหนึ่งของกฎหมาย ได้บัญญัติเรื่องการจัดหางบประมาณจากภาษีบุหรี่ นำมาจัดตั้งเป็นกองทุนเพื่อนำไปใช้จ่ายในกิจกรรมต่างๆ ที่จะยับยั้งการระบาดของพฤติกรรมบริโภคนาสูบ

1.2.4 สหรัฐอเมริกา

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของสหรัฐอเมริกาต่างจากแคนาดาตรงที่เน้นการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมักเป็นเรื่องของภาคเอกชนในบริบทของการแพทย์ (*medically oriented health promotion*) เช่น โครงการสถานที่ทำงานสุขภาพดี (*workplace wellness programs*) โครงการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง (*Risk-factor reduction programs*) เป็นต้น

ภายหลังปีค.ศ. 1960 เป็นต้นมา รัฐบาลกลางได้สนับสนุนนโยบายกระจายอำนาจให้ชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบเบื้องต้น ในการจัดการลำดับความสำคัญของปัญหาส่งเสริมสุขภาพของท้องถิ่นเอง⁽⁸⁾ รัฐบาลกลางจึงไม่ได้ใช้กลไกทางกฎหมายในการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจากการบริโภคนาสูบ จนกระทั่งคณะกรรมการกิจการ

วิทยาศาสตร์ของแพทยสมาคมอเมริกันได้เสนอแนะต่อแพทยสมาคมซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่มีพลังต่อรองมากองค์การหนึ่ง ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้^(๓)

1. ผลักดันและกระตุ้นให้รัฐบาลสหรัฐปรับเปลี่ยนนโยบายทางการค้าและการทำการหยุดยั้งการส่งเสริมการสูบบุหรี่ทั่วโลก

2. ดำเนินการตามที่เคยเสนอแนะไว้แล้วต่อไปนี้คือ

- สนับสนุนให้รัฐบาลกลางออกกฎหมายบังคับให้แจ้งค่าเตือนบนซองบุหรี่ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรือใช้เป็นสัญลักษณ์เตือนบนซองบุหรี่ที่ส่งออก และจำกัดการโฆษณาบุหรี่ของบริษัทบุหรี่ที่โฆษณาในต่างประเทศ ให้ปฏิบัติเท่ากับการโฆษณาในสหรัฐ
- สนับสนุนการติดค่าเตือนบนผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ส่งออก เช่นเดียวกับที่ขายภายในประเทศ
- ต่อต้านความพยายามของรัฐบาลสหรัฐที่ขึ้นประเทศต่างๆ ให้ลดการเข้มงวดกวดขันในการส่งเสริมและบริโภคยาสูบ
- สนับสนุนให้องค์การอนามัยโลก พยายามเร่งการสนับสนุนกิจกรรมต่อต้านการสูบบุหรี่ทั่วโลก

3. ร่วมมือกับแพทยสมาคมโลกและแพทยสมาคมของประเทศต่างๆ โดยตรง ที่จะให้แพทย์ได้เผยแพร่กิจกรรมเพื่อลดการบริโภคยาสูบทั่วโลก

4. ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิด ในการสนับสนุนให้แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมต่อต้านการบริโภคยาสูบให้มากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา หรือประเทศที่เพิ่งพัฒนาใหม่

5. ร่วมรณรงค์กับสำนักงานควบคุมโรคให้สนับสนุนกิจกรรมต่อต้านการบริโภคยาสูบทั่วโลก

6. คอยเฝ้าระวัง ตรวจสอบถึงความสำเร็จในการต่อต้านการบริโภคยาสูบทั่วโลก เป็นระยะๆ เพื่อมิให้การสูบบุหรี่ทั่วโลกเพิ่มปริมาณขึ้น

ฝั่งอเมริกาเป็นสังคมที่มีเอกลักษณ์ในการรักษาปกป้องสิทธิส่วนบุคคลสูงมาก ประชาชนจึงได้มีการรวมตัวกันเข้าชื่อเรียกร้องให้รัฐแคลิฟอร์เนียออกกฎหมายเพิ่มภาษีบุหรี่ นำเงินจากภาษีดังกล่าวมาก่อตั้งเป็นกองทุนที่เรียกว่า Tobacco Products Surtax Fund ขึ้น นำรายได้จากกองทุนไปใช้เพื่อกิจกรรมต่อต้านการสูบบุหรี่และป้องกันมิให้มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการใช้เงินกองทุนไปเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ฐานะยากจนไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ ตลอดจนใช้ในการอนุรักษ์สภาพแวดล้อมด้วย⁽⁹⁾

เนื่องจากชาวอเมริกันมีความรู้สึกในเรื่องสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลสูง ประกอบกับกลไกทางกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ ประชาชนผู้เสียหายจากพิษภัยของบุหรี่ และอัยการของรัฐหลายแห่ง ได้ใช้กลไกทางศาลในการยื่นฟ้องบริษัทบุหรี่เพื่อเรียกค่าเสียหายเป็นจำนวนมาก และมีคดีเกิดขึ้นหลายคดีตลอดมาเป็นระยะๆ⁽¹⁰⁾ จนสุดท้ายบริษัทที่เป็นจำเลยได้ตกลงยอมความกับอัยการสูงสุดสหรัฐฯ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2540 ข้อตกลงในการยอมความดังกล่าว มีรายละเอียดที่เป็นหลักการสำคัญมากมายที่สามารถจะยับยั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในสหรัฐไม่ให้แพร่ระบาดมากขึ้นได้เป็นอย่างดี ทั้งบริษัทบุหรี่ยังยอมชดเชยแก่ผู้เสียหายเป็นจำนวนมาก และยังคงสำรองเงินไว้อีกจำนวนหนึ่งสำหรับผู้เสียหายที่จะฟ้องคดีในอนาคต นอกจากนี้บริษัทบุหรี่ผูกพันที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขต่างๆ ในข้อตกลงนั้นเพื่อเป้าหมายในการลดอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนภายใน 10 ปีข้างหน้า หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบริษัทบุหรี่จะต้องถูกปรับ⁽¹¹⁾ ข้อตกลงดังกล่าวอาจจัดเป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่ทันสมัยที่สุดที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1.3 กฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัย (Occupational Health and Safety Law)

โรคและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานนั้นนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง โรคหลายโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพในการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมนั้น ได้มีการค้นพบในยุคที่มีการที่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรม ดังนั้นจึงต้องใช้กลไกทางกฎหมายเป็นเครื่องมือคุ้มครองสุขภาพของคนงาน อังกฤษซึ่งได้มีการปฏิวัติอุตสาหกรรมในยุคแรกๆ นั้น ได้ได้ออกกฎหมายในลักษณะนี้มาประมาณ 200 ปีแล้ว แต่ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้ จนกระทั่งได้มีการพัฒนากฎหมายให้มีประสิทธิภาพขึ้นเมื่อ 20 ปีมานี้เอง

ต่อไปนี้จะนำกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยของบางประเทศมาศึกษาดังต่อไปนี้

1.3.1 ประเทศออสเตรเลีย

กฎหมายของรัฐ

กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของออสเตรเลียในยุคใหม่ เป็นกฎหมายที่รัฐต่างๆ พัฒนาค้นพบภายหลังปีค.ศ. 1970 โดยมีวัตถุประสงค์และหลักการสำคัญต่อไปนี้⁽¹²⁾

วัตถุประสงค์

- เพื่อลดอุบัติเหตุที่เกิตร้อย
- คนงานที่ได้รับอุบัติเหตุบ่อยๆ ต้องพิจารณาที่ระบบความปลอดภัยของการทำงาน
- กำหนดระดับความปลอดภัยพื้นฐาน
- คนงานต้องมีสิทธิและอำนาจในสถานที่ทำงาน
- ต้องมีกลไกในการปรึกษาหารือ ในสถานที่ที่เกิดข้อพิพาท
- จะต้องมีการพิจารณาฟื้นฟูสภาพ และการจ่ายค่าทดแทนที่มีประสิทธิภาพ

หลักการ

1. การจัดตั้งคณะกรรมการการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (occupational health and safety commission) ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นตัวแทนของนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล คณะกรรมการมีหน้าที่ควบคุมตรวจสอบให้มีการปฏิบัติตามบทบัญญัติของกฎหมาย ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย รวมทั้งให้ความเห็นชอบกับกฎ (regulation) และระเบียบปฏิบัติ (codes of practice) ที่ออกภายใต้กฎหมายนี้

2. หน้าที่ของนายจ้าง ได้แก่

- จัดทำสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย (safe working environment)
- สร้างระบบงานที่ปลอดภัย (safe system of work)
- รับประกันความปลอดภัยจากพืชและสารต่างๆ (safe plant and substances)
- ให้ข้อมูลที่จำเป็น (necessary information)
- ให้การฝึกอบรมและสอน (training and instruction)
- ทำแผนสุขภาพและความปลอดภัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยต้องปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยกำหนดการ เตรียมการ การปฏิบัติ และขั้นตอนที่จะคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างในสถานที่ทำงาน
- ดูแลสุขภาพของลูกจ้าง และสร้างความปลอดภัยแก่สถานที่ทำงาน (work site safety)
- จัดหาข้อมูลความปลอดภัย (safety information) ให้แก่คนงาน ในลักษณะที่คนงานจะสามารถเข้าใจได้

3. หน้าที่ของลูกจ้าง ได้แก่

- ใช้ความระมัดระวังในการคุ้มครองความปลอดภัยให้ตนเองและ

ทำงาน

- ละเว้นสิ่งที่จะทำให้หรือลดเว้นการกระทำใดๆ ที่อาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ร่วมงาน
- สวมใส่เครื่องป้องกันเพื่อความปลอดภัย (safety equipment)
- ปฏิบัติตามคู่มือความปลอดภัย (safety instructions) ตามแผนสุขภาพและความปลอดภัย

4. บทกำหนดโทษ ผู้ที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมายจะได้รับโทษอาญาที่รุนแรงปรับถึง 1 แสนดอลลาร์ และโทษจำคุกสูงถึง 5 ปี

ในการฟ้องคดีอาญา จำเลยส่วนมากจะเป็นนิติบุคคลซึ่งได้แก่บริษัท หรือหน่วยงานของรัฐ และผู้ได้รับโทษแทนนิติบุคคล ได้แก่บุคคลที่รับผิดชอบตามสายงาน (line of management) ของผู้เป็นต้นเหตุของการกระทำผิด

5. การให้คนงานมีส่วนร่วมในการรักษาสุขภาพและความปลอดภัย กฎหมายได้กำหนดให้มีผู้แทนฝ่ายสุขภาพและความปลอดภัยซึ่งได้รับเลือกมาจากคนงาน และผู้แทนดังกล่าวเป็นคณะกรรมการสุขภาพและความปลอดภัย (health and safety committees) ซึ่งดำรงตำแหน่งตามวาระ และมีอำนาจหน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติ

กรณีที่นายจ้างจะปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงานซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนงาน นายจ้างต้องหารือกับผู้แทนฝ่ายสุขภาพและความปลอดภัยก่อน

นายจ้างต้องให้ความร่วมมือผู้แทนฝ่ายสุขภาพและความปลอดภัย โดยต้องยินยอมให้เขาเหล่านั้นสามารถจะทำหน้าที่ของเขาได้ และเมื่อมีอุบัติเหตุ พิษภัยหรืออันตรายที่ใกล้จะถึง นายจ้างต้องแจ้งให้ผู้แทนฝ่ายสุขภาพทราบ

6. กฎ (regulation) และระเบียบปฏิบัติ (codes of Practice) ต้องเกิดมาจากการปรึกษาหารือจากไตรภาคี คือ ฝ่ายอุตสาหกรรม ลูกจ้าง

และผู้กำกับดูแล (regulator) เมื่อได้มีการกำหนดขึ้นแล้วให้ถือว่ามันเป็นมาตรฐานที่ต้องปฏิบัติ

ระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางที่นายจ้างต้องใช้ความระมัดระวัง ถ้านายจ้างไม่ปฏิบัติตามจะไม่มีโทษทางอาญา แต่ถือว่าประมาทเลินเล่อต้องรับผิดชอบทางแพ่ง

สำหรับกฎนั้นจะมีไว้สำหรับสุขภาพและความปลอดภัยเฉพาะเรื่อง เช่น การสัมผัสแอสเบสตอส เป็นต้น ถ้าไม่ปฏิบัติตามกฎจะมีโทษอาญา ในระยะหลังกฎจะมีลักษณะข้อบังคับทั่วไปมากขึ้น และจะบังคับให้นายจ้างทำการประเมินการเสี่ยงภัยในสถานที่ทำงาน และจัดการควบคุมภัยที่อาจเกิดขึ้นตามขั้นตอน เป็นลำดับโดยต้องมีขอบรมคณงาน และ/หรือมอบหมายหน้าที่งานใหม่

7. การจัดการกับพิษภัย (dealing with hazards) ผู้แทนฝ่ายสุขภาพและความปลอดภัย อาจแจ้งให้นายจ้างทราบถึงความบกพร่อง หรือ การปรับปรุงแก้ไขบางสิ่งที่เป็น การฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย การแจ้งดังกล่าวให้ถือว่านายจ้างรับรู้อย่างเป็นทางการแล้วว่านายจ้างเองกระทำละเมิดกฎหมายหรือกฎ ถ้านายจ้างยังมิได้ปรับปรุงแก้ไข ผู้ตรวจการของรัฐบาลจะเข้ามาดำเนินการ ในกรณีที่ไม่เห็นว่าจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพในระยะเวลานานใกล้ ผู้แทนอาจสั่งให้หยุดงานได้ทันที

นอกจากกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานทั่วไปที่ใช้บังคับแก่อุตสาหกรรมทุกประเภทแล้ว ยังมีบทบัญญัติอื่นที่อยู่ในกฎหมายเฉพาะประเภทของงานแต่ละอย่างอีกมาก เช่น งานเกี่ยวกับหม้อน้ำและหม้อหุงแรงอัด, งานเกี่ยวกับการใช้ลิฟต์และปั้นจั่นยกของ, การทำงานเกี่ยวกับสารอันตราย เป็นต้น

กฎหมายของรัฐบาลกลาง ได้แก่

1. The National Occupational Health and Safety Commission Act, 1985 กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการอาชีวอนามัยและความ

ปลอดภัยแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศเพื่อให้รัฐต่างๆ ถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

2. *Occupational Health and Safety (Commonwealth Employment) Act, 1991* ใช้กับหน่วยงานของรัฐเอง มีหลักการเหมือนกับกฎหมายของรัฐที่กล่าวมาแล้ว

3. *The Agricultural and Veterinary Chemicals Act, 1988* จัดตั้ง National Registration Authority ทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนสารเคมีในออสเตรเลีย และวางระเบียบปฏิบัติ (codes of practice) ในการใช้สารเคมีต่างๆ ในประเทศ

4. *The Agricultural and Veterinary Chemical Code Act, 1994* บัญญัติเกี่ยวกับการประเมิน การขึ้นทะเบียนและการควบคุมสารเคมี

5. *The Industrial Chemicals (Notification and Assessment) Act, 1989* ว่าด้วยคลังเก็บสารเคมีที่อยู่ในประเทศ และว่าด้วยการติดตามผลของสารเคมีต่อชุมชน บัญญัติให้ประชาชนทุกระดับที่ทำงานกับสารต่างๆ ควรต้องรู้ถึงอันตรายจากสารเหล่านั้น นอกจากการขึ้นทะเบียนสารเคมีแล้ว สารเคมีทุกชนิดต้องมีเอกสารที่เรียกว่า Material Safety Data Sheets ในที่ทำงานทุกแห่งที่ใช้สารเคมีนั้นๆ

1.3.2 สหรัฐอเมริกา

งานด้านอาชีวอนามัยเป็นผลมาจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมในศตวรรษที่ 19 ซึ่งเริ่มในประเทศอังกฤษ บางรัฐของสหรัฐอเมริกาจึงริบรูปแบบกฎหมายอังกฤษมาเป็นแนวทางในการออกกฎหมาย เช่น รัฐแมสซาชูเซตส์ได้ก่อตั้ง กรมตรวจโรงงาน (The Massachusetts Department of Factory Inspection) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1887 แต่รัฐก็มิได้เพิ่มบทบาทการควบคุมดูแลจนกระทั่งมีกฎหมายของรัฐบาลกลางออกมาในปี ค.ศ.1908 คือ *Federal Employers Liability Act* เพื่อให้นายจ้างต้องรับผิดชอบต่อ

อันตรายที่เกิดกับลูกจ้างของตนในโรงงานอุตสาหกรรม ในสมัยนั้นคณะกรรมการ Wainwright Commission ใน New York ได้ระบุว่ามิผู้ได้รับบาดเจ็บเพียง 1 ใน 8 คนเท่านั้นที่ได้รับค่าทดแทน และค่าทดแทนที่ได้รับก็เพียง 1 ใน 3 เท่านั้น อีก 2 ใน 3 ต้องจ่ายเป็นค่าคนรับประกัน ค่าทนายและคณะกรรมการ ความจริงก่อนหน้านั้นในรัฐหลายรัฐได้ออกกฎหมายเงินทดแทนดังกล่าวมาแล้ว แต่ศาลวินิจฉัยว่ากฎหมายเหล่านั้นขัดต่อรัฐธรรมนูญ

ปีค.ศ. 1911 มีกฎหมายเงินทดแทนประกาศใช้ออกมาไม่น้อยกว่า 10 รัฐ และเพิ่มเป็น 40 รัฐ ในปีค.ศ. 1920 ในปีค.ศ. 1935 รัฐบาลกลางได้ออกกฎหมาย *The Social Security Act* เพื่อจัดตั้งกองทุนสนับสนุนให้รัฐและท้องถิ่นทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยของคนงานให้ดีขึ้น ตั้งแต่ ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา โรคที่เกิดจากการทำงานได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากผลของการค้นคว้าวิจัยในวิชาชีพวิทยา อีกทั้งมีการผลิตและใช้สารเคมีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

กฎหมายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสหรัฐอเมริกาหลายฉบับ แต่ฉบับที่ใช้บังคับทั่วไปโดยไม่ระบุเฉพาะกิจการใดกิจการหนึ่ง ได้แก่ *The Occupational Safety and Health Act, 1970*¹⁴⁾

วัตถุประสงค์ของกฎหมาย มีดังนี้

- ก) สนับสนุนให้นายจ้างและลูกจ้าง ลดอันตรายในสถานที่ทำงาน
- ข) กำหนดมาตรฐานบังคับใช้เพื่อป้องกันหรือลดการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
- ค) ให้นายจ้างและลูกจ้างมีความรับผิดชอบเฉพาะของแต่ละส่วน ในการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยและสุขลักษณะของสภาพการทำงาน
- ง) มีระบบรายงานและรวบรวมสถิติการเกิดอันตราย และการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ

๑) มีการวิจัยและการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยและสุขภาพในการประกอบอาชีพ

๑) ส่งเสริมให้รัฐต่างๆ พัฒนาโครงการความปลอดภัยและสุขภาพในการประกอบอาชีพ

ขอบเขต กฎหมายฉบับนี้ใช้บังคับแก่นายจ้างและลูกจ้างทั่วสภายกเว้น

ก) กิจการที่เจ้าของทำเอง

ข) งานการเกษตรที่สมาชิกในครอบครัวทำเอง

ค) สภาพการทำงานและสถานที่ทำงานที่อยู่ภายในบังคับของกฎหมายอื่นของรัฐบาลกลาง เช่น *Mine safety and Health Act, 1969, Atomic Energy Act, 1954*, กฎกระทรวงคมนาคม เป็นต้น

ง) ลูกจ้างของรัฐบาล

หลักการสำคัญของกฎหมาย ได้แก่

1. จัดตั้งสำนักงานบริหารความปลอดภัยและสุขภาพจากการประกอบอาชีพ (Occupational Safety and Health Administration) ขึ้นในกระทรวงแรงงาน ให้ทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์ของกฎหมาย

2. กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยและสุขภาพในการประกอบอาชีพ 4 ประเภท คือ อุตสาหกรรมทั่วไป งานก่อสร้าง การเดินเรือทะเล และงานเกษตรกรรม กฎหมายให้อำนาจปลัดกระทรวงแรงงานในการออก ปรับปรุง เพิกถอน มาตรฐานดังกล่าว โดยจะต้องประกาศให้ทราบทั่วกันและเปิดโอกาสให้สาธารณชนวิพากษ์วิจารณ์ เสนอความเห็น ทำประชาพิจารณ์

3. หน้าที่ของทั้งนายจ้างและลูกจ้าง ⁽¹⁵⁾

ก) นายจ้างต้องจัดการให้สถานที่ทำงานปราศจากอันตรายที่อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ลูกจ้างถึงแก่ความตายหรือได้รับอันตรายสาหัส และต้องจัดการตามมาตรฐานความปลอดภัยและสุขภาพในการประกอบอาชีพซึ่งกำหนดขึ้นตามกฎหมายนี้

- ข) ลูกจ้างทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยและสุขภาพในการประกอบอาชีพ-และต้องเคารพต่อกฎ ระเบียบ และคำสั่งที่ออกโดยอาศัยกฎหมายนี้

4. การให้ข้อมูลกับคนงาน สำนักงานฯ ได้ออกกฎหมายเรื่องเพื่อให้คนงานได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสารต่างๆ ในที่ทำงานของเขา และส่งเสริมการตรวจ รักษา และป้องกันโรคที่เนื่องจากการประกอบอาชีพ กฎดังกล่าวที่สำคัญได้แก่

- ก) มาตรฐานข้อมูลการเป็นพิษ (hazard communication) กฎที่ให้หมายจ้างปฏิบัติก็คือ
 - i) ติดฉลากในภาชนะที่บรรจุสารเคมีอันตรายที่อยู่ในสถานที่ทำงาน ระบุชื่อสารคำเตือนอันตราย
 - ii) มีรายการความปลอดภัยของสารเคมี (Material Safety Data Sheets) ให้คนงาน ซึ่งระบุคุณสมบัติทางเคมีและฟิสิกส์ของสารนั้น การเป็นพิษต่อสุขภาพ วิธีที่จะเข้าสู่ร่างกาย วิธีปฐมพยาบาลรีบด่วนเมื่อได้รับพิษ วิธีป้องกันอันตรายขณะจับต้องหรือขนานมาไว้
 - iii) ให้ข้อมูลและมีกอบรมแก่ลูกจ้างถึงการได้รับพิษจากสารเคมี
- ข) การเก็บสถิติและรายงาน นายจ้างต้องรายงานเมื่อมีอุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วยของคนงาน รวมถึงเมื่อคนงานตายจากอุบัติเหตุหรือโรคดังกล่าว การหยุดงานของคนงาน และการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานด้วย
- ค) ลูกจ้างสามารถจะขอคู่มือประวัติและเวชระเบียนของตนที่ได้จากการเฝ้าระวังหรือการวิเคราะห์ของแพทย์ ซึ่งนายจ้างจะต้องส่งให้ภายใน 15 วันนับแต่ได้รับการร้องขอ และสำนักงานฯ มีอำนาจตรวจ หรือถ่ายสำเนาผลการตรวจทางแพทย์ หรือ

ผลที่ถูกจ้างได้รับสารพิษ ได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม
จากเจ้าตัว

5. การบังคับใช้กฎหมาย ตัวแทนของสำนักงานฯ เข้าไปตรวจสถานที่ทำงานได้ โดยไม่ต้องมีหมายค้น และไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม
จากนายจ้าง ถ้าตรวจพบว่ามีการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน จะแจ้งให้นายจ้าง
ทราบ และให้นายจ้างได้ทำการแก้ไขปรับปรุงภายในระยะเวลาที่กำหนด
การบกพร่องต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานอาจถูกลงโทษทันที (ปรับตั้งแต่ 5,000
ดอลลาร์ ขึ้นไปจนถึง 70,000 ดอลลาร์) ถ้าไม่แก้ไขให้ถูกต้องตาม
มาตรฐานที่กำหนด อาจถูกปรับเป็นรายวัน วันละ 7,000 ดอลลาร์ จนกว่า
จะแก้ไข นายจ้างต้องติดสำเนาหนังสือแจ้งของสำนักงานไว้ในสถานที่ทำ
งานหรือบริเวณใกล้เคียงเอาไว้เป็นเวลา 3 วัน หรือจนกระทั่งมีการแก้ไขข้อ
บกพร่องแล้ว (ถ้าการแก้ไขใช้เวลานานกว่า 3 วัน)

นายจ้างอาจอุทธรณ์ได้ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้ง ผู้อำนวยการ
การสำนักงานฯ จะส่งคำอุทธรณ์ไปยัง คณะกรรมการความปลอดภัยและ
สุขภาพในการทำงาน (Occupational Safety and Health Review Com-
mission) ซึ่งเป็นหน่วยอิสระในกระทรวงแรงงาน ผู้พิพากษาฝ่ายปกครอง
คนหนึ่ง (Administrative Law Judge) จะตรวจสอบว่าคดีโต้แย้งกันแล้ว
วินิจฉัย หากคู่กรณียังไม่พอใจอาจเสนอให้คณะกรรมการความปลอดภัย
ทั้งคณะ 3 คนวินิจฉัย หากคู่กรณียังไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ
ความปลอดภัย ให้เสนอคดีต่อศาลอุทธรณ์สหรัฐฯ (U.S. Court of Ap-
peal)

1.3.3 ประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นได้พัฒนาอุตสาหกรรมตามแบบประเทศตะวันตกตั้งแต่ปี ค.ศ.
1868 ในช่วงประวัติอุตสาหกรรมในประเทศอังกฤษระหว่างค.ศ. 1898 ถึง
ค.ศ. 1918 ญี่ปุ่นก็ได้ประสบภาวะการเกิดโรคจากการทำกรรรุนแรง โดย

เฉพาะในอุตสาหกรรมเหมืองถ่านหิน และอุตสาหกรรมเส้นใย ดังนั้นในปี ค.ศ. 1916 ญี่ปุ่นจึงใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการคุ้มครองความปลอดภัยจากการทำงานเช่นเดียวกับอังกฤษ มีการออกกฎหมายโรงงาน (Factory Law) เป็นครั้งแรก และต่อมาเมื่อมีการขยายตัวของอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ตั้งแต่ปีค.ศ. 1945 เป็นต้นมา ก็มีกฎหมายมาตรฐานแรงงาน (The Labor Standards Law) ออกใช้บังคับในปีค.ศ. 1947 กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่จัดการปัญหาสุขภาพของคนงาน ตั้งแต่ปีค.ศ. 1972 เป็นต้นมา มีเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจมาตรฐานแรงงาน (labor standard inspection officers) ในกระทรวงแรงงาน 3 พันคน กระจายอยู่ทั่วประเทศ เพื่อให้กฎหมายมีผลใช้บังคับอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการออกกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือ Industrial Safety and Health Law ในปีค.ศ. 1972 เพื่อเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงสภาพของการอุตสาหกรรมในปัจจุบัน

หลักกฎหมายในปัจจุบัน ได้มีการใช้บุคลากรต่างๆ เข้ามาส่วนในการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของคนงาน คือ⁽¹⁰⁾ ให้มีผู้อำนวยการใหญ่ฝ่ายความปลอดภัยและสุขภาพ (general safety and health director) 1 คน, แพทย์อุตสาหกรรม (industrial physician) 1 คน, ผู้ตรวจการสุขภาพหรือผู้ส่งเสริมสุขภาพ (health supervisor or health promotor) 1 คน, หัวหน้าผู้ควบคุม (operation chief) 1 คน และให้มีคณะกรรมการสุขภาพ (health committee) ขึ้น กลไกของกฎหมายเข้าไปดำเนินการจัดการ 3 ขั้นตอนพื้นฐานคือ

1. ควบคุมสภาวะแวดล้อมในการทำงาน (working environment control) กฎหมายกำหนดให้มีการตรวจสภาพแวดล้อมเป็นประจำในโรงงาน 10 ประเภท และมีกฎหมายกำหนดมาตรฐานสภาวะแวดล้อมของโรงงานแต่ละประเภท (Work Environment Measurement Law) กำหนดให้มีการตรวจสอบเพื่อคาดการณ์ว่าเครื่องมือ วัสดุ ส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์

และวิธีการทำงานใดบ้างที่อาจจะทำให้เกิดอันตราย ประเมินผลการปรับปรุงสถานที่ทำงาน และการตรวจวัดการกระจายของสารเคมีในอากาศ ในโรงงาน เป็นต้น

2. **ควบคุมการทำงาน (work control)** ได้แก่มาตรการป้องกันอันตรายขณะทำงาน, การทำงานให้ถูกวิธี, ทักษะที่ส่งผลที่ไม่พึงประสงค์จากการทำงานมากเกินไป, เลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดความเสี่ยงอันตราย เป็นต้น

3. **การควบคุมสุขภาพ (health control)** ในอดีตมุ่งตรวจว่ามีการเจ็บป่วยของคนงานหรือไม่ แต่ปัจจุบันเน้นไปที่การส่งเสริมการทำงานที่เหมาะสมและควบคุมสภาพแวดล้อมก่อนที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนงาน กฎหมายจึงกำหนดให้ดำเนินการดังนี้

- ก) ตรวจร่างกายทางการแพทย์ประจำปี และมีการตรวจพิเศษเป็นระยะกรณีทำงานกับสารเคมี รังสี เสียง และสารที่อาจทำอันตรายต่อฟัน เช่น กรดต่างๆ
- ข) นายจ้างต้องให้สุรศักดิ์ถูกจ้างเป็นประจำเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนงานของตน รัฐมนตรีกระทรวงแรงงานได้ประกาศ "แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน" (A Guideline for Worksite Health Promotion) ในปีค.ศ. 1988 ให้นายจ้างปฏิบัติตามการใช้กลไกทางกฎหมายเข้าไปจัดการดังกล่าว เกี่ยวข้องกับกฎหมายต่อไปนี้

