

<http://www.moph.go.th/hsri>

ฉบับกระแส



จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 8 (44) กุมภาพันธ์ 2542 ISSN 0859-9351

ผู้สูงอายุ



5 ล้านคน บนอัตราเพิ่ม 200% เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป อะไรที่ต้องเปลี่ยนตาม

สิบเจ็ดปีที่แล้ว องค์การสหประชาชาติประกาศให้ปี 1982

เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ

เวลาผ่านไปเกือบสองทศวรรษ

“ปีผู้สูงอายุสากล” เวียนมาถึงอีกวาระหนึ่ง

เพื่อกระตุ้นเตือนให้ประชาคมโลกตระหนัก

ถึงความสำคัญของประชากรสูงอายุ และ

เป็นสัญญาณเตือนให้เตรียมรับมือกับ

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะ

เปลี่ยนแปลงไปในยุคที่สัดส่วนประชากร

สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นทั่วโลก

รายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี

1996 ระบุว่า การมีชีวิตยืนยาวขึ้นทำให้

เรื่องของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญของ

โลกอนาคต ประเทศที่พัฒนาแล้วมี

ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปประมาณ 15%

ประเทศที่มีรายได้ปานกลางจะมีอัตราการ

เพิ่มของผู้สูงอายุ 200-400% ในช่วงปี 1990-

2025 และระบุว่าปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมี

บทเรียนที่เห็นได้ชัดจนในยุโรป ก่อให้เกิด

ภาระอันหนักหน่วงต่อระบบบริการและ

งบประมาณด้านสุขภาพ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ในยุคของประชากรสูงวัย

สำหรับประเทศไทย จาก “การทบทวน

และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับ

ผู้สูงอายุ รวมถึงการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศไทย” โดย รศ.นพ.สุทธิชัย จิตะ

พันธุ์กุล เสนอต่อ สวรส. สรุปได้ว่า ประชากร

สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 1.2

ล้านคนในปี 2503 เป็น 5.2 ล้านคนในปัจจุบัน

และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปี

2563 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากร

ทั้งหมด

ตัวเลขดังกล่าวจะสร้างผลกระทบทั้งใน



ปรารภ นานาลักษณะ-รายงาน

ทั้งหมด

ตัวเลขดังกล่าวจะสร้างผลกระทบทั้งใน

ด้านสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนการบริหาร

จัดการระบบบริการต่างๆ อย่างไม่อาจ

หลีกเลี่ยงได้ ข้อได้เปรียบด้านแรงงานและ

อัตราส่วนพึ่งพา รวม (ภาระของประชากรวัย

ทำงานจากการที่ต้องดูแลเด็กและผู้สูงอายุ)

ที่เคยลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ

2530 กำลังจะพลิกกลับเป็นข้อเสียเปรียบ

ในเชิงเศรษฐกิจและการพัฒนาสังคมในช่วง

11-12 ปีข้างหน้า และหลังจากนั้นอัตราส่วน

พึ่งพาในส่วนของผู้สูงอายุก็จะเพิ่มขึ้นอีก

ในทางสังคมและสาธารณสุข ประชากร

กลุ่มอายุ 75-80 ปีขึ้นไป มักมีปัญหา

สุขภาพมากขึ้นตามวัย เจ็บป่วยบ่อย ต้อง

พึ่งพาการช่วยเหลือดูแลในระดับสูง ขณะที่

ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือไม่สามารถอยู่ร่วม

กับครอบครัว และไม่สามารถดำรงชีพใน

ชุมชนได้โดยลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การ

จัดระบบบริการรองรับความต้องการด้าน

สุขภาพ และบ้านพักหรือสถานบริการดูแล

คนชราจะเป็นภาระที่หนักหน่วงขึ้นตามลำดับ

คำถามสำคัญคือ แนวโน้มของการ

เปลี่ยนแปลงที่มองเห็นได้นี้ เป็นที่ตระหนัก

ของสังคมไทย และรัฐไทย เพียงไร? มีการ

เคลื่อนไหว หรือเตรียมการเพื่อรองรับ

กับสถานการณ์ในอนาคตอันใกล้อย่างไรบ้าง?

ในขณะเดียวกัน การวางแผนพัฒนา

เศรษฐกิจของประเทศควรจะมีทิศทางเช่นไร?

บนโครงสร้างประชากรและอัตราส่วนพึ่งพา

ที่เปลี่ยนไปนี้

สองข้อต่างของนโยบายต่อผู้สูงอายุ เราจะไปทางไหนกัน?

นโยบายหลักเกี่ยวกับการจัดบริการ

สำหรับผู้สูงอายุมีอยู่ 2 แนวทางหลัก คือ

แนวทางการจัดสถานบริการผู้สูงอายุ กับ

แบบส่งเสริมให้ครอบครัว/ชุมชนดูแล

สำหรับการจัดสถานบริการผู้สูงอายุ

ด้านหนึ่งเป็นการจัดโดยรัฐ ตามแนวคิดรัฐ

สวัสดิการ ซึ่งจะเห็นได้ชัดในกลุ่มประเทศ

ทางยุโรปที่มีแนวนโยบายทางสังคมแบบรัฐ

สวัสดิการหรือสังคมนิยม (แม้ระบบ

เศรษฐกิจจะเป็นเสรีนิยม และระบบ

การเมืองเป็นประชาธิปไตย) ส่วนการจัด

สถานบริการเชิงธุรกิจตามกรอบความคิด

เศรษฐกิจเสรี อาจเห็นได้จากสหรัฐอเมริกา

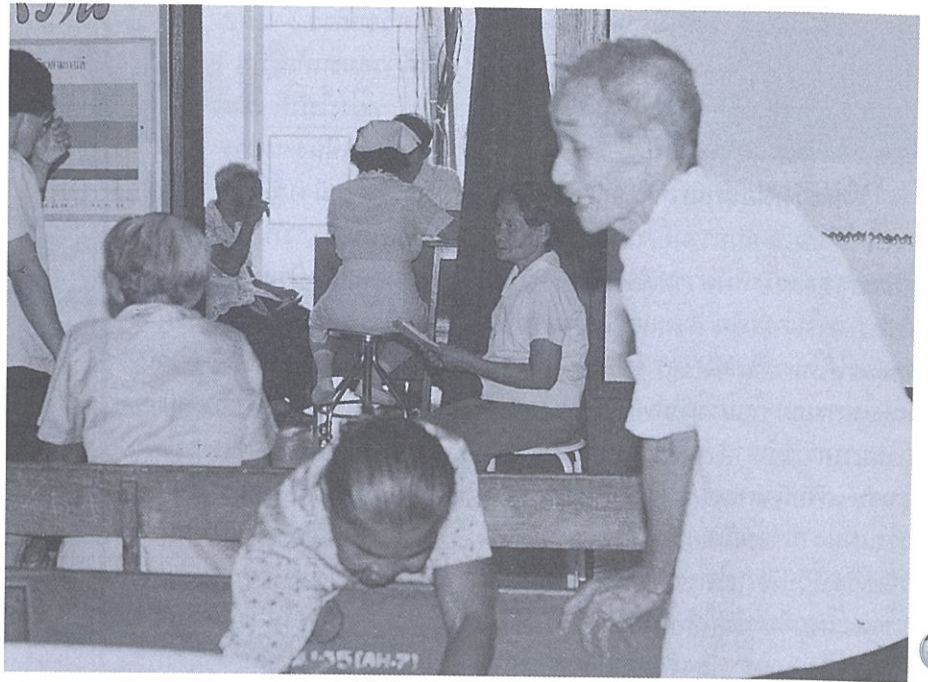
ส่วนแนวทางการดูแลโดยครอบครัว/

ชุมชน เป็นการถ่ายทอดในเชิงวัฒนธรรมที่

(อ่านต่อหน้า 2)

