



สຸບກາພາ
ຄນທຍ
ໂຕ໕໒໐

ສຸບກາພາ
ຄຸນໂກຍ
໒໕໒໐

บอกกล่าว

เมื่อสิ้นสุด “เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ” หรือ Millennium Development Goals (MDGs) เป้าหมาย “การพัฒนาที่ยั่งยืน” หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ถูกใช้เป็นกรอบคิดสำคัญภายใต้การนำขององค์การสหประชาชาติ รายงานสุขภาพคนไทยฉบับนี้จึงขอหยิบยกเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนมาเป็นประเด็นสำหรับหมวดตัวชี้วัด โดยจะเน้นเป้าหมายที่ 3 “ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย” เป็นหลัก โดยนำเสนอ 11 ตัวชี้วัดภายใต้ชื่อ “สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยเสนอให้เห็นถึงข้อมูลสำคัญที่สะท้อนปัญหาหลายด้าน ซึ่งหากประเทศไทยต้องการบรรลุเป้าหมาย “การพัฒนาอย่างยั่งยืน” อาจต้องเป็นงานท้าทายสำคัญ อาทิ อัตราการตายของมารดาที่ยังคงสูงอยู่ในบางพื้นที่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้คนไทยจำนวนมากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัญหาอุบัติเหตุ ที่ยังครองแชมป์ในการทำให้คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมและมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องการใช้สารเสพติด ปัญหาสิ่งแวดล้อมรวมอยู่ด้วย

ส่วนที่สอง รายงาน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพปีนี้ได้หยิบยกเรื่องสำคัญที่เกิดขึ้นในรอบปี คือ รัฐธรรมนูญผ่านประชามติ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติสู่กฎหมายเพื่อสุขภาพของไทย ธรรมนูญระบบสุขภาพฉบับที่ 2 ควบ HIA ใหม่



ร่าง พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข นโยบายลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อย
มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย การนำเข้าแรงงานข้ามชาติตาม MoU เขตพัฒนาเศรษฐกิจ
พิเศษ และปัญหาการค้าข้าวตกต่ำ ส่วน 4 ผลงานดีๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การให้สิทธิบัตรทองกับผู้พิการ
ทุกคน อนุมัติเรียนฟรีอนุบาล-ม.6 ไทยติดอันดับประเทศที่มีความทุกข์ยากน้อยที่สุด และยกโครงการ
บัตรทองให้เป็นแม่แบบเอเชีย

ในทุกสังคม ย่อมมีความแตกต่างหลากหลาย และแม้สังคมขนาดเล็กอย่างครอบครัว สมาชิก
ก็มีความแตกต่างกัน สำคัญเหนืออื่นใดคือ การทำให้คนที่มีความแตกต่างกัน อยู่ร่วมกันในสังคมได้
โดยไม่เกิดความขัดแย้ง แบ่งแยก หรือถูกทอดทิ้ง ให้กลายเป็นคนที่เปราะบาง ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใด
ก็ตาม รายงานสุขภาพคนไทย 2560 เรื่องพิเศษประจำฉบับ จึงชวนท่านมาทบทวน ประเด็นเชิงสังคม
และการอยู่ร่วมกัน เรื่อง “เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน” ซึ่งจะทำให้เข้าใจ
มิติของความเปราะบางยิ่งขึ้น เข้าใจสาเหตุที่ทำให้คนเปราะบาง และลักษณะของความเปราะบาง
ของคนแต่ละกลุ่ม ตลอดจนผลกระทบจากความเปราะบางและสิ่งที่ควรทำ เพื่อให้คนกลุ่มนี้พ้นจาก
สภาพความเปราะบาง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีความเท่าเทียม และมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร
อย่างเสมอหน้ากัน

หนังสือสุขภาพคนไทย 2560 ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตามหนังสือเล่มนี้มาโดยตลอด
และใช้ประโยชน์จากข้อมูลของเรา ท่านสามารถดาวน์โหลดและอ่านได้จากเว็บไซต์
www.thaihealthreport.com

คณะกรรมการสุขภาพคนไทย
มีนาคม 2560



สารบัญ

11 ตัวชี้วัด “สุขภาพคนไทย กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” 76

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช กับสุขภาพคนไทย

6

1. สุขภาพมารดา	82
2. การเกิดและคุณภาพเด็ก	84
3. โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย	86
4. โรคไม่ติดต่อ	88
5. การใช้สารเสพติด	90
6. อุบัติเหตุทางจราจร	92
7. อนามัยการเจริญพันธุ์	94
8. มลพิษ	96
9. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	98
10. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	100
11. ภาพรวม SDG ด้านสุขภาพ	102

10 สถานการณ์เด่น ทางสุขภาพ	104	4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย	150
1. รัฐธรรมนูญผ่านประชามติเดินหน้าโรดแมป สู่การเลือกตั้ง	106	1. ให้สิทธิบัตรทองกับผู้พิการทุกคน	150
2. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี	110	2. อนุมัติเรียนฟรี อนุบาล-ม.6	150
3. หันึงทศวรรษ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ สู่กฎหมายเพื่อสุขภาพของไทย	114	3. ไทยติดอันดับประเทศที่มีความทุกข์ยากน้อยที่สุด	151
4. คลอดธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 2 ควม HIA ใหม่ : สื่อนาคะระบบสุขภาพไทย	119	4. แพทย์สมาคมโลก ยกโครงการบัตรทอง เป็นแม่แบบของเอเชีย	151
5. ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบ จากการบริการสาธารณสุข : อีกหนึ่งความพยายาม ในการปฏิรูปสาธารณสุขไทย	124	เรื่องพิเศษประจำฉบับ	152
6. นโยบายลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อย มุ่งลดเหลื่อมล้ำ พัฒนาคุณภาพชีวิต	128	เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน	154
7. 4 มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ รองรับสังคมสูงวัย	132	ภาคผนวก	
8. รัฐจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติ เน้นนำเข้าตาม MoU	136	บรรณานุกรม	181
9. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ต้องมองให้รอบด้าน	141	เกณฑ์การจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2560”	187
10. ราคาข้าวตกต่ำ : ปัญหาเรื้อรังของไทย	146	รายชื่อคณะกรรมการชั่งตวงวัด	189
		รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	190
		คณะทำงานจัดทำโครงการสุขภาพคนไทย	191

พระบาทสมเด็จพระปรมินทร
มหาภูมิพลอดุลยเดช

— ❖ — ❖ —
กับสุขภาพคนไทย





บทนำ



เมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาอานันทมหิดลเสด็จสวรรคตเมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๘๙ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงเป็นพระอนุชาพระองค์เดียวของพระเจ้าอยู่หัวในพระบรมโกศ โดยทรงดำรงพระอิสริยยศเป็นสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้าภูมิพลอดุลยเดช รัฐบาลและรัฐสภา จึงพร้อมใจกันโดยรัฐสภาได้มีมติเป็นเอกฉันท์กราบบังคมทูลอัญเชิญเสด็จขึ้นครองราชย์สืบสันตติวงศ์ต่อมาในวันเดียวกันนั้นเอง^(๑)

ขณะนั้น สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้าภูมิพลอดุลยเดช ทรงมีพระชนมพรรษาเพียง ๑๘ ปี ๖ เดือน ๔ วัน ยังไม่ทรงบรรลุนิติภาวะ และยังอยู่ระหว่างทรงศึกษาเล่าเรียนในวันที่ ๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๘๙ จึงทรงเสด็จพระราชดำเนินกลับไปทรงศึกษาต่อ ณ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ทรงมีพระราชดำรัสอำลาประชาชนทางวิทยุกระจายเสียงว่า

“ข้าพเจ้ามีความจำเป็นที่จะต้องจากประเทศไทยและพวกท่านทั้งหลาย เพื่อไปศึกษาต่อให้มีความรู้ด้านใหม่”

ในวันที่เสด็จนิราศจากประเทศไทยไปนั้น มีเหตุที่แสดงถึงความจงรักภักดีต่อสถาบันพระมหากษัตริย์ของปวงชนชาวไทย และเป็นเครื่องผูกมัดหลอมรวมจิตใจของประชาชนเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับองค์พระมหากษัตริย์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงพระราชนิพนธ์ไว้ในพระราชนิพนธ์บันทึกประจำวันว่า

“ที่ถนนราชดำเนินกลาง ราษฎรเข้ามาจนชิดรถที่เรานั่ง กลัวเหลือเกินว่าล้อรถของเราจะไปทับแข้งทับขาใครเข้าบ้าง รถเล่นฝ่าฝูงชนไปอย่างช้าที่สุด ถึงวัดเบญจมบพิตร รถเล่นเร็วขึ้นได้บ้าง ตามทางที่ผ่านมา ได้ยินเสียงใครคนหนึ่งร้องขึ้นมาดังๆ ว่า ‘อย่าละทิ้งประชาชน’ อยากจะร้องบอกเขา ลงไปว่า ‘ถ้าประชาชนไม่ทิ้งข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้าจะ “ละทิ้ง” อย่างไรได้’ แต่รถวิ่งเร็วและเลยไปไกลเสียแล้ว...”

ถ้าประชาชน
ไม่ทิ้งข้าพเจ้าแล้ว
ข้าพเจ้าจะ
“ละทิ้ง” อย่างไม่ได้
แต่รทวี่งเร็วและเลยไป
ไกลเสียแล้ว...



“เมื่อขึ้นมาอยู่บนเครื่องบินแล้วก็ยังมองเห็นเหล่าราษฎร ได้ยินเสียงไซโยให้ร้อง
อวยชัยให้พร แต่เมื่อคนประจำเครื่องบินเริ่มเดินเครื่องที่ละเครื่องๆ เสียง
เครื่องยนต์ดังสนั่นหวั่นไหว กลบเสียงโห่ร้องก้องกังวาลของประชาชนที่ตั้งอยู่หมด
พอถึง ๑๒ นาฬิกา เราก็ก่ออกเดินทางมาบินวนอยู่เหนือพระนครสามรอบ
ยังมองเห็นประชาชนแหงนดูเครื่องบินทั่วถนนทุกสายในพระนคร”^(๒)

เมื่อปลายปี พ.ศ. ๒๔๙๐ ทรงบรรลุนิติภาวะขณะประทับอยู่ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์
ทรงฉลองวันพระราชสมภพอย่างเรียบง่าย ทรงตั้งพระทัยว่า จะยังไม่เสด็จนิวัตประเทศไทย
จนกว่าจะถึงกำหนดถวายพระเพลิงพระเจ้าอยู่หัวในพระบรมโกศ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็น
พ.ศ. ๒๔๙๑ แต่พระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล มีขึ้น
ที่ท้องสนามหลวง เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๙๓ ทรงเสด็จนิวัตประเทศไทยในช่วงนั้น
หลังพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ทรงมีพระราชพิธี
ราชาภิเษกสมรสกับ ม.ร.ว.สิริกิติ์ กิติยากร เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ณ วัดสระปทุม ซึ่งเป็นที่
ที่สมเด็จพระราชบิดาได้ทรงอภิเษกสมรสและสิ้นพระชนม์ ทั้งสองพระองค์ทรงจดทะเบียน
สมรส โดยทรงจ่ายค่าธรรมเนียม ๑๐ บาท เหมือนราษฎรทั่วไป จากนั้นก็ทรงลงพระนาม
ในทะเบียนสมรส โดยที่มีได้ทรงกรอกที่ช่องอาชีพ แต่คนก็นำไปเล่าลือกันอย่างผิดๆ
ว่า พระเจ้าอยู่หัวทรงกรอกที่ช่องอาชีพว่า “พระเจ้าแผ่นดิน”^(๓)

หลังจากนั้น ทรงมีพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ณ พระที่นั่งอมรินทรวินิจฉัย เมื่อวันที่
๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๙๓ ในพระราชพิธีราชาภิเษกนั้นก็ได้ทรงสถาปนาพระยศสมเด็จพระ
ราชินีสิริกิติ์ เป็น “สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินี” หลังจากนั้นได้เสด็จไป
ประทับที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์อีกระยะหนึ่ง จึงเสด็จนิวัตประเทศไทยเป็นการถาวร
ทันวันเฉลิมพระชนมพรรษาครบ ๒๔ พรรษา เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๙๔

แม้ช่วง ๕ ปีแรกที่เสด็จขึ้นครองราชย์จะทรงใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับการศึกษาในต่างประเทศ
แต่พระราชกรณียกิจเพื่อประชาชนชาวไทยได้เริ่มแล้วตั้งแต่ก่อนเสด็จนิวัตประเทศไทย
เป็นการถาวร และความจริงแล้ว ได้ทรงเริ่มพระราชกรณียกิจ โดยเฉพาะเพื่อสุขภาพคนไทย
ตั้งแต่ก่อนเสด็จขึ้นครองราชย์ด้วยซ้ำ

ครอบครัวสาธารณสุข



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เป็นพระราชโอรสองค์เล็ก ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก และสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ประสูติเมื่อ วันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๗๐ ณ โรงพยาบาลเคมบริดจ์ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลเมตอเบิร์น ในนครเคมบริดจ์ มลรัฐแมสซาชูเซตส์ สหรัฐอเมริกา สมเด็จพระบรมราชชนก เติมทรงเป็นทหารเรือ ต่อมาทรงได้มาดูแลงานด้านสาธารณสุข ได้ทรงใช้เวลาถึง ๑๒ ปี ศึกษาจนได้ปริญญาทางสาธารณสุข และแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ทรงอุทิศพระราชทรัพย์ เพื่อสร้างโรงพยาบาลและให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียนจำนวนมาก รวมทั้งได้ทรงเป็นผู้เจรจากับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้เข้ามาปรับปรุงการศึกษา แพทยศาสตร์ของประเทศไทยให้ได้มาตรฐานทัดเทียมกับประเทศที่เจริญแล้ว ผลงานรวมทั้งพระราชโอรสาวของพระองค์ท่านมีส่วนสำคัญในการหล่อหลอมอุดมการณ์ และทิศทางการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย จนวงการแพทย์ได้พร้อมใจกันถวายพระราชสมัญญานามแด่พระองค์ท่าน**พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย**

พระราชโอรสาวของสมเด็จพระบรมราชชนก เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก มีการนำมาอ้างอิงเสมอ พระราชโอรสาวที่ได้รับการคัดเลือกจาริกไว้ที่ฐานพระราชนุสาวรีย์ของพระองค์ท่านที่ประดิษฐานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข คือ ลายพระหัตถ์ที่ทรงมีถึงนายแพทย์สวัสดี แดงสว่าง มีข้อความดังนี้

ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาก ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์ ^(๔)

ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตัว
เป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์
เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศ
จะตกมาแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพ
ไว้ให้บริสุทธิ์



สำหรับ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงมาจากครอบครัวของสามัญชน กำพร้า บิดาตั้งแต่ยังเล็กมาก เมื่ออายุได้ ๙ ขวบ มารดาก็ตายจากไปอีกคน เมื่อยังเล็กได้แม่ซึ่งเป็นคนเดียวในหมู่พี่น้องที่อ่านหนังสือออก เริ่มสอนหนังสือให้ ต่อมาได้เรียนหนังสืออย่าง กระต่อนกระแต่น เรียนโรงเรียนวัดแห่งแรกไม่ถึงปี โรงเรียนก็ปิดไป ต่อมาได้เรียนที่โรงเรียน ศึกษานารี ได้เดือนกว่าๆ ก็ต้องออก เพราะทางบ้านไม่มีเงินพอที่จะเสียค่าเล่าเรียน บุญที่มี ผู้พาไปฝากตัวเป็นข้าหลวงของสมเด็จพระเจ้าฟ้าวไลยอลงกรณ์ กรมหลวงเพชรบุรีราชสิรินธร แม้จะเป็นเพียงข้าหลวงชั้นสอง เพราะไม่ได้เป็นลูกขุนนาง ต่อมาจึงได้เรียนจนถึงชั้นประถม ๓ และได้ไปเรียนต่อใน “โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาลแห่งศิริราช” จนจบ และได้ทุนสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าไปเรียนต่อที่สหรัฐอเมริกา^(๕) ทำให้ได้พบรักกับสมเด็จฯ พระบรมราชชนก

เมื่อสมเด็จเจ้าฟ้ามหิตลodayเดช จะทรงอภิเษกสมรสกับนางสาวสังวาลย์ ตะละภัฏ ในชั้นแรก พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวก็ไม่ทรงสบายพระทัยนักที่ “เจ้าฟ้า” จะทรงฝ่าประเพณีไปสมรสกับสตรีสามัญชนเช่นนั้น แต่ในที่สุดก็ทรงยินยอมพระราชทาน พระบรมราชานุญาต

สมเด็จเจ้าฟ้ามหิตลodayเดช ทรงมีลายพระหัตถ์ถวายสมเด็จพระบรมราชชนนีของพระองค์ ทรงอธิบายเรื่องราว และขอพระราชทานพรว่า

“สังวาลย์เป็นเด็กกำพร้า แต่งงานแล้วก็มาใช้นามสกุลหม่อมฉัน หม่อมฉันไม่ได้ เลือกรับด้วย สกฺลฐนชาติ ต้องเกิดเป็นอย่างนั้น ต้องเกิดเป็นอย่างนี้ คนเราเลือกเกิดไม่ได้ หม่อมฉันเลือกคนดี” ^(๖)

ที่ฐานพระราชานุสาวรีย์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีที่ประดิษฐานในกระถวง สาธารณสุข เคียงคู่พระราชานุสาวรีย์ สมเด็จฯ พระบรมราชชนก มีจารึกถ้อยคำของพระองค์ ท่าน ไว้ ดังนี้

“คนดีของฉันรี จะต้องเป็นคนที่ไม่พูดปด
ไม่สอพลอ ไม่อิจฉาริษา ไม่คดโกง
และไม่ทะเยอทะยานอย่างบ้าๆ
แต่พยายามทำหน้าที่ของตน ให้ดีในขอบเขตของศีลธรรม”

พระราชกรณียกิจมากมายที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงบำเพ็ญเป็นประโยชน์ ต่อวงการสาธารณสุขไทยอย่างกว้างขวาง กระถวงสาธารณสุข จึงถวายพระราชสมัญญา นามแด่พระองค์ท่านว่า “พระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย”



แบบอย่างของบุรพมหากษัตริย์ และพระบรมวงศานุวงศ์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข



การแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาสู่ประเทศไทยพร้อมกับการเผยแผ่ศาสนาของมิชชันนารี ตั้งแต่ สมัยรัชกาลที่ ๓ แล้ว พระมหากษัตริย์ไทยพระองค์แรกที่ทรงเริ่มวางรากฐานการแพทย์ แผนปัจจุบันในประเทศไทยคือ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยทรงริเริ่มให้ มีการสร้างโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกขึ้น ระหว่างนั้นพระราชโอรสพระองค์หนึ่งคือสมเด็จพระ เจ้าลูกยาเธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์สิ้นพระชนม์ลงด้วยพระโรคบิด เมื่อพระชันษาเพียง ๑ ปี ๖ เดือน ๔ วัน อาการของโรคบิดนั้นนำความทุกข์ทรมานแสนสาหัสมาสู่ผู้ป่วยจาก การถ่ายเป็นมูกเลือด และปวดเบ่งมาก มีบันทึกว่าทรงถ่ายถึงวันละ ๔๒-๕๒ ครั้ง พระบาท สมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเห็นความทุกข์ทรมานนั้นด้วยพระองค์เอง ดังทรงมี ลายพระหัตถ์ถึงคณะกรรมการสร้างโรงพยาบาลว่า “แต่ลูกเราพิทักษ์รักษาเพียงนี้ ยังได้ ความทุกข์เวทนาแสนสาหัส ลูกราษฎรที่อนาถาทั้งปวงจะได้รับความทุกข์เวทนายิ่งกว่านี้ ประการใด ยิ่งทำให้มีความปรารถนาที่จะให้มีโรงพยาบาลยิ่งขึ้น...”^(๗) จึงยังทรงมีพระราช ปณิธานอันแน่วแน่ที่จะสร้างโรงพยาบาลเพื่อบรรเทาทุกข์ให้แก่ราษฎรให้จงได้ และ ทรงเตรียมการอย่างเป็นระบบ ไม่ที่เหลือจากงานพระเมรุ พระบรมศพของพระโอรสที่มี พระราชพิธีพร้อมกับพระบรมวงศานุวงศ์อีก ๔ พระองค์ในครั้งนั้นก็ได้นำไปใช้ก่อสร้างโรง พยาบาล และพระราชทรัพย์ของเจ้าฟ้าชายศิริราชฯ จำนวนถึง ๗๐๐ ชั่ง ก็ทรงปรึกษากับสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินี นำไปใช้ก่อสร้างโรงพยาบาล โรงพยาบาลแห่งนี้ จึงได้นามว่า “โรงศิริราชพยาบาล” สืบต่อมา แต่ชาวบ้านนิยมเรียกว่า โรงพยาบาลศิริราช โดยเริ่มสร้างเมื่อ พ.ศ. ๒๔๒๙ และสามารถเปิดบริการได้ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๓๑

นอกจากโรงพยาบาลแล้ว พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงตั้งกรมพยาบาลขึ้นในกระทรวงธรรมการ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๐ ก่อตั้งโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนผดุงครรภ์ขึ้นเป็นแห่งแรกที่ศิริราช มีการตีพิมพ์ตำราแพทย์แผนตะวันตกเล่มแรกในประเทศไทย และมีโครงการนำร่องด้านการจัดการสุขภาพขึ้นที่จังหวัดสมุทรปราการ

นอกจากโรงพยาบาลฝ่ายกายแล้ว มีคนส่งคนเสียจริตให้โรงพยาบาลรักษาเรื่อยๆ จะรับรักษาในโรงพยาบาลศิริราชก็ไม่ได้ จะบอกไม่เปิดรับรักษาคนเสียจริตก็เห็นขัดกับหน้าที่ของกรมพยาบาล จึงคิดจัดตั้งโรงพยาบาลคนเสียจริตขึ้น โดยคณะกรรมการได้กราบทูลขอบ้านที่เป็นของหลวง เช่น บ้านที่เจ้าภีษณาจารย์อากรตีใช้หนี้หลวง เป็นต้น มาปรับปรุงเป็นโรงพยาบาล สามารถตั้งโรงพยาบาลขึ้นครั้งนั้นได้ ๕ แห่ง คือ

ได้ตึกบ้านพระยาภักดีภัทรากร (เจ้าสัวเก่งซัว) ที่ปากคลองสานตั้งเป็นโรงพยาบาลคนเสียจริตแห่งหนึ่ง

ได้ตึกบ้านอากรตา ที่ริมคลองคูพระนครตรงหน้าวังบูรพาภิรมย์ ตั้งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป เรียกว่า โรงพยาบาลบูรพาแห่งหนึ่ง

ได้บ้านหลวงที่ปากถนนสีลมติดกับถนนเจริญกรุงซึ่งหมอเฮลส์ได้รับอนุญาตใช้เป็นที่พักพยาบาลฝรั่งอย่าง Nursing Home โอนมาเป็นของกรมพยาบาลแห่งหนึ่ง

สร้างโรงพยาบาลใหม่ที่ปากถนนหลวง ตรงกับวัดเทพศิรินทราวาสโดยใช้เรือนไม้สองชั้นของพระราชทานครั้งพระเมรุสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์เป็นที่ว่าการและปลูกเรือนไม้รับคนไข้ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศิริราชเรียกว่า “โรงพยาบาลเทพศิรินทร์” แห่งหนึ่ง ^(๙)

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๖ เกิดวิกฤตการณ์ ร.ศ. ๑๑๒ มีการปะทะกันจนเกิดการบาดเจ็บล้มตายทำนุผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงศ์ได้กราบบังคับทูลขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตจัดตั้งสภาอุณาโลมแดง (คือ สภากาชาดไทยในปัจจุบัน) เพื่อช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ทหารที่เจ็บป่วย เมื่อได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตแล้ว กิจการสภาอุณาโลมแดงจึงได้เริ่มต้นขึ้น สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าทรงรับตำแหน่งสภานนี สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรม

ราชินีนาถทรงเป็นสมณายิกา ต่อมาใน พ.ศ. ๒๔๖๑ สภาอุณาโลมแดงจึงเปลี่ยนสถานะเป็น องค์การเอกชนในนามสภาอากาศสยาม สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าทรงดำรงตำแหน่ง สมาชิกพิเศษ สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถทรงเป็นสมณายิกา จน พ.ศ. ๒๔๖๓ เมื่อสมณายิกาพระองค์แรกสวรรคต สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าทรงดำรงตำแหน่งสมณายิกาต่อเนื่องมาตราบกระทั่งเสด็จสวรรคตในพ.ศ. ๒๔๘๘^(๑๐)

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานทุนทรัพย์สร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้นร่วมกับสภาอากาศไทย ต่อมา มีการก่อตั้งสถานปาสเตอร์ สถานเสาวภา โรงเรียนเสนารักษ์ และวชิรพยาบาลขึ้น กรมพยาบาล และหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขอนามัยในสังกัดกระทรวงต่างๆ ได้รวมกันก่อตั้งเป็นกรมสาธารณสุข มีการเปิดโอสถศาลาขึ้นทั่วประเทศ^{(๑๑)(๑๒)(๑๓)} มีการออกกฎหมายควบคุมการประกอบโรคศิลปะขึ้นครั้งแรก คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๔๖๖^(๑๔)

สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า นอกจากทรงสนับสนุนกิจการของสภาอากาศไทย และทรงสนับสนุนการสร้างโรงเรียนขึ้นหลายแห่งทั้งในพระนครและต่างจังหวัดแล้ว เมื่อเสด็จไปประทับรักษาพระพลานามัย ณ เมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้ทรงมีพระเมตตาสร้างสถานพยาบาลเพื่อดูแลรักษาข้าราชการบริพาร และประชาชนที่เจ็บไข้ได้ป่วย เมื่อคราวพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมเมื่อ พ.ศ. ๒๔๔๕ ทรงพระราชทานนามสถานพยาบาลแห่งนี้ว่า โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์^(๑๕) ปัจจุบันคือโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระยะแรกสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าทรงดูแลกิจการของโรงพยาบาลด้วยพระองค์เอง พระราชทานที่ดินให้สร้างอาคาร และพระราชทานทรัพย์ให้เป็นค่าใช้จ่าย ให้ข้าราชการบริพารและประชาชนที่เจ็บป่วยมารักษาและทรงรับไว้ในพระราชูปถัมภ์

ที่ศรีราชา สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ทรงริเริ่มงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ด้วยทรงพระกรุณาแก่ประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้านชุมชนห่างไกล หน่วยแพทย์เคลื่อนที่สมัยนั้นใช้เกวียนเป็นพาหนะบรรทุกยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ นำแพทย์ออกไปดูแลรักษาผู้ป่วยและช่วยป้องกันโรค กล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่^(๑๕)



สถานะสุขภาพ
คนไทย สมัยเมื่อ
แรกครองราชย์



เมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเสด็จขึ้นครองราชย์ ตั้งแต่วันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ.๒๔๘๙ ประเทศไทยยังอยู่ทั้งในสภาพด้อยพัฒนา และบอบช้ำจากสงครามโลกครั้งที่ ๒ แม้จะไม่พินาศย่อยยับอย่างญี่ปุ่น เยอรมนี หรือประเทศที่เป็นสมรภูมิรบโดยตรงอื่นๆ ถนนหนทางยังอยู่ในสภาพทุรกันดาร ประชาชนยังเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อ และภาวะขาดอาหาร แม้จะเริ่มมีบริการทางการแพทย์แบบตะวันตก ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ ๕ การแพทย์แผนปัจจุบันสมัยนั้นก็ยังพัฒนาไม่มาก ข้อสำคัญยังกระจุกอยู่แต่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่บางเมืองเท่านั้น

อัตราการตายของมารดาสูงกว่า ๔๐๐ ต่อแสน และอัตราทารกมรณะยังอยู่ในหลักร้อยละต่อการเกิดมีชีพพันราย แม้ตัวเลขตามรายงานจะต่ำกว่าร้อยละ คอติบ ไกรณ และบาดทะยักยังพบได้ทั่วไป ในเด็กคนไข้เด็กจะพบเด็กต้องถูกเจาะคอเพราะคอตีบจำนวนมาก โรคไกรณซึ่งจะมีอาการไอรุนแรง และมักเป็นอยู่นานราวร้อยละวันจึงหายไปเอง จนเรียกโรคนี้ว่าโรคไกรณ ร้อยวัน หลายหมู่บ้านจะได้ยินเสียงเด็กไกรณกันตั้งแต่หัวบ้านจรดท้ายบ้าน อหิวาตกโรคระบาดและทำให้ผู้คนเสียชีวิตเป็นจำนวนมากเป็นประจำ วัณโรคเป็นโรคที่พบอย่างกว้างขวาง เมื่อเป็นแล้วโดยมากโรคมักจะลุกลามจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จนนักประพันธ์มักจะนำไปเขียนเป็นโรคของคน “อกหัก” เช่น ม.ร.ว. คึกฤติ ในนวนิยายเรื่องข้างหลังภาพของศรีบูรพา นักประพันธ์คนสำคัญของไทยคือยาขอบก็เสียชีวิตจากวัณโรค โรคเรื้อนยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่นเดียวกับคุดทะราด ต่อมาเมื่อโรคโปลิโอแพร่ระบาดขึ้นประชาชนคนไทยก็เป็นโรคนี้น้อย่างกว้างขวาง โรคหัด ซึ่งปัจจุบันมีวัคซีนป้องกัน และประเทศไทยได้ฉีดให้แก่เด็กไทยทั่วประเทศมานานสิบปีแล้ว แต่ก่อนก็เป็นโรคที่ถือเป็นธรรมดาที่เด็กทุกคนต้องเป็น ทั้งๆ ที่โรคนี้อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรงถึงตาย เช่น ปอดบวม หรือเป็นรุนแรง ขนาดเด็กเดินได้แล้วถึงขั้นกลับเดินไม่ได้ ต้องหัดเดินใหม่ก็มี ^(๑๖)

งานประเดิมเริ่มแรก



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ได้ตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลนิวัตถึงประเทศไทย เมื่อวันที่ ๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๔๘๘ ซึ่งตรงกับวันพระราชสมภพ ๑๘ พรรษาของพระองค์ ทรงรับสั่งในภายหลังว่า “ข้าพเจ้าจากประเทศไทยไปเกือบเจ็ดปีเต็ม ข้าพเจ้าแทบจะวาดภาพไม่ออกเลยว่าประเทศไทยและผู้คนเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง”

ระหว่างทรงศึกษาอยู่ในสวิตเซอร์แลนด์ ได้ทรงเรียนดนตรี และได้ทรงลองแต่งเพลงตามคำกราบบังคมทูลแนะนำของ ม.จ.จักรพันธ์เพ็ญศิริ จักรพันธุ์ โดยพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล และสมเด็จพระพี่นางทรงมีความเห็นว่า พระอนุชาควรจะลองนิพนธ์เพลงบลูส์ดูก่อน เพราะ

โครงสร้างคอร์ดดนตรีไม่ซับซ้อน จึงทรงเริ่มแต่งเพลง แต่ยังไม่จบ

ช่วงที่ทรงประทับอยู่ในประเทศไทย ม.จ.จักรพันธ์เพ็ญศิริ ได้กราบบังคมทูลให้ทรงนิพนธ์เพลงให้จบ แล้วก็ทรงอาสาจะแต่งเนื้อร้องถวาย เพลงแรกที่พระองค์ทรงนิพนธ์สำเร็จ เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๔๘๙ คือ เพลงแสงเทียน ซึ่งเป็นเพลงบลูส์ สไตล์นิวออร์ลีนส์

เมื่อเพลงแรกสำเร็จแล้ว เพลงต่อๆ มากำง่ายและคล่องขึ้น เพลงพระราชนิพนธ์เพลงที่สองและสาม คือ เพลงยามเย็นกับเพลงสายฝน ซึ่ง ม.จ.จักรพันธ์เพ็ญศิริ ทรงแต่งเนื้อร้องทั้งสองเพลง^(๑๗)

เพลงพระราชนิพนธ์ยามเย็นเป็นเพลงแรกที่พระราชทานให้วงดนตรีนำไปบรรเลงในงานดนตรีการกุศลเพื่อหาเงินสมทบทุนช่วยเหลือโครงการรณรงค์ต่อต้านวัณโรคแห่งชาติของสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ พร้อมกับพระราชทานแบบจำลองเรือรบหลวงศรีอยุธยา ซึ่งเป็นงานฝีมือพระหัตถ์ออกประมูลในงานเดียวกัน เพื่อนำรายได้สมทบทุนในการรณรงค์ต่อต้านโรคร้ายดังกล่าว เมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๘๙ และได้ทรงบริจาคพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ช่วยเหลือกิจกรรมต่อต้านวัณโรค เสมอมา^(๑๘)

เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๔๙๒ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ขณะทรงเป็นนักศึกษาวิชากฎหมายอยู่ที่ สวิตเซอร์แลนด์ ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์จำนวน ๓๐๐,๐๐๐ บาท สร้างตึกมหิตหลวงศานุสรณ์ พระราชทานให้สภาอากาศไทย เพื่อใช้เป็นห้องปฏิบัติการผลิตวัคซีนป้องกันวัณโรค ซึ่งต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ให้การรับรองคุณภาพวัคซีนปียีจีที่ผลิตในประเทศไทย และกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ

(ยูนิเซฟ) ได้นำวัคซีนดังกล่าวไปใช้ในต่างประเทศด้วย ขณะเสด็จกลับไปศึกษาต่อใน สวิตเซอร์แลนด์ ทรงแสวงหาตัวยาใหม่ๆ เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยทรงสั่งซื้อยาพาราแอมโมโซลิไซลิคแอซิด หรือ ยาพีเอเอส ซึ่งเป็นยารักษาวัณโรคขนานที่สองของโลก และยังมีใช้ไม่แพร่หลาย ทรงสั่งยาดังกล่าวมารักษาผู้ป่วยในประเทศไทย ต่อมาได้มีการศึกษาวิจัยพบว่า เมื่อนำยานี้ไปใช้ร่วมกับยาฉีดสเตรปโตมัยซิน ซึ่งเป็นยารักษาวัณโรคขนานแรก สามารถช่วยป้องกันหรือชะลอการดื้อยาของเชื้อวัณโรคได้^{(๑๙) (๒๐)}

ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชทรงประชวรด้วยโรคพระบิดาสะอึกเสบจากเชื้อมัยโคพลาสมา นับเป็นคนไทยรายแรกที่ตรวจพบว่าเป็นโรคนี้นี้ หลังจากนั้นก็มีประชาชนสอบถามกันมากกว่าเชื้อโรคนี้นี้คืออะไร เมื่อทรงทราบว่าเป็นการตรวจพบครั้งแรกในประเทศไทย จึงทรงพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้รายงานให้วงการแพทย์ได้ทราบและเพื่อประชาชนจะได้ทราบด้วย จึงมีการนำเรื่องการค้นพบนี้ไปรายงานใน “จดหมายเหตุ

ทางแพทย์” ซึ่งเป็นวารสารวิชาการของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยรายงานตามชนบททางการแพทย์คือมิได้ระบุชื่อผู้ป่วย วารสารฉบับนี้ได้ส่งไปที่หอสมุดทางการแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา และได้เผยแพร่ไปยังหอสมุดการแพทย์ทั่วโลก เพื่อให้วงการแพทย์นานาชาติได้ใช้ศึกษาอ้างอิงต่อไป

จากการที่ทรงบำเพ็ญพระราชกรณียกิจที่ล้วนเป็นประโยชน์แก่การส่งเสริมสุขภาพอนามัยป้องกันโรคและรักษาโรคปอดแก่ประชาชนชาวไทยและมีผลต่อชาวโลกด้วยนี้ วิทยาลัยแพทย์ทรวงอกแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Chest Physicians) จึงได้ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายรางวัล Partnering of World Health อันเป็นการถวายรางวัลระหว่างชาติครั้งแรกของสถาบันดังกล่าวเพื่อเผยแพร่เกียรติคุณให้เป็นที่ประจักษ์สืบไป เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๓๙^(๒๑)

ราชประชาสมาสัย



โรคระบาดโรคหนึ่งที่น่าความทุกข์ทรมานมาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมายาวนานนับพันปีคือ โรคเรื้อน เพราะทำให้เกิดอาการพุพองตาเลื้อ และแผลมีน้ำเหลือง อันเป็นที่น่ารังเกียจและหวาดกลัวแก่คนทั่วไป บั้นปลายยังทำให้เกิดความพิการถึงขั้นนิ้วกุด จมูกยุบ เป็นต้น มีประชาชนคนไทยจำนวนมากที่ประสบเคราะห์กรรมนี้

เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๗ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ชุดหนึ่ง ณ ศาลาเฉลิมกรุง รายได้ทั้งหมดพระราชทานให้เป็นทุนในการสร้างตึกอานันทมหิดลที่โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่สมเด็จพระบรมเชษฐาธิราช พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล ปรากฏว่ารายได้จากการฉายภาพยนตร์ชุดนี้สูงถึง ๔๔๔,๖๐๐.๕๐

บาท แต่ก็ยังไม่เพียงพอ จึงพระราชทานเงินส่วนพระองค์จำนวนหนึ่ง และมีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลในครั้งนี้อีกมาก สิ้นเงินในการก่อสร้างค่าเตียง และค่าติดตั้งไฟฟ้ารวม ๑,๕๕๘,๕๖๑.๐๐ บาท ตึกหลังนี้ใช้สำหรับรับเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดต่อ ทรงเสด็จพระราชดำเนินไปประกอบพิธีเปิดตึกอานันทมหิดล เมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๘

เมื่อสร้างตึกสำหรับเด็กป่วยดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยปรากฏว่ามีเงินเหลืออยู่ ๑๗๕,๐๖๔.๗๕ บาท จึงพระราชทานเงินให้สร้างสถาบันอบรมเจ้าหน้าที่และคณาจารย์เกี่ยวกับโรคเรื้อนขึ้นที่สถานพยาบาลพระประแดง ในวงเงินประมาณ ๑ ล้านบาท โดยพระราชทานเงินจำนวนที่เหลือนี้ให้เป็นทุนในการริเริ่ม และมีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลในครั้งนี้เป็นจำนวนมาก

การก่อสร้างได้ดำเนินการตามโครงการโดยเริ่มสร้างอาคารขึ้นทีละหลังตามกำลังเงินที่มีอยู่ คือ

๑. อาคารสำหรับการสอนและอบรมเจ้าหน้าที่สร้างเสร็จเมื่อวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๐๒ ค่าก่อสร้างเป็นเงิน ๒๙๙,๓๐๐.๐๐ บาท
๒. อาคารใช้เป็นสถานค้นคว้าเกี่ยวกับโรคเรื้อรังสร้างเสร็จเมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๐๒ ค่าก่อสร้าง ๔๗๘,๐๐๐.๐๐ บาท
๓. อาคารที่ใช้ทำสรีรบำบัดและกิจการเกี่ยวกับรังสีสร้างเสร็จเมื่อวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๐๒ ค่าก่อสร้างเป็นเงิน ๑๙๘,๘๐๐.๐๐ บาท
๔. อาคารใช้เป็นที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ผู้เข้ามารับการอบรม สร้างเสร็จเมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๐๒ ค่าก่อสร้างเป็นเงิน ๒๖๐,๕๐๐.๐๐ บาท

รวมค่าก่อสร้างอาคารทั้ง ๔ หลัง เป็นเงิน ๑,๒๓๖,๖๐๐.๐๐ บาท และได้พระราชทานนามสถาบันแห่งนี้ว่า สถาบัน “ราชประชาสมาสัย” อันหมายถึง พระมหากษัตริย์ (ราช) และประชาชน (ประชา) ย่อมพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (สมาสัย)

เมื่อวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๐๒ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินจำนวน ๑๐๐,๐๐๐ บาท แก่มูลนิธิโรคเรื้อรังลำปาง

เมื่อหักค่าก่อสร้างอาคาร ๔ หลัง และเงินพระราชทานแก่มูลนิธิโรคเรื้อรังลำปางออกแล้ว ยังมีเงินทุน “อานันท์มหิตล” เหลืออยู่อีก ๒๗๑,๔๕๒.๐๕ บาท ในการเสด็จพระราชดำเนินเปิดสถาบันราชประชาสมาสัย เมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๐๓ ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานให้เป็นทุน “ราชประชาสมาสัย” เพื่อใช้จ่ายในการส่งเสริมกิจการของสถาบันสืบไป

ทุนราชประชาสมาสัยนี้ต่อมาได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ก่อตั้งเป็น “มูลนิธิราชประชาสมาสัย” และให้มูลนิธินี้เป็นมูลนิธิในพระราชูปถัมภ์

เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๔ ได้เสด็จพระราชดำเนินนำเจ้าหญิงลิเลียน เดอเรที พระชายาเจ้าชายเลโอโปลด์ อดีตกษัตริย์แห่งเบลเยียม เข้าชมกิจการของสถานพยาบาล และสถาบันราชประชาสมาสัย

อนึ่ง ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเวชภัณฑ์จำนวนหนึ่ง และเครื่องรับวิทยุโทรทัศน์ ๑ เครื่อง กับเครื่องรับวิทยุทรานซิสเตอร์ ๓ เครื่อง แก่กองควบคุมโรคเรื้อรังเพื่อใช้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำลังรับการรักษาอยู่ในสถานพยาบาล^(๒๒)

นอกจากการพระราชทานทรัพย์เพื่อกิจการของการศึกษาป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังแล้ว พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงเป็นพลังสำคัญในการเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังเมื่อเสด็จพระราชดำเนินเยี่ยมสถานพักฟื้นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่เพียงจะมีพระราชดำรัสปฏิสนธารกับผู้ป่วยเท่านั้น ยังทรงรับพวงมาลัยดอกมะลิที่ผู้ป่วยทูลเกล้าฯ ถวายด้วย นายแพทย์ธีระ รามสูต ผู้เชี่ยวชาญผู้อุทิศชีวิตทำงานด้านโรคเรื้อรังมาตลอดชีวิตเล่าว่า “พระองค์ทรงสัมผัสตัวผู้ป่วย มีพระราชดำรัสกับผู้ป่วย และแยมพระสรวลให้ การเสด็จเยี่ยมผู้ป่วยนี้เป็นสิ่งสำคัญ พระองค์ทรงพยายามให้เห็นว่าไม่เคยทรงรังเกียจผู้ป่วยเหล่านี้ และประชาชนก็เห็นและยังสำคัญด้วยที่จะให้คณะแพทย์ได้เห็นภาพนี้ เพราะแพทย์เองก็กลัว”

ทรงมีพระราชดำรัสเล่าไว้ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๐ ว่า “เมื่อไปเยี่ยมราษฎรในต่างจังหวัด (นราธิวาส วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๒) ได้เห็นคนที่เป็นโรคเรื้อนคนหนึ่งมานั่งอยู่กับประชาชน แพทย์ที่ไปด้วยก็บอกว่าคนนั้นเป็นโรคอย่างนั้นๆ ไม่กล้าที่จะบอกว่าเป็นโรคเรื้อน แต่ก็เข้าไปใกล้เขา แล้วก็ไปถามเขาว่าอยู่ที่ไหน และเป็นอย่างไร แพทย์ที่ไปด้วยก็ตกใจ ก็กลัว หมายความว่าแพทย์เองก็ไม่ทราบว่าเป็นโรคเรื้อนนี้นิดต่อยาก”

นายแพทย์ธีระ เล่าว่า “ความรังเกียจในยุคนั้น เลวร้ายกว่าความรังเกียจผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เราเห็นตอนหลังเสียอีก” กระทั่งบุตรหลานที่สุขภาพดีของผู้ป่วยโรคเรื้อนบ่อยครั้งถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าเรียน เพราะเกรงกันว่าจะไปแพร่เชื้อโรคในโรงเรียน

นายแพทย์ธีระ ทบทวนถึงพระราชดำรัสที่ทรงพระราชทานแก่ผู้ทำงานในมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ว่า “ในการรักษาผู้ป่วยต้องรักษาใจเขาให้ได้ ต้องเข้าถึงใจเขา ไม่ใช่แค่ความเจ็บปวดหรืออาการ ต้องทำให้เขาเห็นว่าโรคเรื้อนรักษาได้” ทรงแนะว่าประโยชน์ของการให้กำลังใจผู้ป่วยนั้นมีถึงสองประการ “เพราะทำให้ยอมที่จะเข้ามา

พระองค์ทรงสัมผัสตัวผู้ป่วย
มีพระราชดำรัสกับผู้ป่วย
และแยมพระสรวลให้ การเสด็จเยี่ยมผู้ป่วย
นี้เป็นสิ่งสำคัญ พระองค์ทรงพยายาม
ให้เห็นว่าไม่เคยทรงรังเกียจผู้ป่วยเหล่านี้
และประชาชนก็เห็น และยังสำคัญด้วย
ที่จะให้คณะแพทย์ได้เห็นภาพนี้
เพราะแพทย์เองก็กลัว

ในโรงพยาบาล และยอมรับการรักษา แต่
ก่อนหน้านี้เวลาให้เข้ามาที่โรงพยาบาล
มีโอกาสนี้เมื่อไรก็หนี ไม่ยอมให้หมอ
รักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่อันตรายอย่างยิ่ง” (๒๓)

ในที่สุด โลกก็เอาชนะโรคเรื้อนได้ เมื่อ
องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ใช้ยาบำบัด
สามตัว เป้าหมายจึงไม่เพียงการควบคุม
(Control) หรือการป้องกัน (Prevention)
โรคนี้ให้ได้เท่านั้น แต่ถึงขั้นมุ่งขจัด
กวาดล้าง (Eradication) โรคนี้ให้หมดสิ้น
ไปจากโลกเหมือนที่เคยกวาดล้างไข้ทรพิษ
ให้หมดไปจากโลกได้แล้ว เมื่อหลาย
ทศวรรษก่อน

มูลนิธิอานันทมหิดล



ในการเสด็จพระราชดำเนินพระราชทานปริญญาบัตร และอนุปริญญาบัตรแก่ผู้จบหลักสูตรแพทย์และพยาบาล ณ ศิริราชพยาบาล เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๔๘๙ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล ได้พระราชทานพระราชปรารภ ประสงค์ให้มีการผลิตแพทย์เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เพียงพอช่วยเหลือประชาชน อันเป็นผลให้เกิดคณะแพทยศาสตร์ขึ้น ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่พระบรมเชษฐาธิราช พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรง พระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งมูลนิธิอานันทมหิดลขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๘ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้นักศึกษาที่ได้แสดงความ

สามารถเป็นเยี่ยมให้ได้มีโอกาสไปศึกษาต่อต่างประเทศในวิชาชั้นสูง เพื่อจะได้กลับมาปฏิบัติงานในสาขาวิชาที่ได้ศึกษามา แต่โดยที่สมเด็จพระบรมราชชนก ได้ทรง ศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ กับได้พระราชทานทุนให้นักศึกษาแพทย์ได้ไปเรียน ณ ต่างประเทศ กลับมาเป็นแพทย์ที่มีชื่อเสียงหลายคน ฉะนั้นจึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานทุนให้แก่นักศึกษาแพทย์เป็นประเดิม^(๒๔) เริ่มเมื่อวันที่ ๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๐๒ หลังจากนั้นได้ขยายสู่แขนงต่างๆ ได้แก่

- สาขาวิทยาศาสตร์
เมื่อ ๒๕ กันยายน ๒๕๐๒
- สาขาเกษตรศาสตร์
เมื่อ ๙ ตุลาคม ๒๕๐๔

- สาขาศรรมศาสตร์
เมื่อ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖
- สาขาอักษรศาสตร์
เมื่อ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๐๖
- สาขาทันตแพทยศาสตร์
เมื่อ ๒๕ กันยายน ๒๕๓๕
- สาขาสัตวแพทยศาสตร์
เมื่อ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๓๗
- สาขาวิศวกรรมศาสตร์
เมื่อ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๔๑

การปราบอหิวาตกโรค



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงสนพระราชหฤทัยในการปราบอหิวาตกโรค ซึ่งระบาดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑-๒๕๐๒ เป็นอย่างยิ่ง พระมหากรุณาธิคุณในการสนับสนุนงานด้านนี้มีหลายประการ เช่น

ทรงบริจาคเงินตั้งเป็นทุนปราบอหิวาตกโรค กับทั้งทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ประชาชนโดยเสด็จพระราชกุศลด้วย

พระราชทานเครื่องผลิตน้ำกลั่น เพื่อทำน้ำเกลือรักษาผู้ป่วยด้วยอหิวาตกโรคแก่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ๑ เครื่อง และแก่โรงงานเภสัชกรรมกระทรวงสาธารณสุขอีก ๑ เครื่อง

พระราชทานน้ำเกลือและเงินเพื่อซื้อเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และเครื่องให้น้ำเกลือแก่กรมอนามัย

ทรงบริจาคเงินพระราชทานแก่ครอบครัวผู้ตายด้วยอหิวาตกโรคเพื่อเป็นทุนประกอบอาชีพต่อไป

ทรงจัดตั้งหน่วยฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรคแก่ประชาชน ในบริเวณพระตำหนักจิตรลดารโหฐาน และตามท้องที่ต่างๆ เช่น ที่อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทั้งได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดหน่วยฉีดวัคซีนตามเสด็จพระราชดำเนินเยี่ยมราษฎรจังหวัดภาคใต้ด้วย

เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๐๒ ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท ณ พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน เพื่อรับพระราชทานเงินจำนวน ๔๐๙,๐๑๗.๕๐ บาท สำหรับสร้างตึกผู้ป่วยโรคจิตขึ้นในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาทรงมีพระราชปรารภว่าในขณะนั้นอหิวาตกโรคกำลังระบาดอยู่ในปากีสถาน มีผู้ป่วยถึงสัปดาห์ละประมาณ ๕๐๐ ราย

อาจแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทยได้ ขอให้กระทรวงสาธารณสุขเตรียมป้องกันไว้ และยังได้พระราชทานกระแสพระราชดำริเกี่ยวกับวิธีดำเนินงานปราบปรามอหิวาตกโรคที่ควรปฏิบัติอีกหลายประการ

นอกจากนี้ได้ทรงสนับสนุนให้มีการค้นคว้าเกี่ยวกับวิทยาการระบาดของอหิวาตกโรคขึ้นในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางในการปราบปรามโรคนี้ให้หมดสิ้นไปโดยเร็ว อนึ่งเมื่อคณะที่ปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัยอหิวาตกโรคในความอุปถัมภ์ขององค์การสนธิสัญญาป้องกันร่วมกันแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชื่อย่อคือ สปอ. ตัวย่อภาษาอังกฤษ คือ SEATO (ซีโต้) เดินทางเข้ามาสำรวจภาวะการณ์ของอหิวาตกโรคในประเทศไทย เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๐๒ นั้น พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้คณะที่ปรึกษาดังกล่าวเข้าเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาทด้วย ^(๒๕)



www.illustrations.com



การสนับสนุน
การสร้าง
โรงพยาบาล



พระราชทานเงินสร้างอาคารคนไข้พิเศษ “ราชสาทิส” ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา



ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินรายได้จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ ชุดเสด็จประพาสภาคใต้จำนวน ๔๐๙,๐๗๑.๕๐ บาท สร้างอาคารคนไข้พิเศษ ชั้น ๑ หลัง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ๓บุรี และโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามอาคารหลังนี้ว่า “ราชสาทิส” ในการก่อสร้างอาคารคนไข้พิเศษดังกล่าว ได้ใช้เงินพระราชทานสมทบกับเงินของผู้ร่วมบริจาคโดยเสด็จพระราชกุศล และเงินบำรุงของโรงพยาบาลเป็นค่าก่อสร้างรวมทั้งสิ้น ๕๐๐,๐๐๐.๐๐ บาท สมเด็จพระราชชนนีศรีสังวาลย์ ผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ ได้เสด็จไปทรงเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดอาคารคนไข้พิเศษหลังนี้ เมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๐๓ อาคาร “ราชสาทิส” เป็นตึกที่ทันสมัย ทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพดีขึ้นและมีความสะดวกสบายยิ่งขึ้นเป็นอันมาก^(๒๖)

โรงพยาบาลประสาท พญาไท



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงสนพระราชหฤทัยในปัญหาผู้ป่วยทางประสาท ซึ่งปรากฏว่ามีจำนวนทวีขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานรายได้จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ชุดเสด็จเยือนเวียดนาม อินโดนีเซีย และพม่า เป็นเงินแปดแสนห้าหมื่นบาทเศษ ให้แก่โรงพยาบาลประสาท พญาไท เพื่อใช้จ่ายในการปรับปรุงและขยายโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นทั้งในการบำบัด ป้องกัน ตลอดจนการวิจัยเกี่ยวกับโรคทางประสาท กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เงินพระราชทานและเงินที่มีผู้บริจาคโดยเสด็จพระราชกุศลกับเงินที่ราชการสมทบทั้งสิ้นประมาณ ๒ ล้านบาท สร้างตึกวิจัยประสาทวิทยา ชั้นที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท อาคารดังกล่าวเป็นตึก ๕ ชั้น ประกอบด้วยห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ ๓ ชั้น และห้องคนไข้ ๒ ชั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จพระราชดำเนินไปทรงประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์อาคารหลังนี้ เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๐๔ นับว่าเป็นพระมหากรุณาธิคุณอย่างล้นเกล้าฯ ^(๒๗)

โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
“ประชาธิปไตย”



โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ เสด็จพระราชดำเนินไปทรงประกอบพิธีเปิดโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และตึก “ประชาธิปไตย” เมื่อวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานรายได้จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ชุดเสด็จ
ประพาสภาคเหนือสมทบกับเงินทุนสะสมของโรงพยาบาลแพร์ สร้างอาคารผู้ป่วยหนึ่งหลัง
ณ โรงพยาบาลแพร์ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๒

ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานรายได้จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ชุดเสด็จ
เยือนเวียดนาม อินโดนีเซีย และพม่า เพื่อทำนุบำรุง โรงพยาบาลหนองคาย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๓

ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานรายได้จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ชุดเสด็จ
เยือนประเทศไต้หวัน ๑๔๗,๓๒๑.๐๐ บาท สมทบกับเงินทุนสะสมของโรงพยาบาล
ปราจีนบุรี ๕๖,๖๗๙.๐๐ บาท สร้างอาคารผู้ป่วยหนึ่งหลัง ณ โรงพยาบาลปราจีนบุรี เมื่อ
พ.ศ. ๒๕๐๔ และโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามอาคารหลังนี้ว่า “ราชประชานุสรณ์”

ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานรายได้จากการฉายภาพยนตร์ส่วนพระองค์ชุดเสด็จ
เยือนเวียดนาม อินโดนีเซีย และพม่า สมทบกับเงินที่พ่อค้าคบตีบริจาคโดยเสด็จพระราช
กุศล และเงินงบประมาณของจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน ๑๕๐,๑๓๕.๐๐ บาท ทำการ
ก่อสร้างเรือนคลอดบุตรรับผู้ป่วยได้ ๒๕ เตียง ขึ้น ณ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโปรดเกล้าฯ
พระราชทานนามอาคารหลังนี้ว่า เรือน “ราชทัย” นอกจากนี้ยังทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ
ให้ พระวรวงศ์เธอ กรมหมื่นพิทยลาภพฤฒิยากร ประธานองคมนตรี นายศรีเสนา สมบัติศิริ
และพลเอก หลวงกัมปนาทแสนยากร องคมนตรี เสด็จและไปกระทำพิธีเปิดอาคารดังกล่าว
เมื่อวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๐๕

ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้สร้างพระรูปสมเด็จพระ
พระราชบิดาเจ้าฟ้ามหิตลodayเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ เพื่อประดิษฐาน ณ บริเวณ
หน้าตึกอำนวยการ โรงพยาบาลสงขลา และโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินจำนวน
๑๐,๐๐๐.๐๐ บาท เป็นทุนประเดิมในการจัดสร้างพระรูปดังกล่าว^(๒๘)

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่พระราชทาน



หน่วยแพทย์พระราชทาน มีรวม ๘ หน่วย ได้แก่

โครงการแพทย์หลวงเคลื่อนที่พระราชทาน
เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๐

โครงการหน่วยแพทย์พระราชทาน
เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๒

หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่พระราชทาน
เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๒

โครงการแพทย์พิเศษตามพระราชประสงค์
เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๗

โครงการสัณยแพทย์อาสาราชาวิทยาลัยสัณยแพทย์แห่งประเทศไทย
เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๘

โครงการแพทย์ หู คอ จมูก และโรคภูมิแพ้พระราชทาน
เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๒

โครงการอบรมหมอหมู่บ้านในพระราชประสงค์
เริ่มครั้งแรกที่อำเภอเวียง ที่จังหวัดนราธิวาส เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๗

โครงการอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยคลอดฉุกเฉิน
โครงการในพระราชดำริสำหรับตำรวจจราจร
เริ่มดำเนินการเมื่อ ๖ กันยายน ๒๕๓๖

เรือเวชพาหน์



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ได้พระราชปรารภว่า ราษฎรที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ตามลำแม่น้ำในหลายตำบล ตั้งอยู่โดดเดี่ยวยังไม่มีทางหลวงเชื่อมต่อจังหวัด แม้ว่าจะมีการคมนาคมติดต่อกับจังหวัดทางน้ำได้ก็ห่างไกลโรงพยาบาลประจำจังหวัดมาก ถ้าเจ็บป่วยก็ต้องรักษาพยาบาลแผนโบราณ ซึ่งไม่ค่อยได้ผลในโรคหลายอย่าง จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้บริษัทเรือกรุงเทพฯ จำกัด ต่อเรือยนต์ขึ้นด้วยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ เพื่อพระราชทานให้สภาอากาศไทยใช้เป็นหน่วยเคลื่อนที่รักษาพยาบาลประชาชนตามลำน้ำต่างๆ โดยพระราชทานชื่อว่า "เวชพาหน์" (อ่านว่า เวด-ชะ-พา) และได้เสด็จพระราชดำเนินไปทรงประกอบพิธีพระราชทานเรือ ในวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๔๙๘ เวลา ๑๒.๐๐ น. ณ ท่าวสุกรี กรุงเทพมหานคร เมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงเจิมเรือและพระราชทานให้แล้วก็ออกปฏิบัติงานทันที ที่จังหวัดนนทบุรี

เรือเวชพาหน์เป็นเรือไม้ ๒ ชั้น ขนาดกว้าง ๓.๘๑ เมตร ยาว ๑๕.๖๙ เมตร สูง ๓.๗๕ เมตร กินน้ำลึก ๐.๘๕ เมตร เครื่องยนต์ดีเซล โตโยต้า ๖ สูบ ๒๐๐ แรงม้า บรรทุกพนักงานเรือและผู้โดยสารได้รวม ๓๐ คน ความเร็ว ๑๒ น็อต/ชั่วโมง

กองบรรเทาทุกข์และอนามัย (ชื่อเรียกขณะนั้น) ได้นำเรือพระราชทาน "เวชพาหน์" ออกปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ให้บริการทางการแพทย์ แก่ประชาชนผู้อาศัยอยู่ตามฝั่งแม่น้ำตามพระราชประสงค์ตลอดมา ตั้งแต่วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๔๙๘ ปีละหนึ่งหรือหลายครั้ง ระยะเวลาบ้างสั้นบ้าง และงดเป็นบางปี เนื่องจากบุคลากรจำกัด และมีภารกิจบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยฉุกเฉินต่างๆ ที่เร่งด่วน

สำหรับการปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในระยะแรก การให้บริการตรวจรักษา ผ่าตัดเล็ก
ทันตกรรม ทำแผล ฉีดยา จัดยา จ่ายยาผู้ป่วย ตลอดจนการกินอยู่หลับนอนของเจ้าหน้าที่
ทั้งหมดล้วนกระทำในเรือทั้งสิ้น ต่อมาเมื่อมีผู้มารับบริการมากขึ้น และเพิ่มกิจกรรมมากขึ้น
เช่น สุขศึกษา ห้องสมุดเคลื่อนที่ เป็นต้น จึงย้ายการรักษาขึ้นมabenบก โดยอาศัยศาลา
วัด ทำน้ำ และโรงเรียน ส่วนการจัดยา จ่ายยานั้นยังคงปฏิบัติที่เรือเหมือนเดิม เพื่อให้ผู้รับ
บริการได้รับรู้และซึ่งในพระมหากรุณาธิคุณจากข้อความบนแผ่นป้ายซึ่งติดไว้ที่ด้านข้างของ
เรือทั้งสองด้านว่า "พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชนานเรือลำนี้ เมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๘ เพื่อ
ใช้บรรเทาทุกข์และรักษาประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าใดๆ ทั้งสิ้น"

เรือพระราชนานเวชพาหน์ ปฏิบัติงานครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑๙ มกราคม - ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๔๙๘ ที่
จังหวัดนนทบุรี และครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ ๒๒-๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๐ ที่จังหวัดอ่างทอง โดย
ปฏิบัติงานรวมทั้งสิ้น ๑๓๗ ครั้งใน ๑๘ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สุพรรณบุรี นครสวรรค์
กรุงเทพมหานคร สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา พระนครศรีอยุธยา ปราจีนบุรี ชัยนาท สิงห์บุรี
กาญจนบุรี ลพบุรี อ่างทอง ราชบุรี ปทุมธานี สมุทรสงคราม นครปฐม และอุทัยธานี มีผู้มา
รับบริการตรวจรักษาโรค ผังเข็ม ให้ภูมิคุ้มกันโรค และบริการทางทันตกรรม รวมทั้งสิ้น
๓๑๗,๙๘๔ ราย

โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพน (วัดโพธิ์)



การแพทย์แผนไทยและการนวดแผนโบราณ มีประวัติความเป็นมาคู่กับชาติไทยมาแต่โบราณ ในสมัยโบราณนั้นความรู้เกี่ยวกับการแพทย์และการนวดของไทยจะสั่งสอนสืบต่อกัน เป็นทอดๆ โดยครูจะรับตัวศิษย์ไว้แล้วค่อยสั่งค่อยสอนให้จดจำความรู้ต่างๆ ความรู้ที่สืบทอดกันมานั้น อาจเพิ่มพูน สูญหาย หรือเพี้ยนไปบ้างตามความสามารถของครูและศิษย์เป็นสำคัญ จวบจนสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ได้โปรดเกล้าฯ ให้ปฏิสังขรณ์ “วัดโพธาราม” หรือ “วัดโพธิ์” ขึ้นเป็นพระอารามหลวง ทรงให้รวบรวม ตำรายา ฤาษีคัตตน จวบจนตำราการนวด แล้วให้จารึกไว้ตามศาลาราย เพื่อให้ประชาชนได้ศึกษาโดยทั่วกัน ต่อมาใน พ.ศ. ๒๓๗๕ ครั้งรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้บูรณะวัดโพธิ์ใหม่ ทรงให้หล่อรูปฤาษีคัตตนเป็นโลหะ และทรงให้รวบรวมตำราการนวดและตำราการแพทย์จารึกในวัดโพธิ์ เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปศึกษา และนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปิยมหาราช ทรงโปรดเกล้าฯ ให้แพทย์หลวงจัดสังคายนาและแปลตำราแพทย์จากภาษาบาลี และสันสกฤตเป็นภาษาไทย เรียกตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลวง) ซึ่งตำรานี้ได้แยกการนวดเป็นวิชาหัตถศาสตร์ เรียกว่า “ตำราแบบนวดฉบับหลวง” ใน พ.ศ. ๒๔๖๖ มีการออกพระราชบัญญัติการแพทย์ (การประกอบโรคศิลปะ) โดยแบ่งการแพทย์เป็น ๒ แผน คือ แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนโบราณ แพทย์แผนโบราณแบ่งออกเป็น ๔ สาขา คือ สาขาเวชกรรมแผนโบราณ สาขาเภสัชกรรมแผนโบราณ สาขาผดุงครรภ์แผนโบราณ และสาขานวดแผนโบราณ และเมื่อมีการออกพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะใหม่ (พ.ศ. ๒๔๗๙) ได้มีการตัดสาขาการนวดแผนโบราณออก ใน พ.ศ. ๒๔๙๘ ท่านเจ้าคุณพระธรรมวโรดม (ปุ่น ปุณณสิริ) ซึ่งต่อมามีท่านได้เป็นสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณสมเด็จพระสังฆราช

องค์ที่ ๑๗ ได้จัดตั้งสมาคมแพทย์แผนโบราณและโรงเรียนแพทย์แผนโบราณวัดพระเชตุพนฯ (วัดโพธิ์) ขึ้น โดยโรงเรียนได้เปิดสอนวิชาแพทย์แผนโบราณทั้ง ๓ สาขาวิชาตามที่กฎหมายขณะนั้นกำหนด

ใน พ.ศ. ๒๕๐๔ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงเสด็จวัดโพธิ์ คณะอาจารย์ได้นำตำราของโรงเรียนฯ ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวาย พระองค์ทรงรับสั่งถามว่ามีการนวดสอนหรือไม่ จากกระแสพระราชดำรัสดังกล่าวเป็นผลให้มีการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการนวดมาจัดทำเป็นหลักสูตร และเริ่มเปิดสอนตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ โรงเรียนจึงมีการเรียนการสอนครบทั้ง ๔ สาขาวิชามาจนถึงปัจจุบัน วิชาการนวดแผนโบราณของไทยได้มีการพัฒนาต่อเนื่องจนมีชื่อเสียงไปทั่วโลก ในที่สุดรัฐธรรมนูญว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็มีประกาศกำหนดให้การนวดไทย เป็นการประกอบโรคศิลปะสาขการแพทย์แผนไทยประเภทหนึ่ง เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๔ ต่อมา มีการอบรมหมอนวดวิชาชีพรุ่นแรกจนได้รับใบประกอบโรคศิลปะ และมีพิธีมอบใบประกอบโรคศิลปะแก่ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทยรุ่นแรก ในพระอุโบสถกลางวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๘^(๒๙)

อันความกรุณา ปราณี จะมีใครบังคับ ก็หาไม่

เมื่อวันที่ ๙ กันยายน พ.ศ. ๒๔๙๗ เกิดไฟไหม้ตลาดอำเภอบ้านโป่ง
กินเนื้อที่กว่า ๑ แสนตารางวา มีอาคารบ้านเรือนต้องอัคคีภัย ๘๓๒
หลังคาเรือน มีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย ๓ คน มีผู้ประสบภัย ๕,๙๐๔ คน
ค่าเสียหายคิดเป็นมูลค่า ๖๑,๕๒๔,๒๕๔.๗๕ บาท วันที่ ๑๓ กันยายน
พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระ
พระราชินี ได้เสด็จบ้านโป่ง เป็นการส่วนพระองค์ พร้อมสมุหราช
องครักษ์จำนวนหนึ่ง ทรงพระราชทานเสื้อผ้า อาหาร ยารักษาโรค
และพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์จำนวน ๑ แสนบาท เพื่อบรรเทาทุกข์
ของราษฎร

ต่อมาหนังสือพิมพ์ได้ลงข่าวอย่างกว้างขวาง เช่น



น.ส.พ. สารเสรี

14 กันยายน 2497

เสด็จไปรเวท ตร.วังไม่รู้เลย

เนื่องจากทรงมีพระประสงค์จะได้ทอดพระเนตรสถานที่ซึ่งพระเพลิงได้เผาผลาญชาวบ้านโป่งพินาอย่างมหาศาล เมื่อวันที่ ๙ เดือนนี้ และทรงเยี่ยมเยียนราษฎรผู้ประสบเคราะห์คราวนี้ด้วยพระองค์เอง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จึงได้เสด็จออกจากพระที่นั่งอัมพรสถานโดยรถยนต์พระที่นั่งมุ่งไปยังบ้านโป่ง เมื่อเวลา ๙ น.เศษ วานนี้ (ที่ ๑๓) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ถวายอารักขาไม่ทันทราบ

จนกระทั่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จออกพ้นพระที่นั่งอัมพรสถานไปแล้ว เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ถวายอารักขาจึงทราบเรื่อง เลยรีบโทรศัพท์แจ้งไปยังผู้บัญชาการตำรวจนครบาล และอธิบดีตำรวจให้ทราบทันที แล้วเจ้าหน้าที่ผู้ถวายอารักขาที่รีบวิ่งรถตามเสด็จไปในทันที

ทางด้านจังหวัดพระนคร ผู้บัญชาการตำรวจรีบจัดกำลังตรวจออกrayทาง เตรียมรับเสด็จตอนกลับในทันทีนั้น พร้อมด้วยกำลังเจ้าหน้าที่อีกส่วนหนึ่งก็รีบเดินทางตามเสด็จไปยังบ้านโป่ง

น.ส.พ. พิมพไทย์

16 กันยายน 2497

ราชจริยวัตร

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระบรมราชินีได้เสด็จเป็นส่วนพระองค์ไปทรงเยี่ยมเยียนราษฎรผู้ประสบอัคคีภัยที่บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เมื่อวันที่ ๑๓ เดือนนี้ ได้ก่อให้เกิดความซาบซึ้งตรึงใจแก่ราษฎรอย่างใหญ่หลวง เพราะปรากฏว่าทั้งสองพระองค์ได้ทรงรถยนต์พระที่นั่ง และเล่นออกจากพระราชวังดุสิตไปเสียบๆ โดยปราศจากพิธีรีตองใดๆ ทั้งสิ้น แม้แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้ถวายความอารักขาก็ไม่ทราบ ตามข่าวปรากฏว่ามาทราบเอาเมื่อได้เสด็จไปนานแล้ว และขบวนถวายความอารักขาจากพระนครไปทันรถพระที่นั่งที่จังหวัดนครปฐม

ในการเสด็จเป็นส่วนพระองค์อย่างเสียบๆ เช่นนี้ เราเข้าใจว่าเพื่อพระราชประสงค์จะได้ทอดพระเนตรความเป็นไปของราษฎรผู้ประสบความทุกข์ยากอันเนื่องจากอัคคีภัยทั้งนี้อย่างแท้จริง ครั้นเมื่อถึงบริเวณอันน่าเอนจอนานั้นแล้ว พระองค์ได้เสด็จทอดพระเนตรจนทั่ว ได้ทรงถามสุขทุกข์ราษฎร และพระราชทานเงินส่วนพระองค์ให้รัฐบาลบันเทาทุกข์ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และยังได้โปรดเกล้าฯ ให้กองคลังสำนักพระราชวังรับเงินที่มีผู้บริจาครวมพระราชกุศลครั้งนี้ด้วย

พระราชจริยวัตรดังกล่าวนี้ย่อมเป็นที่ซาบซึ้งตรึงใจของปวงชนยิ่งนัก นับเป็นการแสดงน้ำพระราชหฤทัยอันประเสริฐที่พระมหากษัตริย์จะพึงมีต่อราษฎรในระบอบประชาธิปไตย ในฐานะที่พระองค์ทรงเป็นพระประมุขสูงสุดของชาติ ถึงมิได้ทรงใช้อำนาจปกครองด้วยพระองค์เอง แต่ก็ได้ทรงพระปรีชาสามารถในทางปกครองยิ่งนัก

น.ส.พ. สยามรัฐ

16 กันยายน 2497

ชาวบ้านโป่งซาบซึ่งในพระราชอำนาจ คราวเสด็จเยี่ยม

ตามที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีได้เสด็จ
โดยรถยนต์พระที่นั่งส่วนพระองค์ไปยังอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เมื่อวันที่ ๑๓
เดือนนี้ เพื่อเยี่ยมเยียนพสกนิกรซึ่งประสบอัคคีภัยนั้น

บัดนี้รายงานข่าวเพิ่มเติมว่า ในการเสด็จไปครั้งนี้มีสมุหราชองครักษ์โดยเสด็จ
และโดยที่ไม่มีพระราชประสงค์ให้มีการเตรียมรับเสด็จเป็นการเอิกเกริก จึงเสด็จ
โดยกะทันหัน รถยนต์พระที่นั่งถึงจังหวัดนครปฐมเมื่อเวลา ๑๒.๐๐ น. ได้ประทับ
เสวยพระกระยาหารกลางวัน ณ พระที่นั่งชาลิตบรมอาสน์ เมื่อเสวยพระกระยาหาร
เสร็จแล้วจึงเสด็จพระราชดำเนินต่อถึงตลาดบ้านโป่ง ณ ที่นั้นพระราชญาติรักษา
ผู้ว่าการภาค ๗ ได้เข้ารับเสด็จ พระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินี
ทรงรถยนต์พระที่นั่งรอบบริเวณเพลิงไหม้ และได้ทรงทักถามทุกข์สุขของประชาชน
ที่ประสบภัยโดยทั่วกัน

ในการเสด็จครั้งนี้เป็นผลให้ประชาชนชาวบ้านโป่งซาบซึ่งในพระมหากรุณาธิคุณ
เป็นล้นเกล้า

การปลูกฝังคุณธรรม



นอกจากพระบรมโฆวาทในวโรกาสต่างๆ แล้ว ทรงปลูกฝังคุณธรรมแก่ พสกนิกรด้วยการสร้างงานวรรณกรรมอันยิ่งใหญ่ได้แก่ การที่ทรงพระวิริยะอุตสาหะแปลงานวรรณกรรมเรื่อง “นายอินทร์ผู้ปิดทองหลังพระ” เพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รับรู้และเห็นคุณค่าของการทำงานเพื่อประเทศชาติอย่างเปี่ยมความรู้ ความสามารถ โดยมีได้หวังผลตอบแทนใดๆ แม้แต่คำยกย่องเชิดชู ตามแนวทางของอุดมการณ์ “ความฝันอันสูงสุด” อันเป็นบทเพลงพระราชนิพนธ์ที่มีเนื้อร้องตอนหนึ่งว่า “จะปิดทองหลังองค์พระปฐมมา”

ต่อมาทรงปลูกฝังอุดมการณ์เรื่องความเพียรหรือพระวิริยะบารมี ด้วยการรังสรรค์วรรณกรรม “พระมหาชนก” ทั้งในรูปแบบของนิทาน และต่อมาเป็นฉบับการ์ตูนเพื่อให้เข้าถึงเยาวชนคนไทยได้ดียิ่งขึ้น

บทเพลงพระราชนิพนธ์จำนวนมาก นอกจากแสดงถึงพระอัจฉริยภาพทางดนตรีอันสูงยิ่งของพระองค์ท่านแล้ว เนื้อเพลงยังเป็นเครื่องหล่อหลอมอุดมการณ์ของคนในชาติ ได้อย่างดียิ่ง

ในพระราชพิธีฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี เมื่อวันที่ศุกร์ที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๔๙ ก็ทรงมีพระราชดำรัสในการเสด็จออกมหาสมาคมในงานพระราชพิธีดังกล่าว พระราชทานพระบรมราโชวาทเรื่องคุณธรรม ๔ ประการ “ซึ่งเป็นที่ตั้งของความรักความสามัคคี ที่ทำให้คนไทยเราสามารถร่วมมือร่วมใจกันรักษาและพัฒนาชาติบ้านเมืองให้เจริญรุ่งเรืองสืบต่อกันมาได้อย่างตลอดรอดฝั่ง” ได้แก่

ประการแรก

คือ การที่ทุกคนคิด พุด
ด้วยความเมตตา มุ่งดี
มุ่งเจริญ ต่อกัน

ประการที่สอง

คือ การที่แต่ละคนต่างช่วยเหลือ
เกื้อกูลกัน ประสานงานประสาน
ประโยชน์กัน ให้งานที่ทำ
สำเร็จผล ทั้งแก่ตน แก่ผู้อื่นและ
แก่ประเทศชาติ

ประการที่สาม

คือ การที่ทุกคนประพฤติปฏิบัติ
ตนอยู่ในความสุจริต ในกฎกติกา
และในระเบียบแบบแผน
โดยเท่าเทียมเสมอกัน

ประการที่สี่

คือ การที่ต่างคนต่างพยายาม
ทำความคิดเห็นของตนให้ถูกต้อง
เที่ยงตรงและมั่นคงอยู่ในเหตุผล

พระราชดำรัสดังกล่าว นับว่าเหมาะสมแก่สถานการณ์ที่เกิดความแตกแยกอย่างรุนแรงของ
คนในชาติ

ก่อนหน้านั้นหลายปีก็ทรงพระราชทานพระบรมราโชวาท เรื่องคุณธรรม ๔ ประการ ได้แก่
สัจจะ (ความซื่อสัตย์จริงใจต่อกัน) ทมะ (ความข่มใจ ความฝึกฝนอบรมตน) ขันติ (ความ
อดทน) และจาคะ (การเสียสละ ละวาง เผื่อแผ่ แบ่งปัน มีน้ำใจกัน) ซึ่งก็คือ “ขรവാสนธรรมสี่”
ในพระพุทธศาสนานั้นเอง การที่มีได้ทรงอ้างอิงพระธรรมในพระพุทธศาสนาโดยตรง น่าจะ
เนื่องมาจากที่แม้จะทรงเป็นพุทธมามกะ แต่ทรงเป็นเอกอัครศาสนูปถัมภกของทุกศาสนา
เฉกเช่นเดียวกับที่พระเจ้าอโศกมหาราชที่แม้จะทรงเป็นพุทธมามกะ แต่ถ้อยคำใน “จารึก
อโศก” ล้วนเป็นถ้อยคำกลางๆ ที่สะท้อนหลักธรรมในทุกศาสนา