- *Industrial Safety and Health Law*
- *Labor Standard Law*
- *Pneumoconiosis Law*
- *Working Environment Measurement Law*

1.4 กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ถนน (Road Safety Laws)

ยานพาหนะรถยนต์เกือบปริมาณขึ้นอย่างมากในแต่ละปี มีการพัฒนาเทคโนโลยีทำให้สามารถขับขี่ไปด้วยความเร็วเพิ่มมากขึ้นแต่ก่อนมาก สภาพถนนก็ได้รับการพัฒนาให้เรียบและขยายมากขึ้น และด้วยเทคโนโลยีของรถยนต์เองคนขับรถสามารถจะควบคุมรถได้สะดวกมากขึ้นโดยไม่ต้องใช้สติ ปัญญาเป็นพิเศษในการฝึกหัดขับรถ การเกิดอุบัติเหตุจากรถ อาจเกี่ยวร้งกับปัจจัยสำคัญ 3 อย่างคือ

- ก) สภาพของถนน และสิ่งแวดล้อม
- ข) ตัวรถเอง
- ค) ผู้ใช้รถหรือคนขับรถ

คนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด จากการศึกษานในประเทศที่พัฒนาแล้ว เมื่อกว่า 30 ปีที่แล้วพบว่า ร้อยละ 80 ของอุบัติเหตุมาจากความบกพร่องที่เกิดจากคน ลักษณะของอุบัติเหตุจะเกิดจากการขับรถเร็ว มองไม่เห็นรถคันหน้า (ไม่ได้สังเกต) การแซงผิดจังหวะ หรือการขับออกมาสู่ถนนในระแวงจรวรหนาแน่นมาก⁽¹⁷⁾

ความเจ็บป่วยหรือความพิการของร่างกาย เช่น โรคลมชัก สายตาไม่ดี หูไม่ได้ยิน มีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อย แต่การเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการดื่มสุรา ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้มาก จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุในเมืองใหญ่ๆ หลายแห่ง รายงานตรงกันว่าอุบัติเหตุจะพบมากในวันสุดสัปดาห์และวันจันทร์ (ซึ่งรวมกลางวันของวันอาทิตย์เข้าไปด้วย)⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่คนดื่มสุรามากที่สุด และผลของสุราที่มีต่อร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้แก่ ⁽¹⁹⁾

- ก) แสงรถโดยใช้ความเร็วสูงเกินไปสุรามีผลต่อการตัดสินใจผิดพลาด ทำให้ไม่ได้สังเกตรถที่สวนมา อาจเกิดอุบัติเหตุแบบประสาธนา กับรถสวนได้ หรืออาจเหยียบห้ามล้อเมื่อมีรถสวน รถอาจเซไป

ชนกับรถสวนได้

ข) ปฏิกริยาของยานพาหนะ เมื่อมีไฟส่องตามันไปมันตกที่หอคอยขาย
ข้าว ทำให้คาพางอยู่บนถนน รถอาจข้ามช่องทางวิ่งได้

ค) แอลกอฮอล์ทำให้เกิดอาการหลับใหล รถวิ่งข้ามทางวิ่งไปชนกับรถที่
สวนมา

ง) การเห็นแบบลง เวลาผ่านทางแยกมองไม่เห็นรถคันข้าง

จ) กระยะมืด ทำให้ตัดหน้ารถที่แซงกระชั้นชิดเกินไป แสงไม่ทัน

ฉ) มองเห็นรถที่จอดโดยเข้าใจว่ารถวิ่ง เมื่อเข้าใกล้หลบไม่ทัน จึงชน
รถจอด

ช) ลืมเปิดไฟขณะขึ้นรถเมื่อเมาสุรา

ดังนั้นกฎหมายของประเทศต่างๆ ที่พัฒนาแล้ว ในการคุ้มครองความ
ปลอดภัยจากการใช้ถนนส่วนใหญ่จึงมุ่งไปที่การควบคุมพฤติกรรมของผู้
ขับรถ ซึ่งได้แก่

ก) ห้ามคนเมาขับรถ

ข) ควบคุมการใช้ความเร็ว

ค) บังคับให้คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ

ง) บังคับให้คนใช้รถจักรยานและรถจักรยานยนต์ สวมหมวกนิรภัย

จ) บังคับให้คนเดินข้ามถนนในทางข้าม

1.4.1 กฎหมายของประเทศต่างๆ ที่ห้ามคนเมาขับรถ

ประเทศที่มีกฎหมายห้ามคนเมาขับรถ จะกำหนดจากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นเกณฑ์ตัดสินว่าเมา เช่น สหรัฐอเมริกา กำหนดไว้ที่ 80-150 มก.เปอร์เซ็นต์ (ขึ้นกับแต่ละรัฐ), อังกฤษ 80 มก.เปอร์เซ็นต์, สวีเดน นอร์เวย์ 50 มก.เปอร์เซ็นต์, ออสเตรเลีย 40 มก.เปอร์เซ็นต์, โปแลนด์ เยอรมัน ตะวันออกและเชโกสโลวาเกีย 30 มก.เปอร์เซ็นต์ (20) ,ออสเตรีย 50-80 มก.เปอร์เซ็นต์ (ขึ้นกับแต่ละรัฐ) ⁽²¹⁾

นอกจากกฎหมายห้ามคนเมาขับรถแล้ว จำต้องมีกฎหมายที่
เกี่ยวข้องในทางปฏิบัติด้วย ได้แก่

1. การให้อำนาจเจ้าพนักงานในการหยุดรถและทำการสุ่มตรวจโดยใช้
ตรวจจากลมหายใจ (random breath test) กฎหมายเยอรมันให้อำนาจ
แพทย์เจาะเลือดตรวจแม้ผู้ต้องหาไม่ยินยอมก็ได้⁽²²⁾ กฎหมายอังกฤษถ้าผู้
ต้องหาไม่ยอมเป่าลมหายใจในลูกโป่ง ให้ตำรวจเตือนว่ามีกฎหมายกำหนด
โทษไว้ และถ้าผู้ต้องหายังไม่ยอมอีก ตำรวจสามารถดำเนินคดีได้ เช่น คดี
ระหว่าง DPP vs Whalley [1919] RTR 161⁽²³⁾

2. การรับฟังพยานหลักฐานที่ได้จากการตรวจ เพื่อให้ผลการตรวจ
เป็นที่เชื่อถือได้ไม่ผิดพลาด เยอรมันได้กำหนดระเบียบปฏิบัติไว้ชัดเจนใน
การกำหนดวิธีเก็บตัวอย่างจากเลือดกำหนดวิธีที่ใช้วิเคราะห์แอลกอฮอล์ใน
เลือด และอื่นๆ⁽²⁴⁾

3. มาตรการในการลงโทษมีการกำหนดโทษขั้นต่ำให้สูงพอและสูงขึ้น
ตามระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด และโทษจะสูงขึ้นตามจำนวนครั้งที่
กระทำความผิด ทั้งนี้ให้ผู้กระทำความผิดได้รับรู้ถึงผลการกระทำให้ชัดเจนตั้งแต่ต้น
โดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้พิพากษาแต่ละคน⁽²⁵⁾

1.4.2 กฎหมายควบคุมความเร็ว

การให้อำนาจเจ้าพนักงานกำหนดความเร็วของรถตามจุดต่างๆ ในท้อง
ถนนนั้น คงมีอยู่ในกฎหมายของทุกประเทศ แต่การบังคับใช้กฎหมายใน
ส่วนนี้เป็นการยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูงคือ กล้องถ่ายรูปจับ
ความเร็ว (speed cameras) และต้องมีเครื่องหมายจราจรที่ชัดเจนในการ
กำหนดความเร็ว

การเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องนี้ ต้องมีกำลังคนและเครื่องมือ
เพียงพอในการวางเครือข่ายการถ่ายภาพ และข้อสำคัญพยานหลักฐานที่
ได้ ศาลต้องรับฟังด้วย ศาลจึงต้องเข้าใจและยอมรับประสิทธิภาพของ

เทคโนโลยีสมัยใหม่ด้วย ในต่างประเทศเช่นสหรัฐอเมริกา ก็มีการยอมรับ
เครื่องมือดังกล่าวมาตั้งแต่ต้น⁽²⁰⁾

ประเทศออสเตรเลียได้ออกกฎหมายทางภาษีอากรเสริม เพื่อปราบผู้
ผลิตมิให้ผลิตรถยนต์ที่มีความเร็วสูงเกินไป กล่าวคือมีการเก็บภาษีรถยนต์
ที่มีความเร็วสูงสุดเกินกว่าเกณฑ์ความเร็วที่กฎหมายกำหนดไว้มากกว่า 40
กม./ชม. ในอัตรา 1000 ดอลลาร์ ต่อทุกๆ 1 กม./ชม. ที่เกินจากเกณฑ์
ความเร็วบวก 40 กม./ชม. ออกไป เช่น อัตราความเร็วที่กฎหมายกำหนด
สูงสุด 90 กม./ชม. อัตราความเร็วของรถสูงสุดที่เกิน 130 กม./ชม. ขึ้นไป
จะต้องเสียภาษีในอัตราดังกล่าว⁽²¹⁾

กล่าวโดยสรุป การควบคุมความเร็ว เป็นมาตรการที่สามารถจะลด
อุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้ถนนได้ดี แต่ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง
การใช้เครื่องมือจับตรวจความเร็ว ได้นำมาใช้ในหลายประเทศ และสามารถ
ใช้เป็นพยานหลักฐานได้ดี ที่จะทำให้เจ้าพนักงานไม่สามารถเลือกปฏิบัติได้

1.4.3 กฎหมายบังคับให้คาดเข็มขัดนิรภัย

การบังคับให้คนขับและผู้โดยสารโดยสาธารณะโดยเฉพาะผู้โดยสารที่นั่งหน้า คาด
เข็มขัดนิรภัยนั้น เป็นการลดอันตรายแก่ผู้คาดเมื่อมีอุบัติเหตุการชนของรถ
เกิดขึ้น การบังคับใช้กฎหมายในส่วนนี้ ต้องมีการตรวจจับเป็นประจำ ร่วม
กับการจูงใจให้เห็นความสำคัญของการคาดเข็มขัดนิรภัยในรถจนปฏิบัติกัน
เป็นนิสัย ซึ่งปฏิบัติกันอยู่ในหลายประเทศ เช่น อังกฤษและออสเตรเลีย⁽²²⁾

การมีกฎหมายในเรื่องนี้ ต้องมีกฎหมายบังคับให้ติดเข็มขัดนิรภัยเป็น
อุปกรณ์ประจำรถด้วย

1.4.4 กฎหมายบังคับผู้ใช้รถจักรยานและจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย

การบังคับให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ ต้องสวมหมวกนิรภัยเป็นความ
พยายามที่จะใช้กฎหมายเป็นเครื่องลดอันตรายจากอุบัติเหตุลง ประเทศ

เยอรมันได้ใช้กฎหมายนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม ค.ศ. 1976 และการศึกษาจาก การตายจากอุบัติเหตุที่เกิดโดยจักรยานยนต์ในประเทศเดนมาร์กพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้สวมหมวกนิรภัย และพบว่าผู้ที่เสียชีวิตร้อยละ 51 จะไม่ถึงแก่ความตายหากสวมหมวกนิรภัย ⁽²⁰⁾

รัฐควีนส์แลนด์ในออสเตรเลียมีกฎหมายให้ผู้รถจักรยานต้องสวม หมวกนิรภัย แต่กฎหมายมิได้กำหนดโทษในการฝ่าฝืนไว้ กฎหมายจึง กลายเป็นสิ่งที่ขาดความศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้นการบังคับใช้กฎหมายและโทษของ การฝ่าฝืนกฎหมายจะต้องไปด้วยกันจึงทำให้กฎหมายเป็นเครื่องมือที่มี ประสิทธิภาพ ⁽²¹⁾

กฎหมายสวมหมวกนิรภัยก็เช่นเดียวกับกฎหมายบังคับให้คาดเข็มขัด นิรภัย ต้องเน้นที่การบังคับใช้จึงมีประสิทธิภาพ

1.4.5 กฎหมายบังคับคนเดินเท้า

เป็นกฎหมายจราจรของทุกประเทศ การบังคับใช้กฎหมายเป็น มาตรการสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Manson - Singer S. 1994. The Candian healthy communities project: creating a social movement. In: Pederson, A.; O'Neill, M.; Rootman, I. Health promotion in Canada-provincial, national & international perspectives. Toronto: W B Saunders Canada: 107-122.
2. Mathias, S. Health Promotion in Yukon Territory. In: Pederson, A.; O'Neill, M.; Rootman, I. Ibid. 206-225.
3. Reynolds, C. 1995. Public Health Law in Australia. Sydney: The Federation Press: 254-274.
4. ศิระ บุญกินนท์. รายงานการวิจัยเรื่องการทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ.
5. กระทรวงการคลัง. 2539. รายงานการดูงาน องค์การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศออสเตรเลีย 9-13 ธันวาคม 2539. แผนปฏิบัติการกระทรวงการคลัง.
6. ชีระ ลิ้มศิลา. 2537. บุหรี่ - มะเร็งปอด การสูญเสียสุขภาพชีวิตและการสูญเสียเศรษฐกิจ-รายงานเบื้องต้น. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2 (2): 125-134.
7. Council on Scientific Affairs. 1990. The Worldwide Smoking Epidemic-Tobacco trade, use, and control. JAMA SEA August: 43-49.
8. Reynolds, C. Ibid. 190-200.
9. Green, LW. Canadian health promotion: An outsider's view from the inside. In: Pederson, A.; O'Neill, M.; Rootman, I. Ibid. 314-326.
10. บัณฑิตศึกษาในสหรัฐ. วัฏจักร 23 มิ.ย. 2540.

11. ประภิต วาฬสาธกิจ. 2540. สรุปข้อตกลงยอมความระหว่างอัยการสูงสุดสหรัฐฯ ตัวแทนบริษัทบุหรี่และองค์การส่งเสริมสาธารณสุขสหรัฐ 20 มี.ย. 2540. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 5 (3): 204-207.
12. Reynold, G. Ibid: 221-240.
13. Pickett, G.; Hanlon JJ. 1990. Public health administration and practice. 9th ed. St Louise: CV Mosby Company: 343 - 360.
14. Langer, CS. 1995. Occupational health law. In: Legal medicine 3rd ed. American College of Legal Medicine. St. Louise: Mosby Year Book: 545-553.
15. Felton, JS. Occupational medical management. Boston: Little Brown Co.: 379-399.
16. National Health Administration in Japan. Vol III: Health Service: Part 2. Southeast Asian Medical Information Center. International Medical Foundation of Japan 1991: 139-153.
17. Elbel, H. 1960. Probleme einer Verkehrsmedizin. Ciba-Symposium 7(6): 242- 53.
18. Elbel, H. 1966. Alkoholwirkung als Verkehrsunfallursache . Kraftfahrt and Verkehrsrecht 4 (15 April): 146-171 .
19. Ponsold, A. 1967. Lehrbuch der Gerichtliche Medizin 3rd ed. Stuttgart: Georg Thieme : 212-214.
20. INFORM 1972, 4 (No1): 4-5.
21. Travelsafe Committee. Report on achieving high levels of compliance with Road Safety Law - a review of road user behaviour modification: Legislative Assembly of Queensland - Report No. 6 March 1992 .

22. Hoen, K.H. 1968. Alkohol am Steuer-Ein Ratgeber fuer jeden Kraftfahrer. Muenchen: Wilhelm Goldmann.
23. Breath tests and the Pace Act. DPP vs Whalley, J Criminal law 1991; 55(Part 4): 409- 412.
24. Donigan, RL. 1954. Electronic speed meter evidence. Traffic Digest & Review. Feb.
25. Reich, H.; Dalgaard, JB. 1975. Haette ein Sturzhelm den Tod verhindern koennen. - Eine rechtsmedizinische Analyse von 188 toedlichen Mopedunfaellen. Z Rechtsmedizin 75: 235 - 239.

บทที่ 2

กฎหมายที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของไทย

กฎหมายที่มีผลถึงการส่งเสริมสุขภาพของไทยมีมากมายหลายฉบับ อาจกล่าวได้ว่ากฎหมายที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการทั้งหมด รวมกับกฎหมายที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรฯ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงแรงงานเป็นผู้รักษาการเกือบทั้งหมด ย่อมมีผลถึงการส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น นอกจากนั้นยังมีกฎหมายที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอื่นๆ เป็นผู้รักษาการอีกหลายฉบับ ที่มีผลในการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน

ถ้าเราพิจารณาถึงปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาแล้วว่าเป็น “การเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้น ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน และความเป็นธรรมของสังคม” ด้วยแล้ว กฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันของเรา ที่บัญญัติหลักการกระจายอำนาจการรับรองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ตลอดจนการอนุรักษ์ทรัพยากร เหล่านี้ย่อมอาจกล่าวได้ว่า กฎหมายรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน เป็นกฎหมายส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ ก็ย่อมได้

อย่างไรก็ดีกฎหมายที่มีอยู่ทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น หากจะให้ผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง ต้องรู้จักใช้เป็นเครื่องมือให้เป็นการส่งเสริมสุขภาพได้จริง ผู้ใช้ทุกระดับตลอดจนผู้กำหนดนโยบายต้องเข้าใจถึงปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพให้ได้ จากรายงานการศึกษาสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศของนักวิชาการสุขภาพศึกษา 3 ท่าน พบว่า⁽¹⁾ มีการกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 แต่ไม่มีกลยุทธ์และวิธีการที่ชัดเจนเกี่ยวกับ “การส่งเสริมสุขภาพ” เช่นในประเทศอื่น ผู้รายงานชี้ให้

เห็นว่าประเทศไทยยังขาดการเผยแพร่ และสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับ “การส่งเสริมสุขภาพ” โดยผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข อีกด้วย ดังนั้นการใช้กฎหมายเพื่อให้เกิดผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอาจไม่บรรลุผล เพราะกฎหมายเป็นเพียงเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพ ถ้าใช้ไม่ถูกอาจมีผลตรงกันข้ามก็ได้ ตัวอย่างเช่น กฎหมายยาเป็นเครื่องมือที่จะควบคุมคุณภาพของยาให้ปลอดภัยจากการใช้ แต่ในอดีตที่ผ่านมา การที่หน่วยงานของรัฐยอมให้มีการโฆษณาขายยา เอ-พี-ซี และปล่อยให้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรงและในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม⁽²⁾ อีกตัวอย่างหนึ่งที่ยังเป็นทหามยอกออยู่ในปัจจุบันก็คือการย้ายทะเบียนเครื่องดื่มสุรากลั่นจากยวณเป็นอาหาร มีผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้บริโภคอยู่ไม่น้อยเลย ตัวอย่างทั้ง 2 แสดงถึงการใช้กฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพหรือสาธารณสุขแนวใหม่อย่างเห็นได้ชัด ดังนั้น กฎหมายที่จะให้มีผลถึงการส่งเสริมสุขภาพ จึงอยู่ที่การใช้และการบังคับใช้ทำให้อยู่ที่ตัวเนื้อหาของกฎหมายแต่อย่างใดไม่

ต่อไปนี้จะนำกฎหมายที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่องมาศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

นายแพทย์ ชีระ ลิ้มศิลา⁽³⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดในช่วง 27 ปี (14 มี.ค. พ.ศ. 2510 - 29 กย. พ.ศ. 2536) พบว่าอัตราการเกิดมะเร็งปอดในคนไทยปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับอัตราเพิ่มของผู้สูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาจากประเทศตะวันตก ดังนั้นการบริโภคยาสูบในประเทศไทยจึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขของประเทศ การควบคุมการบริโภคยาสูบจึงมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบของไทยเป็นกฎหมายที่ออกมา

บังคับใช้ไม่นาน โดยรับแนวคิดจากกฎหมายของต่างประเทศมาบัญญัติไว้
เป็นหลักการสำคัญ กฎหมายดังกล่าว ได้แก่

ก) พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

ข) พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

2.1.1 หลักการของกฎหมาย

กฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

กฎหมายฉบับนี้ได้บัญญัติการควบคุมการบริโภคยาสูบไว้อย่างรัดกุม
และค่อนข้างจะสมบูรณ์ ภายใต้บริบทของรูปแบบกฎหมายไทยทุกๆ ไป ดัง
ต่อไปนี้

1. ควบคุมการขายและจำหน่ายจ่ายแจก ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ
โดยผ่านเครื่องขายอัตโนมัติ ห้ามแจก/แถมผลิตภัณฑ์ยาสูบร่วมกับการขาย
สินค้าอื่น ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจกหรือแถมสินค้าอื่นหรือสิทธิ
ประโยชน์อย่างอื่นให้แก่ผู้ซื้อ และห้ามแจกผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปของสินค้า
ตัวอย่าง

2. ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การ
โฆษณาสินค้าอื่นที่ใช้เครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นต้น

3. กำหนดให้ผู้ผลิต/ผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ต้องแสดงฉลากที่มีค่า
เตือนเกี่ยวกับสุขภาพไว้ด้วย พร้อมทั้งต้องแจ้งรายการส่วนประกอบให้
กระทรวงสาธารณสุขทราบ และผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีส่วนประกอบตาม
มาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวง

4. ห้ามจำหน่าย/ขาย/แลกเปลี่ยน/ให้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลผู้มี
อายุไม่เกิน 18 ปี

5. โฆษณาและการบังคับใช้กฎหมาย กฎหมายกำหนดความผิดสำหรับ
ผู้ฝ่าฝืนบทบัญญัติต่าง ๆ ไว้ค่อนข้างสูง คือปรับตั้งแต่ไม่เกิน 2,000 บาท
ถึงไม่เกิน 200,000 บาท และมีโทษถึงจำคุกไม่เกิน 6 เดือน กฎหมายให้

อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งเจ้าพนักงานขึ้นปฏิบัติ ตามกฎหมายนี้ แต่การบังคับตามกฎหมายต้องเป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวนที่จะทำการสอบสวนและทำสำนวนเพื่อดำเนินการฟ้องร้องต่อไป

กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีหลักการดังนี้

1. การคุ้มครองการสูบบุหรี่ โดยมีการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ ขึ้นในสถานที่สาธารณะต่างๆ (ตามที่รัฐมนตรีประกาศ)

2. โฆษณาการบังคับใช้กฎหมายบทบัญญัติในกฎหมายฉบับนี้มีโฆษ สำหรับผู้ฝ่าฝืนไว้เพียงโทษปรับสถานเดียว และโทษอย่างสูงไม่เกิน 20,000 บาท กฎหมายให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งเจ้าพนักงานขึ้นเพื่อปฏิบัติงานตรวจสถานที่ต่างๆ ให้ปฏิบัติตามกฎหมายนี้และให้พนักงานสอบสวนมีอำนาจปรับเทียบได้ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

รายละเอียดเกี่ยวกับกฎหมาย 2 ฉบับนี้ ได้เคยนำเสนอไว้แล้ว ^(4.5)

2.1.2 บทวิเคราะห์

1. เนื้อหาของกฎหมายฉบับว่าทันสมัยไม่ได้น้อยกว่ากฎหมายของต่างประเทศ แต่รูปแบบของกฎหมายยังเป็นไปตามโครงสร้างของการบริหารงานยุติธรรมแบบเดิมๆ นั่นคือ ให้พนักงานสอบสวนเท่านั้นที่มีอำนาจปรับเปรียบเทียบ และมีอำนาจเริ่มต้นดำเนินการสอบสวน แล้วจึงเสนอพนักงานอัยการให้มีการฟ้องคดีซึ่งแม้จะมีเจ้าพนักงานที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายทั้ง 2 ฉบับนี้ขึ้นมาแล้ว เจ้าพนักงานเหล่านั้นก็ไม่มีอำนาจดำเนินตามคดี กฎหมายฉบับดังกล่าวได้เอง ต้องประสานงานต่อพนักงานสอบสวน ให้พนักงานสอบสวนมาช่วยเริ่มคดีให้ ทำให้กระบวนการใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพทำได้ยากขึ้น เพราะพนักงานสอบสวนอาจไม่เห็นความสำคัญ

ของการกระทำผิดกฎหมายเหล่านี้ เมื่อหน้าที่โดยตรงของพนักงานสอบสวน จะเน้นอยู่ที่การป้องกันและปราบปรามอาชญากรรม การกระทำผิดกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในสายตาของพนักงานสอบสวนอาจถือเป็นเรื่องเล็กน้อย เมื่อเทียบกับอาชญากรรมอื่น ๆ

2. จากการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้รับผิดชอบและบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวขาดความกระตือรือร้น โดยให้เหตุผลว่าผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจน้อย และกระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่ดำเนินการใช้กฎหมายอย่างจริงจัง⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับที่อ้างไว้ในตอนต้น⁽¹⁾ ว่าผู้นำระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขขาดการเผยแพร่และสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นดังกล่าวนี้ ทำให้เห็นความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ในการใช้กฎหมายอย่างสำคัญ กล่าวคือแนวคิดของผู้ร่างกฎหมายส่วนใหญ่มุ่งเน้นการใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือผ่านกลไกของกระบวนการยุติธรรมเกือบทั้งหมด แต่เราไม่เคยคิดจะใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือระดมทุนที่จะนำมาส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือนำมาช่วยเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การใช้กฎหมายมาจัดตั้งมูลนิธิหรือกองทุนเพื่อทำกิจกรรมหรือส่งเสริมกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังตัวอย่างในประเทศออสเตรเลีย เพราะการใช้กฎหมายเพื่อควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องก่อให้เกิดการยอมรับในหมู่ประชาชนด้วยซึ่งต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ ⁽⁷⁾ คือ

- ก) การตรากฎหมาย เป็นไปตามหลักเหตุผล และความเป็นธรรม
- ข) กฎหมายที่ออกใหม่ ต้องโฆษณาเผยแพร่ให้รับรู้กันในวงกว้าง
- ค) เมื่อมีการประกาศใช้กฎหมาย ต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงสิทธิ และหน้าที่ของเขาตามกฎหมายนั้น ๆ ด้วย
- ง) การใช้กฎหมายเป็นไปตามนิติวิธี
- จ) การบริหารงานยุติธรรมมีประสิทธิภาพ

3. พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่มุ่งที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ โดยจัดการโฆษณา ชักชวน และการใช้เทคนิคการส่งเสริมการตลาดที่ล่อให้คนมีพฤติกรรมที่จะเสพติด ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพเข้าสู่ร่างกาย ส่วนพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มิให้ได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบ การที่กฎหมายฉบับนี้จะมีผลบังคับใช้ได้ก็ต้องสนับสนุนหรือแรงจูงใจให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ใช้สิทธิของตนในการไปแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิให้เขา และถ้ามีการเรียกร้องสิทธิกันมากๆ ก็ย่อมเป็นแรงกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต้องปฏิบัติตามกฎหมายให้เคร่งครัดขึ้น กฎหมายฉบับนี้จึงจัดได้ว่าเป็นกฎหมายที่ช่วยเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้นจากการไม่ได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ แนวคิดของกฎหมาย 2 ฉบับดังกล่าวจึงตรงกับหลักการของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ดังกล่าว

4. ปรัชญาในการส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถนำไปเชื่อมโยงเข้าได้กับการพัฒนาในหลายด้าน โดยเฉพาะการกระจายอำนาจไปยังชุมชนต่างๆ การสนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งต้องกระจายอำนาจการเงินและการบริหารจัดการออกไปให้ถึงชุมชนอย่างแท้จริงด้วย เช่น การให้อำนาจของท้องถิ่นในการเก็บภาษีอากร และนำเงินที่ได้ไปสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังที่ทำอยู่ในรัฐต่างๆ ของออสเตรเลีย เป็นต้น

5. หากผู้บริหารในระดับสูงของประเทศไม่แต่เฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เข้าถึงปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง น่าที่จะต้องใช้กลไกทางภาษีอากร (ซึ่งไม่ว่าจะโดยการออกกฎหมาย กฎกระทรวง หรือไมก็ตาม) มาใช้กำหนดราคาบุหรี่ให้สูงขึ้น เพื่อยับยั้งการติดบุหรี่เพิ่มขึ้นของผู้มีรายได้น้อยและเยาวชนที่จะริเริ่มสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคเศรษฐกิจฝืดเคืองเช่นปัจจุบันน่าจะเหมาะสมอย่างยิ่ง ดังที่มีผู้เสนอไว้แล้ว⁽¹⁾ จากการสำรวจประชามติของประชาชนส่วนหนึ่งพบว่า คนไทยส่วนหนึ่งใน

ระดับชนชั้นกลางที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง มีการศึกษาดี มีโทรศัพท์ใช้ และอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เห็นว่าการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภาษีบุหรี่จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน⁽⁹⁾ ประเทศออสเตรเลียประสบความสำเร็กระดับหนึ่งมาแล้วในการยับยั้งจำนวนผู้ริเริ่มสูบบุหรี่ที่เป็นเยาวชนโดยใช้นโยบายการกำหนดราคาบุหรี่ให้สูงขึ้น

2.2 กฎหมายเกี่ยวกับอาชีวนามัย

2.2.1 กฎหมายคุ้มครองแรงงานในปัจจุบัน

กฎหมายเกี่ยวกับอาชีวนามัยของไทยนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ซึ่งรวมอยู่ในกลุ่มกฎหมายแรงงาน กฎหมายแรงงานฉบับแรกของไทย ได้แก่ พ.ร.บ.แรงงาน พ.ศ. 2499 ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับเรื่องการคุ้มครองแรงงานไว้เกี่ยวกับเรื่อง กำหนดชั่วโมงทำงาน เวลาพักก่อนการทำงาน การหยุดพักการศึกษาตัว การใช้แรงงานหญิงและเด็ก เป็นต้น ต่อมาเมื่อมีการปฏิวัติในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2510 ก็มีประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 19 ยกเลิกกฎหมายแรงงานฉบับดังกล่าว นำเอาสาระเฉพาะเรื่องการคุ้มครองแรงงานที่บัญญัติไว้ในกฎหมายฉบับนั้นกลับมามีบัญญัติไว้ในประกาศคณะปฏิวัติฉบับนี้แทน⁽¹⁰⁾

