# สุขภาพคนไทย 2555

# ความมั่นคงทางอาหาร

*เงินทองของมายา... | ข้าวปลาสิของจริง!*

*11 ตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ*
*10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ*

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

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.) สุขภาพคนไทย 2555 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

# บอกกล่าว

**คณะผู้จัดทำรายงานสุขภาพคนไทย ได้จัดทำรายงานเพื่อเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการต่อสาธารณะในประเด็นทางสังคมที่เชื่อมโยงกับสุขภาพในมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม ปัญญา และวัฒนธรรม ติดต่อกันมาเป็นปีที่ 9 โดยสุขภาพคนไทย 2555 เล่มนี้ ได้นำเสนอหัวข้อพิเศษประจำฉบับเรื่อง "ความมั่นคงทางอาหาร" ท่ามกลางกระแสความไม่มั่นคงทางอาหารของตลาดโลกที่กำลังเกิดวิกฤตในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ความไม่ปลอดภัยในอาหารจากสารพิษตกค้าง ราคาอาหารที่เพิ่มสูงขึ้น และการขาดแคลนอาหาร ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น กลายเป็นปัญหาที่ซึมลึกในสังคม และสั่งสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาสังคมเกิดความวิตกกังวล และหันมาให้ความสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดำรงชีวิต**

สาระสำคัญของบทความ **"ความมั่นคงทางอาหาร"** ได้ชี้ให้เห็นถึงระบบการผลิตอาหารที่มั่นคง เกื้อหนุน และรักษาสมดุลกับระบบนิเวศ สามารถเข้าถึงอาหารที่มีอยู่อย่างเพียงพอและพอเพียง สำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ มีคุณภาพของอาหาร ความปลอดภัย และคุณค่าทางโภชนาการตามวัย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งการคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติและในยามที่เกิดภัยพิบัติ หรือในกรณีการก่อการร้ายในความมั่นคงทางอาหาร อันนำไปสู่พลังที่จะจุดประกายทางความคิดให้สังคมไทยตื่นตัวในเรื่องของอาหาร เพื่อความไม่ประมาทและสร้างความมั่นคงทางอาหารให้กับแผ่นดิน สร้างความตื่นตัวในเชิงนโยบายสาธารณะที่ว่า อาหารที่ผลิตในแผ่นดินไทย **"ต้องเพื่อรับใช้คนไทย ไม่ใช่เพื่อคนอื่น"** แม้ว่าความมั่นคงทางอาหารจะไม่ได้เป็นประเด็นใหม่ แต่ได้เกิดขึ้นและสร้างปัญหาครั้งแล้วครั้งเล่า ถึงเวลาที่ต้องผลักดันเพื่อสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง นำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางที่เป็นรูปธรรมในการรับมือกับวิกฤตทางอาหาร ฉุดสังคมไทยให้หลุดพ้นจากภาพมายาคติในความสมบูรณ์มั่งคั่งและมั่นคงทางอาหาร ซึ่งรายงานเล่มนี้จะสะท้อนให้คนไทยได้เห็นแก่นของความจริง ดังสุภาษิตที่ว่า "เงินทองเป็นของมายา ข้าวปลาสิของจริง"

สำหรับตัวชี้วัดสุขภาพในปีนี้ นำเสนอข้อมูลในมิติด้านสุขภาพครบถ้วนด้วย 11 ตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ ที่จะฉายภาพให้เห็นโครงสร้างประชากรไทยเพิ่มช้าลงอย่างมาก อันเป็นผลมาจากอัตราเกิดแต่ละปีได้ลดลง อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยในรอบ 10 ปี ของการทำสำมะโนประชากรและเคหะล่าสุดปัจจุบันอยู่ที่เพียงร้อยละ 0.5 ต่อปีเท่านั้นและแนวโน้มว่าอัตราเพิ่มประชากรนี้จะลดต่ำลงไปอีกจนเหลือร้อยละ 0 ในอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า และอีก 50 ปีข้างหน้าถ้าภาวะเจริญพันธุ์จะลดต่ำลงไปอีก ประชากรไทยจะประกอบด้วยเด็กไม่ถึงร้อยละ 10 วัย

แรงงานประมาณร้อยละ 70 และประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20 ประเทศไทยก็อาจเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดอื่นๆ ได้แก่ การเกิดของวัยรุ่น ปัญหาวัยแรงงาน และเด็กจะน้อยลง ผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดปัญหาภาระการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจ สังคม การวางมาตรฐานและคุณภาพชีวิตของประชากร ที่จะต้องเน้นไปที่มิติด้านการศึกษา การพัฒนาแรงงาน พัฒนาคุณภาพ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม

ในส่วน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย ในปีนี้กระแสภัยพิบัติทางธรรมชาติเป็นเรื่องที่กล่าวถึงมากที่สุด คือ มหาอุทกภัย 50 ปี เป็นอุทกภัยครั้งร้ายแรงที่สุดทั้งในแง่ของปริมาณน้ำที่สร้างความเสียหายและจำนวนผู้ได้รับผลกระทบ เป็นสัญญาณเตือนให้ปรับตัวและเตรียมรับมือกับภัยธรรมชาติในอนาคตที่จะเกิดขึ้น ตามมาด้วยประเด็นวังน้ำเขียว ดินแดนที่เคยได้รับการเล่าลือว่าเป็นสวิตเซอร์แลนด์แห่งเมืองไทย กลับแปรเปลี่ยนเป็นวังน้ำเขียวโมเดล สิทธิปฏิเสธการรักษา เมื่อความตายคือทางเลือกของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปฏิรูปประเทศไทย ภารกิจถอนต้นไม้พิษที่ยังไปไม่ถึงฝั่งฝัน วิ่งสู้ฟัด! สานฝันสู่ "ประชาคมอาเซียน" ที่ทุกองค์การต่างให้ความสำคัญ มุ่งศึกษา สร้างความเข้าใจ และปรับตัว เพื่อให้สอดรับกับความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ที่ไม่อาจปฏิเสธได้ ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ของโลกในปัจจุบัน สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา: การสู้รบสงบลง แต่ปัญหายังไม่จบสิ้น การค้านขึ้นทะเบียน 4 สารเคมีอันตราย ได้เวลาลงหลักปักฐาน โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย บัตรประชาชนเด็กกับโจทย์ที่ไม่ถูกตอบ? และประเด็น BOI กับนโยบายส่งเสริมการลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อระบบสุขภาพ

สุขภาพคนไทย 2555 ยังคงยึดมั่นในคุณภาพทางวิชาการดังเช่นอดีตที่ผ่านมา โดยให้ความสำคัญกับความหลากหลายของข้อมูล ซึ่งทีมงานได้พัฒนากรอบแนวคิดของเนื้อหารายงาน ปรับปรุงวิธีการทำงาน และรูปแบบการนำเสนอที่เหมาะสม ง่ายต่อการเข้าใจ เข้าถึงกลุ่มคนได้หลากหลาย และสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง เพื่อให้เกิดความตระหนัก สร้างความรู้และความเคลื่อนไหวในสังคมต่อผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ และความสำคัญของสุขภาพ อันก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเป็นประโยชน์แก่สังคมไทยต่อไป

คณะทำงานสุขภาพคนไทย
มีนาคม 2555

## 11 ตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ 6-31


| | | |
|---|---|---|
| 1. | โครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลง | 10 |
| 2. | การเกิด | 12 |
| 3. | การเจ็บป่วยและการตาย | 14 |
| 4. | การย้ายถิ่น (ในประเทศ) กับสุขภาพ | 16 |
| 5. | การย้ายถิ่น (ระหว่างประเทศ) กับสุขภาพ | 18 |
| 6. | คุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์ | 20 |
| 7. | กำลังแรงงานและมิติทางเศรษฐกิจ | 22 |
| 8. | ครอบครัวและการเกื้อหนุนทางสังคม | 24 |
| 9. | ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม | 26 |
| 10. | ระบบบริการสุขภาพ | 28 |
| 11. | วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร | 30 |


## 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ 32-81


| | | |
|---|---|---|
| 1. | มหาอุทกภัยในรอบ 100 ปี สัญญาณเตือนให้ปรับตัว | 34 |
| 2. | ‘วังน้ำเขียวโมเดล’ ภาพสะท้อนปัญหา คน-ป่า-ที่ดิน | 41 |
| 3. | สิทธิปฏิเสธการรักษา เมื่อความตายคือทางเลือกของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ | 45 |
| 4. | “ปฏิรูปประเทศไทย” ภารกิจถอนต้นไม้พิษที่ยังไปไม่ถึงฝั่งฝัน | 49 |
| 5. | วิ่งสู้ฟัด! สานฝันสู่ “ประชาคมอาเซียน” | 53 |
| 6. | สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา : การสู้รบสงบลง แต่ปัญหายังไม่จบสิ้น | 58 |
| 7. | ค้านขึ้นทะเบียน 4 สารเคมีอันตราย | 63 |
| 8. | ได้เวลาลงหลักปักฐาน โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย | 68 |
| 9. | บัตรประชาชนเด็กกับโจทย์ที่ไม่ถูกตอบ? | 73 |
| 10. | BOI กับนโยบายส่งเสริมการลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อระบบสุขภาพ | 77 |

# สารบัญ


| 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย | 82-83 |
|---|---|
| 1. แพทย์แผนไทยคว้ารางวัลเหรียญทองอาหารเสริมสกัดจากเวทีประกวดสิ่งประดิษฐ์นานาชาติ | 82 |
| 2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนงบประมาณกว่า 170 ล้านบาท เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ | 82 |
| 3. หอการค้าตั้ง "ภาคีเครือข่ายภาคเอกชนต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชั่น" | 83 |
| 4. โครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ | 83 |

| เรื่องพิเศษประจำฉบับ | 84-110 |
|---|---|
| ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมายา ข้าวปลาสิของจริง | 84 |

| ภาคผนวก | 111-119 |
|---|---|
| เอกสารอ้างอิง | 111 |
| เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน "สุขภาพคนไทย 2555" | 116 |
| รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง | 118 |
| รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ | 119 |
| รายชื่อทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ | 119 |
| รายชื่อทีมวิชาการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย | 119 |

# 11 ตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ

**"จากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและลักษณะของประชากรไทยในมิติต่างๆ การคาดการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือโดยเฉพาะในประเด็นด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและท้าทายต่อสังคมไทย"**

# 11 ตัวชี้วัด ประชากรไทยกับสุขภาพ

ในปีนี้ สุขภาพคนไทย 2555 นำเสนอ 11 ตัวชี้วัด ภายใต้หัวเรื่อง "ประชากรไทยกับสุขภาพ" ซึ่งพยายามสะท้อนข้อมูลตัวเลขและข้อเท็จจริงการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นกับประชากรไทยในด้านต่างๆ ทั้งการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น อีกทั้ง นำเสนอนัยยะของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่มีต่อบริบทของประเทศและสุขภาพคนไทยในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านคุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์ ผลกระทบต่อกำลังแรงงานและมิติทางเศรษฐกิจ ด้านครอบครัวและการเกื้อหนุนทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ รวมถึง วิวัฒนาการของนโยบายทางประชากรของประเทศที่ผ่านมา และในอนาคต

ปัจจุบัน ประชากรไทยมีอัตราการเพิ่มที่ค่อนข้างต่ำ จำนวนประชากรในราชอาณาจักรไทยตามสำมะโนประชากรและเคหะ ครั้งล่าสุด ปี 2553 อยู่ที่ 65.9 ล้านคน (รายงานผลล่วงหน้า) ในจำนวนนี้ประมาณเกือบ 3 ล้านคนเป็นคนที่ไม่มีสัญชาติไทย แม้ "ขนาด" ของประชากรจะค่อนข้างเกือบคงที่ หรือเพิ่มขึ้นไม่มาก แต่ "โครงสร้างอายุ" กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นถึงร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อไปอีก กล่าวได้ว่า ประเทศไทยกำลังก้าวสู่การเป็น "สังคมผู้สูงอายุ" โดยสมบูรณ์

เหตุผลสำคัญที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรข้างต้น คือ การลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราเกิดและภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทย จากในอดีต 30-50 ปีก่อนที่จำนวนเด็กเกิดในประเทศเคยมากถึงกว่าหนึ่งล้านคน ปัจจุบัน ได้ลดเหลือเพียงประมาณ 7-8 แสนคนเช่นเดียวกับ อัตราเจริญพันธุ์รวม จากที่เคยมีมากถึง 6 ลดลงเหลือเพียง 1.6 เหตุผลสำคัญที่สอง คือ สุขภาพที่ดีกว่าแต่ก่อนและแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย จากในอดีตโดยเฉลี่ย อยู่ที่ประมาณ 50 ปี ปัจจุบัน ได้เพิ่มเป็น 73 ปี อันเป็นผลจากคุณภาพการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น และการพัฒนาด้านสาธารณสุข ระบบบริการทางสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ดี ขณะนี้คนไทยตายราว 4 แสนกว่าคนต่อปี ประเด็นที่สำคัญ คือ การตาย และการเจ็บป่วยในปัจจุบันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อ จากพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมของคนไทยเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก

ในประเด็น "การย้ายถิ่น" อัตราการย้ายถิ่นภายในประเทศของคนไทย แม้จะมีลักษณะยืดหยุ่นตามสภาพเศรษฐกิจในแต่ละช่วงเวลา แต่ที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง โดยอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 3 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2552 สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจาก การขยายตัวของ "ความเป็นเมือง" ในประเทศไทยที่มีลักษณะเป็น "การขยายเมืองไปหาคน" เพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีตที่เป็น "คนย้ายถิ่นไปหาเมือง" ผลกระทบจากการย้ายถิ่นต่อสุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิตใจของตัวผู้ย้ายถิ่น รวมถึงสมาชิกในครอบครัวต้นทาง โดยเฉพาะเด็กและคนชรา เป็นเรื่องที่สังคมไทยต้องเฝ้าระวังและให้การเกื้อหนุน