กระแส ความคิด

โดย สฤณี บัญญว



มาตรฐาน คุณภาพ บริการสาธารณสุข ต้องครอบคลุมกว้างกว่า โรงพยาบาล

จากรายงานหน้า 1 ของ “จับกระแส” ปีที่ 4 ฉบับที่ 7 (43) มกราคม 2542 เรื่อง “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ก้าวใหม่ในกระแสคุณภาพพุ่งสูง” พอสรุปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายจะผลักดันโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ให้ก้าวกระโดดไปเป็นสถาบันพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (IHIA)

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” ส่วนมาตรา 57

บัญญัติว่า “สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และมาตรา 32 บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

การจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อาจถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการสนองเจตนารมณ์ของบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ 3 มาตราดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขควรจัดหามาตรการให้มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับมาตรฐานของบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมมากกว่านี้ เพราะสถานบริการสาธารณสุขไม่ได้หมายถึงโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว สถานบริการสาธารณสุขประเภทอื่นๆ ที่เป็นสถาบัน เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือศูนย์บริการระดับต่างๆ เช่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต และที่สำคัญที่สุดคือ สถานีอนามัย และคลินิกเอกชนจำนวนมาก ที่ประชาชนผู้

“กระแสความคิด” เป็นคอลัมน์ที่พร้อมจะเปิดรับทุกทัศนะ ความคิดเห็น และมุมมอง ทั้งที่พ้องกับหรือแตกต่างจากประเด็นเรื่องราวต่างๆ ที่นำเสนอใน “จับกระแส” รวมตลอดถึงทุกประเด็นที่มีความสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการแก้ไข ตกแต่งตามความเหมาะสม แต่อยู่บนพื้นฐานที่จะไม่ให้เกิดกระทบต่อแนวคิดสำคัญที่ผู้เขียนต้องการเสนอ ในกรณีต้องการใช้นามแฝง กรุณาแจ้งนามจริงและสถานที่ติดต่อมาด้วย

ยากไร้ทั้งในเมืองและในชนบทต้องใช้บริการ ก็มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาและรับรองคุณภาพให้ได้มาตรฐานเช่นเดียวกัน

กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) มาตั้งแต่ปี 2528 โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทั้งชาติ ไม่ว่าจะอยู่แห่งหนตำบลใด เศรษฐฐานะและสังคม อย่างไร จะต้องได้รับบริการสาธารณสุขที่มี

สถานบริการสาธารณสุขประเภทอื่นๆ ที่เป็นสถาบัน เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือศูนย์บริการระดับเขต เช่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ และที่สำคัญคือ สถานีอนามัย และคลินิกเอกชนต่างจำเป็นต้องพัฒนาและรับรองคุณภาพให้ได้มาตรฐานเช่นกัน

คุณภาพทัดเทียมกัน วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการพบส.ดังกล่าว มีความครอบคลุมเรื่องคุณภาพและมาตรฐานของบริการสาธารณสุขเกือบทุกระดับ แต่โครงการนี้ก็ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นสถาบันหรือมีกฎหมายมารองรับแต่อย่างใด

สิ่งที่รัฐบาลต้องดำเนินการนอกจากการจัดสร้างสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงแล้ว ควรจะต้องพิจารณาตรา “พระราชบัญญัติมาตรฐานบริการสาธารณสุขแห่งชาติ” โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติมาตรา 2 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติมาตรฐานบริการสาธารณสุขแห่งชาติ ควรมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 3 ประการคือ

ประการแรก เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านบริการสาธารณสุข

ประการที่สอง เพื่อสงเคราะห์ผู้ยากไร้ ให้ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และ-

ประการที่สาม เพื่อรวบรวมโครงการและหน่วยงานต่างๆ ที่ทำหน้าที่ควบคุมดูแลด้านคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เช่น โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)

มารวมไว้ในองค์กรเดียวกัน

นอกจากมีกฎหมายมารองรับแล้ว อาจจะต้องมีหน่วยงานกลางมารับผิดชอบในเรื่องมาตรฐานบริการ

สาธารณสุขตามกฎหมาย อาจได้แก่ “คณะกรรมการมาตรฐานบริการสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งน่าจะประกอบด้วยสถาบันและคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง อีกร้อยละ เช่น คณะกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาและ

รับรองบริการสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล คณะกรรมการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ทางด้านบริการสาธารณสุข และคณะกรรมการอื่นๆ ตามความจำเป็น โดยมีสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการมาตรฐานบริการสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นหน่วยงานธุรการของคณะกรรมการเหล่านี้

ส่วนในเรื่องอำนาจหน้าที่ของแต่ละองค์กรจะเป็นอย่างไรบ้างนั้น ก็คงไม่เกินความสามารถของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่จะดำเนินการวิจัยกำหนดบทบาทขององค์กรต่างๆ ให้สอดคล้องเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด

การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของบริการสาธารณสุขในโลกนี้คงไม่ได้มีเพียงแนวทางเดียวเท่านั้น ประการสำคัญคือ ผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายควรพิจารณาให้รอบด้าน และกว้างไกลว่า แนวทางไหนจะมีประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชนสูงสุดโดยใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดที่สุด ▲

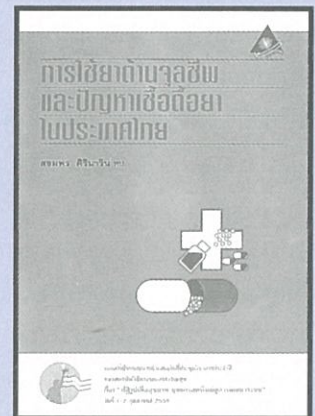
ผู้เขียน-สุภะดี ขวัญคง อยู่ในระบบบริการสาธารณสุขโดยตรง จึงให้ความสนใจกับประเด็นการพัฒนาบริการและการปรับโครงสร้างสถานบริการเป็นพิเศษ ปัจจุบันรับราชการอยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช อ.ฉวาง จ.นครศรีธรรมราช

พฤษภาคม 2540: ปรากฎตัวที่ญี่ปุ่น
สิงหาคม 2540: อาละวาดในอเมริกา
กุมภาพันธ์ 2542: เขย่าเกาะฮ่องกง
และ-คงอีกไม่นาน สำหรับประเทศไทย

ถึงเวลาต้องปรับกระบวนคิด
และเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับ
เชื้อแบคทีเรีย
ที่ทนทานต่อยาปฏิชีวนะ
ทุกชนิดในโลก

ทุกแง่มุมของปัญหา
และแนวทางป้องกันแก้ไข
รศ.พญ.สยามพร ศิรินาวิน
เตือนภัยไว้แล้ว
ตั้งแต่ปี 2539 ในหนังสือเล่มนี้...