ในด้านภาษาไทยทรงแสดงถึงอัจฉริยภาพจนเป็นที่ประจักษ์และเป็นที่เลื่องลือ เมื่อทรงเสด็จ
พระราชดำเนินไปทรงเป็นประธานและทรงอภิปรายเรื่อง “ปัญหาการใช้ภาษาไทย” ร่วมกับ
ผู้ทรงคุณวุฒิในการประชุมทางวิชาการของชุมนุมภาษาไทย คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ซึ่งทรงแสดงพระปรีชาสามารถและความสนพระราชหฤทัยห่วงใยในภาษาไทย
จนเป็นที่ประทับใจผู้ร่วมประชุมครั้งนั้นเป็นอย่างยิ่ง และทำให้วันประชุมวันนั้น คือ
วันที่ ๒๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ รัฐบาลได้ประกาศเป็น “วันภาษาไทยแห่งชาติ” ตั้งแต่
ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นต้นมา

พระอัจฉริยภาพทางภาษาไทยของพระองค์ท่านย่อมเป็นที่ประจักษ์ตั้งแต่การประหม่อภิปรายครั้งนั้น และปรากฏให้เห็นอย่างต่อเนื่อง จนถึงขั้นที่พระราชดำริของท่านได้กลายเป็นศัพท์ภาษาไทยที่ยอมรับกันทั่วไป เช่น คำว่า “แก้มลิง” เป็นต้น

อีกคำหนึ่งคือคำว่า “สาส์น” ที่ราชบัณฑิตยสถานยืนยันว่าต้องเขียน “สาสน์” เท่านั้น มิใช่ที่จะมี “สาส์นสมเด็จ” ของสองปราชญ์แห่งรัตนโกสินทร์ คือสมเด็จเจ้าฟ้ากรมพระยานริศรานุวัดติวงศ์ และสมเด็จฯ กรมพระยาดำรงราชานุภาพโดดเด่นเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางในวงวรรณกรรมของไทย ในที่สุดพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานก็เก็บคำ “สาสน์” ไว้อย่างเป็นทางการแล้วตั้งแต่ ฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๒ หลังจากที่ทรงมีคำอธิบายอย่างลุ่มลึกเกี่ยวกับคำนี้จนเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายโดยคุณ

พระราชดำริเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ก็คือแนวทางที่ประชาชนไทยจำนวนมาก ยึดถือปฏิบัติเป็นแนวทางการดำเนินชีวิต และประสบผลดีน่าพอใจ

เมื่อเสด็จขึ้นครองราชย์สมบัติได้ครบ ๒๕ ปี จะมีงานรัชดาภิเษกสมโภช รัฐบาลประสงค์จะสร้างพระราชานุสาวรีย์เป็นที่ระลึก แต่ทรงขอให้สร้างถนนวงแหวนรอบกรุงเทพมหานคร แทน ดังทรงมีพระราชดำรัสว่า “...อนุสาวรีย์อย่าเพิ่งสร้าง สร้างถนนดีกว่า สร้างถนนเรียกว่าวงแหวน เพราะมันเป็นความฝัน เป็นความฝันมาตั้งนานแล้ว...” ประชาชนไทยจึงได้ถนนรัชดาภิเษกเป็นประโยชน์แก่การคมนาคมของกรุงเทพฯ ซึ่งนับวันแต่จะเติบโตขยายตัวออกไปเรื่อยๆ และเมื่อครองราชย์สมบัติครบ ๕๐ ปีประชาชนชาวไทยก็ได้ถนนกาญจนาภิเษก ซึ่งเป็นพระราชานุสาวรีย์ที่ยิ่งใหญ่กว่าพระราชานุสาวรีย์ทั่วไป อันพสกนิกรควรสำนึกในพระปัญญาธิคุณ และพระมหากรุณาธิคุณ และเป็นแบบอย่างที่ควรดำเนินตามอย่างยิ่ง

เหนืออื่นใด คือพระราชจริยวัตรของพระองค์ท่านทั้งที่เกี่ยวกับพระราชกรณียกิจในฐานะพระมหากษัตริย์ที่เปี่ยมล้นทั้งพระปัญญาธิคุณ พระบริสุทธิ์คุณ และพระมหากรุณาธิคุณ งดงามครบถ้วนในทศพิธราชธรรมทุกประการ และพระราชจริยวัตรที่ทรงปฏิบัติต่อ พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ โดยเฉพาะภาพที่ทรงแสดงความรักและความกตัญญูต่เวทีต่อสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ซึ่งเป็นภาพที่ทั้งประทับใจ และสอนใจลูกทุกคนที่ล้วนมีแม่ทั้งสิ้น

พระราชกรณียกิจของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีมากมายอนันต์ สุดจะพรรณนาได้ครอบคลุมครบถ้วน เฉพาะโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริก็มีถึงกว่าสี่พันโครงการ จึงขอกล่าวโดยย่อพอสังเขปเพียงเท่านี้

พระมหาวิรภาพ



นอกจากทศพิธราชธรรมที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชทรงดำรงไว้ได้อย่างเต็มเปี่ยมตลอดพระชนม์ชีพอันยืนยาวแล้ว ธรรมะอีกข้อหนึ่งของพระองค์ท่านที่โดดเด่นอย่างยิ่งคือ ความกล้าหาญ

ตลอดพระชนม์ชีพ พระองค์ท่านต้องเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงทุกรูปแบบ แต่ทรงเผชิญเหตุการณ์ทั้งปวงด้วยทศพิธราชธรรมและความกล้าหาญ และสามารถฟันฝ่ามาได้อย่างงดงามยิ่งทุกครั้ง

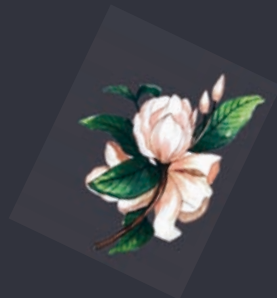
เมื่อทรงขึ้นครองราชย์ โลกตกอยู่ในยุคสงครามเย็นอันยาวนาน และปะทุเป็นสงครามร้อนในหลายภูมิภาค รวมทั้งในอุษาคเนย์ ประเทศไทยก็ตกอยู่ในสถานการณ์สู้รบนานหลายทศวรรษ เหตุการณ์รุนแรงถึงขั้นต่อสู้กันด้วยอาวุธร้ายแรง เริ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๔^(๓๐) และรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยฝ่ายรัฐบาลมีความสูญเสียไม่น้อย เช่น ในปี ๒๕๑๓ นายประหยัด สมานมิตร ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย พ.อ.จำเนียร มีสง่า นายทหารฝ่ายเสนาธิการกองทัพอากาศที่ ๓ และ พ.ต.อ.ศรีเดช ภูมิประหมั่น ผู้กำกับกองตำรวจภูธรจังหวัดเชียงราย ถูกข่มขู่ยิงเสียชีวิต^(๓๑) ต่อมา หม่อมเจ้าหญิงวิภาวดี รังสิต ถูกยิงสิ้นพระชนม์ขณะเสด็จไปบนเฮลิคอปเตอร์ เพื่อรับผู้บาดเจ็บไปส่งโรงพยาบาลที่อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี^(๓๒)

นอกจากนี้ ยังมีกรณีอุบัติเหตุ เช่น กรณีเครื่องเฮลิคอปเตอร์ของกรมตำรวจชนกับเครื่องของกองทัพบก เมื่อวันที่ ๓๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ ที่โรงเรียนร่มเกล้า บ้านหนองแคน ตำบลดงหลวง อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม เป็นเหตุให้นายสุนันท์ ชันอาสา ผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนมเสียชีวิต^(๓๓)

ในท่ามกลางสถานการณ์รุนแรงเช่นนี้ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชได้เสด็จอยู่ใน “แนวหน้า” อย่างกล้าหาญตลอดมา

เหตุการณ์ที่แสดงถึงพระทศพิธราชธรรม และพระวิรภาพของพระองค์ท่านอย่างชัดเจน คือ กรณีระเบิดในพิธีพระราชทานรางวัลแก่โรงเรียนปอเนาะ และพระราชทานธงประจำรุ่นลูกเสือชาวบ้านที่สนามโรงพิธีช้างเผือก ที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน

ขอให้ทุกคนมีจิตใจเข้มแข็งไม่ตื่นเต้น
ต่อสถานการณ์ เปิดหูเปิดตาให้ได้
ก็สามารถขจัดอันตรายเหล่านั้นได้
คนไทยไม่ว่าอยู่ภาคไหนมีจิตใจอย่างเดียวกัน
คือ รักษาความสงบ ใครก่อความไม่สงบ
เราก็ต้องป้องกัน ขอชมเชยลูกเสือชาวบ้าน
ที่ปฏิบัติตนได้อย่างดีตามที่ฝึกไว้
ขอให้ทุกคนมีความเข้มแข็ง ปลอดภัย
และมีความสำเร็จทุกประการ ^(๓๔)



พ.ศ. ๒๕๒๐ ระเบิดลูกแรกห่างพลับพลาที่ประทับเพียง ๕๕ เมตร ลูกที่สอง ๑๑๐ เมตร มีผู้ได้รับบาดเจ็บถึง ๔๗ คน ทุกคนตกใจวิ่งหนีกันอลหม่าน แต่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชทรงมีพระสติสัมปชัญญะดียิ่ง หลังเกิดเหตุชุลมุน ทำให้พระราชพิธีชะงักลงชั่วคราว และส่งคนเจ็บไปโรงพยาบาลแล้ว ท่านทรงงานต่อโดยมีพระราชดำรัสกับผู้มาร่วมงานในพิธีว่า

"ขอให้ทุกคนมีจิตใจเข้มแข็งไม่ตื่นเต้นต่อสถานการณ์ เปิดหูเปิดตาให้ดี ก็สามารถจัดอันตรายเหล่านั้นได้ คนไทยไม่ว่าอยู่ภาคไหนมีจิตใจอย่างเดียวกัน คือ รักษาความสงบ ใครก่อความไม่สงบ เราก็ต้องป้องกัน ขอชมเชยลูกเสือชาวบ้านที่ปฏิบัติตนได้อย่างดีตามที่ฝึกไว้ ขอให้ทุกคนมีความเข้มแข็ง ปลอดภัยและมีความสำเร็จทุกประการ" (๓๔)

หลังเสร็จพระราชพิธี ตำรวจราชสำนักกราบทูลให้เสด็จกลับพระตำหนักทักษิณราชนิเวศน์เพื่อความปลอดภัย แต่ทรงขอไปเยี่ยมคนเจ็บที่โรงพยาบาล ตำรวจขอว่า “อย่าเสด็จเลย” อันตราย เพราะทางที่จะกลับ ถ้าค่ำแล้วยิ่งอันตรายใหญ่ เขาอาจจะยิงด้วยจรวดก็ได้ ให้รีบกลับเสียแต่วันๆ เถอะ แต่ทรงยืนยันว่า “ไม่ได้ เขามานี้ เจ็บเพราะเรามา เขามาหาเรา เราต้องไปเยี่ยม”

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงพระราชทานสัมภาษณ์แก่กลุ่มนักข่าวหญิง ในเรื่องนี้ว่า

“มีรายงานบอกว่าไม่ได้เจ็บกันมากพระเจ้าข้า ข้าพเจ้ารับรอง ได้ข่าวว่าเลือดซีดช่วนเท่านั้น ใส่ยาแดงแล้วก็กลับบ้านได้

ฉันคิดว่าการที่พระมหากษัตริย์ของบางประเทศล้ม เพราะเหตุอย่างนี้ คือเพราะเชื่อตามคำบอก

พระเจ้าอยู่หัวรับสั่งว่าซีดช่วนก็จะไปดู เขาไม่ยอม สั่งรถพระที่นั่งให้กลับพระตำหนัก รถพระที่นั่งวิ่งกลับ พระเจ้าอยู่หัวสั่งให้เลี้ยวกลับเดี๋ยวนี้ ฉันจะไปโรงพยาบาล

คนขับรถกลัว เลี้ยวไปอีกทางที่โรงพยาบาล พอไปถึง เราตกตะลึง เพราะเลือดสาตเต็มแล้วมีเด็กผู้หญิงสาว อายุสัก ๑๗-๑๘ กำลังหอบ ปอดยุบไปข้าง ถ้าเราไม่ไปก็ตายแล้วเด็กอีกคนตาก็จะบอด คือคนนอนกันเต็ม เห็นแต่เลือด เลือด ทั้งนั้น พอเข้าไปเด็กสาวนั้นเห็นเรา เขาก็ร้องไห้ บอกท่านคะ หนูเจ็บเหลือเกิน หนูหายใจไม่ออก หนูเจ็บ พ่อแม่ก็ไม่ได้มา ท่านช่วยหนูด้วย...” (๓๕)

รู้จักพระพลานามัย



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงมีพระพลานามัยดีเยี่ยม แม้จะปรากฏข่าวทรงประชวรเป็นบางครั้ง จากการตรากตรำพระวรกายในการประกอบพระกรณียกิจไปในทุกถิ่นที่ โดยเฉพาะในท้องถิ่นทุรกันดาร ทั้งยามกลางวัน และยามกลางคืน เป็นที่ประจักษ์แก่ข้าราชการบริพาร และทุกคนที่ได้มีโอกาสตามเสด็จ

นอกจากจะทรง “ขึ้นเขาลงห้วย” ด้วยความคล่องแคล่ว อย่างไม่ทรงรู้สึกเหน็ดเหนื่อย จนผู้ตามเสด็จหลายคนต้องฝึกฝนร่างกายเพื่อให้สามารถตามเสด็จได้ เมื่อต้องทรงงานที่ต้องประทับนั่งเป็นเวลานาน เช่น ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรแก่นิสิตนักศึกษา ทรงรักษาพระอิริยาบถที่งามสง่าไว้ได้โดยตลอด เป็นเวลาหลายชั่วโมงโดยไม่ทรงเปลี่ยนพระอิริยาบถเลย ในเวลาทรงดนตรี ก็มักจะเห็นพระองค์ประทับอยู่โดยไม่ทรงลุกขึ้นเปลี่ยนพระอิริยาบถตั้งแต่เริ่มทรงดนตรีตอนค่ำไปจนรุ่งสาง ในขณะที่นักดนตรีคนอื่นๆ มักต้องลงกราบก่อนจะถอยออกไปเข้าห้องน้ำเป็นครั้งคราว

การที่ทรงทำได้เช่นนั้น เพราะทรงบริหารพระวรกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะทรงประทับอยู่ในพระนครหรือต่างจังหวัด และนอกจากบริหารพระวรกายแล้ว ยังทรงฝึกทำสมาธิจนกล้าแข็ง ทำให้อยู่ในพระอิริยาบถที่งามสง่าได้ยาวนาน “... ที่ทรงทำเช่นนั้นได้ก็เพราะพระสมาธิอันแน่วแน่ ... พระทัยจดจ่ออยู่กับพระราชกรณียกิจที่ทรงทำอย่างต่อเนื่อง เพราะฉะนั้นจึงมิได้สนพระทัยกับอาการปวดเมื่อยของพระวรกาย หรือหากทรงสนพระทัยก็คงจะทรงพิจารณาแต่เพียงว่า อาการปวดเมื่อยนั้น ปรากฏอยู่ แล้วก็คงจะปล่อยพระองค์ไปตามสภาพธรรมชาติ จะเรียกว่าทรงอยู่เหนือความปวดเมื่อยนั้นก็คงจะได้” ^(๓๖)



“ลั่นเกล้าเผ่าไทย”

นอกจากเพลง “สดุติมหาราช” ที่ชาลี อินทรวิจิตร และสุรัฐ พุกกะเวส ร่วมกันแต่งเนื้อร้อง เมื่อปี ๒๕๐๙ โดย สมาน กาญจณผลิน สร้างทำนอง เป็นเพลงประกอบในภาพยนตร์เรื่อง ลมหนาว เป็น “เพลงลูกกรุง” ที่คนไทยร้องกันอย่างกว้างขวาง ด้วยความรู้สึกจากใจอย่างแท้จริงแล้ว อีกเพลงหนึ่งที่สะท้อนความรู้สึกของคนไทยที่เป็นชาวบ้านอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ คือ เพลง “ลั่นเกล้าเผ่าไทย” ซึ่งเป็นเพลงลูกทุ่ง แต่งโดย ชลธิ์ ธารทอง ซึ่งได้รับยกย่องเป็นศิลปินแห่งชาติ สาขาศิลปะการแสดง ด้านการประพันธ์เพลงลูกทุ่งจากคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒

ชลธิ์ ธารทอง ชื่อจริงคือ สมนึก ทองมา ผู้ทำดนตรี เรียบเรียงเสียงประสาน คือ ขาญชัย บัวบังศรี ศิลปินแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และ นักร้องที่อัดแผ่นเสียงคนแรก คือ สายัณห์ สัญญา (ชื่อจริง สายัณห์ ดีเสมอ) เพลงนี้แต่งตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๙ เนื้อร้องดังนี้



ล้นเกล้าเผ่าไทย ศูนย์รวมใจคนไทยทั้งชาติ
ขออภิวาท เบื้องบาทองค์ภูมิพล
ยามใดไพร่ฟ้า ชาวประชายากจน
ทรงห่วง กังวล ดังหยาดฝนชลอมพยับหล้า
ถึงว่าป่าดง พฤษย์ไพรพงทรงสู้ต้านดัน
ถึงกายหมองหม่น แดดฝนไม่คือนำพา
ร่วมสุขร่วมทุกข์ ทุกข์หรือสุขมีมา
ทรงแผ่เมตตา ให้ชาวประชาชื่นใจ
มีขวัญดวงใจ ชาวไทยทั้งผอง
ทอแสงเรืองรอง ฝุดฟ่องดังร่มโพธิ์ใหญ่
พระบารมี เป็นที่ลือชานามไกล
ข้าบาท ภูมิใจ ล้นเกล้าเผ่าไทยแห่งวงศ์จักรี
เหนือยิ่ง สิ่งใด เหนือดวงใจชาวไทยรักยิ่ง
เหมือนเป็นขวัญมิ่ง พักพิงยามทุกข์ไทยมี
ชาวไทยแห่หวน ยิ่งกว่าดวงชีวิ
แม้ใครคิดขำยี้ ได้ฝ่าธุลี ขอพลีชีพแทน ^(๓๗)

เพลงสดุดีนี้สะท้อนความรู้สึกจากจิตใจของคนไทยทั่วไปที่มีต่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชได้เป็นอย่างดี ข้อจำกัดของเพลงนี้ ก็คือ สามารถสะท้อนพระปรีชาสามารถ พระมหากรุณาธิคุณและความยิ่งใหญ่ของพระองค์ท่านได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งไม่แปลกอะไร เพราะแม้แต่พระนิพนธ์ “ลิลิตตะเลงพ่าย” ของสมเด็จพระปรมานุชิตชิโนรส กวียิ่งใหญ่แห่งยุคต้นกรุงรัตนโกสินทร์ที่นิพนธ์เป็นบทกวีความยาวมากกว่าเพลงนี้มากมาย ก็สะท้อนพระอัจฉริยภาพ และพระกฤดาภินิหารของสมเด็จพระนเรศวรมหาราชได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

พระปรีชาสามารถ เป็นที่ประจักษ์ระดับนานาชาติ



พระปรีชาสามารถของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเป็นที่ประจักษ์ไม่เฉพาะแก่ประชาชนชาวไทยเท่านั้น แต่เป็นที่ยอมรับในต่างประเทศและในระดับสากล เช่น พระปรีชาสามารถในทางดนตรี เมื่อเสด็จประพาสประเทศต่างๆ ได้แก่ สหรัฐอเมริกาและฟิลิปปินส์ ได้ทรงดนตรีร่วมกับวงดนตรีของประเทศนั้นๆ ตามคำกราบบังคมทูลเชิญ โดยมิได้เตรียมพระองค์มาก่อน ครั้นเสด็จพระราชดำเนินเยือนประเทศออสเตรเลียในปี พ.ศ. ๒๕๐๗ มีการแสดงดนตรีถวาย ณ คอนเสิร์ตฮอลล์ กรุงเวียนนา วงดุริยางค์ซิมโฟนี ออเคสตราแห่งกรุงเวียนนา ได้อัญเชิญเพลงพระราชนิพนธ์ชุด มโนห์รา สายฝน ยามเย็น มาร์ชราชนาวิกโยธิน และ มาร์ชราชวัลลภ ไปบรรเลง เมื่อแต่ละเพลงบรรเลงจบลง ผู้ฟังพากันปรบมือกึกก้องยาวนานไม่หยุด จนพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวต้องทรงยืนขึ้นรับการแสดงความชื่นชมยินดีทุกครั้ง รัฐบาลออสเตรเลียได้กระจายเสียงเพลงและเสนอขานี้ไปทั่วประเทศอีก ๒ วันต่อมา สถาบันการดนตรีและศิลปะการแสดงแห่งกรุงเวียนนา (Die Akademie für Musik und Darstellende Kunst in Wien) ได้ทูลเกล้าฯ ถวายประกาศนียบัตรชั้นสูงอันทรงเกียรติยิ่งแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ถวายพระเกียรติให้ทรงดำรงตำแหน่งสมาชิกกิตติมศักดิ์ หมายเลข ๒๓ และได้จารึกพระปรมาภิไธยบนแผ่นหินอ่อนของอาคารสถาบันเก่าแก่ของยุโรปแห่งนี้เพื่อแสดงว่ามีพระอัจฉริยภาพทางดนตรีเป็นอย่างยิ่ง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเป็นชาวเอเชียบุคคลแรกที่เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของสถาบันดนตรีที่มีชื่อเสียงที่สุดแห่งหนึ่งในโลก โดยขณะนั้นมีพระชนมพรรษาเพียง ๓๗ พรรษาเท่านั้น ^(๓๗)

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงมีพระอัจฉริยภาพในทางวาทยศิลป์อย่างยิ่ง จะเห็นได้จากพระราชดำรัสและพระบรมราโชวาทจำนวนมากที่แสดงแก่บุคคลต่างๆ ในวาระโอกาสต่างๆ ตั้งแต่เสด็จขึ้นครองราชสมบัติ พระราชดำรัสของพระองค์มิได้เป็นที่จับใจของประชาชนชาวไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นທີ່ซาบซึ้งใจแก่ชาวต่างประเทศด้วย ดังเมื่อครั้งเสด็จพระราชดำเนินเยือนประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๓ พระองค์พระราชทานพระราชดำรัสแก่สมาชิกรัฐสภาอเมริกัน ในระหว่างที่มีพระราชดำรัส สมาชิกสภาและประชาชนชาวอเมริกันที่เข้าไปฟังได้ปรบมือ หัวเราะ และโห่ร้องแสดงความพอใจ

ถึง ๑๗ ครั้ง ซึ่งรัฐสภาอเมริกันกล่าวว่าเป็นสถิติที่ทำได้ยาก และไม่เคยมีมานานแล้ว และเมื่อจบพระราชดำรัสแล้ว ผู้ฟังได้ลุกขึ้นยืนปรบมือให้ร้องแสดงความชื่นชม (Standing ovation) อยู่เป็นเวลานานกว่าหนึ่งนาที อันเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ปรากฏบ่อยนักในรัฐสภา และเมื่อเสด็จเยือนสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ใน พ.ศ. ๒๕๑๐ พระองค์เจ้าหญิงวิภาวดี รังสิต ผู้ตามเสด็จ (พระยศขณะนั้นคือหม่อมเจ้าหญิงวิภาวดี รังสิต) ทรงเล่าว่าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระราชดำรัสถึง ๒๗ ครั้ง เป็น ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาฝรั่งเศส บางครั้งรับสั่งสดๆ เพราะไม่มีในหมายกำหนดการ^(๓๙)

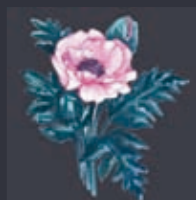
ผลงานของพระองค์ท่าน ทำให้ทรงได้รับการถวายพระเกียรติ และรางวัลระดับนานาชาติมากมาย อาทิเช่น สถาบันวิศวกรโยธาแห่งสหราชอาณาจักรได้ทูลเกล้าฯ ถวายสมาชิกภาพวุฒิวิศวกรกิตติมศักดิ์แด่พระองค์ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๓ โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติถวายเหรียญทองเกียรติยศด้านสิ่งแวดล้อม ใน พ.ศ. ๒๕๓๕ องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญกริกอลา (Agricola Medal) ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ นายโคฟี อันนัน เลขาธิการสหประชาชาติ ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัล United Nations' First Human Development Lifetime Achievement Award เพื่อสดุดีการที่พระองค์ได้ทรงสร้างคุณูปการต่อการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของชาวไทยตลอดช่วงการครองราชย์เป็นเวลา ๖๐ ปี และนิตยสาร Time ได้ยกย่องให้พระองค์เป็นหนึ่งในวีรบุรุษแห่งเอเชียในรอบ ๖๐ ปี ในโอกาสที่นิตยสารไทม์ฉบับเอเชียมีอายุ ๖๐ ปี เป็นต้น^(๔๐)

ในด้านสาธารณสุข ทรงได้รับการถวายรางวัลทรงเกียรติในระดับสากลหลายรางวัล ได้แก่ องค์การอนามัยโลกได้ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๕ คณะกรรมการระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสดุดีพระเกียรติคุณที่ทรงพระราชทานแนวคิด และทิศทางในการเผยแพร่เกลือเสริมไอโอดีน และสถาบันแพรงคลินและเอลิเนอร์ รูสเวลท์ ได้ทูลเกล้าฯ ถวายรางวัล Franklin Delano Roosevelt International Disability Award เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๔ ในฐานะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สำคัญตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยคนพิการ^(๔๑)

พระปรีชาสามารถอันเป็นที่ยอมรับในนานอารยประเทศ นับได้ว่า ทรงบรรลุตามบทพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ปฐมกษัตริย์แห่งราชจักรีวงศ์ ที่ว่า

พระบารมีเป็นที่เฉลิมภพ
เลิศลบบกษัตริามหาศาล
เป็นที่จรโลงโลกาสุทธาร
ทุกสถานน้อมเกล้าประนมกร^(๔๒)

พระบารมีเป็นที่เฉลิมภพ
เลิศลบกษัตริามหาศาล
เป็นที่จรรโลงโลกาสุทธาธาร
ทุกสถานน้อมเกล้าประนมกร



บทวิเคราะห์



แม้พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช จะมีพระราชกำหนดเป็นโอรสของเจ้าฟ้า แต่ก็ทรงมีข้อจำกัดมากมาย ต้องประสบกับวิกฤตในชีวิตหลายครั้ง เริ่มจากทรงกำพริ้วพระราชบิดาตั้งแต่พระชนมายุได้เพียง ๑ พรรษา ๙ เดือน ๑๙ วัน เท่านั้น เหตุการณ์บ้านเมืองก็มีความขัดแย้งรุนแรงยาวนาน ตั้งแต่เกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อวันที่ ๒๔ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๗๕ จากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มาเป็นระบอบประชาธิปไตย ซึ่งกระทบโดยตรงต่อสถานะของพระบรมวงศานุวงศ์อย่างกว้างขวาง ความขัดแย้งรุนแรง ถึงขั้นพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงสละราชสมบัติ เมื่อวันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๗๗

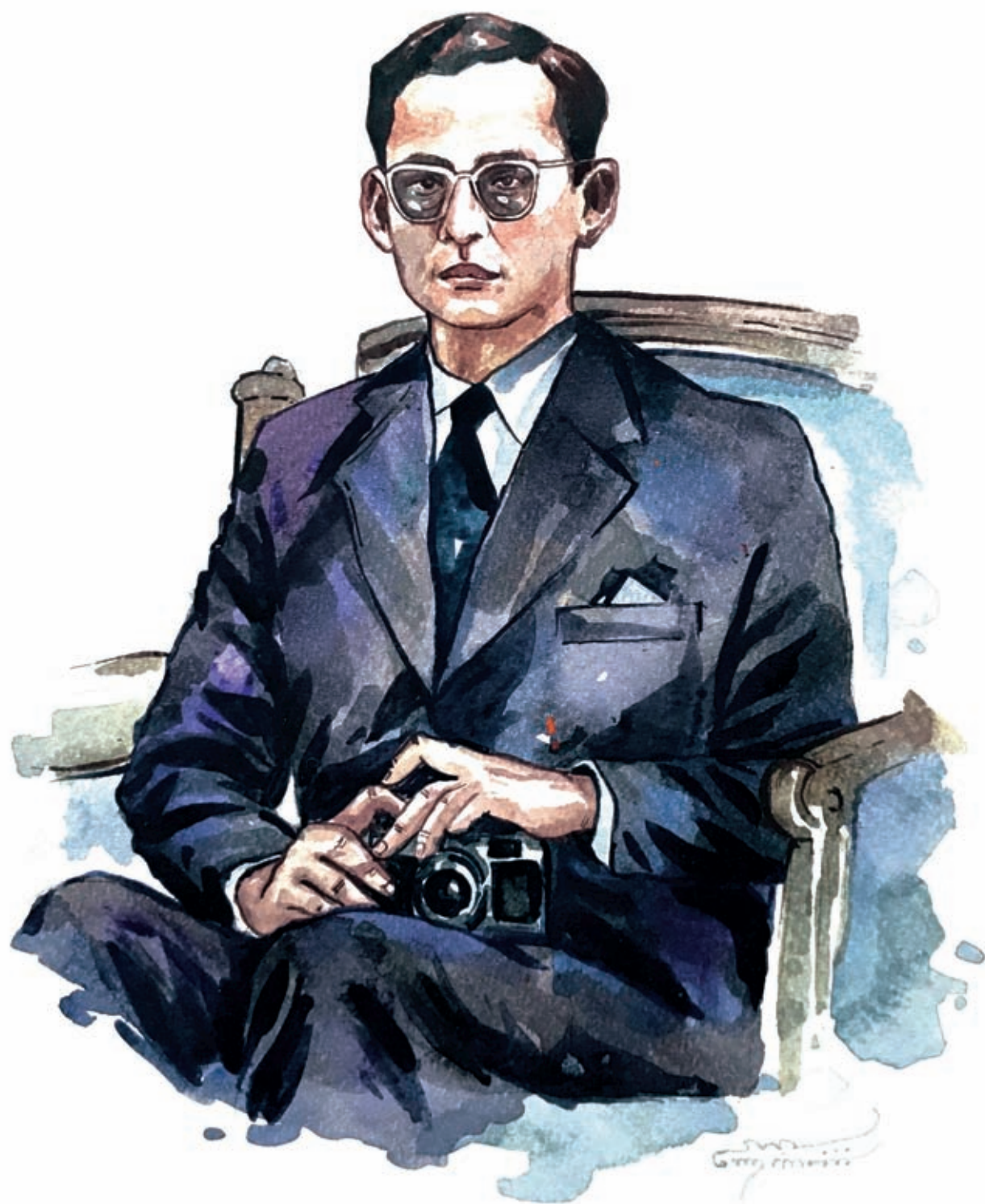
เมื่อรัฐบาล และรัฐสภามีมติอัญเชิญ “พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าอานันทมหิดล” ซึ่งมีพระชนมายุเพียง ๘ พรรษา ๕ เดือน ๑๑ วัน ขึ้นเป็นพระมหากษัตริย์ ย่อมกระทบต่อชีวิตวัยเยาว์ของพระองค์ท่านอย่างมาก

วิกฤตครั้งร้ายแรงที่สุด ก็คือการสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล เมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๘๙ ทำให้พระองค์ท่านต้องรับพระราชภาระเป็นพระมหากษัตริย์ ขณะที่พระชนมายุเพียง ๑๘ พรรษา ๖ เดือน ๔ วัน

ต่อมายังทรงประสบอุบัติเหตุร้ายแรงทางรถยนต์ จนสูญเสียพระเนตรข้างขวาอย่างถาวร เมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๙๑ จากระถางที่ทรงขับชนท้ายรถบรรทุกอย่างแรง ระหว่างเดินทางจากที่ประทับที่โลซานน์ไปฟังดนตรีแจ๊สในกรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์

ท่ามกลางวิกฤตในชีวิตและความขัดแย้งรุนแรงทางการเมือง น่าสนใจว่าเหตุใดทรงสามารถปฏิบัติพระราชภารกิจจนประสบความสำเร็จได้อย่างยิ่งใหญ่ สามารถครองใจประชาชนชาวไทยได้อย่างกว้างขวาง ยืนยาว และเมื่อเสด็จสวรรคต องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมเพื่อถวายความอาลัยให้เป็นกรณีพิเศษ

เหตุปัจจัยแห่งความสำเร็จของพระองค์ท่าน พอสรุปได้ ดังนี้





ประการแรก

ทรงมีพระราชชนนีที่ประเสริฐยิ่ง

เมื่อพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงสละราชสมบัติและรัฐบาลกับรัฐสภาได้ตัดสินใจอัญเชิญพระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าอานันทมหิดลขึ้นครองราชย์นั้น สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงตัดสินพระทัยที่จะให้องค์ยุวกษัตริย์ได้ดำรงชีวิตอย่างสามัญชนต่อไป ดังปรากฏในลายพระหัตถ์ที่ทรงกราบบังคมทูลสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า เรื่องการขึ้นครองราชย์ของพระโอรส ดังนี้

วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 77

กราบทูลใต้ฝ่าพระบาททรงทราบ

ใต้ฝ่าพระบาทคงจะทรงกลุ่มพระทัยมาก ถึงเรื่องนั้นก็ต้องรับเป็นพระเจ้าแผ่นดินต่อไป. หม่อมฉันเองก็ไม่ชอบเลย แต่เมื่อหนีไม่พ้น ก็ต้องพยายามปฏิบัติไปตามเรื่อง

เจ้าพระยาศรีธรรมมาธิเบศก็ได้มาหาแล้ว ตั้งแต่วันที่ 17 และเวลานี้ก็ยังอยู่โลซาน และได้พูดกันถึงเรื่องการอยู่ต่อไป หม่อมฉันได้บอกว่าจะขออยู่อย่าง อินคอกนิโต ให้ได้โอกาสเป็นเด็กธรรมดามากที่สุดที่จะทำได้ เจ้าพระยาก็ออกความเห็น ว่า ในเรื่องนี้รัฐบาลเขาคงไม่ขัดข้อง. แต่บ้านที่อยู่ควรจะให้ดีกว่านี้ ให้เป็นบ้านมีส่วนของเราเอง จะได้ไม่น่าเกลียดนัก และสำหรับคนที่มาอยู่ด้วย รัฐบาลก็ได้สั่งให้หลวงสิริราชไมตรีมา ซึ่งหม่อมฉันเห็นว่า ของเหล่านี้ก็ควรจะทำ. และหม่อมฉันได้พูดต่อไปว่า ถ้าจะมานั่งคับให้อยู่หรรษากันอย่างคั่งเต็มที ซึ่งจะไม่ดีเลยสำหรับเด็ก จะทำให้ลำบาก และเด็กไม่เป็นสุข แล้วเห็นจะต้องเป็นคิงไม่ได้ เพราะจะอยู่อย่างไม่หรรษา แต่อยู่อย่างเรียบร้อย ก็ไม่ได้ทำให้เสียชื่อเสียง น่าเกลียดอะไร. เจ้าพระยาศรีฯ ก็เห็นด้วย.

หม่อมฉันทูลขอให้ฝ่าพระบาทอย่าให้ทรงเป็นทุกข์นักเลย. เวลาหม่อมฉันกลุ่มใจมาก ๆ เข้า ก็มาคิดเสียว่า การที่นั้นที่รับเป็นคิงเสียก็ได้ช่วยบ้านเมืองของเรา โดยทางอ้อม ถ้าเขาจะตั้งคนอื่นก็อาจยุ่งขึ้นได้. ก็ทำให้สบายใจขึ้นหน่อย.

ลูกๆ และหม่อมฉันก็กราบใต้ฝ่าพระบาท ด้วยความระฤกถึง

สังวาลย์

ฉลادเป็นอัศจรรย
ใจเย็น พุดโต้ตอบงดงาม
อย่างน่าพิศวงกับ
เจ้าพระยาศรีธรรมมาธิเบศ
บุญของฉันมาได้ลูกสะใภ้เช่นนี้
บุญของหลานที่มีแม่ที่เลิศ...



สมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ทรงชมสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ว่า “ฉลาดเป็นอัศจรรย์ ใจเย็น พูดได้ตบตงตามอย่างน่าพิศวงกับเจ้าพระยาศรัทธาธรรมาธิบดี บุญของฉันมาได้ลูกสะใภ้เช่นนี้ บุญของท่านที่มีแม่ที่เลิศ...” (๔๓)

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงมาจากสามัญชน ย่อมเข้าใจชีวิตของสามัญชนดี ดังกรณีเมื่อสมเด็จพระบรมราชชนก เสด็จสวรรคต เมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๒ นั้น ยังเป็นสมัย สมบูรณาญาสิทธิราชย์ สมเด็จพระบรมราชชนกได้กราบบังคมทูลสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้าไว้ตั้งแต่ก่อนสวรรคตว่า เมื่อเสด็จสวรรคตแล้ว ให้แบ่งพระอัฐิประดิษฐานไว้ ณ วัดปทุมวนาราม ด้วยทรงหวังว่า สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (ขณะนั้นทรงเป็นหม่อมสังวาล มหิดล ณ อยุธยา) ในฐานะสามัญชนจะไม่มีโอกาสไปสักการะพระอัฐิในพระบรมมหาราชวังได้ (๔๔)

การที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ยืนยันให้พระโอรสในฐานะยุวกษัตริย์มีชีวิตอย่างเรียบง่าย ให้มีโอกาสเติบโตเยี่ยงเด็กทั่วไป ย่อมมีผลสำคัญต่อการที่ทรงเป็นพระมหากษัตริย์ในเวลาต่อมา

การที่ทรงใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย เป็นโอกาสให้ทรงได้ครุติ คือครูเกลี้ยง เซไรดารีส ซึ่งมาทำหน้าที่เสมือนครูประจำบ้าน หรือครูพี่เลี้ยง พา “นักเรียน” ยุวกษัตริย์เสด็จไปทรงจักรยาน บ้าง กรรเชียงเรือบ้าง ว่ายน้ำบ้าง ต่อรถไฟของเล่นบ้าง ฯลฯ ครูเกลี้ยงมีความรู้ด้านวิทยาศาสตร์หลายเรื่อง จึงถวายเป็นการสอนให้ทั้งสองพระองค์ทรงต่อโมเดลเรือและเครื่องบิน หัดทำเครื่องจักรเครื่องยนต์แบบต่างๆ รวมทั้งหัดทำวิทยุด้วย ครูเกลี้ยงเป็นช่างไม้ชั้นหนึ่ง จึงถ่ายทอดความรู้และความชอบให้แก่ลูกศิษย์ด้วย ประชาชนชาวไทยจึงได้เห็นพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงต่อเรือใบด้วยพระองค์เองเพื่อทรงลงแข่งขันในเวลาต่อมา

ต่อมายังทรงเรียนดนตรี จนเล่นเครื่องดนตรีได้หลายชนิด สามารถทรงร่วมวงดนตรีในการแสดงคอนเสิร์ตประจำปีของโรงเรียน แม้จะทรงเรียนแซกโซโฟนมาได้เพียงเก้าเดือนเท่านั้น และต่อมาทรงพัฒนาถึงขั้นพระราชนิพนธ์เพลงชั้นเลิศให้แก่ปวงชนชาวไทยถึง ๔๗ เพลง (๔๕) (๔๖)

๒

ประการที่สอง

การที่ทรงมีพระบรมราชชนกที่ประเสริฐยิ่ง

นอกจากทรงพระราชทานพระทรัพย์ส่วนพระองค์สร้างสถานพยาบาล และเป็นทุนการศึกษาแก่นักเรียนจำนวนมาก ตลอดจนมีส่วนสำคัญยิ่งในการพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ให้เจริญทัดเทียมนานาชาติแล้ว สมเด็จพระบรมราชชนกทรงเป็นแบบอย่างของการใช้ชีวิตแบบพอเพียง จนมีเรื่องเล่าขานมากมาย เช่น “เล่ากันว่านักเรียนไทยคนหนึ่งซึ่งกำลังจะเข้าเรียนมหาวิทยาลัย และได้ไปพักอยู่กับพระองค์ชั่วคราวได้ถอดรองเท้าทิ้งไว้หน้าห้องเพื่อไม่ให้หมาดเล็กน้อย แต่ปรากฏว่าสมเด็จพระเจ้าฟ้า มีได้ทรงมีมหาดเล็กมารับใช้อย่างที่ชายหนุ่มผู้นั้นคาด เนื่องจากทรงต้องการที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายแล้วนำเงินไปช่วยเหลือคนที่ลำบากมากกว่า ชายหนุ่มผู้นั้นไม่รู้เรื่องการไม่มีมหาดเล็กเอาในเช้าวันรุ่งขึ้น แล้วก็ตกตะลึงไปเลยทีเดียวเมื่อตระหนักว่า ผู้ที่ซัดรองเท้าให้เขาในคืนนั้นคือสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช เจ้าของบ้านนั่นเอง”^(๔๗) นักเรียนทุนของพระองค์ท่านคนหนึ่งทรงไปเยี่ยมที่หอพัก ก็พบว่าทรงซุนถุงเท้าที่ขาดให้เพื่อมิให้นำไปทิ้งแล้วซื้อใหม่

ในการพานักเรียนทุนเสด็จพระราชดำเนินไปในที่ต่างๆ ในกรุงลอนดอน จะทรงพระดำเนินด้วยพระบาท เมื่อหลายคนพากันเมื่อยล้า พระองค์ก็ยอมให้ใช้รถ แต่แทนที่จะเป็นรถแท็กซี่ก็ทรงใช้บริการรถใต้ดินแทน

การประหยัดมัธยัสถ์เช่นนี้ ก็เพราะทรงตระหนักว่าพระราชทรัพย์เหล่านั้นล้วนเป็นของมีค่า เพราะได้มาจากตามีตามาที่อาบเหงื่อต่างน้ำหามาให้ จึงทรงประหยัดเพื่อนำเงินนั้นกลับไปเป็นประโยชน์แก่ราษฎรให้มากที่สุด^(๔๘)

พระราชจริยวัตรเหล่านี้ แม้มิได้ประจักษ์แก่ยุวกษัตริย์ทั้งสองพระองค์ด้วยพระองค์เอง เพราะสมเด็จพระบรมราชชนก ทรงจากไปตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์ แต่ก็ย่อมทรงทราบ และซึมซับมาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ดังปรากฏเรื่องเล่า โดยท่านผู้หญิงพัว อนุรักษรัชมณเฑียรว่า เมื่อครั้งเป็นพระอนุชาและเสด็จพระราชดำเนินกลับประเทศไทยเป็นครั้งแรกพร้อมกับพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมีพระชนมพรรษาเพียง ๑๒ พรรษา “ทรงซื้อรถไฟฟ้าวหรือใครถวาย ดิฉันจำไม่ได้ แต่เป็นที่โปรดปรานมาก ทรงขับต่างๆ ไปในบริเวณสวนจิตร เวลามีคนมาเฝ้าสมเด็จพระราชชนนี ถ้าทรงรู้จักและคุ้นเคย จะทรงเรียกให้ขึ้นรถด้วย และทรงเก็บสตางค์เป็นราคา ๕ สตางค์ จากประตูชั้นใน แล้วนำมาส่งถึงตัวพระตำหนัก มีผู้ขึ้นนั่งแล้วไม่มีเศษสตางค์จะถวายให้จึงถวายไปเป็น ๑๐ สตางค์แล้วไม่ยอมรับทอน ทั้งทูลว่าสตางค์ทอนนั้นถวายเป็นรางวัล ท่านรีบหยิบเงินทอนประทานแล้วอบรมผู้นั้นต่อไปว่า ๕ สตางค์นี้ตั้งตัวได้ ผู้ถูกอบรมทูลถามว่า ตั้งตัวได้อย่างไร ท่านทรงสอนว่าให้ไปซื้อพันธุ์ถั่วมาปลูกขาย แล้วจะมั่งมีเอง”^(๔๙)

๓

ประการที่สาม

ทรงมีพระราชินีที่ประเสริฐยิ่ง

สมดังเนื้อร้องในเพลงสดุดีมหาราชา ที่ว่า “ขอเดชะองค์สมเด็จพระราชินี
คู่บุญ บารมี จักรีเกริกฟ้า...” เพราะทรงเสด็จพระราชดำเนินตามพระราช
สวามีไปทุกหนทุกแห่ง แม้หนทางจะทุรกันดารยากลำบากเพียงใด และ
ทรงริเริ่มงานในส่วนพระองค์เอง เพื่อช่วยเหลือราษฎร เสริมงานของ
พระสวามีได้อย่างยิ่งใหญ่งดงาม เช่น งานของมูลนิธิศิลปาชีพพิเศษที่มีชื่อ
เสียงไปทั่วโลก

การเสด็จพระราชดำเนินไปในท้องที่อันทุรกันดารนั้น ผู้ที่ไม่เคยตามเสด็จ
อาจไม่ทราบถึงความยากลำบากแสนสาหัส ดังพระราชนิพนธ์ “เดินตาม
รอยเท้าพ่อ” ที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามมกุฎราชกุมารี ได้ตาม
เสด็จพระราชบิดาไปยังพื้นที่ห่างไกลหลายต่อหลายแห่ง ทรงพระราช
นิพนธ์ไว้ว่า

“ฉันเดินตามรอยเท้าอันรวดเร็วของพ่อโดยไม่หยุด
ผ่านเข้าไปในป่าใหญ่ นากลับ ทึบ
แผ่เข้าไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด มีดและขว้าง
มีต้นไม้ใหญ่ใหญ่เหมือนหอคอยที่เข้มแข็ง
พ่อจ๋า... ลูกหิวจะตายอยู่แล้ว และเหนื่อยด้วย
ดูซิจ๊ะ... เลือดไหลออกมาจากเท้าทั้งสองที่บาดเจ็บของลูก
ลูกกลัวงู เสือ และหมาป่า
พ่อจ๋า... เราจะถึงจุดหมายปลายทางไหม?
ลูกเอ๋ย... ในโลกนี้ไม่มีที่ไหนดอกที่มีความรื่นรมย์
และความสบายสำหรับเจ้า
ทางของเรามีได้ไปด้วยดอกไม้สวยสวย
จงไปเถิด แม้ว่ามันจะเป็นสิ่งที่บีบคั้นหัวใจเจ้า
พ่อเห็นแล้วว่า หนามตำเนื้ออ่อนอ่อนของเจ้า
เลือดของเจ้าเปรียบดั่งกับทิมบนใบหญ้าใกล้น้ำ
น้ำตาของเจ้าที่ไหลต้องพุ่มไม้สีเขียว
เปรียบดั่งเพชรบนมรกตที่แสดงความงามเต็มที่
เพื่อนมนุษย์ชาติ จงอย่าละความกล้า
เมื่อเผชิญกับความทุกข์ให้อดทนและสุขุม
และจงมีความสุขที่ได้ยึดอุดมการณ์ที่มีค่า
ไปเถิด... ถ้าเจ้าต้องการเดินตามรอยเท้าพ่อ”^(๕๐)





ประการที่สี่

แบบอย่างแห่งบูรพมหากษัตริย์

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว การศึกษาสงเคราะห์ชาวสยามเริ่มส่งผลกระทบแล้ว เพราะในที่สุดพม่าต้องตกเป็นอาณานิคมของอังกฤษ ภัยคุกคามจากภายนอกจึงเปลี่ยนเป็นลัทธิล่าอาณานิคม ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงเป็นช่วงที่ประเทศต้องเผชิญกับภัยคุกคามใหม่ โชคดีของประเทศไทยที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีเวลาเตรียมพระองค์อย่างยาวนานถึง ๒๗ ปี ในช่วงที่อยู่ในสมณเพศ ก่อนจะได้รับการอัญเชิญขึ้นครองราชย์ และทรงริเริ่มแบบธรรมเนียมใหม่ คือการประกาศพระราชปณิธานว่า “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขของมหาชนชาวสยาม” และทรงสามารถบรรลุ พระราชปณิธานนั้นได้เป็นอย่างดี พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว แม้ขึ้นครองราชย์เมื่อพระชนมายุเพียง ๑๕ พรรษา ๑๐ วัน แต่ทรงพระปรีชาสามารถยิ่ง สามารถรักษาเอกราชของชาติและพัฒนาประเทศจนเจริญก้าวหน้าในแทบทุกด้าน และทรงเป็นที่รักยิ่งของราษฎร จนได้รับพระราชสมัญญานามว่า พระปิยมหาราช

เมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชทรงทำพิธีบรมราชาภิเษก ก็ได้ประกาศ พระปฐมบรมราชโองการด้วยประโยคเดียวกับของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระปัยกาธิราชของพระองค์ท่านว่า “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม”

ต่อมาเมื่อเสด็จนิวัติประเทศไทยเป็นการถาวร และทรงทำหน้าที่พระประมุขของประเทศโดยสมบูรณ์ ก็ทรงทำหน้าที่อย่างยอดเยี่ยม ทรงครองแผ่นดินโดยธรรมโดยแท้ ทั้งโดยทศพิธราชธรรมและธรรมะข้ออื่นๆ ทรงมีส่วนสำคัญนำพาประเทศฝ่าวิกฤตหลายครั้ง ด้วยพระปรีชาสามารถ ทั้งสถานการณ์ของโลกที่อยู่ในยุคสงครามเย็น และความขัดแย้งภายใน ทรงวางพระองค์เป็นกลาง เป็นศูนย์รวมจิตใจของชนทั้งชาติอย่างแท้จริง ทรงดูแลราษฎรทั้งในพระนคร และต่างจังหวัด ทั้งใกล้และไกล ทั้งบนภูเขาสูงและที่ราบ ทั้งในป่าในดง ในเมืองและนอกเมือง เมื่อเสด็จพระราชดำเนินไปต่างแดน ก็มีพระจริยวัตร และพระปฏิภาณอันเยี่ยมยอด เป็นที่ยกย่องของทุกชาติที่ทรงเสด็จไปเยือน ผลคือ ประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยามได้บังเกิดขึ้นอย่างแท้จริง

โดยเฉพาะในส่วนของงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข จะพบว่างานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำรินี้ในระยะแรก ส่วนใหญ่จะเน้นงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้น่าจะเพราะพระองค์ท่านมาจากครอบครัวสาธารณสุข การที่ทรงห่วงใยเรื่องการระบาดของวัณโรค ในแง่หนึ่งก็เป็นการสืบสานราชประเพณี จากสมเด็จพระเจ้าบรมราชาชนก และสมเด็จพระบรมเชษฐาธิราช โดยใน พ.ศ. ๒๔๖๓ สมเด็จพระบรมราชาชนกได้ทรงพระนิพนธ์เอกสารเรื่องการป้องกันวัณโรค^(๕๑)

นอกจากนี้ การที่ทรงให้ความสำคัญกับการพัฒนาสาธารณสุข เพราะทรงเล็งเห็นว่า ในการพัฒนาประเทศให้สามารถพึ่งพาตนเองได้นั้น ประชาชนต้องมีสุขภาพดี ถ้าประชาชนไม่อาจเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ คนแต่ละรุ่นก็จะติดอยู่ในวงจรของสุขภาพที่เลวร้ายและความยากจน ซึ่งเป็นสิ่งที่คอยฉุดรั้งความพยายามในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้า^(๕๒)

ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล เลขาธิการมูลนิธิชัยพัฒนา เชื่อว่าเหตุที่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำรินี้เป็นจำนวนมากในช่วงต้นๆ มุ่งเน้นเรื่องสาธารณสุขนั้นเป็นเพราะโครงการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องอาศัยการทรงงานภาคสนามเอง เนื่องจากการเสด็จพระราชดำเนินไปทั่วประเทศในทศวรรษ ๑๙๕๐ (พ.ศ. ๒๔๙๓-๒๕๐๒) ยังคงเป็นไปได้อย่างจำกัด อีกทั้งการศึกษาวิจัยยังต้องใช้เวลานาน โดยไม่อาจยืนยันได้ว่าจะเกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก โครงการด้านสุขภาพต่างๆ ที่ถือกำเนิดขึ้นมาในยุคนั้นจึงอาศัยวิธีการรักษา และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้วว่าได้ผลจริง แม้จะเป็นเรื่องใหม่ในประเทศไทยก็ตาม และแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ในสายงานการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสร้างระบบสาธารณสุข รวมถึงการขยายบริการทางการแพทย์ให้เข้าถึงประชาชน แต่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำรินี้ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช และปัจจัยต่างๆ ที่พระราชทานให้ก็ช่วยแก้ปัญหาช่องว่างในระบบ ส่งเสริมการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และช่วยสร้างแรงสนับสนุนจากภาคประชาชน^(๕๓)



ประการที่ห้า

ความรักความผูกพันของประชากร ที่มีต่อพระองค์ท่าน

พระราชนิพนธ์บันทึกประจำวันของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ที่ทรงได้ยินเสียงประชาชนร้องขึ้นว่า “อย่าละทิ้งประชาชน” และทรงอยากร้องบอกเขาไปว่า “ถ้าประชาชนไม่ ‘ทิ้ง’ ข้าพเจ้าแล้ว ข้าพเจ้าจะ ‘ละทิ้ง’ อย่างไรได้” ย่อมแสดงถึงความรักความผูกพันอันแน่นแฟ้นระหว่าง “ในหลวง” กับ “ประชาชนชาวไทย” สิ่งเหล่านี้มีประจักษ์พยานมากมายตั้งแต่ก่อนหน้าพระราชนิพนธ์บันทึกนั้น และตลอดรัชกาล

พล.ร.อ.ม.จ. กาฬวรรณดิศ ดิศกุล ร.น. อดีตสมุหราชองครักษ์ ได้เคยประทานสัมภาษณ์ เล่าว่า

“ตอนที่พระบรมโกศของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๘ ยังประดิษฐานอยู่ที่พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาท และพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลนี้เสด็จฯ ไปถวายบังคมพระบรมศพเป็นประจำทุกวัน

วันหนึ่งมีประชาชนมาถวายบังคมพระบรมศพกันแน่นลานพระที่นั่งดุสิตมหาปราสาทไปหมดพอดีกับตอนที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จฯ ไปถวายบังคมพระบรมศพ เมื่อท่านทอดพระเนตรเห็นประชาชนพากันมามากมายเช่นนั้น ก็รับสั่งว่าจะเสด็จฯ ลงไปที่ลานพระที่นั่งดุสิตมหาปราสาทเพื่อให้ประชาชนเข้าเฝ้า โดยใกล้ชิด

ผมรู้สึกตกใจ เพราะในหมู่ประชาชนที่มาเฝ้านั้นอาจมีบางพวกที่เป็นฝ่ายตรงข้ามซึ่งอาจเป็นอันตรายก็ได้ ผมกราบบังคมทูลท่านว่าไม่ควรเสด็จลง ควรประทับให้ประชาชนเฝ้าแค่ชั้นบน แต่ท่านก็ไม่ทรงยอมและเสด็จลงไปจนได้ เพราะท่านทรงถือว่าประชาชนเป็นของท่าน และความใกล้ชิดกับประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ

เมื่อท่านเสด็จลงไป พวกเราชาวองค์กรฯที่เข้าเฝ้าในวันนั้น ซึ่งมีเพียง ๔ คน ก็พยายามจับมือกันร่ายล้อมพระองค์ท่านไว้ทุกด้าน แต่ก็ทนแรงประชาชนไม่ไหว ซึ่งทุกคนพยายามมาเข้าเฝ้าใกล้ชิดพระองค์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำเอาพวกเราชาวองค์กรฯถูกกระแทกเกือบล้มลุกคลุกคลานกันไปตามๆ กัน แต่พระองค์ท่านก็ไม่ทรงวิตกกังวลใดๆ ทั้งสิ้น และประทับให้ประชาชนเฝ้าอยู่เป็นเวลานาน” (๕๔)

ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ อดีตประธานองคมนตรี อดีตประธานศาลฎีกา และอดีตนายกรัฐมนตรี ก็เคยให้สัมภาษณ์ว่า

“พระองค์ท่านทรงเป็นห่วงเรื่องอยู่ดีกินดีหรือการทำมาหากินกับการครองชีพของประชาชนมากที่สุด ตัวอย่างเช่นเสด็จไปบางปะอินเมื่อเร็วๆ นี้ แล้วก็เสด็จออกไปเยี่ยมราษฎร ไปดูการทำมาหากินที่อำเภอต่างๆ ในจังหวัดอยุธยา เมื่อเสด็จกลับมายังมีพระราชกระแสปรารภว่าเกิดปัญหาขึ้นว่า ข้าวภาคกลางทำได้มากจริง แต่ทำไมมันลืบ เห็นจะเป็นเพราะน้ำท่วมใหญ่คราวที่แล้ว อาจจะล้างปุ๋ยดินไปจากนาไร่ จึงทรงคิดว่าจะแก้ไขได้อย่างไร

ต่อมา ๒-๓ วันท่านเสด็จไปชัยนาท ทรงนำนายช่างของกรมชลประทานไปด้วย เพื่อจะดูว่าทำไมถึงจะเอาปุ๋ยที่ตกตะกอนอยู่ในแม่น้ำขึ้นมาสู้ท้องนาได้ อย่างนี้เป็นต้น พระองค์ทรงคิดครุ่นอยู่ในเรื่องความอยู่ดีกินดีของประชาชน ความปลอดภัย ความยุติธรรม ความเรียบร้อยของกลุ่มชนทั้งหลายทั้งปวง โดยเฉพาะก็ชาวนาชาวไร่และประชาชนในท้องถิ่นกันดาร

ผมคิดว่าประชาชนอยู่ในหัวใจของพระเจ้าอยู่หัว พระองค์ทรงคิดถึงทุกๆ คน คิดถึงปัญหาอะไรก็มุ่งเข้าสู่จุดที่จะให้ประชาชนอยู่ดีกินดี นี่ก็จะเสด็จฯ เยี่ยมใหม่อีกแล้ว อย่างนี้กว่าจะทรงไปพักผ่อน ท่านไปที่ไหนต้องออกไปเยี่ยมประชาชน ดูไร่นาและการปลูกพืชพันธุ์ธัญญาหาร พระราชทานคำแนะนำการสงเคราะห์แทบทุกวัน ไม่มีเว้น” (๕๕)

เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม
เพื่อประโยชน์สุข
แห่งมหาชนชาวสยาม





ประการที่หก

พระอัจฉริยภาพของพระองค์ท่าน

ศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เคยให้สัมภาษณ์ว่า

“ผมเห็นว่าองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวของเราพระองค์นี้ ทรงเป็นอัจฉริยะทุกด้านโดยสัจจริง ไม่ใช่ขอพระเกียรติ ผมรู้สึก ว่าท่านทรงพระปรีชาสามารถ พูดอย่างคนธรรมดาที่ว่าท่านเป็นคนฉลาดหลักแหลม แก้ปัญหารวดเร็ว และทรงเข้าถึงจุดปัญหาทุกกรณี แม้แต่ที่เป็นปัญหายุ่งยาก และทรงแก้ได้อย่างแนบเนียน อย่างฉับพลัน บางปัญหาเราคิดไม่ถึงว่าจะทรงแก้ปัญหานั้นได้ แนบเนียนอย่างนี้”^(๕๖)

เมื่อเกิดเหตุการณ์ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ บ้านเมืองอยู่ในภาวะจลาจล ทรงออกมาระงับเหตุ ทำให้เหตุการณ์สงบลงอย่างรวดเร็ว เป็นที่อัศจรรย์ และชื่นชมยินดีของคนไทยทั่วประเทศ และเป็นที่อัศจรรย์ใจของคนทั่วโลก ต่อมาเมื่อเกิดกรณีพฤษภาคม ๒๕๓๕ ก็ทรงสามารถ “ห้ามทัพ” ทั้งสองฝ่าย ทำให้เหตุการณ์สงบลงได้อย่างน่าอัศจรรย์ เช่นกัน

หลังจากนั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์อันส่อว่าจะเกิดความรุนแรง ก็มีเสียงเรียกร้องมากมายให้ทรงออกมา ยุติความขัดแย้ง ซึ่งทรงออกมาอย่างถูกต้องเหมาะสม ถูกเวลา และทรงแสดงถึงพระอัจฉริยภาพในการใช้พระปัญญาบารมี เป็นที่ยอมรับของปวงชนชาวไทยได้อย่างยอดเยี่ยมทุกครั้ง

๓

ประการที่เจ็ด

ทรงแวดล้อมด้วยพระกัลยาณมิตร ผู้จงรักภักดียอมพลีแม้ชีวิต

นอกจากสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ผู้ประเสริฐเคียงข้างพระวรกายแล้ว ความเปี่ยมล้นด้วยทศพิธราชธรรม และธรรมทั้งปวงของกษัตริราช ทรงเลือกองคมนตรี ที่ทุ่มเทอุทิศตนถวายงานอย่างเต็มสติปัญญาความสามารถ และความจงรักภักดีอย่างถึงที่สุด ตลอดจนสมุหราชองครักษ์ นายตำรวจราชสำนักประจำ รวมทั้งทหาร ตำรวจ ที่อยู่ในแนวหน้า ล้วนมีความรักและเทิดทูน ยอมพลีแม้ชีวิต ยอมเสี่ยงอันตรายทั้งจากฝ่ายตรงข้าม และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ ดังอุบัติเหตุครั้งร้ายแรง เฮลิคอปเตอร์ในขบวนที่ตามเสด็จสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถขณะเสด็จเยือนเทือกเขาฉะลิม ตกลงกลางป่าลึกแถวบ้านไผ่ป่าเกาะ ตำบลภูเขาทอง อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส เหตุเกิดขึ้นเมื่อวันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๐ ทำให้สูญเสียข้าราชการบริพารใกล้ชิด และนักบินไปถึง ๑๔ ท่าน ได้แก่

- ท่านผู้หญิงสุประภาดา เกษมสันต์
ราชเลขานุการในพระองค์ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
- ท่านผู้หญิงทวิ มณีนุช พระอภีบาลในสมเด็จพระเจ้าลูกเธอ
เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์
- ท่านผู้หญิงวิยะภา กฤตากร นางสนองพระโอษฐ์
- ท่านผู้หญิงทัศนีย์ เศรษฐประณี คุณข้าหลวง
- พลเรือโททินนา พึ่งพระเกียรติ
- นางสาวฉายนาน บุญลือพันธ์
- นางสาวปิยะนาถ นิลอุบล
- พันโท นายแพทย์ภากร ภาวิจิตร
- พันเอก (พิเศษ) อนนท์ ยิ่งพัธนา
- พันเอกยิ่งยศ ศรีเจริญ
- พันเอกอุดม กระจำวงศ์
- นาวาอากาศโทอวยชัย สีนาค นักบิน
- นาวาอากาศตรีสุทิน คงเนียน นักบินผู้ช่วย
- เรืออากาศเอกนิรุช ดอนพนัส ^(๕๗)

บทสรุป



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช แม้จะทรงเป็นพระโอรสของเจ้าฟ้า แต่ก็ มีข้อจำกัดมากมาย ทรงกำพร้าพระราชบิดาตั้งแต่อายุยังไม่ครบ ๒ พรรษา และประสบวิกฤต ในชีวิตอีกหลายครั้ง ท่วมกลางกระแสความขัดแย้งรุนแรงทั้งระดับโลก และภายในประเทศ แต่ด้วยพระบริสุทธิ์คุณ พระปัญญาธิคุณ และพระมหากรุณาธิคุณ เฉกเช่นพระโพธิสัตว์ทำให้ ทรงสามารถทำหน้าที่พระประมุขของประเทศในระบอบประชาธิปไตยที่พระมหากษัตริย์ทรง อยู่ใต้รัฐธรรมนูญได้อย่างดียิ่ง ทรงสามารถดำรงพระองค์อยู่เหนือความขัดแย้ง โดยทรง สามารถบำเพ็ญพระกรณียกิจ นานัปการด้วยการทรงงานหนักตรากตรำพระวรกาย เพื่อ บรรเทาทุกข์และสร้างสุขให้แก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวาง และยั่งยืน ทรงเป็นศูนย์รวม จิตใจ ความรัก ความสามัคคี ของชนในชาติได้อย่างยอดเยี่ยม เพราะทรงครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยามโดยแท้ พระราชกรณียกิจนานัปการที่ทรงบำเพ็ญเพื่อ สุขภาพของคนไทย สร้างความเข้มแข็งทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมให้แก่ประชาชนชาวไทย ให้สามารถเป็นพลังร่วมกันสร้างสรรค์ประเทศชาติให้เจริญวัฒนาสถาพรได้อย่างยั่งยืน สืบไป ทรงสามารถบรรลุพระราชปณิธาน “เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่ง มหาชนชาวสยาม” โดยสมบูรณ์

รัฐบุรุษของโลกโดยมากจะหวังใยว่าประวัติศาสตร์จะจดจำตนเองอย่างไร แต่พระบาทสมเด็จพระ ปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ทรงอยู่เหนือกว่ารัฐบุรุษทั้งปวง ดังพระราชดำรัสเมื่อคราว เสด็จพระชนมพรรษา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๓ ที่พระราชทานแก่ผู้ไปเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท ถวาย ชัยมงคล ณ ศาลาดุสิดาลัย พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน พระราชวังดุสิตว่า

เมื่อหลายปีมาแล้ว ตอนที่ไปสหรัฐอเมริกา
มีทีวี่อเมริกันมาสัมภาษณ์ เขากถามว่า
ในรัชกาลของท่าน ท่านต้องการอะไร จุดหมายต้องการอะไร
อยากให้รัชกาลของท่านจารึกในประวัติศาสตร์อย่างไร
ก็ต้องตอบเขาว่า ความปรารถนาคือว่า
รัชกาลนี้ไม่ขอจารึกในประวัติศาสตร์ ไม่ให้มี
เขาก็แปลกใจ แต่ท่านทั้งหลายคงไม่แปลกใจ
เพราะอธิบายแล้วว่า ถ้ามีความสงบ
มีความเรียบร้อยของประเทศชาติ
จะไม่เป็นประวัติศาสตร์ เราไม่ต้องการประวัติศาสตร์
เวลาไหนที่มีสงคราม มีความยุ่งยาก ตึกกัน
นั่นแหละเป็นประวัติศาสตร์ ฉะนั้น ที่ต้องการก็คือ
ต้องการให้เมืองไทยอยู่ไปอย่างสงบ
ไม่ต้องมีอะไรโหดโheinเท่าไร ไม่ต้องมีชื่อ ไม่ต้องดัง



พระราชดำรัสอย่างนี้ย่อมแสดงอย่างชัดเจนว่า
ทรงเป็นยิ่งกว่ารัฐบุรุษ เพราะทรงเป็นมหาบุรุษโดยแท้

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. ชี้อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2560* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. *สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน*

สุขภาพคนไทย 2560 (หน้า 78-79). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



11



ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย
กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วาระการพัฒนาภายหลัง ปี 2558 (Post-2015 Development Agenda) ซึ่งเป็นปีที่กรอบการดำเนินการและติดตามการพัฒนาในระดับโลกตาม “เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ” หรือ Millennium Development Goals (MDGs) สิ้นสุดลงนั้น มีกระบวนทัศน์ใหม่ที่เป็นหัวใจหลัก คือ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ซึ่งถูกใช้เป็นกรอบคิดสำคัญภายใต้การนำขององค์การสหประชาชาติ ในการประชุมหารือของผู้นำรัฐทั่วโลก ร่วมกับตัวแทนองค์กร และคณะทำงานภาคส่วนต่างๆ จนเป็นที่มาของการกำหนด “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ที่ประกอบไปด้วย 17 เป้าหมายการพัฒนา พร้อมเป้าหมายย่อยและตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2573 ถึง 230 ตัวชี้วัด

เป้าหมายการพัฒนาทั้ง 17 เรื่อง มีความเชื่อมโยงกันในมิติทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงกระบวนการจัดการ และครอบคลุมวาระการพัฒนาในหลากหลายประเด็น ซึ่งเคยเป็นช่องว่างสำคัญในยุคของ MDGs ภายใต้หลักการ 5Ps ได้แก่ ประชาชน (People) โลก (Planet) ความมั่งคั่ง (Prosperity) สันติภาพ (Peace) และความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับภายในประเทศจนถึงระดับโลก เน้นผลลัพธ์การพัฒนาที่มุ่งเป้าในระยะยาวและยั่งยืน กระจายความเท่าเทียมและความเป็นธรรมสู่ประชาชนทุกกลุ่ม



- SDG 1: ขจัดความยากจน
- SDG 2: ขจัดความหิวโหย
- SDG 3: ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะ
- SDG 4: การศึกษาที่เท่าเทียม
- SDG 5: ความเท่าเทียมทางเพศ
- SDG 6: การจัดการน้ำและสุขาภิบาล
- SDG 7: พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้
- SDG 8: การจ้างงานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ
- SDG 9: อุตสาหกรรม นวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน
- SDG 10: ลดความเหลื่อมล้ำ
- SDG 11: เมืองและถิ่นฐานมนุษย์ที่ยั่งยืน
- SDG 12: แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน
- SDG 13: การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- SDG 14: การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล
- SDG 15: การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก
- SDG 16: สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก
- SDG 17: ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

สำหรับประเทศไทย การมีข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันและสามารถใช้ในการติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุความสำเร็จตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนมีความสำคัญ สุขภาพคนไทย 2560 จึงขอนำเสนอ 11 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” ที่มุ่งเน้นนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัด SDG ในประเด็นทางสุขภาพมิติต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ SDG3 “ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย” และอีกจำนวนหนึ่งที่จะกระจายไปเกี่ยวข้องกับ SDG เป้าหมายอื่นด้วยเช่นกัน

ในเรื่องสุขภาพแม่และเด็ก สถานการณ์การตายของมารดา ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีกว่าเป้าหมาย SDG ที่ตั้งไว้ แต่ความท้าทายคือ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพแม่และเด็กที่ยังมีอยู่ระหว่างกลุ่มประชากร การจัดเก็บและความน่าเชื่อถือของข้อมูลการตายจากแต่ละแหล่งข้อมูลที่ยังมีความแตกต่าง ในส่วนของสถานการณ์โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่คาดการณ์ว่าจะลดลงต่อเนื่อง เช่นเดียวกับมาลาเรียที่มีอุบัติการณ์ของโรคในช่วงที่ผ่านมาลดลง ขณะที่วัณโรคยังพบปัญหาในเรื่องการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อหรือ NCDs เป็นปัญหาใหญ่ทางสุขภาพที่สำคัญที่ยังไม่มีแนวโน้มดีขึ้น ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นผลมาจากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อก็คือเป็นมูลค่าที่สูงสำหรับประเทศ เช่นเดียวกับปัญหาการใช้สารในทางที่ผิด รวมทั้ง ยาเสพติดและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีความท้าทายในการทำงานอีกหลายเรื่อง โดยเฉพาะงานเชิงป้องกันและการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการรักษาและการบำบัด การบาดเจ็บและการตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนของคนไทยนับว่าสูงติดอันดับโลก แนวทางในการแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่การปรับปรุงจิตสำนึกและพฤติกรรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน ไปจนถึงการลงทุนพัฒนาระบบการขนส่งทางรางที่ทุกคนเข้าถึงได้เพื่อเป็นทางเลือกการเดินทางที่มีความปลอดภัยมากกว่าให้แก่ประชาชน

สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นอีกวาระการพัฒนาทางสุขภาพที่สำคัญหนึ่งภายใต้ SDG3 สำหรับประเทศไทย จุดมุ่งเน้นอาจต้องไปอยู่ที่กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ในการจัดการกับความท้าทายเรื่องการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของแม่วัยรุ่น ปัญหาแท้ง รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลกระทบทางสุขภาพจากปัญหาการปนเปื้อนและมลพิษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงด้านลบที่มาพร้อมการพัฒนาของประเทศและอีกส่วนมีสาเหตุจากการขาดมาตรการการจัดการและการควบคุมที่เหมาะสม การส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและบริการสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนทุกคนเป็นเรื่องที่จำเป็น

ประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านของความครอบคลุมแล้ว คนไทยทุกคนมีสิทธิและหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพและยาพื้นฐานที่จำเป็นโดยได้รับการคุ้มครองทางการเงินจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างถ้วนหน้า แต่การบรรลุความยั่งยืน เพียงพอ เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพของระบบการจัดการ โดยเฉพาะในเรื่องการคลังสุขภาพยังเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องไปให้ถึง เช่นเดียวกับในเรื่องการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่แม้จะพบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงที่ผ่านมา แต่ก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำและแตกต่างกันอยู่พอสมควรในแต่ละภูมิภาคและพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่เหมาะสม ทั้งในด้านของจำนวนและการกระจายตัว

หมวดตัวชี้วัดสุดท้าย เป็นการนำเสนอภาพรวม SDG ทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าแม้ประเทศไทยจะมีสถานการณ์ในบางด้านที่ดีกว่าหรือบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับโลกแล้ว แต่ในอีกหลายเรื่อง บางตัวชี้วัด รวมถึงตัวที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ SDG3 เช่น ผลกระทบทางสุขภาพจากภัยพิบัติ แหล่งน้ำดื่มที่ไม่สะอาด และความรุนแรงระหว่างบุคคล ก็ยังมีปัญหาและอยู่ไกลจากเป้าหมายที่ต้องบรรลุ ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน และคนไทยทุกคนที่ต้องตระหนักและพัฒนาไปด้วยกัน



เป้าหมายที่ 3 (SDG 3): ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย

เป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุในปี 2573	ตัวชี้วัด
3.1 ลดอัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกให้เหลือต่ำกว่า 70 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	3.1.1 อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน) 3.1.2 สัดส่วนของการเกิดที่ทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ
3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดอย่างน้อยไม่ให้สูงกว่า 12 คนต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อยไม่ให้สูงกว่า 25 คนต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน	3.2.1 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) 3.2.2 อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)
3.3 ยุติการระบาดของโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรียและ โรคติดต่อในเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน และจัดการกับโรคไวรัสตับอักเสบ โรคจากการติดเชื้อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ	3.3.1 จำนวนการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตามเพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก) 3.3.2 อุบัติการณ์ของวัณโรคต่อประชากร 1,000 คน 3.3.3 อุบัติการณ์ของมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน 3.3.4 อุบัติการณ์ของไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน 3.3.5 จำนวนประชากรที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับโรคติดต่อในเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน
3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสาม ด้วยการป้องกัน การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะที่ดี	3.4.1 อัตราตายที่มีสาเหตุสืบเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.4.2 อัตราตายจากการฆ่าตัวตาย
3.5 สร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและการรักษาผู้ที่ใช้สารในทางที่ผิด รวมถึงยาเสพติดและการใช้แอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย	3.5.1 ความครอบคลุมของการบำบัดรักษา (การใช้ยาจิตวิทยา สังคม และการฟื้นฟูหลังการรักษา) แก่ผู้ติดสารเสพติด 3.5.2 การใช้แอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตรายของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
3.6 (ภายในปี 2563) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง	3.6.1 อัตราตายจากการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน
3.7 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว การได้รับข้อมูลและการศึกษาและการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์เข้าสู่ยุทธศาสตร์และโครงการระดับชาติ	3.7.1 สัดส่วนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่ต้องการวางแผนครอบครัวที่มีความพึงพอใจในวิธีการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ 3.7.2 อัตราการคลอดในวัยรุ่น (อายุ 10-14, 15-19 ปี) ต่อผู้หญิง 1,000 คน ในแต่ละกลุ่มอายุ
3.8 บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นสำหรับทุกคนในราคาที่เข้าถึงได้	3.8.1 ความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น 3.8.2 จำนวนประชากรที่มีหลักประกันทางสุขภาพต่อประชากร 1,000 คน

เป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุในปี 2573	ตัวชี้วัด
3.9 ลดจำนวนการเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากสารเคมีที่เป็นพิษ และมลภาวะและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน	3.9.1 อัตราตายที่มีสาเหตุจากมลพิษทางอากาศ 3.9.2 อัตราตายที่มีสาเหตุจากน้ำและสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และการขาดสุขอนามัย 3.9.3 อัตราตายที่มีสาเหตุจากการเป็นพิษที่ไม่ตั้งใจ
3.a สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ในทุกประเทศอย่างเหมาะสม	3.a.1 ความชุก (ปรับมาตรฐานอายุ) การสูบบุหรี่ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
3.b สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีน ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้ง เทคโนโลยีสุขภาพสำหรับโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นในราคาที่สามารถจ่ายได้ ตามปฏิญญาโดฮาใน ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าทางด้านสาธารณสุข	3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็น บนพื้นฐานของความยั่งยืน 3.b.2 มูลค่าสุทธิความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการเพื่อการพัฒนาในด้านการวิจัยทางสุขภาพและภาคสุขภาพ พื้นฐาน
3.c เพิ่มสถานะการคลังทางสุขภาพ การผลิต พัฒนา อบรม และธำรงบุคลากรทางสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะ ประเทศยากจนและรัฐที่เป็นหมู่เกาะเล็ก	3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรทางสุขภาพ
3.d สร้างความเข้มแข็งด้านสมรรถนะในทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา เพื่อการเตือนภัยล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในระดับประเทศและทั่วโลก	3.d.1 สมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ และการเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ

ที่มา: The United Nations' Website: SDG Indicators Official list of SDG indicators

นอกจากภายใต้ SDG3 แล้ว ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่อยู่ภายใต้ SDG เป้าหมายอื่นมีในหลายเรื่อง เช่น ความชุกของเด็กที่มีภาวะแคะแกร็นหรือทุพโภชนาการ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือเกินเกณฑ์ (SDG2) ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี (SDG5) การเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มที่สะอาดและบริการสุขาภิบาลที่จำเป็น (SDG6) การสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องมาจากความเสี่ยงจากการทำงาน (SDG8) อัตราตายที่เป็นผลจากภัยพิบัติ (SDG11 และ 13) อัตราตายจากปัญหาความรุนแรงรูปแบบต่างๆ (SDG16) เป็นต้น