ปัจจุบัน กระแสความต้องการแรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ดี แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังคงมีปัญหาเรื่องสถานภาพและการไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น จากการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย จำนวนคนไข้ต่างชาติที่เข้ามารักษาตัวในประเทศไทยมีทิศทางเพิ่มขึ้นทุกปี แม้จะเป็นผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศ การเฝ้าระวังและเตรียมรับมือกับผลกระทบในด้านลบที่อาจจะมีต่อระบบบริการสาธารณสุขและคุณภาพของบริการสำหรับคนไทยเป็นเรื่องที่ผู้ซึ่งเกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ

จากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้น จำนวนการเกิดของเด็กไทยที่น้อยลงอย่างต่อเนื่อง อาจไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญเท่าว่า จะทำอย่างไรให้การเกิดและการเติบโตของเด็กไทยทุกคนเป็นไปอย่างมี "คุณภาพ" ที่ผ่านมา การพัฒนามนุษย์และโอกาสในการได้รับการศึกษาของคนไทยนับว่าดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเข้าเรียนหนังสือในทุกระดับชั้นสูงขึ้น เช่นเดียวกับจำนวนปีของการศึกษาโดยเฉลี่ย อย่างไรก็ดี "ความไม่เท่าเทียม" ของการได้รับโอกาสในการศึกษานี้ก็พบว่ายังคงมีอยู่สูงเมื่อเปรียบเทียบตามระดับรายได้หรือในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" ย่อมกระทบต่อขนาดของกำลังแรงงานและภาคการจ้างงานในประเทศ รวมถึงภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน อีกทั้งสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง ทำให้ความสามารถในการดูแลและเกื้อหนุน "ผู้สูงอายุ" มีแนวโน้มลดลงตามจำนวนเด็กเกิดที่ลดลงมาโดยตลอด การพัฒนาเพื่อเพิ่มผลิตภาพแรงงานไทย และเพิ่มทักษะการทำงานแก่แรงงานสูงวัยให้สามารถอยู่ในตลาดแรงงานได้ยาวนานขึ้น พึ่งพิงตนเองได้มากขึ้น เป็นเรื่องที่ควรเร่งส่งเสริม เช่นเดียวกับการสนับสนุนการออมการขยายความครอบคลุมของระบบหลักประกันทางรายได้แก่ผู้สูงอายุ และการส่งเสริมบทบาทของ "ชุมชน" ในการดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุในอนาคตให้เพิ่มมากขึ้น

จากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ระดับ "การบริโภคทรัพยากร" รวมถึง "การปล่อยของเสีย" ของคนไทยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีทิศทางสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับ "ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม" และความพยายามในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ทรัพยากรและพลังงาน รวมถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยเร่งให้เกิด "ภาวะโลกร้อน" จึงเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องสนับสนุนและสร้างความตระหนัก

การเพิ่มขึ้นในสัดส่วนประชากรสูงอายุ นำไปสู่ข้อเสนอต่อการวางแผนเตรียมรับมือของระบบบริการสุขภาพไทยที่จะมีอัตราการใช้บริการในอนาคตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่มีต้นทุนสูง ในด้านหนึ่งถือเป็นผลดีจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ทำให้คนไทยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ดีขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่ง ภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะมาจากภาครัฐ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินถึงผลกระทบที่จะเกิดจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น และการตึงตัวของทรัพยากรทางสุขภาพที่มีในปัจจุบัน ทั้งในด้านทรัพยากรบุคคลและด้านสถานพยาบาล

ในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา นโยบายประชากรของไทยมุ่งการลดอัตราเพิ่มประชากร ด้วยเกรงว่าการเพิ่มของประชากรที่มากเกินไปจะกระทบต่อการพัฒนาประเทศ มาตรการต่างๆ ที่ออกมาเห็นได้ชัดว่าประสบความสำเร็จอย่างสูง แต่หลังจากนี้ ในสถานการณ์ที่จำนวนการเกิดมีแนวโน้มลดลง การกำหนดทิศทางนโยบายที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมหรือการออกมาตรการเพื่อเอื้อต่อการมีบุตร การพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านต่างๆ จึงเป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับประเทศไทย เพื่อการมีประชากรที่เหมาะสมทั้งในด้านของ"ปริมาณ" และในด้าน "คุณภาพ"

# 1 โครงสร้างประชากร และการเปลี่ยนแปลง

***ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์***
*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## "อีก 40 ปีข้างหน้า เป็นไปได้ที่ประเทศไทย จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ถึงเกือบ 2 เท่า"

**ขนาดของประชากรไทยมีอัตราการเพิ่มที่ต่ำมากในปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าอาจจะหยุดขยายตัวในอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า จากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของประชากรเป็นที่แน่ชัดว่า คนไทยจะยิ่งมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น และประเทศไทยจะกลายเป็น "สังคมผู้สูงอายุ" โดยสมบูรณ์**

ในรอบศตวรรษที่ผ่านมา ขนาดประชากรของไทยได้ขยายใหญ่ขึ้นอย่างมาก สำมะโนประชากรครั้งแรกเมื่อปี 2453 นับจำนวนประชากรในราชอาณาจักรได้เพียง 8 ล้านคน ประชากรไทยเพิ่มเป็น 26 ล้านคนในปี 2503 และเพิ่มขึ้นถึง 65.9 ล้านคน ตามผลการทำสำมะโนประชากรครั้งล่าสุดในปี 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

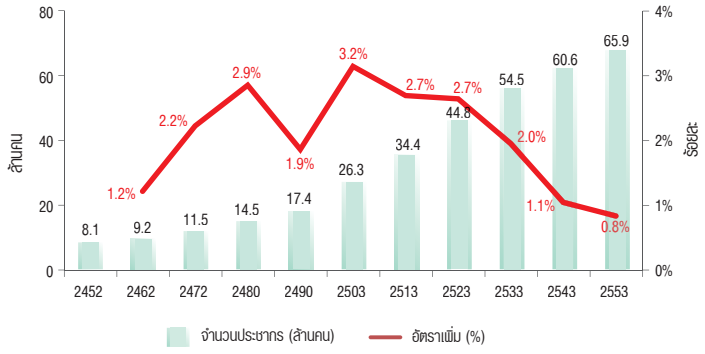
ในจำนวนนี้ มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยอยู่มากถึง 2.7 ล้านคน ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมานี้ประชากรไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก อันเป็นผลมาจากอัตราเกิดแต่ละปีได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันอัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยอยู่ที่เพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้น ต่ำกว่าอัตราเพิ่มกว่าร้อยละ 3 เมื่อ 40 ปีก่อนอย่างมาก ทั้งยังมีแนวโน้มว่าอัตราเพิ่มประชากรนี้จะลดต่ำลงไปอีกจนเหลือร้อยละ 0 ในอีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า หลังจากนั้นอาจลดลงถึงขั้นติดลบก็เป็นได้

แม้ว่าขนาดประชากรไทยค่อนข้างจะคงตัวอยู่ที่ประมาณ 65 ล้านคน แต่โครงสร้างอายุของประชากรกำลังเปลี่ยนไปอย่างมาก ในรอบ 50 ปีที่ผ่านมาประชากรไทยเปลี่ยนโครงสร้างจากที่เคยเป็นประชากรวัยเยาว์มาเป็นประชากรสูงวัยแล้ว เมื่อปี 2503 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอยู่ไม่ถึงร้อยละ 3 ปัจจุบันประชากรสูงอายุกลุ่มนี้มีมากถึงร้อยละ 7.9 หรือมีจำนวนประมาณ 5 ล้านคน ประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งเคยมีอยู่มากถึงร้อยละ 40 ในปี 2503 ได้ลดลงครึ่งหนึ่งเหลือเพียงประมาณร้อยละ 20 ในปัจจุบัน การที่ภาวะเจริญพันธุ์จะลดต่ำลงไปอีก และผู้คนจะมีชีวิตยืนยาวขึ้นจะทำให้ประชากรไทยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นเรื่อยๆ

ในอนาคตอีก 40 ปีข้างหน้า ถ้าภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำลงไปอีก ประชากรไทยจะประกอบด้วยเด็ก เพียงประมาณร้อยละ 12 วัยแรงงานประมาณร้อยละ 65 และประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากถึงร้อยละ 23 หรือถึงเกือบ 1 ใน 4

การรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ลดต่ำลงไป และการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยเป็นมาตรการสำคัญและท้าทายสำหรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย

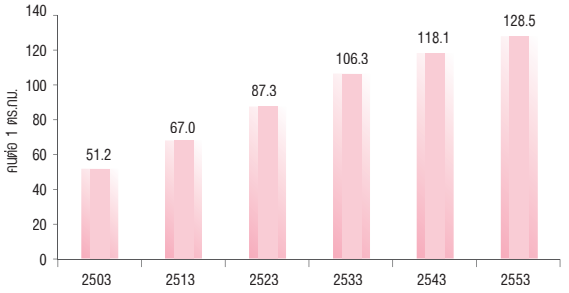
## จำนวนประชากรและอัตราเพิ่มประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2452-2553




**ที่มา:** สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533, 2543 และ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

**หมายเหตุ:** อัตราเพิ่มประชากรตามแสดงในรูป เป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยในช่วงเวลา 10 ปี ของการทำสำมะโนประชากรและเคหะ ในขณะที่อัตราเพิ่มในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2553) เมื่อคำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎรอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.5

## ความหนาแน่นประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2503-2553



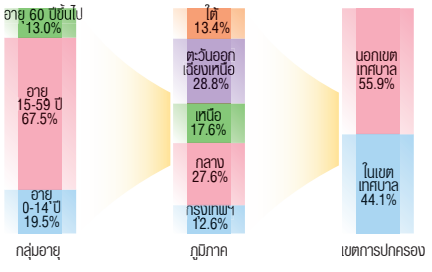

| ภูมิภาค | ความหนาแน่นประชากร ปี 2553 (คนต่อ 1 ตร.กม.) |
|---|---|
| กทม. | 5,278.8 |
| กลาง | 177.7 |
| เหนือ | 68.6 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 112.3 |
| ใต้ | 125.4 |
| รวม | 128.5 |

ความหนาแน่นประชากรในกรุงเทพฯ สูงกว่าความหนาแน่นประชากรโดยเฉลี่ยทั้งประเทศ ถึง 41 เท่า...

**หมายเหตุ:** สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

## สัดส่วนประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2553 จำแนกตามกลุ่มอายุ ภูมิภาคและเขตการปกครอง

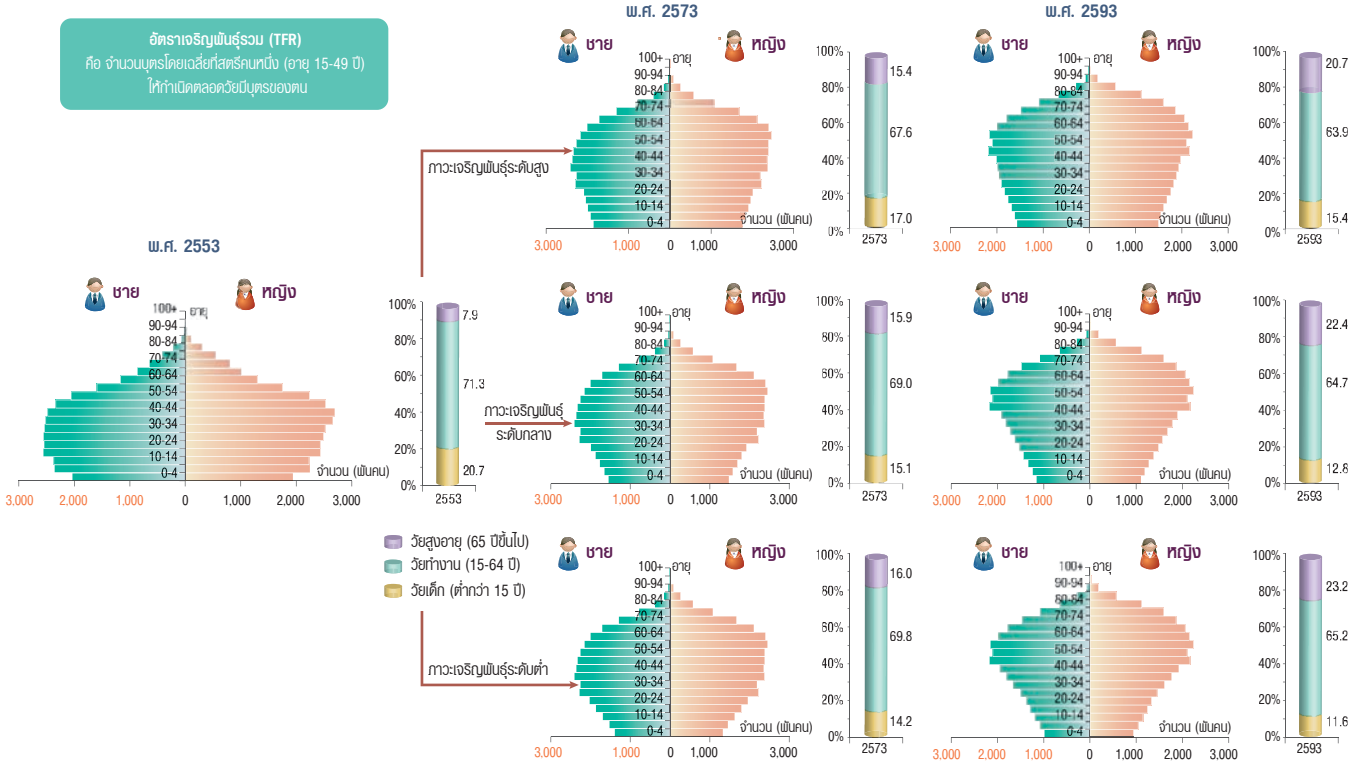
### ประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2553 รวม 65.9 ล้านคน