ในระหว่างที่รัฐบาลได้เตรียมการร่าง พ.ร.บ.แรงงานและแรงงานสัมพันธ์ขึ้นมาใหม่ ก็มีการปฏิวัติเกิดขึ้นใน พ.ศ. 2514 และคณะปฏิวัติได้เห็นความสำคัญของบทบัญญัติในเนื้อหาของส่วนของร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าว คณะปฏิวัติจึงได้นำเนื้อหาของร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวในส่วนที่ว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานและแรงงานสัมพันธ์มาบัญญัติไว้ในประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2515 เรื่องการคุ้มครองแรงงานและแรงงานสัมพันธ์ ประกาศคณะปฏิวัติดังกล่าวมีผลเป็นกฎหมายทั่วไป ต่อมากระทรวงมหาดไทยได้อาศัยอำนาจตามข้อ 2 ของประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ได้ออกประกาศกระทรวงมหาดไทย 16 ฉบับ กำหนด

มาตรการความปลอดภัยเฉพาะเรื่องต่างๆ บังคับให้นายจ้างต้องปฏิบัติเพื่อ
สุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างในแต่ละเรื่อง ได้แก่ ⁽¹¹⁾

- ก) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร
- ข) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม
- ค) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม (สารเคมี)
- ง) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับไฟฟ้า
- จ) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม (ประตุน้ำ)
- ฉ) ความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างว่าด้วยอิทธิพลแสงรังสีชั่วคราว
- ช) ความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างว่าด้วยนั่งร้าน
- ซ) ความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง
- ณ) ความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างว่าด้วยเขตก่อสร้าง
- ญ) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับปั้นจั่น
- ฎ) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับการตอกเสาเข็ม
- ฏ) ความปลอดภัยในการทำงานในสถานที่ยับอากาศ
- ฐ) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย
- ท) ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับหม้อน้ำ
- ฑ) ความปลอดภัยในการทำงานในสถานที่ที่มีอันตรายจากการตกจาก
ที่สูง วัสดุกระเด็น ตกหล่น และการพังทลาย
- ณ) การป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานประกอบการเพื่อความ
ปลอดภัยในการทำงานสำหรับลูกจ้าง

ขอบเขตการบังคับของกฎหมาย ⁽¹²⁾ กฎหมายประสงคืจะคุ้มครองลูก
จ้าง ซึ่งตามนิยามศัพท์ ไม่รวมลูกจ้างเกี่ยวกับงานบ้าน นอกจากนั้นยังไม่
ใช้บังคับนายจ้างในกิจการต่อไปนี้คือ

- ก) ราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น
- ข) รัฐวิสาหกิจ ตามกฎหมายว่าด้วยพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์
- ค) งานเกษตรกรรม ซึ่งได้แก่งานเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ เลี้ยงสัตว์

ซึ่งมิได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย

ง) การจ้างงานที่มีได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรในทางเศรษฐกิจ การคุ้มครองลูกจ้าง⁽¹²⁾ กฎหมายได้กำหนดการคุ้มครองลูกจ้างในเรื่องต่างๆ ไปต่อไปนี้ คือ

ก) ให้มีการกำหนดเวลาทำงานให้ลูกจ้างทราบและต้องอยู่ภายในเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด เช่น งานอุตสาหกรรม ไม่เกินสิบห้าชั่วโมง 48 ชั่วโมง งานขนส่งไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง เป็นต้น

ข) การกำหนดเกี่ยวกับการทำงานล่วงเวลา เวลาพัก วันหยุด การทำงานในวันหยุดวันลา

ค) การคุ้มครองแรงงานหญิงและเด็ก

ง) ค่าตอบแทนในการทำงาน

จ) การจัดสวัสดิการ เกี่ยวกับน้ำดื่ม ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องรักษาพยาบาล พยาบาล และแพทย์ (ในการนี้ที่มีคนงานตั้งแต่ 200 คน ขึ้นไป ต้องมีทั้งแพทย์และพยาบาล) เป็นต้น

การบริหารกฎหมาย⁽¹³⁾ การบริหารงานเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน เป็นหน้าที่ของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ในส่วนกลาง และสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ในต่างจังหวัด

เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานดังกล่าวเรียกว่า **พนักงานตรวจแรงงาน** จะเป็นผู้ดูแลให้ผู้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด โดยต้องออกตรวจรับเรื่องราวร้องทุกข์และสอบสวนข้อเท็จจริงต่างๆ ถ้าเห็นว่ามี การปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจตักเตือนให้แก้ไขหรือปรับปรุง และอาจดำเนินคดีต่อผู้ละเมิดกฎหมายได้

การบริหารความปลอดภัย⁽¹⁴⁾ กระทรวงมหาดไทยได้ออกประกาศเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน ลงวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2528 ให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คน ขึ้นไป ต่อมา มีประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการ

สังคม เรื่องความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง ลงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2540 แห่งประกาศกระทรวงมหาดไทยดังกล่าว มีการจัดระดับ จป. เสียใหม่ โดยให้มี จป. ระดับพื้นฐาน, จป. ระดับวิชาชีพ, จป. ระดับหัวหน้างาน และระดับบริหาร โดยสถานประกอบการที่มีลูกจ้างไม่ถึง 50 คน ต้องให้มี จป. ระดับพื้นฐาน ระดับหัวหน้างานและระดับบริหาร สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คน ขึ้นไปต้องมี จป. ระดับวิชาชีพ ระดับหัวหน้างาน และระดับบริหาร เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับความปลอดภัยตลอดเวลาเวลาที่มีการทำงาน

นอกจากนั้น ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2538 กำหนดให้สถานประกอบการเอกชน ที่มีลูกจ้าง 50 คน ขึ้นไป ต้องจัดให้มี คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์การทวิภาคี ประกอบด้วยนายจ้าง ผู้แทนระดับบังคับบัญชา ผู้แทนลูกจ้างระดับปฏิบัติการณ์ และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นกรรมการและเลขานุการ

จป. และคณะกรรมการความปลอดภัยฯ มีหน้าที่หลายอย่างในการร่วมกันบริหารความปลอดภัยในการทำงาน และกฎหมายยังได้กำหนดประเภทของกิจการหลายอย่าง ที่ต้องมี จป. และคณะกรรมการความปลอดภัย ไว้ด้วย

สภาพบังคับ⁽¹²⁾ การไม่ปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองแรงงาน ไม่ว่าเรื่องใด ผู้ฝ่าฝืนอาจได้รับโทษ คือจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับถ้านายจ้างเป็นนิติบุคคล ทั้งนิติบุคคลและผู้กระทำการแทนนิติบุคคลนั้น ต้องรับผิดชอบอาญาด้วยกันทั้งหมด (ฎีกาที่ 2517/2520) แต่กฎหมายเปิดโอกาสให้มีการปรับเปรียบเทียบจากคณะกรรมการแทนโทษจำคุกได้

2.2.2 กฎหมายคุ้มครองแรงงานฉบับใหม่

ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541⁽¹⁴⁾ ซึ่งจะเริ่มมีผลใช้บังคับในวันที่ 20 สิงหาคม 2541 เหตุผลของการใช้กฎหมายฉบับนี้ มีดังนี้

“เนื่องจากประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน บทบัญญัติบางประการจึงไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบกับข้อกำหนด เกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน ที่ออกตามประกาศของคณะปฏิวัติฉบับดังกล่าวอยู่ในรูปของประกาศกระทรวงอันมีฐานะเป็นกฎหมายลำดับรอง จึงมีปัญหาในการยอมรับ ดังนั้น เพื่อให้การใช้แรงงานเป็นไปอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป สมควรปรับปรุงบทบัญญัติต่าง ๆ เกี่ยวกับการใช้แรงงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น.....”

หลักการสำคัญของกฎหมายคุ้มครองแรงงานฉบับใหม่ มีดังนี้

1. ข้อยกเว้นของกฎหมาย ไม่ใช้บังคับแก่ ราชการและรัฐวิสาหกิจ เหมือนเดิม นอกจากนี้กฎหมายยังระบุว่า ถ้าจะยกเว้นการใช้บังคับทั้งหมดหรือแต่บางส่วนของบทบัญญัติในกฎหมายนี้แก่นายจ้างประเภทใด ประเภทหนึ่ง ให้ออกเป็นกฎกระทรวง

2. นำเอาสาระสำคัญของประกาศกระทรวงมหาดไทย ที่ออกตามประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ที่ถูกยกเลิกไป มาบัญญัติไว้ในเรื่องต่อไปนี้ คือ การใช้แรงงานทั่วไป เกี่ยวกับการกำหนดเวลาทำงาน การทำงานล่วงเวลา วันหยุด วันลา และอื่น ๆ การใช้แรงงานหญิง การใช้แรงงานเด็ก ค่าจ้าง คณะกรรมการค่าจ้างสวัสดิการ และอื่นๆ

3. การบริหารกฎหมาย มีพนักงานตรวจแรงงาน เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ดูแลการปฏิบัติตามกฎหมายเหมือนเดิม แต่กฎหมายใหม่ให้อำนาจพนักงานตรวจแรงงานมีอำนาจสั่งให้นายจ้างหยุดการใช้เครื่องจักรหรืออุปกรณ์บางส่วนหรือทั้งหมดเป็นการชั่วคราวได้

4. การจัดตั้งองค์กรใหม่ ได้แก่ คณะกรรมการสวัสดิการแรงงาน คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และกองทุนสงเคราะห์ลูกจ้าง

คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีอำนาจหน้าที่ เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน หรือมาตรการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานของลูกจ้าง และเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรี ในการออกกฎกระทรวง ประกาศหรือระเบียบต่างๆ เพื่อดำเนินการตามกฎหมายนี้

คณะกรรมการความปลอดภัย ฯ ดังกล่าวมีองค์ประกอบเป็นลักษณะไตรภาคี จากฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ ฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้าง

5. บทกำหนดโทษ สำหรับนายจ้างที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นโทษปรับ ถ้ากรณีร้ายแรงมีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี

6. มีบทบัญญัติคุ้มครองลูกจ้างหญิงและเด็กเป็นพิเศษ เกี่ยวกับการกระทำล่วงเกินทางเพศ โดยทำนายจ้าง ผู้ซึ่งเป็นหัวหน้างาน ผู้ควบคุมงาน หรือผู้ตรวจงาน กระทำล่วงละเมิดทางเพศ ต่อลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงหรือเด็ก หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท (มาตรา 16 และมาตรา 147)

7. บทเฉพาะกาลของกฎหมายบัญญัติให้บรรดาประกาศหรือคำสั่งที่ออกตามประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ให้ยังคงใช้ได้ต่อไปเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายนี้

เพราะฉะนั้นการบริหารความปลอดภัยในการให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) และคณะกรรมการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานประจำสถานประกอบการ ตามประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมคงได้กล่าวมาแล้ว ยังต้องปฏิบัติต่อไป แม้ว่าเรื่องดังกล่าวจะมีได้บัญญัติไว้ในบทบัญญัติของกฎหมาย แต่กฎหมายใหม่ก็ให้อำนาจรัฐมนตรี ออกกฎหมายกระทรวงกำหนดมาตรฐานให้นายจ้างดำเนินการในการบริหาร และการจัดการด้านความ

ปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานได้ ซึ่งในอนาคต
คงจะออกมาใช้บังคับ

2.2.3 กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

นอกจากกฎหมายคุ้มครองแรงงานแล้ว ยังมีกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
ความปลอดภัยและสุขภาพเนื่องจากการทำงาน ไว้อีกหลายฉบับ คือ

1. พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
อุตสาหกรรม ออกกฎกระทรวงให้โรงงานปฏิบัติ ในเรื่องกรรมวิธีการผลิต
การจัดให้มีอุปกรณ์หรือเครื่องมืออื่นใดเพื่อป้องกันหรือระงับบรรเทาอันตราย
ความเสียหาย หรือความปลอดภัยต่อตัวคน ที่อาจเกิดแก่บุคคล หรือทรัพย์สิน
ที่อยู่ในโรงงานหรือที่อยู่ใกล้เคียงกับโรงงาน กำหนดการอื่นใดเพื่อ
คุ้มครองความปลอดภัยในการดำเนินงานเพื่อป้องกันหรือระงับ หรือ
บรรเทาอันตราย หรือความเสียหายที่อาจเกิดจากการประกอบกิจการโรงงาน
และเรื่องอื่นๆ อีก⁽¹⁵⁾

2. พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 กฎหมายฉบับนี้ได้แบ่งวัตถุ
อันตรายออกเป็น 4 ชนิด การผลิต การนำเข้า การส่งออก และการครอบ
ครอง ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายกำหนด สำหรับวัตถุ
อันตรายชนิดที่ 4 ห้าม ผลิต นำเข้า ส่งออก หรือ มีไว้ในครอบครอง

3. นอกนั้นยังมีกฎหมายอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ.ส่งเสริม
และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535, พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2525,
พ.ร.บ.ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 เป็นต้น

2.2.4 บทวิเคราะห์

1. กฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยหรือสุขภาพและความปลอดภัยของ
ผู้ใช้แรงงาน เกี่ยวข้องกับกฎหมายหลายฉบับแต่กฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรง
ได้แก่ พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ซึ่งเพิ่งประกาศใช้บังคับในราช

กัญญาเบกษา เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 แต่จะเริ่มมีผลใช้บังคับในวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2541 โดยที่ระหว่างนี้ยังคงใช้กฎหมายเดิมซึ่งกำลังจะถูกยกเลิกไปเพราะกฎหมายฉบับใหม่

กฎหมายที่มีผลบังคับใช้ในระยะนี้ คือ ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2515 และประกาศกระทรวงมหาดไทยประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมที่ออกโดยอาศัยอำนาจประกาศคณะปฏิวัติดังกล่าว ซึ่งมีจำนวนหลายฉบับ

หลักการสำคัญของกฎหมายก็คือ การที่กฎหมายกำหนดมาตรการต่างๆ ในการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยให้นายจ้างปฏิบัติ แล้วมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานการที่รับผิดชอบ คือพนักงานตรวจแรงงาน ทำหน้าที่ตรวจตราดูแลสถานประกอบการต่างๆ ว่านายจ้างได้ปฏิบัติตามการตามที่กฎหมายบัญญัติไว้หรือไม่ หากพบว่านายจ้างบกพร่องก็ดำเนินการให้นายจ้างแก้ไขปรับปรุงกิจการต่างๆ ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามมาตรฐานให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ หากนายจ้างไม่ปฏิบัติตามก็สามารถดำเนินคดีตามกฎหมายได้ ส่วนมากเป็นการเปรียบเทียบ ดังนั้น ความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมายจึงอยู่ที่ความเคร่งครัดในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานตรวจแรงงาน

2. การที่กฎหมายกำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) กิติ คดและการรวมการควบคุมความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กิติ เป็นกลวิธีที่ให้นายจ้างและลูกจ้างได้รับมีคชชอบร่วมกันในการจัดการบริหารการคุ้มครองความปลอดภัยในการทำงานและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ถูกสุขลักษณะด้วย แต่ ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2540 มีสถานประกอบการที่แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยฯ เพียงร้อยละ 63.92 ทั้งๆ ที่กฎหมายให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดังกล่าวไว้แล้วเสร็จก่อนสิ้นปี พ.ศ. 2538 เนื่องจากมีปัญหาทางปฏิบัติบางประการ¹³⁰ นั้นแสดงว่า การบังคับใช้กฎหมายส่วนหนึ่ง ยังไม่มี

ประสิทธิภาพดีพอ

จากสถิติจะเห็นได้ชัดว่า ในปีพ.ศ. 2528 ซึ่งเป็นปีที่ได้มีกฎหมายให้ นายจ้างของสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มี เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยอย่างน้อยหนึ่งคน จํานวนผู้ประสบอันตราย ในสถานประกอบการขนาดนั้นลดจํานวนลงในปีถัดมาทันที แต่ต่อมา จํานวนผู้ประสบอันตรายกลับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปี 2534 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33.4⁽¹⁶⁾ แสดงว่าการมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยตามกฎหมายนั้น ได้ผล เฉพาะในปีแรกเท่านั้น หลักจากนั้นการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่รักษาความ ปลอดภัยของนายจ้าง ก็มิได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดและ การปฏิบัติหย่อนประสิทธิภาพลงเรื่อยๆ พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มี อำนาจควบคุมตรวจสอบสถานประกอบการและพิจารณาดำเนินคดีตามที่ กฎหมายกำหนด ก็มักจะใช้วิธีแนะนำเป็นจํานวนมาก และใช้วิธีดำเนินคดี ไม่ถึงร้อยละ 1⁽¹⁷⁾ ในระยะเวลาที่สิบปีที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2528 มีเจ้า หน้าที่รักษาความปลอดภัยในการทำงานซึ่งนายจ้างแต่งตั้ง ถูกดำเนินคดี ร่วมกับนายจ้างฐานฝ่าฝืนกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน เพียง 1 รายเท่านั้น⁽¹⁸⁾

3. พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายไม่มีอำนาจสั่งให้หยุดการผลิตหรือ ปิดโรงงานได้ ในการนิเทศพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงหรือมี มลพิษ หรือสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นอันตรายต่อสุขภาพคนงาน แต่กฎหมายที่จะใช้บังคับต่อไปให้อำนาจไว้แล้ว โดยนายจ้างมีสิทธิอุทธรณ์ คำสั่งได้ (มาตรา 106)

4. เนื่องจากมีกฎหมายอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น กฎหมายว่าด้วย โรงงาน กฎหมายควบคุมอาคาร กฎหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และ กฎหมายเหล่านี้ก็มีพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ตรวจดูแลในขอบเขตของตนต่างคน ต่างทำ ขาดการประสานงานที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการคุ้มครอง ความปลอดภัย และสุขภาพของคนงาน

5. ถ้าพิจารณาจากปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพ กฎหมายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาชีวอนามัยที่กล่าวมาแล้ว เป็นมาตรการที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี โดยกฎหมายกำหนดให้นายจ้างต้องปฏิบัติ แต่ไม่ได้กำหนดสิทธิที่ลูกจ้างจะร่วมกับนายจ้างในการจัดทำมาตรการรักษาความปลอดภัยตามมาตรฐานที่กฎหมายบัญญัติ และมีได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบที่ลูกจ้างต้องร่วมมือกับนายจ้างในการปฏิบัติตาม กฎหรือแนวปฏิบัติไว้โดยเคร่งครัด เว้นแต่อาจต้องรับผิดชอบต่อระเบียบที่นายจ้างกำหนดไว้เท่านั้น ถ้าลูกจ้างละเลยการปฏิบัติตามกฎหมายหรือแนวปฏิบัติจนก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น ลูกจ้างก็เพียงต้องรับผิดชอบต่อกฎหมาย อาญา และกฎหมายแพ่ง เช่นคนทั่วไปเท่านั้น กฎหมายพิเศษเกี่ยวกับอาชีวอนามัยที่กล่าวมาแล้วจึงมิได้สร้างความตระหนักให้แก่ลูกจ้างในการส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร

6. แนวคิดในการจัดตั้งองค์การอิสระเริ่มมาเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2538 โดย 8 สภาแรงงานได้เสนอให้รัฐบาลจัดตั้งองค์การอิสระเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยขึ้น เรียกว่า “สถาบันคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานแห่งชาติ” จนกระทั่งต่อมาได้มีการร่าง พ.ร.บ.จัดตั้งสถาบันคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยขึ้น โดยให้มีรูปแบบการบริหารงานอิสระภายใต้กำกับของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม การบริหารสถาบันกระทำในรูปของคณะกรรมการที่มาจากไตรภาคี และให้มี “สภาคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานแห่งชาติ” มาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยผู้แทนรัฐบาล นายจ้าง ลูกจ้าง และผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการอิสระ ทำหน้าที่ออกระเบียบต่างๆ เกี่ยวกับมาตรการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงาน แต่ร่างกฎหมายฉบับนี้ยังไม่ถึงบทนำเท่าที่ควร จนล่าสุดหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2541¹²⁰ ได้เสนอข่าวสั้นๆ ว่า องค์การแรงงานและนักวิชาการจะร่วมกันรวบรวมรายชื่อประชาชนที่หาหมื่นคนเพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติตั้ง

กล่าวตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญปัจจุบัน ตามคำร่างดังกล่าวนักวิชาการท่านหนึ่งกล่าวว่า กระทรวงแรงงาน ได้ตัดสินใจสำคัญที่อยู่ในร่างกฎหมายเดิมออก โดยไม่เห็นด้วยกับการโอนกองทุนวินเทคแทน และอำนาจในการตรวจสอบสถานประกอบการมาอยู่ในสถาบันที่จะตั้งใหม่ ร่างกฎหมายจึงไม่คืบหน้า

แนวคิดในการให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการบริหารกฎหมายนั้น น่าจะเป็นการสนับสนุนปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพด้วย

2.3 กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ถนน

ในช่วง 30 ปี ที่ผ่านม้อัตราตายของคนไทยจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 3.8 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2505 เป็น 21.1 ต่อแสนในปีพ.ศ. 2536 ⁽²²⁾ จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศประมาณปีละ 200,000 คน เป็นอุบัติเหตุจากจักรยานยนต์เสีย 5 หมื่นคน และผู้ได้รับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ถึงแก่ความตายปีละประมาณ 2,000 คน หรือประมาณร้อยละ 20-25 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบกทั้งหมด⁽²³⁾ จากการศึกษาของธนาคารโลกร่วมกับองค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศไทยต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจเฉพาะอุบัติเหตุจราจรอย่างเดียวถึงประมาณร้อยละ 1-2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งตกประมาณปีละหนึ่งหมื่นล้านบาท⁽²⁴⁾ นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไม่น้อย

สาเหตุของอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยคงไม่ต่างไปจากต่างประเทศ กล่าวคือเกิดจากพฤติกรรมของผู้ขับรถเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ขับรถขณะเมาสุรา ผู้รับที่จักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย จากการตรวจแอลกอฮอล์จากเลือดของผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุรถยนต์เมื่อกว่า 20 ปีมาแล้วพบว่า มีแอลกอฮอล์ในเลือดถึงร้อยละ 33⁽²⁵⁾ และมีรายงานอีกหลายฉบับที่ตีพิมพ์ในระยะหลังๆ ก็แสดงถึงการเมาสุราของคนขับรถว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิด

อุบัติเหตุรถยนต์ นอกจากนี้ยังมีรายงานหลายฉบับที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุจักรยานยนต์เกิดจากบาดเจ็บที่สมองถึงร้อยละ 60 - 81 เพราะไม่ได้สวมหมวกนิรภัย⁽²⁶⁻²⁷⁾ และสุราเป็นปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุได้⁽²⁸⁾

ต่อมาเมื่อพฤติกรรมการใช้สารจำพวกแอมเฟตามีนหรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “ยาบ้า” (ปัจจุบันนิยมเรียกว่า ยาบ้า) เป็นที่นิยมกันในในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน เพราะผู้เสพเข้าไปแล้วจะไม่่วงและขยันทำงาน และในระยะแรกๆ นั้นยังสามารถซื้อสารดังกล่าวได้ง่าย การแพร่ระบาดของการใช้สารดังกล่าวเข้าไปในกลุ่มผู้ขับรถบรรทุกเพราะต้องการเพิ่มชั่วโมงการทำงานของตนเพื่อเพิ่มรายได้ มีรายงานว่าผู้ขับรถบรรทุกถึงร้อยละ 70 ใช้สารประเภทนี้ และพฤติกรรมการเสพยาบ้าจะนำมาทำเป็นผงแล้วต้มพร้อมกับเครื่องต้มสุกกำลังหรือสุราร่วมด้วย⁽²⁹⁾ ผู้ขับรถที่มีสารประเภทแอมเฟตามีนในร่างกายจึงอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ถ้าร่างกายก็อาจจะเกิดความประมาท ซึ่งเป็นผลจากฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทกลาง หรือชดเชยแอมเฟตามีนหมดฤทธิ์ร่างกายจะเกิดอาการง่วงซึมเพื่อชดเชยพลังงานที่ใช้เกินไป และจากการศึกษาทางสถิติมีรายงานว่า พฤติกรรมการใช้สารประเภทยาบ้าของผู้ขับรถบรรทุกทางไกลมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับการจราจรอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁰⁾

เหตุนี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ใช้มาตรการทางกฎหมายในการห้ามมิให้คนเข้า ผิด จ้าหน่าย และมีไว้ในครอบครองของสารกลุ่มนี้ในปัจจุบัน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการใช้ถนนของไทย การป้องกันอุบัติเหตุ และการลดอันตรายจากอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ กฎหมายจราจร กฎหมายการขนส่ง กฎหมายว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

2.3.1 กฎหมายจราจร

กฎหมายจราจร มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการห้ามคนเมาขับรถไว้ตาม

แล้ว กล่าวคือ ในมาตรา 29 แห่ง พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2477 บัญญัติว่า
มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดขับรถ

(1)

(2) ในเมื่อได้เสพสุราหรือของเมาอย่างอื่นจนหย่อนความสามารถ
ที่จะขับ

(3) ฯลฯ

บทบัญญัติข้างต้นนี้ แสดงให้เห็นว่ากฎหมายมิได้เคร่งครัดในตัวเอง
เพราะได้กำหนดเงื่อนไขไว้ว่าต้อง “หย่อนความสามารถที่จะขับ” จึงจะมีความผิด
ถ้าเสพสุราแล้วยังไม่หย่อนความสามารถที่จะขับรถ กฎหมายไม่เอาผิด

ต่อมาบทบัญญัติในมาตรานี้ ถูกแก้ไขโดย พ.ร.บ. จราจรทางบก (ฉบับ
ที่ 4) พ.ศ. 2508 เป็นดังนี้

มาตรา 29 ห้ามมิให้ผู้ใดขับรถ

(1) ในเมื่อหย่อนความสามารถในอันที่จะขับ

(2) ในเมื่อเมาสุรา หรือของเมาอย่างอื่น

(3)

การแก้ไขบทบัญญัตินี้ดังกล่าว ทำให้เห็นชัดขึ้นว่ากฎหมายห้ามคนเมา
ขับรถ แต่ความเมาดังกล่าวประเมินจากอะไร เป็นข้อกฎหมายที่ศาลต้อง
วินิจฉัยว่าอาการของคนนั้นจะมีลักษณะอย่างไรจึงจะถือว่าเมา และถ้าไม่มี
อาการแต่ในเลือดมีระดับแอลกอฮอล์สูง และจะสูงเท่าใดจึงจะถือว่าเมา
เป็นดุลยพินิจของศาล แต่ก็ยังไม่เคยพบคำพิพากษาฎีกาวางแนววินิจฉัย
อย่างไรไว้ ในความเห็นส่วนตัวคิดว่าศาลคงจะวินิจฉัยจากความรู้สึกนึกคิด
ของคนธรรมดาที่เห็นคนเมาโดยทั่วไปนั่นเอง⁽³¹⁾

ปัจจุบันนี้ พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522 ใช้บังคับแทนกฎหมาย
ฉบับเดิม กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายแม่บทสำคัญ ในการคุ้มครองความ
ปลอดภัยจากการใช้ถนนและบทบัญญัติที่ห้ามพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อ
การเกิดอุบัติเหตุในท้องถนน ได้แก่ บทบัญญัติต่อไปนี้

มาตรา 43 ห้ามมิให้ผู้ขับซึรด

(1) ในขณะหย่อนความสามารถในอันที่จะขับ

(2) ในขณะเมาสุรา หรือของเมาอย่างอื่น

(3)

มาตรา 43 ห้ามมิให้ผู้ขับซึ่งเสพหรือรับเข้าร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ ซึ่ง
วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์
ต่อจิตและประสาทอย่างอื่นที่อธิบดีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
ให้เจ้าพนักงานจราจรพนักงานสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่มี
อำนาจจัดให้มีการตรวจสอบ ผู้ขับซึรดบางประเภท ตามที่อธิบดีกำหนด
โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาว่าได้เสพหรือรับเข้าร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ
ซึ่งวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หรือวัตถุที่ออก
ฤทธิ์ต่อจิตและประสาท อย่างอื่นที่อธิบดีกำหนดหรือไม่

การตรวจสอบตามวรรคสอง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
กำหนดในกฎกระทรวง*

มาตรา 67 ผู้ขับซึรด ต้องขับรถด้วยความเร็วตามที่กำหนดในกฎ
กระทรวง หรือตามเครื่องหมายจราจรที่ได้ติดตั้งไว้ในทาง

เครื่องหมายจราจร ที่ติดตั้งไว้ตามวรรคหนึ่ง จะกำหนดความเร็วสูง
ขึ้นสูง หรือต่ำก็ได้ แต่ต้องไม่เกินอัตราความเร็วที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 122 ผู้ขับซึรดจักรยานยนต์ และคนโดยสารรถจักรยานยนต์
ต้องสวมหมวกที่จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อป้องกันอันตรายขณะขับขี่ และ
โดยสารถจักรยานยนต์ ทั้งนี้เฉพาะท้องที่ได้กำหนดไว้ในพระราชกฤษฎีกา

ความในวรรคหนึ่ง ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดห้าปี นับแต่วันที่
พระราชบัญญัติฉบับนี้ใช้บังคับ