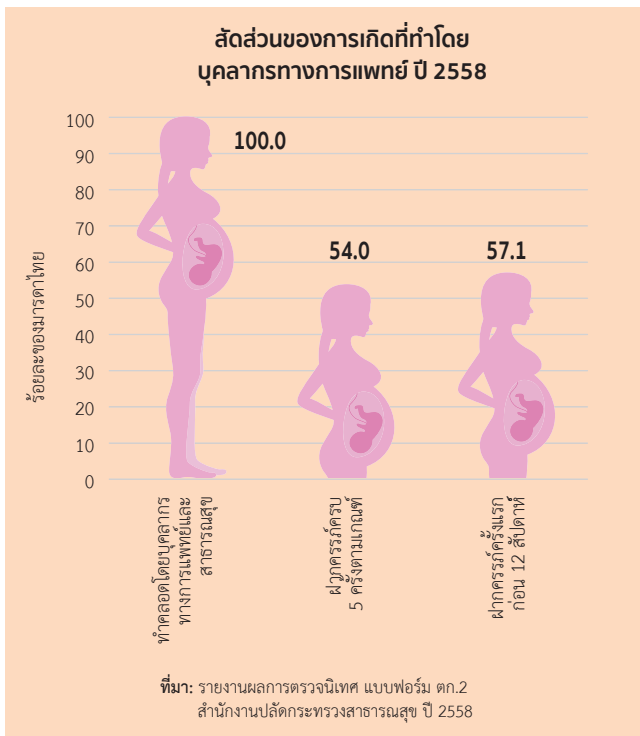
สุขภาพคนไทยปี 2560 พยายามนำเสนอทุกตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดหลักภายใต้ SDG3 (โดยตัวชี้วัดเหล่านี้ นำเสนอในแต่ละหมวดที่เกี่ยวข้องโดยแสดงในพื้นที่ที่มีสีพื้นหลัง) แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องข้อมูล แหล่งที่มาและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง ทำให้บางตัวชี้วัด SDG อาจมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำเสนอ และข้อมูลที่น่าเสนอบางตัวอาจไม่ตรงกับคำจำกัดความของตัวชี้วัดตาม SDG ทั้งหมด



1 สุขภาพมารดา

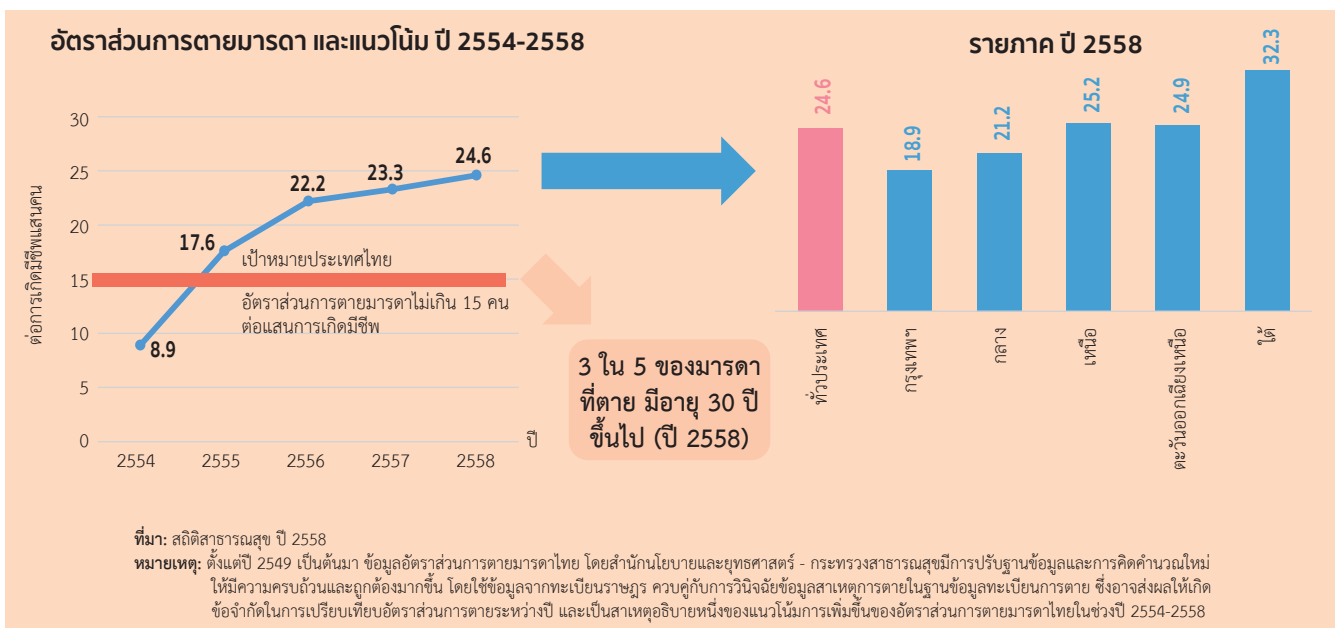
เป้าหมายของประเทศไทย คือ ลดอัตราส่วนการตายมารดาจาก 24.6 ให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

66 มั้อตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทย จะต่ำกว่าเป้าหมาย SDG ในระดับสากล (70 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน) แต่นับว่ายังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศอยู่พอควร อีกทั้งมีอัตราที่แตกต่างซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของมารดาไทยระหว่างภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมาก



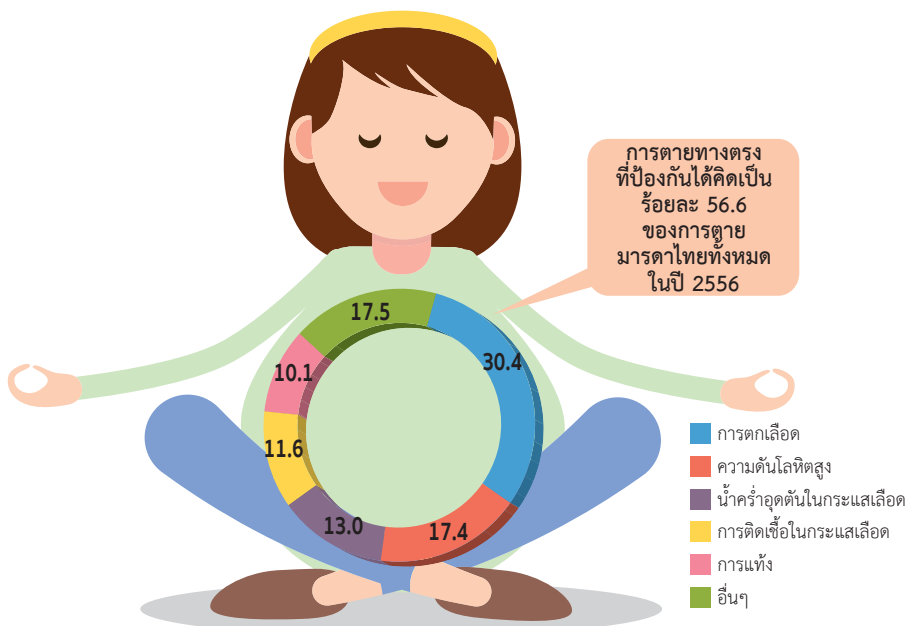
ปัจจุบันการเกิดคลอดในไทยเกือบทั้งหมดทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการคลอด รวมถึงการติดตามให้บริการสุขภาพหลังคลอดทั้งแม่และเด็ก แต่ประเด็นท้าทายยังเป็นในเรื่องการฝากครรภ์ โดยในปี 2558 มีมารดาที่เข้าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนดเพียงร้อยละ 57.1 และ 54.0 ตามลำดับ

ในปี 2559 ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยไว้ที่ไม่เกิน 15 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน ขณะที่ตัวเลขจากแหล่งข้อมูลและผลการศึกษาส่วนใหญ่ยังคงสูงกว่า โดยสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบาย



และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายงานอัตราส่วนการตายมารดาไทย
ไว้ที่ 24.6 คน ในปี 2558 ซึ่งหาก
จำแนกเป็นรายภาค จะพบว่า
กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่ำที่สุด
ที่ 18.9 คน ขณะที่ภาคใต้มีอัตรา
ส่วนสูงที่สุดถึง 32.3 คนต่อการเกิด
มีชีพแสนคน นับเป็นโจทย์ที่สำคัญ
ของประเทศที่ต้องลดอัตราส่วน
การตายมารดาทั้งในภาพรวม และลด
ความเหลื่อมล้ำให้เหลือน้อยที่สุด

สาเหตุการตายทางตรงที่ป้องกันได้ของมารดาไทย ปี 2556



ที่มา: สราวุธ บุญสุขและนางลัดดาพรรัตน์, 2558

ข้อมูลการตายมารดาของไทยมีความแตกต่างกันตามแหล่งที่มาของข้อมูล
และวิธีการคำนวณ การเปรียบเทียบและใช้ข้อมูลเพื่ออ้างอิงยังทำได้ลำบาก

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากแหล่งข้อมูล/การศึกษาที่ต่างกัน				
ปี	สถิติสาธารณสุข	(1)	(2)	(3)
2549	11.7	44.1		24.0
2550	12.2		33.6	24.0
2551	11.3		42.5	24.0
2552	10.8		39.9	23.0
2553	10.2		39.1	23.0
2554	8.9		31.2	22.0
2555	17.6		30.7	22.0
2556	22.2	31.2	34.8	21.0
2557	23.3		31.8	21.0
2558	24.6	22.7		20.0

- (1) การสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ข้อมูลการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากใบมรณบัตร
ของกระทรวงมหาดไทยเชื่อมกับข้อมูลของ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข และข้อมูลจากสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ
- (2) Chandoeuwit et al. 2016 ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์
ข้อมูลการรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูล
ผู้ป่วยในของสวัสดิการข้าราชการและสวัสดิการ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- (3) WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and
the United Nations Population Division
ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาโดยโมเดลสถิติ

ที่มา: (1) แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

(2) Chandoeuwit et al. 2016. "Improving the measurement of maternal mortality in Thailand using multiple data sources". Population Health Metrics (2016) 14:16

(3) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015; Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division

เมื่อพิจารณาที่สาเหตุการตายของมารดาไทยมากกว่าครึ่งมาจากปัจจัยที่น่าจะป้องกันได้ โดยเฉพาะจากการตกเลือด
ความดันโลหิตสูง น้ำคร่ำอุดตันและการติดเชื้อในกระแสเลือดรวมถึงการแท้ง ปัจจัยเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ
สถานการณ์ที่หญิงไทยแต่งงานและมีลูกช้าขึ้น (กว่าร้อยละ 60 ของมารดาที่ตายในปี 2558 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 30 ปี
ขึ้นไป) รวมถึงปัญหาการฝากครรภ์ที่ล่าช้าและไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์ของแม่ตั้งครรภ์ที่ยังมีสัดส่วนที่สูง



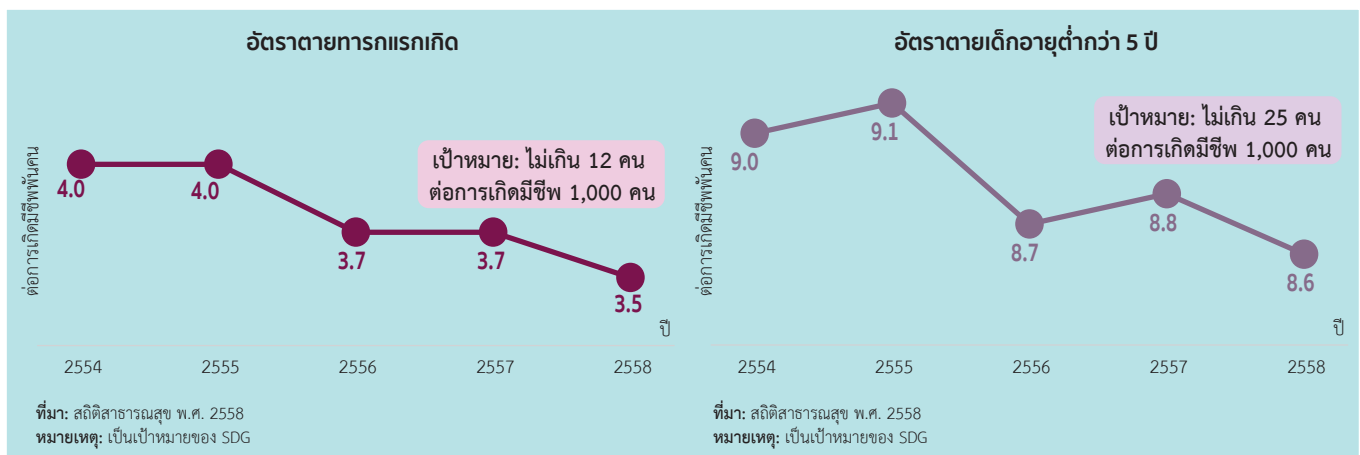
2

การเกิดและคุณภาพเด็ก

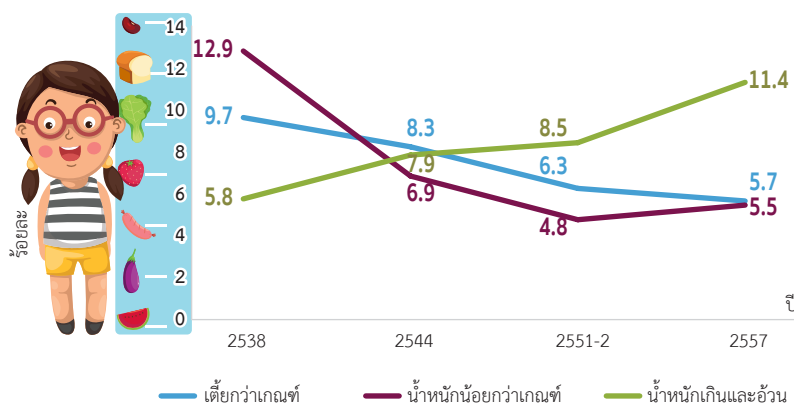
ประเทศไทยมีอัตราการตายทารกช่วงเดือนแรกที่เกิด 3.5 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ 8.6 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งอยู่ในระดับที่ดีกว่าเป้าหมายของ SDG

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมาย SDG ในด้านการลดอัตราการตายทารกช่วงเดือนแรกและอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีแล้ว แต่ยังคงพบปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและคุณภาพของเด็ก

ประชากรที่มีคุณภาพต้องเริ่มต้นจากการเกิดที่มีคุณภาพ เด็กที่เกิดมาทุกคนควรมีพลาสมาแม่ที่สมบูรณ์ และควรได้รับการส่งเสริมให้พัฒนาการสมวัย ปัจจุบันการตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ใช่ปัญหาสำคัญของประเทศไทยอีกต่อไป แต่ยังคงต้องพัฒนาเรื่องคุณภาพของเด็ก ทั้งในด้านสุขภาพและพัฒนาการ ในด้านสุขภาพเด็กไทยที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการลดลง ดังเห็นได้จากแนวโน้มเด็กไทยที่มีปัญหาเตี้ยกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักน้อยมีสัดส่วนลดลง อย่างไรก็ตามเด็กไทยเริ่มประสบปัญหาอ้วนมากขึ้น โดยพบว่าแนวโน้มเด็กไทยอายุ 1-5 ปี มีน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา

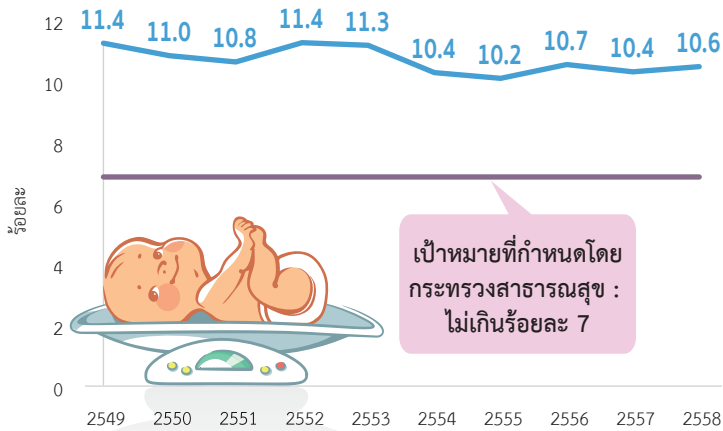


แนวโน้มสัดส่วนเด็กไทย อายุ 1-5 ปี ที่เตี้ยกว่าเกณฑ์ น้ำหนักน้อย และน้ำหนักเกิน/อ้วน



ข้อมูลอัตราการตายทารกแรกเกิดและอัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทย มีความแตกต่างกันตามแหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการคำนวณ แหล่งข้อมูลอื่น นอกเหนือจากสถิติสาธารณสุข เช่น ค่าคาดประมาณโดย UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation หรือ The Global Burden of Disease 2015 Study เป็นต้น

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

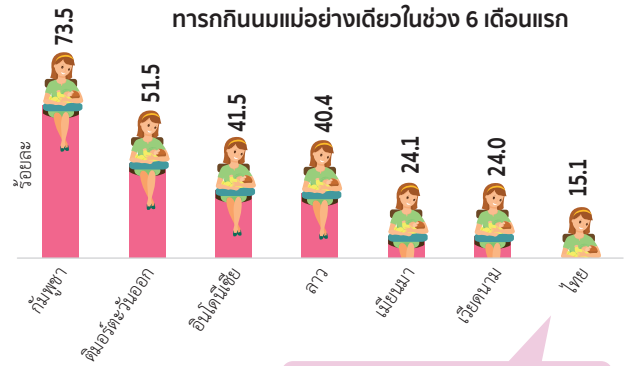


ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549-2558

หมายเหตุ: เป็นเป้าหมายที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข : ไม่เกินร้อยละ 7

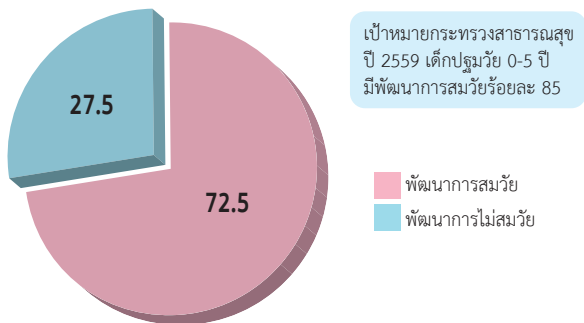
การกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก



ที่มา: Walters et al, 2016

การที่ทารกไม่ได้กินนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรก ส่งผลให้สูญเสียด้านสติปัญญา (Cognitive losses) ปีละ 192.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ปีละ 7.65 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย



เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 เด็กปฐมวัย 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85

ที่มา: การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2557 กรมอนามัย

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีหนังสือเด็กอย่างน้อย 3 เล่ม จำแนกตามระดับการศึกษาของมารดา



ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในไทย ปี 2555

สำหรับเด็กทารกในช่วง 6 เดือนแรก นมแม่เป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุด นมแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และยังช่วยป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น ท้องร่วงและปอดอักเสบได้ ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงให้นมแม่ตามเกณฑ์ในอัตราที่ต่ำเพียงร้อยละ 15 ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านรายจ่ายสาธารณสุขและรายได้ประเทศจากการที่เด็กไม่ได้รับการพัฒนาด้านสติปัญญาอย่างเต็มที่

การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในช่วง 5 ปีแรกมีความสำคัญในการวางรากฐานของชีวิต ซึ่งยังคงพบว่าเด็ก 0-5 ปีของประเทศไทยในปี 2557 มีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 27.5 ดังนั้นจึงควรเร่งให้ความสำคัญในประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการอนาคตของประเทศไทยจะเป็นเช่นไร ขึ้นอยู่กับคุณภาพของประชากรรุ่นใหม่ การเกิดและคุณภาพเด็กจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน



3 โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย

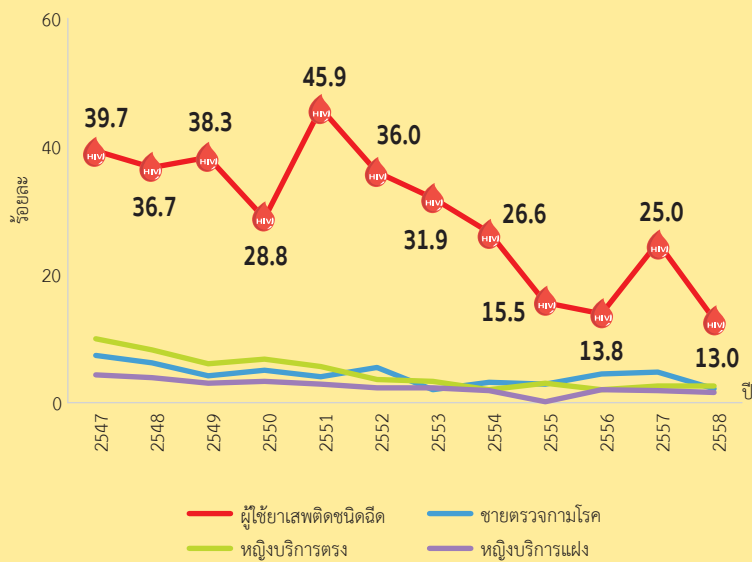
สถานการณ์โรคเอดส์และมาลาเรียมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยวัณโรคอีกเกือบครึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษา

จากการคาดการณ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะลดลงเหลือ 3,736 ราย ในปี 2573 โดยมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ นโยบาย Ending AIDS น่าจะประสบความสำเร็จได้ไม่ยาก แต่ในทางกลับกัน นโยบาย End TB ยังต้องทำงานหนักหากต้องการไปถึงเป้าหมาย

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีอย่างเข้มข้นในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา แต่การเฝ้าระวังในกลุ่ม ประชากรหลักยังต้องติดตามต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เข้าเส้น ที่พบว่ายังมีแนวโน้มการติดเชื้อ สูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในไทย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรช่วงอายุ 30 – 34 ปี ซึ่งอยู่ในวัยแรงงานและเป็น กำลังหลักสำคัญของประเทศ ส่วนแรงงาน ข้ามชาติที่สามารถทดแทนได้ พบว่า สามารถเข้าถึงบริการ VCT (Voluntary Counseling and Testing) ได้เพียง ร้อยละ 6 เท่านั้น ภาคส่วนต่างๆ ควรต้อง หันมาดูแลปัญหาด้านสุขภาพของแรงงาน ข้ามชาติให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มี การเคลื่อนย้ายสูง มีโอกาสสูงที่จะแพร่ กระจายเชื้อไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นมีมาก

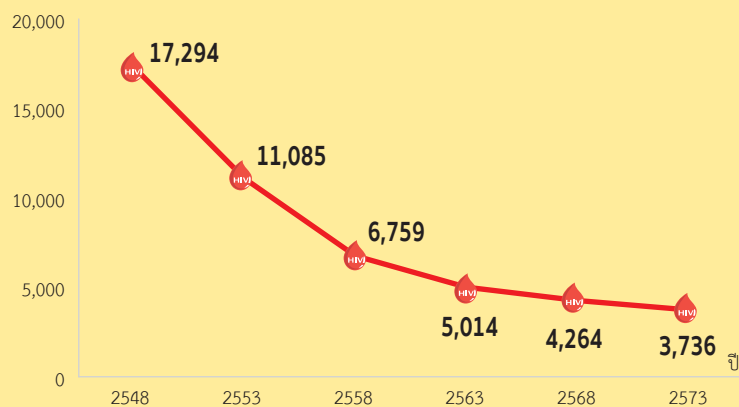
“สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นกำลังทดแทน ด้านแรงงานในประเทศไทยที่กำลัง ขาดแคลน มีการเข้าถึงบริการ VCT น้อยมาก เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น (จากการสำรวจข้อมูล โครงการฟ้ามิตร ปี 2558)”

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

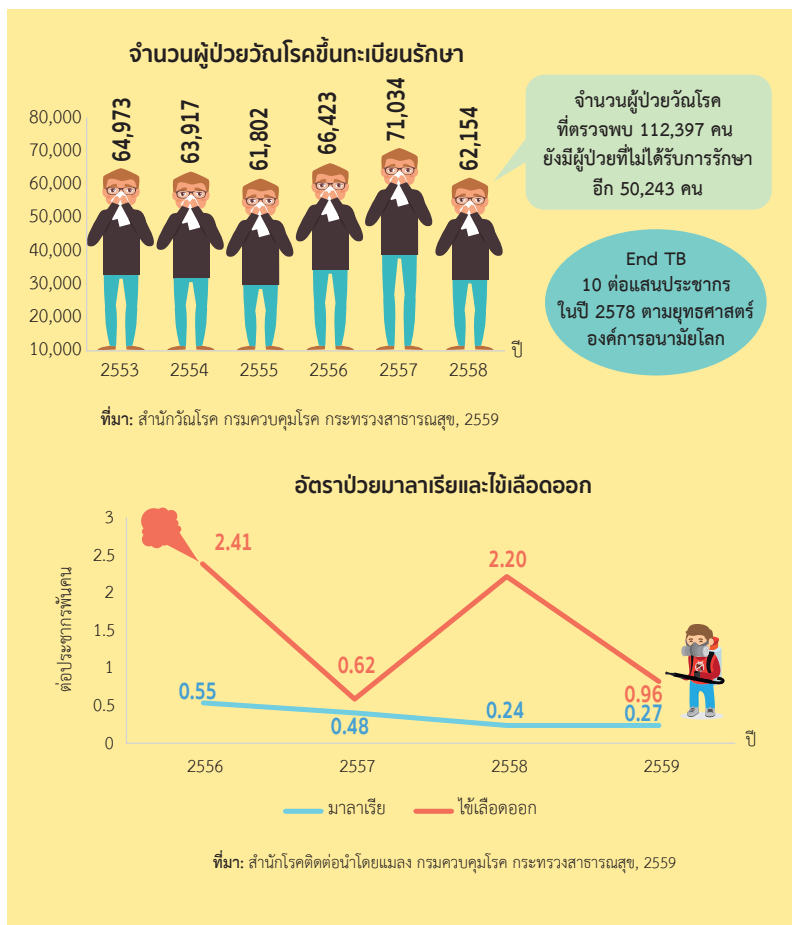


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559

คาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อายุ 15 ปีขึ้นไป

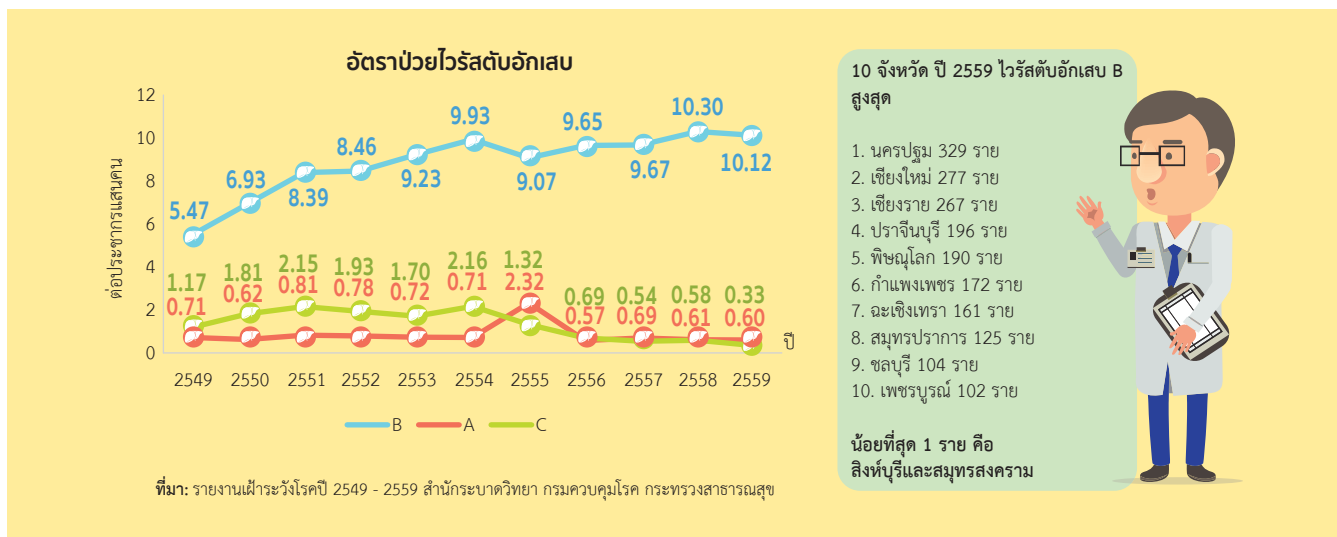


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558



สำหรับสถานการณ์วัณโรค การเข้าถึงการรักษายังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยในปี 2558 สัดส่วนผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรักษามีเพียงร้อยละ 55.3 เท่านั้น แสดงว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษายังมีอีกเกือบครึ่งหนึ่ง ทั้งๆ ที่เป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ เป้าหมายลดอุบัติการณ์ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร ในปี 2578 ตามยุทธศาสตร์โรคติดต่อขององค์การอนามัยโลกกำหนด จึงนับเป็นความท้าทายสำคัญของประเทศไทย

ในส่วนการดำเนินงานป้องกันไข้มาลาเรียพบว่าแนวโน้มดีขึ้น โดยพบว่าอัตราป่วยลดลง 2 เท่า จาก 0.55 ต่อพันประชากร ในปี 2556 เป็น 0.27 ในปี 2559 ขณะที่ไข้เลือดออกมีแนวโน้มขึ้นลง โดยในปี 2559 พบว่าสูงกว่ามาลาเรียถึงเกือบ 3 เท่าตัว การดำเนินงานด้านการป้องกันไข้เลือดออกต้องมีความเข้มข้นมากขึ้น และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง



โรคติดต่ออีกชนิดหนึ่งที่ไม่อาจละเลยได้ คือ ไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งอันตรายกว่าไวรัสตับอักเสบชนิดอื่น ด้วยผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอาจป่วยเรื้อรังจนกระทั่งกลายเป็นมะเร็งตับได้ และที่น่ากลัวกว่านั้นคือผู้ป่วยบางรายเมื่อติดเชื้อแล้วจะไม่แสดงอาการ ทำให้ไม่รู้ตัวว่าตัวเองติดเชื้อ ซึ่งอาจแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีวัคซีนในการป้องกันมานาน แต่พบว่าราคายังคงสูงอยู่ ทำให้พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา ไวรัสตับอักเสบบีเป็นอีกโรคหนึ่งที่ระบุชัดเจนในตัวชี้วัด SDG นับเป็นอีกงานสำคัญทางสุขภาพที่ละเลยไม่ได้



4 โรคไม่ติดต่อ

การตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยพิการของคนไทย คิดเป็นมูลค่าที่สูญเสียไปมากถึง 9.3 แสนล้านบาท ในปี 2556 โดยที่เกือบ 3 ใน 4 มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ

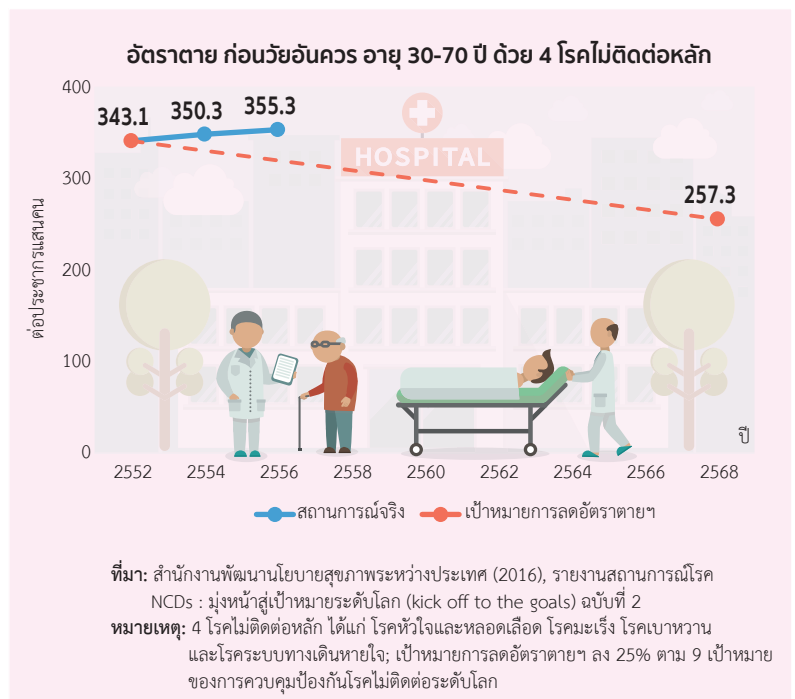
การเจ็บป่วยและการตายจากโรคไม่ติดต่อของไทยยังมีทิศทางเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สวนทางกับเป้าหมายระดับโลก ที่ต้องการลดการตายก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อร้อยละ 25 ภายในปี 2568 การจัดการระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ รวมถึง ปังจัยเสี่ยง โดยเฉพาะปังจัยทางพฤติกรรม เป็นวาระเร่งด่วนของประเทศ

การสูญเสียปีสุขภาวะและมูลค่าทางเศรษฐกิจจากการตายก่อนวัยอันควร และการเจ็บป่วยของคนไทย (ปี 2556)

“โรคไม่ติดต่อ” เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่หลายประเทศกำลังเผชิญ การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ชี้ให้เห็นว่าคนไทยสูญเสียปีสุขภาวะในปี 2556 มากถึง 15.3 ล้านปี โดย 2 ใน 3 เป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้ว นับว่าสูงมาก หรือเทียบได้ประมาณ ร้อยละ 40 ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมดในปีนั้น สาเหตุหลักของปีสุขภาวะที่เสียไปนั้น เป็นผลจากโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะ 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง เบาหวาน ระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด



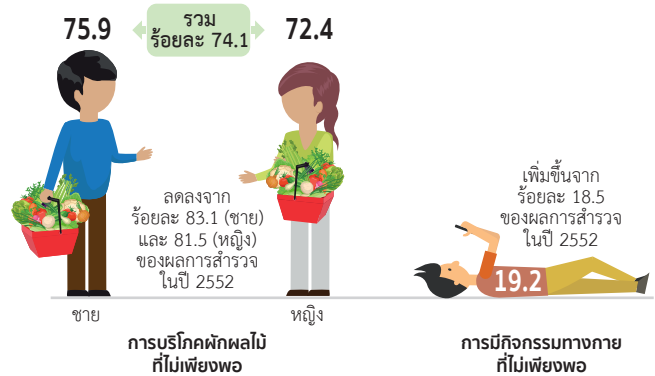
หากใช้ปี 2552 เป็นฐานอ้างอิง ตามกรอบเป้าหมายในการติดตามแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อระดับโลก อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักของคนไทย ควรต้องลดลงจาก 343.1 รายต่อแสนประชากร เหลือ 257.3 รายในปี 2568 แต่ดูเหมือนสถานการณ์เท่าที่ผ่านมาจะยังไม่เป็นไปตามทิศทางนั้น อัตราตายยังคงเพิ่มขึ้น ขณะที่ความชุกของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทยหลายด้านยังไม่มีแนวโน้มลดลง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย



การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี 2557 พบสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 24.7 และ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 4 เช่นเดียวกับความชุกของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่พบว่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 37.5 และ 10.9 ตามลำดับ ซึ่งส่วนหนึ่งอธิบายได้จากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่เพิ่มขึ้น

ในการมุ่งเป้าเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรของคนไทย ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นอีกประเด็นที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการอยู่ที่ 6.5 รายต่อแสนประชากร ในปี 2558 เพิ่มขึ้นจาก 5.9 ราย ในปี 2553 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญในการสนับสนุนงานป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพทางจิตของคนไทย

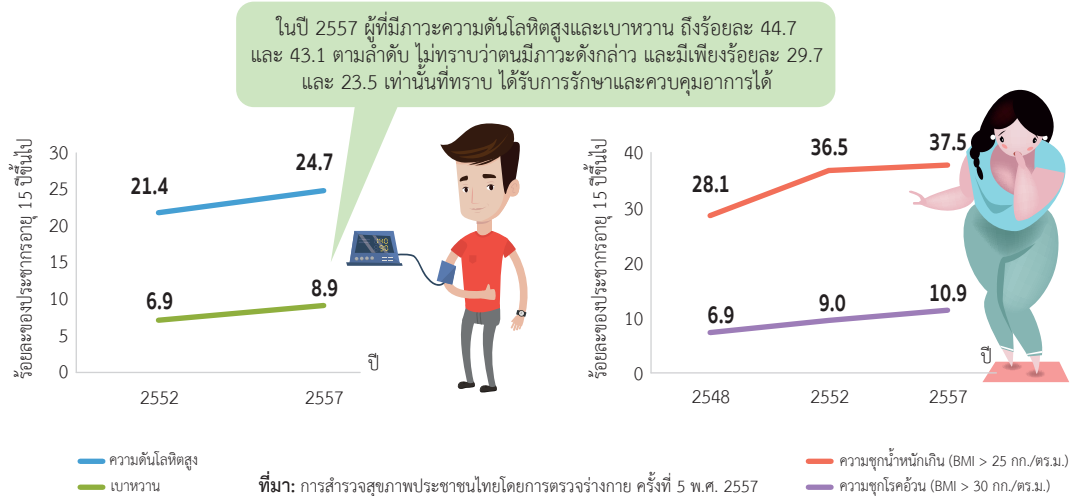
การบริโภคผักและผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ปี 2557



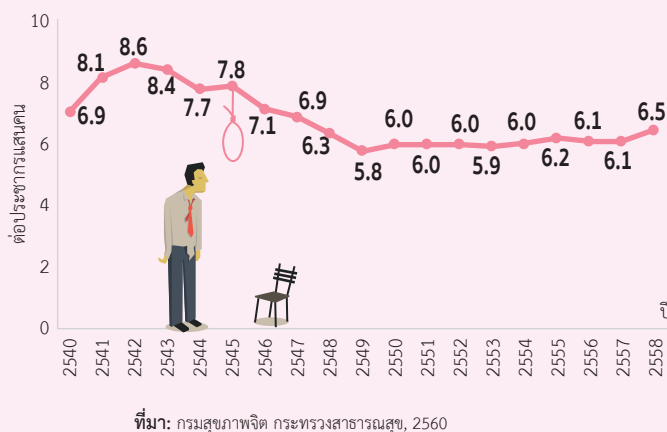
หมายเหตุ: ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557

ความชุกปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อของคนไทย ปี 2557



อัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย ปี 2540-2558



9 เป้าหมายของการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับโลกสำหรับประเทศไทย

การตายและการเจ็บป่วย	ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ 25%				
การจัดการระบบบริการสุขภาพ	ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับยาเพื่อป้องกันโรคหัวใจ/ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง 50%		ยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ รวมถึงมีเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานครอบคลุม 80%		
ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและชีววิทยา	ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ 10%	ลดการมีกิจกรรมไม่พอเพียง 10%	ลดการบริโภคเกลือโซเดียม 30%	ลดการบริโภคยาสูบ 30%	ลดภาวะความดันโลหิตสูง 25%

หมายเหตุ: ปีสถานการณ์อ้างอิงของเป้าหมาย คือ ระหว่างปี 2552-2554

ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2016), รายงานสถานการณ์โรค NCDs: มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals) ฉบับที่ 2

5

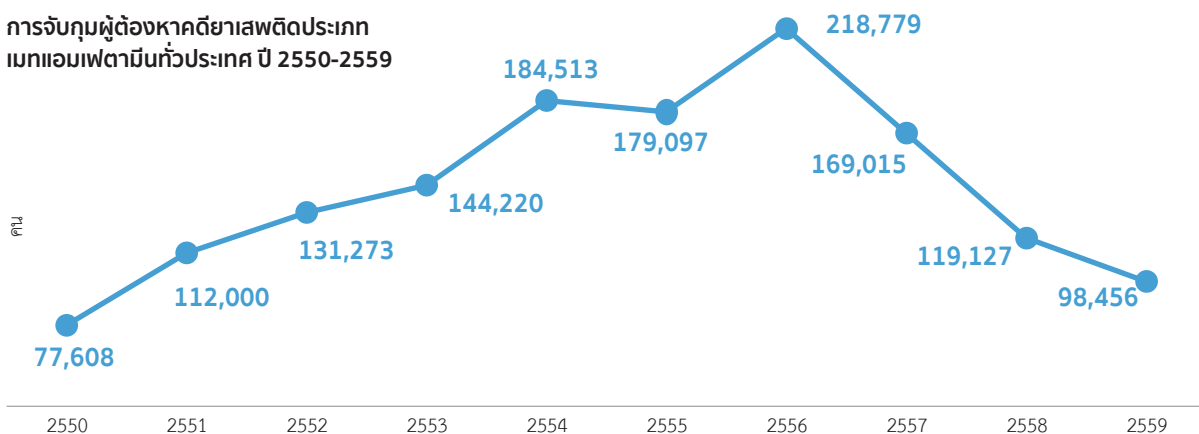
การใช้สารเสพติด

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2558 อยู่ที่ 6.9 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 6.3 ลิตร¹

การป้องกันและบำบัดการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด และการใช้แอลกอฮอล์ในระดับอันตราย เป็นเป้าหมายหนึ่งใน SDG ที่จะนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในสังคม ประเทศไทยยังคงเผชิญความท้าทายทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานในเรื่องยาเสพติด และประชากรยังคงบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง

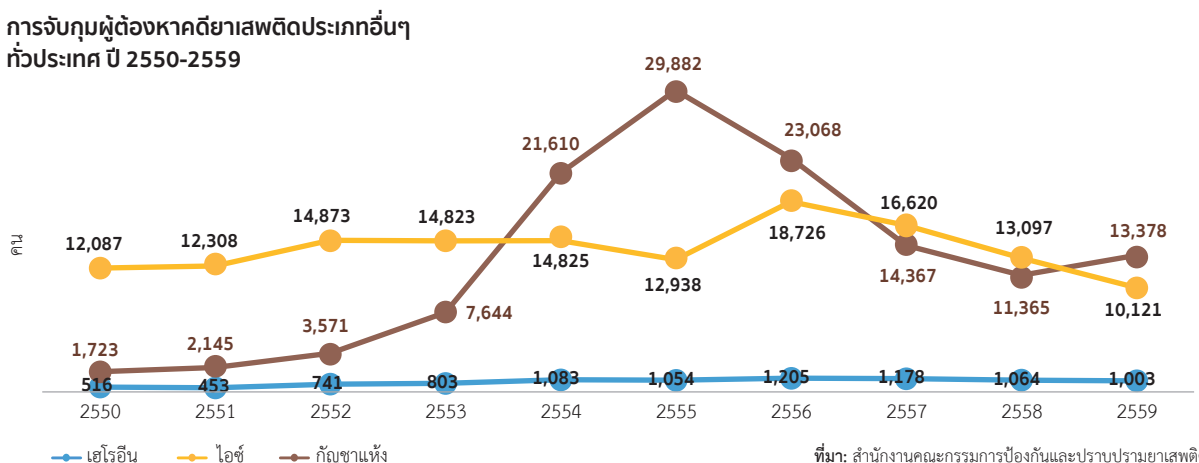
ปัญหายาเสพติดเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในสังคมไทยเสมอมา ยาเสพติดที่แพร่หลายที่สุดในประเทศไทยในปัจจุบันคือเมทแอมเฟตามีน หรือที่รู้จักกันในชื่อ “ยาบ้า” โดยในปี 2556 มีการจับกุมสูงถึง 218,779 ราย ยาเสพติดประเภทอื่นที่ถูกจับกุมรองลงมา ได้แก่ พืชกระท่อม และน้ำกระท่อม ส่วนยาไอซ์เป็นสารเสพติดที่เพิ่งได้รับความนิยมมากขึ้นในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา โดยในปี 2554-2556 เป็นยาเสพติดที่โดนจับกุมมากเป็นอันดับสองรองจากยาบ้า ในปี 2554 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในกรุงเทพฯ ร้อยละ 36 กล่าวว่าตนสามารถหายาไอซ์ได้ภายใน 10 นาที เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของของยาเสพติดในสังคมไทย

การจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดประเภท
เมทแอมเฟตามีนทั่วประเทศ ปี 2550-2559



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

การจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดประเภทอื่นๆ
ทั่วประเทศ ปี 2550-2559

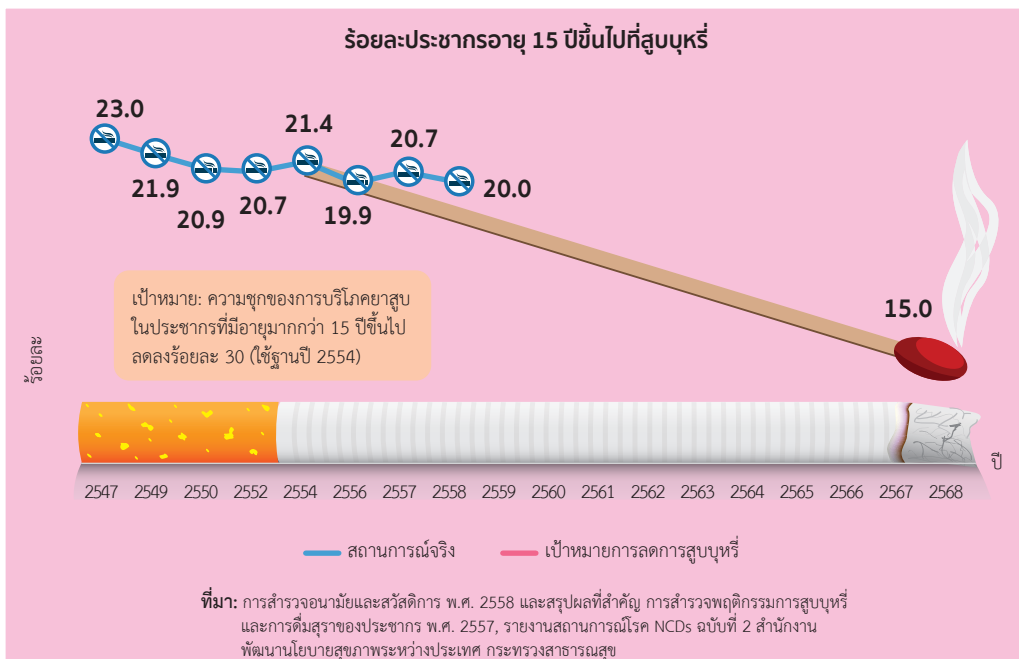
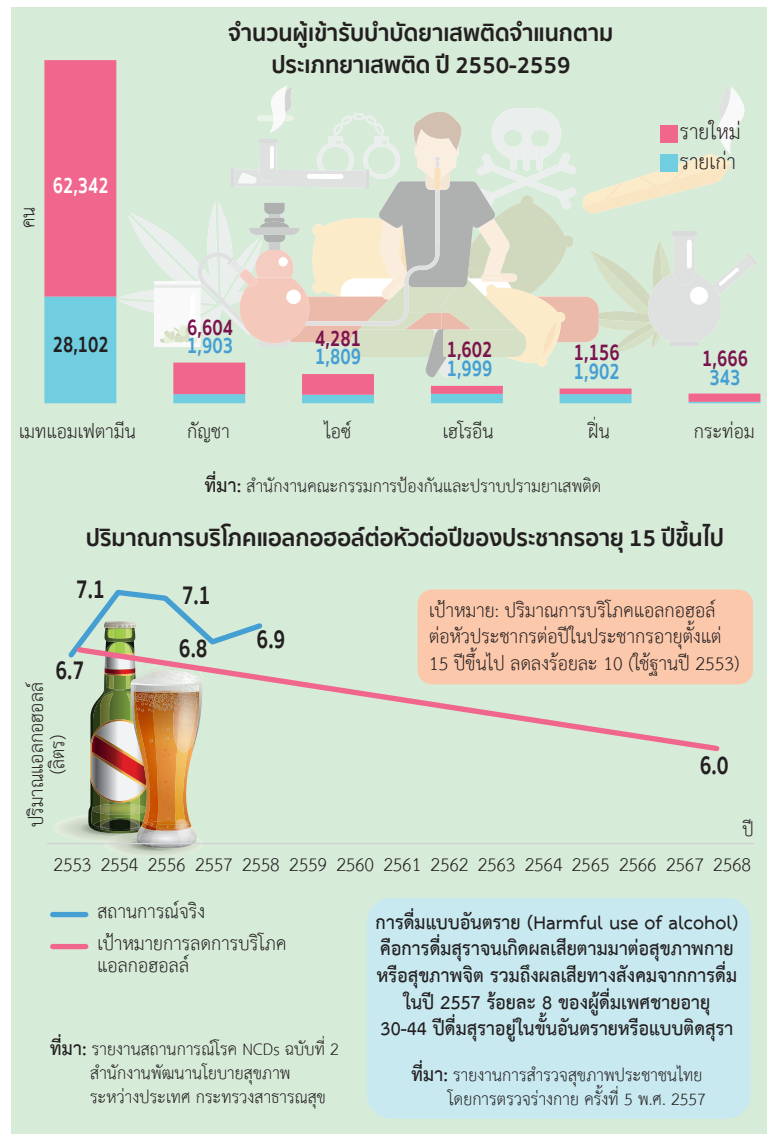


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

¹ World Health Statistics 2016

การบำบัดยาเสพติดในประเทศไทยใช้ระบบผ่านการบังคับเป็นส่วนใหญ่ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี 2559 พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้เข้ารับบำบัดประเภทฝิ่นและเฮโรอีนเป็นผู้เข้ารับบำบัดรายเก่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายของกระบวนการบำบัดยาเสพติด การบำบัดจำเป็นต้องเข้าใจการใช้ยาเสพติดจากมุมมองผู้ใช้ด้วย หากผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ควรใช้มาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยา เช่น การแจกเข็มเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในด้านการบริโภคแอลกอฮอล์ ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชากรให้เหลือ 6.03 ลิตรภายในปี 2568 ซึ่งจากแนวโน้มปี 2553 เป็นต้นมา ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทยไม่ลดลง เช่นเดียวกับบุหรี่ที่สัดส่วนประชากรที่สูบบุหรี่ค่อนข้างทรงตัว จึงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญสำหรับประเทศไทยต่อไป (ตามเป้าหมาย 3.a สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในทุกประเทศอย่างเหมาะสม)



การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นนโยบายหรือมาตรการที่มุ่งเน้นการลดอันตรายหรือความเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติด สำหรับผู้ที่ไม่สามารถหรือไม่อยากเลิกยาเสพติด ตัวอย่างของมาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ได้แก่ การแจกเข็มและกระบอกฉีดยา บำบัดด้วยสารทดแทน เช่น เมทาโดน การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและยา เป็นต้น

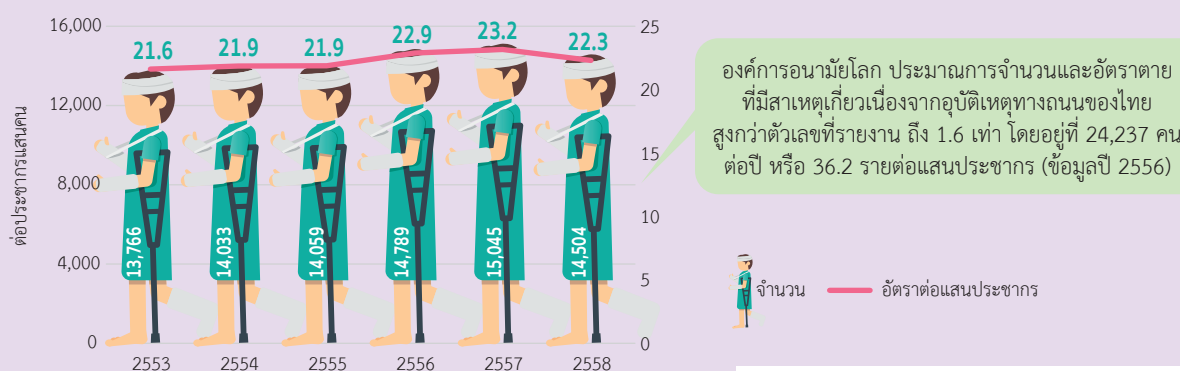
6

อุบัติเหตุทางจราจร

คนไทยตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนต่อปีถึง 14,000-15,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 40 คน

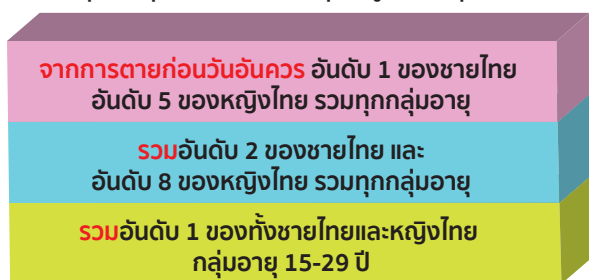
สาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียสุขภาพของวัยรุ่นไทยทั้งชายและหญิง (ช่วงอายุ 15-29 ปี) มาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การตายก่อนวัยอันควรและการบาดเจ็บสูญเสียเหล่านี้ ป้องกันได้โดยเริ่มตั้งแต่การปรับปรุงพฤติกรรม การขับขี่ของคนไทย ไปจนถึง การพัฒนาระบบการขนส่งและเดินทางของประเทศ

จำนวนและอัตราการตายจากการจราจรทางถนนต่อแสนประชากร ปี 2553-2558



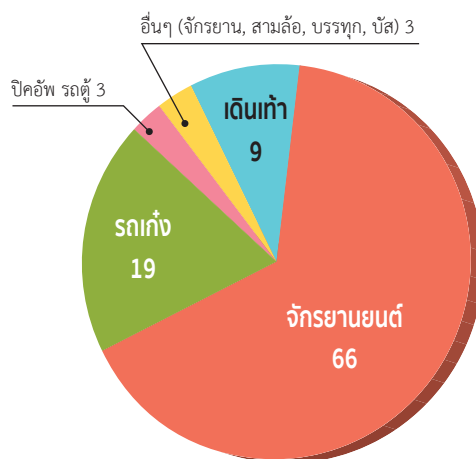
ที่มา: ข้อมูลปี 2553-2557 จากรายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; ข้อมูลปี 2558 จากรายงานของกลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร สำนักโรคไม่ติดต่อ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการสูญเสียสุขภาพ:



ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556

ร้อยละผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามประเภทผู้ใช้รถใช้ถนน ปี 2557



ที่มา: รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

SDG กำหนดเป้าหมายในการลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนทั่วโลกลงให้ได้ครึ่งหนึ่งในปี 2563 ซึ่งถือเป็นงานหินหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากรายงานสถานะความปลอดภัยบนท้องถนนระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (Global Status Report on Road Safety 2015) ประมาณการอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนของไทยสูงที่สุดในอาเซียนและสูงเป็นอันดับสองของโลก

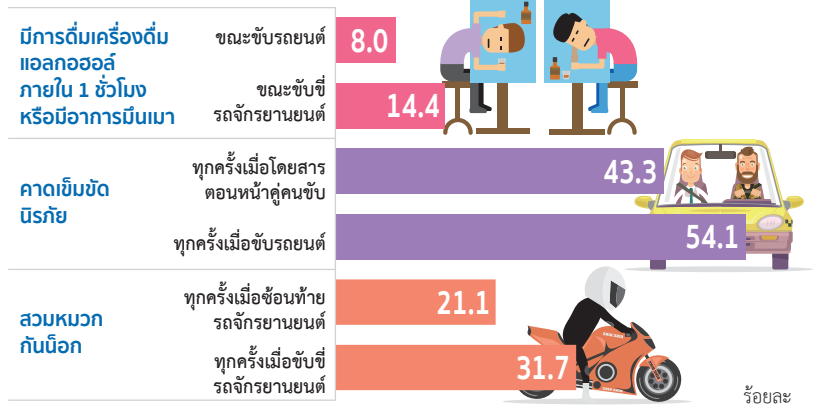
ข้อมูลแนวโน้มในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ตัวเลขรายงานการเสียชีวิตยังคงสูงต่อเนื่องที่ประมาณ 14,000-15,000 คนต่อปี โดยในปี 2558 พบว่ายานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดคือรถจักรยานยนต์

สาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งคือพฤติกรรมการขับขี่ การเคารพกฎกติกา มารยาทและการมีน้ำใจในการใช้ถนนกับผู้ร่วมทาง ซึ่งคนไทยยังไม่ตระหนักในความสำคัญ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับความปลอดภัย จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปี 2558 พบว่าคนไทยขับรถยนต์โดยคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 54.1 และขี่จักรยานยนต์โดยสวมหมวกกันน็อกทุกครั้งไม่ถึง 1 ใน 3 หรือร้อยละ 31.7 เท่านั้น พฤติกรรมเสี่ยงอีกเรื่องที่น่ากังวลคือการขับขี่วดยานพาหนะในขณะที่มีอาการมึนเมาหรือหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งพบว่ายังมี “นักดื่ม” จำนวนหนึ่งที่ละเลยและปฏิบัติตนไม่เหมาะสม

นอกเหนือจากเรื่องการปรับปรุงพฤติกรรม การพัฒนาระบบการขนส่งทางเลือกที่มีความปลอดภัยมากกว่าการเดินทางบนท้องถนน โดยเฉพาะการขยายระบบการขนส่งทางรางให้มีความครอบคลุมและเชื่อมต่อการเดินทางได้สะดวกมากขึ้น เป็นอีกทางเลือกที่ประเทศควรต้องลงทุน หากทำได้ในเรื่องนี้ ในทุกช่วงเทศกาล โดยเฉพาะช่วงปีใหม่และสงกรานต์ที่คนไทยจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนา เรา น่าจะได้เห็นตัวเลขจำนวนอุบัติเหตุและการเสียชีวิตที่ลดลง

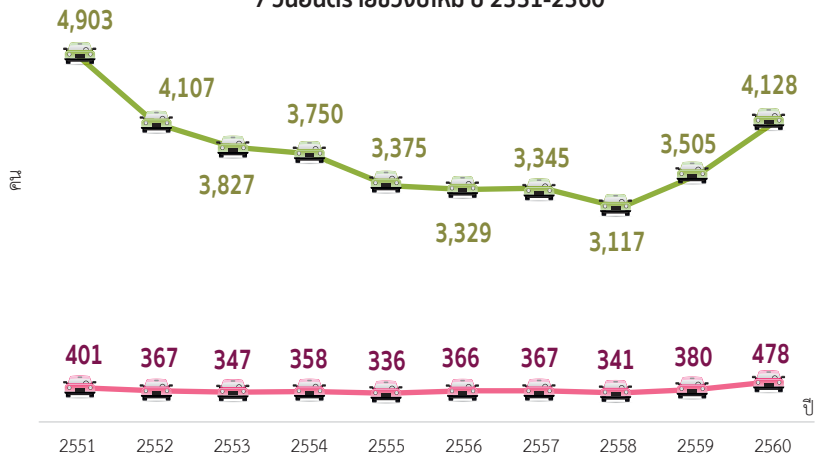


ความเสี่ยงทางพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน ปี 2558



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขตสุขภาพ)

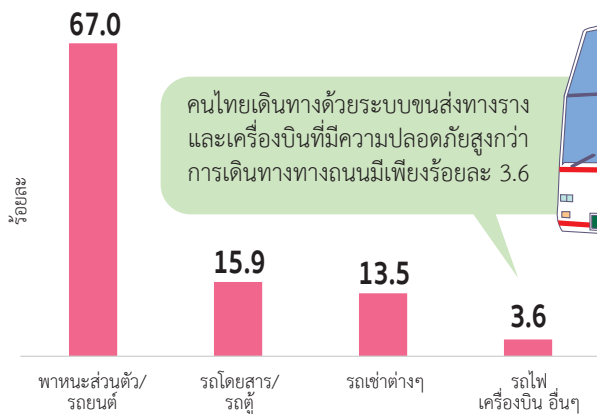
จำนวนการบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุทางถนน 7 วันอันตรายช่วงปีใหม่ ปี 2551-2560



ที่มา: ข้อมูลปี 2551-2558 จากสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ
ข้อมูลปี 2559-2560 จาก ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน

การบาดเจ็บ
การตาย

พาหนะเดินทางท่องเที่ยว/เยี่ยมญาติของคนไทย ปี 2558



คนไทยเดินทางด้วยระบบขนส่งทางรางและเครื่องบินที่มีความปลอดภัยสูงกว่าการเดินทางทางถนนมีเพียงร้อยละ 3.6



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการเดินทางท่องเที่ยวของชาวไทย พ.ศ. 2559 (ในรอบปี 2558), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

7 อนามัยการเจริญพันธุ์

การคลอดในกลุ่มคุณแม่วัยรุ่นเริ่มมีแนวโน้มลดลง แต่ปัญหาแท้งและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงละเลยไม่ได้

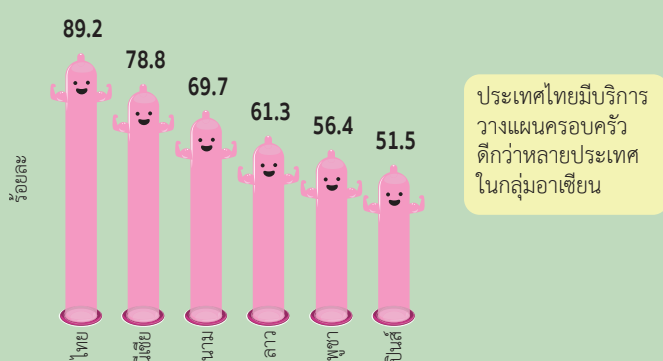
การตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นที่อายุน้อยอาจนำไปสู่หลายปัญหาทางสุขภาพ ตั้งแต่ การทำแท้งเถื่อน การเกิดภาวะแทรกซ้อนตกลูกหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์... เกิดน้อย (อย่าให้) ด้อยคุณภาพ ยังคงเป็นงานท้าทายสำหรับประเทศไทย

ปัจจุบัน หญิงวัยเจริญพันธุ์รวมถึงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิด เช่น ยาฝัง ห่วงอนามัย ฟรี ทุกสถานบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในภาพรวมของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงและมีความพึงพอใจต่อวิธีการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ในระดับที่ค่อนข้างสูงเทียบกับหลายประเทศในอาเซียน อย่างไรก็ตาม อนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

แม้ในปี 2557-2558 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ของไทยจะลดลงจนต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ไม่เกิน 50 ราย ต่อ 1,000 คน แต่อัตราการคลอดต่ำยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้นส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคติดต่อที่อาจเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ แม้สถานการณ์การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมตอนต้นและตอนปลาย จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2553-2558 แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มวัยรุ่นไทยกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

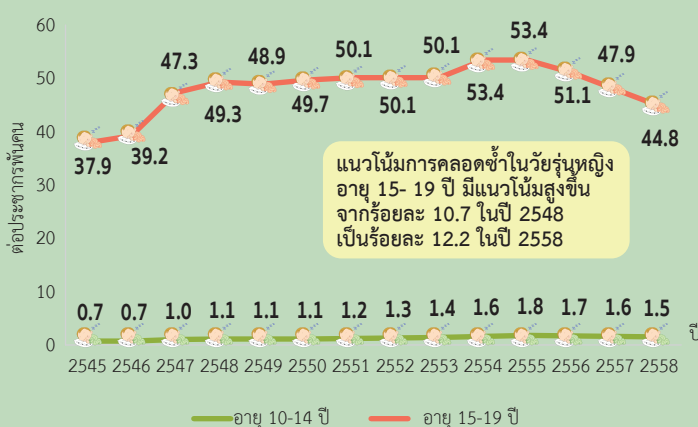
เมื่อประสบเหตุตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือโดยไม่ตั้งใจ การตัดสินใจแก้ไขปัญหาวัยรุ่นด้วยตัวเองวิธีหนึ่ง คือการทำแท้ง ซึ่งจำนวนมากทำโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และตามกฎหมายไทยถือว่า

ร้อยละหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์พอใจกับวิธีวางแผนครอบครัวแบบสมัยใหม่



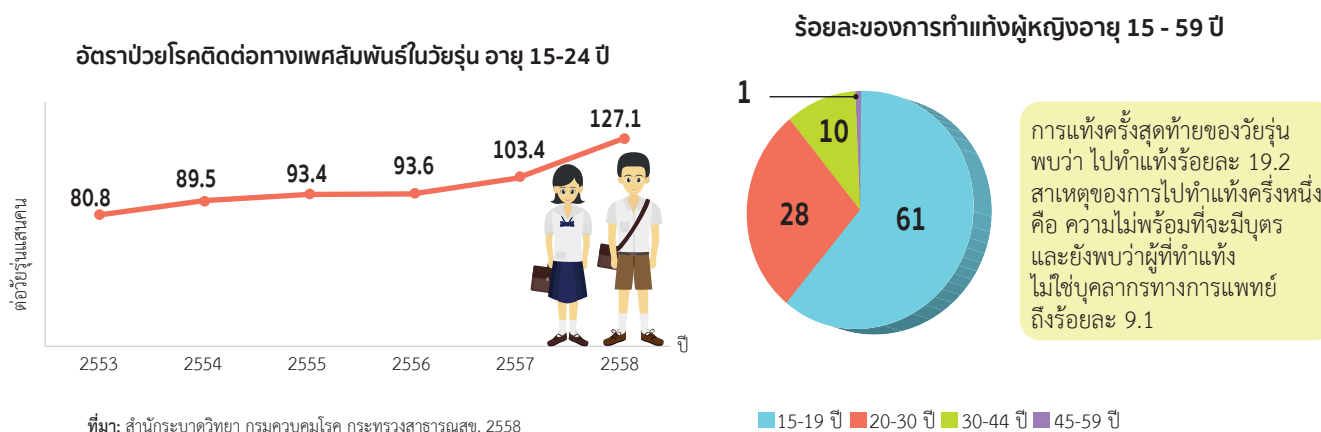
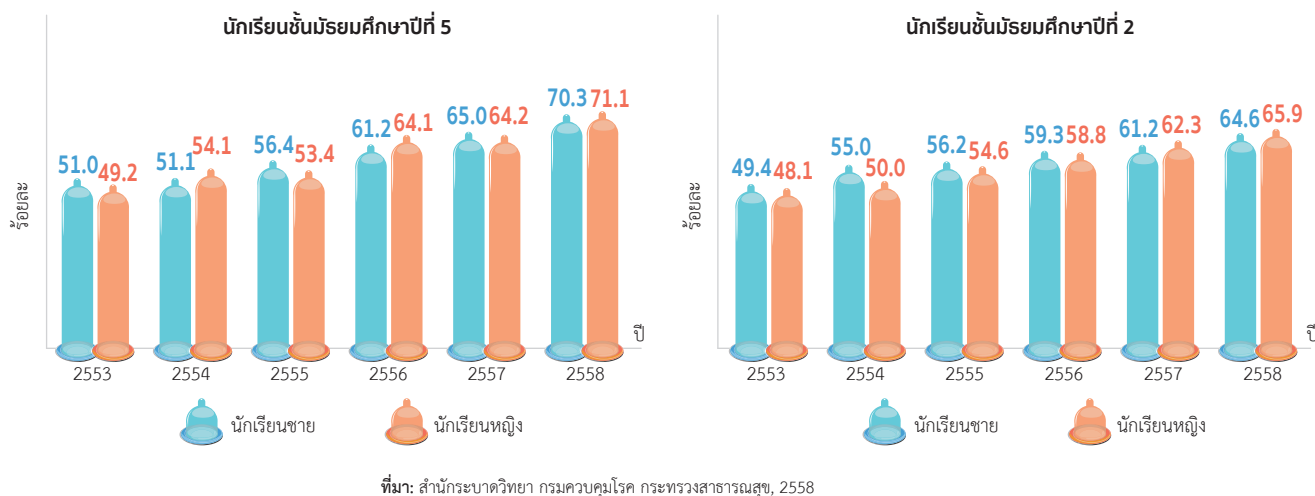
ที่มา: World Health Statistics, 2016

อัตราการคลอดวัยรุ่นหญิงไทย



ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (มิถุนายน 2559)
อัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนมัธยม



มีความผิดทางอาญา ปัจจุบันการทำแท้งมีทางเลือกที่สามารถทำได้ด้วยตนเองแต่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ โดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 9 สัปดาห์ ซึ่งสามารถทำได้อย่างปลอดภัย โดยปัจจุบันยาดังกล่าวขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และจัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว สำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม หากเลือกใช้วิธีนี้ควรศึกษาถึงผลข้างเคียงในการใช้ยาให้ถ่องแท้ และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ อย่างไรก็ตาม การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อมน่าจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าที่ควรต้องส่งเสริม

ที่น่าสนใจคือ สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผลักดันและเห็นชอบพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 ให้สิทธิแก่วัยรุ่น และให้อำนาจหน้าที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง ต้องติดตามว่ากฎหมายนี้จะช่วยแก้ปัญหานี้มากน้อยอย่างไร

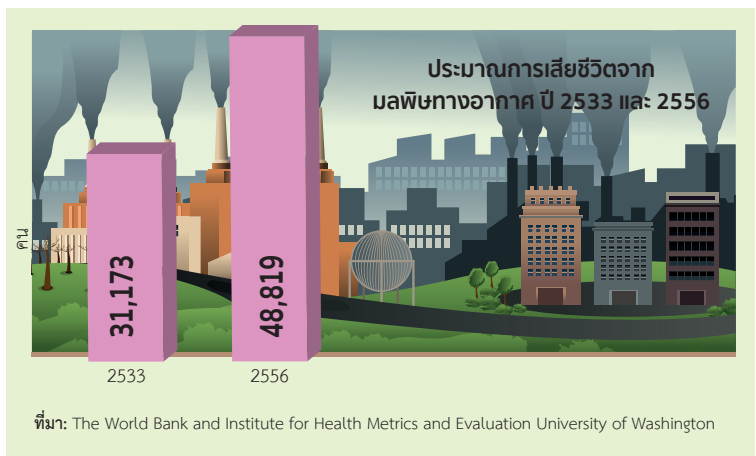


8 มลพิษ

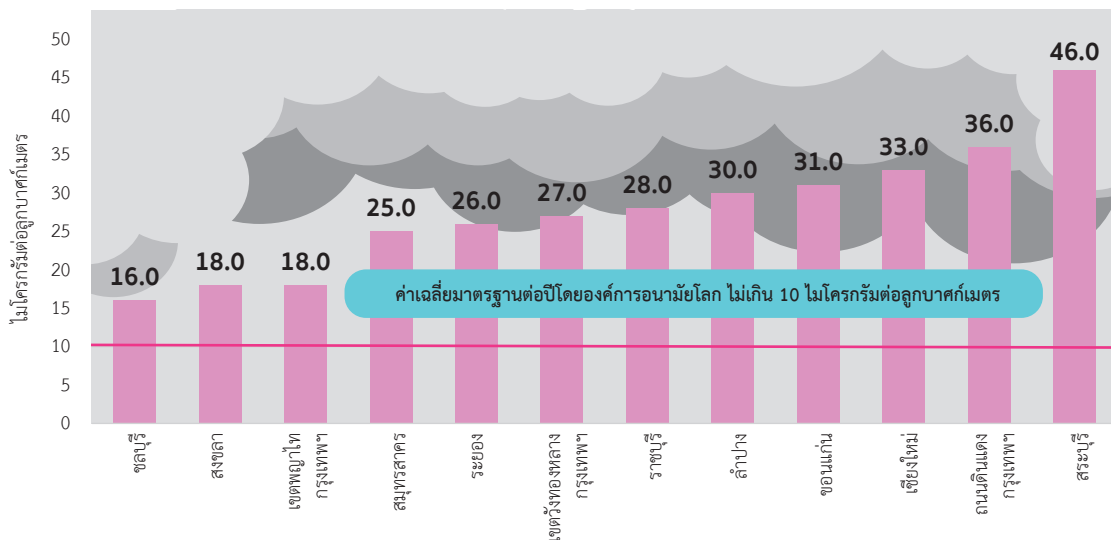
การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมมักเกิดขึ้นควบคู่กับของเสียอันตรายที่เพิ่มขึ้น ในช่วงปี 2546-2558 ของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเท่าตัว

พลวงหนึ่งจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วคือปัญหาด้านมลพิษและสารเคมีอันตราย หากไม่มีมาตรการจัดการหรือควบคุมที่ดีพอ ความเสียหายจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน เป้าหมาย SDG จึงมุ่งเน้นการลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตราย การปนเปื้อน และมลพิษทางอากาศ น้ำ และดินให้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายในปี 2573

ในประเทศกำลังพัฒนา มลพิษเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของคนไทย แนวโน้มการเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากประมาณ 30,000 คนในปี 2533 เป็นเกือบ 50,000 คน ในปี 2556 ตัวชี้วัดคุณภาพอากาศหนึ่งคือปริมาณฝุ่นละออง เช่น ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ซึ่งเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก สามารถแทรกซึมเข้าไปในทางเดินหายใจ เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากทางเดินหายใจ ติดเชื้อ มะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษพบว่าทุกเมืองใหญ่ในประเทศไทยที่มีการสำรวจมีฝุ่นพีเอ็ม 2.5 เกินค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่าไม่ควรเกิน 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรต่อปี¹

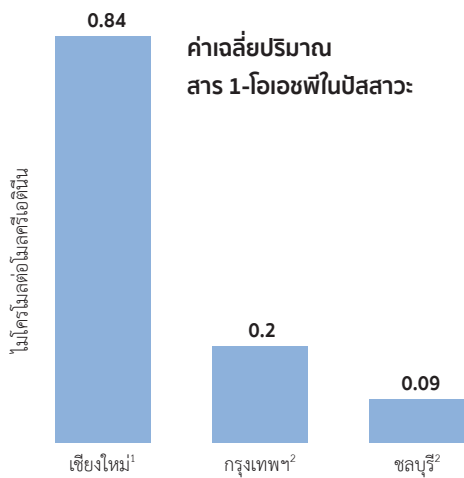


ค่าเฉลี่ยฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (ฝุ่น พีเอ็ม 2.5) ในปี 2558



ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2558

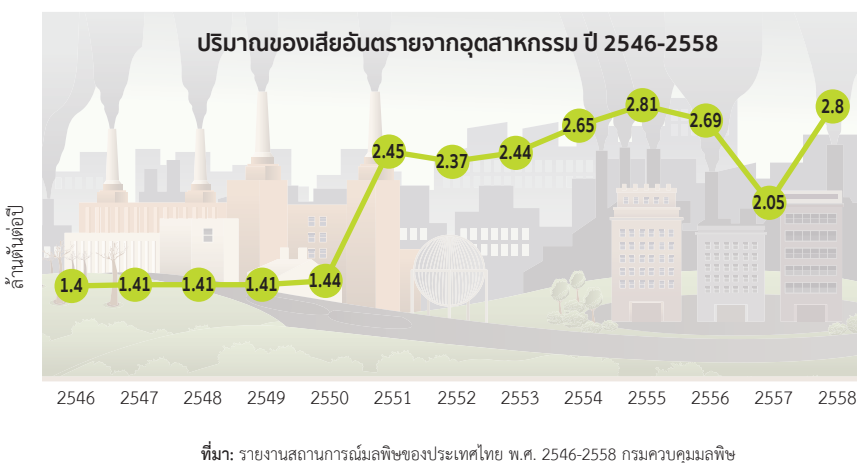
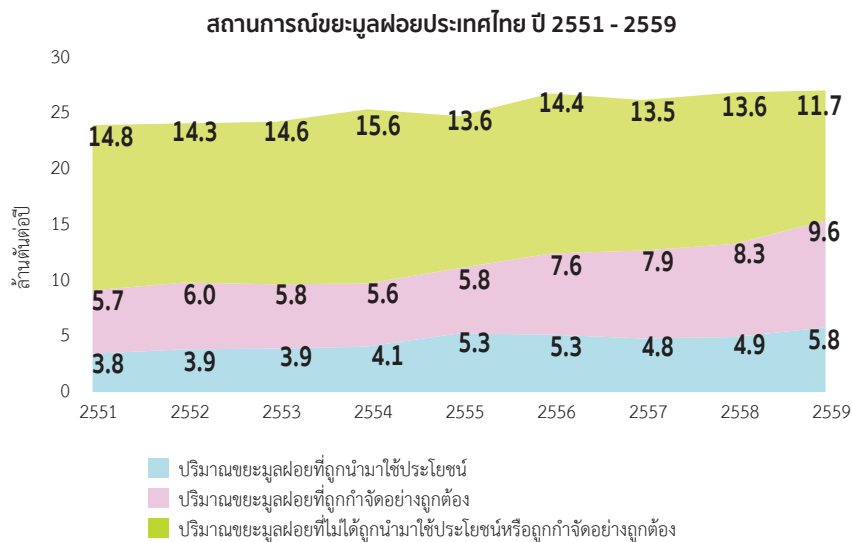
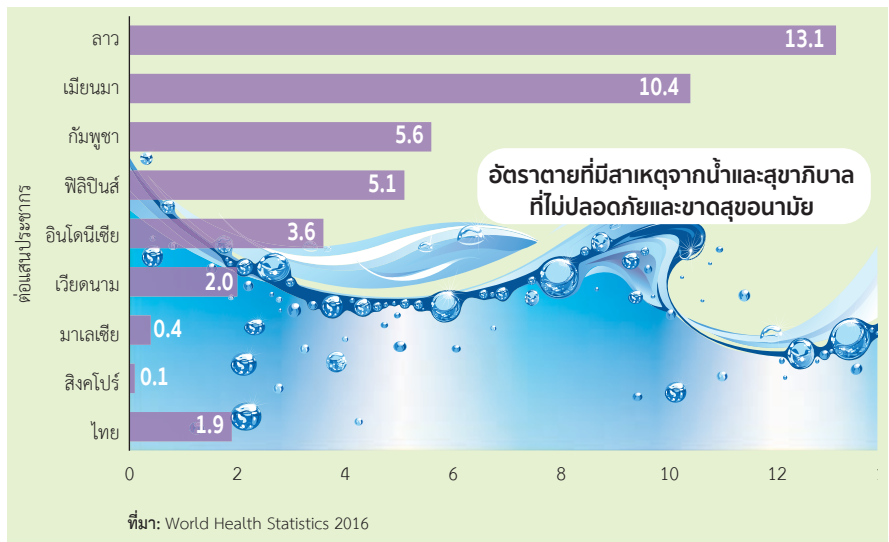
¹ ค่ามาตรฐานเฉลี่ยของประเทศไทยอยู่ที่ 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรในหนึ่งปี สูงกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก



หมายเหตุ: 1. ศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 9-12 ปี ในอำเภออมก๋อยและอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

2. ศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 10-12 ปี

ที่มา: Naksen et al. (2016) และ Ruchirawat et al. (2007)



มลพิษทางอากาศมีแหล่งกำเนิดจากโรงงานอุตสาหกรรม การจราจร การก่อสร้างและการเผาทุกชนิด ในภาคเหนือมีปัญหาหมอกควันที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในช่วงประมาณเดือนมีนาคมของทุกปี สาร 1-โอเอชพีในปัสสาวะเป็นสารบ่งชี้ชีวภาพการสัมผัสสารพีเอเอชจากมลพิษทางอากาศซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง จากการตรวจปัสสาวะพบว่าเด็กในอำเภออมก๋อยและอำเภอแม่แจ่มในช่วงเดือนมีนาคม 2558 ที่มีปัญหาหมอกควัน มีระดับสาร 1-โอเอชพีในปัสสาวะมากกว่าเด็กในกรุงเทพฯ ถึง 4 เท่าตัว

ขยะมูลฝอยยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นในทุกปี ถึงแม้ว่าขยะจะถูกกำจัดอย่างถูกต้องและนำมาใช้ประโยชน์มากขึ้น แต่ปริมาณขยะที่เหลือในปี 2559 ยังคงเป็นปริมาณที่สูงถึง 11.68 ล้านตัน นอกจากขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ยังมีปัญหาการกำจัดกากอุตสาหกรรมที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลักลอบทิ้งของเสียซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรในระยะยาว



9

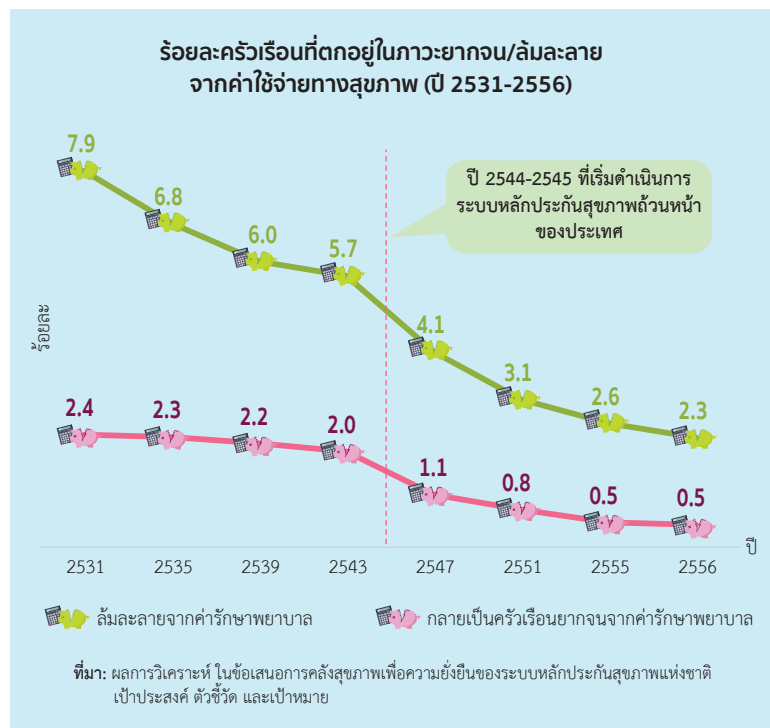
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวโน้มคนไทยล้มละลายและยากจนจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลงต่อเนื่อง แต่ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพคือความท้าทาย

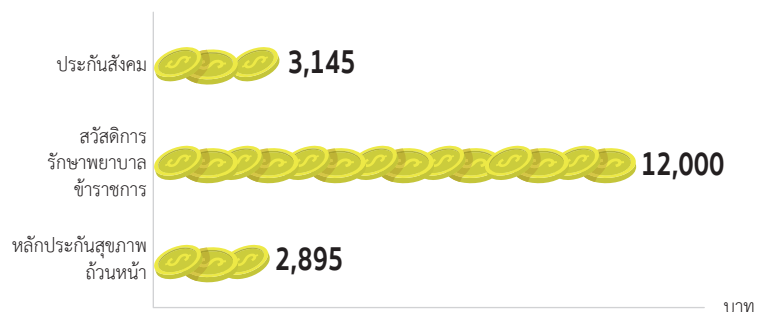
การที่ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงยาพื้นฐานและวัคซีนที่จำเป็น เป็นหลักการพื้นฐานในการบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ

ประเทศไทยดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544-2545 ซึ่งปัจจุบันสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพมีความครอบคลุมไปถึงประชาชนทุกคน ภายใต้ 3 กองทุนสุขภาพหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือโครงการบัตรทอง (ร้อยละ 73.7) ประกันสังคม (ร้อยละ 17.2) และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 7.4) ตลอด 15 ปีที่ผ่านมา คนไทยได้รับการคุ้มครองความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ดีขึ้นต่อเนื่อง สะท้อนจากร้อยละของครัวเรือนที่ล้มละลายและครัวเรือนที่ตกอยู่ในภาวะยากจนอันมีสาเหตุจากภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลงชัดเจนจากร้อยละ 5.7 และ 2.0 ในปี 2543 เหลือที่ร้อยละ 2.3 และ 0.5 ตามลำดับ ในปี 2556 ทั้งนี้การศึกษาจำนวนมากได้แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่ดีขึ้นของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่ยากจนและเปราะบาง เช่นแรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุและคนพิการ

อย่างไรก็ตาม การใช้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นซึ่งเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (ในด้านหนึ่งถือเป็นผลดีจากการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น และอีกส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนไทยที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูง) ทำให้ประเด็นเรื่องความเพียงพอของงบประมาณ



ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัว ปรับโครงสร้างอายุของ 3 กองทุนหลัก (ปี 2558)



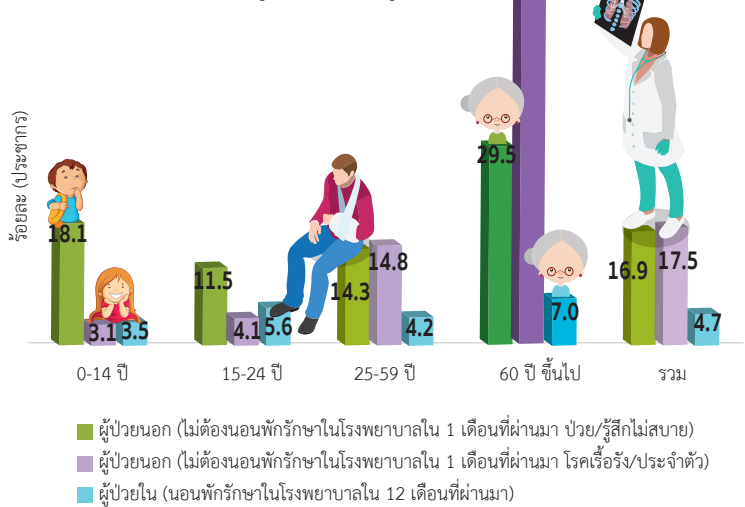
ที่มา: Policy Brief: Health System in Transition ระบบสาธารณสุขของไทย ความสำเร็จและความท้าทาย (HPP)

สุขภาพและความยั่งยืนของระบบหลักประกันใน
ระยะยาวเป็นความท้าทายที่สำคัญ เช่นเดียวกับการจัดการความไม่เท่าเทียมของ 3 กองทุนสุขภาพหลัก ทั้งในด้านการร่วมจ่ายและสิทธิประโยชน์ที่ยังมีความแตกต่างกันในหลายประเด็น

ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีข้อเสนอให้กำหนดเป้าประสงค์ 4 ด้าน หรือ SAFE คือ S-sustainability (ความยั่งยืน) A-adequacy (ความเพียงพอ) F-fairness (ความเป็นธรรม) และ E-efficiency (ประสิทธิภาพ) พร้อม 11 ตัวชี้วัดเพื่อเป็นกรอบกำกับการบริหารการคลังสุขภาพที่ยั่งยืนให้แกระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยในระยะยาว



อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

11 ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (Sustainability, Adequacy, Fairness, Efficiency: SAFE)

เป้า 1 ความยั่งยืน (Sustainability)	1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ไม่เกิน 5% ของ GDP 2. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ไม่เกิน 20% ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด
เป้า 2 ความเพียงพอ (Adequacy)	3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (คือ 4.6% ของ GDP ปี 2556) 4. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (คือ 17% ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด ปี 2556) 5. รายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐ ไม่เกิน 20% ของ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (คือ 11.3% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ปี 2556) 6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (คือ 2.3% ของครัวเรือนทั้งหมด ปี 2556) 7. อุบัติการณ์ครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (คือ 0.47% ของครัวเรือนทั้งหมด ปี 2556)
เป้า 3 ความเป็นธรรม (Fairness)	8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือน สำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ 9. บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (pre payment) และการจ่ายร่วม 9.1 การจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (pre payment) มีข้อเสนอ 2 ทาง คือทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบ หรือทุกคนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ 9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ หรือ Copayment at point of service 10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล 10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของแต่ละระบบหลักประกัน ไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$ 10.2 มาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบ เป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับบริการ
เป้า 4 ประสิทธิภาพ (Efficiency)	11. เพิ่มความมีประสิทธิภาพ-ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้งบประมาณปลายปีดี, มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ, มีการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกันและมีการใช้มาตรการของรัฐบาลอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ ปี 2556

- รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด คิดเป็น 4.6% ของ GDP
- รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ คิดเป็น 17% ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด
- รายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐ คิดเป็น 11.3% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด
- อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เท่ากับ 2.3%
- อุบัติการณ์ครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เท่ากับ 0.47%

ที่มา: สรุปจาก ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย

บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย มีแนวโน้มดีขึ้น โดยความแตกต่างของสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจากประมาณ 8 เท่าในปี 2547 เหลือเพียงประมาณ 4 เท่าในปี 2558

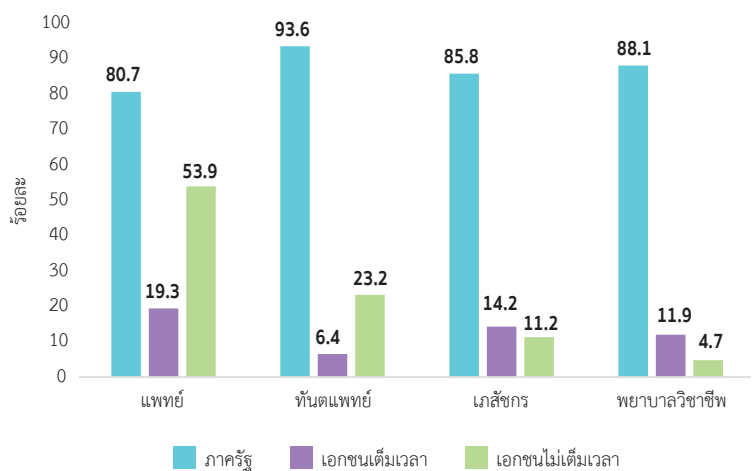
แนวโน้มการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันชี้ว่า ประเทศไทยน่าจะมีจำนวนแพทย์เพียงพอกับความต้องการในอนาคต แต่ยังต้องพัฒนาด้านการกระจายกำลังคน เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนไทยทุกคน

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ การให้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการตรวจวินิจฉัย การรักษา การให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำต่างๆ ล้วนต้องผ่านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งสิ้น ดังนั้น เป้าหมายด้านสุขภาพจะบรรลุผลได้ยาก หากไม่พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีจำนวนที่เพียงพอ มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึง เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน และมีบริการที่ได้มาตรฐาน

การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น จากข้อมูลสัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนมากกว่าระดับจังหวัดและระดับศูนย์ แสดงว่าประเทศไทยได้กระจายบุคลากรไปทั่วทุกภูมิภาคและให้ความสำคัญกับชุมชนมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ กรุงเทพฯ ที่มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรดีที่สุด แต่เกินครึ่งอยู่ในภาคเอกชนเต็มเวลา ดังนั้นไม่ใช่ทุกคนที่จะสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้

สัดส่วนบุคลากรสุขภาพ/สาธารณสุขในภาครัฐและภาคเอกชน



ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2558
หมายเหตุ: จำนวนแพทย์ 31,959 คน, ทันตแพทย์ 6,953 คน, เภสัชกร 12,231 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 149,183 คน

	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แพทย์	4,543	3,915	7,539	
ทันตแพทย์	525	939	3,109	
เภสัชกร	1,272	1,788	3,778	
พยาบาลวิชาชีพ	19,856	24,300	37,342	10,114
พยาบาลเทคนิค	645	737	419	
รวม	26,841	31,679	52,187	10,114

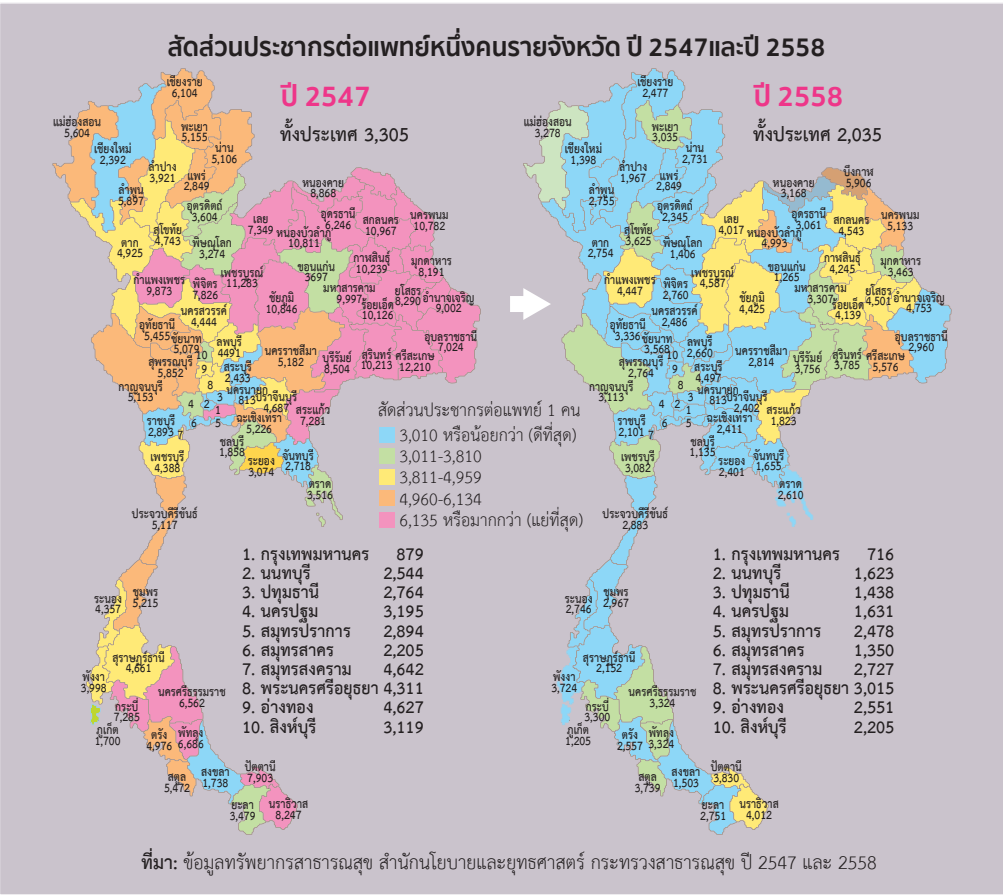
ที่มา: รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2558 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2558

จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ดีที่สุด 10 อันดับ ในปี 2558 (จำนวนประชากรต่อแพทย์หนึ่งคน)	
กรุงเทพฯ	716
นครนายก	813
ชลบุรี	1,135
ภูเก็ต	1,205
ขอนแก่น	1,265
สมุทรสาคร	1,350
เชียงใหม่	1,398
พิษณุโลก	1,406
ปทุมธานี	1,438
สงขลา	1,503

จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ที่แย่ที่สุด 10 อันดับ (จำนวนประชากรต่อแพทย์หนึ่งคน)	
บึงกาฬ	5,906
ศรีสะเกษ	5,576
นครพนม	5,133
หนองบัวลำภู	4,993
อำนาจเจริญ	4,753
เพชรบูรณ์	4,587
สกลนคร	4,543
ยโสธร	4,501
สระแก้ว	4,497
กำแพงเพชร	4,447

ที่มา: ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2558

ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ของไทยในอนาคตเป็นเรื่องที่ท้าทายเมื่อไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาของคนไทยมากขึ้น การผลิตบุคลากรจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนในอนาคต คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้คาดการณ์ความต้องการในปี 2569 และเสนอแนะให้คงอัตราการผลิตแพทย์และทันตแพทย์ไว้เท่าเดิม แต่ควรเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพและเภสัชกร โดยเน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ให้มากขึ้นเพื่อให้เมื่อจบแล้วกลับไปทำงานในท้องถิ่น ให้คนในชนบทมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต



คาดการณ์ความต้องการและจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่จะมีในปี 2569				
	คาดการณ์ความต้องการ ปี 2569			คาดการณ์จำนวนกำลังคนที่มี ปี 2569
	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 3	
1. แพทย์	30,610-37,620	34,913-41,437		62,779
2. พยาบาล	194,205-237,870	215,565		180,992 ¹ -193,048 ²
3. ทันตแพทย์	16,457-20,546	19,677- 20,955	16,557	17,415 (18,675)
4. เภสัชกร	14,020-17,135	47,786-64,700	-	39,913 ³

ที่มา: คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ, 2559.
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2560- 2569)

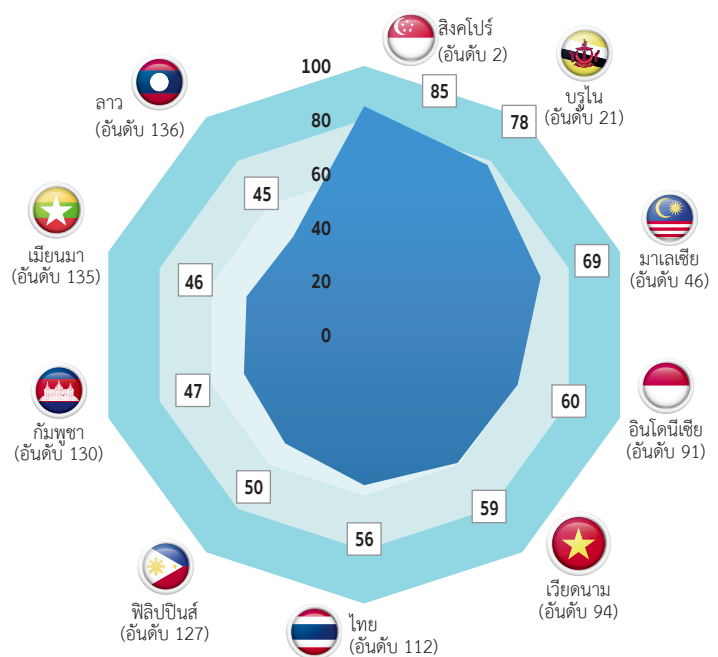
หมายเหตุ:	แพทย์			
	วิธีที่ 1 Health demand โดยใช้ Service utilization และคาดการณ์ในอนาคตโดยใช้การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรที่คิดสัดส่วนอายุ (Age adjusted)			
พยาบาล	วิธีที่ 2 ในระดับ primary care ใช้จำนวนแพทย์ 6,500 คนตามนโยบาย Primary Care Cluster ที่กำหนดให้แพทย์ในระดับปฐมภูมิเท่ากับ 1:10,000			
	วิธีที่ 1 Health demand			
ทันตบุคลากร	วิธีที่ 2 ใช้ Health demand ร่วมกับใช้ service target สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านและในชุมชน			
	1. ใช้จากพรรคคนที่พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ย 22 ปี			
	2. ใช้จากพรรคคนที่มีการเข้ารับการรักษา สามารถให้พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ย 25 ปี			
เภสัชกร	วิธีที่ 1 ใช้ Health demand			
	วิธีที่ 2 เป็น Mixed method โดยใช้ Health demand ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายบริการ (Service target)			
	วิธีที่ 3 ใช้ Modified population ratio			
	วิธีที่ 1 ใช้ Health demand approach คาดการณ์เฉพาะความต้องการเภสัชกรในสถานบริการเท่านั้น			
	วิธีที่ 2 คาดการณ์โดยใช้ System dynamic modeling ภายใต้ 2 สถานการณ์คือ กำลังคนที่น้อยที่สุดในการส่งมอบบริการภายใต้ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน และกำลังคนที่เพียงพอสำหรับการส่งมอบบริการที่พึงประสงค์ และคิดครอบคลุมเภสัชกรทั้งในสาขา โรงพยาบาล ร้านยา อุตสาหกรรมยา คัมภีร์ผู้บริโภค และการศึกษา			
	วิธีที่ 3 การคำนวณอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรใช้จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนของบริการผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่ งานจ่ายยาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมในร้านยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ			

ประเทศไทยยังตามหลังหลายประเทศในการบรรลุ SDG ด้านสุขภาพ โดยอยู่ในลำดับที่ 112 จาก 188 ประเทศ

นอกเหนือจาก ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายใต้ SDG: Goal 3 ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีเป้าหมายอื่นอีกหลายเรื่องที่ไทยยังคงมีสถานการณ์และความพร้อมต่ำในการบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะผลกระทบและการสูญเสียทางสุขภาพจากภัยพิบัติ ความสะอาดและความปลอดภัยของแหล่งน้ำใช้ ปัญหาความรุนแรงระหว่างบุคคล

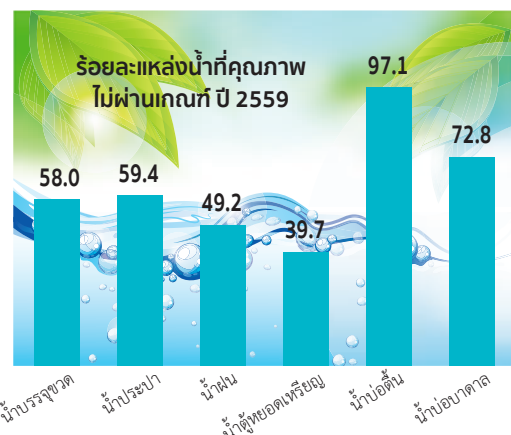
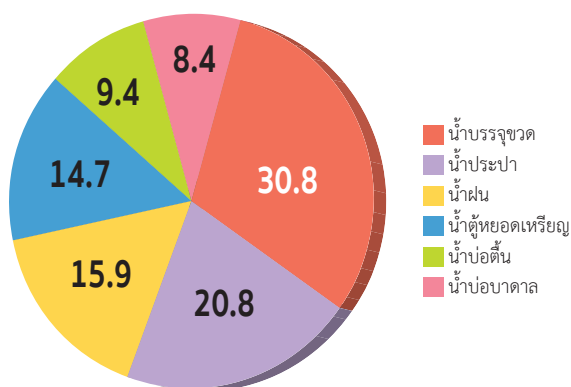
คณะความร่วมมือการศึกษาภาระโรคระดับโลก (Global Burden of Disease (GBD) Collaborators) ได้พัฒนา ดัชนีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ หรือ Health-related SDG Index ขึ้นเพื่อประเมินสถานการณ์และความก้าวหน้าของ 188 ประเทศทั่วโลกในการบรรลุตัวชี้วัด SDG ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเรื่องต่างๆ ทั้งหมด 33 ตัวชี้วัด ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ Goal 3 และจำนวนหนึ่งอยู่ภายใต้เป้าหมายอื่น จากผลการศึกษา ค่าดัชนีของไทยอยู่ที่ 56 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100) เรียงตามลำดับความก้าวหน้ามากที่สุดไปน้อยที่สุด จัดอยู่ในลำดับที่ 112 ซึ่งถือว่าอยู่ใน กลุ่มครึ่งหลังของประเทศในโลกตามหลังหลายประเทศในอาเซียน ทั้งสิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย อินโดนีเซียและเวียดนาม

ค่าคะแนนและอันดับของ Health-related SDG Index ของประเทศ ASEAN (ใน 188 ประเทศทั่วโลก)

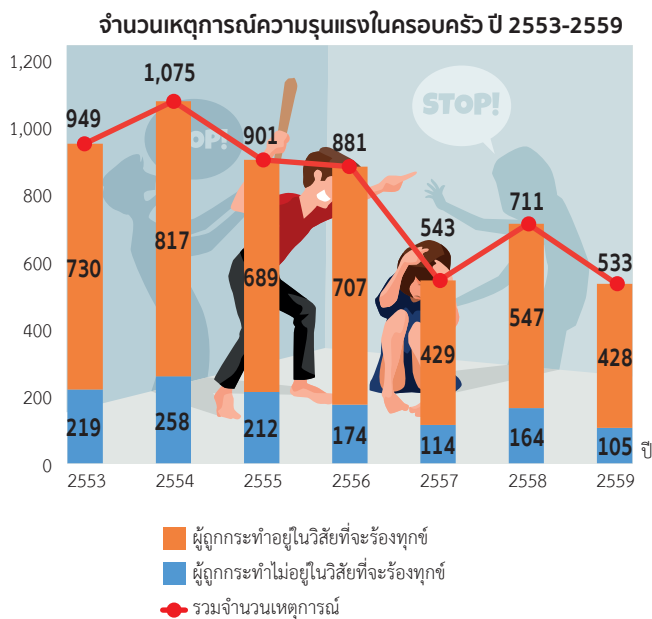


ที่มา: GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the the Global Burden of Disease Study 2015.

ร้อยละแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือนของคนไทย ปี 2557



ที่มา: รายงานสถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี 2551-2559, กรมอนามัย สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ



ที่มา: รวบรวมข้อมูลโดยศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำความรุนแรงในครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จำนวนสะสมผู้เสียชีวิตและได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสะสมของประเทศในอาเซียน ระหว่างปี 2549-2558

	ผู้เสียชีวิตสะสม	ผู้ได้รับผลกระทบ
กัมพูชา	947	3,977,465
อินโดนีเซีย	14,826	10,587,329
ลาว	179	1,423,020
มาเลเซีย	600	2,856,160
เมียนมา	139,608	12,335,552
ฟิลิปปินส์	20,078	107,230,842
ไทย	2,235	62,800,658*
เวียดนาม	2,825	18,708,726

ที่มา: World Disasters Report 2016 Resilience: Saving lives today, investing for tomorrow

หมายเหตุ: ภัยพิบัติในที่นี้มี 2 ลักษณะ คือ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ (เช่น ภัยแผ่นดินไหว ภูเขาไฟ ความแห้งแล้ง คลื่นร้อน น้ำท่วม พายุ หิมะและลูกเห็บ เป็นต้น) และภัยพิบัติทางเทคโนโลยี (เช่น จากสารเคมีอุตสาหกรรม (รั่วไหล ระเบิด) การเดินทางขนส่ง เป็นต้น)

จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง จากข้อมูล “ศูนย์พึ่งได้” (One-Stop Crisis Service)



ตัวชี้วัดนอก SDG: Goal 3 ที่ไทยมีค่าคะแนนต่ำ เรื่องแรก คือ “ภัยพิบัติ” ซึ่งหากอ้างอิงข้อมูลจากรายงานภัยพิบัติโลกในปี 2559 จะเห็นว่าแม้จำนวนการเสียชีวิตสะสมของคนไทยที่มีสาเหตุจากภัยพิบัติไม่ได้สูงจนน่าตกใจเมื่อเทียบกับประเทศอื่น แต่จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลับสูงมากถึง 62.8 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจำนวนหนึ่งเป็นผลจากตัวเลขผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์น้ำท่วมในช่วงปี 2554 เรื่องถัดมาเกี่ยวกับ “แหล่งน้ำใช้” โดยเฉพาะน้ำใช้เพื่อบริโภค ซึ่งปัจจุบันพบว่า ครึ่งเรือนไทย

บริโภคน้ำบรรจุขวดมากเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วย น้ำประปา น้ำฝน และน้ำตู้หยอดเหรียญ ผลการสำรวจข้อมูลและสัมภาษณ์อย่างทั่วประเทศของกรมอนามัยพบว่าแหล่งน้ำดื่มเหล่านี้จำนวนมากมีคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์ ยกตัวอย่างเช่น น้ำบรรจุขวด และน้ำประปาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถึงเกือบร้อยละ 60

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพอีกเรื่องที่เป็นความท้าทายที่สำคัญ คือ “ความรุนแรงระหว่างบุคคล” โดยในปี 2559 มีเหตุความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นในประเทศไทยถึง 533 กรณี และจากข้อมูลศูนย์พึ่งได้ ทุกชั่วโมงจะมีเด็กและสตรีไทยถูกกระทำด้วยความรุนแรงมากถึง 3 คน ตัวเลขเหล่านี้เป็นที่น่ากังวล เพราะอาจจะยังไม่รวมอีกหลายเหตุการณ์ความรุนแรงที่ผู้ถูกกระทำหรือเหตุการณ์นั้นไม่ได้ถูกรายงานหรือถูกค้นพบ



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. ชี้อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2560* (เลขหน้าของบทความ). นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. รัฐธรรมนูญผ่านประชามติเห็นหน้าโรดแมปสู่การเลือกตั้ง. *สุขภาพคนไทย 2560*
(หน้า 106-109). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

10

สถานการณ์เด่น
ทางสุขภาพ

รัฐธรรมนูญผ่านประชามติ เดินหน้าโรดแมปสู่การเลือกตั้ง



เหตุการณ์ที่ต้องบันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์ทางการเมืองของประเทศ คือ การออกเสียงประชามติของคนไทย ต่อร่างรัฐธรรมนูญ เมื่อ 7 สิงหาคม 2559 โดยประชาชนส่วนใหญ่ให้ความเห็นชอบกับร่างรัฐธรรมนูญ เพื่อให้ประกาศใช้เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ พร้อมกับเห็นชอบกับคำถามพ่วงให้สมาชิกวุฒิสภา (ส.ว.) ร่วมลงคะแนนเลือกนายกรัฐมนตรีกับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) ในช่วง 5 ปีแรกหลังรัฐธรรมนูญ มีผลบังคับใช้ภายหลังการลงประชามติดังกล่าว ภาครัฐจะเดินหน้าโรดแมปโดยออกกฎหมายเลือกตั้งและกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะนำไปสู่การเลือกตั้งทั่วไปให้ประเทศไทยเข้าสู่กระบวนการประชาธิปไตยต่อไป คาดว่าการเลือกตั้งครั้งใหญ่จะเกิดขึ้นในปี 2561 หลังงานพระราชพิธีสำคัญเสร็จสิ้นลง

รัฐธรรมนูญฉบับมีชัย ฤชุพันธุ์

ในรัฐบาลยุคคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้มีการยกร่างรัฐธรรมนูญ (รธน.) ฉบับแรกโดย ศ.ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เป็นประธานกรรมาธิการยกร่าง

รัฐธรรมนูญ โดยร่าง รธน. เสร็จสิ้นลงในปี 2558 แต่สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ไม่เห็นชอบร่าง รธน. ฉบับดังกล่าว คสช.จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ (กรธ.) จำนวน 21 คน มาจัดทำร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่อีกครั้ง โดยกำหนดให้นายมีชัย ฤชุพันธุ์ เป็นประธานคณะกรรมการร่าง

รัฐธรรมนูญ กำหนดระยะเวลาการร่างรัฐธรรมนูญไว้ 6 เดือน ตั้งแต่พฤศจิกายน 2558 จนถึงเมษายน 2559 เมื่อร่าง รธน. เสร็จสิ้นแล้ว ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ต้องนำร่าง รธน. ทั้งฉบับ ไปขอความเห็นชอบจากประชาชนโดยการลงประชามติ จากนั้นจึงจะนำขึ้นทูลเกล้าฯ เพื่อทรงลงพระปรมาภิไธย และประกาศใช้เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ

ร่าง รธน. ฉบับมีชัยฯ ประกอบด้วยเนื้อหา 279 มาตรา 16 หมวด และบทเฉพาะกาล โดยมีประเด็นสำคัญที่สาธารณชนให้ความสนใจเป็นพิเศษคือ “ที่มาของนายกรัฐมนตรี” ซึ่งเปิดช่องให้นายกฯ คนนอกที่มีได้เป็น ส.ส. ได้ ส.ว.จำนวน 250 คน ส่วนหนึ่งมาจากคณะกรรมการสรรหาที่แต่งตั้งโดย คสช. และอีกส่วนหนึ่งมาโดยตำแหน่ง อาทิ ปลัดกระทรวงกลาโหม ผู้บัญชาการกองทัพไทย ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการทหารอากาศและผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ส่วน ส.ส. จะมีจำนวน 500 คน ใช้ระบบจัดสรรปันส่วนผสมที่ใช้บัตรเลือกตั้งใบเดียว โดยนำคะแนนการเลือกตั้ง ส.ส. เขต มาคำนวณหา ส.ส. ระบบบัญชีรายชื่ออีกทีหนึ่ง อีกประเด็นที่สำคัญคือกลไกป้องกันไม่ให้คนทุจริตเข้าสู่การเมือง โดยร่าง รธน. ฉบับมีชัยฯ กำหนดเป็นลักษณะต้องห้ามไม่ให้บุคคลบางกลุ่ม เป็น ส.ส., ส.ว., และรัฐมนตรี เช่น บุคคลที่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ากระทำความผิดฐานทุจริตหรือประพฤติมิชอบ หรือคนที่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ากระทำการทุจริตในการเลือกตั้ง นอกจากนี้ยังมีหมวดการปฏิรูปประเทศที่แยกออกมาเฉพาะ โดยกำหนดให้มีการปฏิรูปทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ การเมือง การบริหารราชการแผ่นดิน กฎหมาย กระบวนการยุติธรรม การศึกษา เศรษฐกิจ และอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม ร่าง รธน. ฉบับมีชัยฯ ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่า มีบทบัญญัติที่กำหนดให้แก้ไขได้ยากมาก โดยกระบวนการลงมติตามมาตรา 253 ของร่าง รธน. ฉบับนี้ กำหนดไว้ว่าจะแก้ไขได้โดยใช้เสียงข้างมากจากรัฐสภาภายใต้เงื่อนไขว่า ต้องมีเสียงสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 จากทุกพรรคการเมือง และ ส.ว. จำนวน 1 ใน 3 ลงมติให้การเห็นชอบ ซึ่งแตกต่างจาก รธน. ปี 2540 และ รธน. ปี 2550 ที่กำหนดเพียงให้ใช้เสียงข้างมากจากรัฐสภาเท่านั้น ดังนั้น ร่าง รธน. ฉบับมีชัยฯ ถ้าเป็นข้อเสนอแก้ไขจากกลุ่มที่มีอำนาจและฐานเสียงในสภามาก ก็ยังพอมีโอกาสแก้ไขได้บ้าง

แต่ถ้าเป็นกลุ่มที่มีอำนาจต่อรองน้อยก็แทบแก้ไขไม่ได้เลย ยิ่งไปกว่านั้นยังมีข้อกำหนดเพิ่มเติมให้การแก้ไข รธน. ในบางเรื่องต้องทำประชามติด้วย เช่น หมวดทั่วไป หมวดพระมหากษัตริย์ เรื่องคุณสมบัติของผู้ดำรงตำแหน่งต่างๆ ตาม รธน. และอำนาจหน้าที่ขององค์กรอิสระ เป็นต้น ทั้งนี้ก่อนการลงประชามติ เมื่อ 7 สิงหาคม 2559 ได้มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากร่าง รธน. ฉบับมีชัยฯ ไม่ผ่านการลงประชามติ หลายฝ่ายเกรงว่า อาจส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพของรัฐบาล คสช. เนื่องจาก กลุ่มการเมืองต่างๆ อาจฉวยโอกาสปลุกกระแสต่อต้านรัฐบาลได้

สิทธิด้านสาธารณสุขใน รธน. ฉบับมีชัยฯ

สำหรับร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2559 เนื้อหาด้านสาธารณสุข ปรากฏอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47-48

มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

มาตรา 48 “สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ ...บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

นอกจากนี้ยังเขียนอยู่ในหมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด”

อนึ่งบริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย

ประเด็นสิทธิทางสาธารณสุขในร่างรัฐธรรมนูญข้างต้น ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากภาคประชาสังคมบางส่วนว่า ถดถอยไปจากรัฐธรรมนูญฉบับก่อนหน้า โดยนายนิมิตร เทียนอุดม อดีตกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่า สิทธิการรักษาพยาบาลในร่างฉบับนี้ด้อยกว่ารัฐธรรมนูญ ปี 2540 และ 2550 เพราะยึดแนวทางการสงเคราะห์จาก ภาครัฐแบบเดิมๆ¹ ทางด้านเครือข่ายแพทย์ชนบทก็ได้แสดงความกังวลเช่นกัน โดย นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ กรรมการชมรมแพทย์ชนบท และ ผอ.รพ.จะนะ จ.สงขลา มองว่า การเปลี่ยนสิทธิเป็นการสงเคราะห์โดยรัฐลดชั้นจากเดิมที่ หลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของทุกคนอย่างเท่าเทียม ไม่ว่าจะเป็นคนยากไร้ คนพิการ ผู้สูงอายุและเด็ก ดังนั้น มาตรา 47 ที่เขียนขึ้นมาใหม่สามารถตีความได้ว่า เปิดช่องให้ประชาชนนอกจาก 4 กลุ่มนี้ต้อง “ร่วมจ่าย” เพราะ รัฐเห็นว่าหลักประกันสุขภาพเป็นภาระ² อย่างไรก็ตาม นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กรรมการ สปสช. และผู้ทรงคุณวุฒิด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ชี้ว่าประเด็นที่มีผู้วิจารณ์ว่า รัฐธรรมนูญฉบับนี้ตัดสิทธิเรื่องความเท่าเทียมนั้น เป็นความเข้าใจผิด เพราะ มีการรับรองไว้แล้วในมาตรา 4 วรรคสอง ทั้งนี้กรรมการ ร่างรัฐธรรมนูญ (กรธ.) ก็ยืนยันว่า เนื้อหาในร่าง รธน. ไม่มีการตัดสิทธิของประชาชน แต่ในทางกลับกันเป็นการเพิ่มสิทธิมากขึ้น รวมถึงสิทธิจากระบบบัตรทองที่เดิมไม่เคยถูกระบุ ไว้มาก่อน

ทิศทางการปฏิรูปด้านสาธารณสุขไทย

นายมิชัย ฤชุพันธุ์ ประธาน กรธ. ได้บรรยายพิเศษ เรื่อง “รัฐธรรมนูญกับการปฏิรูประบบสุขภาพ” ว่าร่าง รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้บรรจุเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไว้ในร่างรัฐธรรมนูญ เพื่อให้เกิดคุณภาพและ ประสิทธิภาพที่สูงขึ้น ประชาชนได้รับประโยชน์มากขึ้น และ ทำให้ระบบนี้ยั่งยืนต่อไป ไม่ได้มีการล้มเลิกนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคอย่างที่หลายฝ่ายกังวล นอกจากนี้สิ่งที่เพิ่มขึ้น มาจากรัฐธรรมนูญในอดีต คือการดูแลประชาชนครอบคลุม ตั้งแต่เกิดจนตาย ให้มีความรู้ ป้องกัน รักษา พันฟู ครบวงจร รวมทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนในประเทศมีหมอประจำ ครอบครัวด้วยการให้มีแพทย์เวชศาสตร์ประจำครอบครัว ควบคู่ไปกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ³ สิ่งที่นายมิชัยฯ

กล่าวถึงนั้นกำหนดไว้ในหมวดการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ข ข้อ (4) รัฐต้องปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้ รับสิทธิประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึง บริการที่มีคุณภาพ สะดวกทัดเทียมกัน และ (5) ให้มีระบบ การแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแล ประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

ส่วนนายภัทร คำพิทักษ์ กรธ. ได้ยืนยันเช่นกันว่า เนื้อหาในร่างนั้นได้กำหนดให้กองทุนต่างๆ ต้องปรับระบบ ให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม โดยกองทุน สุขภาพทั้ง 3 กองทุนที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ กองทุนสวัสดิการ ข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และบัตรทอง ต้องมีการ ปรับสิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการ และการเข้าถึงบริการ ให้อยู่ภายใต้คุณภาพ และสะดวกทัดเทียมกัน นอกจากนั้น ประชาชนจะได้รับการดูแลที่ดีขึ้นจากรัฐ ที่ระบุไว้ในมาตรา 55 ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” เท่ากับว่าเป็นการให้บริการแบบ ครบวงจร⁴

ผลการลงประชามติผ่านฉลุย 61:39

การลงประชามติเมื่อ 7 สิงหาคม 2559 ผลปรากฏว่า มีผู้เห็นชอบร่างรัฐธรรมนูญจำนวน 16,820,402 เสียง คิดเป็น 61.35% ไม่เห็นชอบ 10,598,037 เสียง หรือ 38.65% ส่วนการลงประชามติในคำถามพ่วงที่ถามว่า “ท่านเห็นชอบ หรือไม่ว่า เพื่อให้การปฏิรูปประเทศเกิดความต่อเนื่อง ตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ สมควรกำหนดไว้ใน บทเฉพาะกาลว่า ในระหว่าง 5 ปีแรกนับแต่วันที่มีรัฐสภา ชุดแรกตามรัฐธรรมนูญนี้ ให้ที่ประชุมร่วมกันของรัฐสภา เป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นชอบบุคคลซึ่งสมควรได้รับ แต่งตั้งเป็นนายกรัฐมนตรี” มีคะแนนเสียงเห็นชอบ 15,132,050 เสียง คิดเป็น 58.07% และไม่เห็นชอบ 10,926,648 เสียง หรือ 41.93%

สำหรับผู้มีสิทธิออกเสียงประชามติครั้งนี้มีจำนวน 50,071,589 คน มีผู้มาใช้สิทธิ 29,740,677 คน คิดเป็น 59.4% เป็นบัตรดี 96.85% เทียบกับการลงประชามติ ร่างรัฐธรรมนูญเมื่อปี 2550 แล้ว ปี 2559 มีผู้มาใช้สิทธิ มากกว่าปี 2550 ซึ่งมีจำนวน 25.9 ล้านคนจากจำนวน ผู้มีสิทธิ 45 ล้านคน คิดเป็น 57.61% ทั้งนี้ ภาคอีสานลงมติ

ไม่รับร่างมากที่สุด และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาสก็ได้รับร่างเช่นกัน ขณะที่จังหวัดที่มีคะแนนเสียงเห็นชอบร่างและคำถามพ่วงมากที่สุด 5 จังหวัดแรก ได้แก่ ชุมพร นครศรีธรรมราช ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี และระนอง

โรดแมปยับยั้งเลือกตั้งหลังงานพระราชพิธี

หลังจากร่างรัฐธรรมนูญผ่านความเห็นชอบจากการทำประชามติ ทำให้โรดแมปสู่การเลือกตั้งมีความชัดเจนมากขึ้น โดย พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีกล่าวผ่านรายการเดินหน้าประเทศไทยว่า ทุกอย่างจะเป็นไปตามโรดแมปที่เคยประกาศไว้ โดยจะมีการเลือกตั้งในปลายปี 2560⁵ ซึ่งตามขั้นตอนต้องแก้ไขเพิ่มเติมบทเฉพาะกาลของร่างรัฐธรรมนูญให้สอดคล้องกับประชามติตามประเด็นคำถามพ่วงซึ่งได้รับความเห็นชอบจากประชาชนแล้ว และส่งให้ศาลรัฐธรรมนูญตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นจะนำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อทรงพิจารณาและลงพระปรมาภิไธย ใช้เวลารวมแล้วไม่เกิน 3 เดือน

นายกรัฐมนตรีระบุว่าเมื่อทรงลงพระปรมาภิไธยและประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่แล้ว รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ. 2557 จะสิ้นสุดลงและรัฐธรรมนูญฉบับใหม่จะเริ่มใช้บังคับ โดย กรธ. จะต้องจัดทำกฎหมายประกอบอีก 10 ฉบับ ที่สำคัญคือกฎหมายเกี่ยวกับการเลือกตั้ง ส.ส. การได้มาซึ่ง ส.ว. คณะกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) และพรรคการเมือง จากนั้นจึงเสนอให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) พิจารณา คาดว่าจะประกาศใช้ได้ไม่เกินกลางปี 2560 หลังจากนั้นเป็นหน้าที่ กกต. ที่จะจัดการเลือกตั้งทั่วไปให้แล้วเสร็จภายใน 150 วันซึ่งก็คือช่วงปลายปี 2560

อย่างไรก็ตามระหว่างที่ กรธ. ได้จัดทำกฎหมายลูกและรอให้ “ในหลวงรัชกาลที่ 9” ทรงลงพระปรมาภิไธยนั้น ได้เกิดเหตุการณ์ที่นำมาสู่ความโศกเศร้าของคนไทยทั้งประเทศ เมื่อสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เสด็จสวรรคต เมื่อ 13 ตุลาคม 2559 ในช่วงแรกรัฐบาลยืนยันว่า กระบวนการเปลี่ยนผ่านรัชกาลครั้งนี้จะไม่กระทบการเลือกตั้งที่วางไว้ในปลายปี 2560 ต่อมาเมื่อ 10 มกราคม 2560 พล.อ.ประยุทธ์ ได้แถลงว่าสำนักกราชเลขาธิการสำนักพระราชวัง ได้ทำเรื่องมาที่รัฐบาลว่ามีประเด็นที่ต้อง

แก้ไขในร่าง รธน. ในหมวดพระมหากษัตริย์ 2 ประเด็น คือ เรื่องผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ และการขอพระราชทานร่างที่ผ่านประชามติกลับคืนมาแก้ไข ทั้งหมดเพื่อให้เป็นไปตามพระราชอำนาจของพระองค์⁶ จากนั้นรัฐบาลได้เสนอร่าง (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2557 แก้ไขเพิ่มเติมเข้าสู่ สนช. โดยพิจารณา 3 วาระรวด ที่ประชุมเห็นชอบต่อการแก้ไขเป็นเอกฉันท์ในส่วนนี้ พล.อ.ประยุทธ์ ยืนยันว่ากระบวนการแก้ไขร่างฉบับประชามติจะใช้เวลาไม่เกิน 3 เดือน ส่วนการเลือกตั้งจะเกิดขึ้นหลังจากงานพระราชพิธีพระบรมศพและพิธีบรมราชาภิเษก โดยคาดว่าพรรคการเมืองจะหาเสียงได้ในช่วงปลายปี 2560 และในปี 2561 ก็จะได้รัฐบาลชุดใหม่ภายหลังการเลือกตั้ง ต่อมา ดร.วิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี ได้ยืนยันว่าระหว่างที่มีพระราชพิธีสำคัญ จะมีการเลือกตั้งมาแทรกในช่วงเวลาอันสำคัญนี้ไม่ได้ แต่เมื่อไปถึงช่วงหนึ่งคงจะประกาศวันเลือกตั้งล่วงหน้าได้ เพื่อให้พรรคการเมืองทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งการจัดตั้งพรรคการเมือง ประชุมพรรคการเมือง หาหวัคคะแนน หาเสียง โดยยังไม่ยุ่งเกี่ยวอะไรกับวันเลือกตั้ง⁷

บทส่งท้าย

ภายหลังการลงประชามติรับรองร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2559 ภาครัฐได้เร่งออกกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญเพื่อนำไปสู่การเลือกตั้ง ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นในปี 2561 โดยรัฐธรรมนูญฉบับใหม่นี้ ได้บรรจุเรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ในร่างรัฐธรรมนูญ และเน้นการดูแลประชาชนครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีหมอประจำครอบครัว ส่วนภาคประชาสังคมก็คาดหวังว่า สิทธิต่างๆ ด้านสาธารณสุขที่ประชาชนพึงจะได้รับยังคงมีมาตรฐานและเสมอภาค โดยเฉพาะระบบกองทุนสุขภาพ สุดท้ายแล้วเมื่อร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่บังคับใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งประกันสังคม บัตรทอง และ สปสช. จะต้องปรับระบบการให้บริการ การรักษา การเพิ่มสิทธิต่างๆ ให้ทัดเทียม มีมาตรฐาน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป





ในยุครัฐบาล คสช. มีผู้กล่าวถึงคำว่า ยุทธศาสตร์ชาติบ่อยครั้ง คนจำนวนไม่น้อยคงเกิดความสงสัยว่า ยุทธศาสตร์ชาติที่ปรากฏในสื่อต่างๆ คืออะไร ยุทธศาสตร์ชาติของประเทศไทยกำหนดไว้อย่างไร ยิ่งเมื่อทราบว่า ประเทศไทยกำลังจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศล่วงหน้าถึง 20 ปี หลายคนได้ตั้งคำถามว่า การกำหนดยุทธศาสตร์ล่วงหน้าขนาดนี้เป็นการเหมาะสมแล้วหรือไม่ รัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศในอนาคตจะมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งมีกำหนดเวลาฉบับละห้าปีนั้น จะมีบทบาทอย่างไร มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติอย่างไร บทความนี้จะกล่าวถึงยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และผลที่จะเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประชาชนในอนาคต

ยุทธศาสตร์ชาติ เป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศ

ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ผ่านการทำประชามติเมื่อ 7 สิงหาคม 2559 ได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ไว้ในรัฐธรรมนูญเป็นครั้งแรก เพื่อวางเป้าหมายระยะยาวในการพัฒนาประเทศ กระบวนการวางยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในอีก 20 ปีข้างหน้า เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังมาตั้งแต่ 30 มิถุนายน 2558 โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติตามที่สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (สลค.) เสนอให้จัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ระหว่างปี 2560–2579 โดยเห็นชอบให้มีการตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติที่มีเลขาธิการนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน”¹

ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กล่าวถึงยุทธศาสตร์ชาติไว้ในหลายมาตรา อาทิ มาตรา 65 รัฐพึงจัด

ให้มียุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว การจัดทำ การกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย และสาระที่พึงมีในยุทธศาสตร์ชาติให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ ทั้งนี้กฎหมายดังกล่าวต้องมี บทบัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทุกภาคส่วนอย่างทั่วถึงด้วย ...

มาตรา 142 ในการเสนอร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ ต้องแสดงแหล่งที่มาและประมาณการรายได้ ผลสัมฤทธิ์หรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการจ่ายเงิน และ**ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ** และแผนพัฒนาต่างๆ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ที่บัญญัติไว้ในกฎหมายว่าด้วยวินัยทางการเงินการคลังของรัฐ

มาตรา 162 คณะรัฐมนตรีที่จะเข้าบริหารราชการแผ่นดินต้องแถลงนโยบายต่อรัฐสภา ซึ่งต้องสอดคล้องกับหน้าที่ของรัฐ แนวนโยบายแห่งรัฐ และยุทธศาสตร์ชาติ...

จากบทบัญญัติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภายหลังจากที่รัฐธรรมนูญประกาศใช้แล้ว ยุทธศาสตร์ชาติจะถูกนำไปใช้เป็นกรอบในการวางแผนบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาล แผนการดำเนินการของส่วนราชการ รวมถึงแผนการจัดสรรงบประมาณ ทั้งนี้เนื้อหาสาระที่จะปรากฏในยุทธศาสตร์ชาติจะต้องเป็นไปตามกฎหมายที่จะบัญญัติขึ้น

ทำไมจึงต้องมียุทธศาสตร์ชาติ

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งแต่ละแผนฯ มีระยะเวลาห้าปีเท่านั้น

แต่ในทางปฏิบัติ รัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศมักให้ความสำคัญกับนโยบายสำคัญของพรรคที่หาเสียงไว้กับประชาชนเป็นลำดับแรก เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลก็มักจะเปลี่ยนนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมหลายเรื่อง ทำให้การบริหารงานขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อเป็นการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศและเพื่อเป็นการกำหนดให้รัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศมีความรับผิดชอบที่จะต้องขับเคลื่อนประเทศไปสู่เป้าหมายที่ทุกคนในประเทศยอมรับร่วมกัน จึงมีแนวคิดจากหลายฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ สมาชิบขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (เดิมคือ สมาชิบปฏิรูปแห่งชาติ) นักวิชาการจากหลายองค์กรที่เห็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีเป้าหมายการพัฒนาในระยะยาว หรือที่เรียกว่า “ยุทธศาสตร์ชาติ” เพื่อให้แต่ละรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศกำหนดนโยบายเพื่อบังคับเป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดไว้ และเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายของกระทรวงต่างๆ ให้เป็น

แผนภาพที่ 1 วิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

วิสัยทัศน์: ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง		
ความมั่นคง	ความมั่งคั่ง	ความยั่งยืน
- การมีความมั่นคงปลอดภัย จากภัยและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ ในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ สังคม ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล และมีความมั่นคงทุกมิติ ทั้งมิติเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเมือง - ประเทศ มีความมั่นคงในเอกราชและอธิปไตย มีสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ที่เข้มแข็งเป็นศูนย์กลางและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของประชาชน ระบบการเมืองที่มั่นคงเป็นกลไก ที่นำไปสู่การบริหารประเทศที่ต่อเนื่องและโปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาล - สังคม มีความปรองดองและความสามัคคี สามารถผนึกกำลังเพื่อพัฒนาประเทศ ชุมชน มีความเข้มแข็ง ครอบครัวมีความอบอุ่น - ประชาชน มีความมั่นคงในชีวิต มีงานและรายได้ที่มั่นคง พอเพียงกับการดำรงชีวิต มีที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน - ฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม มีความมั่นคงทางอาหาร พลังงาน และน้ำ	- ประเทศไทยมีการขยายตัวของเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ยกระดับเป็นประเทศในกลุ่มประเทศรายได้สูง ความเหลื่อมล้ำของการพัฒนาลดลง ประชากรได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาอย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น - เศรษฐกิจมีความสามารถในการแข่งขันสูง สามารถสร้างรายได้ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ สร้างฐานเศรษฐกิจและสังคมแห่งอนาคต และเป็นจุดสำคัญของการเชื่อมโยงในภูมิภาค ทั้งการคมนาคมขนส่ง การผลิต การค้า การลงทุน และการทำธุรกิจ มีบทบาทสำคัญในระดับภูมิภาคและระดับโลก เกิดสายสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ และการค้าอย่างมีพลัง - ความสมบูรณ์ในทุนที่จะสามารถสร้างการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ทุนมนุษย์ ทุนทางปัญญา ทุนทางการเงิน ทุนที่เป็นเครื่องมือเครื่องจักร ทุนทางสังคม และทุนทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม	- การพัฒนาที่สามารถสร้างความเจริญ รายได้ และคุณภาพชีวิตของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจที่ไม่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเกินพอดี ไม่สร้างมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมจนเกินความสามารถในการรองรับและเยียวยาของนิเวศ - การผลิตและการบริโภคเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับกฎระเบียบของประชาคมโลกซึ่งเป็นที่ยอมรับร่วมกัน ความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพดีขึ้น คนมีความรับผิดชอบต่อสังคม มีความเอื้ออาทร เสียสละ เพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม - มุ่งประโยชน์ส่วนรวมอย่างยั่งยืน ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาในทุกระดับอย่างสมดุล มีเสถียรภาพ และยั่งยืน - ประชาชนทุกภาคส่วนในสังคมยึดถือและปฏิบัติตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

แผนภาพที่ 2 กรอบการพัฒนาของยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี



ไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นเอกภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดพลังในการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ยุทธศาสตร์ชาติของไทย

รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งมีพลเอกวิลาศ อรุณศรี เลขาธิการนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน² เมื่อ 30 มิถุนายน ทำหน้าที่ยกร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี 2558 เป็นร่างเบื้องต้น เพื่อให้คณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติที่จะจัดตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญพิจารณาปรับปรุง จนถึงต้นปี 2560 คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ได้ดำเนินการยกร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยได้รับความเห็นและข้อเสนอแนะจากกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติที่มาจากหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาคราชการ ภาคเอกชน ภาคการเมือง และนักวิชาการ รวมถึงได้พิจารณานำข้อคิดเห็นจากสภาปฏิรูปแห่งชาติ และความคิดเห็นจากภาคประชาชนมาเป็นข้อมูล ซึ่งร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มีสาระสำคัญดังนี้

เป้าหมาย: เพื่อให้ประเทศไทยสามารถยกระดับการพัฒนาจากการเป็นประเทศที่อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูงภายในปี 2579

วิสัยทัศน์: ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งได้มีการขยายความคำว่า มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตามแผนภาพที่ 1

จะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์ชาติได้กำหนดเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และแนวทางการพัฒนาที่รัฐบาลแต่ละรัฐบาลจะต้องให้ความสำคัญ ซึ่งส่วนราชการจะได้นำไปกำหนดนโยบายให้สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการบูรณาการ ส่วนรายละเอียดรูปแบบวิธีการดำเนินงาน จะเปิดโอกาสให้รัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ยุทธศาสตร์ชาติ กับระบบสุขภาพของประชาชน

ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประชาชนใน 2 ยุทธศาสตร์ ยุทธศาสตร์แรก ได้แก่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคคนและเสริมสร้างศักยภาพคน โดยกรอบแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี ยุทธศาสตร์ที่สอง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม โดยกรอบแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

เนื่องจากยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี เป็นการกำหนดเป้าหมายในระยะยาว ดังนั้นเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินการในทางปฏิบัติ จึงจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายและแนวทางดำเนินการในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนพัฒนาประเทศระยะ 5 ปีมาเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดเป้าหมายและกรอบแนวทางสำคัญในยุทธศาสตร์ชาติออกมาเป็นเป้าหมายระยะสั้นถึงปานกลาง ซึ่งกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) จะถูกถ่ายทอดโดยแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 – 15

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาฯ ฉบับแรกที่ต้องดำเนินการตามกรอบทิศทางของยุทธศาสตร์ชาติ ได้ถ่ายทอดเป้าหมายในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อใช้ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม อาทิ ประชากรอายุ 15 – 79 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องลดลง การตายจากอุบัติเหตุทางถนนต่ำกว่า 18 คนต่อประชากรแสนคน รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพิ่มเป็นร้อยละ 20 เป็นต้น

ยิ่งไปกว่านั้นยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วง 5 ปีแรก ยังเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ การพัฒนาให้คนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมให้คนมีกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย การใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษีในการควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตลอดจนการจัดทำนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพ และนำไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อีกทั้งยังเน้นการแก้ปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยผ่านสื่อสารสาธารณะ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุ และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ

แผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข

ทางฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี โดยกำหนดเป้าหมายไว้สามประการ ได้แก่ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน⁴ ประกอบด้วยยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน 16 แผนงาน และ 48 โครงการ ได้แก่

1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP Excellence Strategies) ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ 1.1) พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 1.2) การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 1.3) ความปลอดภัยด้านอาหาร 1.4) และการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและพัฒนาคุณภาพสถานบริการ

2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence Strategies) ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ 2.1) การพัฒนางานตามพระราชดำริ 2.2) การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ 2.3) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และ 2.4) ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์/เขตเศรษฐกิจพิเศษและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้

3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence Strategies) ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ 3.1) การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 3.2) การผลิตและพัฒนาากำลังคน 3.3) การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และ 3.4) แผนกำลังคนด้านสุขภาพภาคีเครือข่าย

4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence Strategies) ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ 4.1) ระบบข้อมูลสารสนเทศ/กฎหมายด้านสุขภาพ 4.2) ระบบหลักประกันสุขภาพ 4.3) ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ และการคุ้มครองผู้บริโภค และ 4.4) ระบบธรรมาภิบาลและการวิจัย

สรุป

ประเทศไทยในยุครัฐบาล คสช. ได้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จากการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไว้ 6 ยุทธศาสตร์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวทางดังกล่าวมากำหนดแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงฯ เช่นเดียวกัน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ บริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ทั้งนี้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เป็นแผนพัฒนาฯ ฉบับแรก ที่จะดำเนินการตามกรอบทิศทางของยุทธศาสตร์ชาติ โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี จากนั้นไปในช่วง 20 ปีข้างหน้า คาดว่าประเทศไทยจะได้รับการพัฒนา ด้านระบบสุขภาพพระยะยาวอย่างเป็นระบบโดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน





หนึ่งทศวรรษ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ สู่กฎหมาย เพื่อสุขภาพของไทย

ในปี 2559 ประเทศไทยได้ประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สองขึ้น เพื่อเป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นกรอบกำหนดทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพหรือสุขภาพอย่างสมบูรณ์ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ผลที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ฉบับแรกเป็นต้นมา คือ การออกกฎหมายเพื่อประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) การกำหนดนโยบายเขตสุขภาพเพื่อประชาชน¹ และการผลักดันกฎหมายและร่างกฎหมายเพื่อสุขภาพหลายฉบับ อาทิ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ พ.ศ. 2559 ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข และร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก เป็นต้น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นตัวอย่างหนึ่งของกฎหมายที่ทำหน้าที่เป็น “วิศวกรของสังคม” ในการออกแบบระบบสุขภาพของประเทศไทย ในอนาคตที่ควรจะเป็นเช่นไร กฎหมายนี้แสดงถึงพัฒนาการของสังคมที่ตกลงร่วมกัน ว่าควรนำแนวคิดด้านสุขภาพแบบ 4 มิติ ที่กล่าวถึงสุขภาพว่าจะต้องประกอบไปด้วย

ความสมดุลของกาย จิตใจ ปัญญา และสังคมเชื่อมโยงกัน² ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลขึ้นจริง เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในสังคม ถือเป็นนวัตกรรมของสังคมอย่างหนึ่ง เนื่องจากกฎหมายนี้เป็นการเปลี่ยนแนวคิดในการบริหารจัดการงานด้านสุขภาพของประเทศ จากเดิมที่เป็นหน้าที่ของรัฐ มาเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับรัฐในการกำหนดนโยบายและการจัดการต่างๆ ในระบบสุขภาพตามแนวคิดที่ว่าสังคมจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ไม่ใช่หน้าที่ของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนในสังคมที่จะต้องร่วมกันสร้างขึ้นมา³ โดยใช้ “สุขภาพหรือสุขภาพ” เป็นเป้าหมายที่สังคมจะต้อง

ไปให้ถึง ผ่านกระบวนการสานพลัง สร้างสรรค์นโยบาย สาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา

เครื่องมือในการสร้างสรรค์นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย 4 ช่องทางหลักๆ คือ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ สมัชชาสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยช่องทางต่างๆ มีภาคประชาชน นักวิชาการ เครือข่ายภาคต่างๆ นำไปใช้ในการพัฒนากฎหมายและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่างๆ มากมาย ได้แก่

1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติเรื่องสิทธิและหน้าที่ไว้ในมาตรา 5-12 โดยสิทธิด้านสุขภาพที่พระราชบัญญัตินี้ได้บัญญัติไว้ แบ่งออกเป็น 7 ประการ ได้แก่ มาตรา 5 วรรคหนึ่ง สิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มาตรา 6 สิทธิในสุขภาพของหญิง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ในสังคมและกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเพาะต้องได้รับการคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม มาตรา 7 สิทธิในข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล มาตรา 88 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข มาตรา 9 สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเมื่อเข้าร่วมงานวิจัย มาตรา 10-11 สิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ มาตรา 12 สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตตน และหน้าที่ด้านสุขภาพอีกหนึ่งประการคือ ตามมาตรา 5 วรรคสอง หน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยมีการนำสิทธิและหน้าที่ต่างๆ ไปพัฒนาเป็นกฎหมายเฉพาะ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทำให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนากฎหมายที่มีอยู่ กล่าวคือ

นำมาตรา 5 และ 6 มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ร่างพระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. และร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็ก

เล็ก พ.ศ. โดยปัจจุบันร่างกฎหมายนี้กำลังอยู่ในช่วงวิาวาทะอย่างดุเดือดระหว่างฝ่ายที่สนับสนุนแม่กับฝ่ายธุรกิจนมผง นอกจากนี้มีการพัฒนาร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อขยายความคุ้มครองสิทธิในข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลตามมาตรา 7 และมีการพัฒนาร่างพระราชบัญญัติวิจัยในมนุษย์เพื่อมาอุดช่องว่างของมาตรา 9

เมื่อกฎกระทรวงตามมาตรา 12 วรรคสองใช้บังคับก็ทำให้เกิดแนวคิดในการพัฒนากฎหมายและนโยบายของรัฐต่างๆ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการตายดี เช่น แก้ไขกฎหมายยาเสพติดให้โทษเพื่อให้สามารถนำมอร์ฟินมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ง่ายขึ้น พัฒนาและปรับปรุงมาตรการด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและชุมชน พัฒนามาตรฐานของบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรสายสนับสนุน และสถานที่สำหรับใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง

2) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรอบและแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แม้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไม่มีสภาพบังคับทางกฎหมาย แต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้วางกลไกที่จะสร้างความผูกพันของหน่วยงานของรัฐไว้เพื่อให้เกิดผลอย่างจริงจัง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 นำไปสู่การสนับสนุนโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยต้นแบบ รวมถึงนโยบายสนับสนุนการบริการปฐมภูมิ และการจัดให้มีหมอประจำครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข และการทบทวนมติคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนในการส่งเสริมการลงทุนด้านบริการสุขภาพ เป็นต้น นับตั้งแต่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกประกาศใช้ ก่อให้เกิดการขยายตัวของธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่โดยชุมชนท้องถิ่นต่างๆ ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกติการ่วมในการสร้างระบบสุขภาพของตน จนปัจจุบันมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่แล้วกว่า 100 แห่ง ผ่านการดำเนินงานกับภาคียุทธศาสตร์ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต สำนักงานเขตการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นต้น

ต่อมา ครม. ได้เห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สอง เมื่อ 9 สิงหาคม 2559 โดยธรรมนูญฉบับนี้ได้ผ่านกระบวนการจัดทำและยกร่างโดยคณะกรรมการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ผ่านเวทีรับฟังความคิดเห็นทั้ง 4 ภูมิภาค มีผู้เข้าร่วมกว่า 1,115 คนจากทั่วประเทศ รวมถึงเวทีรับฟังความเห็นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 และมีหน่วยงานต่างๆ ให้ข้อเสนอแนะในกระบวนการยกร่างเกือบ 100 องค์การ นับเป็นการทบทวนเนื้อหาจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกที่ประกาศใช้มาตั้งแต่ปี 2552 ซึ่งกฎหมายกำหนดให้ต้องมีการทบทวนใหม่อย่างน้อยทุก 5 ปี

ธรรมนูญฯ ฉบับที่สองนี้สะท้อนภาพอนาคตของระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า และกำหนดแนวทางในการรับมือหรือแก้ปัญหาภัยคุกคามสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคอุบัติใหม่ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การเข้าสู่สังคมสูงวัยผลกระทบจากความเป็นเมือง ฯลฯ โดยธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2 นี้ สอดรับกับร่างแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ของรัฐบาล โดยที่ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีความมั่นคงในชีวิต สนับสนุนการสร้างทุนมนุษย์ ทุนปัญญา ทุนทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่จะก่อเกิดความมั่งคั่ง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อการพัฒนาในทุกระดับอย่างสมดุล มีเสถียรภาพและยั่งยืน ยึดแนวทางตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ขณะเดียวกันก็สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ในยุทธศาสตร์ต่างๆ ไม่ใช่เพียงเรื่องสุขภาพกาย แต่ยังรวมถึงสุขภาพในมิติของจิตใจ ปัญญาและสังคม⁴

3) สมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพ คือ กระบวนการที่ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมโดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม สมัชชาสุขภาพมี 3 ระดับ คือ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การจัดสมัชชาในลักษณะดังกล่าวเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สร้างให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์บนพื้นฐานทางปัญญา เป็นเวทีทางสังคมมากกว่าเวทีการมีส่วนร่วมทางการเมือง การจัดสมัชชานี้ไม่ใช่การประชุมเชิงวิชาการ หรือประชุมสัมมนา แต่เป็นกระบวนการที่สร้างสรรค์ที่พยายามให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากฐานความคิดที่แตกต่าง จากพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม องค์กรความรู้ และพื้นฐานในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดข้อสรุปร่วมกันของทุกฝ่าย

นับตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบันมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้น 9 ครั้ง รวมมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีทั้งสิ้น 72 มติ โดยมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเหล่านี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมนำไปขับเคลื่อนส่งผลให้เกิดรูปธรรมต่างๆ ทั้งนี้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับเป็นประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) นำไปสู่การผลักดันพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครุภในวาระ พ.ศ. 2559⁵ และพัฒนาร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.⁶ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.⁷ ร่างพระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.⁸ ร่างกฎหมายห้ามขายหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ประกอบกิจการโรงงาน พ.ศ.⁹ ปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551¹⁰ ปรับปรุงร่างพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558¹¹

นอกจากการพัฒนากฎหมายต่างๆ แล้ว ได้มีการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาใช้ในการพัฒนานโยบายของรัฐที่ส่งผลกระทบต่อสังคมมากมาย เช่น มติ 1.2 การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย มติ 1.4 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี มติ 1.11 ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย มติ 2.88 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มติ 3.1 มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน มติ 3.6 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ มติ 3.88 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่

ไม่พร้อม มติ 4.1 ความปลอดภัยทางอาหาร: การจัดการ
น้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ มติ 5.1 การจัดระบบและโครงสร้าง
เพื่อส่งเสริมการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน
มติ 5.4 การจัดการปัญหาหมอกควัน และมติ 7.4 การจัดการ
สเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย

4) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพแบบ มีส่วนร่วม

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) เป็นกระบวนการที่พัฒนาขึ้นเพื่อ
ใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะ
ด้านสุขภาพ โดยการคาดการณ์ถึงผลกระทบของการดำเนิน
กิจกรรม โครงการ แผน และนโยบายต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพ
ของประชากร โดยให้นำปัจจัยทางสุขภาพของมนุษย์มาใช้
ในกระบวนการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะเป็น
ประโยชน์ทั้งต่อผู้กำหนดนโยบายในทุกระดับ เพื่อตัดสินใจ
ทางเลือกนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน
ให้มากที่สุด

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้
อย่างจริงจังในโครงการขนาดใหญ่จำนวนมาก อาทิ การสร้าง
โรงไฟฟ้าชีวมวลในหลายจังหวัด การสร้างบ่อกำจัดขยะ และ
การสร้างและต่ออายุใบอนุญาตสร้างเหมืองทองคำ โดยผล
สะท้อนที่สุดคือเมื่อศาลปกครองกลางได้ออกคำสั่งคุ้มครอง
ชั่วคราวให้ระงับการดำเนินโครงการที่อาจมีผลกระทบต่อ
สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนจำนวน 76 โครงการ
ซึ่งมีมูลค่ากว่าสี่แสนล้านบาทที่ดำเนินการในพื้นที่ชุมชน
มาตาปุด จ.ระยอง เมื่อปี 2552 เพื่อคุ้มครองชุมชนในด้าน
สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ นับแต่นั้นมาการประเมินผลกระทบ
ด้านสุขภาพได้ถูกนำไปใช้ในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ

ล่าสุดร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
พ.ศ. 2560¹² ได้บัญญัติให้รัฐจะต้องดำเนินการจัดให้มี
กระบวนการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
ในกรณีที่รัฐอนุญาตให้มีการดำเนินการที่อาจมีผลกระทบ
ต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย
คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้เสียสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือ
ชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง¹³ และกำหนดมาตรการ
บังคับให้หน่วยงานจะต้องจัดให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ
การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ



หากไม่ดำเนินการภายในระยะเวลาที่รัฐธรรมนูญกำหนด
ผู้บริหารหน่วยงานรัฐนั้นจะต้องพ้นจากตำแหน่ง¹⁴

การพัฒนากฎหมายที่ส่งผลกระทบ ต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ

จากการที่ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและ
ประชาสังคมได้นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพตามพระราช
บัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไปใช้ในการพัฒนา
กฎหมายต่างๆ นั้น ส่งผลให้เกิดการผลักดันกฎหมายสำคัญ
ที่จะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ
เป็นวงกว้าง ดังนี้

1) พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม
ติดอันดับโลก ภาคีเครือข่ายทั้งภาคประชาชนและนักวิชาการ
จึงอาศัยเครื่องมือสมัชชาสุขภาพเป็นช่องทางหนึ่งในการ
ผลักดันประเด็นดังกล่าวให้เป็นประเด็นทางสังคม เสนอเพื่อ
ให้เป็นนโยบายแก่รัฐบาล และให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
จนมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กฎหมายดังกล่าว
กำหนดหน้าที่แก่สถานศึกษา สถานประกอบการ สถาน
พยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีหน้าที่ส่งเสริม
สนับสนุน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตาม
ที่กฎหมายกำหนด

2) ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.

ปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเพราะในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ รวมทั้งมีประเด็นวิวาทะระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุขในสื่อต่างๆ อย่างกว้างขวาง ความขัดแย้งเหล่านี้บั่นทอนกำลังใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการสาธารณสุข สร้างภาพลักษณ์และความรู้สึกที่ไม่ดีให้กับประชาชนทั่วไป จึงควรมีการสร้างเครื่องมือและแนวทางในการลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข ปัจจุบันมีการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ต่อรัฐบาล ซึ่งยังไม่ได้ชั่ยยุติ

3) ร่างพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.

ธุรกิจอาหารเสริมและนมผงสำหรับทารกและเด็กเล็กในประเทศไทยมีมูลค่าการตลาดประมาณสองหมื่นล้านบาท¹⁵ จึงทำให้บริษัทนมผงและอาหารเสริมหลายแห่งทำการตลาดที่ไม่เหมาะสม เช่น จ่ายเงินเพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพและโรงพยาบาลโฆษณานมผง เลี้ยงอาหารและให้ของกำนัลแก่บุคลากรสุขภาพเพื่อให้สนับสนุนนมผงของตน ฯลฯ การกระทำเหล่านี้ผิดหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพราะเป็นการส่งเสริมทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ใช้นมผงเลี้ยงทารกและเด็กเล็กแทนนมแม่ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของทารกในระยะยาว และทำให้เกิดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นแก่แม่และครอบครัว ภาคประชาชน นักวิชาการและหน่วยงานรัฐจึงอาศัยกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการเสนอปัญหานี้เป็นประเด็นทางสังคมและเสนอกฎหมายเพื่อควบคุมการตลาดของบริษัทนมผงและอาหารเสริม และควบคุมการขายนมผงของบุคลากรด้านสุขภาพและโรงพยาบาล ปัจจุบันร่างกฎหมายฉบับนี้ได้อยู่ในระหว่างการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

4) ร่างพระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.