**ที่มา:** สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

## พีระมิดประชากรไทยในอีก 40 ปีข้างหน้าตามข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ระดับต่างๆ และร้อยละของประชากรจำแนกตามวัย (กลุ่มอายุหลัก) พ.ศ. 2553 2573 และ 2593

**อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)**
คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่ง (อายุ 15-49 ปี) ให้กำเนิดตลอดวัยมีบุตรของตน




**ที่มา:** สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**หมายเหตุ:** 1) อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) เมื่อ พ.ศ. 2593 ในภาวะเจริญพันธุ์ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ เท่ากับ 1.65 1.45 และ 1.25 ตามลำดับ
2) วัยสูงอายุ ที่ใช้ในการคาดประมาณ กำหนดที่อายุ 65 ปีขึ้นไป
3) เนื่องจากเป็นการคาดประมาณจากข้อมูล สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 อาจทำให้ตัวเลขสัดส่วนประชากรใน พ.ศ. 2553 แตกต่างจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 ซึ่งยังไม่แล้วเสร็จสมบูรณ์ ณ ขณะจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย

# การเกิด 2

***ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์***
*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## "เด็กเกิดในประเทศไทยลดลงเหลือปีละ 7.6 แสนคน จากที่เคยสูงถึงกว่าล้านคน เมื่อ 30 ปีก่อน ขณะที่คนไทยตายปีละ 4 แสนกว่าคน ช่องว่างคนเกิด คนตาย ลดลงเร็วมาก"

**"เดี๋ยวนี้ เด็กเกิดในประเทศไทยน้อยลง" "เด็กรุ่นใหม่ไม่ค่อยอยากแต่งงาน พวกที่แต่งงานแล้วก็มีลูกกันน้อยลง" "แต่ก่อนเข้าไปในหมู่บ้านก็จะได้ยินเสียงเด็กร้องกะจองอแง เดี๋ยวนี้ หมู่บ้านเงียบ มีแต่คนแก่"**

คำพูดต่างๆ เหล่านี้ สะท้อนภาพภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ในรอบ 20-30 ปีที่ผ่านมา ในช่วงปี 2506-2526 ประเทศไทยมีจำนวนเด็กเกิดมากเกินกว่าล้านคนในแต่ละปี ที่เรียกว่า "คนรุ่นเกิด (เกิน) ล้าน" หลังจากนั้น จำนวนเด็กเกิดได้ลดลงจนเหลือเพียง 7 แสน 6 หมื่นราย ในปี 2553 มีแนวโน้มว่าจำนวนเด็กเกิดแต่ละปีอาจจะลดลงเหลือไม่ถึง 7 แสนคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า

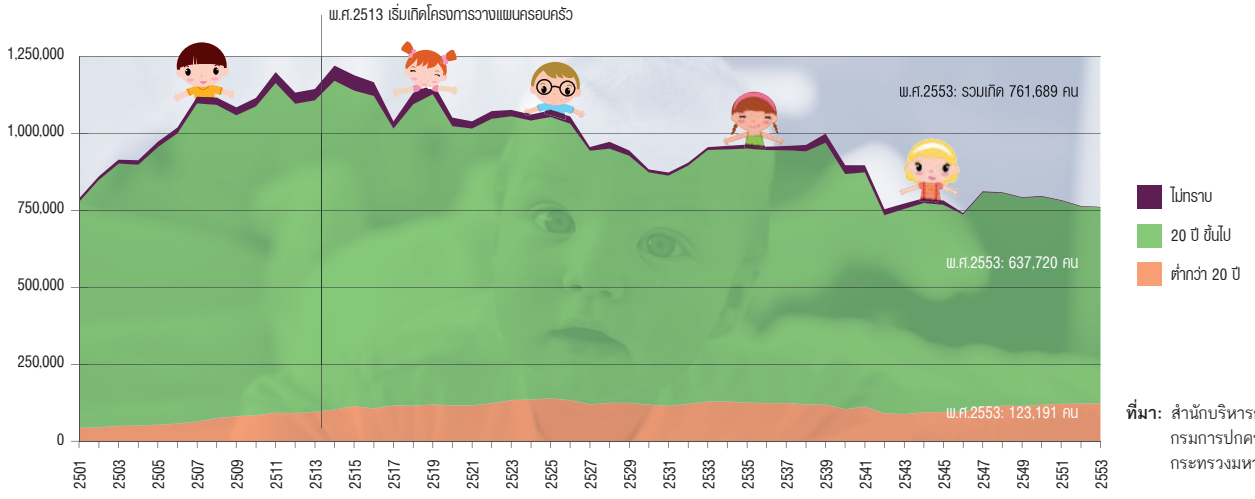
ในอดีตเมื่อ 40-50 ปีก่อน ผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตนมากถึง 6 คน จำนวนบุตรเฉลี่ยนี้ได้ลดลงอย่างรวดเร็วจนถึงปัจจุบันนี้ ผู้หญิงไทยมีบุตรเฉลี่ยเพียงแค่ 1.6 คนเท่านั้น ซึ่งเป็นอัตราเจริญพันธุ์ต่ำกว่า "ระดับทดแทน" คือ สตรีคนหนึ่งมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยมีบุตรของตนน้อยกว่า 2 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่จะทดแทนพ่อและแม่

อย่างไรก็ตาม แม้อัตราเจริญพันธุ์รวมของผู้หญิงไทยจะต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว แต่ประชากรไทยก็ยังเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี แม้แต่ละปีจะมีเด็กเกิดไม่ถึง 8 แสนคน แต่ก็ยังมากกว่าจำนวนคนที่ตายไปปีละ 4 แสนกว่าคน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยลดลง คือ คนรุ่นใหม่ไม่อยากแต่งงาน สตรีไทยมีสถานภาพสูงขึ้น ทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้อัตราส่วนของสตรีรุ่นใหม่ที่ไม่แต่งงานเพิ่มสูงขึ้น คู่สมรสที่แต่งงานแล้วในปัจจุบัน ก็มีความต้องการจำนวนบุตรที่น้อยลง การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องที่ปฏิบัติกันทั่วไป ทั้งควบคุมจำนวนบุตรให้น้อยลง และเว้นระยะการมีบุตรตามที่ปรารถนา

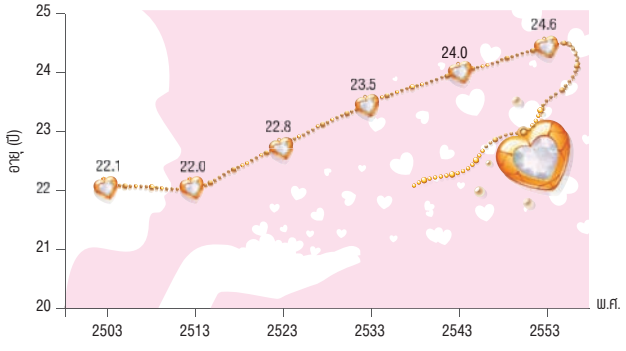
ประเทศไทยจึงต้องให้ความสนใจ "ต่อคุณภาพของการเกิด" มากกว่า "ปริมาณการเกิด" แล้ว

## จำนวนการเกิดในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุมารดา พ.ศ. 2501-2553



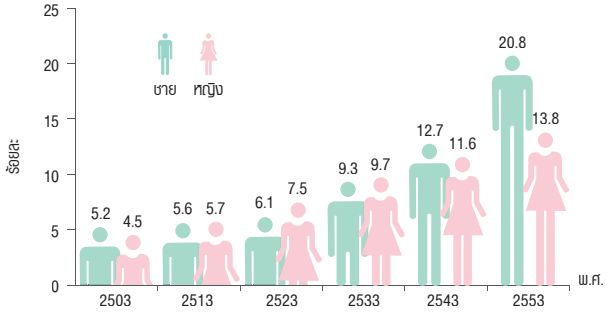

**ที่มา:** สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

## อายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรสของสตรีไทย พ.ศ. 2503-2553



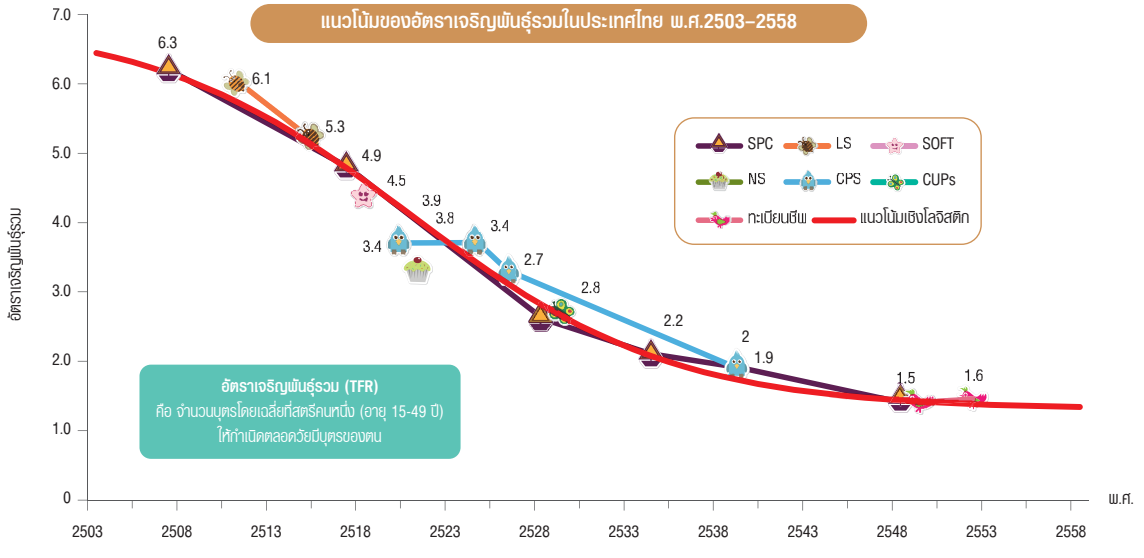

**ที่มา:** สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533, 2543 และ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

## สัดส่วนชายหญิงที่ยังไม่แต่งงานในกลุ่มอายุ 30-49 ปี




**ที่มา:** สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523, 2533, 2543 และ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

## แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุ์รวมในประเทศไทย พ.ศ.2503–2558




**ที่มา:** Prasartkul, P.; Vapattanawong, P.; Thongthai, V. 2011.

**หมายเหตุ:**

SPC = การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change)
LS = การศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Survey)
SOFT= การสำรวจภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand)
NS = การสำรวจทั่วประเทศ (National Survey)
CPS = การสำรวจความชุกของการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey)
CUPS = รูปแบบของการคุมกำเนิดในประเทศไทย (Contraceptive Use Patterns in Thailand)
ทะเบียนชีพ = เป็นการคำนวณจากการจดทะเบียนการเกิดในปี พ.ศ.2552

# การเจ็บป่วยและการตาย 3

***ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์***
*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## "จำนวนการตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่ใช่เพราะเรามีโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น หากเป็นเพราะประชากรไทยมีอายุสูงขึ้น ประมาณว่าร้อยละ 60 ของคนที่ตายทั้งหมดในแต่ละปีเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป"

**เดี๋ยวนี้ คนไทยมีสุขภาพดีกว่าแต่ก่อนมาก อายุก็ยืนยาวขึ้น เมื่อ 40-50 ปีก่อน พอเกิดมา คาดเฉลี่ยว่าคนไทยจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกเฉลี่ยเพียง 50 ปีเท่านั้น ปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นถึง 73 ปี เราหวังว่าคนไทยจะยิ่งมีอายุยืนขึ้นไปอีกในอีก 20-30 ปีข้างหน้า คนไทยน่าจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดถึง 80 ปี ไม่น้อยกว่าชาวญี่ปุ่นในปัจจุบันมากนัก**

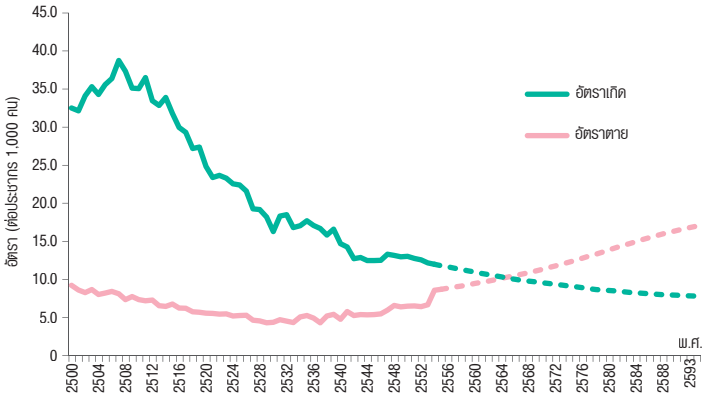
คนไทยตายราว 4 แสนกว่าคนในแต่ละปี แต่จำนวนตายนี้กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต อีกราว 10-20 ปีข้างหน้า อาจจะมีคนไทยตายปีละกว่า 6 แสนคน (หรือที่อัตราตายประมาณ 10 คน ต่อประชากร 1,000 คน) ซึ่งจะเป็นจำนวนพอๆ กับการเกิด ทำให้ประชากรไทยไม่เพิ่มขึ้น หรืออาจถึงขั้นลดจำนวนลง