การใช้ยาต้านจุลชีพ
และปัญหาเชื้อดื้อยาใน
ประเทศไทย



ราคาปก 100 บาท
ราคาสมาชิกโครงการ สนพ. 80 บาท
[เหลือไม่มากแล้ว]

ติดต่อสั่งซื้อทางไปรษณีย์ได้ที่ นส.สุภาภรณ์ สว่างศรี (โทร. 9511286-93 ต่อ 142) พร้อมส่ง **ธนาคินดี/ตัวแลกเงิน** (ส่งจ่ายปทพ. ตลาดขวัญ) หรือ **เช็ค** (ส่งจ่ายในนาม “วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข” หรือ **โอนเงิน**เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 340-2-03355-0 หรือซื้อด้วยตนเองที่ สวรส. และศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“มัน” มาอีกแล้ว

“มัน” ในที่นี้ไม่ได้หมายถึง potato แต่เป็นเชื้อแบคทีเรียชื่อ

เมื่อปลายเดือนกุมภาพันธ์ วงการแพทย์ฮ่องกงถูกเขย่าขวัญจากกรณีผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียเสียชีวิต แม้จะใช้ยา Vancomycin ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์สูงสุดทำการรักษาอยู่นานถึง 2 สัปดาห์ ก็ไม่เป็นผล

เชื้อแบคทีเรียที่ว่านี้ เป็นชื่อ Staphylococcus Aureus ที่พัฒนาสายพันธุ์ใหม่ ติดต่อยาปฏิชีวนะทุกชนิดเท่าที่มีในโลก ซึ่งผมเข้าใจว่าน่าจะเป็นพันธุ์เดียวกับที่ออกอาละวาดในสหรัฐอเมริกาเมื่อเดือนสิงหาคม 2540 และก่อนหน้านั้น 3 เดือน ก็มีรายงานในญี่ปุ่นมาก่อนแล้ว

ในช่วงนั้น สวรรส ได้ออกมาแถลงข่าวเตือนภัยอย่างฉับพลัน และเรียกร้องให้ทุกฝ่ายช่วยกันหยุดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่มีความจำเป็น เพื่อลดปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสำคัญมากขึ้น ซึ่งได้รับการขานรับจากสื่อมวลชนนำไปถ่ายทอดอย่างกว้างขวาง แต่ในวงการแพทย์และสาธารณสุขเอง ดูจะมีการตอบ

ตัวจริง เสียงจริง: พญ. สยมพร ศิรินาวิณ จับติดปัญหาเชื้อดื้อยามานาน และวันนี้ ผลงานเมื่อสามปีก่อนกลายเป็นงานร่วมสมัยที่สุดในยุคที่เชื้อแบคทีเรียกำลังจะมีชัยเหนือศักยภาพทางเทคโนโลยีของมนุษย์



รับน้อยมาก คุณหมอส่วนใหญ่ยังคงสั่งใช้ยาปฏิชีวนะกันต่อไป ทั้งที่ไม่จำเป็นเช่นกรณีใช้หวัด-ซึ่งมีสาเหตุจากไวรัส ไม่ใช่แบคทีเรีย-ตาม “ชนบทเดิม” ที่นิยมให้เผื่อไว้ก่อน กับที่เกินจำเป็น คือให้ยาแรงยาแพงเข้าไว้ ซึ่งเป็น “ชนบทใหม่” กันไม่ให้คนไข้ต่อว่าได้ว่าทำไมรักษาไม่หาย ส่วนปัญหาเชื้อดื้อยาที่กำลังกลายเป็นปัญหาของมวลมนุษย์ (ขนาดที่วงการแพทย์เองก็เริ่มพูดกันหนาหูแล้วว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีของมนุษย์เราไม่อาจไล่ตามกลไกการพัฒนาตัวเองของเชื้อโรค) ก็อาจจะคิดกันว่า “ไม่ใช่ปัญหาของฉัน”

มีหมอจำนวนไม่มากนักที่คิดว่า “นี่คือปัญหาระดับชาติ” และหนึ่งในจำนวนนั้นก็คือ รศ.พญ. สยมพร ศิรินาวิณ แห่งคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามฯ ซึ่งจับติดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะมาโดยตลอด และเคยเสนอซ้ำซากว่ารัฐจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม เพราะมีตัวอย่างให้เห็นกันแล้วว่า ต่อให้กระทรวงสาธารณสุขทำ National Practice Guideline กันจนครบทุกโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ก็คงจะไม่มี ความหมายอะไร トラบเท่าที่แพทย์ส่วน

ใหญ่เห็นว่าเป็นคู่มือของแพทย์ฝึกหัด

ผลงานสำคัญเล่มหนึ่งของอาจารย์ สยมพร คือ “การใช้ยาต้านจุลชีพและปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย” ซึ่งทาง สวรรส. จัดพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ต้นปี 2539 เมื่อครั้งจัดประชุมวิชาการของ สวรรส. ครั้งแรก ได้เขียนถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหายาอย่างครอบคลุม ถึงขั้นที่ทดลองร่าง “นโยบายแห่งชาติด้านยาต้านจุลชีพ” เอาไว้ด้วย ไม่เฉพาะยาปฏิชีวนะที่ใช้ในคน แต่รวมถึงถึงยาปฏิชีวนะที่ใช้ทางปศุสัตว์-ซึ่งก็เป็นอีกช่องทางที่แพร่เชื้อดื้อยาเข้าสู่มนุษย์ได้ และไม่เฉพาะระบบการสั่งยา-ใช้ยาที่เหมาะสม แต่ยังเน้นถึงความสำคัญของการวางระบบเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการแพร่เชื้อ

ประเด็นนี้สำคัญ เพราะแม้แต่ในอเมริกา ก็ยังมีรายงานว่าเชื้อ Staphylococcus เป็นสาเหตุอันดับแรกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็น 13% ของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่มีราว 2 ล้านคนในแต่ละปีแล้วประเทศไทยซึ่งไม่ได้มีระบบป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ดีไปกว่านั้นแน่ๆ จะเป็นอย่างไร หากเชื้อแบคทีเรียดื้อยาขึ้นเครื่องบินจากเซ็กแล็ปก็กมาลงตอนเมือง?