การแก้ไขปัญหารโรคจากการประกอบอาชีพอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานแต่เดิมเป็นหน้าที่ของกระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ องค์การในระบบสุขภาพจะมีส่วนเกี่ยวข้องน้อย แต่ปัญหารโรคจากการประกอบอาชีพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานมีความซับซ้อนตามพัฒนาการของสังคมรวมทั้งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานในระบบสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ ร่างกฎหมายนี้เป็นการให้อำนาจกรมควบคุมโรค และเจ้าพนักงานสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ มีอำนาจในการดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด พิ้นฟู ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งอาจจะมีทั้งแรงงานผู้ประกอบการ และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับโรงงาน รวมทั้งยังให้ความสำคัญกับปัญหาสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคด้วย จึงทำให้มีมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ปัจจุบันร่างกฎหมายฉบับนี้ อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา

หนึ่งทศวรรษ และก้าวต่อไป

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่เกิดจากเจตนารมณ์ร่วมของสังคมที่ผลักดันและพัฒนากฎหมายนี้ให้เป็นเครื่องมือในการสร้างสังคมสุขภาพะ และนำไปสู่การประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่หนึ่งและฉบับที่สอง นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาควิชาการและภาคประชาสังคมยังอาศัยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นช่องทางหนึ่งในการเสนอประเด็นและข้อห่วงใยในเรื่องสุขภาพต่างๆ เพื่อเป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ โดยกระบวนการดังกล่าวจะอาศัยการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาการในการขับเคลื่อนประเด็นที่ผ่านมามีภาคีเครือข่ายต่างๆ ใช้เป็นช่องทางเพื่อนำเสนอประเด็นข้อห่วงใยในเรื่องสุขภาพเพื่อให้เป็นนโยบายของรัฐในระดับต่างๆ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ รวมทั้งพัฒนาเป็นกฎหมายต่างๆ ทั้งนี้การพัฒนานโยบายหรือกฎหมายจะเกิดผลเป็นรูปธรรมและสำเร็จได้นั้น ก็จะต้องอาศัยความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการติดตามขับเคลื่อนและร่วมกันดำเนินการ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ภายใต้หลักการที่ว่า “สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องทำเอง”



ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่
ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี (ครม.)
จากนั้นได้ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
(สนช.) และประกาศในราชกิจจานุเบกษา
เมื่อ 7 ธันวาคม 2559 เพื่อใช้เป็นพิมพ์เขียว
กำหนดกรอบและแนวทางวางนโยบาย
ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน
ในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยยึดแนวคิดสุขภาพ
เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน และทุกนโยบายต้อง
ห่วงใยสุขภาพด้วย ธรรมนูญฯ ฉบับนี้
ได้ผ่านกระบวนการจัดทำ ยกร่างและ ผ่านเวทีรับ



https://www.hfocus.org/sites/default/files/picture_cover/02.jpg

ฟังความคิดเห็นทั้ง 4 ภูมิภาค รวมถึงเวทีรับฟังความเห็นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558
และยังได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA)
ตามประกาศฉบับใหม่ ซึ่งมุ่งเน้นสร้างความเข้าใจในหลักการและกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
บทความนี้จะเป็นการสรุปเนื้อหาสำคัญของธรรมนูญฯ และ HIA และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
มาตรา 25 (1) และมาตรา 46 ได้กำหนดให้คณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ
แห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย
ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ
เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และ
มาตรา 48 ระบุว่า เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว
ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
ที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ทั้งนี้
ตามมาตรา 46 วรรคสี่ กำหนดให้บทวนธรรมนูญว่าด้วย

ระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี ธรรมนูญว่าด้วย
ระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกมีผลบังคับใช้เมื่อประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 2 ธันวาคม 2552

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ได้แต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ขึ้น เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2557
มี นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน และ
มีองค์ประกอบคณะกรรมการมาจากทุกภาคส่วน¹ โดย
ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 7 ธันวาคม 2559

กระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการทบทวน
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 มุ่งเน้น
กระบวนการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

แผนภาพที่ 1

กระบวนการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ



บนฐานวิชาการและข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วม และการรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วนตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยยึดหลักการสร้างการรับรู้และเรียนรู้ของสังคม หลักการมีส่วนร่วม และหลักการสร้างความเป็นเจ้าของ สรุปลงการดำเนินงานได้ดังนี้

1. **กระบวนการก่อนยกร่างธรรมนูญ:** มีการจัดเวทีประชาเสวนาหาทางออก 5 เวที เพื่อรับฟังความเห็นจากประชาชนทั่วไป (จัดเวที 4 ภาค และเวทีรวม 1 ครั้ง มีจำนวนผู้เข้าร่วมเวทีละประมาณ 500 คน) **เวทีลูกขุนพลเมือง 1 เวที** เพื่อรับฟังความเห็นเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ (มีลูกขุนพลเมืองที่สุ่มตัวอย่างมาจากประชากรในพื้นที่ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง ใต้ และกรุงเทพมหานคร เข้าร่วมเวทีจำนวน 12 คน) และ**มีการทำงานวิชาการโดยคณะนักวิชาการ** เพื่อศึกษาหาข้อมูลตามสาระรายเรื่อง โดยคณะนักวิชาการให้ความสำคัญกับการจัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมด้วย

2. **กระบวนการระหว่างยกร่างธรรมนูญ:** คณะกรรมการฯ ประชุม โดยให้ฝ่ายเลขานุการและคณะนักวิชาการรายหมวดนำเสนอข้อมูล และคณะกรรมการฯ

มอบหมายให้คณะผู้กร่างนำข้อมูลทั้งหมดไปใช้ในการยกร่างธรรมนูญฯ และนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมคณะกรรมการฯ เป็นระยะเพื่อไปปรับแก้ไข

3. **กระบวนการหลังยกร่างธรรมนูญฯ:** ประกอบด้วย (1) การรับฟังความเห็นต่อร่างธรรมนูญฯ ในเวทีรับฟังความเห็นระดับภาค 4 ภาค 1,115 คน เวทีรับฟังความเห็นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 (มีผู้เข้าร่วมในการรับฟังความเห็น 420 คน) และการรับฟังความเห็นทางเอกสาร (ได้รับหนังสือตอบจากผู้ทรง

คุณวุฒิ และองค์กรทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพ และภาคประชาชน เอกชน จำนวน 99 ฉบับ) และ (2) การปรับแก้ร่างธรรมนูญฯ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ก่อนประกาศในราชกิจจานุเบกษา

เปรียบเทียบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 กับฉบับที่ 1

1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้เพิ่มเติมข้อมูลในส่วนนำ ได้แก่ แนวโน้มสถานการณ์ที่อาจมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า และระบุชัดเจนถึงสถานะของธรรมนูญฯ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายใช้ประโยชน์

2. มีการปรับปรุงและเพิ่มนิยามศัพท์ใหม่ที่สอดคล้องตามสาระของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

3. เพิ่มเติมสาระสำคัญใหม่อีก 5 หมวด คือ หมวดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ หมวดสุขภาพจิต หมวดสุขภาพทางปัญญา หมวดการอภิบาลระบบสุขภาพ และหมวดธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เนื่องจากกระบวนการทบทวน

ทางวิชาการพบว่าเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและคาดว่าจะเป็นเรื่องสำคัญของระบบสุขภาพในอนาคต

4. ปรับรูปแบบการเขียนสาระรายหมวดให้มีส่วนของ “หลักการสำคัญ” และ “ภาพพิงประสงค์” ส่วนกระบวนการหรือมาตรการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัตินั้นไม่จำเป็นต้องระบุเพราะสามารถทำได้หลากหลายและปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

5. เพิ่มเจตนารมณ์เพื่อใช้อธิบายข้อความในธรรมนูญฯ เป็นรายชื่อ เพื่อให้ผู้อ่านและใช้ประโยชน์สามารถเข้าใจความหมายได้ชัดเจนมากขึ้น

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ระบุว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมวงกว้าง ซึ่งคำว่า “สุขภาพ” นิยามตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นมีความหมายที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต ปัญญา และสังคม ดังนั้นธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2 จึงได้เพิ่มหมวดสุขภาพจิต และสุขภาพทางปัญญาเข้ามาด้วย ประกอบกับเพิ่มหมวดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อให้สังคมมีความเข้าใจในเรื่องสิทธิและหน้าที่ของตน อีกทั้งยังมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies) ไปใช้ เพื่อให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยรัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับหลักการทำงานแบบเครือข่ายและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH)² ด้วย

ปัจจุบันการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้ให้ความสำคัญกับการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประกอบการพิจารณาจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ยังได้นำธรรมนูญฯ ไปใช้อ้างอิงโดยการนำกระบวนการ HIA มาใช้ประกอบการพิจารณากำหนดมาตรการส่งเสริมการลงทุนในสถานพยาบาลเอกชนด้วย

รวมถึงยังมีความพยายามในการนำธรรมนูญฯ ไปใช้เป็นกรอบเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) การจัดทำแผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ และเพื่อตอบโจทย์ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” หรือ SDGs (Sustainable Development Goals) ด้วย

ผลการดำเนินงานของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (ฉบับแรก)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกได้นำไปสู่พัฒนาการของระบบสุขภาพของไทยหลายประการ ดังนี้³

1) ความสอดคล้องและการนำไปใช้อ้างอิงในการจัดทำแผนและยุทธศาสตร์ชาติ:

- แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 12 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมการแพทย์ทางเลือก พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้เหมาะสมทั้งการผลิตและการกระจาย และใช้มาตรการการเงินการคลังเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2555–2559) มีวิสัยทัศน์ว่า “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า” ซึ่งเป็นไปตามธรรมนูญฯ หมวด 3 และได้ใช้ธรรมนูญฯ หมวด 3, 6 และ 12 ร่วมเป็นกรอบในการจัดทำยุทธศาสตร์

- แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (2554–2559) “การจัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน” ได้ใช้ธรรมนูญฯ หมวด 1 ข้อ 7 และหมวด 9 เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำ

2) ตัวอย่างรูปธรรมการอ้างอิงและการดำเนินงานที่สอดคล้องตามธรรมนูญฯ หมวดต่างๆ

- หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ: มีมติ ครม. และ สปสช.

ที่เอื้อต่อการให้มีหลักประกันสุขภาพของคนไร้สัญชาติ แรงงานต่างด้าว และคนงานนอกระบบ

– **หมวด 5 การป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัย**

คุกคามสุขภาพ: (1) เกิดประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) (2) สนับสนุนเอชไอเอชุมชน (3) คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (บีโอไอ) ระบุมติส่งเสริมการลงทุนในสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่สอดคล้องตามธรรมนูญฯ

– **หมวด 7 ภูมิปัญญา:** (1) สนับสนุน รพ. แพทย์

แผนไทยต้นแบบแห่งแรกที่สกลนคร (2) สนับสนุนยาไทยและแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพ (3) เกิดแผนยุทธศาสตร์ชาติพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555–2559)

– **หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค:** เกิด

คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะต่อกลไกการเจรจาการค้าเสรีของรัฐบาล

– **หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้าน**

สุขภาพ: เกิดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแห่งชาติ

– **หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้าน**

สาธารณสุข: เกิดข้อเสนอการจัดการความสัมพันธ์แพทย์ผู้ป่วย และสนับสนุนการขยายเวลาโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทออกไปอีก 10 ปี

– **หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ:**

เกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และมีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพขึ้น

3) ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่นำธรรมนูญฯ พ.ศ. 2552 ไปใช้อ้างอิงในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ จนเกิดธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่กว่า 400 แห่งทั่วประเทศ

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ตามประกาศฉบับใหม่

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) หมายถึงกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เพื่อให้ประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ ได้เรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพเหตุและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากกระบวนการนโยบายสาธารณะ และความ เป็นธรรมจากการได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

HIA ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกลั่นกรองนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมโดยสาธารณะ (Public Screening) (2) การกำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ (Public Scoping) (3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Assessing) (4) การทบทวนร่างรายงานการศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพโดยสาธารณะ (Public Review) (5) การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ (Influencing) (6) การติดตามและประเมินผลโดยสาธารณะ (Public Monitoring and Evaluation)

มาตรา 25 (5) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำและประกาศใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 1 ตั้งแต่ปี 2552 แต่เนื่องจากนโยบาย โครงการ กิจกรรมการพัฒนา และกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ทบทวนและปรับปรุงหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพฯ ให้ทันกับสถานการณ์และบริบททางสังคม เมื่อ 19 พฤษภาคม



2559⁴ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 6 กันยายน 2559

วัตถุประสงค์ของการจัดทำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับที่ 2 นี้⁵ มิได้เป็นไปเพื่อสร้างกฎเกณฑ์และกำหนดวิธีการปฏิบัติข้อบังคับที่แข็งตัว ไม่ยืดหยุ่น แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเข้าใจในหลักการและวิธีการนำเอาการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้บนหลักการการมีส่วนร่วมตามเจตนารมณ์ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก่อเกิดเป็นบรรทัดฐานของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ทุกภาคส่วนในสังคมพร้อมใจนำไปปฏิบัติ สามารถนำหลักเกณฑ์ฯ ฉบับนี้ ไปปรับใช้ในรูปแบบที่หลากหลาย และสามารถกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่และกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายของตนได้ แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์การประยุกต์ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพทั้ง 4 ข้อ อันเป็นหัวใจสำคัญของการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ คือ (1) ทำเชิงรุก (Proactive HIA) (2) การดำเนินงานคู่ขนานกัน (Ongoing HIA) (3) ทำเมื่อมีข้อร้องเรียนแล้ว (Conflict and Complaint Resolution) และ (4) ทำเพื่อความยั่งยืน (Sustainable HIA)

นอกจากนี้หลักเกณฑ์ฯ ฉบับใหม่นี้ระบุชัดว่า การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพควรเป็นไปตามหลักประชาธิปไตย หลักความเป็นธรรม หลักการใช้ข้อมูลหลักฐานอย่างเหมาะสม หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ หลักความร่วมมือ หลักการสุขภาวะองค์รวม และหลักความยั่งยืน

สู่สุขภาวะที่ยั่งยืน

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ที่ช่วยให้ทุกภาคส่วนเข้าใจสุขภาพในมุมมองที่กว้าง มีเลนส์สุขภาพ (Health Lens) ที่เข้าใจเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ รวมถึงตระหนักในเรื่องของแนวทางทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ส่วน HIA จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะมาช่วยหนุนเสริมให้มีการพิจารณาผลกระทบอย่างรอบด้านก่อนมีนโยบายหรือโครงการกิจกรรมใดๆ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การมีสุขภาวะที่ยั่งยืนของสังคมไทย ในอนาคตระบบสุขภาพของไทยน่าจะได้รับการพัฒนาดีขึ้น อันเป็นผลมาจากการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่สอง ซึ่งได้รับการจัดทำผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคม



ร่าง พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข : อีกหนึ่งความพยายามในการปฏิรูปสาธารณสุขไทย

บริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของคุณภาพชีวิต เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มนุษย์จะขาดไม่ได้ เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ช่วยชีวิตหรือรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้หายหรือทุเลาลง ย่อมนำพาความสุขสู่ผู้ป่วยและครอบครัว แต่บางครั้งก็เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ขึ้นส่งผลให้มีการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตขึ้น การเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ทั้งงบประมาณในการดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายในการต่อสู้คดี



<http://www.thairath.co.th/media/NjpUs24nCQKx5e1DGjstPIMsgn7TxCzBNQ1auQwO4Zs.jpg>

ในปี 2545 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีโครงการ Patient For Patient Safety¹ เพื่อส่งเสริมให้มีการเปิดเผยความผิดพลาด และนำไปเป็นบทเรียนเพื่อพัฒนาระบบป้องกันความเสียหาย และรักษาชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยที่ผ่านมาระบบรองรับความเสียหายดังกล่าวในประเทศไทยยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ ผู้ป่วยและญาติจึงรวมตัวกันในปี 2545 ก่อตั้งเป็นเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ (Thai Medical Error Network: TMEN) ซึ่งนอกจากจะช่วยเหลือในการเรียกร้องหาความเป็นธรรมแล้ว ยังเรียกร้องให้มีระบบชดเชยความเสียหาย เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จนนำไปสู่การผลักดันร่าง พ.ร.บ. คຸ່ມครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ปัญหาการร้องเรียนกับแพทยสภา²

เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ได้เสนอข้อร้องเรียนต่อแพทยสภาในประเด็นสำคัญ ได้แก่

- 1.) การพิจารณาข้อร้องเรียน ใช้เวลาพิจารณายาวนาน (ตั้งแต่ 3 จนถึง 10 ปี)
- 2.) ผลการพิจารณา มักมีมติว่า “คดีไม่มีมูล” แพทย์ทุกคดี ทำให้ผู้เสียหายไม่ได้รับการเยียวยา
- 3.) มักมีการตั้งทีมแพทย์ที่จบกฎหมายสู้คดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยมุ่งเอาชนะคดีมากกว่าแก้ไขปัญหา
- 4.) มักมีการอบรมพยานโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เบิกความสู้กับผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้เสียหายซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์เสียเปรียบในกระบวนการพิจารณาคดี
- 5.) เครือข่ายทางการแพทย์มักขอความร่วมมือจากองค์กรของรัฐ เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (สตช.)

ให้ฟังความเห็นของแพทยสภาก่อนดำเนินการใดๆ ทำให้ผลการพิจารณาขาดความเป็นกลาง

ปัญหาในการเจรจาไกล่เกลี่ย

นอกจากเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์จะไม่ประสบความสำเร็จในการร้องเรียนกับแพทยสภาแล้ว ยังประสบอุปสรรคในขั้นตอนการเจรจาไกล่เกลี่ยด้วย ดังนี้

- หน่วยงานต้นสังกัดไม่มีงบประมาณเฉพาะสำหรับชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น
- หากจำเป็นต้องเยียวยาผู้เสียหาย หน่วยงานด้านสาธารณสุขมักผลักภาระให้โรงพยาบาลต้นสังกัดรับผิดชอบค่าชดเชยความเสียหายเอง
- เพดานการเยียวยาไม่สูงพอที่จะบรรเทาความเสียหายในระยะยาวได้
- ผู้ป่วยและญาติรู้สึกว่าการเจรจาไกล่เกลี่ยมักเป็นการเกลี้ยกล่อมและบีบบังคับให้มีการยอมความ
- โรงพยาบาลคู่กรณีมักมีคดีสัญญาที่จะให้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อเยียวยาผู้เสียหายและผู้พิการ

ปัญหาในการฟ้องคดีต่อศาล

เมื่อไม่สามารถตกลงยอมความกันได้ และมีการนำคดีขึ้นสู่ศาล ผู้เสียหายส่วนใหญ่ก็มักประสบปัญหาในการดำเนินคดีด้วยเช่นกัน เนื่องจากเหตุผล ดังนี้

- ผู้ป่วยและญาติมักแพ้คดีเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการต่อสู้ที่ไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างชาวบ้านธรรมดา กับเครือข่ายองค์กรที่มีความรู้และทรัพยากรจำนวนมาก
- การพิจารณาคดีใช้เวลานาน อาจกินเวลาถึง 10-20 ปี
- ผู้เสียหายมักหาพยานแพทย์ได้ยาก ขณะที่การพิสูจน์ว่าแพทย์ผิดหรือไม่ยังเป็นของฝ่ายผู้ป่วยและญาติ ทำให้การสู้คดีเป็นไปอย่างยากลำบาก
- เวชระเบียนเป็นหลักฐานเดียวในที่เกิดเหตุ แต่อยู่ในมือสถานพยาบาล ผู้เสียหายจึงมักไม่ได้รับความร่วมมือในการขอเอกสารดังกล่าว หรือมีความเสี่ยงที่เอกสารอาจถูกแก้ไขตกแต่ง
- การต่อสู้คดีมักมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งค่าทนาย ค่าธรรมเนียมศาล ฯลฯ

- เมื่อมีการนำคดีขึ้นสู่ศาล ความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้ก็ยิ่งทวีความรุนแรง และทำให้ความเป็นมิตรระหว่างกันหายไป

บทเรียนจากคดีตัวอย่าง

เหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์ที่สร้างแรงกระเพื่อมให้กับสังคมเหตุการณ์หนึ่ง คือคดีฆ่าไส้ติ่งเมื่อปี 2545 นางสมควร แก้วคงจันทร์³ เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งที่ รพ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช แพทย์ฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง แต่เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ จนนางสมควรเสียชีวิตในเวลาต่อมา บุตรสาวนางสมควรได้ฟ้องแพทย์ผู้รักษาจนเป็นคดีอาญา เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2550 ศาลจังหวัดทุ่งสง ได้พิพากษาจำคุกแพทย์เป็นเวลา 3 ปีโดยไม่รอลงอาญา คดีนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างเครือข่ายทางการแพทย์กับเครือข่ายผู้เสียหาย โดยมีการปลุกระดม รพ.ชุมชนทั่วประเทศให้ปิดห้องผ่าตัด จนเป็นข่าวโด่งดังขึ้น

นอกจากคดีอาญาแล้ว เหตุการณ์ดังกล่าวยังนำไปสู่คดีแพ่งด้วย โดยบุตรสาวนางสมควรได้ฟ้องเรียกค่าเสียหายจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คดีได้ดำเนินมาเป็นเวลานานหลายปี จนกระทั่งเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2559 ศาลฎีกาได้พิพากษาให้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งหน่วยงานต้นสังกัดของ รพ.ร่อนพิบูลย์ ชดเชยค่าเสียหายจำนวน 1.2 ล้านบาท และดอกเบี้ยร้อยละ 7.5 ต่อปี (คดีนี้ศาลชั้นต้นพิพากษาให้บุตรสาวผู้ตายชนะคดี แต่ต่อมาศาลอุทธรณ์พิพากษากลับยกฟ้อง โดยพิจารณาว่าคดีหมดอายุความ แต่ศาลฎีกาได้พิพากษากลับ)⁴

ปัญหาการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จะให้การคุ้มครองผู้รับบริการทางการแพทย์ โดยกำหนดให้มีเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังนี้

- เงินช่วยเหลือดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยบัตรทอง ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิอื่น
- เพดานความช่วยเหลือสูงสุดไม่เกิน 4 แสนบาทเท่านั้น และเชื่อว่าผู้ป่วยจะได้รับเต็มเพดาน
- เงินช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นการบรรเทาปัญหาเบื้องต้นเท่านั้น ไม่สามารถจัดการกับความเสียหายในระยะยาวได้
- มาตรฐานของคณะกรรมการในแต่ละจังหวัดไม่เท่ากัน ทำให้มีความลักลั่นในการปฏิบัติ
- กรณีที่ไม่ได้รับการอนุมัติหรืออนุมัติไม่เต็มเพดาน ยังมีการอุทธรณ์และฟ้องศาลปกครอง ซึ่งขัดกับเจตนารมณ์ของ ม.41 ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือโดยไม่พิสูจน์ผิด

ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขทางออกใหม่เพื่อแก้ปัญหาความขัดแย้ง

ในช่วงปี 2545–2549 ได้เกิดวิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติขึ้นอย่างรุนแรง⁵ คดีฟ้องร้องได้เพิ่มจำนวนขึ้น เกิดเหตุผู้ป่วยถูกยิงเสียชีวิต 2 คดี แพทย์ติดคุก 2 คดี และมีญาติผู้ป่วยติดคุก เพราะขโมยเวชระเบียนตัวจริงออกจากโรงพยาบาล ปลายปี 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น นพ.มงคล ณ สงขลา จึงมีคำสั่งให้ยกร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขขึ้นโดยมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนร่วมยกร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าว มีต้นแบบมาจากประเทศสวีเดน

เจตนารมณ์ของร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หลักการสำคัญคือมีกองทุนชดเชยความเสียหาย มีคณะกรรมการกลางทำหน้าที่พิจารณาการชดเชยที่รวดเร็วเป็นธรรมใช้เวลาไม่เกิน 1 ปี ข้อดีคือจะช่วยลดจำนวนคดีที่เข้าสู่ศาล ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเสียเวลา เสียเงินทอง เสียความรู้สึกไปกับการฟ้องร้อง ที่สำคัญจะทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยกลับคืนมา โดยให้นำเงินกองทุนมาจากเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41) ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 สมทบจากกองทุนประกันสังคม, กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และสถานพยาบาลเอกชน

วิวาทะระหว่างแพทย์กับเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

ในช่วงปลายปี 2553 ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกาหลังจากใช้เวลาถึง 11 เดือน และได้รับการบรรจุเป็นวาระในสภาผู้แทนราษฎร แต่ภาคธุรกิจโดยโรงพยาบาลเอกชนร่วมกับกรรมการแพทย์สภาบางส่วน ไม่ต้องการจ่ายสบทบเข้ากองทุนที่จะจัดตั้งขึ้น จึงปลุกระดมแพทย์ทั่วประเทศให้แต่งชุดดำประท้วง ในที่สุดรัฐบาลจึงตัดสินใจชะลอการพิจารณา ร่าง พ.ร.บ. ออกไป

เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ได้รณรงค์ให้ประชาชนส่งจดหมายถึงนายกรัฐมนตรี ให้รัฐบาลยื่นยกร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ ไม่ให้ตกไป รวมทั้งยื่นจดหมายถึงประธานสภาผู้แทนราษฎร เมื่อรัฐบาลนิ่งเฉย เครือข่ายฯ จึงประกาศอดข้าว ต่อมา ครม. ได้มีมติยื่นยกร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ แต่แพทย์สภายังคงคัดค้าน พร้อมเสนอให้ขยายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตาม มาตรา 41 แทนการมี พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ เมื่อมีการประกาศยุบสภา ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้จึงกลายเป็นวาระค้างพิจารณาในสภาฯ ในที่สุด

ปิดฝุ่นร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ ยุครัฐบาล คสช.

ในยุครัฐบาลคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้มีความพยายามแก้ปัญหาความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์อีกครั้งหนึ่ง โดยคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) ได้ยกร่าง พ.ร.บ. ขึ้นใหม่ให้ครอบคลุมเฉพาะคนไข้เพียง 3 กองทุนคือบัตรทอง ประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ ส่วนสถานพยาบาลเอกชนนั้น ให้เข้าร่วมโดยสมัครใจ ขณะเดียวกันเครือข่ายฯ ได้ทำแคมเปญรณรงค์ผ่าน Change.org ให้ คสช. ผลักดันร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายฯ โดยมีประชาชนร่วมลงชื่อมากกว่า 2.2 หมื่นชื่อ ต่อมาคณะกรรมการการคุ้มครองผู้บริโภค สภาปฏิรูปแห่งชาติ ได้ยกร่าง พ.ร.บ. ขึ้นใหม่ใช้ชื่อว่า ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... และสภาปฏิรูปแห่งชาติได้มีมติผ่านร่าง

พ.ร.บ. ดังกล่าวด้วยคะแนนเสียง 148 เสียง/13 เสียงงดออกเสียง 18 เสียง และได้นำเสนอ ร่าง พ.ร.บ. ต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อ 29 กรกฎาคม 2558

ส่วนกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ยกร่าง พ.ร.บ. ขึ้นใช้ชื่อว่า ร่าง พ.ร.บ. คัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... ครอบคลุมผู้ป่วยเพียงสามกองทุน และจะคัดกรองบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบด้วย ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้นำร่าง พ.ร.บ. เสนอต่อคณะรัฐมนตรีในเดือนมิถุนายน 2559 แต่ ครม. ให้ไปแก้ไขปรับปรุงใหม่

ต่อมา พล.อ.ชู้ศักดิ์ สันติวรวิทย์ ประธานอนุกรรมการด้านการคัดกรองผู้ป่วยโรค คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม สมาชิกขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) ได้เข้าชี้แจงในคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาจนได้รับความเห็นชอบให้บรรจุเรื่องการคัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุขเป็นวาระในการประชุมสภาในวันที่ 16 มกราคม 2560 ผลการลงคะแนน จำนวนผู้เข้าประชุม 151 คน เห็นด้วย 48 เสียง ไม่เห็นด้วย 26 เสียง งดออกเสียง 77 เสียง แต่เนื่องจากการลงคะแนนงดออกเสียงมีมากกว่าเสียงที่เห็นด้วย จึงได้ถอนเรื่องออก และขอเวลา 1 เดือนในการปรับปรุงร่าง เพื่อนำกลับเข้าสู่การพิจารณาอีกครั้ง⁸

ร่าง พ.ร.บ. คัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข

สาระสำคัญของร่างพระราชบัญญัติคัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข พ.ศ. คือการจัดตั้งกองทุนคัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ได้รับความเสียหายทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ เพื่อลดคดีฟ้องร้องในศาลยุติธรรม โดย พล.อ. ชู้ศักดิ์ สันติวรวิทย์ กล่าวว่าร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวมีกระบวนการใกล้เคียงอย่างมีเหตุผลเป็นธรรม มีการตั้งกองทุนเยียวยาโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด มีการทำสัญญาประนีประนอมเพื่อไม่ให้เป็นคดีความ แม้จะมีกระบวนการใกล้เคียง แต่ผู้เสียหายก็ยังสามารถใช้สิทธิฟ้องต่อศาลได้ กองทุนเยียวยาขาดเขตดังกล่าว จะนำเงินมาจาก

การหักไม่เกิน 1% จากกองทุนสุขภาพ 3 กองทุนหลัก ซึ่งมีอยู่แล้วตามมาตรา 41 ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ

แม้สมาชิก สปท. จะสนับสนุนหลักการในการคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แต่มีข้อสังเกตในบางประเด็น อาทิ รศ. (พิเศษ) ภก.กิตติ พิทักษ์นิตินนท์ เห็นว่าควรกำหนดสิทธิให้ครอบคลุมผู้เข้ารับบริการทุกคน และสถานบริการทุกแห่งทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และควรลงรายละเอียดของข้อยกเว้นผลกระทบที่ไม่เข้าข่ายได้รับการเยียวยาให้ชัดเจนมากขึ้น ส่วนนายกษิต ภิรมย์ ขอความชัดเจนจากคณะกรรมการฯ ว่ากฎหมายดังกล่าวจะยกความรับผิดชอบหรือตอบสนองผลประโยชน์ให้กับผู้ที่ทำงานผิดพลาด ทั้งโรงพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน แพทย์พยาบาล) และบริษัทายา แล้วผลกระทบความรับผิดชอบไปให้ผู้เสียหายจากการจัดตั้งกองทุนและนำเงินภาษีของประชาชนมาชดเชยหรือไม่⁹

การเปลี่ยนผ่านและอนาคต

ร่าง พ.ร.บ. คัดกรองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่ล่าสุดได้รับการปรับปรุงเป็น ร่าง พ.ร.บ. คัดกรองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข เป็นมหากาพย์การต่อสู้อย่างเหน็ดเหนื่อยผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขและเครือข่ายผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ยาวนานหลายรัฐบาล หากจะนับเวลาตั้งแต่กลุ่มคนไข้เริ่มเรียกร้อง จนมีการยกร่าง พ.ร.บ. จากนั้นได้มีการเปลี่ยนชื่อ ผ่านการแช่แข็ง ผ่านการถูกต่อต้านอย่างหนัก กลายเป็นวาระค้างในสภาถึง 2 รัฐบาล รวมแล้ว 15 ปี ทำให้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ไม่ได้รับการแก้ไข มาบัดนี้ความพยายามของคณะอนุกรรมการด้านการคัดกรองผู้ป่วยโรค คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสังคม สมาชิกขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) ได้จุดประกายความหวังใหม่ให้กับประชาชนผู้รับบริการทางการแพทย์ว่าจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญกำลังจะเกิดขึ้น และความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์กำลังจะคลี่คลายลงในที่สุด



นโยบายลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อย มุ่งลดเหลื่อมล้ำ พัฒนาคุณภาพชีวิต



ย้อนไปเมื่อเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา รัฐบาลมีนโยบายเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำสวัสดิการช่วยเหลือผู้ยากไร้ หรือมาตรการช่วยเหลือคนจนที่มีรายได้น้อยไม่เกินปีละ 1 แสนบาท โดยให้กระทรวงการคลังดำเนิน “โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ” ใครมีรายได้ต่อปีไม่เกิน 1 แสนบาท ให้ไปต่อคิวลงทะเบียนผ่าน 3 ธนาคาร กำหนดช่วงเวลาไว้เพียง 1 เดือนเท่านั้น แต่ไม่ได้ระบุชัดเจนว่า ลงแล้วจะได้อะไร ทำให้คนทั่วไปไม่ค่อยให้ความสนใจมากนัก¹

ปัญหาความยากจนในไทย

“ความยากจน” เป็นปัญหาหนึ่งที่ก่อตัวอยู่ในสังคมไทยมาช้านาน ส่งผลให้เกิดความเสื่อมโทรมทางสุขภาวะ อันเป็นความทุกข์ยากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อีกทั้งสื่อเค้าวจะทวีความรุนแรงนำไปสู่การขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ โดยสาเหตุความยากจนในประเทศไทยนั้นเกิดจาก 2 ลักษณะ ได้แก่

1. **ปัจจัยภายใน** สิ่งที่ประชาชนมีหรือดำเนินการอยู่ทุกวัน แต่ด้วยข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดสถานะทางสังคมที่ต่างกัน อาทิ ต้นทุนการผลิต ช่องทางจำหน่าย สินค้า อำนาจการต่อรอง ความรู้ความสามารถในการทำงาน ศีลธรรม คุณธรรม ค่านิยม การบริโภค เป็นต้น
2. **ปัจจัยภายนอก** เกิดจากโครงสร้างเศรษฐกิจของประเทศไทยที่แม้จะเป็นระบบเศรษฐกิจแบบผสม (Mixed

Economic System) ระหว่างระบบทุนนิยมและระบบสังคมนิยม แต่ในเชิงปฏิบัติจะมีความเป็นระบบทุนนิยมมากกว่า ทำให้ประชาชนจำนวนหนึ่งมีเสรีภาพในทรัพยากรและแสวงหาผลประโยชน์ให้แก่พวกพ้องของตนเอง และเกิดการกระจายรายได้อย่างไม่เป็นธรรม นำมาซึ่งปัญหาความยากจนในที่สุด

สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรไทยมาจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ซึ่งทั้ง 2 สาเหตุนี้พบว่ามีประชากรที่มีรายได้น้อยมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง ดังนั้นการแก้ปัญหาความยากจน จึงไม่เพียงเป็นการแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจ แต่ยังเป็นการช่วยแก้ปัญหาสังคมและสุขภาพ อันจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศอีกด้วย

โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

เพื่อเป็นการแก้ปัญหาด้านรายได้ในสังคมไทย รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา จึงกำหนดเป็นนโยบายให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยเข้ามาลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลของรัฐ ระหว่าง 15 กรกฎาคม – 15 สิงหาคม 2559 เพื่อกำหนดมาตรการความช่วยเหลือต่อไป จากนั้นในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2559 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบนโยบายเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ผ่านโครงการลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อยเพื่อรับสวัสดิการของรัฐ ด้วยความมุ่งหวังว่าความช่วยเหลือจะแพร่กระจายสู่ประชาชนได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

คำว่า “ผู้มีรายได้น้อย” ตามเกณฑ์ที่รัฐบาลกำหนดไว้จะต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ณ วันที่ 15 สิงหาคม 2559 (หรือเป็นผู้เกิดก่อนวันที่ 16 สิงหาคม 2541) และต้องเป็นผู้ว่างงานหรือมีรายได้ไม่เกิน 100,000 บาท ในปี 2558 โดยคำว่า “รายได้” ในความหมายดังกล่าวจะนับเฉพาะรายได้ของบุคคลที่ลงทะเบียนเท่านั้น ไม่รวมการประกอบอาชีพแบบคร่ำเรื้อรังที่ไม่สามารถแยกแยะรายได้เป็นรายบุคคล²

ผู้ประสงค์จะลงทะเบียนรับสวัสดิการดังกล่าวจะต้องยินยอมเปิดเผยสถานะทรัพย์สินของตน เพื่อให้รัฐบาลเก็บเป็นฐานข้อมูลสำหรับจัดสรรสวัสดิการอย่างเหมาะสม โดยสถานะทรัพย์สินที่ต้องเปิดเผย อาทิ

- **รายได้** ได้แก่ เงินเดือน เงินฝากในธนาคาร สลากออมทรัพย์ พันธบัตรประเภทต่างๆ ฯลฯ
- **กรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน** ได้แก่ ที่ดิน สิ่งปลูกสร้าง รถยนต์ รถจักรยานยนต์ ฯลฯ
- **หนี้สิน** ได้แก่ หนี้เงินกู้ในระบบ หนี้เงินกู้นอกระบบ หนี้บัตรเครดิต หนี้เพื่อการเกษตร หนี้เพื่อการประกอบธุรกิจ หนี้เพื่อการศึกษา หนี้เพื่อการอุปโภค-บริโภค หนี้เพื่อซื้ออสังหาริมทรัพย์ ฯลฯ

ทั้งนี้มาตรการช่วยเหลือของรัฐบาลนั้นแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การมอบเงินช่วยเหลือ 3,000 บาท ให้แก่ผู้มีรายได้น้อยไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี และการมอบเงินช่วยเหลือ 1,500 บาท ให้แก่ผู้มีรายได้ระหว่าง 30,001 – 100,000 บาทต่อปี โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ร่วมโครงการ ได้แก่ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ธนาคารกรุงไทย และธนาคารออมสิน

ผู้ลงทะเบียนเพื่อรับสวัสดิการจากกรมสรรพากรในปี 2559 พบว่ามีผู้ลงทะเบียนที่ไม่ใช่เกษตรกรจำนวนมากถึง 5.4 ล้านคน³ แบ่งเป็นผู้ที่มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี จำนวน 3.1 ล้านคน และผู้มีรายได้ระหว่าง 30,001 – 100,000 บาทต่อปี จำนวน 2.3 ล้านคน โดยใช้วงเงินงบประมาณ 12,750 ล้านบาท



1. กรอกเอกสารและยื่นแบบฟอร์มการลงทะเบียนที่ธนาคารที่ร่วมโครงการโดยตรง

2. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มสำหรับลงทะเบียนจากเว็บไซต์ของกระทรวงการคลัง หรือธนาคารที่เข้าร่วมโครงการ หรือดาวน์โหลดผ่านเว็บไซต์จากนั้นจึงนำไปยื่นธนาคารที่ร่วมโครงการ

ภายหลังโครงการระยะแรกเสร็จสิ้นลง รัฐบาลได้มีแนวคิดที่จะขยายโครงการความช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยออกไปในระยะยาว โดยจะเปิดให้ผู้มีรายได้น้อยได้ลงทะเบียนในรอบใหม่ในช่วงเดือนเมษายน 2560⁴ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนในรอบแรกเข้ามาลงทะเบียนเพิ่มเติม โดยมีแนวคิดจัดระบบสวัสดิการของรัฐในรูปแบบต่างๆ สำหรับลดความเหลื่อมล้ำและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้มีรายได้น้อยในระยะยาว อาทิ

- **บัตรประจำตัวผู้มีรายได้น้อย** เพื่อเตรียมพร้อมไว้รับสวัสดิการที่ทางรัฐบาลจะมอบให้ในอนาคต เช่น การลดค่าน้ำ-ไฟฟ้า การขึ้นรถเมล์ฟรี รถไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งหากใช้บัตรดังกล่าวรูดกับเครื่องก็จะรู้ได้ทันทีว่าได้รับสวัสดิการดังกล่าวหรือไม่

- **การทำประกันชีวิตให้ผู้มีรายได้น้อย** โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันรายละ 99 บาทต่อปี คั้มครอง 5-6 หมื่นบาท และจ่ายชดเชยกรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยเท่ากับค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน

- **การจ่ายเบี้ยยังชีพเพิ่มให้ผู้สูงอายุที่เป็นผู้มีรายได้น้อย** กรณีผู้สูงอายุฐานะดี สมัครใจสละสิทธิเบี้ยชราภาพ

อนึ่ง ผู้มีความประสงค์จะลงทะเบียนสามารถติดตามข่าวสารผ่านทางเว็บไซต์ของกรมสรรพากรหรือเว็บไซต์ของโครงการ ขั้นตอนการลงทะเบียนเพื่อรับสวัสดิการของรัฐสามารถทำได้ 2 วิธี คือ

มุมมองต่างๆ ต่อโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ

ที่จริงแล้ว โครงการลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อยของรัฐบาลครั้งนี้ไม่ใช่เรื่องแปลกใหม่สำหรับสังคมไทย เพราะในยุค**รัฐบาลทักษิณ**ฯ เคยให้มีการ “ลงทะเบียนคนจน” และมีประชาชนมาลงทะเบียนราว 7 ล้านคน **รัฐบาลอภิสิทธิ์**ฯ ก็เคยออกนโยบายช่วยเหลือคนจนกันมาแล้วทั้งสิ้น โดย**รัฐบาลอภิสิทธิ์**ฯ ได้ดำเนินแผนกระตุ้นเศรษฐกิจและออกมาตรการ “เช็คช่วยชาติ” โดยมอบเช็คมูลค่า 2,000 บาทให้แก่ประชาชน 3 กลุ่มได้แก่⁵

1. ผู้ที่จ่ายเงินสมทบประกันสังคมที่มีเงินเดือนไม่ถึง 15,000 บาท และผู้ประกันตนที่ถูกเลิกจ้างหรือลาออกโดยสมัครใจ และอยู่ระหว่างได้รับเงินชดเชยกรณีว่างงานในอัตรา 50% ของเงินเดือนเป็นเวลา 8 เดือน จำนวน 8.1 ล้านราย

2. กลุ่มข้าราชการเบี้ยหวัดบ้านาญ จำนวน 2.3 แสนราย

3. บุคลากรภาครัฐ 1.4 ล้านราย

ขณะที่**รัฐบาลยิ่งลักษณ์**ฯ เลือกที่จะดำเนินการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยผ่าน 2 นโยบายการจ้างแรงงานได้แก่⁶

1. นโยบายเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำเป็นวันละ 300 บาท
2. นโยบายฐานเงินเดือนของผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีไม่น้อยกว่า 15,000 บาท

แม้ว่ารัฐบาลแต่ละชุดจะมีเจตนาที่ดีในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน แต่ถึงกระนั้นก็ยังคงมีกระแสเห็นด้วยและกระแสวิพากษ์วิจารณ์จากคนกลุ่มต่างๆ สำหรับโครงการลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อยของรัฐบาลชุดปัจจุบันมีกระแสดูความคิดเห็นที่หลากหลาย ดังนี้

พล.ท.สรรเสริญ แก้วกำเนิด โฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรี มองว่ามาตรการของรัฐบาลครั้งนี้จะส่งผลดีในแง่ของการกระตุ้นการบริโภคภายในประเทศ ทำให้เกิดการหมุนเวียนของเศรษฐกิจ และลดจำนวนหนี้สินของประชาชน นอกจากนี้การขึ้นทะเบียนผู้มีรายได้น้อยจะเป็นฐานข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการช่วยเหลืออื่นๆ ได้อย่างตรงจุด ทั้งนี้ประชาชนผู้ได้รับสวัสดิการเองก็จำเป็นต้องปรับตัว มิใช่จะรอรับความช่วยเหลือจากภาครัฐเพียงอย่างเดียว

นายกฤษฎา จีนะวิจารณะ ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) กล่าวว่านโยบายที่รัฐบาลกำลังดำเนินการอยู่คือการส่งเสริมการเติบโตจากเศรษฐกิจภายในแทนที่การพึ่งพาจากภายนอก อีกทั้งการให้ความช่วยเหลือ “กลุ่มที่ยังขาด” ก็นับว่าเป็นความจำเป็นที่สังคม ไม่ควรนำเกณฑ์ด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจมาเป็นกรอบประเมิน

ขณะที่ **นายพิชัย นริพทะพันธุ์** อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพลังงานในสมัยรัฐบาลยิ่งลักษณ์ฯ มีความเห็นที่ต่างออกไปว่า รัฐบาลกำลังพยายามช่วยเหลือประชาชนในภาวะที่ลำบาก แต่จะไม่เกิดประโยชน์ในแง่ของการกระตุ้นเศรษฐกิจ เพราะการกระตุ้นเศรษฐกิจที่แท้จริงจะต้องพิจารณาจากภาพรวมเศรษฐกิจของประเทศ ไม่ใช่เพียงการจ่ายเงินเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนเพียงกลุ่มเดียว

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) **ดร.ณรรักษ์ พิศลยบุตร** นักวิชาการ ให้สัมภาษณ์สำนักข่าวอิศรา ถึงมาตรการที่ภาครัฐช่วยเหลือประชาชนผู้มี

รายได้น้อย 3,000 บาท ว่าเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจ เพราะสิ่งที่ภาครัฐทำ คือการนำเงินมาแจกให้กับประชาชน และประชาชนที่ได้รับจะนำเงินไปใช้จ่ายหรือไปบริโภค แต่หากถามว่าเป็นนโยบายที่ดีหรือไม่ “ในฐานะนักวิชาการก็กังวลใจ เพราะนโยบายลักษณะนี้เป็นแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ขณะที่ประเทศไทยมีปัญหาเรื่องนี้ คือประชาชนยังไม่สามารถจัดการหนี้ของตัวเองได้ เรื่องของการแจกเงิน ถ้าทำไปโดยยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน สุดท้ายก็จะกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม ภาระหนี้ก็ไม่เปลี่ยนแปลงให้ไป ก็เหมือนกับน้ำซึมบ่อทราย” ฉะนั้นนโยบายใดๆ ที่ออกมาแล้วก็แล้วแต่ ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะเป็นการนำเงินภาษีประชาชนมาใช้ ทั้งนี้ได้เสนอว่าภาครัฐควรแก้ปัญหาหนี้ครัวเรือน แม้จะไม่ใช่วิธีง่ายต้องใช้ระยะเวลาในการทำงานค่อนข้างมาก รวมถึงต้องปรับพฤติกรรมของประชาชนด้วย⁷

บทส่งท้าย

โครงการลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อยเพื่อรับสวัสดิการของรัฐ เป็นอีกหนึ่งนโยบายของรัฐบาลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนซึ่งเป็นรากฐานของสังคมให้ดียิ่งขึ้น แม้ว่าในรอบแรกประชาชนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงระบบลงทะเบียน เช่น ประชาชนที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นห่างไกล ทำให้คนเหล่านี้เสียสิทธิในการได้รับสวัสดิการ และส่งผลให้ฐานข้อมูลที่รวบรวมได้จากการลงทะเบียนของประชาชนไม่สมบูรณ์อย่างที่ควรจะเป็น และไม่สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ครอบคลุมตามที่ตั้งใจ ทำให้ต้องขยายโครงการลงทะเบียนในปี 2560 โดยภาครัฐจะเพิ่มสวัสดิการของรัฐในระยะยาวด้วย แต่ไม่ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายให้ความช่วยเหลือประชาชนมากน้อยเพียงใดก็ตาม ประชาชนเองก็มีหน้าที่ต้องพัฒนาศักยภาพของตนให้มีความก้าวหน้า มีความขยันหมั่นเพียร มีวินัยในการใช้จ่าย เพิ่มการออม ลดการก่อหนี้ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของตนในระยะยาวด้วย



4 มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ รองรับสังคมสูงวัย

เป็นเรื่องน่ายินดีอย่างยิ่งที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบมาตรการรองรับสังคมสูงวัย ตามที่กระทรวงการคลังเสนอในการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2559 ประกอบด้วย การส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ และการบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ มาตรการดังกล่าวจะช่วยสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในเรื่องการสร้างรายได้ การส่งเสริมการออม และการสร้างความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย



ไทยกับสังคมสูงวัย

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี 2548 (สังคมสูงวัย หมายถึง มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) จากนั้นมาสัดส่วนประชากรสูงวัยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2559 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึง 10.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556)¹ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด

และในปี 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด

ปรากฏการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐ ภาพของสังคมไทยนับจากนี้เป็นต้นไป ประชากรไทยจะสูงอายุขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก จำนวนประชากรวัยแรงงานจะมีสัดส่วนลดลง ขนาดครัวเรือนเล็กลง รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องเร่งวางนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย

มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ

แนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ผ่านมาเน้นสร้างหลักประกันรายได้ยามชราภาพ ผ่านการจ่ายเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพทางสุขภาพที่ดีผ่านการพัฒนาชุดความรู้ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพะทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ดี เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย

ปัจจุบันประเด็นเรื่องการจ้างงานผู้สูงอายุได้รับความสนใจในสังคมไทยเป็นอย่างมาก เมื่อมีงานวิจัยและเวทีเสวนาหลายเวทีที่นำเสนอหัวข้อ “สูงวัยไม่หยุดทำงาน” เพื่อส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ อันจะเป็นการรักษามาตรฐานการครองชีพในระดับที่ใกล้เคียงกับช่วงก่อนการเกษียณอายุ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติมากนัก จึงเป็นเรื่องน่ายินดีที่รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของการรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยผ่านการออกมาตรการต่างๆ ที่สอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุของไทย มีรายละเอียดดังนี้

1. มาตรการจ้างงานผู้สูงอายุ

หากหน่วยงานใดมีการจ้างงานคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เงินเดือนที่ต้องจ่ายให้กับผู้สูงอายุจะสามารถนำมาหักภาษีได้สองเท่า ของรายจ่ายประเภทเงินเดือนและค่าจ้าง (สำหรับการจ้างบุคลากรผู้สูงอายุซึ่งมีอัตราค่าจ้างไม่เกิน 15,000 บาทต่อคนต่อเดือน) โดยนายจ้างสามารถใช้สิทธิได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวนลูกจ้างทั้งหมด ทั้งนี้ลูกจ้างจะต้องไม่เป็นผู้ออกหน้าของกิจการ กรรมการ ผู้บริหาร หรือเคยเป็นผู้บริหารของกิจการ²

มาตรการนี้ถือว่าเป็นการสร้างหลักประกันความมั่นคงในเรื่องรายได้ของผู้สูงอายุให้สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ยาวนานขึ้น³ เป็นการเปลี่ยนการมองภาพผู้สูงอายุที่มองว่า “ผู้สูงอายุเป็นภาระ” ให้เป็น “ผู้สูงอายุมีคุณค่า” แม้ว่าบุตรยังคงเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แต่ก็มี

แนวโน้มลดลง⁴ อันเนื่องมาจากผลของค่านิยมที่เปลี่ยนไปของสังคมไทยที่มีบุตรน้อยลง รวมถึงการย้ายถิ่นของคนในวัยทำงาน จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับเงินเพื่อช่วยเหลือจุนเจือจากบุตรหลานน้อยลงไปด้วย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงอยู่ในกำลังแรงงานเป็นเรื่องที่สำคัญ นอกจากการทำงานจะเป็นการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุแล้ว การทำงานยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุอีกด้วย โดยเป็นการส่งเสริมให้เกิดพัฒนาพลัง (active ageing) และให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จอีกด้วย

2. มาตรการสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

มาตรการนี้ส่งเสริมการสร้างที่พักอาศัยที่มีความเหมาะสม และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเป็นการเฉพาะให้กับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีที่พักอาศัยที่ปลอดภัย มีอุปกรณ์ใช้สอยที่เหมาะสม และอยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาล โดยจะมีการสร้างที่พักอาศัยทั้งในรูปแบบการเช่าที่ราชพัสดุ จำนวน 4 แห่ง ในจังหวัดชลบุรี นครนายก เชียงราย และเชียงใหม่ รวมพื้นที่ 135 ไร่ รวมทั้งการจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ในรูปแบบของบ้านประชารัฐที่ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน และยังสนับสนุนสินเชื่อเงินผ่อนปรนให้แก่ผู้ประกอบการพัฒนาอสังหาริมทรัพย์ที่ต้องการพัฒนาโครงการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ วงเงินรวมไม่เกิน 4,000 ล้านบาท และให้มีการจัดสรรวงเงินสินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อบริการดำเนินการโครงการในระยะต่อไปด้วย โดยให้สิทธิการจองสำหรับบุตรที่เลี้ยงดูบิดามารดาเป็นลำดับแรก⁵

ทั้งนี้ยังมีข้อสังเกตว่า 1) มาตรการนี้ให้สิทธิสำหรับบุตรที่เลี้ยงดูบิดามารดาเป็นลำดับแรก ซึ่งสะท้อนภาพให้เห็นว่าสังคมไทยยังต้องการส่งเสริมค่านิยมในการเลี้ยงดูบิดามารดาว่าเป็นหน้าที่หลักของบุตรโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สถานการณ์อนาคตที่ผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐไม่สามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นจึงต้องเป็นหน้าที่ของบุตรในการดูแลบิดามารดา 2) มาตรการนี้

เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการมีที่อยู่อาศัยใหม่เท่านั้น ควรคำนึงถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเดิมที่ตนเองเป็นเจ้าของ แต่มีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสมากขึ้น การปรับปรุงที่อยู่อาศัยเดิมให้เหมาะกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุแทนที่การย้ายเข้าไปในโครงการหรือบ้านพักที่จัดขึ้นใหม่สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ก็น่าจะตอบโจทย์และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้ชีวิตสูงวัยในบ้านเดิมได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

3. สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

สินเชื่อที่อยู่อาศัย หมายถึง เงินกู้ระยะยาวที่กู้ยืมจากสถาบันการเงินหรือธนาคาร เพื่อซื้อหรือสร้างที่อยู่อาศัย โดยใช้ที่อยู่อาศัยนั้นเป็นหลักประกันในการจำนองให้แก่ธนาคารผู้ให้สินเชื่อ⁶

มาตรการนี้เป็นการให้เงินกู้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภาระหนี้เป็นของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุนำที่อยู่อาศัยของตนมาเปลี่ยนเป็นเงินดำรงชีพ ซึ่งมูลค่าเงินที่กู้ได้จะขึ้นอยู่กับอายุของผู้กู้ มูลค่าบ้าน และอัตราดอกเบี้ย ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิธีรับเงินเป็นก้อนเดียว หรือทยอยรับเป็นงวด จนกว่าจะเสียชีวิตหรือจนกว่าจะหมดอายุสัญญาเงินกู้ โดยผู้กู้ไม่ต้องชำระเงินต้นหรือดอกเบี้ยคืน และหลังจากผู้กู้เสียชีวิต ที่อยู่อาศัยจะตกเป็นของธนาคาร⁷

โดยปกติแล้วสินเชื่อที่อยู่อาศัยของบุคคลทั่วไปที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จะเป็นในลักษณะของบ้านที่ยื่นกู้นั้นจะเป็นหลักประกันในการกู้ยืม และผู้กู้จะได้เงินมาเป็นก้อนสำหรับจ่ายค่าบ้าน หรือนำไปใช้จ่ายในเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็น ผู้กู้จะต้องจ่ายคืนให้กับธนาคารเป็นรายเดือนตามที่ตกลงกับธนาคาร ซึ่งตรงกันข้ามกับสินเชื่อสำหรับผู้สูงอายุที่ธนาคารจะเป็นคนจ่ายเงินเป็นรายเดือนให้แทน โดยมีบ้านเป็นหลักประกันและผู้สูงอายุยังสามารถอาศัยอยู่ในบ้านหลังนั้นไปได้จนกว่าจะเสียชีวิต และที่สำคัญ ผู้ที่ต้องการกู้ไม่ต้องยื่นหลักฐานแสดงรายได้ของตนเอง ไม่ต้องตรวจสุขภาพ มีแค่เพียงบ้านและที่ดินที่ปลอดภาระการผ่อนชำระกับ

ธนาคารเท่านั้นก็เพียงพอแล้ว มาตรการนี้ได้เกิดขึ้นแล้วในสหรัฐฯ และเกาหลีใต้⁸ สำหรับประเทศไทยมีบางธนาคารที่ขานรับนโยบายนี้ของรัฐบาล เช่น ธนาคารอาคารสงเคราะห์ โดยได้จัดทำโครงการบ้าน ธอส. เพื่อผู้สูงอายุ⁹ เป็นต้น

มาตรการนี้มุ่งคุ้มครองและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นข้าราชการบำนาญ ไม่มีเงินสำรองเพียงพอต่อการใช้ชีวิต และไม่มีลูกหลานไว้คอยดูแล จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ถือได้ว่ามาตรการดังกล่าวเป็นทางเลือกสำหรับวัยเกษียณในอนาคต และเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่เสริมสร้างความมั่นคงทางรายได้ให้ผู้สูงอายุ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออมที่พอเพียง

4. การบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ

มาตรการนี้เป็นการสนับสนุนการออมภาคบังคับเพื่อสร้างหลักประกันรายได้ที่มั่นคงเมื่อยามสูงวัย เมื่อสำรวจการออมของผู้สูงอายุ¹⁰ พบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราการออมที่ต่ำมาก โดยประมาณร้อยละ 65 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีเงินออมเลย สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยยังไม่มี ความมั่นคงทางด้านรายได้ในช่วงหลังวัยเกษียณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานนอกระบบ และแรงงานในระบบที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

มาตรการนี้กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายบำนาญบำนาญแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา และกำกับดูแลระบบบำนาญบำนาญของประเทศให้ครอบคลุม และจัดตั้งกองทุนบำนาญบำนาญแห่งชาติ (กบช.) เพื่อเป็น “กองทุนสำรองเลี้ยงชีพภาคบังคับ” สำหรับแรงงานในระบบ ครอบคลุมทั้งลูกจ้างเอกชน ลูกจ้างชั่วคราวของส่วนราชการ พนักงานราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอายุ 15 – 60 ปี ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยให้มีการจ่ายเงินเข้ากองทุนจาก 2 ฝ่าย คือ ลูกจ้าง และนายจ้าง ลูกจ้างจะได้รับบำนาญหรือบำนาญเมื่ออายุครบ 60 ปี เพื่อให้แรงงานกลุ่มดังกล่าวมีรายได้ที่เพียงพอในการดำรงชีวิตหลังเกษียณ โดยกำหนดให้ กบช. เปิดรับสมาชิก



ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป โดยลูกจ้างและนายจ้างต้องส่งเงินเข้า กบข. ฝ่ายละ 3% ของค่าจ้าง สูงสุดไม่เกินเดือนละ 1,800 บาท และทยอยปรับเพิ่มเป็น 10% ใน 10 ปี ส่วนลูกจ้างที่มีรายได้ไม่ถึงเดือนละ 10,000 บาท ไม่ต้องนำส่งเงินเข้ากองทุน โดยให้นายจ้างส่งเงินฝ่ายเดียว¹¹

จากการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2558¹² พบว่า ผู้มีงานทำจำนวน 38.3 ล้านคน เป็นแรงงานในระบบ 16.9 ล้านคน (ร้อยละ 44.1) และเป็นแรงงานนอกระบบ 21.4 ล้านคน (ร้อยละ 55.9) ในจำนวน 16.9 ล้านคนที่เป็นแรงงานในระบบนี้ ยังมีบุคคลส่วนหนึ่งที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างเอกชน ลูกจ้างชั่วคราวส่วนราชการ พนักงานราชการ และรัฐวิสาหกิจ มาตรการนี้จะช่วยให้แรงงานมีเงินออมหลังเกษียณเพิ่มเป็น 50% ของรายได้ จากปัจจุบันอยู่ที่ 19% เป็นการช่วยให้แรงงานในระบบมีการเตรียมพร้อมการออมเพื่อการชราภาพในอนาคต และยังช่วยเพิ่มระดับการออมของประเทศให้สูงขึ้นเฉลี่ยปีละ 68,000 ล้านบาท¹³

จุดเริ่มต้นของการรับมือ

การเล็งเห็นความสำคัญของการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ทำให้ภาครัฐและผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ร่วมกันผลักดันมาตรการทั้งสี่ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุดังกล่าวขึ้น มาตรการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางรายได้ และเป็นหลักประกันรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืนเพื่อการออมในยามชราภาพ นอกจากนี้แล้วยังช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุของรัฐบาล และช่วยตอบรับกับความต้องการของตลาดในเรื่องการขาดแคลนแรงงาน อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย

นอกจากนี้แล้วมาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้ง 4 มาตรการ ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า เปลี่ยนจากคำว่า “ภาระ” เป็น “พลัง” ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายชีวิตทั้งกายและใจ การปรับปรุงบ้านพักอาศัยให้ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากจะช่วยเหลือเพิ่มคุณภาพผู้สูงอายุและยังช่วยป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ด้วย



รัฐจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติ เน้นนำเข้าตาม MoU



เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเรื่องการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ โดยผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติสองกลุ่ม คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ถือบัตรผู้ไม่มีสัญชาติไทย (บัตรชมพู) และกลุ่มที่ประเทศต้นทางออกเอกสารให้ (กลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว) ให้อยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทยได้เป็นเวลาสองปี โดยจะสิ้นสุดในวันที่ 31 มีนาคม 2561 แรงงานข้ามชาติทั้งสองกลุ่มต้องมารายงานตัวเพื่อจัดทำทะเบียนประวัติ ขออนุญาตทำงาน และจัดทำบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย (บัตรสีชมพู) ช่วงวันที่ 1 เมษายน – 29 กรกฎาคม 2559 โดยหวังว่านโยบายดังกล่าวจะช่วยแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้จดทะเบียน และในระยะยาวรัฐบาลต้องการแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการนำเข้าแรงงานข้ามชาติผ่านรัฐบาลของประเทศต้นทาง โดยมีการออกหนังสือเดินทางที่ถูกต้อง แต่่นโยบายดังกล่าวจะสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ยังเป็นเรื่องที่หลายฝ่ายตั้งคำถาม ทั้งนี้ในปี 2559 มีแรงงานข้ามชาติมารายงานตัวเพียง 1,178,678 คนเท่านั้น จากตัวเลขประมาณการของแรงงานข้ามชาติทั้งหมดกว่า 4 ล้านคน¹

การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ ของไทยจากอดีตถึงปัจจุบัน

การบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทยที่ผ่านมาอยู่บนฐานของการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้จดทะเบียน การจัดการในช่วง

กว่ายี่สิบปีที่ผ่านมาเน้นการผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติอยู่อาศัยและทำงานเป็นการชั่วคราว โดยเปิดจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติเป็นช่วงๆ จนกระทั่งปี 2548 เป็นต้นมา แนวนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติของไทยเน้นให้เกิดระบบการจ้างงานแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมาย ประเทศไทยจึงได้ประสานงานไปยังประเทศเพื่อนบ้านเพื่อทำข้อตกลง

ในการจ้างแรงงานข้ามชาติอย่างถูกกฎหมาย โดยได้ดำเนินการในสองลักษณะ คือ

หนึ่ง เปิดให้แรงงานข้ามชาติที่ได้รับผ่อนผันให้อยู่และทำงานในประเทศไทยได้ดำเนินการพิสูจน์สัญชาติกับประเทศต้นทาง เพื่อดำเนินการออกหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือเอกสารแทนหนังสือเดินทาง และนำไปสู่กระบวนการจ้างงานอย่างถูกกฎหมายต่อไป

สอง นำเข้าแรงงานข้ามชาติตามข้อตกลงการจ้างแรงงาน (Memorandum of Understanding on the Employment of Workers: MoU) ระหว่างไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ กัมพูชา เมียนมาและลาว ซึ่งจะ เป็นกระบวนการนำเข้าแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยผ่านระบบการจัดหางานอย่างถูกต้อง

ในปี 2558 มีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันให้ทำงานในไทยประมาณ 1 ล้านคน มีการพิสูจน์สัญชาติจำนวนมากถึง 989,374 คน นอกจากนี้มีการนำเข้าแรงงานผ่านช่องทาง MoU จำนวน 279,311 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนแรงงานข้ามชาติสามสัญชาติ (เมียนมา ลาว และกัมพูชา) ตั้งแต่ปี 2548 – 2558

ปี	พิสูจน์สัญชาติ	นำเข้าตาม MoU
2548	1,681	0
2549	49,214	9,877
2550	72,096	14,150
2551	71,017	17,059
2552	77,914	27,447
2553	228,411	43,032
2554	505,238	72,356
2555	733,603	93,265
2556	847,130	174,042
2557	971,461	206,168
2558	989,374	279,311

ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว เว็บไซต์ : <http://www.doe.go.th/alien>

ต่อเนื่องจากจำนวนเพียง 9,877 คนในปี 2549 จนทะลุหลักหนึ่งแสนคนในปี 2556 และทะลุหลักสองแสนคนในปี 2557 อย่างไรก็ตามแรงงานที่เข้าประเทศผ่านช่องทาง MoU ก็ยังเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับแรงงานที่ไม่จดทะเบียนจำนวนนับล้านคน (ตารางที่ 1)

สาม นอกจากนั้นแล้วประเทศไทยยังมีแนวทางในการจัดการแรงงานข้ามชาติ ที่เป็นการจ้างงานข้ามพรมแดน ดังที่ปรากฏในมาตรา 14 ของ พ.ร.บ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ซึ่งทำให้ประเทศมีเครื่องมือในการจัดการแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดกับประเทศไทยที่หลากหลายรูปแบบ

นโยบายแรงงานข้ามชาติปี 2559: ความสับสนอลหม่านของการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ

คณะกรรมการความสงบแห่งชาติ (คสช.) มีแนวทางการจัดการแรงงานข้ามชาติ โดยการเปิดจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ และผ่อนผันให้อยู่และทำงานในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว จากนั้นได้มีการต่ออายุให้ในปีถัดมา

แต่สำหรับปี 2559 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559 เรื่องการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ปี 2559 โดยผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติสองกลุ่มคือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ถือบัตรผู้ไม่มีสัญชาติไทย (บัตรชมพู) และกลุ่มที่ประเทศต้นทางออกเอกสารให้ (กลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว) ให้อยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทยได้เป็นเวลาสองปี โดยจะสิ้นสุดลงในวันที่ 31 มีนาคม 2561 ทั้งนี้แรงงานข้ามชาติทั้งสองกลุ่มต้องมารายตัวเพื่อจัดทำทะเบียนประวัติ ขออนุญาตทำงาน และจัดทำบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย (บัตรสีชมพู) ช่วงวันที่ 1 เมษายน – 29 กรกฎาคม 2559 แนวทางการจัดการตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว เป็นการขยายเวลาการผ่อนผันให้แก่แรงงานข้ามชาติกลุ่มที่กำลังจะสิ้นสุดการผ่อนผันได้อยู่ต่อไปอีก ผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้มีแรงงานข้ามชาติมาดำเนินการจดทะเบียนตามมติ ครม. 1,178,678 คน จากตัวเลขประมาณการณ่ว่าจะมีผู้มาจดทะเบียนถึงราว 3 ล้านคน²

เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติชี้ว่า แม้นโยบายของรัฐจะดูเปิดกว้างและให้โอกาสแรงงานข้ามชาติมากขึ้น แต่สิ่งที่ปรากฏชัดจากการดำเนินการตามนโยบายนี้ คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เคยผ่านการพิสูจน์สัญชาติและได้รับหนังสือเดินทาง (passport) หรือ **กลุ่มแรงงานที่ได้รับการพัฒนาสถานะให้เป็นคนที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย** ต้องมารายงานตัวตามมติคณะรัฐมนตรี และได้รับเอกสารที่เรียกว่าบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสัญชาติไทย หรือบัตรสีชมพู แทนการถือหนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน ส่งผลให้แรงงานกลุ่มนี้กลับไปเป็นผู้มีสถานะ **เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย** แต่ได้รับการผ่อนผันให้ทำงาน **ได้ชั่วคราวอีกครั้งหนึ่ง** จึงอาจกล่าวได้ว่าการดำเนินการตามมติ ครม. วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2559 กระทบกับความพยายามพัฒนาสถานะทางกฎหมายของแรงงานข้ามชาติ เพื่อก้าวให้พ้นวงจรการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ ทำให้การพัฒนาให้แรงงานดังกล่าวเป็นคนเข้าเมืองถูกกฎหมาย ซึ่งดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 ต้องชะงักลง และย้อนกลับไปสู่วังวนเดิม³

นโยบายระยะยาว เน้นนำเข้าแรงงานตาม MoU กับประเทศต้นทาง

ในปี 2559 นางออง ซาน ซูจี ในฐานะที่ปรึกษาแห่งสหภาพพม่า และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ ได้เดินทางเยือนประเทศไทยอย่างเป็นทางการในช่วงวันที่

23-25 มิถุนายน 2559 ระหว่างการเยือนไทยดังกล่าว ได้มีการลงนามบันทึกความเข้าใจร่วมไทย-เมียนมา 3 ฉบับ ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการดูแลและคุ้มครองแรงงานข้ามชาติที่มีทิศทางที่ชัดเจนมากขึ้น ได้แก่

ฉบับที่ 1 บันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านแรงงาน ซึ่งระบุถึงการพัฒนาความสัมพันธ์และการสนับสนุนด้านแรงงานร่วมกันของทั้งสองประเทศ อันจะเป็นรากฐานการพัฒนาประเด็นด้านแรงงาน เช่น การพัฒนาฝีมือแรงงาน การคุ้มครองแรงงาน ประกันสังคม ร่วมกันในอนาคต

ฉบับที่ 2 บันทึกข้อตกลงว่าด้วยการจ้างแรงงาน กำหนดให้มีกระบวนการจัดอบรมเตรียมความพร้อมให้แก่แรงงานข้ามชาติก่อนเดินทางเข้ามาทำงานโดยประเทศต้นทางกำหนดสัญญาจ้างที่ชัดเจน กำหนดบทบาทความรับผิดชอบของบริษัทจัดหางาน และเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการทำงาน จากเดิมซึ่งกำหนดให้ “แรงงานข้ามชาติสามารถทำงานในประเทศปลายทางได้ครั้งละไม่เกิน 2 ปี ติดกันสองครั้ง (รวมแล้วไม่เกิน 4 ปี) แล้วจะต้องเดินทางกลับประเทศต้นทางก่อน 3 ปี แล้วจึงเดินทางกลับเข้ามาทำงานได้อีกครั้ง” เปลี่ยนเป็น “เมื่อทำงานครบ 4 ปีแล้ว แรงงานข้ามชาติจะต้องเดินทางกลับประเทศต้นทาง 30 วัน แล้วจึงเดินทางกลับเข้ามาทำงานใหม่” (ภายหลังการจัดทำข้อตกลงทั้งสองฉบับกับเมียนมาแล้ว ประเทศไทยได้มีการจัดทำข้อตกลงลักษณะเดียวกันกับประเทศเวียดนาม เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2558 จัดทำกับประเทศกัมพูชา

ตารางที่ 2 สถิติแรงงานข้ามชาติ เดือนพฤศจิกายน 2559

ประเภท/สัญชาติ	เมียนมา	กัมพูชา	ลาว	รวม
พิสูจน์สัญชาติ (NV)	754,037	99,030	63,025	916,092
MoU	188,979	149,485	43,502	381,966
ผ่อนผันตามมติ ครม.	723,360	385,829	69,489	1,178,678
ประมงทะเล	27,224	21,730	1,038	49,992
แปรรูปสัตว์น้ำ	100,870	35,632	4048	140,550
จ้างงานชายแดน	596	6,436	—	7,032
รวม	1,795,066	698,142	181,102	2,674,310

ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว และเว็บไซต์กระทรวงแรงงาน : พฤศจิกายน 2559

เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2558 และจัดทำกับประเทศไทย เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2559 ด้วย)

ฉบับที่ 3 ความตกลงว่าด้วยการข้ามแดนระหว่างประเทศทั้งสอง ซึ่งในความตกลงฉบับนี้ได้กำหนดถึงการข้ามแดนทางชายแดนของทั้งสองประเทศ โดยได้กำหนดให้เพิ่มเติมการเดินทางเพื่อเข้ามาทำงานในพื้นที่ชายแดนเพื่อรองรับต่อการเปิดพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนของไทย และรองรับการจ้างงานในพื้นที่ชายแดนที่กำหนดเอาไว้ในพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551

นอกจากนี้ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2559 เห็นชอบยุทธศาสตร์บริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ปี 2560 – 2564 ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ฯ 5 ด้าน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 – การจัดระบบแรงงานเพื่อลดการพึ่งพาแรงงานต่างด้าว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 – การควบคุม กำกับ ดูแลกระบวนการเข้ามาและกลับออกไปของแรงงานต่างด้าว

ยุทธศาสตร์ที่ 3 – การกำหนดมาตรฐานการจ้างแรงงานต่างด้าวให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 – การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวที่มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 – การติดตามและประเมินผล

หากพิจารณาจากยุทธศาสตร์ทั้งข้อ 1 และข้อ 2 น่าจะมีทิศทางที่จะควบคุมการจัดการแรงงานข้ามชาติ โดยเน้นการนำเข้าแรงงานข้ามชาติอย่างถูกกฎหมายมากขึ้น

ออก พ.ร.ก. ควบคุมการนำเข้าแรงงาน เพิ่มการกำกับดูแล

นอกจากการจัดทำ MoU กับประเทศต้นทางในการนำเข้าแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานอย่างถูกกฎหมายแล้ว กระทรวงแรงงานได้เสนอให้มีพระราชกำหนดการนำคนต่างด้าวมาทำงานกับนายจ้างในประเทศ พ.ศ. 2559 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2559 โดย พ.ร.ก. มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการนำเข้าแรงงานข้ามชาติมาทำงานกับนายจ้างในประเทศอย่างเหมาะสม และป้องกันไม่ให้เกิดการลักลอบนำเข้าแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานกับนายจ้างในประเทศไทยโดยผิดกฎหมาย รวมทั้งให้ความคุ้มครองผู้ที่มีส่วน

เกี่ยวข้องให้ได้รับความเป็นธรรม โดยมีสาระสำคัญกำหนดให้มีการนำแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานกับนายจ้างในประเทศได้ 2 กรณี คือ

1. นายจ้างเป็นผู้นำคนต่างด้าวมาทำงานด้วยตนเอง ซึ่งจะต้องมีการวางแผนประกันกับทางราชการตามอัตราที่กำหนด

2. ผู้ประกอบกิจการ (บริษัทจัดหางาน) ที่ได้รับใบอนุญาตตามพระราชกำหนดนี้เป็นผู้นำคนต่างด้าวมาทำงาน ซึ่งจะต้องมีการวางแผนประกันการประกอบธุรกิจเป็นเงินไม่น้อยกว่า 5 ล้านบาท

พ.ร.ก. นำคนต่างด้าวมาทำงานกับนายจ้างในประเทศ ฉบับนี้ กำหนดมาตรการให้ผู้ประกอบกิจการเรียกค่าตอบแทน ซึ่งเป็นค่าบริการและค่าใช้จ่ายจากนายจ้างเท่านั้น หากผู้ประกอบกิจการกระทำผิดสัญญา ก็สามารถหักเงินจากหลักประกันที่วางไว้กับอธิบดีกรมการจัดหางานคืนให้นายจ้างได้ นอกจากนี้ยังกำหนดให้ผู้ประกอบกิจการและนายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบคนต่างด้าวที่นำเข้ามาทำงานในประเทศร่วมกัน ซึ่งมาตรการดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนต่างด้าว นายจ้าง รวมทั้งจัดระเบียบผู้ประกอบการในประเทศไทยอีกด้วย⁴

นอกจากนั้น มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2559 ได้จัดตั้งศูนย์สำหรับแรงงานต่างด้าว 3 แห่ง ที่จังหวัดตาก สระแก้ว และหนองคาย เพื่อให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกฎหมายแรงงาน สัญญาจ้าง รวมถึงการประสานกับนายจ้างเมื่อสิ้นสุดการจ้าง⁵ ทั้งนี้ เพื่อช่วยให้แรงงานข้ามชาติที่นำเข้าตาม MoU ได้รับการอบรม หรือข้อมูลที่จำเป็นในการทำงาน รวมทั้งได้ตรวจสิทธิหลังสิ้นสุดการทำงานของตนเองก่อนส่งกลับ

อุปสรรคการนำเข้าแรงงาน ผ่านช่องทาง MoU

แม้รัฐบาลไทยและกระทรวงแรงงานจะมีแนวทางให้แรงงานข้ามชาติเข้าสู่ระบบ MoU มากขึ้น แต่ก็ยังมีคำถามว่า การนำเข้าตามระบบ MoU จะสามารถดำเนินการได้อย่างสัมฤทธิ์ผล และเป็นทางออกสำหรับปัญหาแรงงานข้ามชาตินอกระบบของประเทศไทยจริงหรือไม่ เพราะหาก

ดูจากสถิติการนำเข้าแรงงานข้ามชาติโดยระบบ MoU จะพบว่าปัจจุบันมีแรงงานข้ามชาติที่นำเข้าจากสามประเทศ เพียงสองแสนกว่าคน จากตัวเลขแรงงานข้ามชาติทั้งหมด ที่อาจมากถึงว่าสี่ล้านคน (ดูตารางที่ 1)

อุปสรรคสำคัญของการนำเข้าแรงงานผ่านระบบ MoU คือขั้นตอนที่ยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายสูง และใช้เวลานาน ทำให้แรงงานข้ามชาติเลือกช่องทางอื่นเข้ามาทำงานในเมืองไทยมากกว่า ซึ่งในประเด็นนี้ ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร นักวิชาการ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ให้ความเห็นว่า “แนวโน้มแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยจะมีจำนวนมากขึ้นหรือน้อยลง ขึ้นอยู่กับ การบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการพิสูจน์สัญชาติ ล่าช้า ทำให้หลายคนยังอยู่ในประเทศต่อไป จึงเสนอให้ รัฐบาลเร่งสร้างกฎเกณฑ์ใหม่ ปรับปรุงขั้นตอนเอ็มโอยูให้มีความยุ่งยากน้อยลง ลดค่าใช้จ่ายตามกระบวนการเอ็มโอยู ให้เหมาะสมกับรายได้ของแรงงาน ขยายหรือกำหนดระยะเวลาของการจดทะเบียนให้สอดคล้องกับลักษณะงาน หรือการอนุญาตขอเปลี่ยนนายจ้างด้วยเหตุผลที่ชอบด้วย กฎหมายได้”⁶

ขณะเดียวกัน กรณีการทำ MoU กับประเทศเวียดนาม ก็พบว่าตั้งแต่ 23 กรกฎาคม 2558 จนถึง 31 ธันวาคม 2559 ยังไม่มีการนำเข้าแรงงานข้ามชาติจากเวียดนามเลย ซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการที่ประเทศไทยกำหนดให้แรงงาน เวียดนามทำงานได้เพียง 2 ประเภทคือ ประมงและก่อสร้าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการของแรงงานชาวเวียดนาม ซึ่งนิยมทำงานประเภทอื่น เช่น พนักงานขาย และพนักงาน เสิร์ฟในร้านอาหาร เป็นต้น

อีกประเด็นหนึ่งที่ทำลายการจัดการแรงงานข้ามชาติ ภายใต้ยุทธศาสตร์บริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของรัฐบาล คสช. คือ ความพยายามจัดการแรงงานข้ามชาติจากประเทศ เพื่อนบ้านที่ลักษณะการย้ายถิ่นแบบข้ามพรมแดน เพื่อตอบสนองนโยบายพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน ซึ่งสำหรับประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดน ติดกันเป็นระยะทางยาวนั้น การเดินทางข้ามพรมแดนอย่าง ไม่ถูกกฎหมายทำได้ง่าย ทำให้อาจกลับไปสู่วังวนของการจ้าง แรงงานข้ามชาติแบบผิดกฎหมายเช่นเดิม

นอกจากนี้ โครงสร้างประชากรของไทยที่กำลัง ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการ แรงงานข้ามชาติที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วจากการลดลง ของสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน จากผลการวิจัยของ ดร.ธนะพงษ์ โพธิ์ปิติ เรื่อง “ความต้องการแรงงานต่างด้าว สำหรับสังคมสูงวัย” ได้คาดการณ์จำนวนแรงงานต่างชาติ ในปี 2573 ว่าจะมีจำนวน 6.4 ล้านคน แต่ถ้าไทยต้องการ แก้ปัญหาการลดลงของ GDP จากปัญหาขาดแคลนแรงงาน แล้ว ไทยต้องการแรงงานข้ามชาติทั้งหมดถึง 9.14 ล้านคน⁷ ซึ่งหากรัฐบาลพยายามควบคุมแรงงานข้ามชาติ โดยการ นำเข้าแรงงานผ่านระบบ MoU เท่านั้น จะก่อให้เกิดปัญหา คอขวดได้