อายุเฉลี่ยของประชากรไทยที่สูงขึ้นมากในช่วงเวลา 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมานี้ เป็นผลอย่างมากจากการลดลงของการตายในวัยทารกและเด็ก เมื่อ 40 ปีก่อน เด็กเกิดมา 1,000 คน จะตายไปเสียตั้งแต่อายุยังไม่ครบขวบถึง 80 คน อัตราตายทารกได้ลดลงเหลือเพียง 13 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในปัจจุบัน การอนามัยแม่และเด็ก สุขาภิบาล การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน ช่วยทำให้ทารกและเด็กมีอัตรารอดชีพสูงขึ้นอย่างมาก อัตราตายในวัยอื่นๆ ของประชากรไทยก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน การพัฒนาประเทศด้านต่างๆ ทั้งด้านการแพทย์ สาธารณสุข สุขาภิบาล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้อัตราตายของประชากรไทยลดต่ำลงอย่างมากในทุกกลุ่มอายุ

สาเหตุการตายของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปจากเดิมมาก ในอดีต คนไทยตายมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการกินอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบันได้แก่ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจและหลอดเลือด มะเร็ง เอดส์ โรคหัวใจ ความดันเลือด รวมทั้งอุบัติเหตุบนถนน โรคสมัยใหม่หลายอย่างสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขับขี่ยวดยานพาหนะ

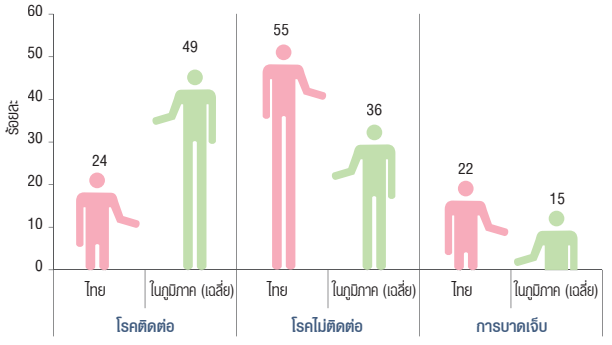
เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 และนับวันประชากรไทยจะยิ่งมีอายุสูงขึ้น เราก็พอมองเห็นภาพแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย ยิ่งอายุมากก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง โรคของผู้สูงอายุเหล่านี้จะเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต

## แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอัตราเกิด อัตราตายของประเทศไทย พ.ศ. 2500-2593




**ที่มา:** ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ พ.ศ. 2500-2553 คำนวณจากข้อมูลทะเบียนราษฎร (ไม่มีการปรับการตกจดทะเบียน) และ พ.ศ. 2554-2593 คำนวณจากการฉายภาพประชากร

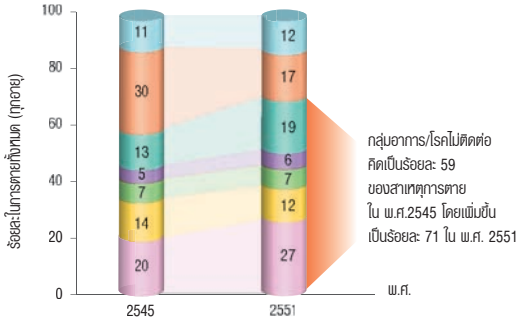
## ร้อยละจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) จำแนกตามสาเหตุ ของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาค พ.ศ. 2551




**ที่มา:** Global Health Observatory (GHO), WHO; [http://www.who.int/gho/countries/en/; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554]

**หมายเหตุ:** ประเทศในภูมิภาค หมายถึง กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก

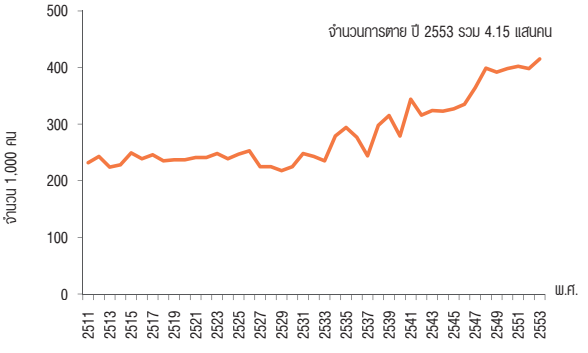
## การตายของประชากรไทย จำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. 2545 และ 2551




- การบาดเจ็บ
- โรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก ภาวะโภชนาการ
- โรคไม่ติดต่อ/โรคเรื้อรังอื่นๆ
- เบาหวาน
- โรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจ
- มะเร็ง
- โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

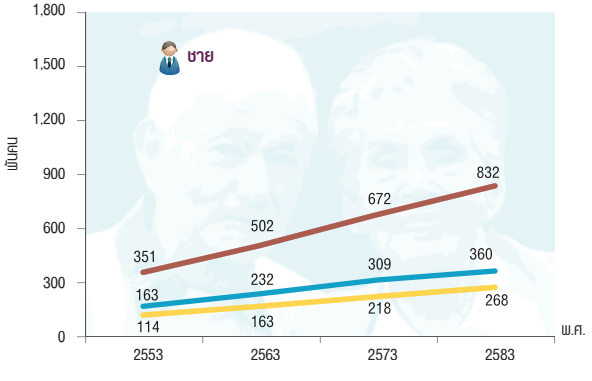
**ที่มา:** Global Health Observatory (GHO), WHO. [http://www.who.int/gholcountries/en/; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554]

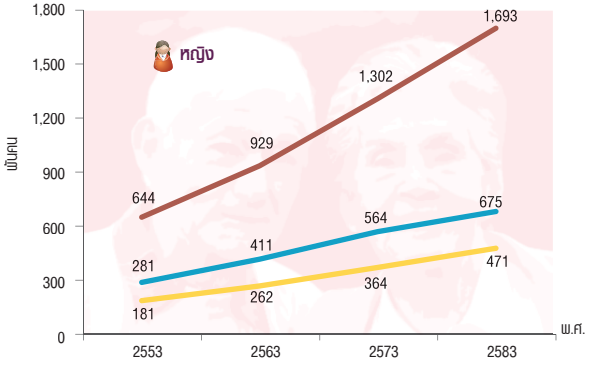
## จำนวนการตายของประเทศไทย พ.ศ. 2511-2553




**ที่มา:** ข้อมูลทะเบียนราษฎร

## ประมาณจำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันและตามเพศ พ.ศ. 2553-2583




กิจวัตรพื้นฐาน การขับถ่าย การทำงานบ้าน

**ที่มา:** ประมาณโดยผู้เขียน จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547

**ภาวะพึ่งพิง** (Dependency) หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติกิจอย่างเป็นอิสระ แต่ต้องการความช่วยเหลือหรือการเฝ้าระวังจากบุคคลอื่น

# การย้ายถิ่น (ในประเทศ) กับสุขภาพ

4

***รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง***
*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## "แนวโน้มการย้ายถิ่นของคนไทยลดลง และพบว่าหลังการย้ายถิ่น 2 ปี แรงงานย้ายถิ่นมีสุขภาวะทั่วไปดีขึ้น แต่หลังจากนั้นอีก 2 ปี (ปีที่ 4) กลับแย่ลง โดยเฉพาะ ด้านจิตใจและสุขภาวะทางสังคม"

**จำนวนผู้ย้ายถิ่นและอัตราการย้ายถิ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี ผลกระทบทางสุขภาพ ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ของตัวผู้ย้ายถิ่นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงาน เช่นเดียวกับผลกระทบที่มีต่อสมาชิกในครัวเรือนต้นทางที่ส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง**

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา อัตราการย้ายถิ่นของประชากรภายในประเทศมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 4.3 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2548 เป็นร้อยละ 3.0 ในปี 2552 โดยกระแสของการย้ายถิ่นระหว่างเมืองและชนบทมีลักษณะยืดหยุ่นตามภาวะเศรษฐกิจ ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ปี 2540 และ ปี 2551-2552 การย้ายถิ่นจากเมืองสู่ชนบทมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่การย้ายจากชนบทกลับลดลง

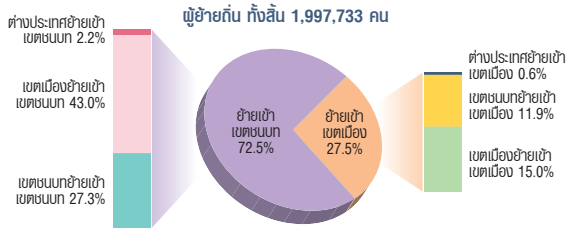
สำหรับ "กลุ่มแรงงาน" ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นถึงกลุ่มวัยทำงานตอนกลาง ที่ย้ายถิ่นจากชนบท เข้ามาหางานทำในเมือง การย้ายถิ่นนั้นอาจส่งผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบต่อตัวบุคคล ครัวเรือนหรือชุมชนในถิ่นต้นทาง เงินส่งกลับจากการย้ายถิ่นสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยของครัวเรือน การศึกษาของเด็ก หรือการลงทุนในธุรกิจย่อยๆ ในขณะที่ตัวผู้ย้ายถิ่นรวมทั้งสมาชิกในครัวเรือนอาจต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ

ก่อนการย้ายถิ่น แรงงานย้ายถิ่นมักจะเป็นผู้ที่มีสถานะสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ย้ายถิ่น และสุขภาพโดยรวมอาจปรับดีขึ้นภายหลังการย้ายถิ่นในระยะแรก อย่างไรก็ดี เมื่อศึกษาตามระยะเวลาที่อาศัยในถิ่นปลายทางยิ่งอยู่นานเท่าไหร่กลับพบว่าสุขภาพโดยทั่วไปของแรงงานกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแย่ลงกว่าเมื่อก่อนย้ายถิ่น โดยเฉพาะด้านจิตใจและทางสังคม นอกจากนี้ การย้ายถิ่นมักสร้างความกังวลใจให้กับพ่อแม่ผู้สูงอายุ อีกทั้ง เด็กๆ ที่พ่อแม่ต้องไปทำงานต่างถิ่น ก็มีโอกาสสูงที่จะประสบปัญหาสุขภาพจิตใจและภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม

ขณะนี้มีโครงการและกิจกรรมในชุมชน/หมู่บ้านที่ได้ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก อยู่บ้างพอสมควร แต่ยังไม่มีโครงการใดที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุและเด็กที่ประสบปัญหาอันเนื่องมาจากการย้ายถิ่นของสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นลูกของผู้สูงอายุหรือพ่อแม่ของเด็ก การป้องกันและการแก้ไขปัญหาเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนโดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจ ซึ่งต้องการผู้ที่มีความรู้ และความชำนาญเฉพาะด้าน

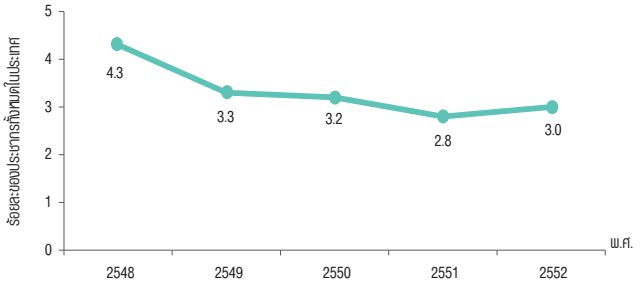
การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ให้คำจำกัดความ "ผู้ย้ายถิ่น" หมายถึง ผู้ที่ย้ายสถานที่อยู่อาศัยจากหมู่บ้านอื่น หรือเขตเทศบาลอื่น หรือจากประเทศอื่น ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยครั้งสุดท้าย มายังหมู่บ้านหรือเขตเทศบาลซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ปัจจุบัน ภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนการสำรวจ

## กระแสการย้ายถิ่นของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2552



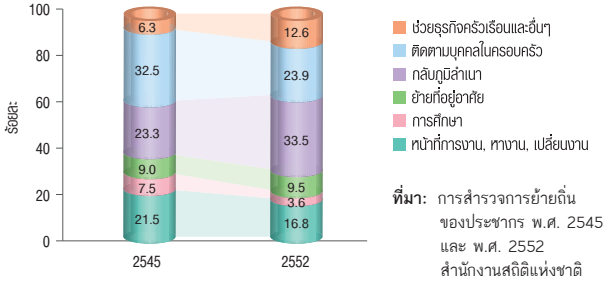

**ที่มา:** รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## อัตราการย้ายถิ่น ของประชากรไทย พ.ศ. 2548-2552



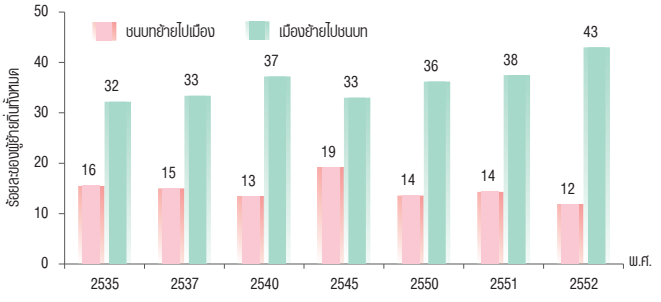

**ที่มา:** รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## ร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามเหตุผลการย้ายถิ่น พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2552



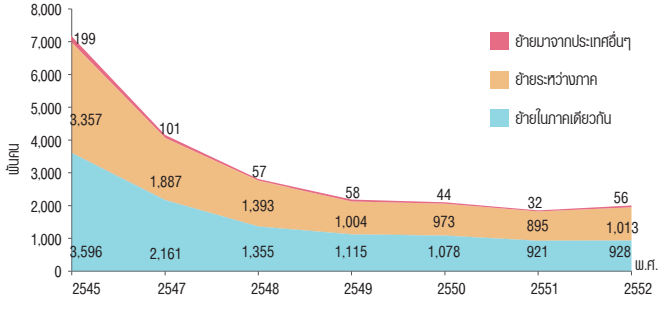

**ที่มา:** การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## ร้อยละของผู้ย้ายถิ่นทั้งหมด จำแนกตามกระแสการย้ายถิ่น ระหว่างเขตเมืองและชนบท ระหว่าง พ.ศ. 2535-2552