จากญี่ปุ่นถึงอเมริกา มาฮ่องกง ข้อสรุปที่เหมือนกันก็คือ ปัญหาเชื้อดื้อยาที่พัฒนามาจนรุนแรงขนาดนี้มีสาเหตุจากการใช้ยาปฏิชีวนะแรงและมากเกินไปจนความจำเป็น โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเองเป็นสาเหตุประกอบ คือ เมื่ออาการดีขึ้นก็หยุดยา ไม่ใช่ให้ครบตามที่แพทย์สั่ง แต่วิเคราะห์กันตื้นๆแบบคนกระโหลกหนอย่างผม ประเด็นตรงผู้ใช้นาน่าจะเป็นปลายเหตุ เพราะความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะให้ครบ

ขนาดตามที่แพทย์สั่ง น่าจะสอนกันได้ไม่ยาก แต่ความเคยชินที่ผู้ป่วยทวงถามหายา ปฏิชีวนะเมื่อแพทย์ไม่สั่งให้ที่นี่ สะท้อนให้เห็นว่า เราเพาะบ่มการใช้ยาปฏิชีวนะแบบครอบจักรวาลกันมาจากไหน และฝังรากลึกลงไปขนาดไหน!

จรรยาแพทย์: จากโบสั่งยา ถึงเตตาลีอกอาหารเสริม

ในหนังสือเล่มเดียวกันของพญ.สยมพร มีบทที่ว่าด้วย “แพทย์-บริษัทยา-ของขวัญ” ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่วิเคราะห์ว่านำไปสู่การสั่งใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย ยิ่งในกรณีของยาปฏิชีวนะ ย่อมนับเป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาเช่นกัน

ของขวัญในรูปแบบต่างๆจากบริษัทยา ที่มอบให้แพทย์-ซึ่งโดยเนื้อแท้เป็นช่องทางหนึ่งของการส่งเสริมการขาย เป็นประเด็นทางจรรยาบรรณที่วิพากษ์วิจารณ์กันมากในช่วงทศวรรษ 1980 จนในที่สุดแพทยสมาคมอเมริกา หรือ American Medical Association (AMA) ได้กำหนดจรรยาแพทย์ในเรื่องนี้ไว้พอสรุปได้ว่า

1. ของขวัญใดๆ ที่แพทย์รับเป็นส่วนตัวจากบริษัทยา จะต้องเป็นสิ่งที่จะก่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย และมูลค่าไม่มากนัก
2. การรับของขวัญมูลค่าเล็กน้อยเป็นการส่วนตัวย่อมกระทำได้ หากว่าของขวัญนั้นเกี่ยวข้องกับการทำงานในฐานะที่เป็นแพทย์
3. การอุททูนให้แพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการเป็นสิ่งที่กระทำได้ โดยผ่านผู้จัดการประชุม แพทย์ผู้เข้าร่วมไม่ควรรับเงินค่าใช้จ่ายในการเข้าประชุมจากบริษัทยาโดยตรง
4. การอุททูนจากบริษัทยาไม่ควรเป็นค่าเดินทาง ที่พัก หรือค่าใช้จ่ายส่วนตัวรวมทั้งค่าตอบแทนในการเข้าประชุม
5. การรับทุนอุดหนุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์ เพื่อเข้าประชุม-อบรมด้านวิชาการ ต้องคัดเลือกโดยสถาบันการศึกษา ไม่ใช่บริษัทยา
6. ไม่ควรรับของขวัญใดๆ ถ้ามีข้อ

สวนทาง: อาหารเสริมช่วยเสริมรายได้ให้แพทย์อเมริกัน แต่ดึงให้สถานะของวิชาชีพตกต่ำลงจน AMA ต้องสั่งห้าม ส่วนเมืองไทยแม้ อย.คิดจะห้ามโฆษณา แต่ยังไม่มีการสั่งห้ามแพทย์ขาย-หรือเปล่า



ผูกมัด เช่น ให้สั่งซื้อหรือสั่งใช้ยา นอกจากนี้เมื่อบริษัทยาให้การสนับสนุนการจัดประชุมทางการแพทย์ การเลือกเนื้อหาวิทยากร ฯลฯ ควรดำเนินการโดยคณะผู้จัดประชุมและผู้บรรยายเอง

เวลาผ่านไป แม้แนวรบด้านตะวันออก (เช่นประเทศไทย) เหตุการณ์จะไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง แต่ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์-บริษัทยา-ของขวัญ ในอเมริกาคลี่คลายไปมากจนกลายเป็นอดีตไปแล้ว (เพราะอย่างน้อยแพทย์ก็ไม่ได้ขายยาเองเข้ากับร้านขายยา และไม่ต้องปฏิบัติตามบันทึกภายในที่ผู้บริหาร “ขอความร่วมมือ” ให้ช่วยสั่งใช้ยาบางชนิดที่มีอยู่ในสต็อกมากเกินไป เหมือนที่ผมแอบเห็นในโรงพยาบาลบางแห่ง) ประเด็นใหม่ตามรายงานในนิตยสาร Time คือการที่แพทย์หันมารับบทเซลส์แมนหารายได้เสริม ซึ่งถ้าเป็นอย่างกรณีของดร.เกร์ สมิธ ที่สามารถยืนยันได้ว่าเขาไม่ได้ใช้ความเป็นแพทย์ขายผลิตภัณฑ์แอมเวย์ให้กับผู้ป่วย ก็คงจะไม่กระทบ

แต่ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยหลายคนรู้สึกกระอักกระอ่วนใจก็คือ กรณีแบบที่แพทย์ประจำตัวแอมแคตาลีอกผลิตภัณฑ์อาหารเสริมพร้อมหมายเลขผู้แทนขายของตัวเองแพทย์เองมากับสมุดรายการตรวจร่างกายประจำปี จะไม่สั่งซื้อก็เกรงใจ ครั้นจะต้องสั่งซื้อเพียงเพื่อเอาใจหมอก็กทำใจ

ลำบาก-ประสบการณ์แบบนี้ คงคล้ายที่หลายคนเคยผ่านพบ เมื่อสุดดีแพทย์เสนอแผนประกันชีวิตให้กับลูกของคุณที่เธอเพิ่งทำคลอดออกมา แต่ถ้าคุณไม่ได้รับเกียรติจริงจนกับการประกันชีวิต คุณก็คงไม่มีเหตุผลที่จะไปซื้อกับตัวแทนคนอื่น