ลักษณะและวิธีการใช้หมวกเพื่อป้องกันอันตรายตามวรรคหนึ่งให้เป็น

* มาตรานี้ เดิมเข้ามาโดย พ.ร.บ.จราจรทางบก (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535 มาตรา 8

ไปตามที่กำหนดโดยกฎกระทรวง

บทบัญญัติตามมาตรานี้ มิให้ใช้บังคับแก่ภิกษุสามเณร นักพรต นักบวช หรือผู้นับถือลัทธิศาสนาอื่นใดที่ใช้ผ้าโพกศีรษะตามประเพณีนิยมนั้น หรือบุคคลใดที่กำหนดโดยกฎกระทรวง

มาตรานี้ถูกแก้ไข โดยมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.ฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2522 โดยใช้ข้อความข้างต้นแทนข้อความเดิม ซึ่งไม่ได้เปิดโอกาสให้ออกพระราชกฤษฎีกา กำหนดท้องที่บังคับใช้ไว้ และมีได้กำหนดเดือนเวลาในการบังคับใช้ดังข้อความในวรรค 2 กับทั้งไม่มีข้อยกเว้นสำหรับบุคคลในวรรค 4

การแก้ไขข้อความในมาตรานี้ ก็เพื่อให้กฎหมายเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะในวรรค 2 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย และวรรค 4 ก็เป็นการใช้กฎหมายให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมในชุมชนต่างๆ ในสังคมไทยด้วย

มาตรา 123 ห้ามมิให้ผู้ขับขีรถยนต์ยอมให้ผู้อื่นนั่งที่นั่งตอนหน้าแถวเดียวกับที่นั่งผู้ขับขีรถยนต์เกินสองคน

ผู้ขับขีรถยนต์ต้องรัดร่างกายด้วยเข็มขัดนิรภัยไว้กับที่นั่ง ในขณะขับขีรถยนต์ และต้องจัดให้คนโดยสารรถยนต์ ซึ่งนั่งที่นั่งตอนหน้าแถวเดียวกันที่นั่งผู้ขับขีรถยนต์ รัดร่างกายไว้กับที่นั่งด้วยเข็มขัดนิรภัยในขณะโดยสารรถยนต์ และคนโดยสารรถยนต์ดังกล่าว ต้องรัดร่างกายด้วยเข็มขัดนิรภัยไว้กับที่นั่งในขณะโดยสารรถยนต์ด้วย

ประเภทหรือชนิดของรถยนต์ ลักษณะและวิธีการใช้เข็มขัดนิรภัยตามวรรคสองให้เป็นไปตามที่อธิบดีกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา*

มาตรา 142 เจ้าพนักงานจราจร หรือพนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้ขับขีรถยนต์ ไถ่เมื่อ

(1) รถนั้นมิสุภาพไม่ถูกต้องตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 6

* มาตรานี้ เดิมเข้ามาโดย พ.ร.บ. จราจรทางบก (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535 มาตรา 8

(2) เห็นว่าผู้ขับขี่หรือบุคคลใดในรถนั้นได้ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตาม
ตามบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอันเกี่ยวกับรถ
นั้นๆ

ในการนี้ที่เจ้าพนักงานจราจร หรือพนักงานสอบสวนหรือพนักงานเจ้า
หน้าที่ เห็นว่าผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืน มาตรา 43 (1) หรือ (2) ให้เจ้าพนักงานจราจร
หรือพนักงานสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้มีการทดสอบผู้
ขับขี่ดังกล่าวว่าหย่อนความสามารถในอันที่จะขับ หรือเมาสุรา

มาตรานี้มีบัญญัติไว้ตั้งแต่แรก แต่มีการแก้ไขใหม่เพียงเล็กน้อย โดย
มาตรา 20 แห่ง พ.ร.บ. จราจรทางบก (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2535 ซึ่งความเดิม
ในวรรค 2 นั้น กรอบคลุมมาตรา 43 (2) เท่านั้น แต่พรบ.ใหม่เพิ่มมาตรา
43 (1) เข้าไว้ด้วย กล่าวคือ เป็นการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ใช้ดุลยพินิจกว้างขึ้น

2.3.2 กฎหมายการขนส่ง

กฎหมายการขนส่ง คือ พ.ร.บ.การขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 กฎหมาย
ฉบับนี้ควบคุมการประกอบการขนส่ง ซึ่งกฎหมายแบ่งเป็น 4 ประเภทคือ
การขนส่งประจำทาง การขนส่งไม่ประจำทาง การขนส่งโดยรถขนาดเล็ก
และการขนส่งส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการขนส่งด้วยรถที่มีน้ำหนักเกินกว่า 1600
กิโลกรัม ดังนั้นรถที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1600 กิโลกรัม แม้จะใช้ขนส่งส่วนบุคคล
ก็ต้องถูกควบคุมโดยกฎหมายฉบับนี้ คือกฎหมายนี้ได้บังคับให้
ต้องได้รับใบอนุญาต

การควบคุมการประกอบการขนส่ง นอกจากต้องได้รับใบอนุญาตแล้ว
กฎหมายยังบัญญัติเกี่ยวกับรถที่ใช้ในการขนส่ง ผู้ประจำรถ ผู้โดยสาร
และอื่นๆ สำหรับผู้ขับรถขนส่ง นอกจากจะต้องมีใบอนุญาตขับรถตามกฎหมาย
จราจรแล้ว ยังต้องเป็นผู้มีใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถ (ขนส่ง) ตาม
กฎหมายการขนส่งอีกด้วย ขณะเดียวกันกฎหมายการขนส่งก็ได้กำหนด
มาตรการต่างๆ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งปฏิบัติอีกมากมาย ด้วย

เจตนาที่จะคุ้มครองความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง
ผู้ประจำรถ และผู้โดยสาร

บทบัญญัติต่อไปนี้ ใน พ.ร.บ. การขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 ถือได้
ว่าเป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

มาตรา 102 ในขณะปฏิบัติหน้าที่ ผู้ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่เป็น
ผู้ประจำรถ ต้อง

- (1)
- (2)
- (3) ไม่เสพหรือเมาสุรา หรือของมีเมาอย่างอื่น
- (3 ทวิ) ไม่เสพยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้
โทษ*
- (3 ตรี) ไม่เสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ ต่อจิตและประสาท
- (4) ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดด้วยความปลอดภัยในการขนส่ง
ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา 102 ทวิ ในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติ
หน้าที่เป็นผู้ประจำรถผู้ใด ในขณะปฏิบัติหน้าที่นั้นมีสารอยู่ในร่างกาย อัน
เกิดจากการเสพสุรา หรือของมีเมาอย่างอื่นหรือยาเสพติดให้โทษ หรือ
วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้ผู้ตรวจการ หรือพนักงานฝ่ายปกครอง
หรือตำรวจมีอำนาจตรวจหรือทดสอบ หรือส่งให้รับการตรวจ หรือทดสอบ
ว่าผู้นั้นมีสารนั้นๆ อยู่ในร่างกายหรือไม่

เจ้าพนักงานผู้มีอำนาจ วิธีการตรวจหรือทดสอบตามวรรคหนึ่ง ให้เป็น
ไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุ
เบกษา*

* มาตรา 102 (3 ทวิ) (3 ตรี) และมาตรา 102 ทวิ เริ่มใช้บังคับโดย พ.ร.บ. จราจรทางบก
(ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2535

2.3.3 กฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

กฎหมายนี้ คือ พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การควบคุมสารหรือยาที่มีผลต่อระบบประสาท โดยกฎหมายกำหนดให้มีการอนุญาตผลิตจำหน่าย/นำเข้า การขึ้นทะเบียน ตามประเภทของสารเหล่านั้น ต่อมากฎหมายต้องการห้ามการเสพย์เข้าไปด้วย จึงได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศใช้ พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2535 โดยเพิ่มบทบัญญัติต่อไปนี้ คือ

“มาตรา 62 ทวิ ห้ามมิให้ผู้ใดเสพวัตถุออกฤทธิ์ ในประเภท 2 เว้นแต่ การเสพตามคำสั่งของแพทย์ ทันตแพทย์ หรือสัตวแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้นั้น”

การฝ่าฝืนมาตราทั้ง 2 ข้างต้น มีโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 5 ปี และปรับตั้งแต่ 20,000 ถึง 100,000 บาท (มาตรา 106 ทวิ)

ต่อมาเมื่อมีการระบาดของการใช้ยาในกลุ่มนี้มากขึ้นและแพร่หลาย เข้าไปในหมู่วัยรุ่นกลุ่มต่างๆ รวม. กระทรวงสาธารณสุขจึงอาศัยอำนาจตาม ความในมาตรา 5 มาตรา 6 (1) และมาตรา 11 (4) แห่ง พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2522 ออกประกาศถอนแอมเฟตามีน อนุพันธ์ต่างๆ ทั้งที่อยู่ในวัตถุออกฤทธิ์ ประเภท 1 และประเภท 2 รวม 16 ตัว ออกจากวัตถุออกฤทธิ์ แล้วนำไปประกาศเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ซึ่งถือเป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรงเท่ากับเฮโรอีน ตั้งแต่นั้นปัจจุบัน การเสพย์ การขาย การมีไว้ในครอบครองการผลิตสารในกลุ่มแอมเฟตามีน จึงมีโทษ เท่ากับ การเสพย์ การขาย การมีไว้ในครอบครอง และการผลิตเฮโรอีน ซึ่งสูงถึง ขึ้นประหารชีวิต (ประกาศดังกล่าวมีผลตั้งแต่ตุลาคม 2539)

2.3.4 บทวิเคราะห์

1. กฎหมายเกี่ยวกับการจราจร การขนส่ง และรถยนต์ เป็นกฎหมาย เทคนิคซึ่งเกิดจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีการขนส่ง กฎหมายที่

กำหนดกฎเกณฑ์การใช้รถใช้ถนนจึงเป็นกฎเกณฑ์ที่รองรับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การประพฤติปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าวไม่ได้เชื่อมโยงสัมพันธ์กับขนบธรรมเนียมประเพณี และศีลธรรมจรรยาในสังคมดั้งเดิม ความผิดที่เกิดจากการละเมิดกฎหมายเหล่านี้ ประชาชนทั่วไปไม่รู้สึกว่าเป็นความชั่วร้าย หากแต่เป็นความผิดเพราะกฎหมายกำหนดว่าเป็นความผิด (Mala Prohibita) เช่น การดื่มสุรา แม้ว่าจะผิดศีลข้อ ๖ ในพระพุทธศาสนา แต่กฎหมายไทยทั่วไปก็ไม่ห้ามดื่ม เว้นแต่จะดื่มจนเมาประพฤติดู่นวายหรือครองสติไม่ได้ ซดเมอยู่ในถนนสาธารณะหรือสาธารณะสถาน กฎหมายอาญาจึงถือว่าเป็นความผิด แต่ก็โทษปรับเพียงไม่เกิน 500 บาท เมื่อกฎหมายจราจรบัญญัติว่า ห้ามขับรถเมื่อเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ตามความรู้สึกของประชาชนทั่วไปอาจคิดว่าถ้ายังไม่ขับรถไปชนใครเข้า ถึงแม้จะเป็นความผิดตามกฎหมาย ก็ไม่เ็นความชั่วร้ายอะไร ความผิดประเภทนี้ต่างกับความผิดที่เกี่ยวข้องกับประเพณีและศีลธรรมจรรยา เช่น ความผิดฐานลักทรัพย์ ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ความผิดประเภทนี้เป็นความผิดที่คนทั่วไปยอมรับว่าเป็นความชั่วร้าย (Mala in se) ดังนั้นคนทั่วไปจึงไม่ค่อยจะเกรงกลัวกฎหมายในเรื่องนี้ ทำให้การบังคับใช้ยาก เพราะประชาชนไม่เคารพกฎหมายเท่าที่ควร

2. เทคโนโลยีด้านจราจรเป็นเทคโนโลยีที่มาจากประเทศตะวันตกที่พัฒนาแล้ว กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ย่อมได้รับแนวคิดต่างๆ มาจากประเทศดังกล่าวด้วย ดังนั้นเนื้อหาของบทบัญญัติในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากการใช้ถนนของไทยจึงค่อนข้างสมบูรณ์ใกล้เคียงกับกฎหมายของประเทศตะวันตก เช่นกัน

3. การนำเนื้อหาของกฎหมายจากประเทศพัฒนาแล้ว มาบัญญัติในกฎหมายไทย เฉพาะเนื้อหาสาระของบทบัญญัติเพียงอย่างเดียว อย่างที่เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2477 (พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2477) โดยมีได้นำเอาวิธี การบังคับใช้กฎหมาย ที่อาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วย เช่น การหา

หลักฐานการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย โดยใช้การตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือด การใช้กล้องถ่ายภาพบันทึกความเร็ว ย่อมทำให้สภาพบังคับของกฎหมายขาดความศักดิ์สิทธิ์ เพราะการที่เจ้าหน้าที่ใช้กฎหมายบังคับแก่ผู้ฝ่าฝืนโดยขาดพยานหลักฐานชัดเจนย่อมก่อให้เกิดการโต้แย้งได้มาก นอกจากนั้นเหตุผลพินิจของเจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมายอาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ หรือการปฏิบัติตามอำเภอใจได้ จึงเกิดความรู้สึกในหมู่ประชาชนที่ใช้รถใช้ถนนว่าตัวบทกฎหมายไม่มีความหมาย การต่อรองกับเจ้าหน้าที่ผู้ใช้กฎหมายกลับเป็นเรื่องสำคัญกว่า พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงกฎหมายในรูปแบบต่างๆ จึงเกิดขึ้น เช่น อ้างว่าเป็นหรือสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ระดับสูงของรัฐ มีการแสดงยศและตำแหน่งติดไว้ที่รถหรือท้ายรถ ให้อามีสมกับเจ้าหน้าที่โดยตรง พฤติกรรมเหล่านี้พบเห็นได้ทั่วไปและไม่มีใครปฏิเสธได้ พฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากเจตคติของประชาชนที่ยังอยู่ในจิตสำนึกมาเป็นระยะเวลาช้านานจนยากที่จะแก้ไขได้ภายในเวลาอันสั้น

การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาเป็นเครื่องมือตรวจหาพยานหลักฐานการกระทำที่ผิดกฎหมายดังกล่าว จะทำให้พยานหลักฐานเหล่านี้มีการโต้แย้งได้น้อยกว่าการวินิจฉัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเอง และหลักฐานที่ปรากฏย่อมป้องกันมิให้เจ้าหน้าที่เลือกปฏิบัติได้ เจ้าหน้าที่ที่ต้องดำเนินคดีทุกราย มิฉะนั้นจะเข้าช่วยเจ้าหน้าที่ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ เช่นนี้ย่อมทำให้การบังคับใช้กฎหมายโดยเสมอหน้าปราศจากการเลือกปฏิบัติ ประชาชนจะเห็นความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมาย และถ้าโทษที่กำหนดในกฎหมายมีความเหมาะสม ประชาชนย่อมเกรงกลัวกฎหมายไม่กล้าละเมิดกฎหมาย จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ถ้ามีการสุ่มตรวจความเมาของผู้ขับรถ และติดถ่ายรูปจับความเร็วของรถอยู่ประจำ ตามเวลาและสถานที่ที่เปลี่ยนแปลงๆ จะมีผลทำให้ผู้ขับรถคาดไม่ถึงว่าเมื่อใดจะถูกตรวจความเมาเกรงกลัวกฎหมายจะทำให้ผู้ขับรถไม่กล้าละเมิดกฎหมาย มาตรการสุ่มตรวจดังกล่าวจะมีผลในการป้องปรามการละเมิดกฎหมายได้มาก

กว่ามุ่งผลในการจับกุม⁽³²⁾ และสุดท้ายประชาชนสามารถจะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยปฏิบัติตามกฎหมาย ส่งผลให้อุบัติเหตุลดลงได้ เมื่อเวลาผ่านไปนานๆ กฎหมายก็กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคมในที่สุด และความผิดประเภท กฎหมายบัญญัติ (Mala prohibita) ก็อาจกลายเป็นความผิดประเภทที่ สังคมถือว่าเป็นความชั่วในตัวเอง (Mala in se) ได้ วิวัฒนาการของ กฎหมายดังกล่าวต้องใช้เวลานาน ตัวอย่างกฎหมายเกี่ยวกับการจราจรของ เยอรมันนั้นเป็นบทบัญญัติที่เป็นส่วนหนึ่งในประมวลกฎหมายอาญาซึ่งใช้ บังคับมาตั้งแต่สมัยอาณาจักรโรมัน (ประมาณกว่า 100 ปีมาแล้ว) และจาก ประสบการณ์ส่วนตัวเมื่อประมาณ 30 ปีก่อน รู้สึกว่าชาวเยอรมันส่วนมาก เคารงกลัวต่อการละเมิดกฎหมายจราจรมาก เพราะมีการใช้มาตรการสุ่ม ตรวจลงหมายใจ และตัดค่าผูกขาดความเร็ว โดยไม่รัฐตัว

ปัญหาคนเมาขับรถก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่แก้ไม่ได้ทั่วไปในประเทศกำลัง พัฒนาทั้งหลาย เพราะประชาชนไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีการจราจรที่พัฒนา ตามแบบอย่างตะวันตก เช่น มีรายงานจากปาปัวนิวกินีว่าการดื่มสุราของผู้ ขับรถมีความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุการจราจรในเมืองหลวง และมีการเรียกร้องให้มีการรณรงค์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงภัยนี้ และเสนอให้มีการนำ การสุ่มตรวจเพื่อทดสอบหาแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับรถเช่นกัน⁽³³⁾

ประเทศไทยได้เริ่มออกกฎประกาศกรมการขนส่งทางบก กำหนดให้ มีการทดสอบสารอันเกิดจากการเสพย์สุราหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และ ประสาทตั้งแต่ พ.ศ. 2535 และต่อมากกระทรวงมหาดไทย ได้ออกกฎ กระทรวงฉบับที่ 16 (พ.ศ. 2537) กำหนดการทดสอบผู้ขับขี่ว่าเมาสุราหรือ ไม่โดยตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด แต่การทำมาตรการนี้ออกมาใช้ ยังมีปัญหาอยู่หลายประการส่วนหนึ่งเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างของหน่วยงาน

4. ปัจจุบันปัญหาการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยจาก การใช้ถนนยังมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างของหน่วยงานที่สลับซับซ้อน กรมตำรวจ และกรมการขนส่งทางบก ซึ่งมีหน้าที่การบังคับใช้กฎหมาย

สำคัญ 2 ฉบับ คือ พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ. 2522 และพ.ร.บ.การขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 ขาดการประสานงานกันในการบังคับใช้กฎหมาย ขาดงบประมาณในการจัดหารัฐอุปกรณ์ที่ทันสมัย และการออกกฎหมายระดับรองเพื่อสนับสนุนการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดจากลมหายใจก็มีปัญหาในการตีความ เพราะมิได้ระบุวิธีการตรวจที่แน่นอนเอาไว้ มีการจัดตั้งหน่วยงานที่เรียกว่า คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ (กปอ.) ใน พ.ศ. 2525 หน่วยงานนี้แม้จะมีการกิจหลักในการประสานงานกับหน่วยราชการต่างๆ ได้มีการกำหนดนโยบายและแผนหลักการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติในปี พ.ศ. 2531 และมีแผนย่อยที่ครอบคลุมอุบัติเหตุจากการจราจรด้วย แต่ในภาพรวมแล้วแผนนั้นก็ไม่ชัดเจนในทิศทางที่จะนำไปปฏิบัติ หลังปี พ.ศ. 2538 มีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันภัยจราจรฉบับใหม่ ได้มีการตั้งคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร (ทางบก) หรือ อจร. และ อจร. ได้เสนอว่าการทำงานป้องกันอุบัติเหตุจราจร ควรยึดหลัก 3 ประการคือ การศึกษา การวิศวกรรม และการบังคับใช้กฎหมาย ผลงานของ กปอ. ในปัจจุบันไม่เป็นที่รู้จักของหน่วยงานภายนอกมากนัก และหน้าที่หลักในการประสานงานก็ทำให้บรรลุลำดับประสงค์ได้ยาก⁽⁴⁾

5. การบังคับใช้กฎหมายให้ได้ผลต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ร่วมรับรู้ด้วย เพื่อให้ประชาชนเกิดความเกรงกลัว ในต่างประเทศได้ใช้มาตรการนี้อย่างได้ผลมาแล้ว⁽⁵⁾ แต่ดูเหมือนยังไม่มีการนำมาใช้ในประเทศไทย

6. นอกจากมาตรการทางกฎหมายแล้ว การที่จะให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตามกฎหมาย ต้องมีมาตรการแรงจูงใจให้ประชาชนรับรู้กฎหมายและตระหนักถึงผลร้ายจากการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ทั้งจากอันตรายที่เกิดจากอุบัติเหตุ และจากการถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย การรณรงค์ดังกล่าวต้องทำต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน จนกว่าประชาชนได้ซึมซับความตระหนักดังกล่าวไว้ในจิตสำนึก การรณรงค์ดังกล่าวจำต้องใช้

ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคในสังคม งบประมาณประชาสัมพันธ์ที่จัดสรรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละปีมีลักษณะเป็นเบี้ยหัวแตก คือแบ่งกระจายไปในหน่วยงานแต่ละแห่งเป็นจำนวนน้อย ไม่สามารถรวบรวมให้ครอบคลุมในวงกว้างและต่อเนื่อง²⁴ ข้างฝ่ายต่างทำของตนเองทำนองค่าน้ำพริกละลายแม่ไก่ ไม่มีพลังต่อสู้คนอย่างแท้จริง นอกจากนั้นการใช้เงินของส่วนราชการก็ขาดความคล่องตัว ขาดการประสานงาน บางหน่วยงานมีการประสานกับองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้เกิดเครือข่ายหรือชุมชนที่เรียกว่า ประชาสังคม (Civil Society) ทำให้ปรากฏพลังต่อสู้คนได้ระดับหนึ่ง เช่น กิจกรรมของ จส. 100 เป็นต้น การเสริมสร้างประชาสังคมจึงเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งนำไปสู่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ว่าอย่างใด

ในต่างประเทศได้มีการใช้มาตรการทางกฎหมาย มาใช้ระดมทุนในการจัดตั้งกองทุนหรือมูลนิธิเพื่อนำเงินมาใช้ทำกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับการยับยั้งพฤติกรรมเมาสุราในหมู่ผู้ขับขี่ ประเทศนิวซีแลนด์ได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า Alcoholic Liquor Advisory Council Act, 1976 ให้จัดตั้งหน่วยงานอิสระที่เรียกว่า สภาที่ปรึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และมีการจัดตั้งกองทุนเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ (Alcoholic Liquor Fund) เพื่อนำเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการของสภา สภา มีวัตถุประสงค์ส่งเสริมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างพอดี และลดภัยพิบัติทางร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์อย่างเกินพอดี (misuse) สภา ดังกล่าวสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตลอดไป และสามารถเสริมสร้างความร่วมมือและประสานงานกับองค์กรต่างๆ ได้ดีกว่าหน่วยราชการ การใช้กฎหมายในลักษณะเช่นนี้ยังไม่เกิดขึ้นมากนักในประเทศไทย โดยเฉพาะในเรื่องการรณรงค์เพื่อลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุจากรถนั้น หากจะนำเอางบประมาณที่จัดสรรให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องไปใช้ในงานประชาสัมพันธ์ของ

ทุกหน่วยงานที่มีลักษณะเป็นเบี้ยหัวแตกดังกล่าวแล้ว นำมารวมกันเพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนสำหรับหน่วยงานอิสระที่ไม่มีลักษณะเป็นส่วนราชการน่าจะทำให้เกิดผลงานที่เป็นพลังต่อสังคมได้มากกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, วสันต์ ศิลปสุวรรณ, บุญยง เกียรติกับการค้า. 2538. รายงานการศึกษาศถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย และต่างประเทศ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 3(3): 170-180.
2. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2534. ยากับปัญหาจริยธรรม. แพทยสมาคม 20: 300-301.
3. ชีระ ลิ้มศิลา. อ้างแล้ว.
4. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2540. กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ: เครื่องมือที่ทรงประสิทธิภาพในการต่อต้านการโฆษณาบุหรี่ปรูปแบบต่างๆ. คลินิก 13(4): 237-240.
5. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2540. กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่. คลินิก 13(9): 566-568.
6. ชูชัย สุภวงค์, สุภากร บัวสาย, นวลอนันต์ สันติเกตุ. 2540. กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีห้องอาหารปรับอากาศ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 5(1): 58-67.
7. รองพล เจริญพันธ์. 2524. นิติปรัชญา พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 12-29.
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2537. การขึ้นภาษีบุหรี่ มาตรการจำเป็นเพื่อป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เกิดบุหรี่ปเพิ่มขึ้น. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2(1): 16-22.
9. วิชัย เอกพลากร. 2540. การสำรวจประจักษ์ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภาษีบุหรี่. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 5(3): 223-229.
10. นิคม จันทรวิฑูร. 2526. แรเงาและกฎหมายไทย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 9-24.
11. วิจิตรา พึ่งลัดดา. 2540. ย่อหลักกฎหมายแรงงาน พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม, 21-26.

12. เกษมสันต์ วิลาวรรณ. 2540. กฎหมายแรงงานสำหรับนักบริหาร พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 27-57.
13. บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ. 2540. ความรุนแรงของสถานการณ์ความปลอดภัยในสถานประกอบการ - บทเรียนจากเพลิงไหม้รถเคเบิ้ล ถึงรอยัล จอมเทียน. ใน: คนปลอดภัยต้องมาก่อน. กรุงเทพฯ: มุสนิธิอารมณ์ พงศ์พันธ์, 1-30.
14. ราชกิจจานุเบกษา 2541: 115: (8ก) 1-44 ลงวันที่ 20 กพ. 2541.
15. วิสุรย์ สิมะโชติ. 2540. กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535. ใน: คำบรรยายประกอบการฝึกอบรมวิชาการว่าความรุ่นที่ 14 เล่ม 5. กรุงเทพฯ: สำนักฝึกอบรมวิชาการว่าความแห่งสหภาพนายความ, 152-69.
16. ชมพูศักดิ์ พูลเกษ: วิสัยทัศน์ 2000/2020 ความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ. ใน: บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ, บก. แรงงานกับสังคมไทย บนเส้นทางแห่งการพัฒนา. รวมข้อเขียนในโอกาสครบรอบ 70 ปีอาจารย์นิคม จันทรวิฑูร. กรุงเทพฯ: มุสนิธิอารมณ์ พงศ์พันธ์, 199-214.
17. บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ. บทวิเคราะห์ระบบกฎหมายแรงงาน องค์การลูกจ้าง และระบบไตรภาคีในสังคมไทย. ใน: บัณฑิตย์ ธนชัยเศรษฐวุฒิ, บก. แรงงานกับสังคมไทย บนเส้นทางแห่งการพัฒนา รวมข้อเขียนในโอกาสครบรอบ 70 ปีอาจารย์นิคม จันทรวิฑูร. อ้างแล้ว 215-247.
18. จงดีจ เชาวน์วิไล. 2540. การเคลื่อนไหวจัดตั้งสถาบันคุ้มครองสุขภาพความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานต้องมาก่อน. กรุงเทพฯ: มุสนิธิอารมณ์ พงศ์พันธ์, 31-37.
19. องค์การแรงงานตำรายานชื่อ 5 หมื่นคน ยื่นร่าง พ.ร.บ.ความปลอดภัย. กรุงเทพฯธุรกิจรายวัน, 19 มีนาคม 2541: 3.

20. Pocket Thailand Public Health 1995. Bangkok. Alpha Research Co., Ltd. 1994: 64.
21. อัจฉริ์ ตันมยุรกุล. 2528. อุบัติภัยรณจักรยานยนต์. วารสารอุบัติเหตุ 4 (กันยายน-ตุลาคม): 9-13.
22. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ. 2537. วิทยาการระบาดและควบคุมอุบัติเหตุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
23. สมพล กฤตลักษณ์ และคณะ. 2517. แอลกอฮอล์ และอุบัติเหตุการจราจร. แพทยสมาคม 3: 281.
24. ชีรวิทย์ โกมลกุล. 2527. บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลแพ่ง 2522-2527. วารสารอุบัติเหตุ 3 (กันยายน-ตุลาคม): 7-19.
25. ชัยณรงค์ เศรษฐกิจ. 2528. บาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2527. วารสารอุบัติเหตุ 4 (พฤศจิกายน - ธันวาคม): 21-30.
26. วิวิติ พานิชพงษ์. 2531. ข้อมูลพื้นฐานของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ในระยะเวลา 20 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์วารสาร 32: 358-362.
27. เกรียงศักดิ์ พลิวจันทร์พัฒนา. 2537. ผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อ ครั้งที่ 1: ศูนย์พัฒนาควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
28. สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ. 2539. วิทยาการระบาดของอุบัติเหตุจราจรทางบก และการปฏิบัติในการลดอุบัติเหตุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 4(2): 138-145.
29. "ยามน้ำ." สารคดี 7 (มกราคม 2535): 113-124.
30. วิโรจน์ สุ่มใหญ่. 2528. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาน้ำกับการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับการจราจรในกลุ่มคนขับกลุ่มคนขับรถบรรทุกทางไกล.

วารสารสำนักงานปปส. 2 (มีนาคม - สิงหาคม): 19-31.

31. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2520. สุรากับการขับรถ. สารคดีวิรัช 29(3): 379-382.
32. คู่มือสารอ้างอิง ที่ 21 ของบทที่ 1
33. Posanau CS. 1994. Alcohol and motor vehicle accidents in the national capital district of Papua New Guinea. Med Law 13: 399-406.
34. พัชรีย์ สีโรต. 2541. เครื่องช่วยการป้องกันอุบัติเหตุจราจร (ทางบก): ปัญหาเชิงโครงสร้าง. เอกสารประกอบการประชุม (หมายเลข 12 บทความที่ 5) การประชุมวิชาการประเพณี ครั้งที่ 6 ธรรมศาสตร์ มหิดล กองทัพอากาศ เรื่องอุบัติเหตุและสาธารณสุขในประเทศไทย: ปัญหาและการจัดการ. 30 มกราคม. โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
35. ไทบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. การป้องกันอุบัติเหตุรถยนต์เพราะฤทธิ์สุรา. เอกสารสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.

บทที่ 3

กฎหมายกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตามที่กล่าวมาแล้วว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 ประการ คือ

1. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย
3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง
4. พัฒนากิจกรรมส่วนบุคคล
5. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

สำหรับกฎหมายนั้นเป็นเครื่องมือในข้อ 1 กล่าวคือเมื่อมีนโยบายจะใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพในด้านใด ก็ออกกฎหมายให้สามารถมีส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมในข้อ 2 ถึง 5 ให้มากที่สุด จนนำไปสู่เป้าหมายให้คนทุกคนมีความสามารถที่จะเลือกแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดีได้

สำหรับกฎหมาย 3 กลุ่มที่เลือกนำมาศึกษานั้น กฎหมายดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับการกิจกรรมในข้อ 5 เลย ดังนั้นจะขอวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายของไทยและต่างประเทศ ใน 3 กลุ่มดังกล่าวว่าจะมีผลต่อกิจกรรมในข้อ 2-4 อย่างไร ดังต่อไปนี้

3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมบริโภคยาสูบ

1. กฎหมายไทย ออสตราเลีย นิวซีแลนด์ และฟินแลนด์ มีหลักการที่คล้ายกันในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ยับยั้งพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้แก่ การควบคุมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การควบคุมการโฆษณา การลงโทษผู้สูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ แต่การบังคับใช้กฎหมายที่จะจับกุมผู้กระทำความผิดมาลงโทษทำได้ยาก และส่วนใหญ่ก็ไม่

รุนแรงพอที่จะทำให้ผู้ละเมิดกฎหมายบางกรงกลัวได้

ดังนั้นการที่จะให้คนไม่ละเมิดกฎหมาย จึงต้องเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ แล้วให้ชุมชนใช้มาตรการสังคม (social sanction) ควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อสนับสนุนกิจกรรมในการสร้างความตระหนักแก่ชุมชน กฎหมายของประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และฟินแลนด์ จึงกำหนดให้มีการจัดตั้งองค์กรอิสระขึ้นโดยได้รับเงินอุดหนุนจากภาษี และค่าธรรมเนียมจากธุรกิจผลิตภัณ์ยาสูบ และกำหนดให้องค์กรดังกล่าวทำกิจกรรมเพื่อรณรงค์ยับยั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งบางองค์กรที่เกิดขึ้นดังกล่าวยังมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย กฎหมายไทยยังไม่มีในส่วนนี้

2. กฎหมายสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะกฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย ก็มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรในรูปของกองทุนเพื่อสนับสนุนกิจการต่อต้านการบริโภคยาสูบ นอกจากนั้นรัฐธรรมนูญสหรัฐฯ สนับสนุนการคุ้มครองสิทธิของประชาชนไว้กว้างขวาง ทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่สามารถให้อัยการฟ้องบริษัทบุหรืเพื่อชดใช้ค่าเสียหายจากโรคที่เกิดจากบุหรืได้สำเร็จ

3. กฎหมายของประเทศนังคับให้มีค่าเตือนเกี่ยวกับผลร้ายของบุหรืไว้ที่ของบุหรื นับว่าเป็นส่วนที่พัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้ตระหนักถึงพิษภัยยาสูบ (สรุปย่อปรากฏในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลของกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบต่อยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ

กฎหมายของประเทศ	ผลต่อยุทธศาสตร์		
	สิ่งแวดล้อม เชื้ออ้วนวย	กิจกรรมชุมชน	พัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล
ไทย	✓	ไม่ชัดเจน	✓
ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์	✓	✓	✓
ฟินแลนด์			
สหรัฐอเมริกา	✓	✓	✓

3.2 กฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัย

1. กฎหมายไทยคล้ายกับกฎหมายญี่ปุ่น คือรัฐบาลกำหนดมาตรฐานต่างๆ ให้นายจ้างหรือผู้ประกอบการปฏิบัติ แล้วเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีอำนาจตรวจสอบให้มีการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ มาตรการเหล่านั้น เป็นกลไกที่จะเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพของลูกจ้างหรือคนงาน

กฎหมายญี่ปุ่นกำหนดให้นายจ้างต้องให้การศึกษาแก่คนงานและกระทรวงแรงงานได้ทำคู่มือการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานให้นายจ้างนำไปปฏิบัติแก่ลูกจ้าง นับว่าเป็นการส่งเสริมให้มีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ

2. กฎหมายของประเทศออสเตรเลีย เปิดโอกาสให้ลูกจ้างมีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการต่างๆ ในรูปของคณะกรรมการไตรภาคี และลูกจ้างจะต้องได้รับการฝึกอบรมและสอนเช่นกัน ดังนั้นจึงมีทั้งมาตรการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และส่งเสริมการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้วย

3. กฎหมายของสหรัฐอเมริกานั้นรัฐบาลกลางได้มีกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนให้รัฐและท้องถิ่นทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนงาน นับว่าเป็นการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งอีกทางหนึ่งด้วย นอกจากนี้การจะกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยต่างๆ ออกมา รัฐต้องเปิดโอกาส

ให้สาธารณชนได้ทำประชาพิจารณ์ก่อน นับว่าเป็นการเพิ่มการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเป็นอย่างดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลของกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยต่อยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ

กฎหมายของประเทศ	ผลต่อยุทธศาสตร์		
	สิ่งแวดล้อม เชื้ออำนาจ	กิจกรรมชุมชน	พัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล
ไทย	✓	ไม่มี	ไม่ชัดเจน
ญี่ปุ่น	✓	ไม่มี	✓
ออสเตรเลีย	✓	ไม่มี	✓
สหรัฐอเมริกา	✓	✓	✓

3.3 กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการใช้ถนน

เทคโนโลยีการคมนาคมและขนส่งยุคปัจจุบันทำให้มนุษย์สามารถเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ที่อยู่ห่างไกลได้โดยสะดวกและรวดเร็วเพิ่มขึ้นมาก ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ โดยเฉพาะทางบกนั้น มีการผลิตยานพาหนะที่มีความเร็วสูง มีถนนที่ราบเรียบ และกว้างยาวแผ่ขยายออกไป โดยไม่มีขอบเขตจำกัด ขณะเดียวกันอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยแก่ชีวิตมนุษย์ จากอุบัติเหตุการจราจรก็เกิดเพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับปริมาณของพื้นที่ของถนนที่ขยายออกไปเรื่อยๆ การที่รัฐต่างๆ ได้ออกกฎหมาย กำหนดกฎเกณฑ์ในการใช้รถใช้ถนน เช่น กำหนดให้ผู้ขับรถต้องมีใบอนุญาตขับขี่โดยมีการสอบทั้งปฏิบัติและข้อเขียน นับได้ว่ากฎหมายดังกล่าวบังคับให้มีการเพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคลให้มีความสามารถในการใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย และการที่กฎหมายวางกฎเกณฑ์และระเบียบต่างๆ ให้ผู้รับใช้รถปฏิบัติในขณะขับรถก็ถือได้ว่าเป็นการเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพในการใช้รถใช้ถนน ทั้ง 2 กรณีนับได้ว่าเป็นกิจกรรม

การส่งเสริมสุขภาพตามปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพ (แนวใหม่) ที่กล่าวไว้ในตอนต้น

อย่างไรก็ดี ประเทศที่เข้าถึงปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริงนั้น ต้องถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของสังคมร่วมกันที่จะต้องลดอันตรายจากอุบัติเหตุจากการจราจรให้ได้มากที่สุดโดยใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวด เพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยตามสมควร และต้องใช้การณรงค์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงอันตรายจากอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน การรณรงค์ต้องกระทำอย่างกว้างขวาง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคของสังคม และต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการตำหนิผู้ป่วยที่ประสบอันตราย (victim blaming) มาเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม (social responsibility) ดังนั้นบางประเทศจึงใช้มาตรการทางกฎหมายมาเป็นเครื่องมือเพื่อระดมทุนอีกส่วนหนึ่งด้วย การใช้กฎหมายเพื่อระดมทุนดังกล่าวจะมีผลต่อความต่อเนื่องของกิจกรรม การสร้างเครือข่ายประชาสังคมและการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง การใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวด และใช้เพื่อระดมทุนมากระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกในชุมชนทุกระดับ จึงจะถือได้ว่ากฎหมายมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง

สำหรับประเทศไทย ความเชื่อเรื่องพรหมลิขิต เรื่องดวง หรือ เป็นไปตามดวง ของคนบางกลุ่มในสังคมไทย อาจมีส่วนทำให้คนเหล่านั้นเชื่อว่า การประสบอุบัติเหตุเป็นไปตามดวงหรือถึงคราวเคราะห์ของผู้ประสบภัยเอง เขาเหล่านั้นจึงขาดความตระหนักว่าอุบัติเหตุจราจรนั้นสามารถหลีกเลี่ยงหรือลดความสูญเสียลงได้ถ้าเขาปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด การที่กฎหมายไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างเคร่งครัดจริงจึง อาจมีสาเหตุสำคัญมาจากผู้บริหารกฎหมายและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายทุกระดับยังยึดติดกับแนวคิดเรื่องตำหนิผู้ประสบภัยเองว่าเป็นความผิดของเขาเหล่านั้น มากกว่าความรู้สึกว่าเป็นความบกพร่องของสังคมที่ไม่สามารถป้องกัน

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในแต่ละคราวได้ ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้ดูจะสอดคล้องกับรายงาน การศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศที่สรุปว่า ประเทศไทยขาดการเผยแพร่และสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพ ของผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (ดู เอกสารอ้างอิงลำดับ 1 ของบทที่ 2) ดังนั้นภาพรวมจะมีผลต่อการส่งเสริม สุขภาพได้จริง ต้องให้ผู้บริหารทุกระดับของทุกหน่วยงานได้ตระหนักถึง ปรวิธนาการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันให้ต้องแท้

อนุสนธิจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมในศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา ทำให้โรงงานสมัยใหม่เกิดขึ้นมากมายในประเทศอุตสาหกรรมทั้งหลาย ขณะเดียวกันโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงานดังกล่าวก็เกิดเพิ่มมากขึ้นด้วย ประเทศกำลังพัฒนาที่รับเอาอุตสาหกรรมเข้ามาเพื่อพัฒนาประเทศ เช่น ประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันก็ได้รับผลกระทบดังกล่าว โรคและอุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น สินค้าอุตสาหกรรมทั้งที่ผลิตภายในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ เช่น บุหรี่ และยานพาหนะความเร็วสูง ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

ประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้นำมาตรการทางกฎหมายมาใช้เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อเฝ้าระวังและบำบัดโรคและอันตรายจากอาชีวอนามัย เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและสุขภาพจากการใช้รถใช้ถนน บางประเทศตระหนักถึงปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ออกกฎหมายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยเฉพาะในปัญหา 3 ประการที่ยกมาพิจารณาดังกล่าวมาแล้ว

สำหรับประเทศไทย จากการทบทวนบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ กฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัย และกฎหมายคุ้มครองความปลอดภัยและสุขภาพผู้ใช้รถใช้ถนน พบว่าสาระสำคัญที่เป็นหลักการของกฎหมายดังกล่าว มีความคล้ายคลึงกับกฎหมายของประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคงได้รับแนวคิดมาจากกฎหมายของประเทศเหล่านั้น แต่กฎหมายไทยไม่มีกระบวนการที่จะส่งเสริมให้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ มาตรการบรรเทาผลกระทบเพื่อการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้คนเห็นความสำคัญของกฎหมายในการคุ้มครอง

สิทธิของผู้ไม่ได้บริโภคยาสูบ ปัจจุบันรัฐปล่อยให้มันเป็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการรณรงค์ดังกล่าว ซึ่งแม้จะทำได้ในระดับหนึ่งแต่หากรัฐได้มีส่วนเข้ามาช่วยหนุนด้วย โดยการระดมทุนและผลักดันการใช้กฎหมายอย่างจริงจังโดยผ่านเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ย่อมสามารถทำให้โรคที่สัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบลดลงได้

สำหรับกฎหมายเกี่ยวกับอาชีวอนามัยก็เช่นกัน การใช้กฎหมายโดยเคร่งครัดต้องทำพร้อมๆ กันกับการปลูกจิตสำนึกให้นายจ้าง และลูกจ้าง มีเจตจำนงร่วมกันอย่างแท้จริงในอันที่จะป้องกันสุขภาพ และความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อขจัดโรคและอันตรายที่เกิดจากการทำงานในโรงงานแต่ละโรงให้ลดน้อยลงมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ขณะเดียวกันต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเริ่ม رصدกวาดค้นให้ผู้ประกอบการแต่ละประเภทปฏิบัติตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้อย่างจริงจัง

ส่วนกฎหมายคุ้มครองความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ใช้รถใช้ถนนนั้น กลไกการบังคับใช้ขาดประสิทธิภาพอย่างยิ่ง เพราะไม่มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยในการหาพยานหลักฐานที่แม่นยำพอตั้งแต่แรก ปัจจุบันเครื่องมือเครื่องใช้และกำลังคนยังขาดความสมบูรณ์อยู่มาก และประการสำคัญ การรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกในหมู่ประชาชนให้ปฏิบัติตามกฎหมายยังกระทำกันไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร และขาดการระดมทุนที่จะนำค่าใช้จ่ายในการอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพใน 3 ประการที่นำมาศึกษานั้น ไม่ส่งผลในการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง เหตุที่เป็นเช่นนั้นเพราะผู้บริหารทุกระดับขาดวิสัยทัศน์ในการส่งเสริมสุขภาพ ตามปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ผู้บริหารดังกล่าวคงมีแนวคิดไม่ต่างไปจากคนส่วนใหญ่ในสังคมไทยที่ไม่เอียงไปในการตำหนิผู้ป่วย หรือผู้บาดเจ็บ (victim blaming) ว่าเป็นความบกพร่องของเขาเหล่านั้นเอง แทนที่จะเกิดจิตสำนึกว่า ความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการฉ้อโกงนั้นเกิด

ขึ้นเพราะความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) สังคมต้อง
หาทางเยียวยาหรือบำบัดความสูญเสียที่เกิดขึ้นให้ได้ผลอย่างจริงจัง

หากผู้บริหารทุกระดับเกิดจิตสำนึกดังกล่าว จะนำไปสู่การปฏิบัติดัง
ต่อไปนี้

ก) กำหนดนโยบายและเป้าหมายให้ชัดเจน และผลักดันการปฏิบัติ
ตามแผนให้ลงไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ให้ได้

ข) ผลักดันการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อม
ที่เอื้ออำนวยต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

ค) จัดการระดมทุนเพื่อการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนต่างๆ
มีส่วนร่วมเข้ามามีความรับผิดชอบร่วมกันในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็น
อันตรายต่อสุขภาพทุกประเภท เช่น ให้มีการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของผู้บริโภคยาสูบให้รบกวนหรือก่อให้เกิดการ
เสี่ยงอันตรายแก่ผู้อื่น ให้สหภาพแรงงานเข้ามามีส่วนร่วมในการ
บริหารความปลอดภัยในสถานประกอบการ ให้ประชาชนมีการ
ใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย เป็นต้น

ง) การรณรงค์ให้เกิดจิตสำนึกขึ้นในหมู่ประชาชนต้องทำต่อเนื่อง
ยาวนาน หรือมาๆ กับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดจะนำไป
สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละคน นั่นคือการพัฒนา
ทักษะส่วนบุคคลให้ทันยุคกับมาตรการความปลอดภัยในเรื่อง
ต่างๆ เหล่านั้นได้ การรณรงค์ในระยะยาวดังกล่าว อาจต้องใช้

มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยระดมทุนและทรัพยากรอื่นๆ ด้วย

การปฏิบัติใน 4 ข้อข้างต้น ก็คือการบวนการในการเพิ่มสมรรถนะให้
ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตน ภายใต้สิ่ง
แวดล้อมของการพัฒนาอุตสาหกรรมและการถ่ายเทของสินค้าจากส่วนต่างๆ
ของโลก ภายในระบบการค้าเสรีเช่นปัจจุบัน นั่นคือปรัชญาของการส่งเสริม
สุขภาพยุคใหม่

ตอนที่ 3

การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

นวลอนันต์ ตันติเกตุ
กิตยา มั่งเรือน
จงกล เลิศเขียรดำรง
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

มีผู้กล่าวว่า "วิกฤต" ระบบสาธารณสุขไทยจำแนกเป็น 2 ประการคือ

1. ประชาชนเจ็บป่วย เสียชีวิต ด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้
2. ระบบบริการมีสัมฤทธิ์ผลต่อต้นทุนต่ำ มีราคาแพง (Less Cost-effectiveness) และช่วยลดการเจ็บป่วยได้น้อย

ขณะที่การแก้ไขวิกฤตที่ 2 อาจจำเป็นต้องอาศัยการปฏิรูประบบบริการ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งชี้แจงว่า ยุทธศาสตร์หลักของการลดอัตราการป่วย เสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยสาเหตุที่ป้องกันได้ คือ "การส่งเสริมสุขภาพ" (Health Promotion)

แต่จะมีผู้ใดทราบหรือไม่ว่าในแต่ละปี ประเทศได้ลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพมากน้อยเพียงไร เปรียบเทียบกับผลที่ได้รับแล้วคุ้มค่าและเพียงพอหรือไม่ หากไม่ ควรลงทุนเพิ่มเท่าไร ในเรื่องใด ยังไม่มีคำตอบในเรื่องนี้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2 ระหว่าง วันที่ 6-8 พฤษภาคม พ.ศ. 2541 เรื่อง "ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน" จึงถือเป็นโอกาสเหมาะที่จะได้ทบทวนค่าใช้จ่ายด้านการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับประเทศไทยว่า ในสิบปีประมาณ 2535, 2537 และ 2539 ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และมีแนวโน้มเป็นอย่างไรในอนาคต

ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพ (Health Expenditure) ถือเป็นเครื่องมือวัดว่าประเทศใช้ทรัพยากรเพื่อกิจกรรมสุขภาพเท่าไร การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Financing for Health Promotion) ถือเป็นเครื่องมือวัดว่าประเทศหนึ่งๆ มีค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมากน้อยเพียงไร

คณะวิจัยพบว่า การจัดทำ "การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" ครั้งนี้ คงสะท้อนให้เห็นภาพรวมนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในช่วงที่ผ่านมา

1. บทนำ

1.1 เหตุผลและความจำเป็นของการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

แม้ว่าสถานะสุขภาพของประชาชนไทยจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น เช่น อัตราตายของมารดาและทารกลดลง และอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ แล้ว ดัชนีเหล่านี้ยังไม่น่าพอใจนัก เมื่อพิจารณาประกอบกับรายจ่ายเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีการจ่ายงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขร้อยละ 8 ของงบประมาณประเทศ และมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 5 ของรายได้ประชาชาติ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ในขณะที่เพื่อนบ้านเช่น ประเทศมาเลเซีย มีรายจ่ายเพื่อสุขภาพเพียงร้อยละ 3 ของรายได้ประชาชาติ นับว่าประเทศไทยมีการลงทุนในเรื่องสุขภาพสูงเมื่อเทียบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่สูงนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการเลือกใช้บริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

จากการศึกษาของธนาคารโลกพบว่า หากประเทศด้อยพัฒนามีการลงทุนในกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนทางสุขภาพสูงคือ กิจกรรมด้านการสาธารณสุข (public health) อันได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การอนามัยโรงเรียน การควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การโภชนาการและการวางแผนครอบครัว การควบคุมพาหะนำโรค การป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จัดระบบกำกับและการเฝ้าระวังโรค จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพที่สำคัญได้อย่างมาก แต่ในความเป็นจริงแล้วประเทศด้อยพัฒนามีการใช้จ่ายในกิจกรรมเหล่านี้น้อยกว่ากิจกรรมบริการทางคลินิก (clinical services) อื่นๆ ที่มีประสิทธิผลต่ำกว่าและให้ผลตอบแทนสุขภาพไม่สูง เช่น การรักษาโรคทางหลอดเลือดหัวใจ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคทางประสาทและจิตเวช ซึ่งโรคเหล่านี้ทั้งหมดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ควรใช้เงินไม่เกิน 6 เหรียญสหรัฐต่อคน แต่กลับมีการ

ใช้จ่ายสูงถึง 13-15 เหรียญสหรัฐต่อคน

สำหรับประเทศไทย งบประมาณด้านสุขภาพในภาครัฐมีมูลค่าสูงและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7 ประเทศไทยมีงบประมาณด้านสุขภาพในภาครัฐในแต่ละช่วง 5 ปี จาก 45 พันล้านบาท เป็น 74 พันล้านบาท และ 224 พันล้านบาทตามลำดับ (วิโรจน์และคณะ, พ.ศ. 2540) สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณไปยังกิจกรรมการรักษาพยาบาล, กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เท่ากับร้อยละ 58.54, 17.25 และ 10.12 ตามลำดับ ในแผนพัฒนาฉบับที่ 5¹ และปรับเปลี่ยนเป็น ร้อยละ 55.53, 19.29 และ 11.76 ในแผนพัฒนาฉบับที่ 7² แสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมามีการจัดสรรงบประมาณเพื่อรักษาพยาบาลมากกว่าเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และมีแนวโน้มว่าสัดส่วนเพื่อการรักษาจะลดลง แต่ก็ยังคงความแตกต่างกันอยู่มาก

ในศตวรรษหน้า โรคและสภาวะทางสุขภาพที่จะเป็นภาระหนักที่สุดของประชากรโลก คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า อุบัติเหตุจราจรทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคถุงลมโป่งพอง โรคต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค (หทัยจิตานนท์, พ.ศ. 2540)

1.2 กลยุทธ์ใหม่ “การส่งเสริมสุขภาพ”

“การส่งเสริมสุขภาพ” คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อดูแลส่งเสริมให้สุขภาพตน

1 สัดส่วนข้างต้นแตกต่างจากผลการศึกษารึ้นนี้ เนื่องจากการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพรวมความตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การควบคุมและป้องกันการติดยาเสพติด การสาธารณสุขมูลฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภค

2 เช่นเดียวกับ 1

เองดีขึ้น ไม่จำกัดเพียงการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่รวมไปถึงสภาวะ และทรัพยากรพื้นฐานต่างๆที่เอื้อต่อการเกิดสุขภาพที่ดี (องค์การอนามัยโลก) นับว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระแสนิยมของการสาธารณสุขที่นานาประเทศ ชาญับ มาตราการส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาระบบ สุขภาพทั่วโลก

แนวคิดเรื่อง "การส่งเสริมสุขภาพ" กำลังเข้ามามีบทบาทในฐานะ "การ สาธารณสุขแนวใหม่" (new public health) เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีการ ลงทุนต่ำเมื่อเทียบกับผลตอบแทนทางด้านสุขภาพที่ได้รับ ดังตัวอย่างจาก ประเทศที่ได้มีการลงทุนทางด้าน การส่งเสริมสุขภาพแล้วพบว่า นอกจากจะ ได้รับผลตอบแทนคือคุณภาพชีวิตดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายเพื่อ การรักษาพยาบาล ตลอดจนลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอื่นๆ ทำให้ สามารถกระจายทรัพยากรแก่ประชากรกลุ่มด้อยโอกาสมากขึ้น

ในประเทศนิวซีแลนด์ การควบคุมการบริโภคยาสูบตั้งแต่ปีค.ศ. 1975 -1996 สามารถลดจำนวนคนที่ต้องตายจากบุหรี่ลงได้รวมกันถึงกว่า 10,000 คน และช่วยให้ผู้ที่อาจจะต้องเสียชีวิตจากบุหรี่มีอายุยืนยาวขึ้นคนละ 14 ปี โดยรัฐบาลได้ลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องนี้เฉลี่ยปีละ 2 ล้าน ดอลลาร์ แต่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลงปีละ 80 ล้าน ดอลลาร์ และรัฐบาลยังมีรายได้เพิ่มจากภาษีบุหรี่ (Murray Laugesen อ้างใน สรรส., พ.ศ. 2540)

Vic Health ของประเทศออสเตรเลียได้ลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเงิน 121 ล้านดอลลาร์ ในช่วงปี 1987-1992 ได้รับผลประโยชน์ทาง เศรษฐกิจคือ ผลผลิตเพิ่มขึ้นจากการมีอายุการผลิตรายานยนต์ที่ ยืนยาวขึ้น คุณภาพ ชีวิตที่สูงขึ้นจากการไม่เจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ประหยัดลง (Neville Norman อ้างใน สรรส., พ.ศ. 2540)

สหราชอาณาจักรได้กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์หลัก ในการจัดทำแผนสาธารณสุขแห่งชาติปีค.ศ. 1992 ในเขตอังกฤษตะวันตก

ได้มีการวิเคราะห์ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงจะช่วยลดรายจ่ายการรักษาพยาบาลได้มาก

1.3 การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ภายใต้กระแสโลก "การสาธารณสุขแนวใหม่" ประเทศไทยจำเป็นต้องเรียนรู้แนวความคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุขไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการวางแผนและพัฒนานโยบายเพื่อดำเนินการในสิ่งที่มีประสิทธิภาพและได้ผลตอบแทนสูง

การศึกษาเรื่อง "การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" จะทำให้ทราบถึงสถานะการคลังปัจจุบันว่า ประเทศไทยมีการใช้จ่ายในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมากเพียงใด และมีแนวโน้มอย่างไร รวมไปถึงค่าใช้จ่ายสำหรับสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน ข้อมูลเหล่านี้รวมกับการณีกิจการจำนวนหนึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

1.4 ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษากการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับกำหนดนิยามและขอบเขตของการศึกษา ใช้แบบอย่างการศึกษา "บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537" (อติศวรร์ หลายสูงไทย และคณะ, พ.ศ. 2540) และ "แบบแผนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, พ.ศ. 2540) รวมทั้ง "เทศบาลในบริบทการกระจายอำนาจแห่งยุคสมัย" (ชัยอนันต์ สมุทวณิช) เป็นแนวทางหลักในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

1.4.1 นิยาม “ส่งเสริมสุขภาพ” และกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

“การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น” (องค์การอนามัยโลก แปลโดย หทัย ชิตานนท์, พ.ศ. 2540)

ใน Toward a Framework for Health Promotion ขององค์การอนามัยโลก ได้รวบรวมความหมายและกลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการประเมินผลไว้อย่างหลากหลายดังนี้

- เป็นกลยุทธ์ซึ่งมุ่งเป้าที่จะให้ข้อมูล ชูใจ ช่วยเหลือบุคคลและองค์กร เพื่อให้มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นและเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพกายและใจอย่างเข้มข้นขึ้น “A strategy aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health” (Lalonde, 1974)
- เป็นการค้นหามาตรการของชุมชนและบุคคลซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่จะยกระดับและสร้างไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี “Seek the development of community and individual measures which can help (people) to develop lifestyles that can maintain and enhance the state of well-being” (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979)
- เป็นการผสมผสานการให้สุศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางเศรษฐกิจ การเมือง และองค์กร ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่จะยกระดับหรือคุ้มครองสุขภาพ “Any combination of health education and relates organizational, political and economic interventions

designed to facilitate behavioral and environment adaptations that will improve or protect health" (Green, 1980)

- เป็นกระบวนการที่จะเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมและยกระดับสุขภาพของตน "The process of enabling people to increase control over, and to improve their health" (WHO, 1984, 1987; Epp, 1986)
- เป็นการทำให้สุขภาพดีขึ้นและธำรงไว้ซึ่งภาวะที่มีสุขภาพดีโดยการนำแผนงาน บริการ และนโยบายที่มีประสิทธิภาพไปปฏิบัติ "The maintenance and enhancement of existing levels of health through the implementation of effective programs, services, and policies" (Goodstadt et al., 1987)
- เป็นศาสตร์และศิลป์ของการช่วยให้ผู้คนเลือกวิถีชีวิตซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่พอเหมาะพอควร "The science and art of helping people choose their lifestyles to move toward a state of optimal health" (O' Donnell, 1989)
- เป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถของบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น "The process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health" (Nutbeam, 1986; Stachtechenko and Jenicek, 1990)
- เป็นความพยายามร่วมกันระหว่างการศึกษา, การป้องกันโรค และการคุ้มครองสุขภาพ เพื่อยกระดับความมีสุขภาพดีและป้องกันการเจ็บป่วย "Efforts through the overlapping spheres of health education, prevention and health

protection to enhance positive health and prevent ill-health" (Downie, Fyfe and Tannahill, 1990)

- เป็นกิจกรรมหรือแผนงานซึ่งออกแบบมาเพื่อปรับปรุงภาวะความเป็นอยู่ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น
"Any activity or program designed to improve social and environment living conditions such that people's experience of well-being is increase" (Labonte and Little, 1992)
- เป็นการผสมผสานการให้ความรู้ การเกื้อหนุนทางองค์การ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ภาวะความเป็นอยู่และพฤติกรรมของบุคคล กลุ่มบุคคล และชุมชน เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
"Any combination of educational, organizational, economic, and environmental supports for conditions of living and behavior of individuals, group or communities conducive to health" (Green and Ottoson, 1994)

1.4.2 บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติปีพ.ศ. 2537

ในการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (อติศรวิทย์ หลายชูไทย และคณะ, พ.ศ. 2540) คณะผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการจาก WHO National Health Account Template, OECD Health Data Base และ US National Health Account นำมากำหนดคำนิยามและรูปแบบระบบบัญชีสุขภาพแห่งชาติ อันประกอบด้วย แหล่งจ่ายเงิน (financing agencies) และ ประเภทรายจ่าย (types of expenditure)

ในส่วนของแหล่งจ่ายเงิน ประกอบด้วยตัวแทน 12 หน่วยดังนี้ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงอื่นๆ ที่ใช้จ่ายเพื่อการสาธารณสุข, กระทรวงการคลังในส่วนของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ, กทม.