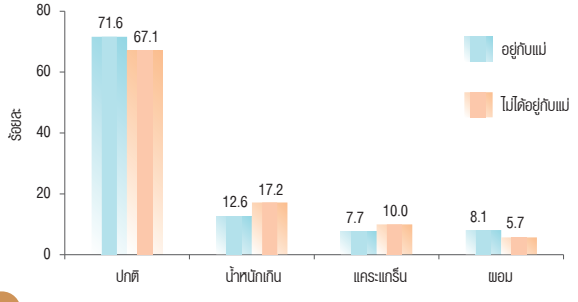

**ที่มา:** รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ.2535, 2537, 2540, 2545, 2550 และพ.ศ.2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูล พ.ศ. 2535-2551 จาก รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553

## จำนวนผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามสถานภาพการย้ายถิ่น ปี พ.ศ. 2545-2552



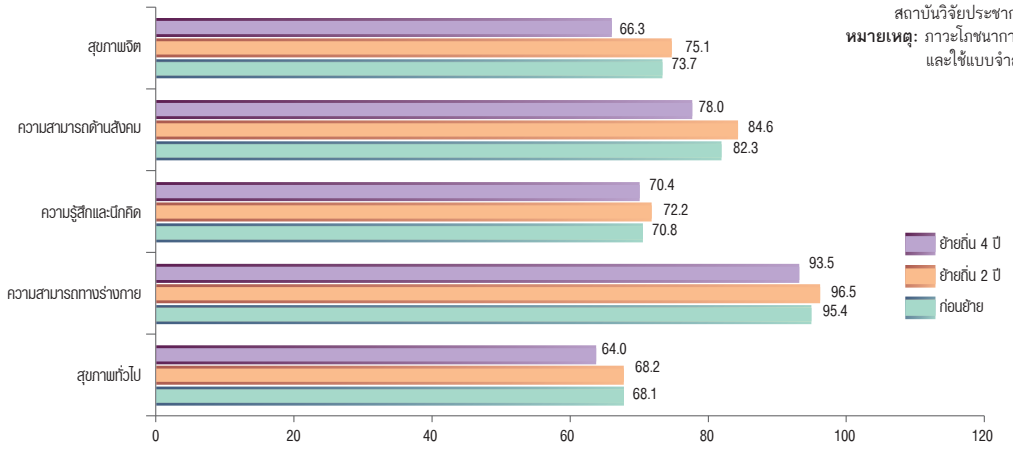

**ที่มา:** การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## ภาวะโภชนาการของเด็กที่มีแม่อยู่ด้วย เทียบกับเด็กที่ไม่มีแม่อยู่ด้วย (แม่ย้ายถิ่น)




**ที่มา:** โครงการ CHAMPSEA (2554);: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล
**หมายเหตุ:** ภาวะโภชนาการ วัดจากน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็ก (3-11 ปี) และใช้แบบจำลอง WHO กำหนดระดับโภชนาการ

## สุขภาวะ (คะแนนเฉลี่ย) ของผู้ย้ายถิ่น 2 ปี และ 4 ปี เปรียบเทียบก่อนและหลังย้ายถิ่น




**ที่มา:** โครงการการย้ายถิ่นและสุขภาพประชากร อายุ 15-33 ปี; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
**หมายเหตุ:** สุขภาวะ วัดจาก SF36 Questionnaire โดยแต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน

# การย้ายถิ่น (ระหว่างประเทศ) กับสุขภาพ 5

***รองศาสตราจารย์ ดร.วาทินี บุญชะลักษี และ กัญญา อภิพรชัยสกุล***
*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล*

## "1 ใน 25 คนของประชากรในไทยเป็นผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย"

**แรงงานข้ามชาติจำนวนมากยังคงไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น รวมถึงการส่งเสริมและป้องกันโรคติดต่อที่อาจแพร่ระบาด เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและเฝ้าระวัง และด้วยจำนวนคนไข้ชาวต่างชาติที่สูงขึ้นทุกปี จึงจำเป็นต้องติดตามผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมและการวางแผนรับมือในระยะยาวถือว่ามีความจำเป็น**

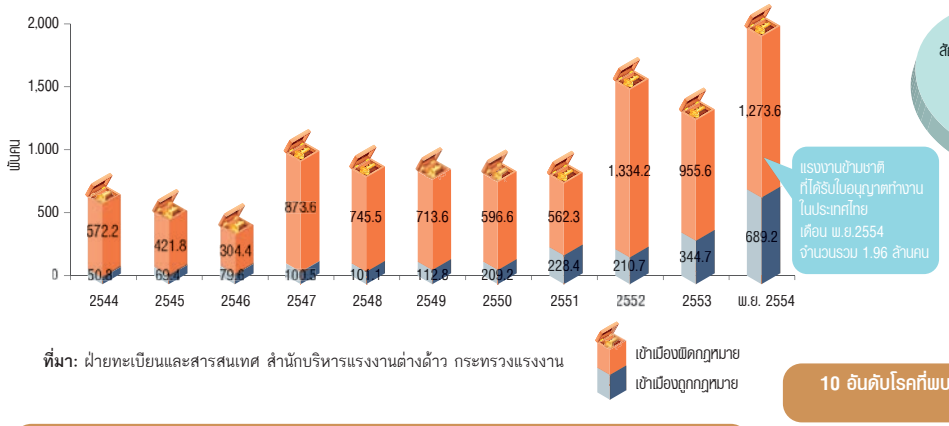
สำมะโนประชากรและเคหะล่าสุด ปี 2553 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยทั้งสิ้นประมาณ 2.7 ล้านคน หรือร้อยละ 4.1 ของประชากรในจำนวนนี้ มากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และเขตภาคกลาง คาดว่า เกือบร้อยละ 90 เป็นแรงงานชาวต่างชาติที่เข้ามาพำนักอาศัยและทำงานในประเทศ ซึ่งกลุ่มใหญ่ที่สุดมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ พม่า ลาว และกัมพูชา แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้รวมถึงผู้ติดตามที่ยังมีสถานภาพการทำงานผิดกฎหมาย หรือไม่มีใบอนุญาตทำงาน น่าจะยังมีสูงกว่า 1 ล้านคน

ภายใต้สถานการณ์ "สังคมผู้สูงอายุ" รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกำลังแรงงานของไทย ส่งผลให้ความจำเป็นในการจ้างแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานไร้ฝีมือ เพื่อมาทำงานในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การพัฒนาระบบบริการสุขภาพรวมถึงการสร้างหลักประกันและสวัสดิการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับแรงงานและผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติเหล่านี้เป็นเรื่องที่ต้องเร่งพิจารณา นอกจากนั้น ลักษณะการเจ็บป่วยที่พบในกลุ่มคนไข้ชาวต่างชาติชี้ว่า การเฝ้าระวัง ส่งเสริมและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อ เช่น มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องที่สำคัญ

ในอีกด้านหนึ่ง ในปี 2550 ผู้ป่วยชาวต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนไทยมีจำนวนสูงถึง 1.37 ล้านคน เพิ่มจาก 0.55 ล้านคน ในปี 2544 ซึ่งคาดว่าเป็นผลจากการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียของประเทศไทย (Thailand: Centre of Excellent Health Care of Asia) ตั้งแต่ปี 2546

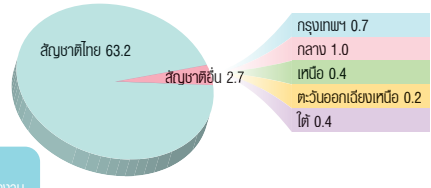
ตัวเลขนี้ยังสำรวจไม่ครบ และยังไม่ได้รวมผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติและผู้ป่วยต่างชาติตามเขตชายแดน ซึ่งถ้ารวมกันทั้งหมดน่าจะเกิน 3 ล้านคน การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยต่างชาตินี้ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ระบบบริการสุขภาพของไทยต้องพิจารณาถึงการพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถด้านทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ เพื่อรองรับและไม่ให้เกิดผลกระทบต่อระบบและคุณภาพการบริการทางสุขภาพแก่คนไทยในประเทศ

## จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทย จำแนกตามลักษณะการเข้าเมือง (พ.ศ. 2544 - พฤศจิกายน พ.ศ. 2554)




**ที่มา:** ฝ่ายทะเบียนและสารสนเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน

## จำนวนประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2553 จำแนกตามสัญชาติและภูมิภาค




**ที่มา:** สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

## การคาดประมาณจำนวนประชากรต่างชาติในประเทศไทย จำแนกตามประเภท พ.ศ. 2552-2553

| ประเภท | จำนวนที่คาดประมาณ (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| พำนักอาศัยอย่างเดียว | 373,251 | 10.6% |
| ผู้พักอาศัยชั่วคราว | 121,109 | 3.4% |
| นักท่องเที่ยวและวีซ่าผ่านแดน | 92,014 | 2.6% |
| นักศึกษา (ระดับอุดมศึกษา) | 19,052 | 0.5% |
| ผู้พลัดถิ่นอพยพ (อาศัยในค่ายชั่วคราวผู้พลัดถิ่นอพยพ)* | 141,076 | 4.0% |
| พำนักอาศัยและทำงาน | 3,141,580 | 89.4% |
| แรงงานวิชาชีพ แรงงานมีฝีมือและกึ่งมีฝีมือ (รวมผู้ติดตาม) | 106,486 | 3.0% |
| ผู้พำนักเกินอายุวีซ่า (พ.ศ.2550) | 65,558 | 1.9% |
| กลุ่มชาติพันธุ์ | 303,610 | 8.6% |
| คนไร้รัฐ หรือไร้สถานะทางทะเบียน | 210,182 | 6.0% |
| แรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กัมพูชาและลาว (รวมผู้ติดตาม) | 2,455,744 | 69.9% |
| รวม | 3,514,831 | 100.0% |

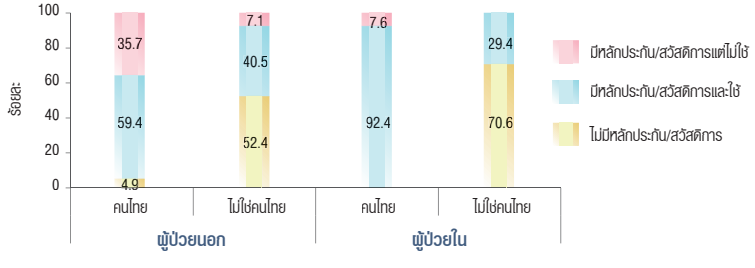
**ที่มา:** Thailand Migration Report 2011 (Jerrold W. Huguet และ Aphichart Chamratrithirong, 2011)
**หมายเหตุ:** *ผู้พลัดถิ่นอพยพ ไม่ถูกนับรวมในสำมะโนประชากรและเคหะของประเทศไทย

## 10 อันดับโรคที่พบมากในผู้ป่วยชาวต่างชาติเปรียบเทียบกับคนไทย พ.ศ. 2553

| 10 อันดับโรคติดต่อที่พบมาก | ผู้ป่วยชาวต่างชาติ | ผู้ป่วยคนไทย |
|---|---|---|
| 1 | ท้องเสียเฉียบพลัน | ท้องเสียเฉียบพลัน |
| 2 | ไข้ไม่ทราบสาเหตุ | ไข้ไม่ทราบสาเหตุ |
| 3 | มาลาเรีย | ปอดอักเสบ |
| 4 | ไข้เลือดออก | ไข้เลือดออก |
| 5 | ปอดอักเสบ | ไข้หวัดใหญ่ |
| 6 | โรคตาแดง โรคตาอักเสบ | โรคตาแดง โรคตาอักเสบ |
| 7 | วัณโรครวม | อาหารเป็นพิษ |
| 8 | โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | สุกใส |
| 9 | อาหารเป็นพิษ | วัณโรครวม |
| 10 | ไข้หวัดใหญ่ | งูสวัด |

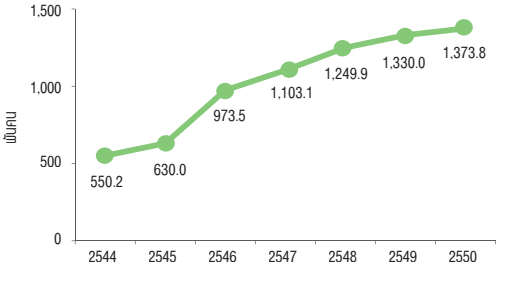
**ที่มา:** รายงานการเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2553, สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 21 ธันวาคม 2553) ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโรคในผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยรับรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ

## การใช้สิทธิประโยชน์จากหลักประกันหรือสวัสดิการทางสุขภาพในการรักษาพยาบาลของคนไทยเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่คนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำแนกตามประเภทการรักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย




**ที่มา:** วาทินี และคณะ (2555) คำนวณจาก ผลการสำรวจระดับชาติ "ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มคนไทย และแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2554"
**หมายเหตุ:** "ผู้ที่ไม่ใช่คนไทย" ประกอบด้วย กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทย

## จำนวนคนไข้ต่างชาติที่มารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทย พ.ศ. 2544-2550




**ที่มา:** สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ อ้างใน อัญชนา, วิโรจน์ และ ศิรชัย, 2552
**หมายเหตุ:** 1. ข้อมูลนี้รวบรวมจากตัวเลขที่โรงพยาบาลรายงานเข้ามา (รวม 55 โรงพยาบาลในปี 2550) ซึ่งอาจยังไม่ครบถ้วน
2. ข้อมูลตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา อาจรวมกรณีที่คนไข้กลับมารับการรักษาซ้ำ (revisit) ด้วย

## การคาดประมาณจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นต่อปีจากนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (medical hub)

| ช่วงปี พ.ศ. | จำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นรวม ต่อปี[ก] | | ร้อยละของจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นโดยคนไข้ต่างชาติ | |
|---|---|---|---|---|
| | สมมติฐาน 1[ข] | สมมติฐาน 2[ค] | สมมติฐาน 1 | สมมติฐาน 2 |
| 2549-2550 | 856-999 | 971-1,159 | 6.7%-8.0% | 17.8%-20.7% |
| 2551-2552 | 969-1,132 | 1,092-1,313 | 6.3%-8.0% | 16.9%-20.7% |
| 2553-2554 | 899-1,174 | 1,133-1,416 | 7.3%-10.3% | 19.2%-25.6% |
| 2557-2558 | 1,034-1,239 | 1,210-1,542 | 8.5%-12.2% | 21.8%-29.5% |

**ที่มา:** Anchana Na-Ranong and Viroj Na-Ranong, 2011

**หมายเหตุ:** ก) รวมจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นทั้งหมด จากคนไข้ไทยและคนไข้ต่างชาติ โดยสมมติว่าแพทย์หนึ่งคนรักษาคนไข้ไทยได้ไม่เกินวันละ 72-80 ครั้ง ซึ่งมีข้อสังเกตว่าอาจเป็นการกำหนดภาระงานของแพทย์ที่สูงเกินควร
ข) สมมติฐาน 1 สมมติฐานว่าแพทย์หนึ่งคนรักษาคนไข้ต่างชาติได้ไม่เกินวันละ 40-48 ครั้ง
ค) สมมติฐาน 2 สมมติฐานว่าแพทย์หนึ่งคนรักษาคนไข้ต่างชาติได้ไม่เกินวันละ 14-16 ครั้ง

# คุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์ 6

*คณะทำงานสุขภาพคนไทย*

## "เยาวชนไทยอายุ 18-21 ปี เพียง 1 ใน 4 คนเท่านั้น เข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา"

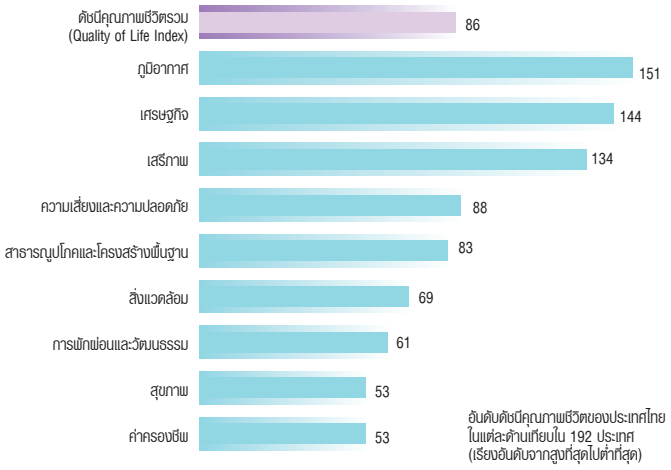
**ระดับ "คุณภาพชีวิต" เป็นสิ่งที่วัดและเปรียบเทียบได้ยาก ปัจจุบัน มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องซึ่งตีความไว้ในหลายแนวทาง ไม่ว่าจะเป็นในด้านวัตถุวิสัยหรืออัตวิสัย ด้านการพัฒนามนุษย์ หรือด้านความมั่นคงของมนุษย์ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน**

ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมี "ดัชนีคุณภาพชีวิต" หรือ "Quality of Life Index" ดีเป็นอันดับที่ 86 จากทั้งสิ้น 192 ประเทศ โดยมีจุดแข็งที่สำคัญเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในด้านค่าครองชีพและด้านสุขภาพ ในขณะที่จุดอ่อนได้แก่ด้าน ภูมิอากาศ สภาพเศรษฐกิจและเสรีภาพ แม้เมื่อเทียบกับประเทศอื่น "ค่าครองชีพ" ของคนไทยจะถือว่าต่ำ แต่จากการสำรวจในคนไทย 1 แสนคนทั่วประเทศ กลับพบผู้ที่ประสบปัญหาค่าครองชีพและค่าสินค้าปรับตัวสูงขึ้นสูงถึงร้อยละ 77 ในสัดส่วนที่รองลงมา ประสบปัญหารายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและปัญหาเรื่องเครียด ตามลำดับ

"การศึกษา" ถือเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สำคัญต่อการพัฒนามนุษย์และคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ในปี 2554 ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 103 จากทั้งหมด 187 ประเทศ ตามระดับ "ดัชนีการพัฒนามนุษย์" แม้จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จะมีทิศทางปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 8.2 ปี อย่างไรก็ตาม ปัญหา "ความเหลื่อมล้ำ" ในการเข้าถึงการศึกษาก็ยังคงมีสูง โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับอุดมศึกษา ใน 100 คน ของเด็กและเยาวชนในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุด พบว่าเพียง 57 คน และ 2 คน ตามลำดับเท่านั้นที่ได้เข้าศึกษา ในขณะที่กลุ่มซึ่งอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยที่สุดได้เข้าศึกษาสูงถึง 100 คน และ 71 คน ตามลำดับ

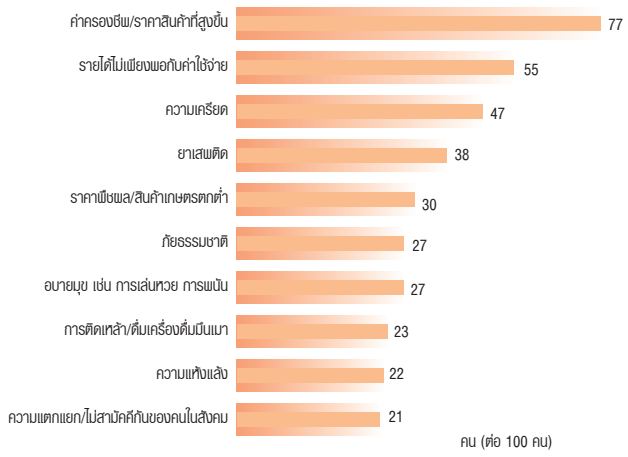
ภายใต้กรอบแนวคิด "การพัฒนาที่ยั่งยืน" ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนรุ่นปัจจุบันไม่ควรบั่นทอนหรือลดโอกาสในการพัฒนาและรักษาระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในรุ่นถัดไป ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตใหม่ๆ ในปัจจุบัน เช่น ดัชนีโลกมีสุข และ ดัชนีสังคมที่ยั่งยืน จึงให้ความสำคัญต่อประเด็นหรือองค์ประกอบพิจารณาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและระบบนิเวศอย่างเห็นได้ชัด

## อันดับดัชนีคุณภาพชีวิตของประเทศไทยในแต่ละด้านเทียบใน 192 ประเทศ พ.ศ. 2554




**ที่มา:** Quality of Life Index, 2011 by International Living; http://www1.internationalliving.com/qofi2011/show_country.php?country=Thailand

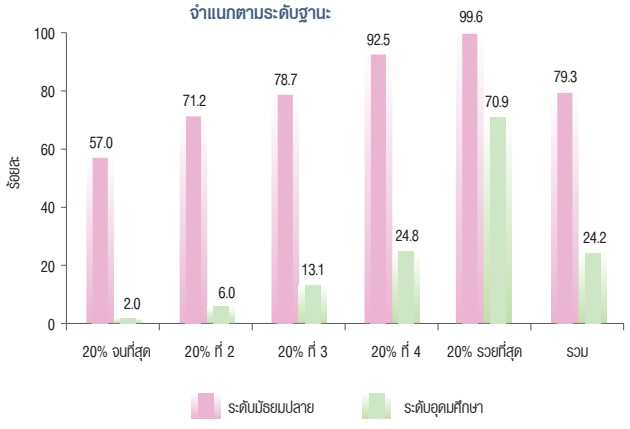
## 10 ปัญหาที่คนไทยประสบอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด

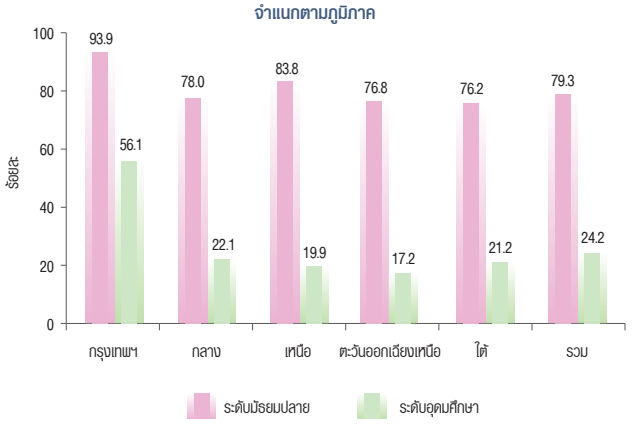



**ที่มา:** 10 เสียงสะท้อนของ "คนไทย" (29 สิงหาคม พ.ศ. 2554) http:www.khonthaifoundation.org

**หมายเหตุ:** จากการสำรวจประชากรไทย 100,000 คนทั่วประเทศ 77 จังหวัด ภายใต้โครงการ "คนไทยมอนิเตอร์ เสียงนี้มีพลัง"

## อัตราการเข้าเรียนอย่างหยาบ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2553




**ที่มา:** สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.

**หมายเหตุ:** 1) ระดับฐานะ วัดจากระดับรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค; 2) อัตราเข้าเรียนอย่างหยาบระดับมัธยมปลาย = จำนวนนักเรียนระดับมัธยมปลายทั้งหมด คูณ 100 หาร จำนวนประชากรอายุ 15-17 ปี; 3) อัตราเข้าเรียนอย่างหยาบระดับอุดมศึกษา= จำนวนนักเรียนระดับอุดมศึกษาทั้งหมด คูณ 100 หาร จำนวนประชากรอายุ 18-21 ปี

## ตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์ ซึ่งใช้เปรียบเทียบในระดับนานาประเทศ

| | ดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) | ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index) | ดัชนีโลกมีสุข (Happy Planet Index) | ดัชนีสังคมที่ยั่งยืน (Sustainable Society Index) |
|---|---|---|---|---|
| พื้นฐานแนวคิด | ชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตใน 9 มิติ | ชี้วัดระดับการพัฒนามนุษย์ของประเทศ โดยคำนึงถึงการมีชีวิตยืนยาวและสุขภาพดี ความรู้ และมาตรฐานคุณภาพชีวิต | ชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนในสังคมด้วยความยืนยาวของชีวิตและความพึงพอใจในการใช้ชีวิต เปรียบเทียบกับทรัพยากรของโลกที่สูญเสียไป | ชี้วัดระดับความยั่งยืนของสังคมบนพื้นฐาน การมีสุขภาวะของมนุษย์ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะทางเศรษฐกิจ |
| องค์ประกอบ | ค่าครองชีพ, เวลาว่างและวัฒนธรรม, เศรษฐกิจ, สิ่งแวดล้อม, เสรีภาพ, สุขภาพ, โครงสร้างพื้นฐาน, ความเสี่ยงและความปลอดภัย, สภาพภูมิอากาศ | อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด, จำนวนปีเฉลี่ยและจำนวนปีคาดการณ์ของการได้เรียนหนังสือ และ ระดับรายได้ประชาชาติต่อหัว | ผลคูณระหว่างอายุคาดเฉลี่ยกับคะแนนความพึงพอใจในชีวิต หารด้วย ระดับของรอยเท้าต่อระบบนิเวศ | ตัวชี้วัดย่อยสุขภาวะของมนุษย์ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะทางเศรษฐกิจ ทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัด |
| ปีล่าสุดที่มีการจัดอันดับ | พ.ศ. 2554 | พ.ศ. 2554 | พ.ศ. 2552 (HPI 2.0) | พ.ศ. 2553 |
| อันดับที่ของประเทศไทย/จำนวนประเทศที่มีการจัดอันดับ | อันดับที่ 86 จาก 192 ประเทศ | อันดับที่ 103 จาก 187 ประเทศ | อันดับที่ 41 จาก 143 ประเทศ | อันดับที่ 38 จาก 151 ประเทศ |
| หน่วยงานที่จัดอันดับ | International Living | UNDP | New Economics Foundation | Sustainable Society Foundation |

# กำลังแรงงานและมิติทางเศรษฐกิจ 7

***ศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์***
*คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*

## "แรงงานไทยกำลัง "สูงอายุ" แรงงานไทย ร้อยละ 25 มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2554"

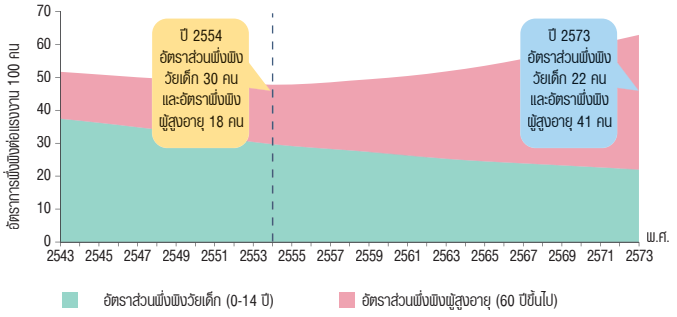
**จากการเคลื่อนสู่ภาวะสูงวัยของประชากรไทย แนวโน้มภาวะพึ่งพิงทางประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบที่จะมีต่อโครงสร้างกำลังแรงงานของประเทศ และปัญหาความยากจนในกลุ่มประชากรสูงอายุ เป็นเรื่องที่ควรจับตามองและเตรียมการรองรับ**