เพื่อแก้ปัญหานี้ AMA ซึ่งต้องทำตัวเป็น “อาม่า” ดูแลลูกหลานไม่ให้แตกแถว จึงกำหนดจรรยาแพทย์เพิ่มขึ้นอีกข้อ ห้ามแพทย์ที่เป็นสมาชิกขายวิเศษและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ผู้ป่วย ผลคือแพทย์สายโรคผิวหนังและศัลยกรรมพลาสติกออกมาไววายวายกันลั่น เพราะแต่ไหนแต่ไรมาแพทย์กลุ่มนี้ขายผลิตภัณฑ์เช่น โฟมล้างหน้า หรืออะไรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้โดยตรง ทำให้ “อาม่า” ต้องรับปากว่าจะทบทวนแก้ไขจรรยาแพทย์ในเรื่องนี้ให้เหมาะสมขึ้นภายในปีนี้

การที่แพทย์ต้องสวมบทพนักงานขาย มีสาเหตุที่ตรงไปตรงมาอย่างยิ่งว่า รายได้ไม่เพียงพอ การปรับระบบ Medicare มีผลให้รายได้ของแพทย์ลดลง เปิดทางให้เภสัชกรและพยาบาลรุกล้ำเข้ามาปันส่วนแบ่งจากแพทย์ไป ในขณะที่ต้นทุนบริการผู้ป่วยต่อหัวสูงขึ้น ระบบราชการก็พยายามเข้ามาตรวจสอบการวินิจฉัยของแพทย์มากขึ้นจนเป็นเรื่องน่าอึดอัด แพทย์หลายคนถึงกับเลิกอาชีพที่ร่ำเรียนมา ไปทำธุรกิจอื่นเลยก็มี ส่วนบางคน อย่างดร.คาเรน ฮิลล์ ในเท็กซัส ตัดสินใจลดจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในความดูแลของเธอลงไปถึง 2 ใน 3 แนนอนว่ารายได้เธอน้อยลง แต่การดูแลผู้ป่วย 500 คนที่เหลือจาก 1,500 คน ทำให้ชีวิตเธอมีความสุขขึ้น เธอบอกว่า “เราเสียเวลากับงานเอกสารและแบบฟอร์มการประกันมากเกินไป เราควรจะกลับไปสู่เหตุผลที่ทำให้มีอาชีพนี้ คือการรักษาผู้ป่วย”

ถ้าไม่ติดว่าเกิดวิกฤตเศรษฐกิจเสียก่อน ประเทศไทยน่าจะมีศักยภาพสูงยิ่งในการดึงหมออเมริกันเข้ามาแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์บ้านเรา เพราะถึงใครๆจะเห็นว่าสถานะแพทย์ในสังคมไทยปัจจุบันตกต่ำลงไปบ้าง แต่เทียบกับอเมริกาแล้วประเทศไทยก็คือสวรรค์ดีๆนี่เอง

ไสยน์สประท้วงศาล

นอกจาก “ชุดดำ” แบบที่ข้าราชการกระทรวงการคลังใส่ เมื่อครั้งที่รัฐบาลก่อนปลดหม่อมเต่าจากตำแหน่งปลัดกระทรวง ผมก็นึกไม่ออกว่ามี “การใส่” อะไรอีกบ้างที่สัมพันธ์กับการประท้วง

เพราะการประท้วงส่วนใหญ่มักจะแสดงสัญลักษณ์ผ่านการ “ไม่ใส่” เสียมากกว่า เช่นในสมัยหนึ่ง มีแฟชั่นเปลี่ยนกายวิงประท้วงในทีสาธารณะ ให้ตำรวจต้องหาผ้าใส่คลุมกันไกลทล หรือแม้แต่การโกนหัว การอดข้าวประท้วงก็ต้องนับเข้าข่าย “ไม่ใส่” มากกว่า “ใส่”

เมื่อสาวอิตาเลียนนัดกันใส่กางเกงยีนส์แสดงการประท้วงคำพิพากษาของศาล จึงออกจะเป็นเรื่องแปลกอยู่สักหน่อย แต่เมื่อไปดูคำพิพากษาที่เป็นต้นเหตุของการประท้วง กลับพิสดารยิ่งกว่า

ผู้หญิงกลุ่มแรกๆ ที่ออกมาขู่ว่าจะใส่กางเกงยีนส์ประท้วงคือสมาชิกวุฒิสภา แล้วคลื่นกางเกงยีนส์ก็สาดซัดไปทุกหนแห่ง จากเฟมินิสต์ฝ่ายซ้ายไปถึงผู้นำพรรคการเมืองขจัดจากดาราทีวีไปถึงยอดนักกีฬาหญิง จากผู้หญิงหัวเก่าไปถึงผู้หญิงยุคใหม่ นับเป็นปรากฏการณ์ที่หลอมรวมผู้หญิงแดนมะกะโรนีเข้าด้วยกันอย่างเห็นภาพที่สุด โดยไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ฐานะ อาชีพ ความคิดทางการเมือง

คดีที่เป็นต้นเหตุคือคดีข่มขืน แต่นั่นไม่ใช่ประเด็น ประเด็นอยู่ที่คำพิพากษาของ

ศาลอุทธรณ์สูงสุดที่ให้อภัยด้วยเหตุผลว่า โจทย์สวมกางเกงยีนส์ และ “เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะถอดกางเกงยีนส์ออกหากผู้สวมไม่ร่วมมือนด้วย” คำพิพากษาลงนามโดยผู้พิพากษา 5 คน-ผู้ชายล้วน

เหตุผลแบบนี้คล้ายๆ กับที่ผมเคยอ่านจากการศึกษาของ ผศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล เรื่อง “ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ภัยเงียบภัยมืด และภัยสว่าง บนทุกเส้นทางชีวิตผู้หญิง” สมัยหนึ่งรัฐบาลอิสราเอลคิดจะแก้ปัญหาคชกรรมข่มขืนโดยการออกกฎหมายห้ามผู้หญิงออกจากบ้านยามวิกาล ยิ่งดีที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้หญิงชื่อโกลด้า แมร์ เธอให้เหตุผลคัดค้านอย่างชาญฉลาดว่า “ที่จริงแล้วคนที่ทำร้ายและข่มขืนผู้หญิงคือผู้ชาย ดังนั้นถ้าจะห้ามคนออกนอกบ้าน น่าจะให้ผู้ชายต่างหากที่เป็นคนอยู่ในบ้านแทน”

โดยมาตรฐานตะวันตกแล้ว อิตาลีเป็นประเทศที่ล่าหลังมากประเทศหนึ่งในแง่ของทัศนคติต่อความรุนแรงทางเพศ ก่อนจะมีกฎหมายใหม่ออกมาเมื่อ 3 ปีก่อน การข่มขืนถือเป็นเพียงการกระทำที่ขัดต่อศีลธรรมอันดีเท่านั้น และในตอนที่รัฐสภากำลังพิจารณากฎหมายดังกล่าว โจวันนี ลีโอเน อดีตประธานาธิบดีซึ่งเป็นหนึ่งในผู้คัดค้าน ก็อ้างเป็นภาษาละตินใจความว่า “ผู้หญิงชอบให้ใช้กำลังกันนิดหน่อย” (ไปกันได้ดีกับตัวอย่างที่ ดร.กฤตยายกมาไว้ใน