ก้าวข้างหน้า

หากพิจารณาจากนโยบายการบริหารจัดการของ รัฐบาลในช่วงปีที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการ แรงงานข้ามชาติของประเทศไทยยังมีทิศทางไม่ต่างจากที่ ผ่านมามากนัก กล่าวคือเน้นการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ กลุ่มที่ไม่มีเอกสารเพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้กลายเป็นแรงงาน ที่มีสถานะเข้าเมืองถูกกฎหมายผ่านการพิสูจน์สัญชาติ ควบคู่ ไปกับการนำเข้าตาม MoU แต่จากปัญหาอุปสรรคการนำ เข้าแรงงานผ่านระบบ MoU ที่เกิดขึ้น รัฐบาลไทยจึงควรเร่ง เจริญกับประเทศต้นทางให้พัฒนาแนวทางการนำเข้า แรงงานตามระบบ MoU ให้มีขั้นตอนและระยะเวลาที่สั้นลง กำหนดค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม รวมทั้งพัฒนาและปรับปรุง แนวทางปฏิบัติภายในของไทยให้เอื้อต่อลักษณะของ การทำงานของแรงงานข้ามชาติ เช่น เงื่อนไขในการเปลี่ยน นายจ้าง เป็นต้น เพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้แรงงานข้ามชาติ เข้ามาทำงานตามระบบ MoU มากขึ้น นอกจากนี้ไทยควร เร่งเจรจาและพัฒนาความร่วมมือกับประเทศต้นทางในการ พิสูจน์สัญชาติแรงงานข้ามชาติในไทย และจัดขบวนการ นายหน้า/กลุ่มแสวงหาประโยชน์จากการจัดหาและดำเนินการ พิสูจน์สัญชาติแรงงานข้ามชาติอย่างจริงจัง เพื่อให้แรงงาน ข้ามชาติสามารถเข้าถึงการพิสูจน์สัญชาติได้ง่ายขึ้น อันจะเป็นการช่วยลดจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ยังมีสถานะ เข้าเมืองผิดกฎหมาย





เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ต้องมองให้รอบด้าน

เมื่อต้นเดือนพฤศจิกายน 2559 กลุ่มแม่สอดรักถิ่น และตัวแทนชาวบ้านภาคเหนือ 60 คน เข้ายื่นฟ้องศาลปกครอง จ.พิษณุโลก ในกรณีการยื่นขอออกโฉนดของกรมธนารักษ์ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดตาก บ้านวังตะเคียน ต.ท่าสายลวด อ.แม่สอด จ.ตาก เนื่องจากจะครบ 60 วันตามกำหนดการคัดค้านคำสั่งของสำนักงานที่ดินที่ให้สิทธิกับธนารักษ์ในการออกโฉนดในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตาก โดยตัวแทนชาวบ้านผู้เดือดร้อน กล่าวว่าไม่ได้ขัดขวางการพัฒนาประเทศ แต่ไม่ได้รับความเป็นธรรม เนื่องจากชาวบ้านอยู่ในพื้นที่มาก่อนธนารักษ์ แต่รัฐกลับให้สิทธิกรมธนารักษ์เตรียมออกโฉนด โดยชาวบ้านยังไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาคัดค้าน

ด้านสมิตรชัย หัตถสาร ทนายความ จากศูนย์พิทักษ์และฟื้นฟูสิทธิท้องถิ่น ระบุว่ากรณีการยื่นฟ้องครั้งนี้เกิดจากการประกาศคำสั่งหัวหน้า คสช. ที่ 17/2558 ซึ่งนำไปสู่การที่กรมธนารักษ์ยื่นขอออกโฉนดที่ดิน เพื่อรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ 2,183 ไร่ ซึ่งทับซ้อนกับที่ดินของชาวบ้านในพื้นที่ ชาวบ้านจึงไปยื่นคำร้องไว้กับสำนักงานที่ดิน จนถึงที่สุดสำนักงานที่ดินได้มีคำสั่งเปรียบเทียบสิทธิ โดยระบุให้กรมธนารักษ์มีสิทธิดีกว่าชาวบ้าน แต่ในกระบวนการทางกฎหมายชาวบ้านสามารถนำเรื่องเข้าสู่ศาลเพื่อให้ศาลพิจารณาได้ เพื่อชะลอการออกโฉนดไว้ก่อน จนกว่าการพิจารณาของศาลจะแล้วเสร็จ¹

ก่อนหน้านี้ ได้มีความเคลื่อนไหวเพื่อขอให้ภาครัฐทบทวนนโยบายพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนในหลายพื้นที่ชายแดน เช่น ที่ นราธิวาส โดยเมื่อ 16 สิงหาคม 2559 ภาคประชาชนในพื้นที่ 13 อำเภอ ของจังหวัดนราธิวาส ได้เข้าพบรองผู้ว่าราชการจังหวัดนราธิวาส ตัวแทน ศอ.บต. และกอ.รมน.ภาค 4 เพื่อยื่นแถลงการณ์ผ่านไปยังนายกรัฐมนตรี ให้ทบทวนผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษนราธิวาส เนื่องจากชาวบ้านห่วงใยว่าวัฒนธรรม วิถีชีวิต และอัตลักษณ์ของพื้นที่ จะถูกกลืนจากการพัฒนา อีกทั้งการรับรู้ข่าวสารของประชาชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนมีน้อยมาก จึงยื่นข้อเสนอ 18 ข้อ ไปยังภาครัฐ เช่น ให้คำนึงถึงผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชน และมีมาตรการควบคุมดูแลทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง²

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าว สะท้อนถึงมุมมองจากชุมชนชายแดนต่อนโยบายพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน บทความนี้จะกล่าวถึงความเป็นมาของนโยบายพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน ผลกระทบที่เกิดขึ้น และความเคลื่อนไหวจากภาคประชาชนจากนโยบายดังกล่าว

นโยบายการพัฒนา เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน

รัฐบาลภายใต้การทำงานของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) มีนโยบายจัดตั้ง “เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ” ตามแนวชายแดนในจังหวัดต่างๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับการพัฒนาเศรษฐกิจ การค้า และการลงทุน เพื่อความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจภายในภูมิภาคอาเซียน และขยายความร่วมมือระดับอนุภูมิภาค อาทิ กรอบความร่วมมืออนุภูมิภาคแม่น้ำโขง (GMS) และข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศลุ่มแม่น้ำอิรวดี-เจ้าพระยา-แม่โขง (ACMECS) โดยรัฐบาลมุ่งพัฒนาเขตการค้าและการลงทุนเพื่อเป็นประตูรองรับการเชื่อมโยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ในรูปแบบการพัฒนาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ³ (Special Economic Zone: SEZ) ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่จัดตั้งตามกฎหมายเฉพาะ เพื่อประโยชน์ต่อการส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวก รวมทั้งให้สิทธิพิเศษบางประการในการดำเนินกิจการต่างๆ เช่น การอุตสาหกรรม การพาณิชย์กรรม การบริการ หรือกิจการอื่นใดที่เป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของประเทศ

นับตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมารัฐบาลได้กำหนดนโยบายการพัฒนาเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน เพื่อกระจายความเจริญไปสู่พื้นที่ต่างๆ การดำเนินงานระยะแรกเริ่มในพื้นที่ชายแดนที่มีศักยภาพ 10 พื้นที่เป้าหมายระยะแรก ในปี 2558 ได้แก่ ตาก สระแก้ว สงขลา มุกดาหาร และตราด พื้นที่เป้าหมายระยะที่สอง ในปี 2559 ได้แก่ หนองคาย นครราชสีมา เชียงราย นครพนม และกาญจนบุรี การจัดหาที่ดินเพื่อใช้ประโยชน์ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ใช้อำนาจตามมาตรา 44 ของรัฐธรรมนูญชั่วคราว ปี 2557 ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพการใช้ที่ดินจากพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติ เขตป่าถาวรและที่ดินสาธารณะ ให้กลายเป็นที่ราชพัสดุในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษทั้งระยะที่ 1 และ 2 รวมกว่า 24,000 ไร่ นโยบายดังกล่าวก่อให้เกิด

การคัดค้านและการเรียกร้องของภาคประชาชนในหลายพื้นที่ให้ทางการชะลอและทบทวนพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วม และให้รัฐบาลคำนึงถึงการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมุ่งปกป้องพื้นที่ความมั่นคงทางอาหาร พื้นที่เกษตรกรรม ทรัพยากรธรรมชาติ ดิน น้ำ ป่า ทะเลและชายฝั่ง รวมทั้งความมั่นคงในการประกอบอาชีพของคนท้องถิ่น

มุมมองจากภาครัฐ

แนวคิดเกี่ยวกับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมีเป้าหมายหลักในการกระจายการพัฒนาไปสู่พื้นที่ต่างๆ เพื่อมิให้การพัฒนากระจุกตัวเฉพาะในเมืองใหญ่ นอกเหนือจากการกระจายการพัฒนาไปสู่พื้นที่เฉพาะที่ได้รับการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ อันเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงแล้ว ยังคาดหวังประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของประเทศในเวทีการค้าโลกด้วย⁴ โดยคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) ได้เห็นชอบกำหนดพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยมีกลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) สร้างพื้นที่เศรษฐกิจใหม่เน้นบริเวณชายแดนสำหรับระยะแรก โดยใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน 2) สนับสนุน SMEs ไทยและการลงทุนต่อเนื่องของไทยในประเทศเพื่อนบ้าน 3) จัดระเบียบพื้นที่เศรษฐกิจชายแดน แก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและสินค้าเกษตรที่ลักลอบนำเข้าจากประเทศเพื่อนบ้าน

กนพ. ได้กำหนดกิจการเป้าหมายในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ 5 พื้นที่แรก โดยในแต่ละพื้นที่จะมีกิจการเป้าหมายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพ ข้อจำกัด และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยจัดกลุ่มประเภทกิจการเป็น 13 กลุ่มอุตสาหกรรม 62 ประเภทกิจการ อาทิ กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตภัณฑ์เซรามิกส์ กลุ่มอุตสาหกรรมอัญมณี และเครื่องประดับ และกลุ่มอุตสาหกรรมสนับสนุนการท่องเที่ยว เป็นต้น (ตารางที่ 1) และได้กำหนดกิจการเพิ่มเติมอีก 10 ประเภทกิจการเป้าหมาย ตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนที่ 12-16/2558 ลงวันที่ 10 มกราคม 2559 (ตารางที่ 2)⁵ ทั้งนี้ เขตพัฒนาเศรษฐกิจ

พิเศษถือว่าเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่มีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ และมีศักยภาพ โดยการใช้โครงสร้างพื้นฐานเป็นเครื่องชี้ในการพัฒนา ควบคู่กับการพัฒนาอย่างเป็นระบบด้วยการให้สิทธิประโยชน์และอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

แม้ว่ารัฐบาลจะประกาศแผนจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน 10 จังหวัดอย่างชัดเจน แต่การขับเคลื่อนยังไม่เป็นไปตามเป้าที่วางไว้⁶ นักลงทุนยังไม่ลงทุนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตามที่ภาครัฐคาดหวัง เนื่องจากกังวลต่อนโยบายของรัฐบาลในอนาคต ไม่มั่นใจว่าภายหลังการเลือกตั้งแล้ว รัฐบาลชุดใหม่จะปรับเปลี่ยนนโยบายหรือไม่ นอกจากนั้นนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษยังประสบปัญหาเรื่องการจัดหาที่ดิน เนื่องจากการเพิกถอนที่ป่าสงวนแห่งชาติ และการเวนคืนที่ดินที่ยืด

เยื้อ ทำให้ภาคเอกชนขาดความเชื่อมั่นและชะลอการลงทุนออกไป⁷

ผลกระทบต่อชุมชนในพื้นที่

ในปี 2558 กนพ. ได้ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมเบื้องต้นของโครงการจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ระยะแรก 5 พื้นที่ (ได้แก่ ตาก สงขลา มุกดาหาร ตราด และสระแก้ว) ศึกษาทั้งในมิติกายภาพ (การจัดผังพื้นที่ การออกแบบทางสถาปัตยกรรมและวิศวกรรม) มิติการเงิน (การลงทุนผลตอบแทน) มิติการจัดการ (รูปแบบการลงทุน การบริหารจัดการ) มิติการตลาด (การสนองต่อนโยบายของภาครัฐและลูกค้า การรองรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย) และในปี 2559 กนพ. ได้ดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบ

ตารางที่ 1 กลุ่มกิจการเป้าหมายที่ให้การส่งเสริมในพื้นที่

13 กลุ่มอุตสาหกรรม (62 ประเภทกิจการ)	ตาก	สระแก้ว	ตราด	มุกดาหาร	สงขลา	เชียงใหม่	หนองคาย	นครพนม	กาญจนบุรี	รายละเอียด
1. กลุ่มอุตสาหกรรมเกษตร ประมง และกิจการที่เกี่ยวข้อง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ใช้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับตามนโยบายส่งเสริมการลงทุน เพื่อ พัฒนา อุตสาหกรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามประกาศ สกท. ที่ 3/2557 และ 1/2558 โดย สกท. ได้มีการผ่อนปรนเงื่อนไขบางกิจการสำหรับการลงทุนในชายแดนภาคใต้ให้เทียบเคียงกับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ
2. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตภัณฑ์เซรามิกส์	✓							✓	✓	
3. กลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ เครื่องนุ่งห่ม และเครื่องหนัง	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	
4. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องเรือน	✓	✓			✓	✓		✓	✓	
5. กลุ่มอุตสาหกรรมอัญมณี และเครื่องประดับ	✓	✓				✓		✓	✓	
6. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องมือแพทย์	✓	✓				✓		✓	✓	
7. กลุ่มอุตสาหกรรมยานยนต์ เครื่องจักร และชิ้นส่วน	✓	✓						✓	✓	
8. กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	✓	✓		✓				✓	✓	
9. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตพลาสติก	✓	✓				✓		✓	✓	
10. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตยา	✓	✓				✓		✓	✓	
11. กลุ่มอุตสาหกรรมโลจิสติกส์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
12. กลุ่มนิคมหรือเขตอุตสาหกรรม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
13. กลุ่มอุตสาหกรรมสนับสนุนการท่องเที่ยว	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

ตารางที่ 2 ประเภทกิจการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในพื้นที่

ประเภทกิจการ	ตาก	สระแก้ว	ตราด	นุกลง	สงขลา	เชียงใหม่	หนองคาย	นครพนม	กาญจนบุรี
1. กิจการอบพืชและโซโหล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตภัณฑ์เซรามิกส์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. กลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ เครื่องนุ่งห่ม และเครื่องหนัง	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องเรือน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. กลุ่มอุตสาหกรรมอัญมณี และเครื่องประดับ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องมือแพทย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. กลุ่มอุตสาหกรรมยานยนต์ เครื่องจักร และชิ้นส่วน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. กลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตพลาสติก	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. กลุ่มอุตสาหกรรมการผลิตยา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ที่อาจเกิดขึ้นต่อสภาพแวดล้อม (Environment Impact Assessment: EIA) พร้อมทั้งการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียและชุมชนโดยรอบพื้นที่โครงการ

จากมุมมองของภาคประชาสังคม การจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษอาจส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบ ผลด้านบวก ประชาชนจะมีชีวิตดีขึ้น ลูกหลานของคนในชุมชนจะได้เข้าสู่ระบบการจ้างงาน ทำงานอยู่ใกล้บ้าน มีธุรกิจใหม่ๆ มีการพัฒนาทักษะเพื่อให้ทันกับความเจริญทางเศรษฐกิจ มีโครงการใหญ่ๆ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนา ยิ่งไปกว่านั้นยังมีโอกาสที่จะได้เป็นผู้ประกอบการ เช่น ค้าขาย เปิดธุรกิจโฮมสเตย์ หอพัก และปั้มน้ำมัน และระบบสาธารณสุขปึกและอุปโภคดีขึ้น⁸

ส่วนผลด้านลบที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน ได้แก่ 1) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ได้แก่ผลกระทบกับคนในท้องถิ่นเรื่องอำนาจและสิทธิในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นการครอบครองที่ดิน

การจัดระบบชลประทาน และการจัดการป่าไม้ เป็นต้น 2) ระบบเศรษฐกิจชุมชนและวิถีชีวิตของคนท้องถิ่น ชุมชนดั้งเดิมที่อยู่อาศัยหรือทำมาหากินในพื้นที่อาจได้รับผลกระทบจากการสูญเสียอาชีพ ถิ่นฐานบ้านเกิด และวิถีชีวิตจากการเปลี่ยนแปลงในเชิงวัฒนธรรม 3) ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ รายได้และผลกำไรจากสิทธิพิเศษต่างๆ ที่ได้รับไม่ว่าจะเป็นเรื่องการยกเว้นภาษี การจ้างแรงงานราคาถูก และการได้รับการยกเว้นข้อบังคับทางกฎหมาย อาจกระจุกตัวอยู่กับคนไม่กี่กลุ่ม ขณะที่ประชาชนในพื้นที่ซึ่งเป็นเจ้าของทรัพยากรอาจมีรายได้จากเพียงค่าจ้างรายวันหรืออาจไม่ได้ผลประโยชน์ หากเจ้าของกิจการเลือกจ้างแรงงานต่างด้าวที่ค่าแรงถูกกว่า 4) การจ้างงานและการกระจายรายได้ เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษอาจนำมาซึ่งการย้ายถิ่นฐานของแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น เกิดการทดแทนคนในท้องถิ่นเนื่องจากค่าแรงที่ถูกกว่า นำไปสู่ปัญหาการว่างงานและการเข้าไม่ถึงทรัพยากรต่างๆ ในท้องถิ่น⁹

ความเคลื่อนไหวของภาคประชาชน

เนื่องจากประชาชนในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียงยังคงมีความคลางแคลงใจต่อผลกระทบที่จะได้รับจากพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคเอกชน และภาคประชาสังคมจึงจัดเวทีระดมความคิดเห็นต่อการจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในหลายจังหวัด ผลจากการระดมความคิดเห็นแต่ละเวที สรุปได้ดังนี้

1) จังหวัดตากคาดว่าจะมีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจของประชาชนในพื้นที่และระหว่างพื้นที่ชายแดน แม่สอดกับเมียวดี ทำให้การพัฒนาเชิงพื้นที่ขาดความสมดุล นอกจากนี้เกิดความแตกต่างเชิงสถาบันกฎหมาย กฎระเบียบระหว่าง 2 พื้นที่ ทำให้การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจร่วมกันระหว่าง 2 ประเทศมีความซับซ้อน และพื้นที่ฝั่งตะวันตกของจังหวัดส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่อนุรักษ์ป่าสงวนแห่งชาติ ทำให้ยากต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ

2) จังหวัดสระแก้ว ผลกระทบที่จะเกิดในพื้นที่คือเกิดความแตกต่างด้านการพัฒนาเศรษฐกิจระหว่างพื้นที่ชายแดน 2 ประเทศ รวมทั้งกฎหมายและกฎระเบียบความไม่แน่นอนของการเมืองประเทศเพื่อนบ้านส่งผลให้นักลงทุนขาดความเชื่อมั่น นอกจากนี้กิจกรรมการค้าและการขนส่งสินค้าที่เกิดขึ้นโดยขาดการวางแผนอย่างเป็นระบบเป็นอุปสรรคต่อการขนส่งสินค้าข้ามแดน และยังมีปัญหา ยาเสพติด สิ่งผิดกฎหมาย การค้ามนุษย์ การลักลอบค้าสัตว์ป่า ก่อให้เกิดปัญหาเครือข่ายอาชญากรรมระหว่างประเทศ

3) จังหวัดสงขลา อำเภอสะเดาที่ถูกกำหนดเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษอาจจะต้องเสี่ยงกับสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้และส่งผลกระทบด้านการค้า การลงทุน และการท่องเที่ยว และผลกระทบอื่นๆ

4) จังหวัดมุกดาหาร ประชาชนบางส่วนวิตกผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมที่อาจปล่อยน้ำเสียจากนิคมอุตสาหกรรมสู่พื้นที่การเกษตรและทำให้อากาศเป็นพิษส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารชุมชน รวมถึงความกังวลในเรื่องที่ดินทำกินที่อาจถูกรัฐเวนคืนเพราะที่ดินส่วนใหญ่ของ

ชาวบ้านเป็นที่ดิน ส.ป.ก. นอกจากนี้อาจมีปัญหายาเสพติด และการลักลอบเข้าเมืองตามแนวชายแดน การลักลอบค้าสัตว์ป่า และการค้ามนุษย์¹⁰

นอกจากนี้นโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษได้สร้างความหวังวิตกให้กลุ่มภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดชายแดน (Health Border) เช่นกัน โดยกังวลว่าอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างคนในพื้นที่กับรัฐในประเด็นปัญหาแรงงานข้ามพรมแดน โรคติดต่อ ขยะ สิ่งแวดล้อม โลจิสติกส์ และระบบบริการสาธารณสุข ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2558 มีการนำระเบียบวาระการสร้างสังคมสุขภาวะในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมาร่วมหารือด้วย เพราะเกรงผลกระทบจากพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษต่อความปลอดภัยของประชาชนจากจำนวนยานพาหนะที่วิ่งเข้าออกจำนวนมาก ผลกระทบต่อทุนวิถีชีวิตของชุมชน และการใช้ทรัพยากรน้ำจากพื้นที่ ปัญหาขยะ ปัญหาสาธารณสุข และการรักษาพยาบาลในพื้นที่ชายแดนที่อาจจะให้บริการได้ไม่เพียงพอ

บทส่งท้าย

นโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษในช่วงปีที่ผ่านมา มีการดำเนินงานเพื่อตอบวัตถุประสงค์การเปิดพื้นที่เศรษฐกิจใหม่เชื่อมโยงการค้าการลงทุนกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยใช้โอกาสที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เพื่อกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค ลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ชายแดนได้ และแก้ปัญหาความมั่นคง อย่างไรก็ตามแผนกระตุ้นให้นักลงทุนเข้าร่วมลงทุนยังไม่บรรลุเป้าหมาย ขณะเดียวกันก็ยังไม่สามารถคลี่คลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการจัดการทรัพยากรธรรมชาติระหว่างชุมชนกับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การจ้างงาน การกระจายรายได้ ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด ปัญหาจราจร สิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะและมลพิษ เป็นต้น ความสำเร็จของนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดนจึงยังเป็นภาพอนาคตที่ห่างไกล



ราคาข้าวตกต่ำ: ปัญหาเรื้อรังของไทย



ข้าวใหญ่ข้าวหนึ่งในปี 2559 คือราคาข้าวตกต่ำมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สาเหตุหลักส่วนหนึ่งที่ทำให้ราคาข้าวตกต่ำอย่างหนัก ก็เนื่องจากเกิดภาวะวิกฤตของตลาดโลกคาดว่าประเทศที่ปลูกข้าวส่วนใหญ่มีผลผลิตออกมาจำนวนมากทำให้มีการกดราคารับซื้อ¹ สถานการณ์เช่นนี้คงไม่มีรัฐบาลไหนอยากให้เกิดขึ้น เพราะส่งผลกระทบต่อเกษตรกรซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ รัฐบาล ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำเป็นต้องหามาตรการมาจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวอย่างเร่งด่วน ในขณะเดียวกันก็เกิดปรากฏการณ์ที่ชาวนาขายข้าวเองโดยไม่ผ่านพ่อค้าคนกลางอย่างแพร่หลาย

บทนำ

“ข้าว” เป็นพืชเศรษฐกิจที่สำคัญชนิดหนึ่งของโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบภูมิภาคเอเชียที่นิยมรับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก การบริโภคและการค้าขายข้าวส่วนใหญ่จึงมักอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีบทบาทในฐานะแหล่งเพาะปลูก ตลอดจนแหล่งส่งออกข้าวไปจำหน่ายยังประเทศต่างๆ จนได้รับสมญาว่า “ครัวของโลก”

ระหว่างปี 2551 – 2552 โลกได้เกิดวิกฤตการณ์อาหาร (Food Crisis) ทำให้ราคาข้าวเปลือกเพิ่มสูง เกษตรกรไทยเห็นเป็นโอกาสสร้างรายได้ จึงพากันปลูกข้าวมากขึ้น จนมีสต็อกถึง 19 ล้านตัน เมื่อราคาข้าวเริ่มลดลงประเทศไทยก็ประสบปัญหาไม่สามารถส่งออกข้าวจำนวนมาก เพราะเสี่ยงจะทำให้ราคาข้าวตกลงอย่างรวดเร็ว ทว่าโชคดีที่ในปี 2553 – 2554 ประเทศผู้ส่งออกข้าวรายใหญ่บางรายประสบกับภัยแล้งยาวนาน ประเทศไทยจึงสามารถระบายข้าวที่สต็อกไว้ได้ทั้งหมด² ต่อมาเมื่อราคาข้าวผันผวนและตกต่ำลง

ประเทศไทยจึงได้ใช้นโยบายจำนำข้าว ทำให้เกิดสต็อกข้าวจำนวนหลายล้านตันที่รอการระบายสู่ตลาดต่างประเทศ

ในปี 2557 ประเทศไทยต้องประสบกับปัญหาหาคาข้าวตกต่ำอีกครั้งหนึ่ง โดยนายนิพนธ์ วงษ์ตระหง่าน อดีตนายกสมาคมโรงสีข้าวไทย กล่าวว่าราคาข้าวไทยลดลงต่ำกว่าปี 2556 เนื่องจากความผิดพลาดของนโยบายจำนำข้าวของรัฐบาล ผิดกับภาวะผลผลิตข้าวในตลาดโลกที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้น กอปรกับมีสิ่งทดแทนข้าวเข้าสู่ตลาดเป็นปริมาณมาก อาทิ ข้าวสาลี และข้าวโพด เป็นต้น³

ราคาข้าวตกต่ำครั้งใหญ่ ปี 2559

แม้ว่าปัญหาหาคาข้าวตกต่ำจะเป็นวิกฤตเรื้อรังของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี 2559 เกษตรกรไทยต้องประสบปัญหาหนักที่สุดในรอบหลายปี โดยข้าวเปลือกหอมมะลิที่เดิมราคาตันละ 12,090 บาท ในช่วงเดือนกันยายน 2559 ได้ลดลงเหลือเพียงตันละ 10,500 บาท ในช่วงปลายเดือนตุลาคมปีเดียวกัน การทำความเข้าใจสาเหตุของปรากฏการณ์ราคาข้าวลดลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงนั้น จำเป็นต้องเข้าใจก่อนว่าราคาข้าวปัจจุบันจะถูกเก็งกำไรหน้าโดยพ่อค้า ซึ่งอาศัยการประเมินอุปสงค์ (ความต้องการซื้อของผู้บริโภค) และอุปทาน (ความต้องการขายของผู้ค้า-ผู้ผลิต) รวมถึงการเจรจาซื้อขายและส่งออกข้าวของประเทศไทยที่เป็นการเจรจาล่วงหน้า เพื่อนำข้อมูลตัวเลขมาเป็นฐานรับซื้อข้าวในช่วงฤดูเก็บเกี่ยว⁴ แต่ด้วยความที่การประเมินอุปทานในปี 2559 มีความผันผวนอย่างมาก ส่งผลให้ในช่วงเดือนตุลาคม 2559 พ่อค้าเก็งกำไรราคาข้าวที่จะส่งขายในช่วงเดือนธันวาคม (ช่วงหลังฤดูเก็บเกี่ยว) ผิดพลาด ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลให้อุปทานราคาข้าวมีความผันผวนสามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ ได้แก่

1) เมื่อต้นปี 2559 ประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากภาวะเอลนีโญ เกิดภาวะฝนแล้ง ผลผลิตทางการเกษตรมีปริมาณน้อย พ่อค้าต่างประเมินว่าราคาข้าวจะต้องสูงขึ้น จึงพากันสต็อกข้าวเก็บไว้ แต่ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2559 ภาวะเอลนีโญเริ่มคลี่คลาย มีฝนตกชุกในบริเวณภาคกลาง ภาคอีสาน และภาคเหนือ พ่อค้าจึงมีทั้งข้าวเปลือกที่รอเก็บเกี่ยวและข้าวเปลือกที่สต็อกเก็บไว้เพื่อรอจำหน่ายจำนวนมาก และเมื่อข้าวเปลือกกลุ่มแรกยังไม่ถูกจำหน่าย

ออกไปตามที่ควรจะเป็น พ่อค้าก็ประสบกับปัญหาขาดสภาพคล่องเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อข้าวในฤดูเพาะปลูกครั้งต่อไป

2) ประเทศไทยขาดระบบพยากรณ์ผลผลิตและการรายงานการสต็อกข้าวทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้พ่อค้าแต่ละรายขาดข้อมูลที่แม่นยำในการประเมินปริมาณผลผลิต เมื่อไม่ทราบปริมาณการผลิตที่ชัดเจน พ่อค้าก็ต้องออกสำรวจพื้นที่โดยการเก็บข้อมูลจากโรงสีและพ่อค้ารายย่อยในท้องถิ่น จากนั้นจึงประมาณการตัวเลขด้วยตัวเองซึ่งอาจจะได้ค่าเฉลี่ยที่ไม่ตรงกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ จนนำไปสู่การกำหนดราคาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

เคราะห์ซ้ำกรรมซัด ภาพลักษณ์ข้าวไทยถูกบิดเบือน

นอกจากปัญหาหาคาข้าวตกต่ำแล้ว ข้าวไทยยังได้รับผลกระทบเชิงภาพลักษณ์ในต่างประเทศ ทำให้ความนิยมลดต่ำลง เช่น กรณีที่หญิงสาวชาวสหรัฐฯ รายหนึ่งนำข้าวหอมมะลิของประเทศไทยไปคั่วและผัดในกระทะจนเกิดไฟลุกไหม้กลายเป็นสีดำ จากนั้นได้โพสต์ภาพดังกล่าวลงในอินเทอร์เน็ตและแสดงความคิดเห็นว่าน่าจะเป็นข้าวผสมพลาสติก และเผยแพร่ข่าวออกไปในวงกว้างอย่างรวดเร็ว⁵ แม้ภายหลังจะมีการนำข้อเท็จจริงออกมาชี้แจงว่าข้าวหอมมะลิจากประเทศไทยไม่มีการปนเปื้อนสิ่งแปลกปลอมใดๆ แต่ประเทศไทยในฐานะผู้ส่งออกข้าวรายใหญ่ของโลกก็ต้องสูญเสียความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง อีกทั้งคู่ค้าของประเทศไทยบางกลุ่มได้เพิ่มการตรวจสอบด้านมาตรฐานสินค้าประเภทข้าวมากยิ่งขึ้น เพราะหวั่นเกรงว่าจะมีผลเสียต่อสุขภาวะของประชาชนในประเทศ

มาตรการเฉพาะหน้าเพื่อช่วยเหลือชาวนา

ปัญหาหาคาข้าวตกต่ำนำไปสู่กระแสเรียกร้องอย่างกว้างขวางให้ภาครัฐเข้าไปช่วยเหลือเกษตรกรผู้ได้รับผลกระทบ ในเบื้องต้นคณะกรรมการนโยบายและบริหารจัดการข้าว (นบข.) ได้ดำเนินโครงการ “จำนำยั้งฉาง” โดยมอบเงินช่วยเหลือแก่เกษตรกรผู้ปลูกข้าวเป็นจำนวนตันละ 9,500 บาท พร้อมเพิ่มค่ายังฉางตันละ 1,500 บาท และค่าเก็บเกี่ยวอีกตันละ 2,000 บาท รวมแล้วเป็นเงินมูลค่า

13,000 บาทต่อปริมาณข้าวหนึ่งตัน⁶ กระทรวงพาณิชย์ก็ได้ร่วมกับภาคเอกชนส่งเสริมการขายข้าวทั้งแบบออนไลน์และในตลาดปกติ โดยสนับสนุนให้กลุ่มชาวนาที่มีศักยภาพหรือมีความรู้ทางด้านคอมพิวเตอร์ ดำเนินการจำหน่ายเองโดยไม่ต้องขออนุญาตหรือจดทะเบียนการค้า เพื่อมุ่งระบายปริมาณข้าวออกจากสต็อกให้ได้โดยเร็ว ส่วนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (ส.อ.ท.) ได้ประสานความร่วมมือกับสมาชิกสภาอุตสาหกรรมจังหวัดแต่ละพื้นที่ในการสรรหาเครื่องจักรช่วยเก็บเกี่ยวผลผลิตของชาวนาเพื่อเป็นการลดต้นทุน ตลอดจนช่วยหาช่องทางกระจายการขายข้าวให้แก่ชาวนาอีกทางหนึ่ง

ส่วนรัฐวิสาหกิจ เช่น บริษัท การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (ป.ต.ท.) จำกัด (มหาชน) ก็จัดทำโครงการ “รวมพลังซื้อข้าวจากชาวนา” เปิดโอกาสให้เกษตรกรนำข้าวสารมาจำหน่ายในบริเวณสถานีบริการน้ำมันโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย พร้อมกันนี้ยังวางแผนรับซื้อข้าวจากชาวนามอบเป็นของขวัญแก่ลูกค้าในช่วงเทศกาลปีใหม่ ขณะเดียวกัน บริษัท บางจากปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน) ได้รับซื้อข้าวหอมมะลิคุณภาพดีจากกลุ่มเกษตรกร แล้วนำมาจำหน่ายในรูปแบบสินค้าลดราคา รวมทั้งยังเปิดแคมเปญสมาชิกบัตรบางจากสามารถใช้สะสม 300 คะแนนแลกข้าวหอมมะลิ 1 กิโลกรัม

สำหรับหน่วยงานภาคเอกชน บริษัท เทสโก้ โลตัส ก็เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการบรรเทาปัญหา ราคาข้าวลดต่ำลง โดยการส่งข้าวหอมมะลิไปจำหน่ายยังสาขาต่างๆ ครอบคลุมทั่วโลกกว่า 6,900 สาขา ซึ่งจุดนี้ไม่ใช่เพียงการช่วยเหลือชาวนา แต่ยังเป็นการประชาสัมพันธ์ข้าวหอมมะลิของไทยให้เป็นที่รู้จักแก่สายตาชาวโลกอีกด้วย

การแสวงหาช่องทางตลาดใหม่ของชาวนา

ปัญหาราคาข้าวตกต่ำ ทำให้ชาวนาจำนวนไม่น้อยพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยแสวงหาช่องทางตลาดใหม่ๆ ผ่านโซเชียลมีเดียเพื่อทำการตลาดโดยตรง ไม่ต้องผ่านพ่อค้าคนกลาง ทำให้ชาวนาจำนวนไม่น้อยสามารถระบายข้าวได้จำนวนมาก ด้วยราคาขายที่สูงกว่าราคาตลาด เช่น ฟาร์มบ้านซัดเจนพิจิตร ได้ขายข้าวอินทรีย์ปลอดสารพิษ

ผ่านทางเฟซบุ๊กแล้วได้ผลตอบรับที่ดี ปัจจุบันมียอดจำหน่ายเดือนละหลายพันกิโลกรัม ส่วนเฟซบุ๊ก สิริมณี มณีท่าโพธิ์ ขายข้าวไรซ์เบอร์รี่ ข้าวกล้องหอมนิ น บรรจุใส่ถุงพร้อมทำสติ๊กเกอร์อย่างดี นอกจากนี้ยังมีเว็บไซต์ไทยไรซ์ เป็นพื้นที่ขายข้าวออนไลน์แห่งใหม่ที่พัฒนาวิธีการขายมาโดยคุณพิภารณ์ แจ้งสว่าง ให้ชาวนานำข้าวของตัวเองมาขายได้ฟรีโดยไม่มีค่าใช้จ่าย สามารถกำหนดราคาได้เอง โดยที่ผู้บริโภคสามารถสั่งซื้อข้าวได้ด้วย

แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด หัวหน้าภาควิชาเศรษฐศาสตร์เกษตรและทรัพยากร คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งแนะนำให้ลูกหลานชาวนามาช่วยพ่อแม่ขายข้าว โดยระบุว่าลูกชาวนาน่าจะเป็นผู้ที่สามารถช่วยกระจายข้าวได้เร็วที่สุด เพราะสามารถประสานกับพ่อแม่ที่เป็นชาวนาโดยตรง นำข้าวมาขายให้กับคนใกล้ตัว หรือ โพสต์ขายข้าวผ่านทางสื่อออนไลน์⁷

มุมมองการแก้ปัญหาาราคาข้าวตกต่ำในอนาคต

รัฐบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการ ได้ออกมาแสดงความคิดเห็นในการที่จะแก้ไขปัญหาราคาข้าวตกต่ำมากมาย อาทิ ดร.สุทธิกร กิ่งแก้ว ผู้อำนวยการศูนย์ให้คำปรึกษาและพัฒนาผู้บริหารทางธุรกิจแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้เสนอว่าภาครัฐควรจัดระบบอุปสงค์ และอุปทานของข้าว กำหนดจำนวนการปลูก จำนวนการขายประเภทการขาย ร่วมมือกันทั้งเกษตรกร รัฐบาล ภาคการศึกษา และประชาชนโดยใช้การบูรณาการองค์ความรู้และหลักการบริหารจัดการ⁸ ในขณะที่ รศ.สมพร อิศวิลานนท์ นักวิชาการอาวุโสสถาบันคลังสมองของชาติ เสนอทางออกว่า ควรปรับโครงสร้างการผลิตข้าวให้เกิดความสมดุล เน้นการผลิตข้าวที่เป็นตลาดเฉพาะ โดยอาศัยชุมชนในการขับเคลื่อน สร้างมาตรฐานข้าวขึ้นมาใหม่ ข้าวชนิดใดเหมาะกับการนำไปแปรรูปเพิ่มมูลค่า เช่น นำไปทำเป็นเส้นก๋วยเตี๋ยว หรือทำเป็นแป้ง รวมทั้งเกษตรกรรายย่อยจะต้องเข้าใจมาตรฐานการผลิตข้าวในยุคยุคการค้าเสรีด้วย⁹ นอกจากนี้แนวทางการแก้ไขควรอยู่ในกรอบชุดนโยบาย



มาตรการทางกฎหมาย สนับสนุนการเก็บข้าวคงคลังและนโยบายด้านกลไกราคา การเร่งการส่งออก หรือการระบายข้าวแบบต่างตอบแทน ซึ่งมาตรการเหล่านี้เป็นทางเลือกในเชิงนโยบายที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาแก้ไข ปัญหา และควรคำนึงว่า “การจำหน่ายข้าว” ไม่ใช่ทางเลือกเดียว แต่อาจจะมีทางเลือกอื่นที่มาทดแทนการรับจำหน่ายข้าวก็ได้¹⁰

ทางออก

กล่าวได้ว่า ปัญหาราคาข้าวลดต่ำลงของไทยครั้งนี้เป็นวิกฤตการณ์อาหารครั้งรุนแรงในรอบหลายปีที่ผ่านมา การดำเนินการแก้ปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาวจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนชาวไทยทั้งรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานเอกชนต่างๆ การร่วมกันแก้ไขปัญหานี้เฉพาะหน้าเรื่องการตลาดเพื่อเร่งระบายข้าว ช่วยหล่อหลอมให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีความเอื้ออาทร

ต่อกัน ร่วมแรงร่วมใจกันให้ประเทศของเราก้าวผ่านสถานการณ์ดังกล่าวโดยเร็ว แต่การแก้ปัญหาในระยะกลางและระยะยาวนั้น จำต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านการเกษตรครั้งใหญ่ ที่ปรับปรุงประสิทธิภาพด้านการผลิต ด้วยการจัดรูปที่ดิน พัฒนาระบบชลประทาน ลดการใช้สารเคมี และส่งเสริมให้เกิดการผลิตสินค้าเกษตรที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคอย่างแท้จริง ควบคู่กับการพัฒนาขีดความสามารถด้านเทคโนโลยีและการตลาดของชาวนา เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตและการตลาด รวมทั้งสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าเกษตรของตน เพื่อเพิ่มรายได้และเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวนาในระยะยาว



4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ให้สิทธิบัตรทองกับผู้พิการทุกคน

คณะกรรมการความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ใช้อำนาจตามมาตรา 44 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับชั่วคราว พ.ศ. 2557 ออกคำสั่งเรื่องการรับบริการสาธารณสุขของคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม ให้ผู้พิการสิทธิประกันสังคมได้รับสิทธิรับบริการสาธารณสุขเทียบเท่าสิทธิบัตรทอง โดยสำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้พิการที่มีงานทำและเข้าสู่ระบบประกันสังคม สามารถเข้าถึงสิทธิหรือบัตรทองคนพิการได้ต่อไป เนื่องจากระบบบัตรทองให้สิทธิคนพิการรักษาฟรีในสถานพยาบาลของรัฐแห่งใดก็ได้ ขณะที่ระบบประกันสังคมคนพิการจะต้องจ่ายเงินสมทบเพื่อให้เกิดสิทธิ และสามารถเข้ารับการรักษาได้เฉพาะโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ลงทะเบียนประกันตนเอาไว้เท่านั้น โดยสำนักงานประกันสังคมจะโอนย้ายข้อมูลของผู้พิการที่เป็นผู้ประกันตนประมาณ 28,000 คน ไปให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. พร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งไปยังสถานประกอบการให้แจ้งสิทธิกับผู้พิการได้รับทราบว่าจะสามารถไปใช้สิทธิบัตรทอง เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งได้ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2559 เป็นต้นไป

อนุมัติเรียนฟรี อนุบาล - ม. 6

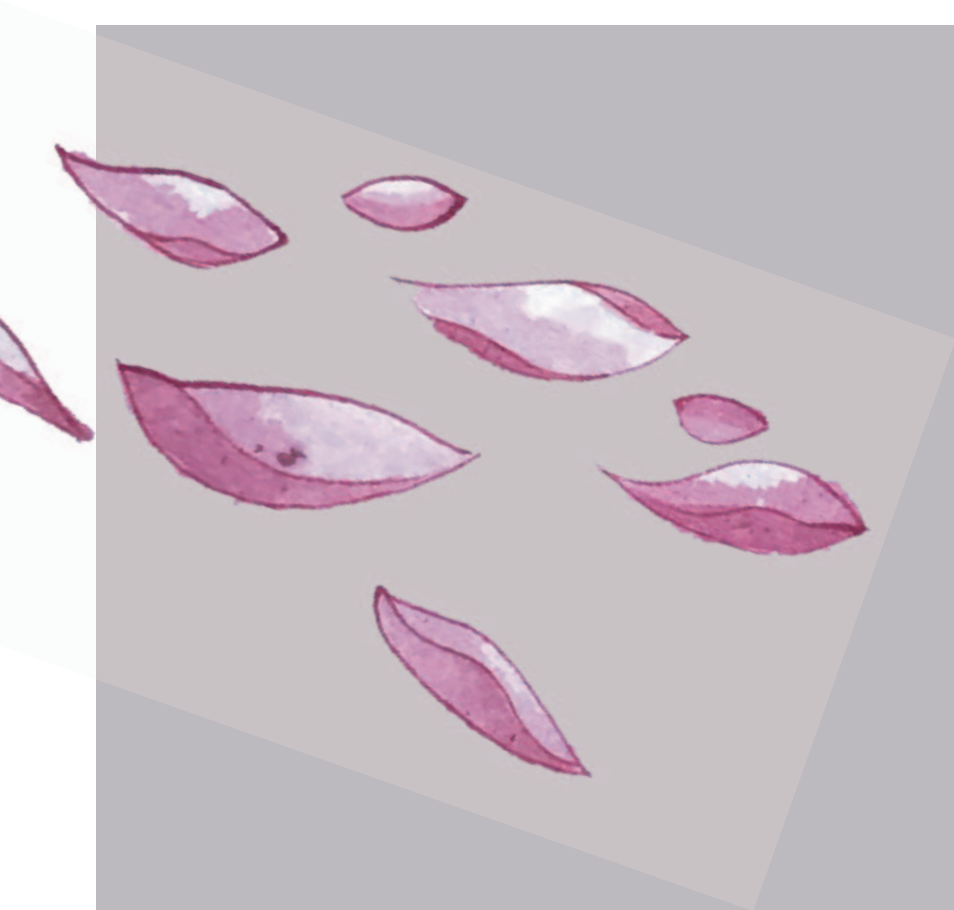
คณะกรรมการความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ใช้อำนาจตามมาตรา 44 ออกคำสั่ง เรื่องให้จัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปีโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2559 โดยให้รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปีให้กับเด็กตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช. 3) หรือเทียบเท่า และให้หมายรวมถึงการศึกษาพิเศษและการศึกษาสงเคราะห์ด้วย โดยค่าใช้จ่ายทางการศึกษานั้นได้แก่ ค่าจัดการเรียนการสอน ค่าหนังสือเรียน ค่าอุปกรณ์การเรียน ค่าเครื่องแบบนักเรียน ค่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียนและค่าใช้จ่ายอื่นตามที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ (อาทิ ค่าอุปกรณ์กีฬา สนามกีฬา และค่าจ้างครูชาวต่างชาติสอนภาษา เป็นต้น) โดยให้ทุกโรงเรียนเตรียมการจัดให้เด็กได้รับการดูแล และพัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา เพื่อให้เรียนอย่างมีมาตรฐาน และคุณภาพ พร้อมให้มีการแก้ไข พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติให้สอดคล้องกับคำสั่งดังกล่าวด้วย อนึ่งรัฐบาลที่ผ่านมาก็ได้มีนโยบายจัดการศึกษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายเป็นเวลา 15 ปี โดยมีการตั้งงบประมาณเป็นรายปี และดำเนินการต่อเนื่องมาทุกรัฐบาล คสช. จึงเห็นว่าเรื่องนี้สอดคล้องกับนโยบายด้านการศึกษาของ คสช. และนโยบายปฏิรูปการศึกษาของรัฐบาล จึงสมควรยืนยันแนวทางดังกล่าว และปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้นโยบายดังกล่าวยั่งยืนต่อไป

ไทยติดอันดับประเทศที่มีความทุกข์ยากน้อยที่สุด

สำนักข่าวบลูมเบิร์ก เผยผลสำรวจดัชนีความทุกข์ยาก (Misery Index) ประจำปี 2559 พบว่าไทยเป็นประเทศที่มีความทุกข์ยากน้อยที่สุดในโลกเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ อีก 74 ประเทศ โดยอ้างอิงข้อมูลทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วยอัตราการว่างงาน ค่าเงินเพื่อ ค่าครองชีพ และความเข้มแข็งของตลาดแรงงาน จากรายงานระบุว่าไทยมีอัตราการว่างงานต่ำ และมีเงินเพื่อค่าเมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ทำให้ดัชนีความทุกข์ยากต่ำลงไปด้วย ส่วนประเทศที่ดัชนีความทุกข์ยากต่ำเป็นอันดับสองและสามคือสิงคโปร์ และญี่ปุ่น ตามลำดับ ในทางตรงกันข้ามประเทศที่มีความทุกข์ยากมากที่สุดในโลกคือ เวเนซุเอลา เนื่องจากราคาน้ำมันที่ตกต่ำในช่วงที่ผ่านมา ทำให้รายได้จากการส่งออกน้ำมันลดลง และอัตราการว่างงานเพิ่มสูงขึ้น จนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ และภาวะขาดแคลนอาหารและยารักษาโรค ส่วนประเทศที่มีความทุกข์ยากมากเป็นอันดับสองและสามของโลก คือ บอสเนีย และเฮอร์เซโกวีนา และแอฟริกาใต้ ตามลำดับ ทั้งนี้สำนักข่าวบลูมเบิร์กได้รายงานด้วยว่า 15 อันดับประเทศที่มีความสุขในเชิงเศรษฐกิจมากที่สุดในโลก (The 15 Happiest Economies in the World) ได้แก่ ไทย ตามด้วยสิงคโปร์ สวิตเซอร์แลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน เดนมาร์ก จีน สหรัฐอเมริกา นอร์เวย์ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ไอซ์แลนด์ มาเลเซีย และเยอรมนี ตามลำดับ

แพทยสมาคมโลก ยกโครงการบัตรทองเป็นแม่แบบของเอเชีย

สำนักข่าว วอยซ์ ออฟ อเมริกา (VOA: Voice of America) ได้เผยแพร่คำให้สัมภาษณ์ของ ศาสตราจารย์ Michael Gideon Marmot ผู้เชี่ยวชาญนโยบายการสาธารณสุขและดำรงตำแหน่งนายกแพทยสมาคมโลก (World Medical Association) ยกย่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ของไทยว่า เป็นแม่แบบสำหรับประเทศเศรษฐกิจโตเร็วในเอเชีย โดยโครงการดังกล่าวครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอย่างแท้จริง ขณะที่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในเอเชีย เช่น อินเดีย ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทำให้คนจำนวนมากเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาล ทั้งนี้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยหรือบัตรทอง เริ่มต้นเมื่อปี 2544 ได้ให้บริการแก่ประชาชนที่ไม่มีการประกันสุขภาพราว 18 ล้านคน รวมทั้งอีกประมาณ 29 ล้านคนที่สามารถเข้ารับบริการได้บางส่วน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดจากแนวคิดที่ต้องการให้มีบริการการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ ที่จะทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ เพื่อการมี “สุขภาพดีถ้วนหน้า – Health for All” ซึ่งเป็นเป้าหมายทางสังคมที่กำหนดขึ้นโดยสมัชชาอนามัยโลกเมื่อปี 2520 มีจุดประสงค์ที่จะยกระดับสุขภาพของประชาชนทุกคนในโลกให้อยู่ในระดับที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นอิสระ ไม่เป็นภาระแก่สังคม ในขณะที่เดียวกันก็สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและประเทศชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้ามุ่งที่จะปิดหรือลดช่องว่างในเรื่องสุขภาพระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศด้อยพัฒนา และต้องการให้เกิดความเสมอภาคและความยุติธรรมด้านสุขภาพในสังคม



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน. *สุขภาพคนไทย 2560* (หน้า 154-180). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสริมพลัง
กลุ่มเปราะบาง

สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน



<http://www.thairath.co.th/media/NjpUs24nCQKx5e1A7JZ4qmb78eFoZMTaXCWAPXPUQUP.jpg>

เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน

1. เกริ่นนำ

*ถ้าเปรียบสังคมว่าเป็นเหมือนครอบครัวขนาดใหญ่
ที่มีสมาชิกคือคนทั้งประเทศ สังคมที่เข้มแข็งก็อาจจะ
เปรียบได้กับครอบครัวที่อบอุ่น*

ในครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกทุกคนเติบโตไปด้วยกัน
ไม่มีใครถูกทอดทิ้ง ทุกคนร่วมสุขร่วมทุกข์ไปด้วยกัน ทุกคน
ที่แข็งแรงกว่าและคนที่อ่อนแอกว่า ในสังคมที่เข้มแข็งก็เช่น
เดียวกัน นั่นคือไม่มีคนกลุ่มใดถูกทอดทิ้ง แม้ว่าจะแตกต่าง
กันด้วยสภาพร่างกาย ความสามารถทางสติปัญญา ฐานะ
สีผิว หรือชาติพันธุ์ แต่ทุกคนทุกกลุ่มมีที่ยืน ซึ่งไม่จำเป็นต้อง
เหมือนกัน ทว่ามีความเท่าเทียมและเป็นธรรม คนทุกกลุ่ม
ในสังคมมีสิทธิและโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของ
ความเป็นมนุษย์

*สังคมที่เข้มแข็งคือสังคมที่คนทุกกลุ่มก้าวเดินไปด้วย
กัน ไม่มีคนกลุ่มใดถูกทิ้งอยู่เบื้องหลัง*

ข้อความข้างต้นอาจฟังดูเป็นอุดมคติ แต่ในโลกของ
ความจริง ครอบครัวที่สมาชิกทุกคนไม่ทอดทิ้งกันไม่ใช่
สิ่งเพ้อฝันที่เป็นไปได้เฉพาะในจินตนาการเท่านั้น หากแต่
เป็นไปได้ในโลกแห่งความเป็นจริง และมีอยู่จริง แม้อาจจะ
ไม่ใช่ทุกครอบครัวที่เป็นเช่นนั้นก็ตาม สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน
ก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และเป็นจริงแล้วในหลายประเทศ เช่น
สวีเดน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ นอร์เวย์ และสวิตเซอร์แลนด์

ความแตกต่างหลากหลายเป็นธรรมชาติของมนุษย์
ที่อยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเป็นสังคม แม้ภายในครอบครัวซึ่ง
ประกอบด้วยคนกลุ่มเล็กๆ สมาชิกก็ยังมี ความแตกต่างกัน

แต่ไม่ว่าจะแตกต่างและหลากหลายเพียงใด ทุกคนในทุกกลุ่มก็ควรจะมีโอกาส และสามารถเข้าถึงสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต อย่างน้อยก็ในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัยที่มั่นคง สุขลักษณะ การศึกษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย ได้เรียนรู้เพื่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพ มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในกิจการของส่วนรวม และไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ทั้งหมดนี้คือองค์ประกอบพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน ที่สังคมในโลกปัจจุบันถือว่าเป็นเป้าหมายของการพัฒนา

แต่ที่แล้วมาจนถึงวันนี้ การพัฒนาภายใต้ระบบทุนนิยมที่ขับเคลื่อนด้วยกลไกตลาด บนฐานของการแข่งขันเสรีซึ่งเอื้อต่อกลุ่มที่แข็งแรงมากกว่า ทำให้คนหลายกลุ่มในสังคมไม่สามารถก้าวตามกลุ่มอื่นๆ ได้ทันบนเส้นทางแห่งการพัฒนา กลายเป็นกลุ่มที่ถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง ไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม กลุ่มคนเหล่านี้คือผู้ที่อ่อนแอกว่า ไม่เฉพาะในด้านร่างกายและสุขภาพ แต่ในด้านความรู้ ความสามารถ ทุนทางเศรษฐกิจและทางสังคม สิทธิ โอกาส อำนาจ และศักดิ์ศรี การ “ถูกทิ้ง” จะด้วยเหตุที่ไม่สามารถก้าวตามกลุ่มอื่นได้ทันหรือเพราะไม่ได้รับความใส่ใจจากคนที่แข็งแรงกว่าก็ตาม ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ตกอยู่ในสภาพที่ **เปราะบาง** เสี่ยงต่อความยากลำบากและประสบกับสภาพอันไม่พึงปรารถนาในการดำรงชีวิตหลายด้าน

ความเปราะบางนั้นเชื่อมโยงอย่างแนบแน่นอยู่กับความเหลื่อมล้ำ สังคมที่มีกลุ่มคนเปราะบางจำนวนมากก็คือสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำ ไม่ว่าจะเหลื่อมล้ำในด้านเศรษฐกิจหรือด้านอื่นใดก็ตาม ยิ่งมีความเหลื่อมล้ำมากเท่าไร โอกาสที่คนเปราะบางจะเพิ่มขึ้นยังมีมากเท่านั้น สิ่งที่ตามมาคือความขัดแย้งในสังคม มีการศึกษาจำนวนมากชี้ให้เห็นด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงจะมีความขัดแย้งระหว่างกลุ่มหรือระหว่างชนชั้นสูง นอกจากนี้

ยังมีปัญหาทางสุขภาพและปัญหาอื่นๆ มากกว่าในสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำในระดับต่ำด้วย

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาหลายด้าน แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า ส่วนแบ่งสำคัญจากผลการพัฒนาที่ผ่านมาตกอยู่ในมือของประชากรจำนวนน้อยเพียงบางกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ที่ได้เปรียบมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในทุกด้าน รูปธรรมของความเหลื่อมล้ำจะเห็นได้ทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำเช่นนี้ได้ขยายตัวมากขึ้น จนบางครั้งนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง ดังที่ได้เกิดขึ้นและเป็นไปอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน

ความขัดแย้งในสังคมไทยมักจะถูกมองว่าเป็นเรื่องของการเมือง (ซึ่งก็มีส่วนถูกอยู่มาก) แต่นักวิเคราะห์หลายคนชี้ให้เห็นว่า ลึกลงไปกว่านั้น ความขัดแย้งในสังคมไทยปัจจุบันมีรากยึดอย่างแน่นหนากับปัญหาความเหลื่อมล้ำ หรือความไม่เท่าเทียมกัน ของคนกลุ่มต่างๆ ทำให้คนจำนวนมากที่อ่อนแอกว่ารู้สึกว่ามันถูกเอาเปรียบ ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง และถูกทิ้งห่างออกไปเรื่อยๆ บนเส้นทางการพัฒนาที่ผูกติดอยู่กับระบบทุนนิยมเสรี คนเหล่านี้ส่วนใหญ่มีชีวิตที่ด้อยคุณภาพ ถูกเลือกปฏิบัติ และเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างที่เราควรจะได้รับ กลายเป็น “คนชายขอบ” และมีความเปราะบาง

การพัฒนาเช่นนี้ แม้จะทุ่มเทพยายามลงไปสักเพียงใด ก็ยากที่จะบรรลุผลสำเร็จอย่างยั่งยืน การพัฒนาจะบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืน ก็ต่อเมื่อไม่มีคนกลุ่มใดในสังคมถูกทิ้งไว้ข้างหลัง นั่นคือต้องนำไปสู่การเป็นสังคมที่ทุกคนก้าวเดินไปด้วยกัน วาระสำคัญของการพัฒนาจะต้องลดปัจจัยที่จะทำให้คนบางกลุ่มกลายเป็นคนเปราะบางลงให้เหลือน้อยที่สุด

2. อย่างไรก็ตามเรียกว่าเปราะบาง

2.1 ความเปราะบาง

สำหรับสิ่งของ ความเปราะบางเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ง่ายและไม่ซับซ้อน เพราะทุกอย่างที่เปราะบางย่อมมีสภาพเหมือนกันหมด นั่นคือแตกหักเสียหายง่าย ไม่แข็งแรงทนทาน และไม่ทนต่อสิ่งที่มากระทบ

สำหรับคนก็อาจเข้าใจได้ในทำนองเดียวกัน แม้ว่าอาจมีความซับซ้อนมากกว่า การทำความเข้าใจเรื่องความเปราะบางสำหรับคนจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอย่างน้อยสองด้าน ด้านหนึ่งคือคุณสมบัติภายใน อันได้แก่เรื่องสุขภาพและความรู้ความสามารถที่แต่ละคนมี อีกด้านหนึ่งคือสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่บริบทที่บุคคลหรือกลุ่มคนนั้นๆ

อาศัยอยู่ ซึ่งก็คือสิ่งแวดล้อมทั้งหมด ทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองด้วย

ไม่ว่าจะเป็นความเปราะบางของบุคคลหรือของกลุ่มคน ความเปราะบาง ก็คือสภาพที่ทำให้อ่อนแอ หรืออ่อนด้อย ไม่มีกำลังและความสามารถพอที่จะ “รับมือ” กับปัญหาที่เข้ามากระทบรวมทั้งไม่สามารถจะคาดการณ์หรือวางแผนล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นจะจัดการอย่างไร และเมื่อได้รับผลกระทบจากปัญหาจนอยู่ในสภาพที่เสียหลักล้มหรือ “บอบช้ำ” แล้วจะสามารถ “ลุกขึ้น” และกลับคืนมาสู่สภาพที่เป็นปกติได้อย่างไร

มองในแง่คุณสมบัติภายในของแต่ละคน ความเปราะบาง เป็นสภาพที่คนเราไม่พร้อม ซึ่งอาจเนื่องจากสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ขาดความรู้และประสบการณ์ ขาดทรัพยากร ขาดทุนทางสังคม ด้อยในด้านสิทธิ โอกาส อำนาจ และศักดิ์ศรี เพราะเหตุที่ไม่พร้อมจึงไม่สามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรือจากสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิตก็ตาม

แต่ความเปราะบางนั้น เป็นเรื่องของปัจจัยภายนอกด้วย ดังนั้นการที่จะบอกว่าสภาพอย่างหนึ่งอย่างใดของบุคคลเป็นความเปราะบางหรือไม่ จำเป็นต้องพิจารณาด้วยว่า เรากำลังพูดถึงสภาพนั้นๆ ภายในบริบทใด ถ้าพูดถึงสภาพที่อ่อนแอหรืออ่อนด้อยอาจจะไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าเป็นความเปราะบางหรือไม่ เช่น ความพิการทางร่างกายที่ทำให้เดินไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็น สภาพเช่นนี้อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้บุคคลไปไหนมาไหนด้วยตัวเองลำบาก หรือไปไม่ได้เลย ในกรณีเช่นนี้ความพิการทางร่างกายดังกล่าวทำให้บุคคลเปราะบางแน่นอน แต่นี่ก็เฉพาะในบริบทที่ไม่มีบริการสาธารณะ (เช่น ถนนหนทาง อาคารสาธารณะ และระบบการขนส่ง) ที่เอื้อต่อการที่ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวจะไปไหนมาไหนได้ด้วยตัวเองเท่านั้น ในสังคมที่มีบริการสาธารณะที่ “เป็นมิตรกับคนพิการ” การเดินไม่ได้อาจไม่ใช่ข้อจำกัดถึงขนาดที่เป็นความเปราะบางก็ได้ เพราะบุคคลที่มีสภาพร่างกายเช่นนั้นยังสามารถไปไหนมาไหนได้เกือบจะไม่ต่างกับคนทั่วไป ในทำนองเดียวกัน ในสังคมที่ค่าครองชีพสูง ไม่มีสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่ดีพอ ไม่มีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และโครงสร้างทางสังคมก็ไม่เอื้อต่อความเท่าเทียม การมี

รายได้ต่ำอาจทำให้บุคคลอ่อนแอจนกลายเป็นผู้เปราะบางได้ เพราะในสภาพเช่นนั้นผู้มีรายได้ต่ำย่อมเสี่ยงต่อการที่จะได้รับแรงกระทบจากปัญหาหลายอย่าง อีกทั้งเมื่อได้รับแรงกระทบแล้ว การที่จะฟื้นฟูสภาพเดิมก็เป็นไปได้ยาก แต่ในสังคมที่มีสวัสดิการขั้นพื้นฐานและมีทุนทางสังคมที่ดี มีโครงสร้างที่เอื้อต่อความเท่าเทียมของทุกคน การมีรายได้ต่ำอาจไม่เป็นความเปราะบางก็ได้

เนื่องจากขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกด้วยเช่นนี้ ความเปราะบางจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจในเชิงเปรียบเทียบ (relative) สภาพอย่างเดียวกันอาจเป็นความเปราะบางในสิ่งแวดล้อมหนึ่ง แต่ในสิ่งแวดล้อมที่ต่างออกไปอาจจะไม่ใช่ความเปราะบาง ปัจจัยภายนอกนั้นอาจเป็นเรื่องของภัยธรรมชาติ ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม หรือแม้แต่กระแสโลกาภิวัตน์ ที่อาจส่งผลต่างกันต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคม

2.2 อะไรทำให้คนเปราะบาง

มีหลายอย่างที่ทำให้คนบางคนหรือบางกลุ่มตกอยู่ในสภาพที่เปราะบาง แต่โดยทั่วไปแล้วสิ่งที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเปราะบาง แต่จะทำให้เปราะบางเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงบริบทด้วย ดังกล่าวแล้วข้างต้น :

- 1) ลักษณะทางธรรมชาติและสุขภาพร่างกาย-- ในหลายกรณีความเปราะบางอาจเนื่องมาจากธรรมชาติของชีวิต ซึ่งหลีกเลี่ยงได้ยาก หรือไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เลย ในแง่นี้ คนที่มีความเปราะบาง อาจจะเป็นเด็ก ผู้พิการแต่กำเนิด ผู้สูงอายุ ผู้หญิง และกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT) มากกว่าคนที่อยู่ในสถานภาพอื่น แต่ก็มีไม่น้อยที่ความเปราะบางเกิดจากเหตุการณ์ที่บุคคลได้ประสบ เช่น อุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยที่ทำให้พิการทางกายและทางจิต รวมถึงการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งอาจทำให้บุคคลถูกตีตรา ได้รับการปฏิบัติเสมือนเป็นคนชายขอบ
- 2) การเป็นชนกลุ่มน้อย ต่างเชื้อชาติ ต่างวัฒนธรรม-- การมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมต่างกับคนส่วนใหญ่ในสังคม มักจะถูกมองว่าเป็นชนกลุ่มน้อย ดังนั้นชาวเขา ชาวเล และประชากรกลุ่มน้อยอื่นๆ รวม

ทั้งกลุ่มคนที่อพยพเข้ามาจากประเทศอื่น และคนไร้รัฐไร้สัญชาติที่ไม่มีสถานะบุคคลตามกฎหมาย จึงมักถูกมองจากคนส่วนใหญ่ในสังคมว่าเป็น “คนอื่น” ในทำนองเดียวกัน แรงงานจากต่างประเทศ (แรงงานต่างด้าว) โดยเฉพาะที่เข้าเมืองมาโดยไม่ถูกต้อง รวมทั้งกลุ่มคนที่อพยพหนีภัยหนีความเดือดร้อนในถิ่นเดิมของตนเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศ ก็เป็นชนกลุ่มน้อยอีกประเภทหนึ่งที่มีความเปราะบาง เพราะอาจถูกแบ่งแยกและกีดกัน หรือถูกเลือกปฏิบัติ ทำให้ไม่ได้รับบริการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในมาตรฐานเดียวกับที่คนส่วนใหญ่ได้รับ

- 3) การถูกจำกัดอิสรภาพและถูกกักขังจองจำ-- ในทุกสังคม รวมทั้งสังคมไทย มีคนจำนวนไม่น้อย ทั้งชายและหญิง ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ถูกจำกัดอิสรภาพหรือถูกกักขังจองจำ เพราะต้องโทษ เนื่องจากถูกศาลตัดสินว่าทำผิดกฎหมาย การถูกกักขังจองจำนอกจากจะทำให้เสียอิสรภาพแล้วยังเสียสิทธิบางอย่าง และขาดโอกาสที่จะเข้าถึงบริการที่เคยได้รับตามปกติเหมือนคนทั่วไป อีกทั้งมักถูกมองด้วยความรู้สึกแบ่งแยก ด้วยสภาพเช่นนี้คนที่อยู่ในทัณฑสถานจึงมีความเปราะบาง
- 4) ความยากจน--ความยากจนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนจำนวนมากตกอยู่ในสภาพเปราะบาง ทั้งนี้เพราะความยากจนเป็นต้นเหตุของความอ่อนด้อยหลายด้าน ครอบครัวยากจนมักจะมีชีวิตอยู่ในบ้านเรือนและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ สุขภาพไม่ดี เด็กที่เกิดในครอบครัวยากจนส่วนมากมักได้รับการศึกษาน้อย มีโอกาสที่จะได้รับการฝึกทักษะอาชีพน้อยกว่า ต้องทำงานที่หนักและเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่า มีรายได้น้อยกว่า มีปัญหาสุขภาพมากกว่า และเมื่อเติบโตขึ้น เด็กจากครอบครัวยากจนมีโอกาสมากที่จะเป็นคนยากจนเหมือนรุ่นพ่อแม่ เพราะโดยมากแล้วความยากจนมักจะถูก “ส่งต่อ” จากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยนัยนี้ ความเปราะบางซึ่งมาพร้อมกับความยากจนก็มีโอกาสที่จะถูกส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นได้เช่นเดียวกัน ในประเทศส่วนมาก รวมทั้ง

ประเทศไทยด้วย คนยากจนคือกลุ่มคนเปราะบางที่ใหญ่ที่สุด

- 5) โครงสร้างสังคมที่ไม่เป็นธรรม--โครงสร้างสังคมในกรณีนี้อาจเปรียบเทียบให้เข้าใจง่าย ๆ ว่าเป็นเหมือนฐานที่รองรับทุกอย่างในสังคม ฐานรองรับนี้มีหลายส่วนที่ประกอบกันอยู่ ที่สำคัญได้แก่ส่วนที่เกี่ยวกับระบบการทำมาหากิน (เศรษฐกิจ) ส่วนที่เกี่ยวกับการจัดระบบความสัมพันธ์พึ่งพากันของผู้คน ส่วนที่เกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงการศึกษา และอื่นๆ อีกหลายส่วน โครงสร้างแต่ละส่วนที่ว่านี้หากไม่เป็นธรรมจะก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย หนึ่งในนั้นคือจะทำให้คนบางกลุ่มมีสถานะที่ได้เปรียบ ขณะที่กลุ่มคนที่เหลือกลายเป็นผู้เสียเปรียบในทุกด้าน เช่น ถ้าโครงสร้างส่วนที่เกี่ยวกับระบบการทำมาหากินไม่เป็นธรรม ผลของการพัฒนาที่รัฐลงทุนไปก็มีโอกาสที่จะไปตกอยู่กับกลุ่มที่ได้เปรียบมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในเรื่องการศึกษาที่เช่นเดียวกัน โครงสร้างระบบการศึกษาที่ไม่เป็นธรรมทำให้คนกลุ่มเปราะบางเข้าถึงการศึกษาที่ดีและเพียงพอได้ยากลำบากกว่ากลุ่มอื่น เมื่อเป็นเช่นนั้นกลุ่มที่อยู่ล่างสุดที่มีความได้เปรียบน้อยก็จะกลายเป็นกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเปราะบางเพราะสาเหตุนี้โดยมากแล้วก็คือคนยากจน

เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดความเปราะบางมีหลายอย่าง คนเปราะบางจึงมีหลายกลุ่ม มีทั้งเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้หญิง เด็กเร่ร่อน/คนไร้บ้าน กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ผู้พิการทางกายและจิต คนที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียน ชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ คนที่มีปัญหาสถานะบุคคล คนไร้รัฐไร้สัญชาติ คนพลัดถิ่น ผู้ต้องขังในทัณฑสถาน คนยากจน และแรงงานต่างด้าว

อย่างไรก็ตาม ในที่นี้จะนำเสนอเพียง 4 กลุ่ม คือ กลุ่มคนยากจน คนพิการ ชนกลุ่มน้อย/กลุ่มคนมีปัญหาสถานะบุคคล และกลุ่มแรงงานต่างด้าว การนำเสนอเฉพาะ 4 กลุ่มนี้ก็เพราะเห็นว่ามีประชากรที่เกี่ยวข้องอยู่จำนวนมาก และปัญหาที่กลุ่มเหล่านี้ประสบก็มีความน่าสนใจในเชิงนโยบายค่อนข้างมาก

3. คนจน

3.1 อย่างไรเรียกว่าจน

ใครๆ ก็อาจบอกได้ว่าความจนคืออะไร แต่ถ้าวิเคราะห์กันจริงๆ แล้วความจนเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เพราะมีหลายมิติ การที่จะบอกว่าใครจน ใครไม่จน จึงต้องนำปัจจัยหลายด้านมาพิจารณา

มีหลายมุมมองที่เราอาจทำความเข้าใจว่าอะไรคือความยากจน เราอาจมองว่าความยากจนเป็นสภาพที่เกิดจากความขาดแคลนทรัพยากร เหมือนอย่างทีธนาคารโลก (World Bank) บอกเราว่า *ความยากจนเป็นเรื่องของการมีทรัพยากรไม่เพียงพอ ทำให้บุคคลมีความเปราะบางและอ่อนไหวต่อเหตุรุนแรงที่มากกระทบ เช่น ความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของสมาชิกในครัวเรือน การสูญเสียทรัพย์สินและอาชีพการงาน ทำให้คนยากจนไม่มีอำนาจต่อรองในทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งในระดับชุมชนที่ตนอาศัยอยู่และในสังคมระดับประเทศ*

แต่เราอาจจะมองความยากจนว่าเป็นเรื่องของ การด้อยคุณภาพชีวิตก็ได้ เหมือนอย่างทีโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) บอกว่า *ความยากจนคือสภาพที่คนเราไม่มีโอกาสและไม่มีทางเลือกที่จะนำไปสู่การมีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพดี มีเสรีภาพ มีศักดิ์ศรี และมีความเคารพในตนเองและผู้อื่น*

นอกจากนี้เราอาจจะมองความยากจนในฐานะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับศักยภาพของมนุษย์ก็ได้ ในมุมมองนี้ ความยากจนคือสภาพที่ขัดขวางไม่ให้คนเราพัฒนาศักยภาพและไม่สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนได้อย่างเต็มที่ ดังเช่นที่ อมาตยา เซน (Amartya Sen) นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลบอกเราว่า *ความยากจนคือสภาพที่คนเราไม่มีโอกาสที่จะใช้ความสามารถของตัวเองได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างที่ควรจะเป็น ทำให้ไม่มีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่ตนประสงค์ ขาดเสรีภาพที่จะทำหรือที่จะมี และเป็นในสิ่งที่มนุษย์ทั้งหลายควรมีและควรเป็น*

ไม่ว่าจะมองจากมุมมองไหน ความยากจนมีหลายมิติ และไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของรายได้หรือสิ่งที่เป็นวัตถุเพียงอย่างเดียว แต่ยังมิตินี้ที่ไม่ใช่เรื่องของวัตถุอีกมาก ที่สำคัญ เช่น สุขภาพ การศึกษาเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในชุมชนและ



ที่มา: <http://oknation.nationtv.tv/blog/ya-jok/2010/08/25/entry-1>

สังคม การเข้าถึงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐาน ความมั่นคงในชีวิต เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิ่งทั้งหลายเหล่านี้ บางท่านเรียกกรวมๆ ว่าเป็น *ปัจจัยเชิงโครงสร้างของความยากจน*

อย่างไรก็ตาม โดยมากเรามักจะถือว่ารายได้เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกว่าใครจน ใครไม่จน เราเข้าใจกันทั่วไปว่าคนจนคือคนที่มีรายได้น้อยและมีไม่พอใช้ ซึ่งก็ไม่ผิด แต่มีความซับซ้อนตรงที่ว่า คนส่วนมากไม่ได้มีความเห็นเป็นหนึ่งเดียวว่า รายได้เท่าไรจึงถือว่าเป็นรายได้น้อย และรายได้ที่น้อยนั้นต้องน้อยเท่าไรจึงเรียกว่าเป็นคนจน สำหรับบางคนที่มีรายได้เดือนละเป็นหมื่น เขาอาจจะบอกว่าตัวเองมีรายได้น้อย เพราะไม่เพียงพอกับการใช้จ่ายในแต่ละเดือน แต่สำหรับบางคนที่มีรายได้เดือนละไม่กี่พันบาท เขาอาจมองว่ารายได้ของตนไม่น้อยเลย เพราะนอกจากจะพอกับค่าใช้จ่ายส่วนตัวแล้ว เขายังมีส่วนที่เหลือเก็บออมไว้ได้ด้วย ความยากจนที่เอารายได้เป็นเกณฑ์วัดเช่นนี้ แม้จะเป็นสิ่งที่คนทั่วไปเข้าใจกัน แต่มีข้อจำกัดตรงที่ไม่มีมาตรฐานเป็นหนึ่งเดียว

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานแผนการพัฒนาระดับชาติได้สร้างตัวชี้วัดความยากจน สำหรับใช้ในการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาว่าสามารถทำให้คนจนในสังคมมีจำนวนลดลงหรือไม่ ดัชนีนี้เรียกว่า *เส้นความยากจน* ซึ่งกำหนดมาจากค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคต่อคนต่อเดือน และเป็นรายจ่ายขั้นต่ำที่เพียงพอต่อการดำรงชีพของคนแต่ละคน ค่าใช้จ่ายนี้อาจจะได้มาโดยการจ่ายเงิน

ตารางที่ 1 เส้นความยากจน (บาท/คน/เดือน) จำนวน (ล้านคน) และร้อยละของคนจนในประเทศไทย พ.ศ. 2549-2558

	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
เส้นความยากจน	1,934	2,006	2,172	2,174	2,285	2,415	2,492	2,572	2,647	2,644
จำนวนคนจน	13,779.7	12,718.3	13,116.3	11,623.9	10,800.7	8,751.9	8,402.1	7,305.1	7,057.4	4,847.2
ร้อยละของคนจน	21.9	20.0	20.4	17.9	16.4	13.2	12.6	10.9	10.5	7.2

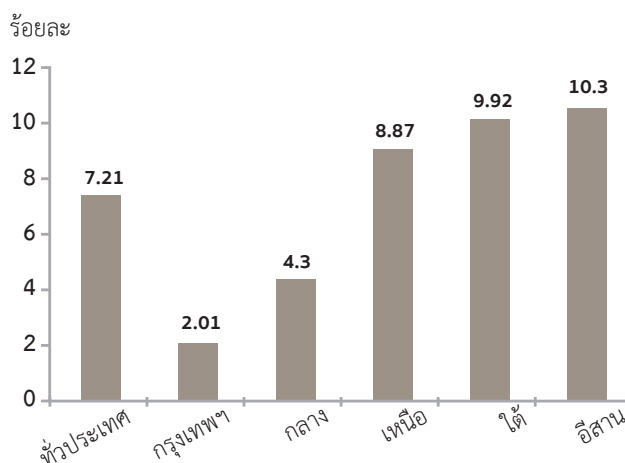
ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ซื้อ ผลผลิตขึ้นมาเอง ได้รับจากผู้อื่น หรือได้รับจากสวัสดิการที่รัฐหรือนายจ้างจัดให้ ทั้งหมดเอามาคำนวณเป็นเงิน ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนนี้ ถือว่าเป็นคนยากจน

เนื่องจากค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคในภาพรวมสำหรับทั้งประเทศ และในแต่ละภาค แต่ละจังหวัดเปลี่ยนแปลงไปทุกปี ตามการเปลี่ยนแปลงของค่าครองชีพ ดังนั้น เส้นแบ่งความยากจนก็เปลี่ยนไปด้วย นั่นหมายความว่า จำนวนและสัดส่วนของคนจนทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค และระดับจังหวัดก็เปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน เช่น ในปี 2549 เส้นความยากจนสำหรับคนไทยทั่วประเทศอยู่ที่ 1,934 บาท ต่อคนต่อเดือน ในปีนั้นมีคนไทยที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจนนี้เกือบ 14 ล้านคน คิดเป็น 21.9% ของประชากรทั้งประเทศในเวลานั้น ในปี 2558 เส้นความยากจนเพิ่มขึ้นเป็น 2,644 บาท ต่อคนต่อเดือน และมีคนจนจำนวนเกือบ 5 ล้านคน หรือคิดเป็น 7.2% ของประชากรทั้งประเทศ ในจำนวนนี้มีทั้งกลุ่มที่จนมาก¹ (2.24%) และกลุ่มที่จนน้อย² (4.97%) นอกจากนี้ยังกลุ่มเกือบจน³ หรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อความยากจนอีก 8.38% ถ้ารวมกลุ่มยากจนและกลุ่มเกือบจนเข้าด้วยกันก็จะมีประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ 15.59% ของประชากรทั้งประเทศ