เทศบาลและสุขาภิบาล, รัฐวิสาหกิจ, สำนักงานประกันสังคม, สำนักงาน กองทุนเงินทดแทนแรงงาน, บริษัทประกันสุขภาพเอกชน, สวัสดิการรักษ าพยาบาลจากนายจ้าง, บริษัทประกันภัยที่รับประกันจากครัวเรือนตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ, ครัวเรือน, และมูลนิธิไม่แสวงกำไร

ประเภทรายจ่ายสุขภาพ ผู้วิจัยจำลองตารางของ Mach&Abel-Smith และ OECD classification ที่ได้มีการจัดประเภทรายจ่ายไว้มา ปรับปรุงให้เหมาะสมกับรูปแบบการสาธารณสุขของไทย แบ่งรายจ่ายเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ รายจ่ายเพื่อการบริโภค (consumption expenditure) และรายจ่ายเพื่อการสะสมทุน (capital expenditure) โดยรายจ่ายเพื่อ การบริโภคจำแนกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ รายจ่ายสำหรับงานบริหาร จัดการ, รายจ่ายเพื่อซื้อบริการจากสถานพยาบาลภาครัฐ, รายจ่ายเพื่อซื้อ บริการจากสถานพยาบาลภาคเอกชน, รายจ่ายในโครงการที่เกี่ยวข้องกับ การสาธารณสุข

จากการศึกษานี้พบว่า ในปี 2537 ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพทั้งสิ้น 128,305.11 ล้านบาท (ไม่รวมรายจ่ายสำหรับการผลิตและพัฒนาบุคลากร ทางการแพทย์และสาธารณสุข) เป็นรายจ่ายเพื่อการบริโภคร้อยละ 84 และรายจ่ายเพื่อการสะสมทุนร้อยละ 16 สำหรับรายจ่ายเพื่อการบริโภคนั้น เป็นรายจ่ายด้านการบริหารร้อยละ 5.9, รายจ่ายเพื่อซื้อบริการจากสถาน พยาบาลภาครัฐร้อยละ 36, รายจ่ายเพื่อซื้อบริการจากสถานพยาบาลภาค เอกชนร้อยละ 32, และเป็นรายจ่ายโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ร้อยละ 9 รายจ่ายเพื่อการบริโภคด้านสุขภาพนั้นคิดเป็นร้อยละ 3 ของ GDP

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งการคลังพบว่า ร้อยละ 49 จ่ายจากแหล่งการคลัง ภาครัฐ ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการจัดสรรทรัพยากร (ร้อยละ 28) สำหรับภาคเอกชนมีรายจ่ายคิดเป็นร้อยละ 51 โดยมีครัว เรือนเป็นหน่วยหลักในการใช้จ่าย (ร้อยละ 44)

1.4.3 แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐในแผนพัฒนาการ สาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7

แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7 ศึกษาการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของภาครัฐทั้งหมด เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเสมอภาคของการจัดสรรงบประมาณไปสู่กิจกรรมสาธารณสุขต่างๆ และความสอดคล้องกับแนวนโยบายในแผนพัฒนา

การกระจายงบประมาณตามแผนงาน/โครงการไปยังรายจ่าย 11 ประเภท ซึ่งกำหนดขึ้นโดยยี่สิบวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการเป็นหลัก ได้แก่ รายจ่ายเพื่อการบริหารจัดการ, รายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล, รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ, รายจ่ายในการควบคุมและป้องกันการติดยาและสารเสพติด, รายจ่ายเพื่อการควบคุมและป้องกันโรค, รายจ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ, รายจ่ายเพื่อการผลิตและพัฒนาบุคลากร, รายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน, รายจ่ายเพื่อการคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค และรายจ่ายในการศึกษาวิจัย และสร้างตารางแสดงการกระจายงบประมาณไปยังพื้นที่ต่างๆ 4 ประเภท ได้แก่ ส่วนกลาง เทศบาล สุขาภิบาล และนอกสุขาภิบาล

ผู้วิจัยได้ใช้ดุลพินิจกำหนดสัดส่วนเพื่อกระจายงบประมาณไปตามประเภทรายจ่ายหากแผนงาน/โครงการบางอันมีวัตถุประสงค์มากกว่า 1 ประเภท เช่นเดียวกับการกำหนดสัดส่วนกระจายไปยังพื้นที่ที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนั้น สัดส่วนที่กระจายไปยังกิจกรรมและพื้นที่เหล่านี้ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการจัดทำงานงบประมาณและนักวิเคราะห์นโยบายและแผนแล้ว ผลสรุปของการศึกษาได้นำเสนอไว้ในบทนำแล้ว

1.4.4 เทศบาลในบริบทการกระจายอำนาจแห่งยุคสมัยและเทศบัญญัติ

ชัยอนันต์ สมุทวณิช ได้ศึกษาเรื่อง เทศบาลในบริบทการกระจายอำนาจแห่งยุคสมัย นำเสนอภาพรวมของการกระจายอำนาจว่ามีปัญหาอย่างไร รวมไปถึงแนวทางในการแก้ไข และได้นำเสนอกรณีศึกษาเทศบาล 5 แห่ง เป็นการสำรวจข้อมูลทั่วไปและวิเคราะห์ปัญหาทางด้านการคลังของเทศบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาที่แสดงแนวทางการดำเนินงาน โครงสร้างการบริหาร และระบบการคลังของเทศบาลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ระบบการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในส่วนของเทศบาล

ปัจจุบันการปกครองท้องถิ่นแบ่งเทศบาลออกเป็น 3 ระดับ คือ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล ขึ้นอยู่กับพื้นที่ จำนวนประชากร และรายได้ ในด้านการคลัง เทศบาลมีแหล่งรายรับ 2 แหล่ง คือ รายได้ที่จัดเก็บเองในท้องถิ่น และเงินอุดหนุนจากรัฐบาล ส่วนที่เป็นรายจ่าย จะกำหนดไว้ใน เทศบัญญัติ¹ ซึ่งจัดทำเพื่อแสดงงบค่าใช้จ่ายประจำปี

เทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ค่าแถลงประกอบงบประมาณรายจ่าย ส่วนที่ 2 งบประมาณรายจ่ายแต่ละประเภท ตามแผนงาน งานและหมวดรายจ่าย ส่วนที่ 3 รายละเอียดงบประมาณ และส่วนที่ 4 รายละเอียดงบประมาณรายแผนงาน รูปแบบการจัดทำเทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายของเทศบาลแต่ละระดับต่างกันเพียงแผนงานโครงการเท่านั้น

ในการศึกษาการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในส่วนของเทศบาลผู้วิจัยศึกษารายละเอียดงบประมาณรายแผนงานเพื่อจัดประเภทรายจ่ายรายแผนงานของเทศบาลให้ได้ตามคำจำกัดความของรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแต่ละประเภทที่กำหนดไว้ โดยยึดวัตถุประสงค์ของงานเป็นเกณฑ์สำคัญ

2 วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งที่จ่ายจากภาครัฐ และครัวเรือนไทยระหว่างปี 2535-2539 โดยเปรียบเทียบกับจำนวนประชากร, รายได้ประชาชาติ, รายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล, ศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบรายจ่ายเพื่อการบริโภคกับการสะสมทุน และวิเคราะห์รายจ่ายครัวเรือนในการบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2.2 ขอบเขตการศึกษาและแหล่งข้อมูล

การศึกษากครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสารและการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีรายงานปรากฏอยู่แล้ว โดยใช้ข้อมูลในปี 2535, 2537 และ 2539 จากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้

- ก) รายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ใช้ฐานข้อมูลจากเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปี (สำนักงานประมาณ)
- ข) รายจ่ายของกรุงเทพมหานคร ใช้ฐานข้อมูลจากเอกสารงบประมาณกรุงเทพมหานครโดยสังเขป (กองงบประมาณ สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร)
- ค) รายจ่ายของเทศบาล ใช้ฐานข้อมูลที่ปรากฏในเทศบัญญัติประจำปี ซึ่งได้รับข้อมูลจากเทศบาลตำบล 29 แห่ง เทศบาลเมือง 49 แห่งและเทศบาลนคร 6 แห่ง รวม 84 แห่ง จากเทศบาลจำนวน 148 แห่ง
- ง) รายจ่ายของครัวเรือน ใช้ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (SES) สำรวจโดยกองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

2.3 วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาประกอบด้วย

- ก) ทบทวนนิยามของการส่งเสริมสุขภาพ โดยอ้างอิงคำนิยามเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ได้มีการยอมรับในระดับสากลอันได้แก่ Ottawa Charter และ Toward a Framework for Health Promotion ของ WHO เป็นหลักในการกำหนดขอบเขตการวิเคราะห์
- ข) ทบทวนระเบียบวิธีในการวิเคราะห์การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยปรับจากการศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ของอดิศักดิ์ ทยกุลไทย และคณะ (พ.ศ. 2540) กำหนดประเภทกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยยึดตามวัตถุประสงค์เป็นหลัก (ดูนิยามระดับปฏิบัติการ)
- ค) การวิเคราะห์รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมประเภทต่างๆ โดยจำแนกรายจ่ายไปยังกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพประเภทต่างๆ สำหรับงานโครงการที่ให้ผลทางอ้อมจะกำหนดสัดส่วนที่จะกระจายให้แก่การส่งเสริมสุขภาพ (allocation factor)
- ง) การวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเด็นที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ รวมทั้งนำตัวเลขดังกล่าวเปรียบเทียบกับดัชนีที่สำคัญอื่นๆ เพื่อให้เห็นสถานะการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
- จ) เลือกกรณีศึกษาเพื่อเป็นตัวอย่างในการนำ "การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" ไปใช้วิเคราะห์ประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณ

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงตารางหุ่น (dummy table) ของการศึกษา "บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ" (National Health Account) โดยกำหนดแหล่งจ่ายเงิน (financing agencies) เป็น 4 หน่วยได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข,

กระทรวงอื่นๆที่มีแผนงานโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ, กรุงเทพมหานครและเทศบาล (ไม่รวมสุขาภิบาล) และรายจ่ายครัวเรือน

และได้กำหนดประเภทรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 2 ส่วน คือ รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค (consumption expenditure) และ รายจ่ายเพื่อการสะสมทุน (capital expenditure)

รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคในการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกเป็น 5 กลุ่ม 23 ประเภทรายจ่าย ดังนี้

1. รายจ่ายสำหรับงานโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

1. อานามัยแม่และเด็ก (Mother and child health)
2. สิ่งแวดล้อม (Environmental health)
3. อานามัยโรงเรียน (School health)
4. โภชนาการ (Nutrition)
5. สุขภาพจิต (Mental health)
- 6.ทันตสุขภาพ (Dental health)
7. สาธารณสุขศึกษา (Health education and behavior)
8. อาชีวอนามัย (Occupational health)
9. สุขพลานามัย (Physical health)
10. น้ำสะอาด (Safe water)

11. สันทนาการ (Recreation)

11. รายจ่ายสำหรับงานโครงการ/กิจกรรมควบคุมป้องกันโรค (Disease control)

12. ควบคุมโรคติดต่อทั่วไป (General communicable disease control)
13. ควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ (Specific communicable disease control)

14. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunisation)
15. ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ (AIDs)
16. ควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Non communicable disease control)
17. การสุขาภิบาล (Sanitation)

III. รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับยาเสพติด (Addiction)

18. การควบคุมป้องกันยา/สารเสพติด (Addiction control)
19. การส่งเสริมสุขภาพผู้ติดยา/สารเสพติด (Health promotion for the addict)

IV. รายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care)

20. การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care)

V. รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection)

21. ด้านอาหาร (Food)
22. ด้านยา (Drug)
23. เครื่องสำอาง (Cosmetics)
24. อื่นๆ (Others)

รายจ่ายเพื่อการสะสมทุนในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นงบลงทุน คือ หมวดครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ของแผนงานที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ผู้วิจัยยึดถือคำนิยามของรายจ่ายเพื่อการสะสมทุนตามสำนักงานประมาณซึ่งเป็น annual outlay expenditure ที่ไม่ได้มีการคำนวณค่าเสื่อมราคาของรายจ่ายนี้ และเป็นงบที่จัดสรรในหมวดที่ดิน ครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง ที่จ่ายในปีนั้นๆ เท่านั้น

เมื่อกำหนดแหล่งจ่ายเงิน (financing agencies) และ ประเภทรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (type of health promotion expenditure) แล้ว ผู้วิจัยได้สร้างตารางหุ่นขึ้น 2 ตารางเพื่อแจกแจงตัวเลขการคลัง

เพื่อการส่งเสริมสุขภาพไปตามประเภทของกิจกรรมที่ปรากฏในปี 2535, 2537 และ 2539 โดยตารางที่ 1 แสดงแหล่งจ่ายเงินทั้ง 4 แหล่ง และประเภทรายจ่าย 5 กลุ่ม ส่วนตารางที่ 2 เป็นส่วนขยายตารางแรกโดยจำแนกรายละเอียด และแจกแจงประเภทรายจ่ายทั้ง 5 กลุ่ม เป็น 23 ประเภทรายจ่าย

2.4 ข้อจำกัด

อุปสรรคสำคัญของการวิจัยอยู่ที่ฐานข้อมูลงบประมาณที่ไม่เอื้ออำนวย คำนียามการส่งเสริมสุขภาพที่กินความค่อนข้างกว้างเป็นผลให้เกิดปัญหาในขั้นตอนการจำแนกงาน/โครงการไปยังกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามในระดับปฏิบัติการเพื่อจำแนกงาน/โครงการตามวัตถุประสงค์ไปยังกิจกรรม นอกจากนี้ในบางงาน/โครงการมีงานอื่นที่นอกเหนือจากการส่งเสริมสุขภาพแฝงอยู่หรือมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้มากกว่า 1 ประเภท ผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วนกระจายไปยังกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวได้มีการกำหนดไว้ในการศึกษาแบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7 (วิโรจน์และคณะ, พ.ศ. 2540) และได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญแล้วมาเป็นเกณฑ์ในการกระจายงบประมาณของงาน/โครงการไปยังกิจกรรม

ความพยายามในการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกับประเทศอื่นๆ ทำได้ยากเนื่องจากนิยามและการตีความกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ การประเมินการลงทุนในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อผลลัพธ์ที่ได้นั้นมีข้อจำกัดในการวัด outcome เพราะยังไม่เคยมีการประเมินในเรื่องนี้อย่างจริงจัง ข้อมูลที่มีไม่สามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงให้เห็นภาพดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ในส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้าสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพของภาครัฐและเอกชนในประเทศไทยโดยยกกรณียาสูบและ
เอชไอวีเป็นตัวอย่าง

2.5 คำนิยาม

นิยามทั่วไป

“การส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion)

กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการ
ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้คนมีสุขภาพดีขึ้น
ครอบคลุมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค

“การคลัง” (Financing)

การหาภได้ซึ่งแหล่งทุน การจัดสรร และการใช้ไปซึ่งเงินทุนในด้าน
ต่างๆ

“การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Financing for Health Promotion)

การหาภได้ซึ่งแหล่งทุน การจัดสรร และการใช้ไปซึ่งเงินทุนเพื่อการ
ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค โดยครอบคลุมทั้งแหล่งทุนของ
ภาครัฐและเอกชน ในกิจกรรมที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการส่งเสริม
สุขภาพ

“แหล่งจ่ายเงิน”

ผู้จ่ายเงินเพื่อซื้อสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและ
ควบคุมป้องกันโรคโดยตรง ซึ่งในการศึกษานี้ได้แก่ ก) กระทรวงสาธารณสุข
ข) กระทรวงอื่นๆ ที่มีแผนงานโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
ค) กรุงเทพมหานครและเทศบาล (ไม่รวมสุขาภิบาล) ง) รายจ่ายครัวเรือน

แม้ว่าอาจจะมีผู้จ่ายเงินอื่นนอกเหนือจากทั้ง 4 แหล่งข้างต้น เช่น
ประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน หรือเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศที่
จัดสรรให้แก่องค์การสาธารณสุขประโยชน์ แต่แหล่งต่างๆ ตามที่ได้กล่าวถึงนั้น

มีงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ไม่มาก รวมทั้งมีความจำกัดในการได้มาซึ่งข้อมูล จึงไม่ได้รวมผู้จ่ายเหล่านั้นไว้ในการศึกษาครั้งนี้

นิยามระดับปฏิบัติการ (เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ)

“รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค” (consumption expenditure)

รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้แล้วหมดไป ไม่มีอายุการใช้งาน ประกอบด้วย รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การควบคุมป้องกันโรค, เกี่ยวกับยาเสพติด, การสาธารณสุขมูลฐาน, และการคุ้มครองผู้บริโภค

“รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ”

รายจ่ายในด้านการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก, การส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดี, การอนามัยโรงเรียน, การโภชนาการ, การส่งเสริมสุขภาพจิต, ทัศนสาธารณสุข, สุขศึกษาและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, อาชีวอนามัย, การส่งเสริมพลานามัย, น้ำสะอาด, สวนหย่อม สวนสาธารณะ

“รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมควบคุมป้องกันโรค” (disease control)

รายจ่ายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ รวมทั้งการให้ภูมิคุ้มกันโรค และการสุขาภิบาล

“รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมเกี่ยวกับยาเสพติด” (addict)

รายจ่ายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมและป้องกันการติดยาเสพติด ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการบำบัดรักษา

“รายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน” (primary health care)

รายจ่ายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมให้เกิดการสาธารณสุขมูลฐาน “รายจ่ายสำหรับงาน/โครงการ/กิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค” (consumer protection) รายจ่ายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร, ยา, เครื่องสำอาง,

สารเสพติด, เครื่องมือแพทย์

“รายจ่ายเพื่อการสะสมทุน” (capital expenditure)

รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นการซื้อครุภัณฑ์ ทรัพย์สินถาวรที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ในนิพจน์ๆ โดยไม่คำนึงถึงค่าเสื่อมราคา การศึกษาไม่มีปรากฏเพียงรายจ่ายของภาครัฐเท่านั้น

“รายจ่ายของครัวเรือนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ”

รายจ่ายที่ครัวเรือนใช้เพื่อซื้อสินค้าบริการซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปีที่ศึกษาได้แก่ รายจ่ายสำหรับทันตสุขภาพ (ยาสิฟัน แปรงสีฟัน), รายจ่ายสำหรับสุขภาพอนามัย (รองเท้าผ้าใบ ค่าเล่นกีฬา อุปกรณ์การกีฬา และเครื่องบริหารร่างกาย), รายจ่ายสำหรับน้ำสะอาด (น้ำประปา), รายจ่ายสำหรับการควบคุมป้องกันโรคติดต่อทั่วไป (มุ้ง ฝา ฝาชีฟอก น้ำยาซักล้าง สบู่ฟอกผิว แชมพู ยาฆ่าแมลง/วิธพิษ/เชื้อโรค), รายจ่ายสำหรับสุขภาพจิต (กระดาษชำระและกระดาษเช็ดมือ ผ้าอนามัย ค่าขนขยะ ไม่กวาดและไม่ถูพื้น) โดยปรับจากรายจ่ายต่อเดือนต่อครัวเรือน เป็นรายจ่ายรวมทุกครัวเรือนต่อปี

“รายจ่ายครัวเรือนสำหรับสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ”

รายจ่ายที่ครัวเรือนใช้เพื่อซื้อสินค้าซึ่งมีอันตรายต่อสุขภาพจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปีที่ศึกษา ได้แก่ รายจ่ายสำหรับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่ย โดยปรับจากรายจ่ายต่อสัปดาห์ต่อครัวเรือน เป็นรายจ่ายรวมทุกครัวเรือนต่อปี

3. ผลการศึกษา

3.1 การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างของการวิเคราะห์การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งระบุแหล่งจ่ายเงินและประเภทรายจ่ายต่างๆ ในปี 2539 โดยภาพรวมรายจ่ายประมาณครึ่งหนึ่งเป็นไปเพื่อการควบคุมป้องกันโรครายจ่าย 1 ใน 3 เป็นไปเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายจ่ายประมาณ 1 ใน 10 เป็นไปเพื่อการสะสมทุน

ครัวเรือนเป็นแหล่งจ่ายเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 63) รองลงมาคือกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 24)

งบประมาณส่วนใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 36) รองลงมาคือ การควบคุมป้องกันโรค และการสะสมทุน งบประมาณของกระทรวงอื่นๆ เป็นไปเพื่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 52) งบประมาณของเทศบาลและ กทม. เป็นไปเพื่อการควบคุมป้องกันโรคมากที่สุด (ร้อยละ 45) และรายจ่ายจากครัวเรือนเป็นไปเพื่อการควบคุมป้องกันโรคมากที่สุดเป็น 2 เท่าของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 2 แสดงสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแยกตามประเภทรายจ่าย 23 รายการ ในปี 2539 เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าแต่ละกิจกรรมนั้นมีแหล่งจ่ายเงินจากที่ใด ในสัดส่วนเท่าไร เช่น รายจ่ายส่วนใหญ่ของกิจกรรมทันตสุขภาพ สุขพลานามัย น้ำสะอาด และการควบคุมโรคติดต่อทั่วไป มาจากครัวเรือน รายจ่ายส่วนใหญ่ของกิจกรรมสันติภาพ การมาจากเทศบาลและกทม. กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบรายจ่ายสำหรับกิจกรรมอนามัยแม่และเด็ก สุขภาพจิต อาชีวอนามัย การควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่เพียงผู้เดียว และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการคุ้มครองผู้บริโภค

ตารางที่ 1 ราชจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจากแหล่งจ่ายเงินต่างๆในปี 2539

ประเภทราชจ่าย	แหล่งจ่ายเงิน								รวม	
	สาธารณสุขุ		กระทรวงอื่นๆ		เทศบาลนคร กทม.		ครัวเรือน		รวม	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
ราชจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค	14,445.81	74.16	3,381.78	65.93	4,468.66	83.66	51,301.94	100	73,598.19	98.58
I. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	7,218.45	36.83	2,693.23	52.48	1,671.24	31.34	17,803.39	33.14	28,386.36	34.94
II. การควบคุมป้องกันโรค	5,541.89	29.39	648.71	12.66	2,382.38	44.68	34,298.55	66.86	43,173.53	53.14
III. อนามัยจิต	0.94	0	38.83	0.75	19.62	0.37			59.39	0.07
IV. การสาธารณสุขชุมชน	1,278.11	6.56			325.48	6.1			1,603.59	1.97
V. การคุ้มครองผู้บริโภค	307.39	1.58			61.94	1.15			369.33	0.45
ราชจ่ายเพื่อการสะสมทุน	5,833.45	25.84	1,748.80	34.10	871.17	16.34			7,654.42	9.42
รวม	19,490.26	100	5,131.58	100	5,339.83	100	51,301.94	100	81,245.61	100
%	23.98		6.32		6.56		63.14		100	

ตารางที่ 2 ร้อยละของรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจากแหล่งจ่ายเงินต่างๆ ในปี 2539

ประเภทรายจ่าย	แหล่งจ่ายเงิน				รวม	
	สุขภาพชุมชน	อื่นๆ	เทศบาลนคร	ครัวเรือน	จำนวน	%
รายจ่ายดำเนินการ/ เพื่อการอุปโภคบริโภค	19.6	4.6	6.1	69.7	73,591.19	90.6
1. งาน/โครงการ/กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	24.7	9.5	5.9	59.9	28,386.36	34.9
1. อนามัยแม่และเด็ก	100.0	0.0	0.0	0.0	3,142.37	3.9
2. สิ่งแวดล้อม	41.7	0.0	58.3	0.0	1,665.06	2.0
3. อนามัยโรงเรียน	0.0	100.0	0.0	0.0	186.59	0.2
4. โภชนาการ	28.6	71.4	0.0	0.0	2,888.15	3.6
5. สุขภาพจิต	100.0	0.0	0.0	0.0	829.70	1.0
6. ทันตสุขภาพ	8.4	0.0	0.7	90.9	6,563.62	8.1
7. สุขศึกษาและพฤติกรรม	97.3	0.0	2.7	0.0	717.70	0.9
8. อาชีวอนามัย	100.0	0.0	0.0	0.0	156.07	0.2
9. สุขภาพอนามัย	0.0	9.7	6.3	84.0	4,117.36	5.1
10. น้ำสะอาด	1.6	0.0	0.0	98.4	7,695.99	9.5
11. สิ่งนันทนาการ	0.0	10.8	89.2	0.0	423.75	0.5
12. งาน/โครงการ/กิจกรรม ควบคุมป้องกันโรค	13.5	1.5	5.5	79.4	43,172.53	53.1
12. ควบคุมโรคติดต่อทั่วไป	2.4	0.0	0.2	97.4	29,909.28	36.8
13. ควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ	100.0	0.0	0.0	0.0	2,020.12	2.5
14. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	100.0	0.0	0.0	0.0	1,269.11	1.6
15. ควบคุมและป้องกัน โรคเอดส์	61.1	38.5	0.4	0.0	1,659.77	2.0
16. ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	97.7	2.3	0.0	0.0	488.20	0.6
17. สุขาภิบาล	4.3	0.0	29.6	66.2	7,826.05	9.6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเภทรายจ่าย	แหล่งจ่ายเงิน				รวม	
	สาธารณสุข	อ.อื่นๆ	เทศบาลนคร	ครัวเรือน	ล้านบาท	%
III. งานโครงการ/กิจกรรม	1.6	65.4	33.0	0.0	59.39	0.1
เกี่ยวกับยาเสพติด						
18. การควบคุมป้องกัน	0.0	73.3	26.7	0.0	36.69	0.0
ยาเสพติด						
19. การส่งเสริมสุขภาพ	4.1	52.7	43.2	0.0	22.70	0.0
ผู้ติดยาเสพติด						
IV. การสาธารณสุขมูลฐาน	79.7	0.0	20.3	0.0	1,603.59	2.0
V. งานโครงการ/กิจกรรม	83.3	0.0	16.8	0.0	369.33	0.5
คุ้มครองผู้บริโภค						
20. ด้านอาหาร	57.6	0.0	42.4	0.0	145.96	0.2
21. ด้านยา	100.0	0.0	0.0	0.0	110.10	0.1
22. ด้านเครื่องสำอาง	100.0	0.0	0.0	0.0	43.62	0.1
23. ด้านอื่นๆ	100.0	0.0	0.0	0.0	69.65	0.1
รายจ่ายเพื่อการสะสมทุน	65.8	22.9	11.4	0.0	7,654.41	9.4
รวม	24.0	6.3	6.6	63.1	81,245.61	100.0

หมายเหตุ ร้อยละในหมวดแหล่งจ่ายเงินเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายรวมในแต่ละกิจกรรม
ร้อยละในหมวดสุดท้ายเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด

3.2. แนวโน้มการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

เปรียบเทียบภาพรวม "การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" ระยะเวลา 3 ช่วงปี คือ ปี 2535, 2537 และ 2539 พบว่ารายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 50 พันล้านบาทในปี 2535 เป็น 66 พันล้านบาทในปี 2537 และ 81 พันล้านบาทในปี 2539 แหล่งจ่ายเงินที่มีสัดส่วนของรายจ่ายเพิ่มขึ้นคือกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ทำให้สัดส่วนรายจ่ายของครัวเรือนลดลง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเปรียบเทียบปี 2535, 2537 และ 2539

หน่วย: ล้านบาท

ประเภทรายจ่าย	แหล่งจ่ายเงิน														
	กระทรวงสาธารณสุข			กระทรวงอื่นๆ			เทศบาลนคร กทม.			ครัวเรือน			รวมทั้งหมด		
	2535	2537	2539	2535	2537	2539	2535	2537	2539	2535	2537	2539	2535	2537	2539
รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค	88.5	85.8	74.2	56.1	56.3	65.9	80.9	76.1	83.7	100.0	100.0	100.0	95.5	93.0	90.6
I. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	44.6	42.6	36.0	34.5	30.4	32.5	11.1	13.4	31.3	36.0	34.7	33.1	35.6	35.7	34.9
II. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง	34.1	33.2	38.0	17.7	1.8	12.7	61.4	55.1	44.7	64.0	65.3	66.9	57.5	54.6	53.1
III. ยาเสพติด	0.1	0.0	0.0	1.9	2.2	0.8	0.3	0.3	0.4				0.1	0.2	0.1
IV. การจัดการอุบัติเหตุ	7.5	7.8	6.6				5.7	4.9	6.1				1.8	1.9	2.0
V. การคุ้มครองผู้บริโภค	2.1	2.1	1.6				2.4	2.4	1.2				0.5	0.6	0.5
รายจ่ายเพื่อการสนับสนุน	11.5	14.3	25.8	43.9	43.7	34.1	19.1	24.0	16.3				4.5	7.0	9.4
รวม (ปีละบาท)	8,732	13,238	19,489	1,133	3,782	5,132	3,776	4,594	5,332	36,310	65,874	51,302	48,261	65,874	81,346
%	17.5	20.1	24.0	2.3	5.7	6.3	7.6	7.0	6.6	72.7	67.2	63.1	100.0	100.0	100.0