รายงานของเธอ เพื่อนอาจารย์คนหนึ่งของเธอซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาเอก ให้ความเห็นต่อการข่มขืนว่า “ผู้หญิงที่เคยถูกข่มขืนแล้ว ถ้าถูกข่มขืนอีกคงไม่เป็นอะไรเท่าไร”)

อย่างไรก็ตาม กฎหมายก็ผ่านออกมาได้ และบทลงโทษในคดีข่มขืนก็รุนแรงขึ้น

เมื่อมีคำพิพากษาออกมาเช่นนี้ ก็เหมือนกับการย้อนกลับไปอยู่ใต้ระบบค่านิยมเก่าๆ กับความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่ “เจ็บป่วย” แบบเดิมๆ (สำนักนิตยสารกฤตยา) การประท้วงและวิพากษ์ขนานใหญ่จึงเกิดขึ้น และเลยไปถึงประเด็นที่ว่า ในศาลสูงมีผู้พิพากษาหญิงเพียง 10 คนจากทั้งหมด 410 คน ซึ่งน้อยเกินไป และผู้พิพากษาชายส่วนใหญ่ก็เป็นคนแก่หัวโบราณที่โตมากับค่านิยมเดิมๆ คล้ายๆ จะชี้ว่าน่าจะจะต้องปรับโครงสร้างสัดส่วนในเรื่องของเพศและอายุกันเสียหน่อย

มองจากผิวบน สถานการณ์ในประเทศไทยดูดีกว่าอิตาลีเยอะ ขึ้นพื้นฐานที่สุด เราไม่เห็นอกเห็นใจต่อเพศหญิง ชนิดที่คงไม่มีผู้พิพากษาคนไหนให้เหตุผลการกลับคำพิพากษาอย่างนั้นได้แน่ๆ ถัดมาเรามีบทลงโทษที่รุนแรง และที่ยังไปกว่านั้นร้ายมีบทลงโทษทางสังคม-หรือร้ายหนึ่งบทลงโทษจากสื่อมวลชน ที่ทำการพิพากษาผู้(ต้องสงสัยว่า)กระทำความผิด ตั้งแต่เริ่มคดี!?

แต่เท่าที่และทัศนคติ กับปริมาณความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นเป็นคนละเรื่องกัน รายงานฉบับเดียวกันของดร.กฤตยา เสนอข้อมูลว่าปี 2536 มีคดีข่มขืน 3,356 ราย สูงสุดในรอบ 12 ปี เฉลี่ยแล้วในกรุงเทพฯ จะมีผู้หญิงถูกข่มขืนวันละ 1 คน แต่มีผู้คาดประมาณว่าจำนวนคดีมีเพียง 5% ของเหตุการณ์ข่มขืนที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น และส่วนหนึ่งที่ไม่เป็นคดีก็มาจากการตกलयอมความ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจจับ The Negotiator

สถานการณ์ปัจจุบันจะคลี่คลายในเชิงปริมาณไปอย่างไร ผมไม่มีข้อมูล รู้แต่ว่าการคลี่คลายในเชิงคุณภาพไปเป็นผู้ชายข่มขืนผู้ชายเพิ่มขึ้น

แต่ผมยังอุ่นใจอยู่น้อย ตรงที่ผมชอบใส่กางเกงยีนส์

ยีนส์ไม่ใช่ข้ออ้าง: สมาชิกวุฒิสภาอิตาลีต่างวัยต่างอุดมการณ์ พร้อมใจกันใส่กางเกงยีนส์ประท้วงคำพิพากษาของศาล



บทเรียนจากแคนาดา-- หรือว่าบังคลาเทศ

บนเวทีมอบรางวัลแกรมมี่ ซึ่งถือเป็นสุดยอดรางวัลของอุตสาหกรรมดนตรีโลก ปรากฏว่าปีนี้เป็นปีทองของศิลปินสาวเลือดแคนาเดียน เมื่อซีลีน ดิออน, ซาโนอา ทเวน, อลานิส มอริสเซิร์ท, ซาร่าห์ แมคคลาคลาน ช่วยกันมอบรางวัลไปอย่างสนุกสนาน

บนเวทีโลกยุคใหม่ ที่ไม่ได้วัดกันเพียงความสำเร็จในเชิงธุรกิจและอุตสาหกรรม ก็ต้องนับว่าแคนาดาเป็นดาวดวงที่โดดเด่นที่สุดในโลกที่ทรัพยากรร่อยหรอและเริ่มขาดแคลน โลกที่สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลงโลกที่สุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องสร้างเสริมกันขึ้นมาใหม่และต้องการหลักประกันคุณภาพเมื่อจำเป็นต้องรับการรักษายาบาล แคนาดาเป็นประเทศต้นแบบที่มีบทเรียนมากมายให้ศึกษา

ไม่ใช่แค่ "Hospital Accreditation-บทเรียนจากแคนาดา" หนังสือขายดีเล่มนั้นของคุณหมออู๋วัฒน์ ศุขชุตติกุล (ถือโอกาสโฆษณาเสียเลย) ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการกันอย่างแข็งขัน

เมื่อเร็วๆ นี้โครงการกำจัดขยะในภูเก็ต ซึ่งได้รับการสนับสนุนและถ่ายทอดเทคโนโลยีจากองค์กร International Center for Sustainable Cities และ Canadian International Development Agency และดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2537 และเลี้ยงตัวเอง-ดำเนินการเองได้ในปี 2539 ได้รับการยกย่องให้เป็นแม่แบบในการจัดการปัญหาขยะสำหรับเมืองใหญ่ในเอเชียอาคเนย์ และบทเรียนจากแคนาดาที่พิสูจน์ความสำเร็จในภูเก็ตแล้วเรื่องนี้ ก็จะมีการขยายผลต่อไปใน 6 เมืองใหญ่ของภูมิภาคนี้รวมทั้ง หาดใหญ่ อุดรธานี

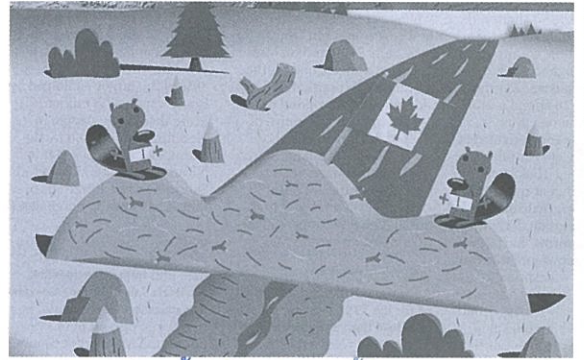
แคนาดายังเป็นต้นกำเนิดของแนวคิดใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ รายงานของลาลองเดในปี 2517 ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยกำหนดสุขภาพที่อยู่รอบบริบทของการสาธารณสุข และชี้นำไปสู่การพัฒนาทางด้านส่งเสริมสุขภาพขึ้นมา รวมทั้งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการก่อเกิด