ในภาพรวม แล้วในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (2549-2558) จำนวนและสัดส่วนของคนจนลดลง ดังข้อมูลในตารางที่ 1 ในปี 2558 ภาคที่มีคนจนมากที่สุดคือภาคอีสาน ซึ่งมีคนจน 10.3% ของประชากรในภาค รองลงมาคือภาคใต้ (9.9%) ภาคเหนือ (8.9%) ภาคกลาง (4.3%) และกรุงเทพมหานคร (2.0%) ตามลำดับ ดังข้อมูลในรูปที่ 1

รูปที่ 1 ร้อยละของคนจนต่อประชากรในแต่ละภาค



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558

¹ คือกลุ่มที่มีรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจนเกินกว่า 20%

² คือกลุ่มที่มีรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจนไม่เกิน 20%

³ คือกลุ่มที่มีรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคสูงกว่าเส้นความยากจนไม่เกิน 20%

3.2 อะไรทำให้คนจน

เพราะความจนมีหลายมิติดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ถ้าถามคนหลายคนว่าอะไรคือสิ่งที่ทำให้คนจน เราอาจจะได้คำตอบที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ภาพที่ปรากฏให้เห็นได้ชัดมักจะเป็นเรื่องของความขาดแคลนหรือความด้อยในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นรายได้ โอกาส อำนาจต่อการการศึกษา สิทธิ การเข้าถึงบริการสาธารณะ ที่อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ หรือชีวิตที่มีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี แต่คำถามคือ ความขาดแคลนสิ่งเหล่านี้เกิดจากอะไร และเหตุใดคนจำนวนไม่น้อยจึงมีชีวิตอยู่ในสภาพที่ขาดแคลนเช่นนั้น เหตุใดคนจำนวนมากจึงเป็นคนยากจน

คำตอบที่ว่าความยากจนเป็นเรื่องของแต่ละคนอาจจะพอฟังได้ คนบางคนอาจจะจนเพราะไม่ขยัน ไม่เก็บออม ใช้จ่ายเกินตัว หรือเล่นการพนัน ไม่มีใครปฏิเสธว่าสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่การกระทำที่อาจนำไปสู่ความยากจน แต่ความจริงมีคนจำนวนมากที่ขยันขันแข็ง กินน้อยใช้น้อย และไม่ซ่องแวงอบายมุข แต่ก็ยังชักหน้าไม่ถึงหลัง ดังนั้นคำอธิบายความยากจนว่าเป็นเรื่องของแต่ละคนจึงมีน้ำหนักไม่มาก

ถ้าเราลองไปยังเบื้องลึก เราอาจจะพบว่า การที่คนจำนวนมากประสบกับความขาดแคลนนั่นก็เพราะสังคมมีความเหลื่อมล้ำ ความเหลื่อมล้ำก็คือการที่คนจำนวนหนึ่งมีโอกาสมากกว่าคนอื่นๆ หรือมีแต้มต่อคนอื่นๆ ในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ยิ่งสังคมมีความเหลื่อมล้ำสูงมากเท่าใด ระดับความยากจนและจำนวนคนจนก็จะยิ่งมากเท่านั้น ทั้งนี้เพราะในระบบที่เหลื่อมล้ำนั้น ความมั่งคั่ง (เงินทอง ทรัพย์สิน) ทรัพยากร (ทั้งที่เป็นทรัพยากรธรรมชาติ ความรู้ และเทคโนโลยี) รวมถึงโอกาสในการเข้าถึงสิ่งดีๆ สำหรับชีวิต จะถูกครอบครองโดยคนจำนวนไม่มาก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ “แข็งแรงกว่า” และมีแต้มต่อเหนือคนอื่นๆ ในการแข่งขันทุกด้าน คนส่วนมากซึ่งมีโอกาสน้อย และไม่สามารถแข่งขันได้ จึงได้รับส่วนแบ่งของการพัฒนาและความเติบโตทางเศรษฐกิจน้อย กลายเป็น

คนจน ทั้งในด้านรายได้ ทรัพย์สิน และการเข้าถึงบริการด้านต่างๆ

แต่ถ้าเราลองไปอีก เราอาจจะพบว่าความเหลื่อมล้ำนี้มีรากยึดโยงอย่างแน่นหนากับโครงสร้างสังคมที่ไม่เป็นธรรม สิ่งที่เราเรียกว่าโครงสร้างสังคมนี้เราอาจทำความเข้าใจง่ายๆ ว่าคือ บรรดาระเบียบ กฎเกณฑ์ กฎหมาย บรรทัดฐาน ขนบประเพณี เป็นต้น ที่ทำหน้าที่จัดระเบียบความสัมพันธ์ของบุคคล กลุ่มคน และสถาบันต่างๆ ในสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ โครงสร้างสังคมไม่ใช่สิ่งที่ตายตัว หากแต่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และเงื่อนไขอื่นๆ นั่นหมายความว่าโครงสร้างสังคมที่เป็นอยู่ในเวลาหนึ่งอาจจะเป็นธรรม หรืออย่างน้อยก็ไม่ก่อให้เกิดปัญหา แต่เมื่อเวลาผ่านไปและเงื่อนไขอื่นๆ เปลี่ยนไป โครงสร้างนั้นอาจจะทำให้เกิดปัญหา คือไม่เป็นธรรมก็ได้ ทั้งนี้ไม่ต้องพูดถึงการปฏิบัติแบบสองมาตรฐาน ซึ่งในตัวมันเองก็ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำอยู่แล้ว ไม่ว่าโครงสร้างสังคมจะเป็นอย่างไรก็ตาม

ขอให้อธิบายเรื่องการถือครองที่ดินและระบบภาษีที่ดินของไทยที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ก็ได้อีก การที่กฎหมายอนุญาตให้บุคคล/นิติบุคคลสามารถถือครองที่ดินได้ไม่จำกัดขนาด และระบบภาษีที่ไม่เอื้อต่อการกระจายการถือครองที่ดินอย่างที่เป็นอยู่นี้ในแง่หนึ่งก็เท่ากับเอื้อให้กลุ่มที่มีทุนและมีอำนาจมากกว่าสามารถถือครองที่ดินได้โดยไม่จำกัด ดังนั้นเราจึงได้เห็นในปัจจุบันนี้มีบางครอบครัวหรือนิติบุคคลบางแห่งที่มีที่ดินถือครองนับพันนับหมื่นไร่⁴ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ได้เปิดเผยให้เห็นว่าผู้ถือครองที่ดินรายใหญ่ที่สุด 20% มีที่ดินในครอบครองรวมกันประมาณ 80% ของที่ดินที่มีเอกสารสิทธิ์ทั่วประเทศ การที่คนเพียง 20% ครอบครองที่ดินส่วนใหญ่ของประเทศเช่นนี้ย่อมทำให้คนอื่นที่มีทุนน้อย (เฉพาะอย่างยิ่งเกษตรกรรายย่อย และคนจน) เข้าถึงที่ดินได้ยาก โครงสร้างที่เอื้อให้คนบางคน บางกลุ่ม ได้เปรียบคนอื่นและกลุ่มอื่นเช่นนี้มีอยู่ในแทบทุกด้านและทุกภาคส่วนในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นในระบบการศึกษา แรงงาน สุขภาพ และความยุติธรรม (ดู กรอบที่ 1)

⁴ การวิจัยของ ดวงมณี เลาวกุล (2557) ซึ่งใช้ข้อมูลการถือครองที่ดินจากกรมที่ดิน บอกว่าผู้ถือครองที่ดินตระกูลหนึ่ง มีที่ดินถือครอง 631,263 ไร่ หรือเท่ากับ 1,010 ตารางกิโลเมตร (ใหญ่กว่าจังหวัดสมุทรปราการซึ่งมีพื้นที่ 1,004 ตารางกิโลเมตรเล็กน้อย แต่ใหญ่กว่าจังหวัดนนทบุรีซึ่งมีพื้นที่ 622.3 ตารางกิโลเมตรมาก)

กรอบที่ 1 : บางมิติของความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย

ด้านรายได้ :

แม้ว่ามาตรการต่างๆ ที่ผ่านมาจะทำให้ความเหลื่อมล้ำทางรายได้มีแนวโน้มลดลงบ้าง แต่ในความเป็นจริงก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำด้านนี้อยู่มาก ดังจะเห็นได้ เช่น:

- กลุ่มครัวเรือน 20% ที่มีรายได้สูงสุดถือครอง 44.6% ของรายได้ทั้งหมดในประเทศ ขณะที่กลุ่มครัวเรือน 20% ที่รายได้ต่ำสุดถือครองรายได้เพียง 7.0% ของรายได้ทั้งหมดเท่านั้น (ข้อมูลปี 2558)
- บัญชีเงินฝากที่มีวงเงินเกิน 10 ล้านบาทขึ้นไปมี 111,517 บัญชี หรือเพียง 0.1% ของจำนวนบัญชีเงินฝากทั้งหมด แต่มีจำนวนเงินรวมกันสูงถึง 49.2% ของเงินฝากทั้งหมด ในขณะที่บัญชีเงินฝากที่เหลืออีก 84 ล้านบัญชี (99.9%) มีวงเงินรวมกันเพียง 50.8% ของวงเงินฝากทั้งหมด (ข้อมูลปี 2558)

ด้านการถือครองที่ดิน

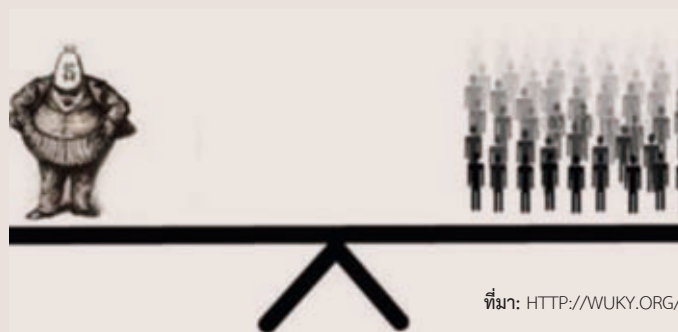
- กลุ่มผู้ถือครองที่ดินร้อยละ 10 ที่มีการถือครองที่ดินมากที่สุด (Decile10) มีส่วนแบ่งการถือครองที่ดิน 61.5% ซึ่งมากกว่าผู้ถือครองที่ดิน 90% ที่เหลือ (Decile1-9) ที่มีส่วนแบ่งการถือครองที่ดินเพียง 38.5% (“การกระจุกตัวของความมั่งคั่งในสังคมไทย” โดยดวงมณี เลาวกุล, 2557)
- ผู้ถือครองที่ดิน (บุคคลธรรมดา นิติบุคคล) ตั้งแต่ 100 ไร่ขึ้นไปทั่วประเทศมี 4,613 ราย ในจำนวนนี้ 121 ราย มีที่ดินในครอบครองรายละ 500-999 ไร่ และอีก 113 ราย ครอบครองที่ดินรายละ 1,000 ไร่หรือมากกว่า (ข้อมูลจากสำนักงานที่ดิน 399 แห่งทั่วประเทศ)
- ครัวเรือนเกษตรกรที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง ต้องเช่าที่ดินคนอื่นทำการเกษตร หรือต้องไปรับจ้างคนอื่นทำการเกษตรมี 1.2 ล้านครัวเรือน (ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2554)

ด้านการศึกษา

- กลุ่มคน 10% ที่มีรายได้สูงสุดมีอัตราการเข้าเรียนในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 67.3% เทียบกับกลุ่มคน 10% ที่มีรายได้ต่ำสุดซึ่งมีอัตราการเข้าเรียนในระดับเดียวกันเพียง 3.5% เท่านั้น

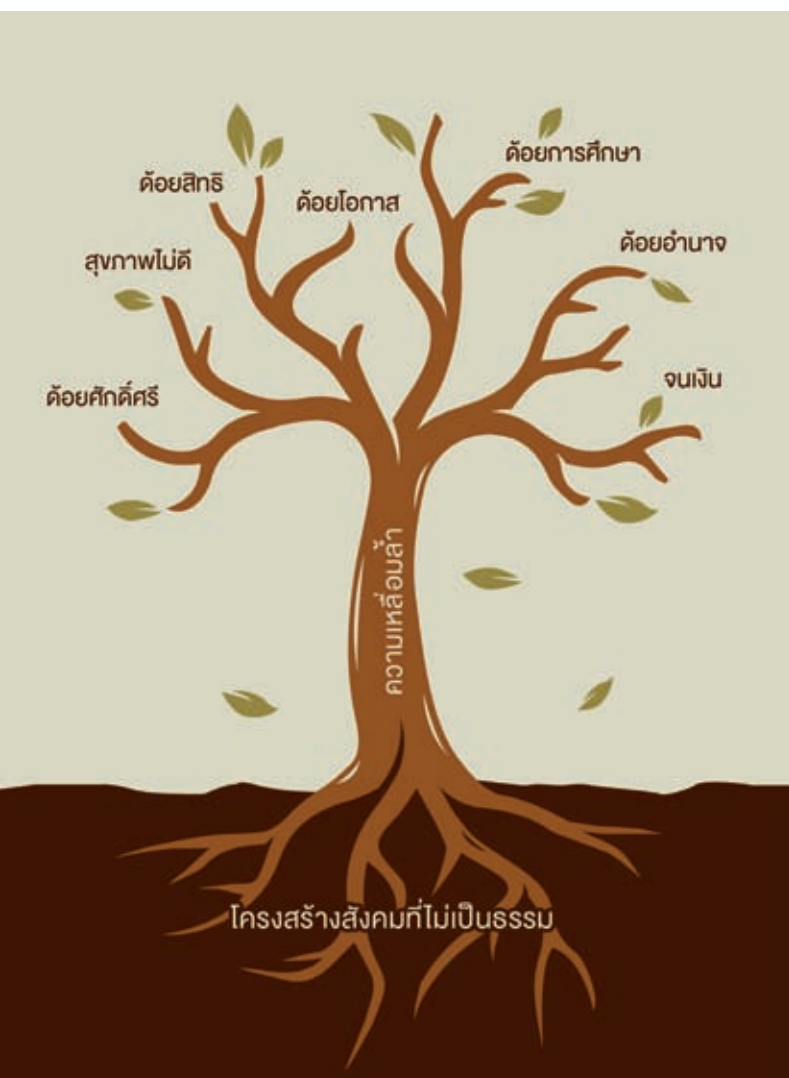
ด้านสุขภาพ

- กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีรายได้สูงสุดในประเทศ มีอัตราแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,057 คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภาคที่มีรายได้ต่ำสุดมีอัตราแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 3,528 คน นั่นคือต่างกันถึง 2.5 เท่า ความแตกต่างอย่างมากระยะนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการ (รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2558)



ที่มา: [HTTP://WUKY.ORG/POST/UK-HOLD-CONFERENCE-ECONOMIC-POLITICAL-INEQUALITY#STREAM/0](http://wuky.org/post/uk-hold-conference-economic-political-inequality#stream/0)

รูปที่ 2 ต้นไม้แห่งความยากจน



กราฟฟิก: คุณพล โพธิ์สีตา

กล่าวโดยสรุป รากเหง้าแท้จริงของความยากจนคือ โครงสร้างสังคมที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ในด้านต่างๆ และความเหลื่อมล้ำนั้นก็ส่งผลกระทบทำให้ คนจำนวนน้อยได้เปรียบในการเข้าถึงทรัพยากรและความ มั่งคั่ง ขณะที่คนจำนวนมากเสียเปรียบ เข้าไม่ถึงทรัพยากร และมีโอกาสน้อยที่จะได้ใช้ความสามารถเพื่อบรรลุถึงความ อยู่ดีกินดีอย่างที่ควรจะเป็น

ถ้าเปรียบทั้งหมดนี้เป็นเหมือนต้นไม้ โครงสร้างสังคม ซึ่งเป็นรากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาความยากจน อาจเปรียบ ได้กับรากซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่ส่งอาหารไปเลี้ยงทุกส่วน ของต้นไม้ ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเป็นตัวกลางที่ส่งผ่านผลกระทบ จากโครงสร้างสังคมที่ไม่เป็นธรรมไปสู่ภาวะความยากจน

อาจเปรียบได้กับลำต้น ส่วนความยากจนอันเป็นผลผลิตจาก โครงสร้างและความเหลื่อมล้ำ ซึ่งปรากฏให้เห็นนั้น เปรียบได้ กับกิ่งก้านสาขา ใบ และผลของต้นไม้ ขอให้สังเกตว่า ความยากจนนั้น มีโอกาสมากที่จะถูกส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น นั่นคือ ถ้าคนรุ่นพ่อแม่ยากจนก็มีโอกาสมากที่รุ่นลูกจะเป็น คนยากจนต่อไป (จนซ้ำซาก) ข้อนี้ก็เปรียบเหมือนกับต้นไม้ ที่ออกผลหล่นร่วงลงดิน แล้วงอกขึ้นมาเป็นต้นไม้ชนิดเดียวกับ ต้นที่เป็นแม่ โดยนัยนี้ ความยากจนจึงสามารถ “ผลิตซ้ำ” ตัวมันเอง ส่งผลต่อเนื่องจากรุ่นสู่รุ่นไปได้เรื่อยๆ トラบเท่า ที่โครงสร้างสังคมยังไม่มีความเป็นธรรม (ดูรูปที่ 2)

3.3 ใครคือคนจน

การศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นลักษณะสำคัญของ คนยากจนในสังคมไทยว่า ส่วนใหญ่แล้วได้แก่คนที่ลักษณะ สำคัญต่อไปนี้

- **อาศัยอยู่ในชนบท** รายงานวิเคราะห์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2558 เปิด เผยให้เห็นว่า คนจนเกือบ 2 ใน 3 (62%) อาศัย อยู่ในชนบท ที่เหลืออยู่ในเมือง ซึ่งส่วนใหญ่คือ คนที่อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรมต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในทุกเมือง ใหญ่ๆ ของประเทศ
- **มีการศึกษาต่ำ** รายงานวิเคราะห์ความยากจนฯ ที่อ้างถึงข้างต้นบอกว่า คนจน 82.3% มีการศึกษา เพียงระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ที่มีการศึกษา สูงกว่าระดับประถมแต่ไม่เกินระดับอนุปริญญา มีประมาณ 17% ของคนจนทั้งหมดเท่านั้น
- **มีอาชีพเกษตรกรรม** คนจนส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรมและเป็นแรงงานนอกระบบ
- **มีครอบครัวขนาดใหญ่/ลูกมาก** การวิเคราะห์ ครัวเรือนไทยชี้ให้เห็นว่าคนจนส่วนมากอาศัยอยู่ ในครัวเรือนขนาดใหญ่ คือมีสมาชิกในครัวเรือน โดยเฉลี่ย 4 คนหรือมากกว่า ซึ่งใหญ่กว่าขนาดครัว เรือนโดยเฉลี่ยของทั้งประเทศ (มีสมาชิก 3 คน) นอกจากนี้ยังพบว่า ครัวเรือนที่มีเฉพาะผู้สูง อายุอยู่คนเดียวหรืออยู่กันตามลำพังไม่มีสมาชิก วัยอื่นอยู่ด้วย และครัวเรือนที่มีเฉพาะผู้สูงอายุ กับเด็ก (ครัวเรือนข้ามรุ่น) มีแนวโน้มเป็นครัวเรือน ยากจน

3.4 ความเปราะบางของคนจน

เพราะความยากจนสามารถนำไปสู่สภาพที่ด้อยกว่าในทุกมิติของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม สุขภาพ หรือแม้แต่ในด้านความยุติธรรม คนจนจึงมีความเสี่ยงมากกว่าที่จะได้ประสบกับสิ่งที่ไม่ดีเหล่านั้นโดยตรงนี้ควรทำความเข้าใจให้ดีกว่านั้นว่า สิ่งที่เป็นปัญหาจริงๆ อาจไม่ใช่เรื่องที่ว่าคนจนไม่มีสิทธิเข้าถึงบริการต่างๆ ในสังคมสมัยใหม่นั้นพลเมืองทุกคน ไม่เลือกว่าจะมีฐานะยากจนหรือมั่งคั่ง ก็ *มีสิทธิ* ไม่ต่างกันในการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิต โดยเฉพาะในส่วนที่รัฐจัดให้ แต่ปัญหาสำหรับคนจนอยู่ที่การเข้าถึงบริการเหล่านั้นใน *ปริมาณและคุณภาพ* ที่ด้อยกว่า และบ่อยครั้งก็ด้อยกว่ามากเสียจนไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพอย่างที่เราควรจะเป็น กล่าวอีกนัยหนึ่ง *คนจนมีสิทธิ แต่ด้อยโอกาส* เช่นนี้กระมังเราจึงพูดกันว่า “คนจนคือคนด้อยโอกาส”

ขอให้ดูในเรื่องการศึกษาเป็นตัวอย่าง ในเรื่องนี้สิทธิของคนจนก็คืออันเดียวกับสิทธิของคนไทยทุกคน แต่ความจริงแล้ว คนจนส่วนใหญ่มีโอกาสได้รับการศึกษาในปริมาณและคุณภาพที่แตกต่างจากที่คนรวยได้รับ ลูกหลานคนจนมีสิทธิได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน (อนุบาล – มัธยมปลาย) ที่รัฐจัดให้ฟรี เช่นเดียวกับลูกหลานคนรวย แต่จำนวนเด็กจากครอบครัวยากจนและครอบครัวฐานะดีที่ได้รับการศึกษาในระดับนี้ก็ต่างกันมาก เช่น รายงานการวิเคราะห์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2558 ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มประชากร 10% ที่มีฐานะความเป็นอยู่ด้อยที่สุด มีโอกาสเข้าศึกษาในระดับมัธยมปลาย (รวม ปวช.) ซึ่งเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานเพียง 39% ขณะที่กลุ่มประชากร

10% ที่มีฐานะความเป็นอยู่ดีที่สุดในระดับเดียวกันนี้ถึง 70% เรื่องมาตรฐานและคุณภาพของการศึกษาที่ได้รับนั้นคงไม่ต้องพูดถึงว่าจะแตกต่างกันเพียงใด

ในเรื่องสุขภาพ คนจนมีสิทธิที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้ เช่นเดียวกับคนที่ไม่จน แต่ก็มี ความเหลื่อมล้ำอย่างมาก กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีสำหรับบริการรักษาพยาบาลที่รัฐจัดให้กลุ่มคนรายได้น้อย (เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน) ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) และประกันสังคม ต่ำกว่าที่จ่ายให้ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้ดีกว่า ประมาณ 4 เท่า น่าสังเกตว่า ช่องว่างระหว่างค่าใช้จ่ายที่รัฐจัดให้สำหรับคนสองกลุ่มนี้ขยายกว้างขึ้นเรื่อยๆ ตลอดเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา

ในเรื่องการเข้าถึงความยุติธรรมก็ไม่ได้ต่างกัน คนจนมีสิทธิเข้าถึงความยุติธรรมภายใต้กฎหมาย เช่นเดียวกับคนกลุ่มอื่น แต่โอกาสที่จะได้รับความยุติธรรมด้อยกว่ามาก เอกสารของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) ที่เผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2554 ชี้ให้เห็นว่ากว่า 90% ของผู้ต้องขังประมาณ 2.4 แสนคนในเวลานั้นเป็นคนจน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ถูกขังก่อนตัดสินคดีกว่า 50,000 คน เหตุเพราะไม่มีเงินประกันตนในระหว่างการดำเนินคดี และมีอีกมากที่ศาลตัดสินให้ต้องเสียค่าปรับ แต่ไม่มีเงินจึงต้องถูกขังแทน ลักษณะเช่นนี้เหมือนเป็น “สองมาตรฐาน” ในระบบยุติธรรม ที่บางทีมีผู้กล่าวเชิงเสียดสีว่า “คุณมีไว้ขังคนจน”

วิเคราะห์เช่นนี้แล้วจะเห็นว่าความเปราะบางของคนจนนั้นเชื่อมโยงอยู่กับความเหลื่อมล้ำทางสังคมซึ่งมีรากฝังแน่นอยู่ในโครงสร้างสังคมที่ไม่เป็นธรรม ดังกล่าวแล้วข้างต้น

4. คนพิการ

4.1 ความพิการ

เราอาจจะเคยพบเห็นคนพิการมามาก แต่ถ้าถามว่าอะไรคือ *ความพิการ* หลายคนอาจจะบอกได้ยาก หากจะทำความเข้าใจว่าใครบ้างคือคนพิการ และความพิการทำให้คนเปราะบางอย่างไร เราควรจะทำทำความเข้าใจให้ชัดว่าอย่างไรเรียกว่า “ความพิการ”

ถ้าจะว่าตามความหมายที่องค์การอนามัยโลกให้ไว้ตั้งแต่ปี 2544 ในเอกสาร *การจำแนกนานาชาติว่าด้วยการทำงานของร่างกาย ความพิการ และสุขภาพ* (International Classification of Functioning, Disability and Health -- เรียกย่อๆ ว่า ICF) ความพิการเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน และมีหลายมิติที่เกี่ยวข้องกันอยู่ สิ่งสำคัญที่จะชี้ชัดว่าพิการหรือไม่พิการอยู่ที่ *กิจกรรม* ซึ่งรวมการทำงานของ

ร่างกาย (functioning) และการมีส่วนร่วมในสังคมเข้าไว้ด้วยกันตามความหมายนี้ถ้าบุคคลยังทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ หรือสามารถเข้ามีส่วนร่วมในสังคมได้เหมือนคนทั่วไป เช่น ไปไหนมาไหนได้เอง เรียนหนังสือได้ ทำงานได้ เข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้ ฯลฯ เขาก็ไม่ควรถูกนับว่าเป็นคนพิการ ทั้งนี้ ไม่ว่าเขาจะมีสภาพร่างกายที่ครบอาการ 32 หรือไม่ก็ตาม ในทัศนะของ ICF การที่คนเราจะทำกิจกรรมได้เช่นนั้นมีปัจจัยที่เชื่อมโยงกันอยู่ 3 อย่าง คือ :

- 1) *ความบกพร่องทางร่างกาย* – บุคคลมีร่างกายสมบูรณ์หรือไม่ เช่น ตาบอด หูหนวกหรือไม่ แขนขา มีแรงพอที่จะเคลื่อนไหวได้หรือไม่ ฯลฯ
- 2) *ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม* – บุคคลสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติหรือไม่ เช่น เดิน กินอาหาร อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า สื่อสารกับคนอื่นได้เอง ฯลฯ
- 3) *ข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในสังคม* – นอกเหนือจากข้อจำกัดในข้อ 1 และ ข้อ 2 ข้างต้น บุคคลมีอุปสรรคอื่นที่ทำให้การเข้ามีส่วนร่วมในสังคมไม่สามารถเป็นไปได้อย่างคนทั่วไปหรือไม่ เช่น สังคมมีทัศนคติที่แบ่งแยก เลือกปฏิบัติ หรือกีดกันไม่ให้มีสิทธิที่พึงมีเหมือนคนทั่วไป ทำให้ไม่สามารถเดินทาง ทำงาน และได้รับค่าจ้างที่เท่าเทียมกับคนอื่น หรือไม่ ฯลฯ

ใน 3 อย่างนี้ 2 อย่างแรกเป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่ละคน ซึ่งก็เป็นที่เราเข้าใจว่าเป็นเรื่องของสุขภาพทั้งกายและจิต เป็นหลัก อย่างที่ 3 เป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ในปัจจุบัน เมื่อพูดถึงความพิการ ผู้เชี่ยวชาญทั้งหลายมักจะใช้กรอบแนวคิดที่อาศัยมุมมองทางการแพทย์ (คือเรื่องสุขภาพ) ประกอบกับมุมมองด้านสิ่งแวดล้อมในการพิจารณาแนวคิดนี้มองความพิการว่า คือ สภาวะที่เป็นผลลัพธ์ของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมว่าเป็นอุปสรรคหรือไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่างๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง *ความพิการก็คือ สภาวะที่ทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้ามีส่วนร่วมในสังคม* ข้อจำกัดนั้นอาจมีหลากหลาย แต่กล่าวโดยสรุปแล้วมี 2 ชนิด คือข้อจำกัดที่มาจากตัวบุคคลเอง และข้อจำกัดที่มาจากสิ่งแวดล้อมซึ่งรวมถึงสังคมที่บุคคล

อาศัยอยู่ด้วย

ข้อจำกัดส่วนบุคคลนั้น นอกจากจะรวมถึง ความบกพร่อง/หรือไม่บกพร่อง ทางร่างกาย จิต ปัญญา และการเรียนรู้แล้ว ยังรวมถึง แรงจูงใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละคน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการที่เขาจะทำ/ไม่ทำกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมในสังคมด้วย ส่วนข้อจำกัดทางสิ่งแวดล้อมนั้น ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของสภาพธรรมชาติ อีกส่วนหนึ่ง ซึ่งสำคัญกว่ามาก คือสิ่งต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้นมา เช่น ถนนหนทาง การขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ ฯลฯ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งทัศนคติของคนในสังคมต่อคนพิการ บริการและนโยบายทางสังคมที่มีอยู่ สิ่งแวดล้อมอาจจะส่งเสริมหรือขัดขวางการทำกิจกรรมของบุคคลที่มีปัจจัยส่วนตัวแตกต่างกัน และทำให้เขาเหล่านั้นตกอยู่ในสภาพพิการ/ไม่พิการ มากน้อยต่างกันไป

4.2 ใครคือคนพิการ

การจำแนกของ ICF ที่กล่าวข้างต้น แม้จะเป็นการมองอย่างเป็นองค์รวม และมีข้อดีหลายอย่าง แต่ก็มีข้อจำกัดตรงที่ทำให้บอกได้ค่อนข้างยากว่าใครเป็นคนพิการหรือไม่พิการ ในหลายกรณีอาจไม่สามารถจำแนกให้ชัดเจน “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ได้ เพราะความพิการกับไม่พิการไม่ได้ถูกมองแยกขาดจากกันแบบดำกับขาว แต่มองเป็นระดับหรือดีกรี (degree) จากน้อยที่สุด (ถือว่าไม่พิการ) ไปจนถึงมากที่สุด (ถือว่าพิการ) ดังนั้นจึงทำให้กำหนดได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะเมื่อต้องการจะนับว่าใครคือคนพิการที่ควรจะได้รับสวัสดิการจากรัฐ และคนเหล่านั้นมีจำนวนเท่าไร

ไม่เพียงแต่เท่านั้น แม้เราจะสามารถจำแนกได้ชัดเจนในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีปัญหา เพราะความพิการมีความแตกต่างและหลากหลาย จนเราไม่สามารถจะเหมารวมได้ว่า ผู้ที่มีความพิการทั้งหมดเป็นคนกลุ่มเดียวที่มีปัญหาเดียวกัน ดังนั้นจึงควรจะได้รับสวัสดิการอย่างเดียวกัน ความจริงแล้วคนที่มีความพิการแต่ละชนิดมีปัญหาและมีความจำเป็นที่ต้องการการเอาใจใส่จากสังคมต่างกัน คนพิการทางการเห็นต่างกับคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย และต่างกับคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย แม้คนที่มีความพิการชนิดเดียวกันแต่มีลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน ก็มีปัญหาและความต้องการไม่เหมือนกัน

โดยนัยนี้ วัยรุ่นเพศหญิงที่พิการทางการเห็นจึงมีความ
เปราะบางต่างกับผู้สูงอายุเพศชายที่พิการทางการเห็น
เพราะลักษณะทางเพศและอายุที่ต่างกันทำให้ทั้งสองมี
ความต้องการที่ต่างกันในด้านนั่นเอง

เพราะความซับซ้อนของ *ความพิการ* และความ
จำเป็นที่จะกำหนดให้ชัดเพื่อประโยชน์ในทางนโยบาย จึงมี
การบัญญัติในกฎหมายว่า *คนพิการ* คือใครบ้าง มาตรา 4
ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
พ.ศ. 2550 (แก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2556) กำหนด
ลักษณะคนพิการไว้ดังนี้ :

คนพิการ “หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการ
ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทาง
สังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน
การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติ
ปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับ
มีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้
รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติ
กิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้
อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรี
ว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ประกาศกำหนด”

โดยธรรมชาติแล้วการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม
ในชีวิตประจำวัน (ความพิการตามความหมายข้างต้น)
มีลักษณะเป็นพลวัต คือเปลี่ยนแปลงไปตามวัย เมื่อบุคคล
เข้าสู่วัยสูงอายุการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมถอย
หลายคนอยู่ใน *ภาวะทุพพลภาพ* คือหย่อนกำลังความ
สามารถที่จะประกอบการทำงานตามปกติได้ และกลายเป็น
ผู้พิการในที่สุด เพราะเหตุนี้อัตราความพิการในประชากร
สูงอายุจึงสูงกว่าในวัยอื่น และด้วยเหตุผลเดียวกันนี้ประเทศ
ที่มีประชากรสูงอายุมากจึงมักจะมีสัดส่วนคนพิการสูงด้วย

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ได้ออกประกาศเรื่อง *ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ*
(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ซึ่งออกตามความในมาตรา 4 แห่ง
“พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
พ.ศ. 2550” โดยได้กำหนดความพิการไว้ 7 ประเภทคือ

- (1) ความพิการทางการเห็น
- (2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- (3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

- (4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- (5) ความพิการทางสติปัญญา
- (6) ความพิการทางการเรียนรู้
- (7) ความพิการทางออทิสติก

ประเภทความพิการข้างต้นบอกให้ทราบว่า ตาม
กฎหมายของไทยผู้ที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลาย
อย่างทีกล่าวนี เป็นคนพิการ แต่ปัญหาก็ยังมีอยู่ นั่นคือ
หากต้องการทราบแน่ชัดว่าใครพิการหรือไม่พิการจะต้องมี
การตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค เพราะความพิการเกือบ
ทุกประเภทไม่ใช่สิ่งที่จะบอกได้ด้วยตาเปล่า โดยเฉพาะเมื่อ
ต้องการคัดกรองอย่างถูกต้องตามความเป็นจริงว่าใครควรได้
รับสวัสดิการจากรัฐ ดังนั้น ประกาศกระทรวงการพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่อ้างถึงข้างต้นจึงกำหนด
ลักษณะเฉพาะของความพิการแต่ละประเภทไว้ ซึ่งได้สรุป
ไว้ใน กรอบที่ 2

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจข้อมูลคนพิการ
และภาวะทุพพลภาพเป็นครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยรวม
อยู่ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งดำเนินการทุก
2 ปี ต่อมาใน พ.ศ. 2545 ได้แยกการสำรวจเกี่ยวกับคนพิการ
ออกมาต่างหาก โดยดำเนินการทุกรอบ 5 ปี ข้อมูลจาก
การสำรวจตั้งแต่ปี 2517 ถึง 2555 ชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนของ
คนพิการในประเทศไทยในช่วงเวลาเกือบ 40 ปีที่ผ่านมา
แม้จะเป็นตัวเลขไม่มากแต่ก็เพิ่มขึ้นมาตลอด จาก 0.5%
ของประชากรทั้งประเทศในปี 2517 เป็น 2.9% ในปี 2550
แต่ในปี 2555 ลดลงเล็กน้อย เป็น 2.2% หรือคิดเป็นจำนวน
คนพิการประมาณ 1.5 ล้านคน

ในอนาคตคาดว่าจำนวนและสัดส่วนคนพิการอาจจะ
เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ โดยพิจารณาจากแนวโน้มทางประชากรและ
การพัฒนา ที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่อไป ในทางประชากร
ปัจจัยสำคัญคือการที่คนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุ
มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแล้วประชากรวัยสูง
อายุนั้นมีความเสี่ยงที่จะพิการอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่า
ประชากรที่อายุน้อยกว่า ส่วนการพัฒนานั้นอาจส่งผลต่อ
ความพิการได้ เพราะวิถีชีวิตของผู้คนจะเปลี่ยนไป เช่น ต้อง
ทำงานอยู่กับเครื่องจักรมากขึ้น และพึ่งเทคโนโลยีมากขึ้น
ในการเดินทางและการขนส่ง ซึ่งทำให้มีโอกาสดำเนินอุบัติเหตุ
มากขึ้น ยิ่งกว่านั้น ถ้าการพัฒนาทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ
ในสังคมมาก ก็อาจส่งผลให้ความยากจนและคนจนเพิ่มขึ้น



ที่มา: [http://www.sport.ac.th/study/sumrit/1-58\(500\)/page2-1-58\(500\).html](http://www.sport.ac.th/study/sumrit/1-58(500)/page2-1-58(500).html)

กรอบที่ 2 สรุปลักษณะความพิการแต่ละประเภท

ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ฉบับที่ 1 และ 2) พ.ศ. 2552 และ 2555 ความพิการ หมายถึงการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มี 7 ประเภทคือ:

1. ความพิการทางการเห็น ได้แก่ (1) ตาบอด หรือ (2) ตาเห็นเลือนราง รายละเอียดของทั้งสองชนิดนี้กำหนดด้วยวิธีการทางเทคนิคเฉพาะ และโดยผู้เชี่ยวชาญ
2. ความพิการทางการได้ยิน ได้แก่ (1) หูหนวก หรือหูตึง ซึ่งกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธีการทางเทคนิคเฉพาะหรือ (2) ความพิการทางการสื่อความหมาย คือมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ (1) มีความบกพร่อง หรือสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น อัมพาต แขนขาอ่อนแรง แขนขาขาด หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการทำงานของมือ เท้า แขนขา หรือ (2) การมีความบกพร่องหรือความผิดปกติของศีรษะ ใบหน้า ลำตัว และลักษณะภายนอกของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน
4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ การมีข้อจำกัดซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้อารมณ์หรือความคิด
5. ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ การมีข้อจำกัด ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงออกให้เห็นก่อนอายุ 18 ปี
6. ความพิการทางการเรียนรู้ ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัด ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ หรือกระบวนการเรียนรู้พื้นฐานอื่นในระดับความสามารถที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามช่วงอายุและระดับสติปัญญา
7. ความพิการทางออทิสติก ได้แก่ ความบกพร่องทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรมและอารมณ์ โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมอง และความผิดปกตินั้นแสดงออกชัดก่อนอายุ 2 ปีครึ่ง ทั้งนี้ ใหัรวมถึงกลุ่มออทิสติกสเปกตรัมอื่นๆ เช่น แอสเพอเกอร์ (Asperger)

ที่มา: สรุปจากประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ฉบับที่ 1 และ 2) พ.ศ. 2552 และ 2555

อมาตยา เซน (Amartya Sen) นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลชี้ให้เห็นว่า ความยากจนกับความพิการมักจะมาคู่กัน เนื่องจากความพิการมีแนวโน้มจะทำให้ยากจน ขณะเดียวกัน ความยากจนก็ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงที่จะประสบเหตุหรือเจ็บป่วยจนพิการได้

ในปี 2559 มีคนพิการรวมทั้งสิ้น 1,525,834 คน ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว (794,648 คน) ประมาณ 1 ใน 5 เป็นคนพิการทางการได้ยิน (300,265 คน) รองลงไปคือกลุ่มคนพิการทางการเห็น (175,692 คน) คนพิการทางจิตและพฤติกรรม (120,785 คน) คนพิการทางสติปัญญา (117,887 คน) คนพิการออทิสติก (9,125 คน) และคนพิการทางการเรียนรู้ (7,432 คน) ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 3

ในปี 2555 คนพิการ 98.4% ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ในส่วนที่เกี่ยวกับสวัสดิการเบี้ยยังชีพคนพิการ ข้อมูลจากรายงานวิเคราะห์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำ พ.ศ. 2558 ชี้ให้เห็นว่ามีคนพิการ 55.8% เท่านั้นที่ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการเดือนละ 500 บาท (จะปรับเป็น 800 บาท ในเดือนตุลาคม 2560 เป็นต้นไป) โดยผู้ที่จะมีสิทธิรับเบี้ยคนพิการจะต้องลงทะเบียนคนพิการในภูมิลำเนาที่ตนอาศัยอยู่อย่างถูกต้อง

ข้อมูลในตารางที่ 2 ให้ภาพรวมของคนพิการ โดยสรุปจะเห็นว่าสัดส่วนคนพิการสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มคนสูงอายุ ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในชนบท (นอกเขตเทศบาล) มากกว่าในเมือง ในภาคเหนือและภาคอีสานมากกว่าในภาคอื่น คนพิการส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือถ้าได้เรียนก็ไม่เกินระดับประถมศึกษา และประมาณ 3 ใน 4 ไม่ได้ทำงานอะไร

4.3 ความเปราะบางของคนพิการ

ความเปราะบางของคนพิการมาจากปัญหา 2 ด้าน ด้านหนึ่งเป็นปัญหาส่วนตัวบุคคล อีกด้านหนึ่งเป็นปัญหาสังคม ทั้งสองด้านนี้เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก เหมือนเป็นสองด้านของเหรียญเดียวกัน

ในแง่ปัญหาส่วนตัวบุคคล ความพิการอาจจะเปรียบได้กับอะไรบางอย่างที่ทำให้ “ภูมิคุ้มกัน” ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการที่จะได้รับผลกระทบจากสิ่งต่างๆ ง่ายกว่าและรุนแรง

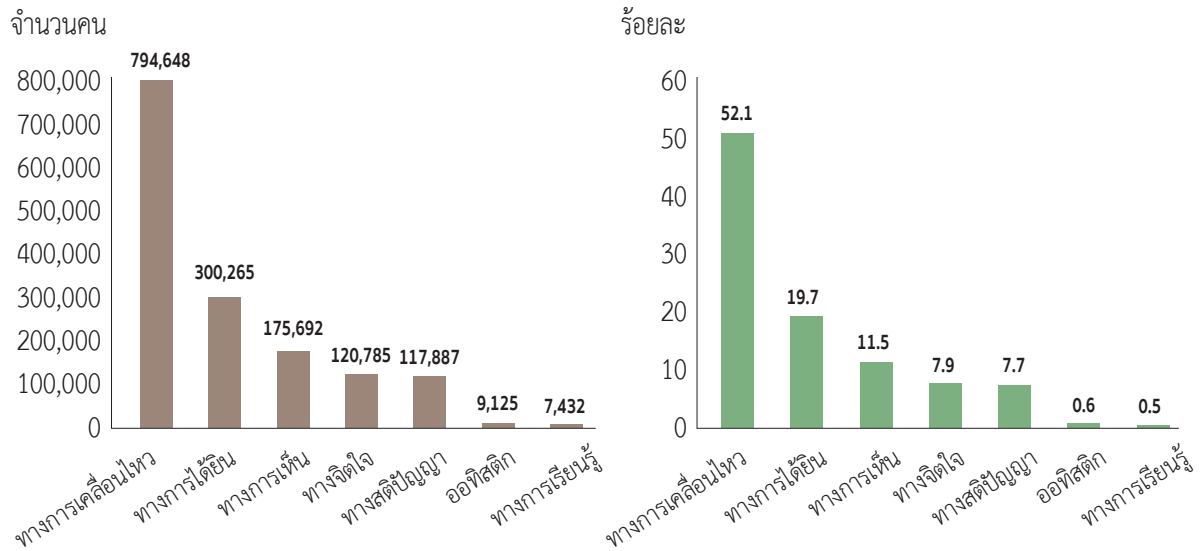
ตารางที่ 2 ร้อยละของคนพิการ จำแนกตามลักษณะบุคคล พ.ศ. 2550 และ 2555

ลักษณะส่วนบุคคล	2550	2555
ทั่วประเทศ	2.9	2.2
อายุ		
0-14	0.4	0.3
15-24	0.9	0.8
25-59	2.0	1.4
60+	15.3	9.8
เพศ		
ชาย	2.7	2.1
หญิง	3.0	2.3
ที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	1.6	1.5
นอกเขตเทศบาล	3.4	2.5
ภาค		
กลาง (รวม กทม.)	1.7	1.3
เหนือ	4.4	2.9
อีสาน	3.5	2.8
ใต้	2.2	1.8
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	*	22.4
ต่ำกว่าประถม	*	57.6
ประถม	*	10.4
มัธยมต้น-มัธยมปลาย	*	7.8
สูงกว่ามัธยมปลาย	*	1.8
การทำงาน		
ไม่ทำงาน	*	74.3
ทำงาน	*	25.7

* ไม่มีข้อมูล

ที่มา: รวบรวมจาก “สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนพิการประเภทต่างๆ



ที่มา: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2559

กว่าคนทั่วไป เหมือนคนที่ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง ย่อมอ่อนแอ และเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากกว่าคนที่ภูมิคุ้มกันปกติ เหตุที่เป็นเช่นนั้นก็เพราะความพิการเป็นสิ่งที่จำกัดความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวัน และในเรื่องอื่นๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิต เช่น การดูแลสุขภาพ การทำงานหารรายได้ หรือการเข้ามีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เมื่อเทียบคนทั่วไปคนพิการจึงมีความเปราะบางทั้งในทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ปัญหาส่วนตัวบุคคล คือเหตุผลเพียงพอที่คนพิการควรจะได้สิทธิที่จะได้รับการเอาใจใส่ดูแลที่เหมาะสม ทั้งจากครอบครัวและจากสังคม

ในแง่ปัญหาสังคม มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกันอยู่อย่างน้อย 2 เรื่อง เรื่องแรก คือ การที่คนพิการจะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม ไม่เฉพาะจากคนในครอบครัวเท่านั้น แต่จากสังคมและรัฐด้วย ในแง่การให้ความช่วยเหลือดูแลสำหรับคนพิการนั้นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสังคม เรื่องที่สอง เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ความจริงมีอยู่ว่า *ความพิการและคนพิการเป็นประเด็นสิทธิมนุษยชน* ในฐานะคนๆ หนึ่ง คนพิการมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม

กับคนทั่วไป โดยไม่มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ ในเรื่องการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิต เช่น การศึกษา สุขภาพ การเดินทาง การทำงานและการได้รับค่าจ้างที่เป็นธรรม

การที่คนบางคนมีความบกพร่องทางการได้ยิน (หูหนวก) ไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่มีโอกาสสื่อสารกับคนอื่นตลอดชีวิต แต่หมายความว่าสังคมจะต้องให้สิทธิในการสื่อสารแก่พวกเขา ด้วยการจัดให้มีการสอนทักษะและบริการล่ามภาษามือ เพื่อพวกเขาจะสื่อสารกันเองและสื่อสารกับคนอื่นได้ในทำนองเดียวกัน การที่คนจำนวนหนึ่งมีข้อบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (เดินไม่ได้) ก็ไม่ได้หมายความว่าพวกเขาจะไม่มีสิทธิไปไหนมาไหนได้เอง แต่เป็นความรับผิดชอบของสังคมที่จะให้พวกเขามีสิทธิไปไหนมาไหนได้ เหมือนคนทั่วไป ด้วยการจัดให้มีเครื่องอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม และมีบริการขนส่ง รวมทั้งสถานที่สาธารณะที่เอื้อต่อการเดินทาง และการใช้ประโยชน์ของพวกเขา ทั้งนี้ บริการต่างๆ เหล่านี้จะต้องมุ่งที่จะบูรณาการพวกเขาเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับคนทั่วไปในสังคม โดยหลีกเลี่ยงการทำให้พวกเขาเกิดความรู้สึกว่าเป็น “พลเมืองชั้นสอง”

5. ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มคนมีปัญหาสถานะบุคคล

รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทย ตามอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (ฉบับที่ 1-3) ซึ่งเสนอต่อ คณะกรรมการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ขององค์การสหประชาชาติ เผยแพร่ทั่วไปเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2554 ระบุว่า มีบุคคล 4 ประเภทที่อยู่ในภาวะอาจเสี่ยงต่อปัญหาการสูญเสียสิทธิ ถูกละเลยสิทธิ หรือถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน นั่นคืออยู่ในภาวะเปราะบางตามความหมายที่เราพูดถึงในบทความนี้ บุคคล 4 ประเภทนั้นคือ

1. ชนกลุ่มน้อย
2. คนไทยพลัดถิ่น
3. บุคคลตกสำรวจ
4. คนต่างด้าว

ประเภทที่ 1-3 คือบุคคลที่จะกล่าวถึงในหัวข้อนี้ แต่เรียกรวมๆ ว่า “ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มคนมีปัญหาสถานะบุคคล” ความจริงชนกลุ่มน้อยกับกลุ่มคนมีปัญหาสถานะบุคคลมีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน แต่ในหลายกรณีความเป็นชนกลุ่มน้อยกับปัญหาสถานะบุคคลมักจะมีอยู่ในคนคนเดียวกัน ทั้งสองกลุ่มนี้มีปัญหาเหมือนกันอย่างหนึ่งคือ มีความเสี่ยงต่อการถูกละเลยสิทธิหรือถูกละเมิดสิทธิอันเนื่องมาจากสถานะบุคคลของตน ส่วนประเภทที่ 4 คือคนต่างด้าวนั้น ได้แก่บุคคลที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทย ซึ่งอาจได้รับสถานะให้อยู่ชั่วคราว หรือถาวร รวมทั้งแรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้ามาทำงานในประเทศไทยด้วย เฉพาะแรงงานต่างด้าว ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดของคนต่างด้าวในปัจจุบันนี้จะกล่าวถึงต่างหากในหัวข้อต่อไป (ดูข้อที่ 6 แรงงานต่างด้าว)

5.1 ชนกลุ่มน้อย

เมื่อได้ยินคำนี้ หลายคนมักจะนึกถึงกลุ่มชาวเขา ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่บนที่สูงในภาคเหนือและภาคตะวันตกของไทย การเข้าใจเช่นนั้นก็ถูก แต่ไม่ทั้งหมด ชนกลุ่มน้อยหมายถึงชนต่างเผ่าหรือต่างเชื้อชาติที่อยู่อาศัยรวมกันกับชนเผ่าอื่นหรือเชื้อชาติอื่นที่มีจำนวนมากกว่า ถ้ามองในแง่ของการเป็นกลุ่มคนที่มีเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตน ต่างจากคนกลุ่มอื่น ชนกลุ่มน้อยก็ถือว่าเป็น *กลุ่มชาติพันธุ์* แต่ไม่ใช่กลุ่มชาติพันธุ์ทุกกลุ่มเป็นชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นชนกลุ่มใหญ่ๆ ก็มี จากการศึกษานักวิจัยสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท (ปัจจุบันคือ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย) มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2547 พบว่าประเทศไทย มีกลุ่มชาติพันธุ์มากกว่า 60 กลุ่ม มีทั้งกลุ่มชาติพันธุ์ใหญ่ๆ เช่น กลุ่มคนไทยเหนือ ไทยอีสาน ไทยกลาง และไทยใต้ และกลุ่มชาติพันธุ์ขนาดเล็ก เช่น กลุ่มชาวกะเหรี่ยง ม้ง ญไท กูย โข่ง ชาวเล

รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทยฯ ที่อ้างถึงข้างต้น จำแนกชนกลุ่มน้อยที่จัดว่ามีความเสี่ยงหรือเปราะบางออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) ชนกลุ่มน้อยบนพื้นที่สูงในภาคเหนือ และภาคตะวันตก ประกอบด้วยชาวเขา 10 กลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง เมี่ยน อาข่า ละหู่ ลีซอ ลัวะ ขมุ มลาบรี (ผิทองเหลือง) และถิ่น ทั้งนี้รวมถึงชนกลุ่มน้อยอื่นๆ และคนไทยบางกลุ่มที่อาศัยอยู่ในแถบภูเขาด้วย กลุ่มชาวเขาเหล่านี้ มีประชากรรวมกันประมาณ 1.2 ล้านคน⁵

⁵ จำนวนประชากรกลุ่มนี้ และกลุ่มอื่นที่จะกล่าวถึงต่อไปในหัวข้อนี้ เป็นจำนวนที่ระบุใน รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทย ตามอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (ฉบับที่ 1-3) ซึ่งเสนอต่อ คณะกรรมการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ขององค์การสหประชาชาติ ที่เผยแพร่เมื่อเดือนตุลาคม 2554 เว้นแต่ที่ระบุเป็นอย่างอื่น ปัจจุบันตัวเลขเหล่านี้ อาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่ไม่มีข้อมูลยืนยัน

- 2) ชาวเล ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ขนาดเล็ก 3 กลุ่ม คือ มอแกน มอแกน และอุรักลาไวย์ ที่อาศัยอยู่ตามเกาะน้อยใหญ่ในจังหวัดระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ และสตูล ชาวเลตั้งบ้านเรือน และทำมาหากินอยู่ตามชายฝั่ง ปัจจุบันยังมีชาวเลจำนวนมากที่ยังไม่มีเอกสารแสดงสถานะบุคคล แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายขึ้นทะเบียนสถานะบุคคล สำหรับชาวเลมาหลายปีแล้ว แต่การดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด นอกจากนี้ในวิถีชีวิตดั้งเดิม ชาวเลไม่มีการถือเอกสารสิทธิ์ในการครอบครองที่ดิน จึงมักถูกคนอื่นเอาเปรียบ และถูกเบียดเบียนที่ทำกินมาตลอด ชาวเลมีประชากรประมาณ 13,000 คน (ตัวเลขของมูลนิธิชุมชนไท <http://chumchonhai.or.th/>)
- 3) คนไทยในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ประกอบด้วยคนไทยเชื้อสายมลายูนับถือศาสนาอิสลาม คนเชื้อสายไทยนับถือพุทธที่อพยพเข้ามาจากรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซียคนจีน และกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มเล็กๆ เช่น ชาโก (เงาะ) กลุ่มใหญ่สุดคือคนไทยเชื้อสายมลายู มีประมาณ 1.4 ล้านคน
- 4) กลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นชนชาวพื้นเมืองกลุ่มเล็กๆ ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่ราบของภาคต่างๆ เช่น ในภาคอีสาน มีกลุ่ม ไทยโคราช ภูไท เขมร กูย เป็นต้น

5.2 กลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะบุคคล

การมีปัญหาสถานะบุคคลเกิดจากการไร้สัญชาติ (nationalityless) และไร้รัฐ (stateless) การไร้สัญชาติคือสภาพที่บุคคลไม่มีสัญชาติของประเทศใดเลยในโลก ในทางกฎหมายคนไร้สัญชาติก็คือคนต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ไม่ว่าจะอยู่ในประเทศไหนก็ผิดกฎหมายของประเทศนั้น เนื่องจากไม่มีสถานะบุคคลของประเทศใดเลย ปัญหาไร้สัญชาติจะรุนแรงมากขึ้นหากบุคคลต่างด้าวที่ผิดกฎหมายนั้นไม่มีประเทศใดยอมให้ “สิทธิอาศัย” เลย ในกรณีเช่นนั้น บุคคลในลักษณะดังกล่าวจึงตกเป็น “คนไร้รัฐ” โดยปริยาย

ในประเทศไทยมีสาเหตุที่ทำให้บุคคลกลายเป็นคนไร้สัญชาติอยู่สองอย่าง อย่างแรกคือการไม่มีข้อเท็จจริงที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าตนมีความเกี่ยวพันกับรัฐใดในโลก จึงไม่อาจกำหนดสัญชาติได้ ตกเป็นคนไร้สัญชาติ อย่างที่สองคือการที่บุคคลนั้นเชื่อว่าและอ้างว่า ตนมีข้อเท็จจริงที่ทำให้ได้สัญชาติไทย แต่เจ้าหน้าที่ของไทยปฏิเสธที่จะเชื่อในข้อเท็จจริงที่บุคคลกล่าวอ้าง ผลคือไม่สามารถได้สัญชาติไทย ปัจจุบันประเทศไทย ยังมีคนที่มีปัญหาสถานะบุคคลเพราะความไร้สัญชาติไร้รัฐอาศัยอยู่ในประเทศจำนวนหนึ่ง

ตาม รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทยฯ ที่อ้างถึงข้างต้น กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะบุคคลอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ คนไทยพลัดถิ่น และ คนที่ตกสำรวจ

(ก) คนไทยพลัดถิ่น ตามพระราชบัญญัติสัญชาติ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2555 คนไทยพลัดถิ่น หมายถึง “ผู้ซึ่งมีเชื้อสายไทยที่ต้องกลายเป็นคนในบังคับของประเทศอื่นโดยเหตุอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอาณาเขตของราชอาณาจักรไทยในอดีต ซึ่งปัจจุบันผู้นั้นมิได้ถือสัญชาติของประเทศอื่น และได้อพยพเข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีวิถีชีวิตเป็นคนไทยโดยได้รับการสำรวจจัดทำทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด หรือเป็นผู้ซึ่งมีลักษณะอื่นทำนองเดียวกันตามที่กำหนดในกฎกระทรวง”

ความเป็นคนไทยพลัดถิ่นเป็นผลมาจากเหตุการณ์ในประวัติศาสตร์และการเมืองระหว่างประเทศในยุคอาณานิคม ช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ถึงต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศเจ้าอาณานิคมในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในตอนนั้น (คือ ฝรั่งเศสและอังกฤษ) ได้ทำการปักปันเขตแดนของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยยึดเอาสภาพภูมิศาสตร์เป็นเกณฑ์ แทนที่จะเอาประชาชนหรือเชื้อชาติเป็นหลัก ทำให้คนไทยจำนวนหนึ่งที่อยู่ในอาณาเขตของไทยมาก่อน แต่ในการปักปันเขตแดนตกเป็นดินแดนของประเทศเพื่อนบ้าน คนไทยที่อาศัยอยู่ในดินแดนเหล่านั้น ถ้าไม่อพยพเข้ามาอยู่ในเขตไทยหลังการปักปันเขตแดน ก็เป็นคนไทยพลัดถิ่นในดินแดนของประเทศเหล่านั้น ซึ่งอาจจะได้รับสัญชาติของประเทศเพื่อนบ้านที่ตนอยู่อาศัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มนี้ไม่เป็นปัญหาสำหรับประเทศไทย กลุ่มที่มีปัญหาคือกลุ่มที่อพยพเข้ามาอยู่ในประเทศไทย ซึ่งอาจเข้ามาทันทีหลังการปักปันเขตแดน หรือหลังจากเวลาผ่านไปนานแล้ว ปัญหาของ

กลุ่มหลังนี้อยู่ที่การไม่มีสถานะบุคคลตามกฎหมายของไทย แม้ในเวลาต่อมา รัฐมีนโยบายให้มีการพิสูจน์สัญชาติเพื่อดำเนินการให้สถานะบุคคลต่อไป แต่การดำเนินงานก็ไม่ได้ง่าย ความยุ่งยากล่าช้าไม่ได้อยู่ที่การหาหลักฐานที่น่าเชื่อถือมายืนยันต่อเจ้าหน้าที่ว่าตนมีเชื้อสายเป็นคนไทยหรือไม่เท่านั้น แต่อยู่ที่ระบบอันซับซ้อนในการให้สัญชาติ ซึ่งอิงอยู่กับเรื่องของความมั่นคงของชาติ ทั้งนี้ไม่รวมถึงการเลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บางคนด้วย คนเหล่านี้จำนวนมากจึงอยู่ในดินแดนไทยในฐานะเป็นคนไร้สัญชาติและไร้รัฐ

คนไทยพลัดถิ่นในประเทศไทยมี 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) คนพลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทยที่อาศัยอยู่ในบริเวณจังหวัดตาก ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร และระนอง มีไม่น้อยกว่า 8,000 คน (2) คนเชื้อสายไทยที่อพยพมาจากเกาะกง เสียมราฐ พระตะบอง ศรีโสภณ ในกัมพูชา มีประมาณ 10,000 คน และ (3) คนไทยพุทธที่อพยพเข้ามาจากรัฐกลันตัน มาเลเซีย และชาวไทยที่อพยพมาจากประเทศลาว ซึ่งไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน

(ข) คนตกสำรวจ ความบกพร่อง บวกกับการเลือกปฏิบัติในการสำรวจ จะด้วยเหตุใดก็ตาม ทำให้คนไทยจำนวนหนึ่งที่เกิดและอยู่ในประเทศไทยมาตลอดไม่มีชื่อในระบบทะเบียนราษฎร คนเหล่านี้ไม่มีหลักฐานทางเอกสารหรือหลักฐานอื่นใดที่จะใช้ยืนยันเพื่อขอสัญชาติไทย กลายเป็นคนที่มีปัญหาสถานะบุคคล ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ดังนั้นจึงไม่มีสิทธิในฐานะพลเมือง เช่น สิทธิที่จะเข้าถึงบริการสาธารณะเหมือนคนไทยทั่วไป คนตกสำรวจ มี 4 กลุ่มย่อย คือ

- (1) คนที่อยู่ในประเทศไทยมาแต่กำเนิด แต่ไม่มีการแจ้งจดทะเบียนการเกิดและไม่มีการแจ้งขอมีชื่อในสำมะโนครัวตามกฎหมาย หรือชื่ออาจตกหล่นไปหรือถูกลบออกจากทะเบียนบ้านด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม มีอยู่ทั่วไปทั้งในเมืองใหญ่และในชนบทห่างไกล บุคคลตกสำรวจเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นชาวเขาตาม รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทยฯ ที่อ้างถึงข้างต้นกลุ่มนี้มีประมาณ 300,000 คน
- (2) คนที่อพยพเข้ามาจากนอกประเทศและอยู่ในไทยมานาน แต่ไม่ถูกสำรวจ เช่น เวียดนามอพยพและอดีตทหารจีนคณะชาติ มีจำนวนประมาณ 180,000 คน

(3) คนที่อพยพเข้ามาในไทยแต่ไม่สามารถเดินทางกลับออกไปได้ (ซึ่งไม่ทราบจำนวน) และคนที่มีความยากลำบากที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับต่างๆ ในประเทศ มีประมาณ 60,000 คน

(4) คนไร้รากเหง้า กฎหมายระบุว่าคนไร้รากเหง้าหมายถึงบุคคลที่ไม่มีหลักฐานแสดงความเป็นตัวตนทั้งสัญชาติและถิ่นกำเนิด คนเหล่านี้ไม่มีจุดเกาะเกี่ยว ไม่มีบุพการีหรือบุพการีทอดทิ้ง ไม่มีการแจ้งเกิด ไม่มีชื่อในระบบทะเบียนราษฎร และไม่มีบัตรประชาชนที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก คนกลุ่มนี้บางคนเกิดในประเทศไทยแต่ขาดพยานหลักฐานพิสูจน์การเกิด อาจเนื่องมาจากบุพการีไม่เข้าใจหรือไม่ได้ให้ความสำคัญตั้งแต่แรก หรือด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม บางคนไม่ได้เกิดในประเทศไทยแต่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว แต่ก็ไม่มีหลักฐานที่ยอมรับได้ว่าตนเป็นใครมาจากไหน คนไร้รากเหง้าเหล่านี้ แม้จะอยู่ในแผ่นดินไทย แต่ก็ไม่มีสถานะเป็นพลเมือง จึงด้อยสิทธิและเข้าไม่ถึงบริการสาธารณะเหมือนคนทั่วไป บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถระบุจำนวนได้ชัดเจน เนื่องจากยังไม่มี การสำรวจอย่างจริงจัง

แม้ว่ารัฐจะมีนโยบายให้คนไร้สัญชาติไร้รัฐได้รับการจดทะเบียนบุคคลตามกฎหมาย เพื่อจะได้มีสิทธิพื้นฐานเหมือนคนทั่วไป แต่การดำเนินการต้องใช้หลักฐานและใช้เวลานาน คนจำนวนมากในกลุ่มนี้จึงมีชีวิตอยู่ในสภาพที่ไม่มีสถานะบุคคลและไม่ได้รับสิทธิพื้นฐานอะไรเลย

5.3 ความเปราะบางของชนกลุ่มน้อยและกลุ่มคนมีปัญหาสถานะบุคคล

ทัศนคติที่มองว่าชนกลุ่มน้อยเป็น “คนอื่น” คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเหล่านี้เสี่ยงต่อความเปราะบางในหลายๆ ด้าน เพราะถูกถือว่าเป็นคนอื่นที่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ นี่เอง ชนกลุ่มน้อยจึงมักประสบปัญหาด้วยสิทธิ ถูกเลือกปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ดังเช่นกรณีชาวเลกลุ่มอูรักลาโว้ยที่ถูกทางการประกาศให้พื้นที่ที่พวกเขาอยู่อาศัยและทำมาหากินมาหลายชั่วคนเป็นเขตอนุรักษ์ ทำให้พวกเขากลายเป็นผู้บุกรุก ไม่สามารถจับปลาในบริเวณ

กรอบที่ 3 ความเปราะบางของชาวเลแห่งหาดราไวย์

ชาวเลที่หาดราไวย์ จังหวัดภูเก็ต จำนวนประมาณ 2,000 คน เป็นตัวอย่างของคนกลุ่มเปราะบางในสังคมไทย ชาวเล อาศัยอยู่ในพื้นที่บริเวณนั้นมาหลายชั่วอายุคน มีอาชีพทำประมงแบบพื้นบ้าน สร้างบ้านเรือนอาศัยอยู่ร่วมกันในพื้นที่สาธารณะริมชายหาด จัดเรือซ่อมอุปกรณ์ประมงบริเวณชายหาด มีการปลูกต้นมะพร้าวในพื้นที่อยู่อาศัย มีชีวิตเรียบง่าย รักความสงบ ส่วนใหญ่ไม่รู้หนังสือ

เมื่อประเทศพัฒนาไป มีกฎหมายต่างๆ ออกมา โดยเฉพาะกฎหมายเกี่ยวกับที่ดิน ทำให้พื้นที่สาธารณะที่ชาวเลอยู่อาศัยและใช้ประโยชน์ร่วมกัน กลายเป็นกรรมสิทธิ์ของเอกชนที่ออกโดยเจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้ชาวเลสูญเสียพื้นที่อยู่อาศัย ต้องอยู่ในสภาพย่ำแย่กว่าสลัมทางการเมืองการเข้าไปพัฒนาสาธารณูปโภคไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นน้ำ ไฟ การกำจัดขยะมูลฝอย การระบายน้ำ เพราะพื้นที่ที่มีเอกสารสิทธิ์ถือครองโดยเอกชน ทั้งๆ ที่ชาวเลอยู่อาศัยในพื้นที่เหล่านั้นมาหลายชั่วอายุคน ต้นมะพร้าวที่ปลูกไว้ มีอายุมากกว่า 50 ปี ได้ถูกรื้อถอนมีกระดุกบรรพบุรุษชาวเลที่ฝังไว้ ผ่านการพิสูจน์ ดีเอ็นเอ แล้วว่าเป็นเชื้อสายเดียวกับชาวเลจริง คุณภาพชีวิตของชาวเลจึงตกต่ำ เข้าไม่ถึงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานทุกด้าน และยังถูกฟ้องขับไล่ให้ย้ายออกจากที่ดินที่เคยเป็นพื้นที่สาธารณะ ที่ใช้ร่วมกันมายาวนาน ถูกปิดเส้นทางและกระชับพื้นที่สาธารณะสำหรับจอดเรือ วางอุปกรณ์ประมง และทำพิธีทางจิตวิญญาณ เพราะเอกชนอ้างว่าตนมีเอกสารสิทธิ์บนพื้นที่ดังกล่าว

ปัจจุบัน หน่วยงานราชการยังไม่สามารถแก้ปัญหาหรือช่วยเหลือให้ชาวเลเหล่านั้นพ้นทุกข์ พ้นจากความเปราะบางออกมาได้ จึงยังคงเป็นคนเปราะบางที่ลำบากซ้ำซาก



ปริญญา ชาวสมุน <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/729941>



ปลาเดช ณ ป้อมเพชร และณฤมล อรุโณทัย โครงการด้อยตุง โดย โครงการนำร่องอันดามัน และหน่วยวิจัยชนพื้นเมืองและทางเลือกการพัฒนา สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิเพื่อนชนเผ่า

ชายฝั่งที่ดินเคยหาเลี้ยงชีพมาก่อนได้ หากเข้าไปจับสัตว์น้ำในเขตอุทยานก็จะถูกจับกุมและยึดเรือและเครื่องมือหาปลา ทั้งนี้ไม่รวมถึงการถูกเอาเปรียบจากนายทุนฉวยโอกาส อุบัติเหตุที่ดินของชาวเลไปทำรีสอร์ท เพียงเพราะว่าพวกเขาไม่มีเอกสารสิทธิในที่ดินที่ตนอาศัยอยู่มานานตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ ขณะที่ชาวเลบางกลุ่มยังขาดสถานะความเป็นพลเมืองไทย เพราะไม่มีเอกสารแสดงสถานะบุคคล เช่นทะเบียนบ้าน หรือบัตรประชาชน (ดู กรอบที่ 3)

นี่กระมังคือสิ่งที่ รองศาสตราจารย์พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายระหว่างประเทศแผนกคดีบุคคล แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวว่า “ความเป็น “ชนกลุ่มน้อย” ของบุคคลในรัฐใดรัฐหนึ่ง มักจะทำให้บุคคลนั้นๆ ตกเป็นผู้ด้อยสิทธิในรัฐนั้นๆ ทั้งที่ในยุคปัจจุบัน “สิทธิมนุษยชน” มิใช่เพียง “สิทธิทางศีลธรรม” (Moral Right) อีกต่อไป หากแต่ได้รับการยอมรับในฐานะของ “สิทธิทางกฎหมาย” (Legal Right) มากขึ้นเรื่อยๆ” นักกฎหมายท่านเดียวกันนี้กล่าวว่า “ปรากฏการณ์เช่นนี้พบเห็นกันโดยทั่วไปไม่เฉพาะแต่ในประเทศไทย หากแต่เป็นเช่นนั้นในประชาคมโลกโดยทั่วไปอีกด้วย”

สำหรับกลุ่มคนที่มีปัญหาสถานะบุคคล ไม่ว่าจะเป็นคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ ปัญหาเบื้องต้นคือเรื่องของการต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งสถานะบุคคลที่ชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งดูเหมือนจะเป็นเรื่องไม่ยากในความเข้าใจของคนทั่วไป ถ้าบุคคลนั้นเกิดและอยู่ในประเทศไทยมาแต่เดิม แต่ในทางปฏิบัติแล้วกระบวนการนี้มีความซับซ้อน ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ หรือหลายปี ต้องใช้เงินและความอดทนอย่างมาก ความยากอยู่ที่การหาหลักฐานที่น่าเชื่อถือมาแสดง ซึ่งส่วนมากมักจะสูญหายไปแล้ว หลายคนอาจจะท้อแท้ บางคนอาจไม่ประสบ

ความสำเร็จเลย เนื่องจากไม่สามารถหาหลักฐานพยานที่ทางราชการยอมรับและเชื่อถือมายืนยัน แม้คนที่ประสบความสำเร็จ แต่ก็จะดำเนินการเสร็จเรียบริบร้อย ต้องมีชีวิตอยู่ในสภาพที่เป็นคนไร้สัญชาติไร้สิทธิในฐานะพลเมืองอยู่นาน เข้าไม่ถึงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิต โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพ หรือบริการอื่นๆ ที่ต้องใช้เอกสารแสดงสถานะบุคคลเป็นหลักฐานประกอบ บางคนถูกตีตราว่าเป็น “คนเถื่อน” เนื่องจากไม่มีเอกสารที่ถูกต้องตามกฎหมายเช่น บัตรประชาชน แม้แต่จะเปิดบัญชีเงินฝากในธนาคารก็ไม่สามารถทำได้ ดังกรณีของชายวัยกลางคนคนหนึ่งที่เกิดที่จังหวัดลำปาง ซึ่งถูกบุคคลอื่นลอบซื้อออกจากทะเบียนบ้าน แล้วสวมชื่อคนอื่นแทน เวลาผ่านไปนานจึงรู้ตัว แต่การดำเนินการเพื่อขอเอาชื่อกลับเข้าไปในทะเบียนราษฎร และมีบัตรประชาชน ต้องใช้เวลานานนับปี

ในกรณีของผู้อพยพจากนอกประเทศที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ได้นาน (กลุ่ม “คนตกสำรวจ” กลุ่มที่ 2 และ 3 ข้างต้น) ปัญหาสำคัญอยู่ที่การขอมีสัญชาติไทย ซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐที่กำหนดขึ้นสำหรับคนอพยพเฉพาะกลุ่ม ครอบคลุมที่รัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ คนเหล่านี้ก็ต้องรอ ซึ่งอาจจะใช้เวลาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่จนถึงรุ่นลูกหลานก็ได้ ดังตัวอย่างของชาวญวนอพยพหลายหมื่นคน ซึ่งหนีภัยสงครามจากการปราบปรามของฝรั่งเศส เข้ามาอยู่ในไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2488-2489 นโยบายของไทยเกี่ยวกับคนญวนอพยพในช่วงแรกปฏิเสธที่จะยอมให้ญวนอพยพมีสัญชาติไทยในทุกรุ่น จนเวลาผ่านไปกว่า 40 ปี ไทยจึงมีนโยบายให้คนญวนอพยพรุ่นที่สองและสามมีสัญชาติไทยโดยการเกิด ขณะเดียวกันก็ผ่อนผันเงื่อนไขในการยอมรับให้ญวนอพยพรุ่นแรกแปลงสัญชาติเป็นไทยได้

6. แรงงานต่างด้าว

6.1 กระแสการไหลเข้าของแรงงานต่างด้าว

การเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยในช่วงเวลาากว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับคนไทยมีแนวโน้มเลือกงานทำมากขึ้น โดยไม่นิยมทำงานประเภทที่ใช้แรงงานซึ่งถือว่าเป็นงานหนักรายได้ต่ำ ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในระดับล่าง (แรงงานไร้ฝีมือ) ขณะเดียวกันในภาคการผลิต

ก็มีความพยายามที่จะคงความได้เปรียบในด้านค่าแรงต่ำไว้ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อต้นทุนการผลิตและการส่งออก สถานการณ์เช่นนี้เปิดโอกาสให้แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะเมียนมา กัมพูชา และลาว เดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 แรงงานเหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วเข้ามาอยู่อาศัยและทำงานโดยไม่ถูกกฎหมาย ประมาณ พ.ศ. 2535 รัฐบาลไทยเริ่มมีนโยบาย “ผ่อนผัน”

ให้แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้าเมืองมาโดยผิดกฎหมายสามารถขอใบอนุญาตทำงานได้ โดยใช้ช่องทางมาตรา 7 ของพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 ประกอบกับมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ทั้งนี้ เพื่อเป็นการบรรเทาปัญหาขาดแคลนแรงงานระดับล่าง ขณะเดียวกันก็ใช้แรงงานเหล่านี้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เศรษฐกิจไทยด้วย

ในปี 2539 เริ่มมีการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวตามมติของคณะรัฐมนตรี โดยแรงงานเหล่านั้นได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ชั่วคราวในระหว่างรอที่จะถูกส่งกลับประเทศของตน อย่างไรก็ตาม การอนุญาตให้อยู่ชั่วคราวได้มีการยืดเวลามาเรื่อยๆ เพราะเหตุผลด้านการขาดแคลนแรงงานภายในประเทศ

แรงงานต่างด้าวจากเมียนมา กัมพูชา และลาว (บางท่านเรียกว่า “แรงงานข้ามชาติ”) อาจแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ตามลักษณะการเข้าเมืองและสถานภาพการทำงาน คือ

- 1) *กลุ่มผ่อนผัน* เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีการจดทะเบียนได้รับอนุญาตให้อาศัยอยู่ชั่วคราว และได้รับหมายเลขประจำตัว 13 หลักที่ขึ้นต้นด้วยเลข 00 แต่จะต้องผ่านการตรวจสุขภาพก่อนจึงจะขอใบอนุญาตทำงานจากกระทรวงแรงงานได้ โดยมีเอกสารสำคัญติดตัว 3 ฉบับคือ ใบอนุญาตให้พำนักชั่วคราว (ทร. 38) บัตรประกันสุขภาพ และใบอนุญาตทำงาน
- 2) *กลุ่มที่ผ่าน “การพิสูจน์สัญชาติ”* ตามนโยบายของรัฐบาลในการที่จะปรับสถานภาพแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายให้เป็นแรงงานถูกกฎหมาย แรงงานจากกัมพูชาและลาวเริ่มการพิสูจน์สัญชาติตั้งแต่ปี 2547 ส่วนแรงงานจากเมียนมาเริ่มในปี 2552 แรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วสามารถเดินทางไปได้ทั่วประเทศ แต่ถ้าเดินทางออกนอกประเทศไปแล้วและต้องการกลับเข้ามาอีกจะต้องยื่นคำร้องขอกับเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมืองหลังจากกลับออกไปแล้ว ระหว่างที่อยู่ในประเทศแรงงานกลุ่มนี้จะต้องรายงานตัวต่อสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองทุก 90 วัน และได้รับอนุญาตให้ทำงานได้เพียง 4 ปีเท่านั้น หลังจากเวลาที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานหมดลงจะต้องกลับประเทศของตนเป็นเวลา 3 ปี