รายจ่ายเพื่อการสะสมทุนเพิ่มจากร้อยละ 4.5 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 9.4 ในปี 2539 ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคมีแนวโน้มลดลง รายจ่ายเพื่อการควบคุมป้องกันโรคมียืดส่วนสูงสุดตลอดช่วงเวลาที่ทำการ ศึกษา แต่มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่รายจ่ายเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมี สัดส่วนคงเดิม

กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนของรายจ่ายเพื่อสะสมทุนเพิ่มขึ้นมาก ในปี 2539 ทำให้สัดส่วนของงบประมาณเพื่อบริการส่งเสริมสุขภาพลดลง จากร้อยละ 44.6 ในปี 2535 เหลือร้อยละ 36.0 ในปี 2539 ในขณะที่ กระทรวงอื่นๆ มีสัดส่วนของงบประมาณเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่ม ขึ้นจากร้อยละ 34.5 ในปี 2535 เป็นร้อยละ 52.5 ในปี 2539

เทศบาลและ กทม. มีสัดส่วนของรายจ่ายเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าจากปี 2535 ถึงปี 2539 ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายเพื่อ การควบคุมป้องกันโรคลดลง ส่วนรายจ่ายของครัวเรือนไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

3.3. เปรียบเทียบการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

3.3.1 เปรียบเทียบรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product) และประชากร

รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวม ภายในประเทศมีค่าค่อนข้างคงที่ในช่วงปี 2535-2537 คืออยู่ระหว่างร้อยละ 1.76-1.8 การเพิ่มเป็นร้อยละ 2.62 ในปี 2539 เนื่องจาก GDP ที่ประมาณ การมีค่าลดลง (ตารางที่ 4)

แต่เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ต่อหัวประชากร (per capita) จะพบว่าเพิ่มจาก 864 บาทต่อคนในปี 2535 เป็น 1,114 บาทต่อคนในปี 2537 และ 1,354 บาทต่อคนในปี 2539

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product) และประชากร ปี 2535, 2537 และ 2539

	ปี 2535	ปี 2537	ปี 2539
GDP * (ล้านบาท)	2,834,677	3,634,848	3,095,041 **
จำนวนประชากร (ล้านคน)	57.79	59.10	60
รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (ล้านบาท)	49,951.32	65,873.83	81,245.61
ภาครัฐ	13,641.23	21,582.3	29,943.67
ภาคเอกชน	36,310.09	44,291.53	51,301.94
(ร้อยละของ GDP)	(1.76)	(1.80)	(2.62)
(บาทต่อหัวประชากร)	(864.36)	(1,114.62)	(1,354.09)

* ข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

** ข้อมูลประมาณการ

3.3.2 เปรียบเทียบงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กับงบประมาณอื่นๆ

งบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 2.96 ของงบประมาณประเทศในปี 2535 และเพิ่มเป็นร้อยละ 3.45, 3.55 ในปี 2537 และ 2539 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

แม้ว่าประเทศไทยจะให้ความสำคัญต่อการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณให้แก่กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.31 ของงบประมาณประเทศในปี 2535 เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.20 และ 6.71 ในปี 2537 และ 2539 ตามลำดับ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยมีสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้อยู่ที่ร้อยละ 34-36 ของงบประมาณทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบสัดส่วนของงบประมาณสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพแล้วกลับลดลงจากร้อยละ 15.90 จากปี 2535 เหลือร้อยละ 14.52 และ 12.41 ในปี 2537 และ 2539 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกับงบประมาณอื่นๆ ในปี 2535 , 2537 และ 2539 หน่วย : ล้านบาท

	ปี 2535	ปี 2537	ปี 2539
งบประมาณประเทศ*	460,400	625,000	843,200
งบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในภาครัฐ (ร้อยละของงบประมาณประเทศ)	13,641.23 (2.96)	21,582.3 (3.46)	29,943.67 (3.56)
งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข*	24,462.40	38,773.18	56,545.88
(ร้อยละของงบประมาณประเทศ)	(5.31)	(6.20)	(6.71)
งบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล ของก.สาธารณสุข **	12,697.08	20,144.69	28,134.69
(ร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข)	(51.90)	(51.96)	(49.76)
งบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของก.สาธารณสุข	8,731.56	13,205.68	19,480.26
(ร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข)	(35.69)	(34.06)	(34.45)
งบประมาณกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของก.สาธารณสุข	3,890.2	5,631.25	7,018.49
(ร้อยละของ งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข)	(15.90)	(14.52)	(12.41)

* แหล่งข้อมูล: งบประมาณโดยสังเขป สำนักงบประมาณ

** แหล่งข้อมูล: แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5-6-7 (วิจารณ์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2540)

3.4 รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของครัวเรือน

นอกจากครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแล้วยังมีรายจ่ายเพื่อการบริโภคสินค้าที่ชัดเจนว่าเป็นสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และยาสูบ จากรายงานรายจ่ายครัวเรือนใน 1 ปีพบว่า ผู้วิจัยได้ประมาณการรายจ่ายดังกล่าวเป็นรายจ่ายรายปีของทุกครัวเรือน

ในปี 2535 ครัวเรือนบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพรวม 51.9 พันล้านบาท ลดลงเหลือ 41.7 พันล้านบาทในปี 2537 และเพิ่มขึ้นเป็น 73.4 พันล้านบาทในปี 2539 การจ่ายเงินสำหรับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีมากกว่ายาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี 2539 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากปี 2537 ถึงเท่าตัว (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 รายจ่ายเพื่อบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของครัวเรือน ปี 2535, 2537 และ 2539 หน่วย : ล้านบาท

สินค้า	ปี 2535	ปี 2537	ปี 2539
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	31,613.79	23,836.92	45,046.02
ยาสูบ	20,314.24	17,910.61	28,413.24
รวม	51,928.03	41,747.53	73,459.26

แหล่งข้อมูล รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2535, 2537 และ 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความแตกต่างในรายจ่ายที่ลดลงในปี 2537 แล้วกลับเพิ่มขึ้นสูงในปี 2539 นั้นมีคำอธิบายจากสำนักงานสถิติแห่งชาติว่า มีการใช้คำถามแบบหยาบ (สั้น) สลับกับคำถามอย่างละเอียด (ยาว) สลับกัน เพื่อลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนในเรื่องความจำเป็นสำหรับสินค้าบริโภค คำถามในปี 2535 และ 2539 จะเป็นคำถามอย่างละเอียด จำแนกรายจ่ายสำหรับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็น เหล้า ไวน์ เบียร์ และอื่นๆ จำแนกรายละเอียดสำหรับยาสูบเป็น บุหรี่ ซิการ์ ยาเส้น และอื่นๆ และโดยการให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกเป็นรายวัน ทุกวันใน 1 ปีพบว่า

ตารางที่ 7 แสดงรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และ รายจ่ายสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ของครัวเรือน ปี 2535, 2537 และ 2539 หน่วย : บาทต่อเดือนต่อครัวเรือน

ประเภทรายจ่าย	ปี 2535	ปี 2537	ปี 2539
รายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล	226.09	261.53	343.07
รายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	201.84	233.28*	260.23
รายจ่ายสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ*	266.36	202.88	343.96

แหล่งข้อมูล : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปี 2535 2537 และ 2539 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

* ออกรายงานเป็นรายจ่ายรายสัปดาห์รายครัวเรือนผู้วิจัยปรับตัวเลขเป็นรายจ่ายต่อเดือนต่อครัวเรือน

จากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปี 2535 และ 2539 พบว่า ในแต่ละเดือนครัวเรือนมีรายจ่ายสำหรับสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากกว่ารายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ยกเว้นในปี 2537 ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจด้วยคำถามแบบสั้น

4. การวิเคราะห์กรณีศึกษา

4.1. การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

ปัญหาเอดส์นับเป็นปัญหาระดับประเทศก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไข การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์รูปแบบในการดำเนินงาน การจัดสรรงบประมาณ และประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา

4.1.1 ประวัติ วิวัฒนาการ รูปแบบการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

ในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ กองทุนโรคเอดส์เป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหา ต่อมาในปี 2530 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการควบคุมโรคเอดส์และอนุกรรมการต่างๆ ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยเหตุที่ปัญหาเอดส์จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายๆ หน่วยงานจึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานในปี 2533 ต่อมาเปลี่ยนให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขาธิการ ตั้งงบประมาณทั้งหมดไว้ที่สำนักนายกรัฐมนตรี

ในปี 2535 ได้มีการกำหนดให้มีฝ่ายเลขานุการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักนายกรัฐมนตรีขึ้นเพื่อประสานความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกันเพื่อความร่วมมือประสิทธิภาพและตรงกับความสามารถความถนัดของหน่วยงานนั้นๆ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในส่วนของการรักษาพยาบาลและการให้การรักษาคูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ ส่วนการประชาสัมพันธ์หรืองานทางสังคมต่างๆ อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักนายกรัฐมนตรี

ในปี 2536 สำนักนายกรัฐมนตรีได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2535-2539) ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงาน ประกอบด้วยแผนงานประชาสัมพันธ์และให้การศึกษา แผนงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู แผนงานคุ้มครองสิทธิของประชาชน แผนงานศึกษาวิจัยและประเมินผล โดยมีสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานทางสังคม และกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลรักษา

ในปี 2539 มีข้อเสนอให้จัดตั้งกองทุนการบริหารจัดการปัญหาโรคเอดส์ขึ้น เพื่อให้มีการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งเสริมให้เกิดการประสานร่วมมือกับภาคธุรกิจในการรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยโรคเอดส์ป้องกันและรักษาโรคเอดส์ให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุดให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามได้มีการชะลอการร่างระเบียบกองทุนนี้ไว้ แล้วนำไปรวมกับการจัดตั้งมูลนิธิเอดส์แห่งชาติ จากความพยายามในการปรับปรุงโครงการการบริหารงานและงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างต่อเนื่องนี้ชี้ให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วมช่วยเหลือส่งเสริมกันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

4.1.2 งบประมาณเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

ในปีพ.ศ. 2539 การจัดสรรงบประมาณและการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ดำเนินการภายใต้แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2538-2539 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งได้มีการจัดสรรงบประมาณไปยังส่วนราชการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องรวม 9 หน่วยงาน โดยแต่ละหน่วยงานมีงบประมาณของตนเองรวมทั้งมีการบริหารงบประมาณด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม

ก็ตามได้มีการจัดตั้งอนุกรรมการและคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อประสานงานระหว่างหน่วยงาน งบประมาณเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ประจำปีงบประมาณ 2539 เท่ากับ 2,057 ล้านบาท จัดสรรให้กับกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขเป็นจำนวนสูงที่สุด (ร้อยละ 69) รองลงมาคือ ทบวงมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 12) กระทรวงมหาดไทย (ร้อยละ 8) กระทรวงแรงงานฯ (ร้อยละ 4) สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงยุติธรรม และสำนักอัยการสูงสุด ได้รับการจัดสรรในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในปี 2539 จำแนกแผนงานออกเป็น 6 แผนงาน โดยงานด้านส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงที่สุดคือ 1,350.9 ล้านบาท หรือร้อยละ 66 งานป้องกันด้านพฤติกรรมและสังคมได้รับการจัดสรรรองลงมาคือ ร้อยละ 14 ส่วนงานด้านศึกษาวิจัยและการบริการให้คำปรึกษาได้รับความสนใจน้อยที่สุด (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงงบประมาณแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จำแนกตามแผนงานปีงบประมาณ 2539

แผนงานปี 2539	จำนวน (ล้านบาท)	ร้อยละ
1. งานป้องกันด้านพฤติกรรมและสังคม	284.74	14.33
2. งานส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์	1,350.90	65.67
3. งานจัดบริการให้คำปรึกษา	32.99	1.60
4. งานส่งเสริมสุขภาพอยู่ร่วมสันและมาตรการทางกฎหมาย	54.39	7.51
5. งานศึกษาวิจัยและประเมินผล	50.43	2.45
6. งานพัฒนากลไกการบริหารจัดการ	173.65	8.44
รวมงบประมาณ	2,057.10	100
ที่มา: กองโรคเอดส์		

4.1.3 กิจกรรมภาครัฐ

จากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไปยังหน่วยงานต่างๆ ตามแผนงานข้างต้นนั้น แต่ละหน่วยงานได้มีการจัดทำแผนงานของตนโดยมีการประสานงานเพื่อหลีกเลี่ยงการซ้ำซ้อนของกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมาย (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 กิจกรรมหลักของส่วนราชการต่างๆของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ปี 2539

หน่วยงาน	กิจกรรม
1. สำนักงานปลัดกระทรวงเคหะ	
1.1 สำนักงานปลัดสำนักงานเคหะ	ทำสื่อประชาสัมพันธ์ตามกลุ่มเป้าหมาย
1.2 กรมประชาสัมพันธ์	ทำสื่อประชาสัมพันธ์ทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือนิตยสาร ผู้ใช้แรงงาน เยาวชน แม่บ้าน ประชาชน
2. กระทรวงสาธารณสุข	
2.1 สำนักงานปลัดกระทรวง	รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ป้องกันแบบครบวงจรตลอด สู่สร้างหอผู้ป่วยโรคเอดส์ พัฒนาระบบการบริการ
2.2 กรมการแพทย์	อบรมเป็นวิทยากรโรคเอดส์แก่บุคลากรและพระ ราชานุศิษย์เชื้อ/ผู้ป่วย อบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา จัดทำคู่มือมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์
2.3 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ขยายบริการชันสูตรเพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ ตรวจคุณภาพถุงยางอนามัย
2.4 กรมอนามัย	เผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์ในแม่และเด็ก ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ป้องกันการเสียชีวิตจากแม่สู่ทารกโดยไม่ตั้งใจ พัฒนาศูนย์การให้ความรู้กับวัยรุ่น

หน่วยงาน	กิจกรรม
2.5 กรมควบคุมโรคติดต่อ	เผยแพร่การประชาสัมพันธ์ การศึกษา การป้องกัน การคิดรูปแบบกรอบจักรวาล พัฒนารายงานเชิงยุทธศาสตร์ พัฒนาเครือข่ายการให้คำปรึกษาสนับสนุนและดูแลผู้บาดเจ็บ จัดเครือข่ายสิ่งคมสงครามที่แม่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย กลุ่มครอบครัวประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ พัฒนาการเฝ้าระวังติดตามเฝ้าระวังองค์การเอกชน
3. กระทรวงมหาดไทย	อบรมพัฒนาการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ ประเมินผลการให้คำปรึกษา พัฒนารูปแบบการดูแลด้านจิตใจสิ่งคมแม่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ อบรมผู้ไม่กลุ่มชาวประมง สร้างอาสาสมัครเผยแพร่รณรงค์เรื่องเอดส์ คัดเลือกอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รณรงค์ชุมชน และหมู่บ้าน
4. กระทรวงศึกษาธิการ	
4.1 สำนักปลัดกระทรวงฯ	ประเมินผลความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ใน นร. นศ. ประสานการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุม
4.2 กรมการฝึกหัดครู	ตั้งชมรมอาสาป้องกันโรคเอดส์ของ นศ. และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเอดส์
4.3 กรมศาสนา	ส่งเสริมเห็นคุณค่าบรรพชาของแม่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยในการฝึกสมาธิ
4.4 กรมพลศึกษา	สร้างแกนนำนศ. ส่งเสริมพัฒนารูปแบบแนวทางการเปิดโอกาสกิจกรรมเสียง ศึกษาท่าใหม่ทางเพศ
4.5 กรมวิทยาศาสตร์	พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่ม รร. ส่วนกลาง
4.6 กรมศิลปากร	แสดงนาฏศิลป์เผยแพร่เรื่องโรคเอดส์
4.7 กรมสามัญศึกษา	ทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนป้องกันและควบคุมฯ
4.8 กรมอาชีวศึกษา	รณรงค์ป้องกันเอดส์ของสถานศึกษา รณรงค์ป้องกัน สิ่งเสพติด

หน่วยงาน	กิจกรรม
4.9 สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาเอกชน	โครงการโรคเอดส์ในสถานศึกษา สื่อ ประกวดเรียงความ
4.10 สถาบันเทคโนโลยี ราชมงคล	อบรมกลุ่มผู้เฒ่านักศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับเอดส์
4.11 กรมการศึกษา นอกโรงเรียน	พัฒนาปรับปรุงชุดวิชาเอดส์
4.12 สำนักงานคณะกรรมการ การวัฒนธรรมแห่งชาติ	ทำนุบำรุงวัฒนธรรมป้องกันโรคเอดส์ สื่อทางโทรทัศน์
4.13 สำนักงานคณะกรรมการ การประถมศึกษาแห่งชาติ	สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมป้องกันโรคเอดส์ แก่ นร. ประถม
5. หน่วยงานวิทยุวิทยุ	
5.1 สำนักงานปลัดทบวงฯ	ประชุม/สัมมนาเผยแพร่ความรู้ ศึกษาวิจัย ประเมินผล การรณรงค์ใช้ AZT การใช้ Condom ป้องกัน
5.2 มหาวิทยาลัยต่างๆ	ตรวจวิจัยและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและ การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัว ประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการให้คำปรึกษา รณรงค์วัดโรคเอดส์ บริหารจัดตั้งหน่วยประสานงาน เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุของมีดของบุคคลากรทาง การแพทย์ อบรมแกนนำศ.เผยแพร่ในชุมชน
6. กระทรวงกลาโหม	
6.1 สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	อบรมวิทยากรให้คำปรึกษาฝ่ายนายข้าราชการ ในกระทรวง ประเมินผลความรู้และทัศนคติที่มีต่อ ผู้ติดเชื้อเอดส์ และการอยู่ร่วมกัน เน้นกลุ่มนิคมทหารผ่านศึก
6.2 กองทัพบก	อบรมเพื่อเสนอเพื่อนในกองทหาร รักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ อบรมเทคนิคให้คำปรึกษา ประเมิน/ตรวจสุขภาพทหาร

หน่วยงาน	กิจกรรม
6.3 กองทัพเรือ	รณรงค์ป้องกันการค้ามนุษย์โดยใช้ธงยางบนฉวยตรวจใกล้กับเรือ สงเสริมการอยู่ร่วมกันสำรวจทัศนคติ
6.4 กองทัพอากาศ	อบรมการอยู่ร่วมกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการค้ามนุษย์แบบครอบครัวภาคใต้ทำปฎิบัติงานนอกเวลาราชการ สนับสนุนและส่งเสริมการที่ครอบครัวสามารถค้ามนุษย์
7 กระทรวงแรงงาน	
7.1 กรมจัดหางาน	อบรมเผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์แก่ผู้ใช้แรงงาน/ข้าราชการ
7.2 กรมประชาสัมพันธ์	ทำโครงการรณรงค์หัวใจท่งไกลในชุมชนแออัด 100 ครอบครัว อบรมเรื่องยาเสพติดกับเยาวชน ด้วยโอกาส เวรอน สร้างนิคมสร้างตนเอง ชาวเขา ผู้พิการ เงินอุดหนุนด้านสวัสดิการแก่ผู้ติดเชื้อ สงเคราะห์เด็กกำพร้าที่ติดเชื้อ
7.3 กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน	จัดฝึกอบรมอาชีพต่างๆแก่ผู้ติดเชื้อ/ครอบครัวเกษตร
7.4 กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ช่วยครอบครัวผู้ใช้แรงงานติดเชื้อ
8 สำนักอัยการสูงสุด	ส่งเสริมสถานภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย อบรมพนักงานอัยการ นิติกรให้ความรู้เกี่ยวกับเอดส์
9 กระทรวงยุติธรรม	
9.1 ศาลเยาวชนและครอบครัว	เสริมปัญหา ผลกระทบจากโรคเอดส์และแนวทางแก้ไข

ที่มา: รายงานผลการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยในปี 2539 ได้รับงบประมาณ 1,418.48 ล้านบาท มีรายจ่ายจริง 1,412.23 ล้านบาท งบประมาณนี้ได้จัดสรรตามแผนงานทั้ง 6

แผนงาน ตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติไปยังกรมต่างๆ ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข พบว่างานส่งเสริมสุขภาพและ บริการทางการแพทย์ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงที่สุดคือ ร้อยละ 74 รองลงมาคืองานป้องกันด้านพฤติกรรมสังคมและพัฒนากลไกบริหารโครงการในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 9.3 และ 9.2 ตามลำดับ ในขณะที่งานศึกษาวิจัยและประเมินผลได้รับการจัดสรรงบประมาณต่ำที่สุดเพียง ร้อยละ 0.29 (กองโรคเอดส์)

สำหรับงบประมาณรายกรณีนั้น กรมควบคุมโรคติดต่อยังมีรายจ่ายจริง สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรมอื่นๆคือ ร้อยละ 55 รองลงมาคือสำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 36

กล่าวโดยสรุป การดำเนินงานของภาครัฐ โดยคณะกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมีการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ โดยมีการแบ่งหน้าที่และกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคติดต่อยังเป็นหน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสูงสุด และงบประมาณส่วนใหญ่ใช้ไปในการให้บริการการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์

4.1.4 กิจกรรมภาคเอกชน

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในภาคเอกชนนั้น ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐโดยงบประมาณส่วนนี้อยู่ที่กองโรคเอดส์ สังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อยัง กระทรวงสาธารณสุข มีคณะกรรมการ พิจารณาให้ทุนแก่องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์อย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี 2535 โดยมีงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2539 กองโรคเอดส์ ได้จัดสรร งบประมาณจำนวน 80 ล้านบาทแก่องค์กรต่างๆ เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง กับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ทั้งนี้โดยการพิจารณาโครงการต่างๆ ที่องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์เสนอขอรับทุนโดยให้ความสำคัญกับ

โครงการที่เป็นส่วนเสริมการดำเนินงานของภาครัฐบาล และในงาน/กิจกรรมที่เอกชนทำได้มีประสิทธิภาพมากกว่าภาครัฐ หรือในบางส่วนหรือบางพื้นที่ที่ภาครัฐไม่สามารถดำเนินการเองได้ โดยสรุป ในปี 2539 รัฐให้การสนับสนุนองค์การเอกชนสาธารณสุขประเภทยุทธศาสตร์ดำเนินการทั้งสิ้น 187 โครงการ องค์การเหล่านี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มงาน ดังนี้ คือ

1. งานพัฒนาศักยภาพคน
2. งานเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง
3. การประยุกต์หลักศาสนาเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

กิจกรรมที่องค์การเอกชนสาธารณสุขประเภทยุทธศาสตร์ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2539 โดยภาพรวมแล้วมี 4 กิจกรรมหลัก คือ งานรณรงค์ป้องกัน (ร้อยละ 36) การให้ความช่วยเหลือ (ร้อยละ 25) การให้คำปรึกษา (ร้อยละ 10) และ การเสริมสร้างศักยภาพองค์กรและพัฒนาเครือข่าย (ร้อยละ 9)

โดยเปรียบเทียบกับภาครัฐ พบว่า ภาคเอกชนมีการจัดสรรงบประมาณไปยังแผนงาน/งานที่ต่างไปจากภาครัฐ กล่าวคือ งบประมาณขององค์การเอกชนสาธารณสุขประเภทยุทธศาสตร์ให้ความสำคัญกับการรณรงค์ป้องกัน ในขณะที่ภาครัฐให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ทั้งภาครัฐและเอกชนยังให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษาก่อนวัยตำเมื่อเทียบกับงานด้านอื่นๆ กิจกรรมของภาคเอกชนที่เสริมการดำเนินงานของภาครัฐอย่างเห็นได้ชัดเจนในที่นี้ คือ กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านพักและงานส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วย

4.1.5 ประสิทธิภาพของกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

การประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงข้างต้นนั้นเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากโรคเอดส์มีลักษณะเป็นรอบเขตของความเป็นโรคอยู่มาก รวมทั้งมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดลงของการแพร่เชื้อเอดส์ หากมองโดยภาพรวมของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ดำเนินการนั้นอาจจะกล่าวได้ว่ามีผล

ต่ออัตราการเพิ่มของโรคเอดส์ (การดำเนินงานป้องกันภัยภายนอกอื่นๆ) จากการแพร่เชื้ออย่างรุนแรงในช่วงปี 2535-2538 ได้เริ่มลดลงตัวลงในปี 2539 แต่อย่างไรก็ตามไม่อาจจะประเมินในรายการกิจกรรมได้ว่ากิจกรรมใดมีประสิทธิภาพหรือก่อให้เกิดผลกระทบต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มากนักน้อยเพียงไร การดำเนินงานในเชิงสนับสนุนซึ่งกันและกันของรัฐและเอกชนทำให้การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของภาครัฐและเอกชนวิเคราะห์ได้ยาก แม้ว่าจะมีผู้ประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ทางระบาดวิทยา และการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมเสี่ยงว่ามีแนวโน้มดีขึ้นก็ตาม แต่ผลกระทบเหล่านี้ไม่สามารถสรุปได้ว่า เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการดำเนินโครงการโรคเอดส์แต่เพียงอย่างเดียว ประเด็นของการประเมินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องอภิปรายกันต่อไป

4.2. การควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์งบประมาณที่ใช้เพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกลุ่มเป้าหมาย ของ 2 หน่วยงาน คือ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นภาครัฐ และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นหน่วยงานเอกชนที่ดำเนินงานด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง

โดยภาพรวม ภาครัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2539 เป็นเงิน 15 ล้านบาท และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ใช้จ่ายเงินเพื่อการนี้ในปีเดียวกัน ประมาณ 3.7 ล้านบาทเพื่อดำเนินกิจกรรมดังในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 กิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบของภาครัฐและเอกชนในปี 2539

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
1. ควบคุม กำกับการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ยาสูบ	1. สร้างเครือข่ายรณรงค์
2. ให้ความรู้ด้านสุขศึกษา ส่งเสริมการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่	2. สร้างกระแสสังคม
3. รณรงค์และป้องกันการค้าปลีก	3. รณรงค์เฉพาะกลุ่มเป้าหมายเด็ก (ร.ร.) พระ(วัด) พระภิกษุ
4. ควบคุมการบริโภคยาสูบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ สร้างกระแสสังคมในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	4. ให้ความรู้
	5. รณรงค์อื่นๆ

กิจกรรมที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชนไม่ต่างกันนักในภาพรวม แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของงบประมาณแล้วพบว่า ทั้ง 2 หน่วยงานมีความแตกต่างกันในเรื่องการให้ความสนใจในรายกิจกรรม ในภาครัฐงบประมาณส่วนใหญ่อยู่ที่การสร้างกระแสในสังคมซึ่งได้รับจัดสรรงบประมาณร้อยละ 64 ของงบประมาณทั้งหมด ลักษณะของงานมุ่งเน้นในการผลิตสื่อชนิดต่างๆ ทั้งวิทยุ โทรทัศน์และสื่อเคลื่อนที่ ในขณะที่ภาคเอกชนให้ความสำคัญในลำดับรอง คือจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมนี้ในอัตรา ร้อยละ 14 ของงบที่ใช้

การรณรงค์เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เป็นกิจกรรมที่ภาคเอกชนให้ความสำคัญในลำดับสูง โดยจัดสรรงบร้อยละ 42 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดไปยังโครงการต่างๆ ที่มีเป้าหมายเฉพาะกลุ่มที่แน่นอน การสร้างเครือข่ายเพื่อการรณรงค์ในภาคเอกชน กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขศึกษา ส่งเสริมการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่มีลักษณะรูปแบบของงานคล้ายคลึงกันคือเป็นการให้ความรู้ ในภาครัฐใช้วิธีการอบรม ประชุม ส่วนในภาคเอกชนให้การเผยแพร่

แพร่ผ่านสื่อ เช่น การแถลงข่าวต่อสื่อมวลชน การให้ข่าวเพื่อเผยแพร่
ความรู้สู่สาธารณะชน ฯลฯ

กิจกรรมควบคุมกำกับการปฏิบัติตนพรบ ยาสูบ (law enforcement) เป็นกิจกรรมที่สมควรปฏิบัติอย่างจริงจังเพื่อให้เกิดการบังคับใช้และปฏิบัติตาม แต่ที่ปรากฏในการจัดสรรงบประมาณ ได้รับความสนใจอยู่ในลำดับสุดท้าย ในขณะที่ภาคเอกชนไม่มีอำนาจในการควบคุมกำกับการทางกฎหมาย ส่วนใหญ่จึงเน้นที่กิจกรรมการรณรงค์ และการให้คำปรึกษา ในขณะที่ภาครัฐไม่ปรากฏกิจกรรมเหล่านี้ให้เห็น และกิจกรรมภาคเอกชนสามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์

ในส่วนวิธีการดำเนินงาน พบว่าทั้ง 2 หน่วยงานใช้การเผยแพร่ข้อมูลเป็นหลัก โดยงบประมาณส่วนใหญ่จัดสรรให้กับการผลิตสื่อและการให้ข้อมูลโดยการประชาสัมพันธ์ และอื่นๆ เช่น แถลงข่าว ประชุม ฯลฯ ซึ่งจากรายงานผลการวิจัย การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่วัยรุ่น โดยการสนับสนุนของสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า วิธีป้องกันมิให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ที่ได้ผลดีที่สุด คือ การรณรงค์ให้วัยรุ่นช่วยเพื่อนไม่ให้สูบบุหรี่ ในส่วนนี้จึงชี้ให้เห็นว่าวิธีการสร้างเครือข่ายการรณรงค์เป็นเรื่องสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และในภาคเอกชนก็ให้ความสำคัญกับกิจกรรมด้านนี้