กฎบัตรรอดตายที่ถือได้ว่าเป็นคัมภีร์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับสากล

แคนาดายังเป็นต้นแบบของการพิทักษ์รักษาสุขภาพแวดล้อม เป็นหัวใจของการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เข้มแข็ง และเน้นนอน-กรีนพีซกลุ่มพิทักษ์สิ่งแวดล้อมที่ห้าวหาญที่สุดในโลก ก็ถือกำเนิดจากแคนาดา

ปัจจุบันแคนาดาเป็นแหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ขนาดใหญ่ของโลก ด้วยปริมาณมากถึง 1 ใน 5 นอกเหนือจากข้อได้เปรียบทางภูมิศาสตร์ความสำเร็จในการรักษาลิ่งแวดล้อม น่าจะเป็นเหตุผลสำคัญอีกข้อหนึ่งที่ทำให้แคนาดาคงสถานะดังกล่าวเอาไว้ได้ ความสำคัญของเรื่องนี้คืออะไร? คำตอบอยู่ในหนังสือ "สุขภาพของโลก ค.ศ. 2020: ภาพอนาคตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" ที่แปลมาจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า การขาดแคลนน้ำจะเป็นปัญหาใหญ่ของโลกในอนาคตอันใกล้ ภายในค.ศ. 2010 เมืองอย่างปักกิ่ง ไคโร กัลกัตตา คาร์ตีฟ ดักกา ฮุสตัน จากร์ตา การจี ลากอส ลอสแอนเจลิส เม็กซิโกซิตี เซียงไฮ้ ฯลฯ จะประสบปัญหาน้ำอย่างรุนแรง และมีความเป็นไปได้สูงว่า ความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศจะเป็นเรื่องของการแย่งชิงแหล่งอาหารและแหล่งน้ำมากกว่าอุดมการณ์เชื้อชาติ ศาสนา

ในขณะที่ประเทศที่เคยได้ชื่อว่าเป็น "อู่อาน้ำ" การศึกษาของนพ.ซูชัย ศุภวงศ์ และคณะ เรื่อง "สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย" พบว่าคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายหลักของประเทศ (พ.ศ. 2537) ที่ยังคงสภาพตามธรรมชาติหมดไปแล้ว ส่วนน้ำในเกณฑ์คุณภาพที่ใช้ประโยชน์โดยผ่านการฆ่าเชื้อโรคและกระบวนการปรับปรุงคุณภาพทั่วไป เหลือเพียงประมาณ 50% อีก 50% หากจะใช้ต้องผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำแบบพิเศษ หรือใช้ในการคมนาคมเท่านั้น ในขณะเดียวกัน แม่น้ำสายใหญ่อย่างเช่นน้ำพองเน่าเสียจากน้ำทิ้ง



มหาอำนาจด้านน้ำ: ด้วยปริมาณน้ำร้อยละ 20 ของโลก แคนาดาจะเป็นชาติมหาอำนาจในโลกอนาคตที่ขาดแคลนน้ำ?

โรงงานกระดาษ มีสารตะกั่วสูงกว่าค่ามาตรฐานในแม่น้ำปัตตานี และพบสารหนูในน้ำบ่อ อ.ร่อนพิบูลย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไตดำที่พบมาตั้งแต่ปี 2530 และเมื่อปี-สองปีก่อน ผมก็ยิ่งผ่านตารางงานสถานการณ์ที่ดูจะไม่มียุโรปเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ซึ่งถ้ายังเป็นเช่นนี้ต่อไป บริเวณลุ่มน้ำปากพองก็อาจจะเหมือนกับแหล่งน้ำในบังคลาเทศวันนี้ ซึ่งมีรายงานพบว่ามีบ่อน้ำถึง 20% ที่มีสารหนูปนเปื้อนในระดับสูง

กลับไปที่แคนาดา สถานการณ์ขาดแคลนน้ำสะอาดในปัจจุบัน และแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคตทำให้แคนาดาเปรียบเสมือนขุมทรัพย์แห่งอนาคต เหมือนกับที่เหมืองแร่และบ่อน้ำมันเคยเป็นมา (อย่าลืมว่าน้ำดื่มบรรจุขวดที่เราดื่มกันทุกวันนี้ ราคาต่อลิตรแพงกว่าน้ำมันไปแล้ว) บริษัทเอกชนที่ไวพองจึงรับยื่นเรื่องขออนุญาตส่งออกน้ำ พร้อมกับวาดแผนการตลาดสำหรับทั่วโลกไว้อรองรับ คาดกันว่าด้วยน้ำเพียงอย่างเดียว แคนาดาจะกลายเป็นประเทศมหาอำนาจของโลกในสหัสวรรษที่ 3 ได้สบายๆ แต่ติดตรงที่รัฐบาลยังไม่อนุญาต โดยมีเหตุผลในเรื่องของ "หลักประกันความมั่นคงด้านน้ำของแคนาดาในระยะยาว" และประชาชนแคนาเดียนเองก็ดูจะไม่เห็นด้วยกับการส่งออกของเหลวล้ำค่าชนิดนี้

แต่เพื่อไม่ให้ดูใจจืดใจดำกับมิตรประเทศจนเกินไป รัฐบาลแคนาดาสัญญาว่าพร้อมจะถ่ายทอดประสบการณ์และเทคโนโลยีการรักษาทรัพยากรน้ำให้กับนานาประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ

คุณว่าประเทศไทยอยู่ในข่ายไหม? ▲

Amazing อย.

เมื่อเร็ว ๆ นี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้กำหนดมาตรการใหม่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารว่า ต่อไปนี้ทั้งผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศและนำเข้า ไม่ต้องมาขอขึ้นทะเบียนจาก อย. แต่จะต้องมีการติดฉลากว่ามีส่วนผสมอะไรบ้าง และจะห้ามการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณต่างๆ แทน

ปลายกระแส

เหตุและผลแห่งการเปลี่ยนแปลง เท่าที่ผมสรุปจากข่าวที่ อย. แกลงต่อสื่อมวลชน พอจะลำดับได้ดังนี้