ด้วยจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การพึ่งพิง (ทางอายุ) ของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ในปี 2554 อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 100 คน อยู่ที่ประมาณ 18 คน (ผู้สูงอายุ 1 คน พึ่งพิงวัยแรงงาน 5.5 คน) อีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า อัตราส่วนนี้จะเพิ่มสูงถึงแรงงาน 100 คน ต่อผู้สูงอายุ 41 คน (หรือผู้สูงอายุ 1 คนพึ่งพิงวัยแรงงานเพียง 2.4 คน)

จนถึงปัจจุบัน แม้ผลิตภาพของแรงงานไทยจะเพิ่มสูงขึ้น แต่เป็นในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีการจ้างงานเกือบร้อยละ 40 ของกำลังแรงงานทั้งหมด แต่มีสัดส่วนมูลค่าผลผลิตเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ของ GDP ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่น่าห่วงใยเพราะในอนาคตอันใกล้ซึ่งประชากรจำนวนมากจะเข้าสู่วัยสูงอายุ สัดส่วนประชากรวัยแรงงานจะลดลง อีกทั้ง กำลังแรงงานที่มีอยู่ก็จะมีอายุโดยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น การเร่งส่งเสริมเพื่อพัฒนาศักยภาพการทำงานและผลิตภาพของแรงงานจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เช่นเดียวกับการพิจารณานโยบายทางเลือกอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการทำงานหลังเกษียณหรือขยายอายุการทำงานของผู้สูงอายุให้ยาวนานขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวมและต่อผู้สูงอายุเองให้ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ ลดการพึ่งพิงและมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพในวัยชรา

ทั้งนี้ "การออม" เป็นเครื่องมือจัดการความเสี่ยงและเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง จากบัญชีรายได้ประชาชาติ พ.ศ. 2552 มูลค่าการออมของครัวเรือนคิดเป็นเพียงร้อยละ 11 ของรายได้ครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ หากพิจารณาตามหลักการ "ใช้จ่าย 3 ส่วน ออม 1 ส่วน" การส่งเสริมการออม ในรูปแบบต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกันรายได้ยามชราของคนไทย จึงเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน ควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นต่อจำนวนคนจนทั้งหมดในประเทศ อันน่าจะเป็นผลมาจากการลดลงของรายได้เมื่อเข้าวัยชราและการมีเงินออมที่ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็น อีกทั้งไม่มีหลักประกันทางรายได้ในด้านอื่นๆ

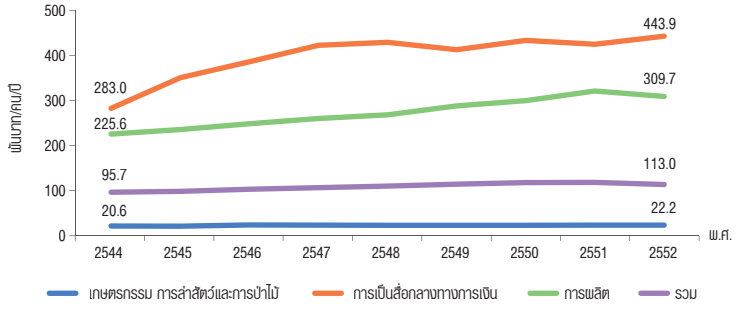
## อัตราส่วนพึ่งพิง (dependency ratio) ของประชากรไทย พ.ศ. 2543-2573




**ที่มา:** การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

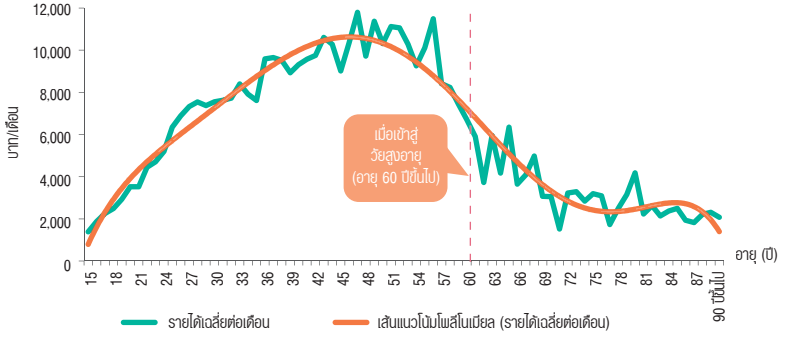
**หมายเหตุ:** อัตราส่วนพึ่งพิงรวม หมายถึงจำนวนประชากรเด็กและประชากรสูงอายุต่อจำนวนประชากรวัยแรงงาน 100 คน
อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก คำนวณจาก ประชากรวัยเด็ก หาร ประชากรวัยแรงงาน คูณ 100
อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ คำนวณจาก ประชากรผู้สูงอายุ หาร ประชากรวัยแรงงาน คูณ 100

## ผลิตภาพแรงงานไทยในภาพรวม และในบางอุตสาหกรรม (เกษตรกรรม การผลิต การเงิน) พ.ศ. 2544-2552




**ที่มา:** การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลเป็นค่าเฉลี่ย 4 ไตรมาส โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

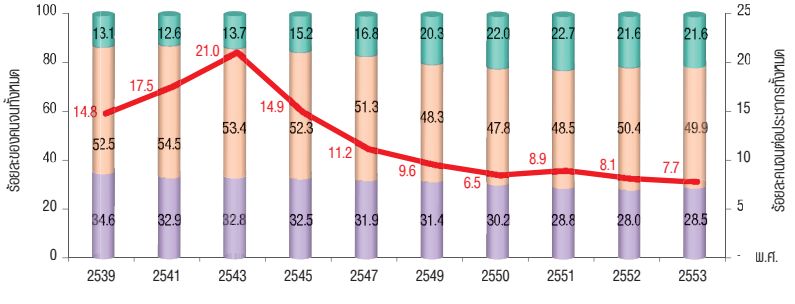
## รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2552




**ที่มา:** คำนวณจากข้อมูล การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรกับความเหลื่อมล้ำทางรายได้ในประเทศไทย (สวรัยและคณะ, 2554)

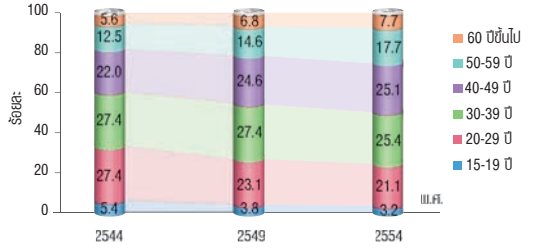
**หมายเหตุ:** รายได้ในที่นี้ รวมถึงรายได้จากการทำงาน รายได้ที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน (เช่น เงินที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนอกครัวเรือน/รัฐ) รายได้จากทรัพย์สิน (เช่น ดอกเบี้ย) และรายได้ที่บุคคลได้รับในรูปสวัสดิการ/สินค้า และบริการต่างๆ

## ร้อยละคนจนต่อประชากรทั้งหมด และร้อยละของคนจนทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2553



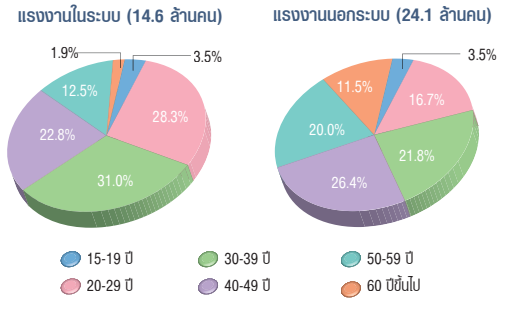

**ที่มา:** ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

## โครงสร้างอายุกำลังแรงงานไทย พ.ศ. 2544, 2549 และ 2554



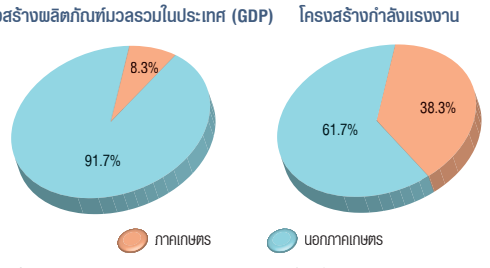

**ที่มา:** การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (ไตรมาส 1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## โครงสร้างอายุกำลังแรงงานไทย พ.ศ. 2553 จำแนกตามภาคการจ้างงาน



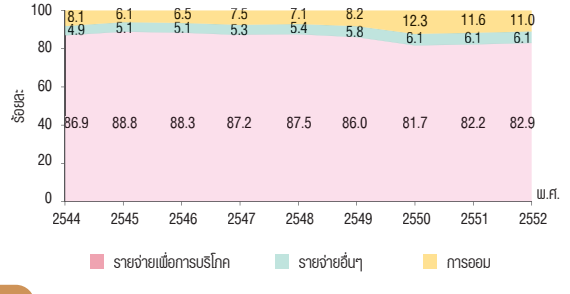

**ที่มา:** การสำรวจแรงงานนอกระบบ (การสำรวจในไตรมาส 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## โครงสร้างผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) และโครงสร้างกำลังแรงงาน พ.ศ. 2553




**ที่มา:** สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554

## สัดส่วนรายได้ครัวเรือนทั้งประเทศ จำแนกตามประเภทรายจ่าย พ.ศ. 2544-2552




**ที่มา:** รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2552, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

# 8 ครอบครัวและการเกื้อหนุนทางสังคม

***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

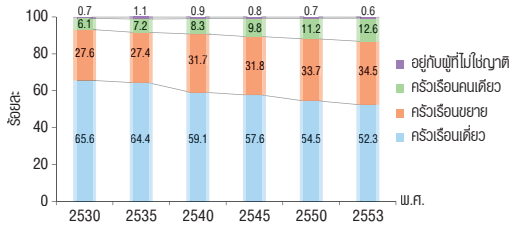
## "เทียบกับ 40-50 ปีก่อน ครัวเรือนไทยมีขนาดเล็กลงถึง 1.8 เท่า ในปี 2553 มีสมาชิกโดยเฉลี่ยเพียงประมาณ 3 คน"

**ด้วยอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย ในขณะที่อัตราเกิดลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยกำลังเคลื่อนสู่การเป็น "สังคมผู้สูงอายุ" อย่างสมบูรณ์ การสร้างความเข้มแข็งของการเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการส่งเสริมเพื่อสร้างหลักประกันทางรายได้ยามชราจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องพิจารณา**

"ครอบครัว" หรือ "ครัวเรือน" ยังคงเป็น "สถาบัน" ที่มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่สมาชิกเมื่อยามสูงอายุ กระนั้น สถาบันนี้ก็อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนผ่านด้วยเช่นกัน จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นและหลายคนพักอาศัยอยู่กับลูกหลาน ทำให้ปัจจุบันสัดส่วนของครัวเรือนที่เป็น "ครัวเรือนขยาย" มีเพิ่มมากขึ้น โดยคิดเป็นกว่า 1 ใน 3 ของครัวเรือนทั้งหมด ในขณะที่ "ครัวเรือนเดี่ยว" มีสัดส่วนลดลง อย่างไรก็ดี ขนาดครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ยกลับพบว่าลดลงอย่างต่อเนื่องอยู่ที่เพียง 3 คน ในปี 2553 คำถามที่ตามมา คือ ใน 3 คนนั้น หาก 1 หรือ 2 คน เป็นผู้สูงอายุ สมาชิกที่เหลือในครอบครัวจะสามารถดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้เหมือนในอดีตได้อย่างไร สิ่งนี้สะท้อนต่อมุมมองของคนไทยที่เริ่มเปลี่ยนไปว่าแหล่งเงินหรือรายได้ที่สำคัญในยามชราคงต้องมาจากการทำงานเลี้ยงตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อนที่มักจะคาดหวังจากลูกหลาน

ในกำลังแรงงานไทยทั้งสิ้นกว่า 38 ล้านคน มีเพียงไม่ถึง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีหลักประกันทางรายได้เมื่อเข้าสู่วัยชรา (หากไม่นับรวมการได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 500 บาท) ในจำนวนนี้ 9.7 ล้านคน อยู่ภายใต้กองทุนประกันสังคม ซึ่งให้สิทธิประโยชน์ กรณีชราภาพ และ 1.2 ล้านคน ภายใต้กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ เมื่อความสามารถในการเกื้อหนุนจากครัวเรือนมีแนวโน้มลดลง อีกทั้ง ความครอบคลุมของการคุ้มครองทางสังคมในกรณีนี้ก็ยังมีค่อนข้างต่ำ จึงมีคำถามว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะคาดหวังการเกื้อหนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นใดได้บ้าง น่ายินดีที่ "ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย" ได้ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของชุมชนไทยที่ปรับตัวดีขึ้นอย่างมากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพอจะทำให้มีความหวังว่า "ชุมชน" อาจจะเป็นคำตอบของข้อคำถามข้างต้นก็เป็นได้

## ร้อยละครัวเรือน จำแนกตามประเภทครัวเรือน พ.ศ. 2530-2553

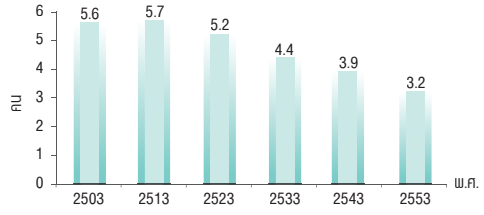



**ที่มา:** มิติหญิงชาย สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554

**หมายเหตุ:** (1) ครัวเรือนเดี่ยว หมายถึง ครัวเรือนที่มีเพียงสามีและภรรยา, หรือ พ่อ แม่ และลูก, หรือพ่อหรือแม่และลูก

(2) ครัวเรือนขยาย หมายถึง ครัวเรือนที่มีสมาชิกหลายๆ รุ่นอาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย ลุงป้า น้าอา