ในส่วนของกลุ่มเป้าหมายนั้น ภาคเอกชนวางกลุ่มเป้าหมายของแต่ละกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มเป้าหมายหลักของภาคเอกชนคือ เด็กและเยาวชน มีการจัดสรรงบประมาณไปยังกลุ่มนี้มากที่สุด ในขณะที่จัดสรรงบประมาณให้กับการให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าภาคเอกชนให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้ติด/ริสูบบุหรี่มากกว่าความพยายามให้เลิก สำหรับกิจกรรมใดที่เป็นการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง เช่น การสร้างเครือข่าย การสร้างกระแสนิยม การคัดค้านต่างๆ กลุ่มเป้าหมายของภาคเอกชนอยู่ที่สื่อมวลชน และ แฉวร่วม ในขณะที่ภาครัฐมุ่งกลุ่มเป้า

หมายที่ประชาชนทั่วไป โดยมิได้เน้นไปยังกลุ่มใดเป็นการเฉพาะ เห็นได้จากงบประมาณส่วนใหญ่จัดสรรไปในการผลิตสื่อซึ่งเป็นการเผยแพร่ในวงกว้าง เช่น วิทยุและโทรทัศน์ เป็นต้น มีงบประมาณบางส่วนในภาครัฐที่จัดสรรให้กิจกรรมที่มีเป้าหมายที่กลุ่มข้าราชการ เช่น การจัดประชุมเจ้าหน้าที่ต่างๆ ในลักษณะให้เป็นตัวแทนของหน่วยงาน ทั้งในเรื่องการควบคุมกำกับทำให้เป็นไปตามกฎหมายและการให้ความรู้แก่บุคลากร ตรงนี้หากบุคลากรเป้าหมายเป็นผู้มีประสิทธิภาพ วิธีการนี้จะสามารถสร้างเครือข่ายและเป็นแหล่งกระจายข้อมูลที่ดีได้ และภาครัฐมีอำนาจในการสั่งการได้ในขณะที่ภาคเอกชนอาศัยการแรงจูงใจจูงใจ

อย่างไรก็ตาม การประเมินประสิทธิภาพของงานโครงการภาครัฐและเอกชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบนั้น ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ชัดเจนว่าการดำเนินงานในกิจกรรมใดส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงในการลดอัตราการสูบบุหรี่มากกว่ากัน เนื่องจากการควบคุมการบริโภคยาสูบมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่มากทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยมซึ่งต้องอาศัยระยะเวลา จึงไม่อาจกล่าวว่าการดำเนินงานใดดำเนินการในวิธีนี้จะส่งผลได้เร็วได้ทันได้ และอย่างที่กล่าวไว้แต่ต้น งานส่งเสริมสุขภาพเป็นการสาธารณสุขแนวใหม่ การวิจัยผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยเปรียบเทียบจากการลงทุนในเรื่องนี้ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาอย่างจริงจังสำหรับประเทศไทย ดังนั้นการอ้างอิงส่วนใหญ่ จึงมักอ้างอิงการศึกษาเปรียบเทียบในต่างประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาในรายละเอียดถึงวิธีและกระบวนการประเมินให้ต้องแท้แล้วจึงนำมาประยุกต์ใช้กับการณ์ของประเทศไทยในโอกาสต่อไป

5. สรุปประเด็น และข้อควรพิจารณา

การศึกษานี้เป็นความพยายามเริ่มแรกที่จะรวบรวมข้อมูลด้านการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยความไม่ลงตัวในคำจำกัดความ และมีการศึกษาในเรื่องการประเมินค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงได้สรุปและนำเสนอประเด็นที่ควรพิจารณาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้กรุณาวิจารณ์ไว้ ดังนี้

1. คำนิยาม (Definition)

คำนิยามที่ใช้สำหรับการศึกษาค้างนี้ค่อนข้างกว้าง เนื่องจากยังไม่มีผู้ใด หรือหน่วยงานใดกำหนดไว้อย่างเป็นสากล ทั้งในระดับแนวคิด (conceptual definition) และ ในระดับปฏิบัติการ (operational definition) ทำให้มีความยากลำบากในการตีความว่างบประมาณที่จัดสรรหรือรายจ่ายครัวเรือนในกิจกรรมใดเป็นไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิจัยหวังว่าจะมีการศึกษาและพัฒนาต่อไป เพื่อให้มีคำนิยามที่ชัดเจนยิ่งขึ้น มีฐานข้อมูลที่ต้องการ ชัดเจนมากขึ้น และมีแนวทางในการเปรียบเทียบในระดับนานาชาติ

ในขณะนี้ยังไม่มีคำนิยามระดับปฏิบัติการที่ชัดเจน มีผู้เสนอให้แบ่งรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และกลุ่มกิจกรรมที่มีผลทางอ้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอดังกล่าวมาวิเคราะห์งบประมาณสำหรับกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรงของภาครัฐ ดังตารางที่ 11

**ตารางที่ 11 แสดงรายจ่าย operating เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ของ
ภาครัฐ ในปี 2535, 2537 และ 2539** หน่วย: ล้านบาท

กิจกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพ	2535	2537	2539
งานอนามัยแม่และเด็ก	1,788.21	2,488.33	3,142.37
งานสุศึกษา	375.95	551.36	717.7
งานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป	484.64	646.38	789.62
งานควบคุมโรคติดต่อเฉพาะ	1,275.15	1,633.11	2,020.12
การให้ภูมิคุ้มกันโรค	636.23	976.44	1,269.11
งานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์	574.52	818.09	1,659.77
การควบคุมโรคไม่ติดต่อ	110.57	275.01	488.21
รวม	7,780	9,926	12,626
(ร้อยละของงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด)	(58)	(59)	(57)

สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดสรรว่าการจ่ายในรายการใดเป็นไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนรายจ่ายของครัวเรือนบางอย่างที่แตกต่างจากภาครัฐ เช่น โครงการอาหารกลางวันสำหรับเด็กจัดเป็นรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ แต่รายจ่ายค่าอาหารของครัวเรือนไม่น่ารวม นั้น เนื่องจากรายจ่ายในภาครัฐ ผู้วิจัยพิจารณาอีกตามวัตถุประสงค์ของงานโครงการเป็นหลัก โครงการอาหารกลางวันเด็กจัดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสนับสนุนเด็กนักเรียนให้มีโภชนาการที่สมบูรณ์ซึ่งเดิมเคยมีกิจกรรมนี้ปรากฏในงานอนามัยโรงเรียน ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบ และด้วยวัตถุประสงค์เดียวกัน จึงเกิดโครงการอาหารกลางวันในกระทรวงศึกษาธิการนี้จึงได้จ้างส่วนนี้มารวมด้วย ในขณะที่การบริโภคอาหารของครัวเรือนถือเป็นปัจจัย 4 ที่ครัวเรือนต้องบริโภคโดยความจำเป็นในการดำรงชีวิต

ในลักษณะที่คล้ายกันในรายจ่ายภาครัฐได้ครอบคลุมยกมาดำเนินการในเรื่องการวางแผนครอบครัวในงานอนามัยแม่และเด็ก และถุงยางอนามัย

อยู่ในงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในขณะที่ครัวเรือนไม่มีรายจ่ายทั้งสองประเภทนี้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลในแบบสำรวจที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2535-2539

2. การกำหนดแหล่งจ่ายเงิน (Financing Agencies)

การศึกษานี้เลียนแบบการศึกษา "บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ" (National Health Account) ที่ อติศัพท์ หลายชูไทยและคณะ ศึกษาไว้ แต่มีได้นำแหล่งจ่ายเงินในส่วนของการประกันสุขภาพต่างๆ เช่น การประกันสังคมสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสุขภาพเอกชน เข้ามารวบรวมด้วย เนื่องจากเห็นว่าการประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษายาบาล รายจ่ายเกือบทั้งหมดเป็นรายจ่ายเพื่อการรักษายาบาล แม้ว่าจะมีรายจ่ายการส่งเสริมสุขภาพรวมอยู่บ้างก็เป็นจำนวนเล็กน้อย และไม่สามารถจำแนกรายจ่ายนี้ออกมาเนื่องจากความจำกัดของฐานข้อมูล

ในส่วนขององค์กรเอกชนนั้น ถ้าเป็นการได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ ก็จะเป็นรายจ่ายจากภาครัฐแล้ว ยิ่งขาดแต่การได้รับเงินบริจาคจากต่างประเทศ ซึ่งรายจ่ายขององค์กรเอกชนนี้มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.26 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด (อติศัพท์ และคณะ, พ.ศ. 2540) ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดสินใจไม่พิจารณาส่วนขององค์กรเอกชนในการศึกษาค้างนี้

ทำนองเดียวกัน กิจกรรมเกี่ยวกับสื่อมวลชนนั้นส่วนหนึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ อีกส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากภาคเอกชน แต่ยังไม่มีการรวบรวมเป็นข้อมูลที่ชัดเจนและต่อเนื่องไว้ ผู้วิจัยจึงไม่รวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้

3. รายจ่ายของครัวเรือน

ข้ออ่อนของการศึกษานี้คือตัวเลขค่าใช้จ่ายในภาคเอกชน ซึ่งใช้ข้อมูลการสำรวจรายจ่ายครัวเรือนจากกองสำรวจเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลนี้มีลักษณะแตกต่างจากตัวเลขที่ใช้ในภาครัฐซึ่งใช้งบประมาณรายจ่าย และอาจจะมีการตั้งคำถามว่ารายจ่ายที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญเฉพาะรายจ่ายของครัวเรือนนั้น รายจ่ายประเภทนี้ของรัฐบาลหรือไม่ ผู้วิจัยเห็นว่างาน/โครงการในภาครัฐนั้นมียัตถุประสงค์ของงานมุ่งให้เกิดประโยชน์มากกว่าที่จะตั้งใจให้เกิดโทษ (negative externality) และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดวัตถุประสงค์ของงานเป็นหลัก แม้ว่างาน/โครงการบางอย่างอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพก็เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในทางลบ นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องที่วัดยากว่างาน/โครงการใดก่อให้เกิดผลเสียที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากนักน้อยเพียงใด ในขณะที่รายจ่ายที่ทำลายสุขภาพตามที่คุณวิจัยกำหนดคือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาสูบนั้นชัดเจนแล้วว่าเป็นสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ควรจะได้มีการพิจารณาในเชิงจุลภาคต่อไปว่า การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนี้มีการกระจายอย่างไร ในเรื่องใดที่ภาครัฐให้ความสนใจมาก และเรื่องใดไม่อยู่ในลำดับความสำคัญ แบบแผนรายจ่ายครัวเรือนที่มีฐานะปานกลางมีการบริโภคสินค้าและบริการที่ส่งเสริมสุขภาพ และที่เป็นโทษต่อสุขภาพแตกต่างกันน้อยเพียงไรจากครัวเรือนยากจน สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาต่อไปในอนาคต เพราะการวิเคราะห์เจาะลึกในระดับจุลภาคจะช่วยอย่างมากเมื่อพิจารณาในเรื่องความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร

4. สถานะการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย ผลตอบแทนทางสุขภาพ และการเปรียบเทียบในระดับสากล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไม่เพียงพอที่จะบอกได้ว่าการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคของประเทศไทยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษานั้นมากหรือน้อยไปอย่างไร หรือต้องการลงทุนเท่าไรจึงเหมาะสมเพียงพอ เนื่องจากไม่สามารถชี้วัดผลตอบแทนทางสุขภาพได้ สาเหตุหนึ่งมาจากการที่ประเทศไทยไม่ได้มีการตั้งเป้าหมายของผลลัพธ์ของการใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคทั้งในระยะสั้นและระยะยาวไว้อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งคือ เม็ดเงินที่ใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับ GDP และรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลแล้วมีปริมาณการใช้จ่ายอยู่ไม่น้อย จึงเป็นไปได้ว่าปัญหาของการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพไม่น่าจะอยู่ที่ปริมาณของเม็ดเงิน แต่อยู่ที่กระบวนการใช้จ่ายงบประมาณหรือวิธีการจ่ายว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไร ค่าถามสำคัญที่เกิดขึ้นคือ จะมีวิธีการใช้จ่ายงบประมาณต่อไปอย่างไรที่จะก่อให้เกิดผลตอบแทนทางสุขภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ การใช้จ่ายในกิจกรรมใดจึงมีประสิทธิภาพ วิธีการ กระบวนการวัดก็เป็นเรื่องสำคัญที่ควรพิจารณา

การเปรียบเทียบ "การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" ของประเทศไทยกับนานาประเทศนั้น ผู้วิจัยมีความพยายามหาข้อมูลการศึกษาของนานาประเทศว่ามีการศึกษาไว้อย่างไร พบว่า การศึกษาการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องใหม่ คำจำกัดความที่ใช้แตกต่างกันมีผลให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่ได้แตกต่างกันไปด้วย ไม่สามารถนำมาใช้เปรียบเทียบกันได้ ตัวอย่างเช่น ในประเทศนิวซีแลนด์มีค่าใช้จ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก แต่เมื่อพิจารณาดูในรายละเอียดแล้วงบประมาณที่จ่ายส่วนใหญ่ เป็นไปเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวสังคม (social mobilization) เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการจะนำตัวเลขมาเปรียบเทียบว่าประเทศไทยมี

การใช้จ่ายเพื่อการนี้เป็นเท่าไร โดยเปรียบเทียบกับนานาประเทศแล้วมีความเหมาะสมเพียงพอแล้วหรือไม่ ถ้าจะให้เหมาะสมควรเป็นเท่าไรจึงเป็นเรื่องที่ยากแต่ท้าทาย และการสรุปอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด จึงควรพิจารณาอย่างใดก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักดีว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาเพื่อพัฒนาให้เกิดดัชนีด้านการส่งเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาหลักเกณฑ์วิธีการ การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อให้สามารถวัดถึงควมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายด้านการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

5. ใครควรเป็นผู้ลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพจัดว่าเป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) ที่ก่อให้เกิดผลกระทบภายนอกต่อส่วนรวม (externalities) กล่าวคือ เป็นมาตรการที่ป้องกันเจตนาบุคคลที่ส่งผลถึงส่วนรวมและไม่มีผลประโยชน์ใจให้อะไรแก่ตนเอง เช่น การป้องกันอุบัติเหตุโดยการรณรงค์ให้บุคคลขับรถถูกกฎจราจรจะป้องกันความเสียหายต่อส่วนรวมนอกเหนือจากผู้ขับขี่ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จะลดค่าใช้จ่ายที่สังคมต้องสูญเสียสำหรับการรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่ต้องใช้ทรัพยากรมากถ้าต้องรักษา เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ รัฐจึงควรมีบทบาทเป็นผู้ลงทุนด้านสุขภาพ แต่ในปริมาณจำนวนเท่าไร ในโครงการ กิจกรรมใด ใคร ภาครัฐ/เอกชนควรดำเนินการในส่วนไหน เป็นเรื่องที่ต้องศึกษาต่อไป ในขณะที่ยังไม่มีคำตอบในเรื่องนี้ อย่างไรก็ตาม ในการตัดสินใจดำเนินนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพ พี่จะเลือกในรายงานธนาคารโลก ที่รายงานไว้ใน Investing in Health เมื่อ พ.ศ. 2538 ว่า เป็นที่ยอมรับว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นมาตรการที่ให้ผลสัมฤทธิ์ต่อต้นทุนสูง (cost-effective programmes) สามารถก่อผลลัพธ์ทางด้านการลดความเจ็บป่วย/การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินอย่างมากด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าวิธีการรักษาพยาบาลหลายประเภท

บรรณานุกรม

1. การประเมินผลประโยชน์ต่อต้นทุนของการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
2. เทศบาลในบริบทการกระจายอำนาจแห่งยุคสมัย. สถาบันนโยบายศึกษา, 2539.
3. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. หทัย ชิตานนท์ บรรณาธิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540.
4. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537. อติศวร หลายชูไทย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2540.
5. แบบแผนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5-6-7. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2540.
6. รายงานการประเมินผลการดำเนินการขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประเด็นองค์ที่รับทุนจากกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์. 2540.
7. รายงานการศึกษา "วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย : แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ." วิรุฬ พูลเจริญ และคณะ. 2541.
8. รายงาน "วิวัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย." ชูชัย สุภาวงศ์ และคณะ. 2541.
9. รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง "พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย." ชูชัย สุภาวงศ์ สุภากร บัวสาย. 2540.
10. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2540.
11. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2536. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537.

12. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2536.
13. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2537. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538.
14. รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541.
15. เอกสารงบประมาณรายแผนงาน งาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ 2535. สำนักงบประมาณ, 2535.
16. เอกสารงบประมาณรายแผนงาน งาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ 2537. สำนักงบประมาณ, 2537.
17. เอกสารงบประมาณรายแผนงาน งาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ 2539. สำนักงบประมาณ, 2539.
18. เอกสารงบประมาณกรุงเทพมหานครโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2535. สำนักนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร, 2535.
19. เอกสารงบประมาณกรุงเทพมหานครโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2537. สำนักนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร, 2537.
20. เอกสารงบประมาณกรุงเทพมหานครโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2539. สำนักนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร, 2539.
21. Toward a Framework for Health Promotion Evaluation. WHO., 1997.

บทส่งท้าย

ตัวอย่างการก่อกำเนิดของ นโยบายสาธารณะ

การใช้ปัญญาและมวลชน
กรณีศึกษาการขึ้นภาษีบุหรี่
สมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย (หนึ่ง)

กล่าวได้ว่าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2535 ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีกฎหมายการควบคุมการสูบบุหรี่ที่สมบูรณ์ที่สุด ปีพ.ศ. 2536 รัฐบาลชวน หลีกภัย (หนึ่ง) นายกรัฐมนตรีเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มาตลอด เช่น

- เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- เป็นประธานสภาผู้แทนที่รับคำเรียกร้องสิทธิเพื่อผู้ไม่สูบบุหรี่ จากชมรมแพทย์ชนบทและประชาชนที่ร่วมกันลงชื่อกว่า 6 ล้านคน
- เป็นประธานการประชุมบุหรี่และสุขภาพหลายครั้งตั้งแต่ พ.ศ.

2528

ส่วนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคือ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ ผู้ที่นับว่าเป็นนักการเมืองความรู้สูงและมีวิสัยทัศน์ ด้านส่วนตัวก็คุ้นเคยกับนิกรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เช่นเดียวกับนายกรัฐมนตรี

ภายใต้เงื่อนไขที่หาได้ยากยิ่งเช่นนี้ กลุ่มรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จึงเห็นโอกาสที่จะนำเสนอการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ อันถือเป็นนโยบายที่สามารถจะควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ได้ผลมากที่สุด

นโยบายนี้ว่าไปแล้วก็คือ การประยุกต์หลักการเศรษฐศาสตร์เข้ากับการสาธารณสุข นั่นคือ เมื่อสินค้าใดราคาแพงขึ้น ผู้คนก็ย่อมลดการซื้อสินค้านั้นลง

แต่แม้หลักการจะฟังดูง่าย แต่นักสาธารณสุขไทยก็ไม่คุ้นเคยกับการใช้มาตรการทางเศรษฐศาสตร์นัก ถือเป็นโชคที่กลุ่มรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายใหญ่นานาชาติ ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างนิกรณรงค์และนักวิชาการหลายประเทศ นับว่าการเรียนรู้จากเพื่อนๆ เหล่านั้นได้จุดทั้งประกายความคิด พร้อมกับเอื้อเพื่อข้อมูลทางเทคนิคสำหรับการพัฒนานโยบายนี้ของไทย

การประสานงานของพันธมิตรนานาชาติอาศัยเครื่องมือชิ้นหนึ่งซึ่งทรงพลังมาก นั่นคือเครือข่ายคอมพิวเตอร์เรียกว่า โกลบอลลิงค์ (Globalink)

ซึ่งเริ่มพัฒนาขึ้น ณ สมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society หรือ ACS)

โกลบัลลิงค์ เป็นสื่อกลางระหว่างนักรณรงค์นานาชาติ สามารถรับส่งข้อมูล ข่าวสาร จดหมายกันได้รวดเร็ว ตามคำถามออกไปเข้า สายๆ หรือบ่อยๆ ก็ได้คำตอบ ภายหลังได้ย้ายฐานการบริหารไปยุโรปโดยเครือข่ายนี้ผนวกเข้ากับเครือข่ายอินเทอร์เน็ตแล้ว

บทบาทของสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกานับว่าโดดเด่นมากทางด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ปัจจุบันนับว่าเป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงระดับโลก เป็นตัวการสำคัญที่กลุ่มผู้ค้าบุหรี่ข้ามชาติเกรงขาม

บทบาทที่ต่างจากสมาคมมะเร็งฯ ตามภาพที่คุ้นๆ กันก็คือ ACS สนับสนุนการรณรงค์อย่างครบเครื่อง ทั้งยังเน้นด้านการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านสาธารณะ มีใช้คิดยึดเคียงบทบาทของแพทย์ในโรงพยาบาล หรือศูนย์มะเร็งแห่งนั้น

นักวิชาการของ ACS จึงประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายแขนง ทั้งนักกฎหมาย นักสื่อสารมวลชน นักเศรษฐศาสตร์ และล้วนเป็นนักวิชาการที่มีจิตวิญญาณของการส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น

John Bloom เป็นนักกฎหมายมือดีของ ACS แต่เป็นผู้ประสานงาน และรวบรวมข้อมูลเรื่องนโยบายภาษีบุหรี่ เป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนของอเมริกาเอง และเป็นผู้แนะนำแหล่งข้อมูลด้านนี้ของอังกฤษ แคนาดา และออสเตรเลีย ซึ่งทั้งสามประเทศดังกล่าวมีประสบการณ์การขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบมากกว่าสิบปี

เมื่อทำโดยสรุปกล่าวได้ว่า การขึ้นภาษีสรรพสามิตสามารถทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น ซึ่งจะก่อผลสองอย่างคือ ลดอัตราการบริโภค และเปลี่ยนแปลงรายได้รัฐบาล

การเปลี่ยนแปลงรายได้รัฐบาลนั้น เคยบอกรันว่า หากราคาสูงขึ้นแล้ว คนจะซื้อบุหริน้อยลงมากจนรัฐบาลขาดรายได้ไป ซึ่งการวิจัยชี้ผลตรงกันข้าม

คือ ยิ่งขึ้นมาก รัฐบาลยิ่งมีรายได้เพิ่มขึ้น หลังจากรัฐบาลได้ประกาศขึ้นภาษี เมื่อธันวาคม 2536 ตามที่กลุ่มรณรงค์ไทยเสนอแล้ว ผลก็คือ กรมสรรพสามิตเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้นกว่าสามพันล้านบาทจริง

เรื่องราวได้รัฐบาลนี้แม้ฝ่ายสุภาพจะไม่ค่อยสนใจเท่าไร แต่รัฐบาล โดยเฉพาะกระทรวงการคลังสนใจมาก และนับเป็นเหตุผลสำคัญที่รัฐบาลเห็นชอบกับนโยบายนี้ ปรากฏว่าหลังจากเห็นผลครั้งแรกในปีพ.ศ. 2537 รัฐบาลก็ติดใจ และสมัครใจขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่เองโดยมีต้องรณรงค์อีกถึงสองครั้งในปีต่อๆ มา

ส่วนผลต่อการสูบบุหรี่นี้ หากดูปริมาณการบริโภครวม ทางวิชาการเราทำนายได้ตั้งแต่ก่อนขึ้นภาษีว่า ยอดจำหน่ายบุหรี่รวมจะไม่ลดลง แต่จะยังคงเพิ่มขึ้น แต่จะไม่เพิ่มขึ้นมากเท่าอัตราที่เพิ่มแต่ละปีที่ผ่านมา

ดังนั้น ผลกระทบที่จะมีต่อการผลิตใบยาในประเทศก็แทบจะไม่มีเลย ค่าถามอาจเป็น “แล้วการขึ้นภาษีบุหรี่จะลดการบริโภคได้อย่างไร”

ตอบได้ว่าราคายาบุหรี่ที่สูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อยแต่ยังไม่ติดบุหรี่ นั่นคือกลุ่มเด็กและเยาวชนที่กำลังลองสูบบุหรี่ หรือผู้สูบบุหรี่ “รายใหม่” เป็นเป้าสำคัญ เพราะคนกลุ่มนี้กำลังซื้อจะน้อยและหากราคาสูงขึ้นก็จะเป็นเสมือนมีกำแพงสูงขึ้นเพื่อป้องกันเยาวชนมิให้ลองสูบบุหรี่

เมื่ออธิบายได้ดังนี้ ทุกฝ่ายก็ได้ประโยชน์หมดทั้งฝ่ายสุภาพและฝ่ายคั่ง แต่ที่สำคัญก็คือ ประชาชนสนับสนุนอย่างชัดเจน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงได้จัดทำเอกสารนโยบาย (Policy paper) ขึ้นฉบับหนึ่งเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งท่านได้ตัดสินใจนำเสนอรัฐบาลเมื่อ ธันวาคม 2536

เอกสารฉบับนี้ไม่ใช่รายงานวิจัย หากแต่เป็นการแปรรูปผลการวิจัย และข้อมูลทางวิชาการเป็นรูปที่สามารถ“ขาย”แก่ผู้กำหนดนโยบาย เอกสารมีความยาวราว 30 หน้า แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ราว 10 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมีการบรรยายสั้นๆ ประกอบด้วยตารางและกราฟที่เข้าใจง่าย การออกแบบ

ทั้งหมดเป็นฝีมือของคุณมั่งออร์ ฤทธิภักดี แห่งโครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ด้านเมื่อทานั้นเป็นข้อวิเคราะห์ชัดเจนว่าทำไมต้องขึ้นภาษี ข้อเสนอว่าควรจะขึ้นภาษีสักเท่าใด และแต่ละทางเลือกจะได้ผลอะไร โดย นพ.สุภากร บัวสาย ปัจจุบันเป็นรองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้ทำงานชิ้นนี้ ด้วยศักยภาพทางวิชาการ และความมุ่งมั่นจริงจังในการทำงาน รายงานชิ้นนี้มีทั้งเรื่องทันจังหวะเวลาของด้วยคุณภาพอันเป็นที่พอใจ

แม้จะมีเอกสารทางวิชาการด้านเทคนิคที่หนักแน่นแต่ศาสตราจารย์นายแพทย์ประภีต วาทีสาธกกิจ หัวหน้านัดและดำเนินงานก็รู้สึกว่ายังไม่เพียงพอเพราะกระบวนการตัดสินใจไม่ได้ขึ้นกับเหตุผลทางเทคนิคเพียงประการเดียว อีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเหตุผลทางการเมืองด้วย

เสียงของประชาชนมีผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้ตัดสินใจไม่น้อย ด้วยความตระหนักเช่นนี้ คณะทำงานจึงตกลงให้มีการสำรวจประชามติ และแถลงผลการสำรวจผ่านสื่อมวลชนก่อนนำข้อเสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี

รศ.นพ. ไพบูลย์ สุริยวงค์ไพศาล แห่งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้สำรวจทางโทรศัพท์เพื่อฟังเสียงประชาชนโดยเลือกเจาะชนชั้นกลางซึ่งนับเป็นกลุ่มขับเคลื่อนสังคมที่เสียงดังที่สุด พบว่ากว่าร้อยละ 80 สนับสนุนการขึ้นภาษีบุหรี่ จำนวนนี้แม้แต่คนที่สูบบุหรี่ก็ยังสนับสนุนเป็นส่วนใหญ่

ในที่สุดการวิจัยสองส่วนนี้ก็ได้มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในเวลานั้น

เล่ากันว่า ระหว่างการประชุมคณะรัฐมนตรี พาโซ่วจะปราศจากเสียงคัดค้าน ผู้คัดค้านเป็นถึงรองนายกรัฐมนตรีท่านหนึ่ง แต่คณะรัฐมนตรีก็ต้องยอมตาม เมื่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศเสียงแข็งที่จะผลักดันการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ อันถือเป็นการขึ้นภาษีเพื่อสุขภาพ

ครั้งแรกของประเทศไทย และคณะรัฐมนตรีก็ยินยอมด้วยข้อมูลจากการ
สำรวจทางโทรศัพท์ว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วย

อย่างไรก็ตามกล่าวได้ว่าเฉพาะเพียงงานวิจัยคงไม่สามารถคาดเดาใจคณะ
รัฐมนตรีได้ในครั้งนั้น ความสำเร็จนี้เป็นผลของการใช้โอกาสความตึงเครียด
ทางการเมือง ความต่อเนื่องของภูมิปัญญาที่สืบสานยาวนานในเรื่องบุริ
และสุขภาพ และการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการที่คำนึงถึงจิตใจผู้ใช้
ตลอดจนภาวะผู้นำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

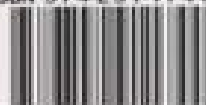
แต่สิ่งที่เป็นหัวใจของความสำเร็จก็คือ ความมุ่งมั่น เพียรพยายาม
ความฉลาด และการอาศัยความรู้จริงของ “หมอประทีป” และคณะ

นโยบายสาธารณะจะเป็นเครื่องมือ
ที่เอื้ออำนวยให้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ
ประสบความสำเร็จ
นโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของ
การต่อรอง ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
เป็นสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างง่ายดาย
ตัวอย่างของกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ
ในประเทศไทย มีปัจจัยเอื้ออำนวยและ
เรื่องของความประจวบเหมาะหลายประการ
ทำให้ประเทศไทยมีกฎหมายเรื่องนี้
ที่ทันสมัยที่สุดประเทศหนึ่ง
อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว
กลับเป็นเรื่องที่อ่อนด้อยอย่างยิ่ง



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ISBN 974-291-174-6



9 789742 911744

ราคา 140 บาท