1. ปัจจุบัน มีการนำผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเข้ามาจำหน่ายเป็นจำนวนมาก
2. การขอขึ้นทะเบียนเป็นการขึ้นทะเบียนอาหาร แต่กลับไปโฆษณาในรูปแบบของยา
3. การโฆษณาดังกล่าว อ้างว่าได้รับการรับรองจาก อย. ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด คิดว่าเมื่อบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวจะรักษาโรคให้หายได้ เช่น โฆษณาว่ารักษาโรคมะเร็งได้ ซึ่งทำให้ อย. เสียหาย
4. การโฆษณาดังกล่าว แม้จะถือว่ามีคามผิดและมีโทษปรับตามกฎหมาย แต่กฎหมายกำหนดโทษไว้ต่ำ ปรับครั้งละไม่เกิน 5,000 บาท ซึ่งผู้ประกอบการยอมเสียค่าปรับ เพราะได้รับผลประโยชน์คุ้มค่า
5. เมื่อแก้ไขประกาศกระทรวงแล้ว ผู้ประกอบการสามารถดำเนินการโดยอิสระ แต่ห้ามโฆษณา ถ้าพบว่ามีโฆษณา ก็จะใช้ พรบ.อาหาร มาตราที่ว่าด้วยการโฆษณาผลิตภัณฑ์เกินจริงหลอกลวงผู้บริโภค ดำเนินคดีตามกฎหมาย
6. ที่ผ่านมาย อย. แก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เพราะเมื่อเกิดปัญหาแล้วถึงจะดำเนินการแก้ไข ซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับ อย. และเป็นการสวนกระแสนโยบายรัฐบาลที่ให้ อย. เป็นผู้กำกับเท่านั้น ไม่ได้ให้เป็นผู้ควบคุม

ในฐานะประชาชนตัวอ่อนๆคนหนึ่ง ผมมีข้อสังเกตตามควรแก่รูปพรรณสัณฐาน ดังนี้

1. เจตนาารมณ์ของ พรบ.อาหาร พ.ศ. 2510 คือให้มีการควบคุมดูแลการผลิต จำหน่าย นำเข้า และส่งออกอาหารชนิดต่างๆ เพื่อป้องกันประชาชนให้ได้บริโภคอาหารที่มีคุณภาพ ไม่มีลักษณะเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ อาหารปลอม อาหารผิดมาตรฐาน หรืออาหารไม่ถูกสุขลักษณะอื่น โดยมีมาตรการสำคัญคือ (1) ควบคุมแหล่งผลิต ให้ต้องขออนุญาตตั้งโรงงานผลิตอาหารเพื่อจำหน่าย (2) ควบคุมตำรับอาหาร (3) ควบคุมการโฆษณา
2. การห้ามหรือไม่ห้ามโฆษณา ไม่ได้มีผลต่างในแง่การบังคับใช้กฎหมาย ตาม พรบ.อาหาร แต่อย่างใด (มาตรา 40-ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหาร อันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดการหลงเชื่อโดยไม่สมควร และมาตรา 41 ก็ระบุชัดเจนว่า หากโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต หรืออาหารดังกล่าวไม่มีคุณภาพ หรือสรรพคุณตามที่ได้โฆษณา เพื่อเป็นการพิทักษ์ผลประโยชน์ของประชาชน พรบ.อาหารได้ให้อำนาจตามมาตรา 42 ให้ อย. สั่งระงับการโฆษณาได้ นอกจากนี้ การฝ่าฝืนข้อกฎหมายทั้ง 3 มาตรา จะต้องได้รับโทษซึ่งอาจเป็นโทษหนักถึงจำคุกหรือปรับ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 70 มาตรา 71 และมาตรา 72) ความต่างของการโฆษณาโดยได้รับอนุญาตก่อน กับห้ามโฆษณามีเพียง อย. ไม่ต้องตรวจพิจารณา
4. ในโลกที่การตลาดนำการขาย และกำลังก้าวสู่ยุค e-commerce โดยมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตรองรับ เป็นไปไม่ได้ที่จะห้ามการโฆษณา การตรวจพิจารณาการโฆษณาผ่านสื่อหลัก (โทรทัศน์ วิทยุ นสพ. สื่อสิ่งพิมพ์) จะเป็นด่านแรกในการปกป้องผู้บริโภคกลุ่มใหญ่ การห้ามโฆษณา แต่แถลงว่า "ถ้าพบว่ามีโฆษณา.....จะดำเนินคดีตามกฎหมาย" กลับจะยิ่งเป็นการแก้ปัญหาก็ปลายเหตุมากกว่า
5. การทำความเข้าใจกับประชาชน ถึงบทบาทของ อย. ในแง่ของการตรวจสอบควบคุมตำรับอาหารตรงตามและผู้ผลิตแจ้ง และกำหนดข้อบังคับที่เหมาะสมในกระบวนการผลิต แต่ไม่ใช้การรับรองสรรพคุณหรือคุณภาพสินค้า ไม่น่าจะเป็นเรื่องเหลือปากว่าแรงหน่วยงานที่มีงบประมาณน้อยร้อยล้านเฉพาะการประชาสัมพันธ์
6. หากแนวทางใหม่ที่ อย. เสนอ ถือว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสม สิ่งที่ อย. ควรทำต่อไปคือ เลิกรับขึ้นทะเบียนน้ำดื่ม (เนื่องจากมีน้ำที่ขึ้นทะเบียนแต่ตรวจพบสิ่งปนเปื้อนจำนวนมาก ทำให้ อย. เสียหาย) และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ตามปัญหาคุณภาพที่ตรวจพบ เป็นลำดับไป
7. เพื่อให้ได้รู้ว่า สุดท้ายแล้ว เราจะมี อย. ไว้ทำอะไร? จึงเรียนมาเพื่อให้เกิดปฏิกิริยาจากทุกฝ่าย

ปณิธาน

จับกระแส

ที่ปรึกษา

นพ.ปรากรม วุฒิพงศ์

ศ. นพ.ประเวศ วะสี

ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

บรรณาธิการบริหาร

นายปณิธาน หล่อเลิศวิทย์

ผู้จัดการ

นส.ดวงพร เสงฆบุญพันธ์

กองบรรณาธิการ

นพ.สุภกร บัวสาย

นพ.อนุวัฒน์ คุภชุติกุล

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นส.นวลอนันต์ ตันติเกตุ

นางงามจิตต์ จันทรสาคิต

นส.เพ็ญจันทร์ ประดับมูข

นางเพ็ญศรี สงวนสิงห์

นส.เนาวรัตน์ ชุมยวง

สถานที่ติดต่อ

โครงการสำนักพิมพ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง นนทบุรี 11000

โทร. 951-1286-93

โทรสาร 951-1295

e-mail address:

duang@hsrint.hsri.or.th

"จับกระแส" เป็นจดหมายข่าวรายเดือน จัดทำโดยโครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการวิจัยระบบสาธารณสุข ความคิดเห็นต่างๆที่ปรากฏเป็นของผู้เขียน ไม่ได้ผูกพันสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

"จับกระแส" เปิดรับข้อเขียนทุกประเภทที่สอดคล้องกับแนวเนื้อหาของจดหมายข่าว กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไข ตัดฉบับตามความเหมาะสม ทุกเรื่องที่ได้รับ การตีพิมพ์จะได้รับสิ่งตอบแทนตามสมควร

การส่งข้อเขียน ความคิดเห็น ขอรับเป็นสมาชิก และการติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม บทความที่ตีพิมพ์ไปเผยแพร่ต่อกรุณาติดต่อผู้จัดการ ตามที่อยู่ข้างต้น