- ก่อนจึงจะขออนุญาตกลับเข้ามาทำงานใหม่ได้อีก
- 3) *กลุ่ม “แรงงานนำเข้า”* คือกลุ่มที่เข้ามาตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างรัฐบาลไทย-เมียนมา ไทย-กัมพูชา และไทย-ลาว ใน พ.ศ. 2545-2546 ซึ่งได้วางกรอบการทำงานสำหรับแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือจากประเทศทั้ง 3 ไว้ให้สามารถทำงานได้อย่างถูกกฎหมาย ภายใต้ข้อตกลงนี้แรงงานจะได้รับสวัสดิการสังคม สิทธิในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และสิทธิประโยชน์อื่นๆ เช่นเดียวกับแรงงานไทยและแรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติ การนำเข้าแรงงานจากกัมพูชาและลาวภายใต้ MOU เริ่มในปี 2548 แต่สำหรับแรงงานจากเมียนมาเริ่มในปี 2553 แรงงานในกลุ่มนี้สามารถขยายเวลาทำงานได้ไม่เกิน 4 ปี เช่นเดียวกับกลุ่มพิสูจน์สัญชาติ (กลุ่มที่ 2 ข้างต้น) และถ้ากลับออกไปแล้วจะต้องรอเวลา 3 ปีก่อนจึงจะสามารถขอกลับเข้ามาทำงานอีกได้
 - 4) *กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียน* หรือ “แรงงานใต้ดิน” หมายถึงแรงงานที่ทำงานโดยไม่มีใบอนุญาต ไม่ว่าจะเป็นเอกสารการพำนักชั่วคราวในราชอาณาจักร (ทร.38/1) หรือเอกสารอื่นก็ตาม แรงงานเหล่านี้ต้องอยู่อย่างหวาดระแวง ต้องคอยหลบหลีกการถูกจับกุมส่งตัวกลับประเทศ และเสี่ยงต่อการถูกข่มขู่หรือถูกเอารัดเอาเปรียบในการทำงานนานาประการ

6.2 แรงงานต่างด้าวมีย่านวนเท่าไร

ค่อนข้างจะกำหนดได้ยากว่าแรงงานต่างด้าวมีย่านวนเท่าไร เพราะแหล่งที่ให้ข้อมูลเรื่องนี้มักจะมีความสนใจและกรอบเวลาอ้างอิงไม่เหมือนกัน แหล่งข้อมูลที่เป็นทางการใหญ่ๆ มีอยู่ 2 แหล่ง คือกระทรวงมหาดไทยซึ่งสนใจประเด็นความมั่นคง และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมซึ่งสนใจเรื่องสถานะการทำงาน ทั้งนี้ไม่ต้องกล่าวถึงความซับซ้อนอันเนื่องมาจาก “พลวัต” (dynamics) ของแรงงานเอง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านสถานภาพการทำงานและการเข้าออกประเทศอยู่ตลอดเวลา



ตามรายงาน สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือ ทัวราชอาณาจักร ประจำเดือนมกราคม 2560 ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีคนต่างด้าว (จากทุกประเทศ) ที่ได้รับอนุญาตทำงานทัวราชอาณาจักร ณ เดือนมกราคม 2560 จำนวนทั้งสิ้น 1,470,225 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว 1,280,991 คน (หรือ 87% ของแรงงานทั้งหมด) จำนวนดังกล่าวนี้ไม่รวมแรงงานที่เข้ามาทำงานแบบไป-กลับหรือตามฤดูกาลในจังหวัดชายแดน เช่น ตาก สระแก้ว จำนวน 11,675 คน ตัวเลขแรงงานต่างด้าวดังกล่าวนี้ดูน้อยกว่าที่น่าจะเป็น เพราะน่าจะมีแรงงานที่ไม่ได้อยู่ในระบบข้อมูลนี้อีกจำนวนมาก

ข้อมูลที่ประมวลได้จากเอกสารเผยแพร่ในเว็บไซต์ของกระทรวงมหาดไทย (ไม่ระบุวันเวลาของข้อมูล แต่อนุมานว่าประมาณกลางปี 2558 หรือหลังจากนั้นเล็กน้อย) มีแรงงานต่างด้าวจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว จำนวน 2,377,905 คน (มากกว่าจากแหล่งข้างต้น) ข้อมูลนี้ใกล้เคียงกับที่รายงานโดยสำนักข่าวทีนิวส์ที่เผยแพร่เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2557 ซึ่งให้ตัวเลขแรงงานต่างด้าวจากสามประเทศเพื่อนบ้านเป็น 2,233,015 คน แต่จำนวนที่รายงานโดยทั้งสองแหล่งนี้ก็ยังคงจะดูน้อยกว่าที่น่าจะเป็น เพราะไม่ได้รวมแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียน (กลุ่มที่ 4 ข้างต้น) ด้วย นอกจากนี้แรงงานส่วนหนึ่งยังมิได้ติดตามมาด้วย (คู่สมรส เด็ก ผู้สูงอายุ) ซึ่งไม่ทราบว่ามีจำนวนเท่าไร

รายงานของสำนักข่าวทีนิวส์ที่อ้างถึงข้างต้นอ้างการคาดประมาณแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีการจดทะเบียนในปี

2557 โดยเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติในตอนนั้นว่ามีจำนวนมากกว่าแรงงานที่ถูกกฎหมายกว่า 1 เท่าตัว นั้นหมายความว่า ถ้ารวมแรงงานกลุ่มที่ไม่จดทะเบียนนี้เข้ากับกลุ่มที่จดทะเบียนถูกกฎหมายแล้ว น่าจะมีแรงงานต่างด้าวจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน ตัวเลขนี้สอดคล้องกับการคาดประมาณของคณะนักวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งประกอบกัน พบว่าจำนวนแรงงานต่างด้าวจากสามประเทศเพื่อนบ้าน ณ สิ้นปี 2558 เท่ากับ 4.55 ล้านคน ในจำนวนนี้ราว 3.52 ล้านคนเป็นแรงงานอีก 1.03 ล้านคน เป็นผู้ติดตาม (คู่สมรส เด็ก ผู้สูงอายุ)

โดยสรุปคือ แรงงานต่างด้าวจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ในประเทศไทยปัจจุบันนี้น่าจะมากกว่าที่รายงานโดยแหล่งของทางราชการ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 2.2-2.3 ล้านคน ขณะที่การคาดประมาณโดยนักวิจัยมีมากกว่า 4 ล้านคน ตัวเลขนี้อาจเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงความจริงมากกว่า

6.3 ความเปราะบางของแรงงานต่างด้าว

ความเปราะบางของแรงงานต่างด้าวเกิดจากการที่พวกเขาใช้ชีวิตที่เสี่ยงหลายด้าน ที่สำคัญได้แก่ :

- 1) เสี่ยงที่จะตกเป็นเหยื่อของการค้ำมนุษย์ เนื่องจากแรงงานส่วนมากจากประเทศเพื่อนบ้านเดินทางเข้ามาโดยไม่ถูกกฎหมาย มีจำนวนไม่น้อยที่ลักลอบเดินทางเข้ามา ความเสี่ยงประการแรกของแรงงานเหล่านี้ก็คือเสี่ยงที่จะถูกจับ และส่งตัวกลับ ในหลายกรณีแรงงานตกเป็นเหยื่อของขบวนการ

ค่านิยม ซึ่งมีทั้งกลุ่มผู้มีอิทธิพลและเจ้าหน้าที่ของรัฐบางคนที่ทำให้ความร่วมมือ บางกรณีสถานการณ์อาจเลวร้ายถึงขั้นที่เหยื่อเสียชีวิต ขณะเดินทางเข้ามา ดังที่เคยเป็นข่าวแล้วหลายครั้ง

- 2) เสี่ยงต่อการถูกเอาเปรียบด้านค่าจ้างและสวัสดิการ เมื่อเข้าประเทศมาได้ แรงงานจำนวนมากยังเสี่ยงต่อการที่จะไม่ได้ทำงานตามที่ตกลงไว้ก่อนเดินทางเข้ามา และเมื่อได้ทำงานก็ยังมีเสี่ยงต่อการที่จะถูกเอาเปรียบด้านค่าแรงและสวัสดิการ ส่วนมากแล้วงานที่แรงงานต่างด้าวทำเป็นงานระดับล่างคือ “งานหนัก จ่ายน้อย และไม่ได้รับความคุ้มครองด้านแรงงาน” แม้ว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องจะไม่มีทางเลือกปฏิบัติ แต่ในความเป็นจริง แรงงานต่างด้าวจำนวนมากยังได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ทั้งในด้านค่าแรงและสวัสดิการ กรณีคนงานเรือประมงที่เป็นชาวอยู่หลายครั้งในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาเป็นตัวอย่างของสภาพเลวร้ายของการกดขี่และเอาเปรียบแรงงานต่างด้าว
- 3) เสี่ยงต่อการเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ โดยเฉพาะด้านสุขภาพและการศึกษา ความจริงในทั้งสองด้านนี้รัฐเองก็มีนโยบายให้ออกสแกนแรงงาน

ต่างด้าวอยู่พอสมควร เช่น ในด้านสุขภาพ แม้ว่าแรงงานที่มีการจดทะเบียนถูกต้องประเภทต่างๆ จะได้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ หรือระบบประกันสังคม แล้วแต่กรณี แต่เนื่องจากทั้งสองระบบนี้แรงงานต้องจ่ายค่าซื้อประกันรายปีเอง จึงทำให้แรงงานส่วนใหญ่ไม่ใช้สิทธินี้ มีการศึกษาพบว่าเพียง 1 ใน 3 ของแรงงานกลุ่มนี้เท่านั้นที่ระบุว่าตนมีหลักประกันสุขภาพอย่างน้อย 1 หลักประกัน สำหรับแรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนให้ถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยก็ไม่กล้าไปใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ เนื่องจากกลัวจะถูกจับ ส่วนเรื่องการศึกษาขั้นพื้นฐาน รัฐก็เปิดโอกาสให้เด็กทุกคนที่อยู่ในวัยเรียน ไม่ว่าจะมีความรู้ทางกฎหมายใดก็ตาม ได้เข้าเรียนในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เป็นไปตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก แต่ความจริงมีตัวอย่างการวิจัยในจังหวัดสมุทรสาครซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนแรงงานต่างด้าวอยู่อาศัยและทำงานอยู่มากเป็นลำดับต้นๆ พบว่าเด็กในวัยเรียนที่เป็นลูกของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดนี้เพียง 20% เท่านั้นที่ได้รับการศึกษา ทั้งนี้ด้วยเหตุผลทั้งทางครอบครัวและทางสังคมหลายประการ

7. ผลกระทบทางสังคมของความเปราะบาง

การที่คนบางกลุ่มในสังคมมีความเปราะบางไม่ใช่สิ่งผิดปกติ และไม่เป็นปัญหาถ้าสังคมไม่ได้เลือกปฏิบัติและไม่ทอดทิ้งพวกเขา แต่การมีคนเปราะบางจำนวนมากถูกทิ้งไว้ข้างหลังขณะที่คนส่วนน้อยก้าวเดินไปข้างหน้า ย่อมมีผลเสียหลายอย่าง ทั้งผลเสียต่อกลุ่มคนเปราะบางเองและผลเสียต่อสังคม ผลเสียหรือปัญหาสำหรับกลุ่มเปราะบางแต่ละกลุ่มได้กล่าวไว้พอสมควรแล้วข้างต้น ในที่นี้ต้องการจะชี้ให้เห็นผลกระทบทางสังคมที่สำคัญเพียงข้อเดียว นั่นคือสังคมที่มีคนจำนวนมากดำรงชีวิตอยู่ในความเปราะบางมักจะเป็นสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูงในทุกด้าน และความเหลื่อมล้ำนี้เองคือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สำคัญมาก สังคมที่มีคนเปราะบางจำนวนมากคือสังคมที่มีปัญหาสุขภาพ

การศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากหลายประเทศในโลกโดย ริชาร์ด วิลกินสัน และ เคต พิคเก็ตต์ (Richard Wilkinson and Kate Pickett) ที่เผยแพร่ในปี 2009 (แปลเป็นไทย 2555) ชี้ให้เห็นว่าความเหลื่อมล้ำไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คนในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิตก็ตาม นอกจากนี้ความไม่เท่าเทียมยังบั่นทอนความร่วมมือและความไว้วางใจที่คนมีต่อกัน นำไปสู่ความเครียด ความกลัว ความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยของคนในสังคม ดังตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งคนที่อาศัยอยู่ในรัฐที่มีความเหลื่อมล้ำสูงจะมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงตามไปด้วย และเมื่อปี ค.ศ.2000 มีการศึกษาพบว่า กว่า 60% ของหญิงชาวสหรัฐอเมริกาที่มีรายได้

ต่ำและอาศัยอยู่ในรัฐที่มีความเหลื่อมล้ำสูงมีภาวะซึมเศร้า และ 80% มีปัญหาสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อาศัยอยู่ในรัฐที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำกว่า แต่หากคนที่มียารายได้ต่ำอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำ กลับมีอัตราการตายที่ต่ำกว่าคนที่มียารายได้สูง แต่อยู่ในชุมชนที่มีความเหลื่อมล้ำสูงอย่างมีนัยสำคัญ

ความเปราะบาง ไม่ว่าจะเพราะสาเหตุใดก็ตาม มีผลกระทบอย่างมากต่อการได้รับการศึกษาที่มีคุณภาพและเพียงพอสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการหลุดพ้นจากความยากจนของคนกลุ่มเปราะบาง แม้ว่าการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานจะเป็นสิทธิของเด็กทุกคน แต่เด็กในครอบครัวยากจนส่วนมากไม่สามารถได้รับการศึกษาที่ดีและสูงพอ

8. รัฐทำอะไรบ้างเพื่อกลุ่มคนเปราะบาง

มีหลายอย่างที่รัฐทั้งในอดีตและปัจจุบันพยายามทำเพื่อมุ่งให้เกิดผลสำหรับประชาชนทุกกลุ่มในประเทศ รวมทั้งกลุ่มที่มีความเปราะบาง คำถามอยู่ที่ว่าสิ่งที่ทำนั้นได้ผลและยั่งยืนเพียงใด ในที่นี้จะกล่าวถึงสิ่งที่รัฐทำ ซึ่งเห็นว่ามีผลหรือน่าจะมีผลต่อกลุ่มคนเปราะบางทั้ง 4 กลุ่มที่กล่าวแล้วข้างต้นพอเป็นตัวอย่างเท่านั้น

สำหรับกลุ่มคนยากจน รัฐบาลทั้งในอดีตและในปัจจุบันมีโครงการหลายอย่างที่มุ่งให้เกิดผลแก่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและการศึกษา ในด้านสุขภาพ รัฐมีความพยายามที่จะให้มีหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไทยทั่วไป นอกเหนือจากกลุ่มที่ทำงานในระบบราชการและรัฐวิสาหกิจ (พร้อมทั้งครอบครัว) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ที่หม่อมราชวงศ์คึกฤทธิ์ ปราโมช เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐบาลสมัยนั้นมีนโยบายการรักษาฟรีแก่ประชาชนทั่วไป แต่เนื่องจากมีปัญหาที่ทำให้รัฐบาลไม่มีเสถียรภาพ จนในที่สุดก็ยุบสภายุคในเวลาประมาณ 1 ปี โดยที่ยังไม่มีการปฏิบัติตามนโยบายนี้อย่างจริงจัง เวลาผ่านมามาจนถึง พ.ศ. 2526 ได้มีการพัฒนาโครงการบัตรสุขภาพที่ประชาชนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โครงการนี้วิวัฒนาการมา จนถึง พ.ศ. 2544 จึงมีการเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในตอนแรกเรียกว่ากันทั่วไปว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ปัจจุบันโครงการนี้รู้จักกันทั่วไปในชื่อ “บัตรทอง” เป็นโครงการประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ฟรี สำหรับประชาชน

สำหรับการเข้าสู่อาชีพที่มีรายได้พอที่จะยกระดับชีวิตให้หลุดพ้นจากความยากจนได้ เด็กที่มีความพิการยังมีข้อจำกัดในการได้รับการศึกษามากกว่าเด็กจากครอบครัวยากจนทั่วไป ส่วนเด็กที่มีปัญหาสุขภาพบุคคล และลูกของแรงงานต่างด้าวแม้จะมีสิทธิได้รับการศึกษา แต่ก็มีโอกาสในการได้รับการศึกษาจริงๆ ก็มีน้อย ข้อจำกัดในเรื่องนี้ทำให้คนเปราะบางไม่สามารถพัฒนาความสามารถของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ และดังนั้นจึงไม่สามารถใช้ความสามารถของตนได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ไม่มีความเป็นอยู่ที่ดีในระดับที่ตนประสงค์ ในระดับสังคม การมีคนจำนวนมากล้าหลังกลุ่มอื่นๆ ในทางการศึกษาย่อมยากที่จะพัฒนาให้เป็นสังคมที่เข้มแข็งได้

ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพอื่นที่รัฐจัด คือระบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และโครงการประกันสังคม (สำหรับแรงงานในภาคเอกชน) โครงการบัตรทองเป็นการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนที่ดีที่สุดโครงการหนึ่งของไทย ได้รับการชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และประชาคมสุขภาพทั่วโลก

ในด้านเศรษฐกิจ มีนโยบายสำคัญที่มุ่งผลสำหรับกลุ่มเกษตรกรหลายโครงการ เช่น ที่ผ่านมามีโครงการประกันราคาข้าว และโครงการรับจำนำข้าว ซึ่งทั้งสองโครงการได้ยุติการดำเนินการไปแล้วด้วยเหตุผลทางการเมือง และปัจจุบันมีโครงการประกันราคาข้าวในชื่อใหม่ คือโครงการประกันยุ้งฉาง สำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงานมีการปรับอัตราค่าแรงขั้นต่ำเป็น 300 บาท ตั้งแต่สมัยรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ในด้านการศึกษา ปัจจุบันกำหนดให้การศึกษาขั้นพื้นฐาน 15 ปีเป็นการศึกษาที่รัฐต้องจัดให้โดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (เฉพาะในสถานศึกษาของรัฐ) ในระดับที่สูงกว่าการศึกษาขั้นพื้นฐานก็มีกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) อย่างไรก็ตาม เท่าที่ปรากฏในข้อมูลเชิงประจักษ์ ยังมีความแตกต่างทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของบริการเหล่านี้

สำหรับกลุ่มคนพิการ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มีแนวคิด



ที่มา <http://www.baanklang.org/home/index.php/27-2>

ในการส่งเสริมและพัฒนาเพื่อให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระให้ได้มากที่สุด แทนการมุ่งให้การสงเคราะห์เป็นหลัก กฎหมายนี้กำหนดให้มีคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ห้ามการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อคนพิการ ให้มีการขึ้นทะเบียนคนพิการ ระบุถึงสิทธิของคนพิการในด้านต่างๆ ไว้ชัด รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะและสวัสดิการจากรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพคนพิการ ให้มีกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้นายจ้างหรือผู้ประกอบการและหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในอัตราส่วนที่เหมาะสม เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้กฎหมายจะบังคับใช้มา 10 ปี แล้ว แต่ยังไม่เห็นหลักฐานปรากฏชัดว่าชีวิตของคนพิการส่วนใหญ่ดีขึ้นมากนักน้อยเพียงใด สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น สถานที่สาธารณะส่วนมากก็ยังไม่ปรากฏว่ามีการจัดทำเพื่อให้เหมาะสำหรับการใช้ประโยชน์ของคนพิการ อุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งอาจจะอยู่ที่ทัศนคติของคนในสังคมต่อคนพิการ ในความเห็นของคนพิการจากศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ พุทธมณฑล ทัศนคติของคนในสังคมมีความสำคัญมากต่อการมีส่วนร่วมในสังคมของคนพิการ ถ้าตราบใดที่สังคมยังมองคนพิการว่าเป็นเพียงคนที่คอยรับการสงเคราะห์ โอกาสที่คนพิการจะได้มีส่วนร่วมในเรื่องสำคัญๆ เช่น การศึกษาและการทำงานหารายได้ ก็เป็นไปได้ยาก

สำหรับชนกลุ่มน้อยและกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ ประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับสถานะของชนกลุ่มน้อยและกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติที่สำคัญ ได้แก่ (1) พระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2508 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2555 (2) พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542 และ (3) พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร กฎหมายเหล่านี้กำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับการได้สัญชาติและการอยู่อาศัยในราชอาณาจักรของบุคคลประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นคนไทยพลัดถิ่น หรือคนต่างด้าวที่อยู่อาศัยในราชอาณาจักร นอกจากนี้แล้วรัฐยังมีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิบัติเป็นเรื่อยๆ ไป เช่น ใน พ.ศ. 2548 รัฐบาลไทยได้ประกาศ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล ภายใต้แนวคิดการจัดการปัญหาความมั่นคงในมิติใหม่ คำนึงถึงความสมดุลของสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และความมั่นคงของชาติควบคู่กัน โดยให้ความสำคัญกับคุณค่าความหลากหลายของวิถีชีวิตและวัฒนธรรม คำนึงถึงความเท่าเทียมของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิขั้นพื้นฐานและทัศนคติที่ดีต่อกัน ยอมรับความจริงว่ามีคนบางกลุ่มไม่สามารถกลับประเทศของตนได้ สร้างความสมดุลระหว่างหลักสิทธิมนุษยชน ความมั่นคงของมนุษย์ และความมั่นคงของชาติ และอาศัยทุกภาคส่วน/ประชาคมระหว่างประเทศร่วมแก้ปัญหา ตามยุทธศาสตร์นี้กลุ่มบุคคลที่น่าจะได้รับประโยชน์

คือกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติและชนกลุ่มน้อยที่ยังมีปัญหาสถานะบุคคล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความล่าช้าในการปฏิบัติ และบางครั้งก็รวมถึงการเลือกปฏิบัติด้วย ทำให้คนจำนวนนับแสนยังคงอยู่ในความเปราะบางเพราะสถานะบุคคลของตนต่อไป

กลุ่มแรงงานต่างด้าว เช่นเดียวกับเรื่องของชนกลุ่มน้อยและคนไร้รัฐไร้สัญชาติ แรงงานต่างด้าวเป็นทั้งประเด็นความมั่นคงและประเด็นเกี่ยวกับเศรษฐกิจ ประเด็นความมั่นคงนั้นมีกฎหมายเรื่องคนเข้าเมืองรองรับอยู่แล้ว ส่วนเรื่องของเศรษฐกิจก็มีกฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของคนต่างด้าว ซึ่งบังคับใช้ครั้งแรกใน พ.ศ. 2521 และต่อมาถูกยกเลิกโดยออก “พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551” แทน นอกจากนี้ยังมีกฎกระทรวง รวมทั้งประกาศและมติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับเรื่องนี้จำนวนมากที่มุ่งเพื่อจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว แต่ปัญหาแรงงานต่างด้าวก็มีความซับซ้อนและสะสมมากขึ้นโดยลำดับ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับประเด็นสิทธิมนุษยชนและการค้ามนุษย์ จนทำให้ประเทศไทยถูกจับตามองโดยประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศในกลุ่มอียู อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภายหลังจากที่รัฐบาลปัจจุบันเข้ายึดอำนาจการปกครองในปลายเดือนพฤษภาคม 2557 จะได้มีการออกประกาศ คสช. หลายฉบับเพื่อจัดระเบียบเรื่องนี้ ประเทศไทยก็ยังถูกสหรัฐอเมริกาสลดเครดิตลงไปอยู่ระดับ 3 หรือ Tier 3 (20 มิถุนายน 2557)

ซึ่งถือว่าเป็นสถานะของประเทศที่มีการปฏิบัติในเรื่องการคุ้มครองเหยื่อการค้ามนุษย์ไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำ และไม่มี ความพยายามแก้ไขที่ชัดเจน (สหรัฐอเมริกาเพิ่งปรับอันดับของไทยกลับขึ้นไปอยู่ในระดับ 2 หรือ Tier 2 ซึ่งเป็นสถานะที่ยังต้องถูกจับตามองในเรื่องมาตรฐานการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ต่อไป เมื่อ 30 มิถุนายน 2559)

แม้ว่าจะมีความพยายามในภาครัฐผ่านการออกนโยบาย กฎหมาย ประกาศ และคำสั่งจำนวนมากที่มุ่งจะให้เกิดผลแก่ชนกลุ่มเปราะบาง (เช่นเดียวกับประชาชนทุกกลุ่ม) ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม แต่ปัญหาสำหรับกลุ่มเปราะบางก็ดูเหมือนจะยังไม่ลดลงเท่าไรนัก อาจเนื่องมาจากขนาดและความซับซ้อนของปัญหา บวกกับการดำเนินงานที่ล่าช้า และการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่ง ดังนั้นจึงยากที่จะประเมินว่าทั้งหมดที่ทำมาแล้วและที่กำลังดำเนินการอยู่นั้นจะมีความยั่งยืนเพียงใด แม้แต่สิ่งที่ถือว่าเป็นผลดีอย่างมากสำหรับประชาชนทั้งประเทศ โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มเปราะบางอื่นๆ อย่างเช่นเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) บางครั้งก็มีคำถามว่าจะอยู่ได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ในสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งที่ได้ผ่านรัฐบาลมาแล้ว 7 สมัย ทั้งนี้เนื่องจากการแยกแยะระหว่างสวัสดิการสังคมกับประชาชนอาจเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะสำหรับผู้มีอำนาจ ที่คุ้นชินกับระบบการสงเคราะห์และขาดความเชื่อมโยงกับประชาชน

9. สู้สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน

แม้ว่ากลุ่มเปราะบางที่กล่าวถึงในบทความนี้จะมีลักษณะแตกต่างกัน แต่ทุกกลุ่มก็มีปัญหาสำคัญร่วมกัน นั่นคือการก้าวตามกลุ่มอื่นไม่ทันบนเส้นทางแห่งการพัฒนา เรื่องนี้ไม่ใช่เป็นปัญหาเฉพาะของกลุ่มคนเปราะบางแต่ละกลุ่มเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาของสังคมโดยรวมด้วย เพราะสังคมที่คนจำนวนมากถูกทิ้งห่างไว้ข้างหลังเป็นสังคมที่ไม่เข้มแข็ง ขาดพลัง นี่คือเหตุผลที่ว่าทำไมจึงควรสร้างสังคมที่ไม่มีคนกลุ่มใดถูกทอดทิ้ง

หัวใจของการทำให้เกิดสังคมที่ไม่มีใครถูกทอดทิ้งอยู่ที่การลดโอกาสที่จะนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำด้านต่างๆ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของหลายประเทศชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจไม่ได้ก่อให้เกิดเฉพาะความมั่งคั่ง

ของชาติเท่านั้น แต่ยังทำให้เกิดผลข้างเคียงทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์ด้วย นั่นคือความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเป็นเหมือนโรคที่บั่นทอนสุขภาวะของสังคม และทำให้คนจำนวนมากประสบกับภาวะเปราะบาง มาตรการลดความเหลื่อมล้ำอย่างหนึ่งที่ประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศใช้ได้ผลคือมาตรการทางภาษี แต่ที่สำคัญสำหรับประเทศไทยคงจะหนีไม่พ้นภาษีที่ดิน ผู้เชี่ยวชาญหลายคนเชื่อว่าถ้าบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม มาตรการทางภาษีจะช่วยกระจายการถือครองที่ดินที่เกินความจำเป็น เช่น ถือครองเพื่อเก็งกำไร และจะเป็นช่องทางหนึ่งให้เกษตรกรรายจนเข้าถึงที่ดินทำกินได้ ในเวลาไม่น้อยกว่า 20 ปีที่ผ่านมาได้มีการพูดถึงการปรับระบบภาษีที่ดินในแทบทุกรัฐบาล แม้รัฐบาลปัจจุบันก็มี

นโยบายที่จะปรับอัตราภาษีที่ดินใหม่ แต่เอาเข้าจริงก็ยังเป็นไปไม่ได้ ส่วนภาษีมรดกซึ่งกฎหมายเพิ่งมีผลบังคับใช้ไปแล้วเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2559 ก็ยังคาดหวังได้ยากว่าจะช่วยในการลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างเป็นรูปธรรมหรือไม่

มาตรการทางภาษีควรจะดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาสวัสดิการ

สังคม โดยเฉพาะกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบข.) ซึ่งจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในวัยสูงอายุได้ระดับหนึ่ง ที่ผ่านมาการดำเนินการตามนโยบายในเรื่องนี้ยังไม่ถึงที่สุดหลายคนได้แต่หวังว่าจะไม่ลงเอยแบบเดียวกับเรื่องอัตราภาษีที่ดินใหม่ที่ต้องยืดเวลาออกไป

ความเหลื่อมล้ำนั้นจะลดลงได้เมื่อทุกคน *มีสิทธิ* ในการเข้าถึงทุนทางเศรษฐกิจและทุนทางสังคมเหมือนกัน แต่ในสังคมสมัยใหม่ส่วนมาก รวมทั้งสังคมไทยด้วย เรื่องสิทธิ มักจะไม่เป็นปัญหาเท่าใดนักสำหรับบุคคลที่มีสถานะเป็นพลเมืองตามกฎหมาย แต่ที่เป็นปัญหาคือกลุ่มที่มีปัญหาสถานะบุคคล โดยเฉพาะคือคนไร้รัฐไร้สัญชาติ คนเหล่านี้มีทั้งที่อยู่ในแผ่นดินไทยมาตั้งแต่เกิด และที่เข้าเมืองและอยู่ต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน เพื่อเอื้อให้คนเหล่านี้มีสิทธิตามกฎหมายอย่างที่เขาควรจะมี ปฏิบัติการที่มุ่งผลทางความมั่นคงอย่างเดียวอาจไม่ใช่คำตอบ เพราะถึงอย่างไรเรื่องที่สำคัญไม่น้อยไปกว่านั้นคือ มิติด้านมนุษยธรรมและสิทธิมนุษยชน สำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในสถานะที่ต่างออกไป มาตรการที่จะป้องกันไม่ให้พวกเขาตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ ถูกเอารัดเอาเปรียบและกดขี่ คือสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ถึงอย่างไรแรงงานเหล่านี้ก็มีส่วนในการสร้างความเจริญทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศไทย พวกเขาควรได้สิทธิในสวัสดิการด้านแรงงานที่ไม่ต่างจากแรงงานไทย

การเสริมพลัง (empower) กลุ่มคนเปราะบางเพื่อพวกเขาจะได้ *มีโอกาส* พัฒนาความสามารถของตนอย่างเต็มศักยภาพก็ควรจะได้ดำเนินการอย่างจริงจังควบคู่กันไป



เป้าหมายคือการให้กลุ่มคนที่มีความเปราะบางมีชีวิตที่เป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง เช่นเดียวกับคนกลุ่มอื่น ควรจะย้ำในที่นี้ว่า สิทธิอย่างเดียวไม่อาจช่วยให้คนที่มีความเปราะบางมีชีวิตที่เป็นอิสระได้เพียงพอถ้าพวกเขายังขาดโอกาส เพื่อให้พวกเขามีโอกาส สังคมจึงไม่เพียงแต่จะต้องเปิดพื้นที่ให้พวกเขาเท่านั้น แต่ต้องช่วยเสริมพลังให้พวกเขามีความเข้มแข็งพอที่จะก้าวเดินไปกับกลุ่มอื่นในกระบวนการพัฒนาได้ โดยไม่ถูกทิ้งห่างอยู่ข้างหลังมากเกินไป สังคมไทยในวันนี้จะต้องทำส่วนนี้ให้มากขึ้น

สังคมที่เราอยู่ทุกวันนี้ประกอบด้วยคนหลายกลุ่มเหมือนร่างกายมนุษย์ที่ประกอบด้วยอวัยวะต่างๆ หลายส่วน สังคมที่เข้มแข็งและมีสุขภาวะก็ไม่ต่างกับร่างกายที่สุขภาพแข็งแรง ในร่างกายที่แข็งแรงนั้น อวัยวะทุกส่วนไม่มีพยาธิสภาพ สังคมที่เข้มแข็งก็เช่นกัน นั่นคือไม่มี “พยาธิสภาพ” ที่ทำให้คนบางกลุ่มมีความเปราะบาง ไม่ว่าจะในรูปแบบใดก็ตาม

ถ้าเป้าหมายของการพัฒนาคือทำให้คนทุกกลุ่มสามารถก้าวเดินไปด้วยกัน โดยไม่มีกลุ่มใดถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง การลดความเหลื่อมล้ำและเสริมพลังให้กลุ่มที่เปราะบางมีความเข้มแข็งขึ้นต้องถือเป็นวาระสำคัญของการพัฒนา



บรรณานุกรม

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช กับสุขภาพคนไทย

- (1) วิถีวงศ์ ณ ป้อมเพชร. คำให้การของชาวกรุงเก่า เมืองไทยสมัยรัชกาลที่ 8. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงดาว; 2559.286-287.
- (2) เมื่อข้าพเจ้าจากสยามมาสู่สวิทเซอร์แลนด์. พระราชนิพนธ์ ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พิมพ์แจกในงานพระราชทานเพลิงศพ หม่อมเจ้าหญิงจรัส สวัสดิกุล ชายาพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระสมมตอมรินทร์ และหม่อมเจ้าหญิงละม้าย สนิทวงศ์ ในพระบรมวงศานุวงศ์เธอ กรมหลวงวงศาธิราชสนิท ณ เมรุวัดกุฎกัศยาราม วันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2490
- (3) กลางใจราษฎร์ ทททศวรรษแห่งการทรงงาน พระราชประวัติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช. กรุงเทพฯ: บริษัทเอเชียบุ๊คส์ จำกัด; 2556 น. 93.
- (4) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 120 ปี มหิตลอดุลยเดช. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2555.
- (5) สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. แม่เล่าให้ฟัง. พระราชประวัติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พ.ศ. 2443-2481. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์บรรณกิจ 1991 จำกัด; 2550 น. 21-29.
- (6) อ้างแล้วใน (2) น.51.
- (7) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. อนุสรณ์ 84 ปี ศิริราช. น. 473
- (8) อ้างแล้วใน (2) น.229.
- (9) สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. นิตานโบบราณคดี. กรุงเทพฯ: บริษัทไทยควอลิตี้บุ๊คส์ (2006) จำกัด; 2559.น. 219-220.
- (10) ศรีสวรินทิราบุรณีย์: น้อมรำลึกถึงสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ:มูลนิธิสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า; 2553 น.95.
- (11) อ้างแล้วใน (3) น. 229-230.
- (12) อ้างแล้วใน (3) น. 229-230.
- (13) อ้างแล้วใน (9) น. 233-255.
- (14) ราชกิจจานุเบกษา. 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2466; เล่ม 40. น.136-152
- (15) อ้างแล้วใน (10) น. 89-91.
- (16) ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิต. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2554 น. 4-5
- (17) อ้างแล้วใน (3) น. 74-77 และ น. 83-87.
- (18) สงคราม ทวีปเจริญ พ.บ., พ.ด. (กิตติมศักดิ์). พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวกับงานป้องกัน และรักษาโรคปอด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaichest.net/blog/2015-dec-09-09-26-52>
- (19) เพิ่งอ้าง.
- (20) อ้างแล้วใน (3) น. 227-228.
- (21) อ้างแล้วใน (18).
- (22) กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข ครบรอบ 20 ปี พ.ศ. 2485-2505. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข; 2505. น. 19-21.
- (23) อ้างแล้วใน (22) น. 232-235.
- (24) อ้างแล้วใน (22) น. 21-22.
- (25) อ้างแล้วใน (22) น. 23-24.
- (26) อ้างแล้วใน (22) น. 24.
- (27) อ้างแล้วใน (22) น. 24-25.
- (28) อ้างแล้วใน (22) น. 25-26.
- (29) มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. ตำราการนวดไทย เล่ม 1. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 9. สมุทรสาคร:บริษัท พิมพ์ดี จำกัด. 2559. น. 37-42.
- (30) วลีษฐ์ เดชกุญชร. รอยพระยุคลบาท. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน. 2559 น. 33.
- (31) เพิ่งอ้าง น.73.
- (32) เพิ่งอ้าง น.90-91.
- (33) เพิ่งอ้าง น.190-191.
- (34) จินตัญญา (นามแฝง). ขาววังช้างเล่าเรื่อง (ผี). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:แพรวสำนักพิมพ์. 2559 น. 221-222.
- (35) พระราชินีพระราชนัดดาสมัชชา ... แก่กลุ่มนักข่าวหญิง. รอยยิ้มของในหลวง. ใน: ภาณุมาศ ทักษณา,บรรณาธิการ. หสม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภัณฑุการพิมพ์. 2554 น. 89.
- (36) อ้างแล้วใน (30) น. 157-158.
- (37) บุญเลิศ ช่างใหญ่. ชีวิตและงานศิลปินแห่งชาติ ชลธี ธารทอง เทวดาเพลง ภาคสมบูรณ์. กรุงเทพฯ:แพรวสำนักพิมพ์; 2556 น. 111-114.
- (38) รื่นฤทัย สัจจพันธ์. อัครศิลปินแห่งแผ่นดินสยาม. กรุงเทพฯ: พิมพ์คำ. 2559 น. 132-135.

- (39) เพิ่งอ้าง น. 210-211.
- (40) อ้างแล้วใน (31) น. 242-243.
- (41) กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2551-53. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ 2554 น. 5
- (41) ส.ศิริรักษ์. สถาบันพระมหากษัตริย์ กับ อนาคตของประเทศไทย. กรุงเทพฯ:ธนาเพลส จำกัด, 2559 น. 64.
- (43) อ้างแล้วใน (10) น. 54.
- (44) อ้างแล้วใน (10) น. 86.
- (45) อ้างแล้วใน (3) น. 72-77.
- (46) สีของตรึง เซ. เซโรดาร์ส. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 และเจ้านายไทยใน โลหะนาม: บันทึกความทรงจำของครูส่วนพระองค์ในรัชกาลที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา. 2557.
- (47) อ้างแล้วใน (3) น. 49.
- (48) พระพิศาลสุเมวิท สุนทรพจน์. ณ หอประชุมราชแพทยาลัย วันมหิดล 24. สารศิริราช ปีที่ 20 กย.-ต.ค.2511. น.327-335.
- (49) อัครวัฒน์ โอสถานเคราะห์. หนึ่งในโลก จอมกษัตริย์มหาราชผู้ยิ่งใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ร่วมด้วยช่วยกัน. 2549. น. 42.
- (50) 9 ช่วงภาพสารคดีในหลวงรัชกาลที่ 9. นิตยสารเนชั่นแนลจีโอกราฟฟิก. 2559; ปีที่ 16 (185). น. 59.
- (51) อ้างแล้วใน (3) น. 231.
- (52) อ้างแล้วใน (4) น. 113-140.
- (53) อ้างแล้วใน (3) น. 232.
- (54) อ้างแล้วใน (48) น. 50-51.
- (55) เพิ่งอ้าง น. 101.
- (56) เพิ่งอ้าง น. 98.
- (57) อ้างแล้วใน (34) น. 232 – 233.

11 ตัวชี้วัด “สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน”

1. สุขภาพมารดา

- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติสาธารณสุข ปี 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานผลการตรวจนิเทศ แบบฟอร์ม ตก.2 ปี พ.ศ.2558.นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559
- สืบค้นเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2560, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: -ข้อมูลจาก <http://bie.moph.go.th/bie/contents/view/2118>
- สราวุฒิ บุญสุข และ นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน. (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2560 ข้อมูลจาก http://inspection.anamai.moph.go.th/web/uploads/docs/g1/JPO1_SituationMotherDeath2556.pdf
- Chandoevit et al. (2016). “Improving the measurement of maternal mortality in Thailand using multiple data sources”. Population Health Metrics (2016) 14:16.
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015.

2. การเกิดและคุณภาพเด็ก

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2557. นนทบุรี. กรมอนามัย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2558). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549-2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์.
- Walters, D., Horton, S., Siregar, A. Y. M., Pitriyan, P., Hajeebhoy, N., Mathisen, R.,& Rudert, C. (2016). The cost of not breastfeeding in Southeast Asia. Health policy and planning, czw044.

3. โรคเอดส์ วัณโรค และ มาลาเรีย

- สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ประจำปี 2556-2559. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง.

สำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานสถานการณ์ไข้ มาลาเรียในประเทศไทย ประจำปี 2556-2559. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่ออันตราย.

สำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2549-2559. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่ออันตราย.

สำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). (ร่าง) แผนงานควบคุมวัณโรค: เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2559 จาก สำนักโรคติดต่อ: <http://tb.thailand.org/document.php?id=84>

สำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอชไอวีและการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 มกราคม 2560. จากสำนักโรคติดต่ออันตราย: ข้อมูลจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf

อภิชาติ จำรัสพิตรังค์ วาทีนิ บุญชะลิกษ์ จรัมพร โพธิ์ฉายอง เณิมพล แจ่มจันทร์ และ กัญญา อภิพรชัยสกุล. (2558). การสำรวจข้อมูลผลกระทบ โครงการส่งเสริมการป้องกันเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการพามิตร-2) ปี พ.ศ. 2558. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

4. โรคไม่ติดต่อ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2560.จากกรมสุขภาพจิต: http://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2016). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals) ฉบับที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2556). รายงานสถานการณ์โรครายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ.

5. การใช้สารเสพติด

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2559). การสื่อสารระหว่างบุคคล [อีเมล], 18 มกราคม 2560.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2016). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals) ฉบับที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ.

6. อุบัติเหตุทางจราจร

ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน กระทรวงมหาดไทย. (2560). สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560 จากศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน: <http://www.road.safetythailand.com/main/index.php/data-statistics-th/statanddata/newyearmenu>.

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานประจำปี 2553-2557. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2559 จาก กลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากจราจร: https://www.m-society.go.th/article_attach/17481/19849.pdf

สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2560 จาก สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ: <http://www.accident.or.th/datacenter/index.php/2015-10-13-04-59-29/133-2551-2559>

สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). การสำรวจพฤติกรรมการเดินทางท่องเที่ยวของชาวไทย พ.ศ. 2559 (ในรอบปี 2558). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขตสุขภาพ). นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อ.

7. อนามัยการเจริญพันธุ์

สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2558). รายงานเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี 2554 – 2557. นนทบุรี: สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์.

สำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย พ.ศ. 2552- 2557. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2560 จากสำนักโรคติดต่อ: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/aesr2557/Part%201/1-6/1-6-1.pdf>

แพทย์หญิง กิริติ์ สิละวัฒนา. การใช้ยายุติการตั้งครรภ์ (Metical Abortion pill). สืบค้นเมื่อวันที่ 14 มกราคม 2560 จากเว็บไซต์: haamor.com/th/การใช้ยายุติการตั้งครรภ์/

World Health Organization. World Health Statistics 2016 (2016) Monitoring health for the SDGs. Retrieved December 22, 2016. From http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

8. มลพิษ

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2559). รายงานสถานการณ์ข้อมูลของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559.กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ.

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (2558). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2546-2558. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ.

Naksen, W., Kawichai, S., Srinual, N., Salrasee, W., & Prapamontol, T. (2016). First evidence of high urinary 1-hydroxypyrene level among rural school children during smoke haze episode in Chiang Mai Province, Thailand. Atmospheric Pollution Research.

Ruchirawat, M., Settachan, D., Navasumrit, P., Tuntawiroon, J., Autrup, H. (2007). Assessment of potential cancer risk in children exposed to urban air pollution in Bangkok, Thailand. Toxicol. Lett. 168, 200-209.

The World Bank and Institute for Health Metrics and Evaluation University of Washington, Seattle. (2013). The Cost of Air Pollution: Strengthening the Economic Case for Action. Washington: The World Bank.

World Health Organization. World Health Statistics 2016 (2016) Monitoring health for the SDGs. Retrieved December 22, 2016. From http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

9. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข(2558). ผลการวิเคราะห์ในข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย. นนทบุรี:สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2558). Policy Brief: Health System in Transition.

ระบบสาธารณสุขของไทยความสำเร็จและความท้าทาย. นนทบุรี:สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ.

10. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ.2558.นนทบุรี:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ (2559). ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2560-2569). นนทบุรี: คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า.

11. ภาพรวม SDG ด้านสุขภาพ

ศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำรุนแรงในครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2560 จากศูนย์ปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกระทำรุนแรงในครอบครัว: <http://www.violence.in.th/violence/report/violence/report001.aspx>

สำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2559). รายงานสถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี 2551-2559. นนทบุรี: สำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2016) . World Disasters Report 2016 Resilience: Saving lives today, investing for tomorrow. Switzerland: International Federation of Red Cross.

GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; published online Sept 21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2)

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. รัฐธรรมนูญผ่านประชามติเห็นหน้าโรดแมปสู่การเลือกตั้ง

- 1 อติบอร์ตสปสช. ชี้ “ร่างรัฐธรรมนูญมีชัย” ด้านสุขภาพแน่ที่สุดเท่าที่มี. 26 เมษายน 2559. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.matichon.co.th/news/117307>
- 2 “ผอ.รพ.จะนะ” ดึงกร.เผยแพร่สิทธิบัตรทองสวนทางร่าง รธน. จี้ชี้แจง อย่าทำสังคมเข้าใจผิด. 25 กรกฎาคม 2559. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.matichon.co.th/news/223305>
- 3 “มีชัย” ยันไม่ล้มนโยบาย 30 บาท. 7 กรกฎาคม 2559. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560, จาก คมชัดลึก เว็บไซต์: <http://ads.komchadluek.net/news/edu-health/232855>
- 4 สปสช.จัดศึกษา “ร่าง รธน.” ก่อนประชามติ กรธ.แจ้งชัด เนื้อหาไม่ล้มบัตรทอง. 5 สิงหาคม 2559. ค้นเมื่อ 16 มกราคม 2560, จาก ประชาไท เว็บไซต์: <http://prachatai.com/journal/2016/08/67281>
- 5 “ประยุทธ์” แลลงโรดแมป ย้ำปลายปี 60 เลือกตั้ง แจกงบ 4.4 แสนล้านที่คิดรายย่อยรับผลประโยชน์. ค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2559. ค้นเมื่อ 16 มกราคม 2560, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: www.manager.co.th/politics/viewnews.aspx?NewsID=9590000079706
- 6 ร.10รับสั่งแก่รธน. นายกรัฐมนตรีมอบบัตรประชาชนให้พลเรือน. 11 มกราคม 2560. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: <http://www.thaipost.net/?q=ร10รับสั่งแก่รธน.-นายกรัฐมนตรีมอบบัตรประชาชนให้พลเรือน>
- 7 “วิษณุ” แจง 5 ขั้นตอนเห็นหน้าโรดแมปเลือกตั้ง. 11 มกราคม 2560. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก กรุงเทพธุรกิจ: <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/735589>

2. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

- 1 “ประเทศไทย 20 ปี ข้างหน้า”. 10 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก การเงินการธนาคาร เว็บไซต์: <http://www.moneyandbanking.co.th/news/detail/8447?category=36>
- 2 นับอลหลังประชามติ รธน.: ว่าด้วย “ยุทธศาสตร์ชาติ” อนาคตของเร...ใครกำหนด?. 23 กรกฎาคม 2559. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก ไทยพับลิก้า เว็บไซต์: <http://thaipublica.org/2016/07/referendum-13/>
- 3 เปิด 10 กรอบยุทธศาสตร์ “สภาพัฒน์” เดินหน้าแผนพัฒนาเศรษฐกิจ-สังคม ฉบับที่ 12 ยุค คสช. เน้น “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”. 22 ธันวาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=95800001400324>
- 4 แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และเป้าหมายปฏิรูปใน 18 เดือน. 25 กรกฎาคม 2559. ค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2559, จาก Hfocus เว็บไซต์: <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12331>

3. หนังสือพระราช พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติสู่กฎหมายเพื่อสุขภาพของไทย

- 1 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559
- 2 มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 3 มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 4 คม. เห็นชอบ “ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับ 2” ย้ำสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน. 16 สิงหาคม 2559. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก Hfocus เว็บไซต์: <http://www.hfocus.org/content/2016/08/12567>
- 5 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 1.10 ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 6 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 1.13 การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับบุคลากรทางการแพทย์
- 7 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- 8 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 4.6 การเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของการทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ
- 9 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 1.6 ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 10 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 4.2 การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น)
- 11 มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 2.6 โรคติดต่ออุบัติใหม่
- 12 ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่ผ่านประชามติ เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2559
- 13 มาตรา 58 แห่งร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช
- 14 มาตรา 278 แห่งร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช
- 15 ตลาดนมเด็กหมิ่นล้านกระชก!! กฎหมายใหม่ห้ามโฆษณาทุกรูปแบบ. 20 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1479631989

4. คลอดธรรมนูญระบบสุขภาพ ฉบับที่ 2 ควบ HIA ใหม่: สู่อนาคตระบบสุขภาพไทย

- 1 คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ 6/2557 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2557
- 2 ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) หมายความว่า สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครองซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชน (อ้างอิงจาก ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดยเป็นนิยามที่ปรับจาก Social Determinants of Health ของ WHO)
- 3 อ่านธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เพิ่มเติมที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เว็บไซต์: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/Tum_finalNH_resize.pdf
- 4 ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559
- 5 ขานรับ HIA ฉบับใหม่ สช. วางกรอบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพฯ ชุมชน. 29 กรกฎาคม 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก ศูนย์ประสานงานการพัฒนาและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เว็บไซต์: http://www.thia.in.th/welcome/article_read/453

5. ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากการบริการสาธารณสุข อีกหนึ่งความพยายามในการปฏิรูปสาธารณสุขไทย

- 1 Patients for Patient Safety. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2560. จาก WHO เว็บไซต์: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
- 2 ข้อมูลหลักจากเรื่องนี้มาจาก เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์
- 3 จำคุก 3 ปี หมอ รพ.ร่อนพิบูลย์ ผ่าไส้ติ่งตาย. 7 ธันวาคม 2550. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9500000144864>
- 4 ยกฟ้อง “หมอสุทธิพร” ผิดยาฆ่าไส้หลังดับคนไข้ได้ตั้ง สส.เยียวยาครอบครัว. 11 กันยายน 2551. ค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000107901>
- 5 ประชาชนลงชื่อหนุนร่าง พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขหลังถูกตองเกือบ 10 ปี. 18 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2559, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://m.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1411024873
- 6 ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วย วัตถุอันตรายอันตราย. 9 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก waymagazine เว็บไซต์: <http://waymagazine.org/injuryact/>
- 7 โปรดช่วยผลักดันร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขให้มีผลบังคับใช้. 28 กรกฎาคม 2553. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1280306615
- 8 สปท.ค้านออก กม.คืนเงินบัตรทองร่วมตั้งกองทุนผู้เสียหาย. 19 มกราคม 2560. ค้นเมื่อ 30 มกราคม 2560, จาก Hfocus เว็บไซต์: <https://www.hfocus.org/content/2017/01/13310>
- 9 กมธ.สังคมฯ ยอมนำรายงานปฏิรูปกฎหมายบริการสาธารณสุขไปปรับใหม่. 16 มกราคม 2560. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก สำนักข่าวไทย เว็บไซต์: <http://ostatic.tnamcot.com/content/636216>

6. นโยบายลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อยมุ่งลดเหลื่อมล้ำ พัฒนาคุณภาพชีวิต

- 1 ลงทะเบียนคนจน...ใครได้ “3 พันบาท”? 29 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560, จาก คมชัดลึก เว็บไซต์: <http://www.komchadluek.net/news/scoop/250654>
- 2 ลงทะเบียนคนจน 2559 ได้ที่ไหน พร้อมตรวจสอบรายชื่อผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับสิทธิ์. 2559. ค้นเมื่อ 8 มกราคม 2560, จาก กระปุก เว็บไซต์: <http://money.kapook.com/view152651.html>
- 3 ผู้มีรายได้น้อยเฮ! คม. อนุมัติเงินช่วย 1,500-3,000 บาท. 22 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 8 มกราคม 2560, จาก โพสต์ทูเดย์ เว็บไซต์: <http://www.posttoday.com/biz/gov/466638>
- 4 คลังลงทะเบียนคนจนรอบ 2 เลิกแจกเงินให้รับเป็นส่วนลดค่าน้ำ-ค่าไฟ. 17 ธันวาคม 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/813641>
- 5 เช็กช่วยชาติ VS แจกเงินคนจน เหมือนหรือต่าง? มาตรการรัฐ กระตุ้นเศรษฐกิจ. 2559. ค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/800916>
- 6 ทวิษ จิตรสมบูรณ์. ยิ่งลักษณ์ลดภาษีนิติบุคคล...ใครได้ใครเสีย. 2554. ค้นเมื่อ 8 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9540000117690>

⁷ ‘แจกเงิน’ ไม่ช่วยฟื้นวังวนยากจน เน้นออกนโยบายระยะยาวแก้ปัญหา. 22 พฤศจิกายน 2559, ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560, จาก สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เว็บไซต์: <http://tdri.or.th/tdri-insight/2016-11-22-2/>

7. 4 มาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุรับสังคมสูงวัย

- ¹ ข้อมูลการคาดประมาณประชากรจาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของ ประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- ² มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ. 9 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 2 มกราคม 2560, จาก ข่าวกระทรวงการคลัง เว็บไซต์: http://www.mof.go.th/home/Press_release/News2016/148.pdf
- ³ 4 มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 13 มกราคม 2560, จาก Money Buffalo เว็บไซต์: <http://www.moneybuffalo.in.th/509-มาตรการ-ผู้สูงอายุ/>
- ⁴ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- ⁵ เรื่องเดียวกัน. มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ.
- ⁶ สิ่งท้าวรู้ก่อนซื้อบ้าน สินเชื่อบ้าน คืออะไร. 22 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2560. จาก MTHAI เว็บไซต์: <http://decor.mthai.com/financial/5623.html>
- ⁷ เรื่องเดียวกัน. มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ.
- ⁸ สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ หลักประกันใหม่สำหรับผู้เกษียณ. 3 มิถุนายน 2559. ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2560. จาก Moneyhub เว็บไซต์: <https://moneyhub.in.th/article/reverse-mortgage-loan/>
- ⁹ โครงการบ้าน ธอส.เพื่อผู้สูงอายุ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 7 มกราคม 2560. จาก ธนาคารอาคารสงเคราะห์ เว็บไซต์: http://www.ghbank.co.th/th/services_loan_detail.php?cms_id=210&cms_cate_id=5&parent=services_loan.php?cms_cate_id=5
- ¹⁰ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ¹¹ เรื่องเดียวกัน. มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ.
- ¹² สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- ¹³ คลอด 4 มาตรการรับสังคมผู้สูงอายุ. 8 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 16 มกราคม 2560 จาก ข่าวสดวันที่ 8 พฤศจิกายน 255 เว็บไซต์: https://www.khaosod.co.th/economics/news_90597

8. รัฐจัดระเบียบแรงงานข้ามชาติเน้นนำเข้าตาม MoU

- ¹ จากรายงานเรื่อง “ขนาดและการกระจายของประชากรข้ามชาติสัญชาติพม่า กัมพูชา และลาว ในประเทศไทย พ.ศ. 2558: การประมาณจากข้อมูลหลายแหล่ง” ของปีพม่าว่าพัฒนางค์ และคณะ ได้ประเมินว่ามีจำนวนแรงงานข้ามชาติสามสัญชาติในช่วงปลายปี 2558 ประมาณ 4,551,049 คน
- ² เห็นชอบแรงงานต่างด้าวตามกฎหมาย รายงานตัวเพื่ออยู่ต่อถึง 31 มีค. 61. 23 กุมภาพันธ์ 2559. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก สำนักงานนายความและที่ปรึกษากฎหมาย พจนารายณ์และเพื่อน เว็บไซต์: <http://www.thanaiphorn.com/>
- ³ “ซิมติ ครม.ผ่อนผันแรงงานข้ามชาติอีก 2 ปี ขันนโยบายพัฒนาสถานะทาง กม.แรงงานข้ามชาติ. 2 มีนาคม 2559. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ประชาไท เว็บไซต์: <https://prachatai.com/journal/2016/03/64385>
- ⁴ มีผลบังคับใช้แล้ว! พรก.นำคนต่างด้าวมาทำงานกับนายจ้างในประเทศหลักประกันต้องไม่น้อยกว่า 5 ล้าน. 25 สิงหาคม 2559. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1472107235
- ⁵ กกจ.เปิด 2 ศูนย์บริการแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ใน จว.กำแพงเพชร. 3 มกราคม 2560. ค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/827314>
- ⁶ นักวิชาการแนะรัฐลดขั้นตอน MOU นำเข้าแรงงานต่างด้าวง่ายขึ้น. 4 มีนาคม 2559. ค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2560, จาก สำนักข่าวอิศรา เว็บไซต์: http://www.isranews.org/isranews-news/item/45259-tdri_45259.html
- ⁷ การนำเข้าแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน จะสามารถแก้ปัญหาแรงงานในภาวะสังคมผู้สูงอายุได้หรือไม่? 2553. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2560, จาก Policy Research เว็บไซต์: <http://prp.trf.or.th/trf-policy-brief/การนำเข้าแรงงานต่างด้าว/>

9. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษต้องมองให้รอบด้าน

- ¹ กลุ่มค้านเขตเศรษฐกิจพิเศษแม่อ้อ ยื่นฟ้อง กรมธนารักษ์-พนักงานที่ดิน ปมเตรียมออกเอกสารสิทธิไม่ชอบ. 1 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ประชาไท เว็บไซต์: <http://prachatai.com/journal/2016/11/68633>
- ² ภาค ปชช. นราธิวาส ร้องรื้อผู้ว่าฯ ขอมีบทบาทร่วมการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ. 16 สิงหาคม 2559. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ข่าวจริง เว็บไซต์: <http://www.benarnews.org/thai/news/TH-economic-08162016165358.html>
- ³ เขตเศรษฐกิจพิเศษไทย 5 จังหวัด 6 พื้นที่เพื่อรองรับ AEC. 7 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 4 มกราคม 2560, จาก ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์ต่างประเทศ

เว็บไซต์: http://www.aseanai.net/ewt_news.php?nid=4393&filename=index

- ⁴ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2548). เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- ⁵ โครงการจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรมในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 6 มกราคม 2560, จาก การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เว็บไซต์: <http://www.iate.go.th/sez>
- ⁶ ฐานเศรษฐกิจ “เขตเศรษฐกิจพิเศษดันเต็มสูบยังปลูกไม่ขึ้น. 25 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ฐานเศรษฐกิจ เว็บไซต์: <http://www.thansettakij.com/2015/08/25/8725>
- ⁷ เขตเศรษฐกิจพิเศษปลูกไม่ขึ้น Wait & See ว่าที่รัฐบาลใหม่. 12 มกราคม 2560, ค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ฐานเศรษฐกิจ เว็บไซต์: <http://www.thansettakij.com/2016/01/12/25534>
- ⁸ เสียง (ไม่) ประสานต่อการพัฒนา: อนาคตเมืองมุกดาหารภายใต้เขตเศรษฐกิจพิเศษ. 2 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2560, จาก เดอะอีสานเรคคอร์ด เว็บไซต์: <http://isaanrecord.com/2016/11/02/mukdahan-sez-conference/>
- ⁹ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2548). รัฐธรรมนูญเขตเศรษฐกิจพิเศษ. ค้นเมื่อ 11 มกราคม 2560 จาก เว็บไซต์: <http://www.sea-cr.com/Data%20for%20website/E2%20tsunami%20sec/Tsunami2.pdf>
- ¹⁰ เรื่องเดียวกัน. เสียง(ไม่)ประสานต่อการพัฒนา: อนาคตเมืองมุกดาหารภายใต้เขตเศรษฐกิจพิเศษ.

10. ราคาข้าวตกต่ำ: ปัญหาเรื้อรังของไทย

- ราคาข้าวตกต่ำในรอบ 10 ปี จุดอ่อนของ “ประยุทธ์” ยังแก้ไม่ตก !! 30 ตุลาคม 2559. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก ผู้จัดการรายวันเว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9590000108553>.
- ² โฉนขาวนาไทยถึงจน? เปิดเบื้องหลังราคาข้าวตกต่ำ สู่ทางออกที่ควรจะเป็น ! 30 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/795822>
 - ³ คาคาข้าวปี 57 ต่ำกว่า 56 เหลือต้นละ 8 พัน. 16 กุมภาพันธ์ 2557. ค้นเมื่อ 25 มกราคม 2560, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/403980>
 - ⁴ ทำไมราคาข้าวหอมมะลิลดฮวบ: ใครคือแพะ ??? 4 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก ไทยพับก้า เว็บไซต์: <http://thaipublica.org/2016/11/nipontdri-4-11-2559/>
 - ⁵ โอละแม่! สาวมะกันแฉไทยขายข้าวปลอม ทั่วยุโรปกลับ “หุงผิดวิธี”. 4 มกราคม 2560. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก Sanook เว็บไซต์: <http://news.sanook.com/2146743/>
 - ⁶ “ภาครัฐ-เอกชน” สานพลัง อุ้มชาวนาฝ่าวิกฤตราคาข้าว. 6 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 28 มกราคม 2560, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1478402666
 - ⁷ “ชาวนาขายข้าวออนไลน์ ไม่ผ่านพ่อค้าคนกลาง”. 3 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก ครอบครัวข่าว 3 เว็บไซต์: <http://www.krobkruakao.com/ข่าวเศรษฐกิจ/28892/ชาวนาขายข้าวออนไลน์-ไม่ผ่านพ่อค้าคนกลาง.html>
 - ⁸ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เสนอ 3 แนวทาง แก้ปัญหาราคาข้าวตกต่ำ. 2 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2560, จาก ประชาชาติ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1478095229
 - ⁹ ปลดล็อกวิกฤตข้าวอย่างยั่งยืน. 14 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560. จาก คมชัดลึก เว็บไซต์: <http://www.komchadluek.net/news/agricultural/248689>
 - ¹⁰ ถาม-ตอบ นโยบายชาวนากับนักวิชาการรัฐศาสตร์ พร้อมแนวทางแก้ไขปัญหาปัจจุบัน. 7 พฤศจิกายน 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560. จาก มติชน เว็บไซต์: <http://www.matichon.co.th/news/350809>

4 ผลงานดี เพื่อสุขภาพคนไทย

ใช้สิทธิบัตรทองกับผู้ป่วยทุกคน

- ม.44 ให้ ‘ผู้ประกันตนคนพิการ’ ได้สิทธิบัตรทอง แก้ปัญหาถูกลดสิทธิหลังย้ายไปประกันสังคม. 17 กันยายน 2559. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก Hfocus เว็บไซต์: <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12741>
- สปส. สปช. แจงแนวทาง ‘คนพิการประกันสังคม’ ใช้สิทธิบัตรทองตามคำสั่ง คสช.. 30 ตุลาคม 2559. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2560, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.matichon.co.th/news/340563>
- ‘บี๊ตู’ ลงนามคำสั่ง คสช.ช่วย ‘ผู้พิการประกันสังคม’ 9,000 คน เข้าถึงสิทธิบัตรทอง. 15 กันยายน 2559. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2560, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.matichon.co.th/news/286902>
- คนพิการมีความหวัง! ม.44 ชัดเส้น 30 วัน ดัน “ประกันสังคม” เทียบเท่า “บัตรทอง”. 15 กันยายน 2559. จาก ผู้จัดการรายสัปดาห์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Weekly54/ViewNews.aspx?NewsID=959000092972>

- ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2015). สหรัจัด “ค่านิยม” ไทยคงที่ Tier3 ชี “ตั้งใจแต่ยังดำเนินการไม่เพียงพอ” – บัวแก้ว ส่ง แสงผลการติดต่อ แจ้งดำเนินการเต็มที่แล้ว, จาก <http://thaipublica.org/2015/07/tip2015statements/>. 28 กรกฎาคม 2015.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (2533). *สังคมไม่ทอดทิ้งกัน มาตราการต้อนรับสังคมใหม่ – สังคมผู้สูงอายุ*. จมหายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับสร้างสุข ประจำเดือนเมษายน 2553.
- สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2558*. กันยายน 2559.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าวกลุ่มงานพัฒนาระบบควบคุมการทำงานของคนต่างด้าว. (2560). *สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับ อนุญาตทำงาน คงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือนมกราคม 2560*. ข้อมูลจาก ฝ่ายสารสนเทศ Website: <http://www.doe.go.th/alien> กกจ.6/2560 สบต.
- ศูนย์ข้อมูล & ข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง (TCU). (2558). *สถานการณ์และปลายทางของโรฮิงญาในรัฐไทย*. 25 พ.ค. 2558.
- วีระศักดิ์ นาทะลือ. (2557). *แผ่นดินของไทย ปัญหาของคนไทย (5): เรื่องแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย*. ข้อมูลจาก <http://www.manager.co.th/daily/viewnews.aspx?NewsID=9570000086862>. 31 กรกฎาคม 2557.
- อดิสร เกิดมงคล. (2014). *การเมืองเรื่องตัวเลขของแรงงานข้ามชาติกับมาตรการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว คสช. 19 มิถุนายน 2557*. ข้อมูลจาก <https://isranews.org/isranews-article/item/30545.html>.
- อารีวรรณ คุณันเทียบ. (2559). *แก้ไขปัญหาราคาข้าวตกต่ำ ด้วยงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับเกษตรกร*. ใน นิตยสารเนชั่น สุดสัปดาห์. 16 กันยายน 2559.
- อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, มณฑาทัด นิยมานัน และ ปณณพริย เจียรวิชัยบุญญา. (2556). *การเลือกปฏิบัติต่อเด็ก คนพิการ ผู้หญิง และผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กทม.: บริษัทพิมพ์ดี การพิมพ์ จำกัด.
- เอ็นจอย--Njoy. (2008). *ชาติพันธุ์ล้านนา – ไทยยา*. 10-03-2008. ข้อมูลจาก <http://lanna.mju.ac.th/>
- Richard Wilkinson & Kate Pickett สดณิ อาชวานันท์กุล แปล. (2555). *ความ (ไม่) เท่าเทียม*. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ openworlds.
- ### เอกสารภาษาอังกฤษ
- Amin et al. (2011). Equi Frame: A framework for analysis of the inclusion of human rights and vulnerable groups in health policies. *Health and Human Rights* volume 13, no. 2 December 2011.
- Archavanitkul, Kritaya. (2014). Towards Managing Stateless People in a Thai Context. CHEN Tien-shi ed. *Human Rights and Support for Stateless People around the World: Japan's Role Senri Ethnological Report* 118: 185-196.
- Buck, Alexy and Curran, Liz. (2009). Delivery of Advice to Marginalized and Vulnerable Groups: the need for innovative approaches. Public Space: *The Journal of Law and Social Justice* (2009) Vol 3, Art 7, pp. 1-29.
- Buck, Alexy, Balmer, Nigel and Pleasence, Pascoe. (2005). Social Exclusion and Civil Law: Experience of Civil Justice Problems among Vulnerable Groups, *Social Policy and Administration* ISSN 0114- 5596, Vol.39 No. 3 June 2005, pp.302-322.
- Carter, Becky. (2015). Benefits to society of an inclusive societies approach, *GSDRC Helpdesk Research Report* 1232.
- Chaplin, Rupert, John Flatley and Smith, Kevin. Crime in England and Wales 2010/11. Home Office *Statistical Bulletin*. July 2011.
- Department of Economic and Social Affairs. (2010). *Analyzing and Measuring Social Inclusion in a Global Context*. the United Nations, New York, 2010.
- Dugarova, Esuna. (2015). Working Paper 2015-14, Social Inclusion, Poverty Eradication and the 2030 Agenda for Sustainable Development, October 2015.
- Fajnzylber, Pablo and Lederman, Daniel. (2002). Inequality and Violent Crime. *Journal of Law and Economics*, vol. XLV (April 2002).
- Huxley, Peter and Thornicroft, Graham. (2003). Social inclusion, social quality and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. Apr. 2003, 182 (4) 289-290.
- International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank. (2013). Inclusion Matters The Foundation for Shared Prosperity. In *New Frontiers of Social Policy*, 2013.
- Kitayama, Shinobu et al. (1997). Individual and Collective Processes in the Construction of the Self: Self- Enhancement in the United States and Self-Criticism in Japan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, Vol. 72, No. 6, 1245-1267.
- Krieger, Nancy, Chen, Jarvis T., Waterman, Pamela D., David H. Rehkopf, and S.V. Subramanian. (2003). *American Journal of Public Health*. October 2003, Vol 93, No. 10.
- Lareau, Annette and Horvat, Erin McNamara. (1999). Moments of Social Inclusion and Exclusion Race, Class, and Cultural Capital in Family-School Relationships, *Sociology of Education*, Vol. 72, No. 1 (Jan., 1999), pp. 37-53.
- Langlois E. V., Haines, Andy. (2016). Tomson, Goran and Ghaffar, Abdul. *The Future leadership of WHO*. From www.thelancet.com. Vol. 387 January 23, 2016.
- Maitreyi Bordia Das. (2016). Social Inclusion in Macro-Level Diagnostics Reflecting on the World Bank Group's Early Systematic Country Diagnostics. In Policy Research Working Paper 7713. *Social, Urban, Rural and Resilience Global Practice Group*, June 2016.
- Marmot, Michael. 2005. Social determinants of health inequality. *The Lancet*, Vol. 365, March 19, 2005.
- Mechanic, David and Tanner, Jennifer. (2007). Vulnerable People, Groups, and Populations: Societal View. *Health Affairs*. Volume 26, Number 5, September/October 2007.
- Milanovic, Branko. (2016). *Book Excerpt: Global Inequality-A New Approach for the Age of Globalization*. Harvard University Press, 2016.
- Mills, Anne. Buntun, Monthian. Das Bordia, Maitreyi. Johns, Jeff. Tangcharoen-sathien, Viroj et al. Conference synthesis: Summary & Recommendations. In Prince Mahidol Award Conference 2017 “Vulnerable Population for an Inclusive Society, 3 February 2017.
- Mokdad, A.H. et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Publish online May 9, 2016. From [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00648-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00648-6).
- Napaumporn, Bongkot. (2014). Experience in Solving Statelessness in Thailand: Identification, Prevention, Reduction and Protection. CHEN Tien-shi ed. *Human Rights and Support for Stateless People around the World: Japan's Role Senri Ethnological Report* 118: 137-152.
- Plesa, Roxana. (2013). Social Exclusion and Vulnerable Populations, *Annals of the University of Petroșani. Economics*, 13(2), 2013, 173-180.
- Sampson, Robert J., Raudenbush, Stephen W., Earls, Felton. (1997). *Science* Vol. 277 15 August 1997 www.sciencemag.org. Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy.
- Silver, Hilary. (2015). The Contexts of Social Inclusion. DESA Working Paper No. 144ST/ESA/2015/DWP/144. October, 2015.
- Skills and Employability Department. (2009). Inclusion of People with Disabilities in Thailand, July 2009.
- Pickett, K.E. and Wilkinson, R.G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine* 128 316e326.
- Wilkinson, R.G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*; 304: 165-8.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K.E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62 (7), 1768-1784.
- Wilkinson, R. G. and Pickett K. E. (2008). Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality. *American Journal of Public Health*. April 2008, Vol 98, No. 4
- Wilkinson, R. G. and Pickett, K. E. (2009). Income Inequality and Social Dysfunction. *Annual Review of Sociology*, Vol. 35, pp. 493-511.
- World Bank. (2016). Aging in Thailand – Addressing unmet health needs of the elderly poor. from <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/04/08/aging-in-thailand-addressing-unmet-health-needs-of-the-elderly-poor>, April 8, 2016.
- World Bank Group.(2016). Closing the Health Gaps for the Elderly: Promoting Health Equity and Social Inclusion in Thailand. From <http://documents.worldbank.org/curated/en/148431468299339382/pdf>, April 2016.
- World Health Organization. (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version, WHO Press.
- UNDP. (2011). Social Inclusion and the Post-2015 Sustainable Development Agenda. from www.unep.org/greenconomy/greenconomy/Portals/88/documents/ger/GER_synthesis_en.pdf, accessed in November 2012.
- United Nations, General Assembly. (2015). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, Seventieth session, Agenda items 15 and 116, 21 October 2015.
- Xiaoxin Dong et al. (2014). Focus on Vulnerable populations and promoting equality in health service utilization –an analysis of visitor characteristics and service utilization of the Chinese community health service, *BMC Public Health*, Public online 2014 May 26.

เกณฑ์การจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2560”

ส่วนที่ 1

ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

- การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัดทางด้านประชากร โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทยร่วมกันกับคณะทำงานสุขภาพคนไทย
- ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรอบรู้ในดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย
- กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานฯ รับผิดชอบหลักในแต่ละหมวดได้ทราบถึงแนวทางการเขียนวัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
- ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดทางสุขภาพ
- ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัดทางสุขภาพ เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานฯ และคณะกรรมการชี้ทิศทางฯ
- ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านบททบทวนหมวดตัวชี้วัดทางสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดทางสุขภาพ พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

- ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
- เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดี ๆ ของคนไทย

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดี ๆ ของคนไทยเพื่อสุขภาพของคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2559 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้วแต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดี ๆ ของคนไทย

เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

ส่วนที่ 3

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำนักรวบรวมความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางฯ ให้คะแนนโดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 อันดับ คือ มากที่สุด (คะแนน = 5) มาก (คะแนน = 4) ปานกลาง (คะแนน = 3) น้อย (คะแนน = 2) และน้อยที่สุด (คะแนน = 1)
- การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ

คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (Target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (Issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ คือ

- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

- คณะกรรมการชี้ทิศทางฯ ประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
- คณะทำงานฯ กำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
- ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลประกอบการจัดทำรายงาน
- คณะทำงานฯ ประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
- ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชั่งตวงวัด “สุขภาพคนไทย 2560”

คณะกรรมการชั่งตวงวัด

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	นักวิชาการอิสระ	ประธานกรรมการ
นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
คุณปาริชาติ ศิวัชรินทร์	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
นพ.พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
คุณยุวดี คาคการณ์ไกล	ศูนย์ศึกษามหาชนและเมือง วิทยาลัยรัฐกิจ	กรรมการ
นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	กรรมการ
คุณสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขมจีน	กรรมการ
คุณสุริยนต์ ธัญกิจจานุกิจ	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักสถิติพยากรณ์	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2560

กบถนรายนงนทงเล่

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

คุณปาริชาติ ศิวะรักษ์

กบถนบกทวาม “เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

เขียนบททวาม “พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชกับสุขภาพคนไทย”

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

ให้สัมภาษณ์ประเด็น “เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน”

รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร

คุณทองพูล บัวศรี (ครูจิว)

สมาชิกศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ ได้แก่

คุณสันติ รุ่งนาสวน

คุณอธิพันธุ์ ร่องไว

คุณจำปี สวัสดิ์คำ

คุณปิยะวัฒน์ สวัสดิ์จู่

ทีมเขียนสถานการณ์เ่บนทางสุขภาพร่างแรก

คุณชัยฤทธิ์ ยนเปี่ยม

คุณอภิสุข เวทยวิศิษฐ์

ผศ.ดร.ศุทธิดา ขวนวัน

ภญ.ดร.ทิพิชา โปะยานนท์

คุณพิศิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน

คุณปริญญ์ ล้อเสริมวัฒนา

คุณอดิสร เกิดมงคล

คุณนภัสชล ทองสมจิตร

ผศ.ดร.อัลญาน์ สมุห์เสนีโต

คณะกรรมการโครงการสุขภาพคนไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้อำนวยการโครงการ

รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา

ตัวชี้วัดสุขภาพ

ผศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนจิตรา

กัญญา อภิพรชัยสกุล

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สีดา

ผศ.ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์

กัญญาพัชร สุทธิเกษม

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

อ.ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์

กาญจนา เทียนลาย

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชกับสุขภาพคนไทย

สุภารัตน์ จรัสสิทธิ์

ขอบคุณจากใจ

สุขภาพคนไทย 2560 สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งเสมอมาจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำหนังสือฉบับนี้ ทีมงานขอขอบคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และคุณปาริชาติ ศิวัรักษ์ ที่ได้กรุณาอ่านบทวนบทความต้นฉบับให้ทั้ง 3 ส่วน และ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในต้นฉบับเรื่อง เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน

ขอขอบคุณ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาเขียนบทความเรื่องราวพระราชกรณียกิจของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งล้วนเป็นไปเพื่อประโยชน์ต่อประเทศชาติ ไม่เฉพาะแต่ด้านสุขภาพเท่านั้น ในบทความนี้ยังได้ประมวลความไว้อย่างครอบคลุมพระราชกรณียกิจทุกด้าน เรียบเรียงให้อ่านเข้าใจได้ง่าย และชวนให้รำลึกถึงพระอัจฉริยภาพ และพระมหากรุณาธิคุณอันใหญ่หลวงที่มีต่อคนไทยทุกหมู่เหล่าอย่างเท่าเทียม

บทความเรื่องเสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน ยังได้รับความกรุณาจาก ครูจิว ครูทองพูล บัวศรี แห่งมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก และ รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร ตลอดจนสมาชิกของศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการพุทธมณฑล ได้แก่ คุณสันติ รุ่งนาสวน คุณอริพันธ์ ว่องไว คุณจำปี สวัสดิ์คำ และคุณปิยะวัฒน์ สวัสดิ์จุ ที่ได้ให้ความรู้และข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ทำให้ความเข้าใจกลุ่มเปราะบางชัดเจนมากขึ้น ทีมงานขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณ ศ.นพ.วิชัย เอกพลากร ที่กรุณาให้ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เพื่อจัดทำเนื้อหาในส่วนของตัวชี้วัด 2560 “หมวดการเกิดและคุณภาพเด็ก” ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลประกอบที่ชัดเจน และเป็นประโยชน์อย่างมาก ขอขอบคุณคณะนักเขียน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ที่เรียบเรียงข้อมูลและเนื้อหาได้น่าอ่านและชวนติดตาม

ที่สำคัญขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตาม “สุขภาพคนไทย” ตลอดมา อีกทั้งได้ให้ข้อคิด และข้อเสนอแนะ ทีมงานขอน้อมรับและจะพัฒนาคุณภาพของหนังสือให้ดีขึ้นต่อไป

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)