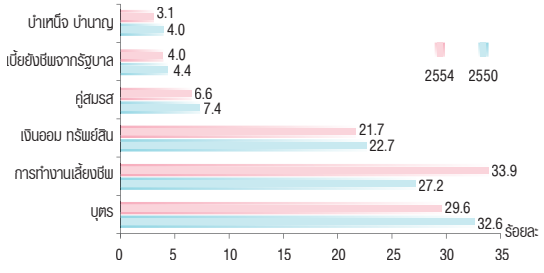
## ขนาดครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ย พ.ศ. 2503-2553




**ที่มา:** สำมะโนประชากรและเคหะ

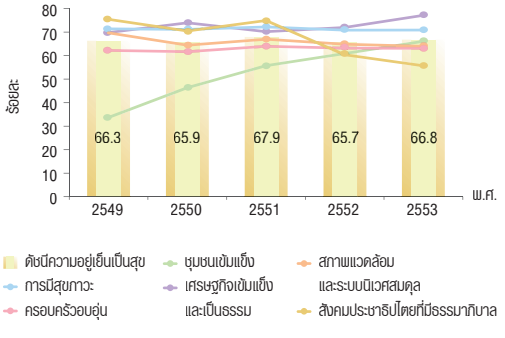
**หมายเหตุ:** ข้อมูล พ.ศ. 2553 มาจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)

## ร้อยละของประชาชน จำแนกตามแหล่งเงินที่สำคัญที่สุดในการเลี้ยงตนเองยามชรา พ.ศ. 2550 และ 2554




**ที่มา:** สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

## ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย พ.ศ. 2549-2553

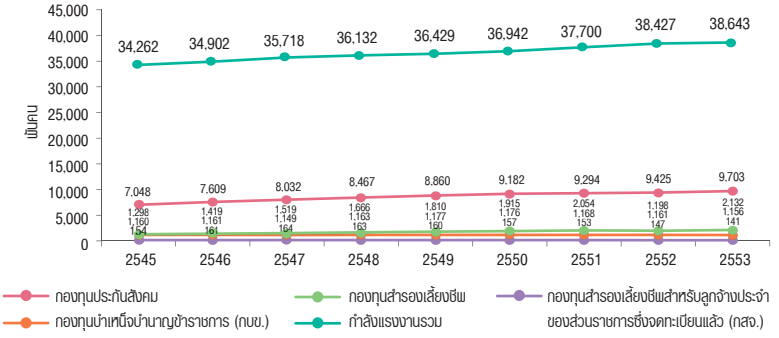



**ที่มา:** การติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

**หมายเหตุ:** (1) ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุข ประกอบด้วย 6 ดัชนีองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ดัชนีการมีสุขภาวะ ดัชนีครอบครัวอบอุ่น ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง ดัชนีเศรษฐกิจเข้มแข็งและเป็นธรรม ดัชนีสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศสมดุล ดัชนีสังคมประชาธิปไตยที่มีธรรมาภิบาล

(2) ร้อยละ 90-100 = ระดับดีมาก; ร้อยละ 80-89.9 = ระดับดี; ร้อยละ 70-79.9 = ระดับปานกลาง; ร้อยละ 60-69.9 = ระดับต้องปรับปรุง; น้อยกว่า ร้อยละ 60 = ระดับเร่งแก้ไข

## กำลังแรงงานไทย และจำนวนสมาชิกของกองทุนเพื่อการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราที่มีในปัจจุบัน พ.ศ. 2545-2553




**ที่มา:** ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554

## รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน*

| รูปแบบ/โครงการ | แนวคิดและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ | ผลการดำเนินการ |
|---|---|---|
| 1 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) (เริ่ม 2545) | รูปแบบการดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยการเปิดรับสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุถึงบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม | ปี 2546-2553 มีพื้นที่ดำเนินการแล้ว 2,800 เขต อปท. เหลือพื้นที่เป้าหมายที่ต้องดำเนินการภายในปี 2556 อีก 4,970 เขต อปท. |
| 2 ชมรมผู้สูงอายุ | ส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปแบบของชมรม เพื่อให้ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอและทำงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน | ข้อมูล ณ สิ้นปี 2554 มีจำนวนชมรมทั้งสิ้น 23,069 แห่ง |
| 3 กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ (เริ่ม 2543) | จัดระบบสวัสดิการให้ผู้สูงอายุผ่านกองทุนสวัสดิการตำบลสำหรับคนทุกช่วงวัย รวมถึงการจ่ายเบี้ยยังชีพหรือบำนาญเดือนละ 300 บาทสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกองทุนครบ 15 ปี (ปัจจุบันยังไม่มีการจ่ายเนื่องจากอายุกองทุนยังไม่ถึง 15 ปี) | ณ สิ้นปีงบประมาณ 2553 กองทุนได้จัดตั้งแล้วจำนวน 3,443 กองทุน จาก 26,549 หมู่บ้าน จำนวนสมาชิก 1,446,262 คน กองทุนรวม 790.72 ล้านบาท |
| 4. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ศูนย์ Home Health Care (เริ่ม 2548) | รูปแบบระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังถึงที่บ้านโดยการเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน | ปัจจุบันทุกจังหวัดจะมีตำบลต้นแบบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อยจังหวัดละ 1 ตำบล |
| 5. โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ (เริ่ม 2546) | ส่งเสริมการจัดและพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวัดให้มีสุขอนามัย สะอาด ร่มรื่นและเป็นระเบียบ เหมาะแก่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน | ปี 2553 วัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินดีเด่น มีจำนวน 669 วัด ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นพื้นฐาน จำนวน 2284 วัด |
| 6. ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน (เริ่ม 2549) | จัดตั้งศูนย์กลางในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำกิจกรรมที่จะเสริมสร้างหรือขยายโอกาสการได้รับ ความรู้ การพัฒนาทักษะ และพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและภูมิปัญญา ร่วมกันและร่วมกับสมาชิกในชุมชน | ขยายโครงการนำร่องจาก 7 เป็น 9 ศูนย์ใน 6 จังหวัด |
| 7. การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน (เริ่ม 2551) | โครงการเตรียมความพร้อมให้คนในชุมชนก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุผ่านกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตควบคู่กับกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน | เตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ 16,640 คน ครอบครัวสัมพันธ์ 21,095 คน ชุมชนร่วมพัฒนาที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ 2,523 หลัง ออมเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน 32 กลุ่ม 10 จังหวัด สร้างรายได้จากภูมิปัญญาผู้สูงอายุ 5,234 คน |
| 8. อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน | ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้โดยอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้สูงอายุด้วยกันแต่ยังสามารถพึ่งพาตัวเองได้อยู่ โดยมีการเยี่ยมเยือน ช่วยเหลือกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันให้สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ | ปี 2552 มีชมรม 150 แห่ง ผู้สูงอายุ 3,750 คน |
| 9. โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการ โดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (CTOP) (2550) | เพื่อสร้างและส่งเสริมรูปแบบการบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย 4 จังหวัด ได้แก่ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย ตำบลสะอาด อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี | ภายในเดือนตุลาคม 2557 มีแบบจำลองรูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุไปใช้ทั่วประเทศอย่างน้อยร้อยละ 15 ของตำบลในแต่ละจังหวัด |

**ที่มา:** อนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, และข้อมูล CTOP จากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น

**หมายเหตุ:** รูปแบบ/โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยและองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น.

# ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม 9

*คณะทำงานสุขภาพคนไทย*

## "คนไทยจะปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกในไม่ช้านี้"

**การดำเนินชีวิตและกิจวัตรในแต่ละวันของมนุษย์ ล้วนแต่สร้างหรือทิ้ง "รอยเท้า" ไว้ให้กับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเกือบทั้งสิ้น ทั้งการบริโภค การผลิตสินค้าและบริการ การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร หรือแม้แต่การทำงานในสำนักงาน**

กิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้ใช้ "พลังงาน" ไม่ทางใดก็ทางหนึ่งจากธรรมชาติ และในขณะเดียวกัน ก็ปล่อย "ของเหลือ" หรือ "ของเสีย" กลับคืนสู่ธรรมชาติด้วย

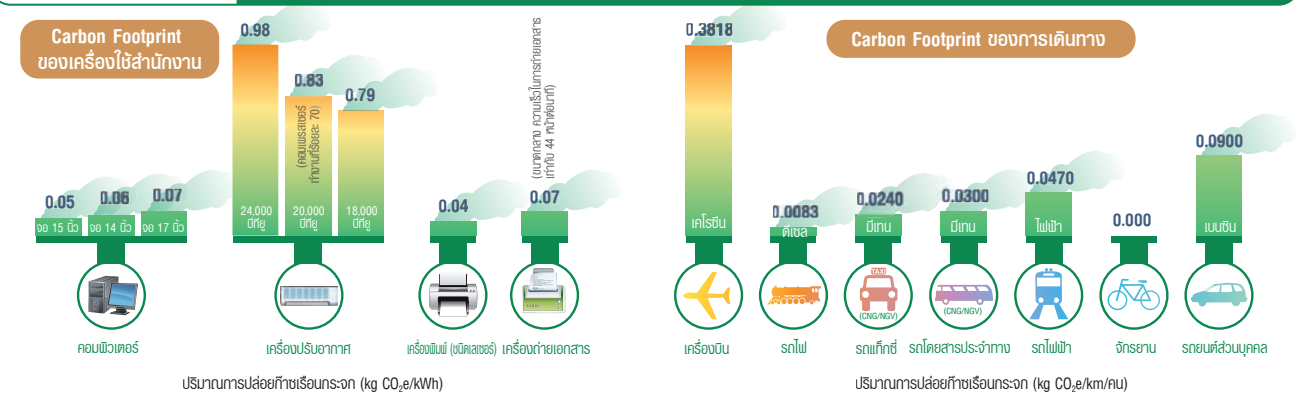
ปริมาณการใช้พลังงาน และ ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ หรือ "ก๊าซเรือนกระจก" มีความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาประเทศอย่างเห็นได้ชัด ประเทศพัฒนาแล้วกลุ่ม OECD มี "ปริมาณการใช้" และ "ปริมาณการปล่อย" ต่อคนสูงกว่าประเทศไทยถึง 2.5-3 เท่า สำหรับประเทศไทย ปริมาณดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงปี 2530-2539 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศมีการขยายตัวและการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างสูง ในปี 2551 ปริมาณการใช้พลังงานของประเทศสูงถึง 1,503.7 (เทียบเท่า) กิโลกรัมน้ำมันต่อคน และในปี 2552 ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงถึง 4.2 เมตริกซ์ตันต่อคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของโลกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งหากแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ต่อไป "ปริมาณการใช้" และ "ปริมาณการปล่อย" ของไทยจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกในไม่ช้าอย่างแน่นอน

"ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม" เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ทั้งความพยายามในการประเมินผลกระทบของผลิตภัณฑ์หรือกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ ที่มีต่อภาวะโลกร้อน โดยวัดจาก "คาร์บอนฟุตปริ้นท์" หรือการกำหนดฉลากผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถเลือกและปรับพฤติกรรมการบริโภคของตน ให้มีลักษณะ "รักษ์โลก" เพิ่มมากขึ้น

การสำรวจเมื่อไม่นานนี้ พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมที่สะท้อนถึงจิตสำนึกและการรับรู้ต่อปัญหาภาวะโลกร้อนที่ดีในหลายด้าน เช่น ด้านการประหยัดพลังงานและเชื้อเพลิง การนำกลับมาใช้ใหม่และการเลือกซื้อเลือกใช้สิ่งของอุปโภค บริโภคที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมในการทิ้งและแยกขยะ เช่น ขยะอันตราย หรือ ขยะที่สามารถนำกลับมาผลิตใช้ใหม่ (recycle) ยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องรณรงค์และสนับสนุนต่อไป

**Carbon Footprint (CF)** หมายถึง ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์หรือกิจกรรมต่างๆ สู่บรรยากาศคำนวณออกมาในรูปคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าจากการวัดทางตรงหรือทางอ้อม

- **ทางตรง** เป็นการวัดปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยตรง เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิง รวมถึงการใช้พลังงานในครัวเรือนและยานพาหนะ
- **ทางอ้อม** เป็นการวัดปริมาณก๊าซเรือนกระจกจากผลผลิต หรือผลิตภัณฑ์ที่เราใช้ โดยคำนวณรวมทั้งกระบวนการผลิต ตั้งแต่กระบวนการได้มาซึ่งวัตถุดิบ การเพาะปลูก การแปรรูป การขนส่ง การใช้งาน รวมไปถึงกระบวนการจัดการซาก ผลิตภัณฑ์หรือบรรจุภัณฑ์หลังการใช้งาน เรียกได้ว่าตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ (LCA: Life Cycle Assessment)




**ที่มา:** คู่มือ คลายร้อนให้โลก (ที่) รัก, โดย สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA)

## ฉลากผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

**ฉลากประหยัดไฟเบอร์ 5**
เป็นฉลากรับรองประสิทธิภาพ อุปกรณ์ไฟฟ้า เครื่องใช้ไฟฟ้า ว่ามีคุณภาพได้มาตรฐานและประหยัด พลังงาน

**ฉลากเขียว**
เป็นเครื่องหมายที่รับรองว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อย

**Carbon Footprint**
เป็นฉลากแสดงปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์แต่ละหน่วย ตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์

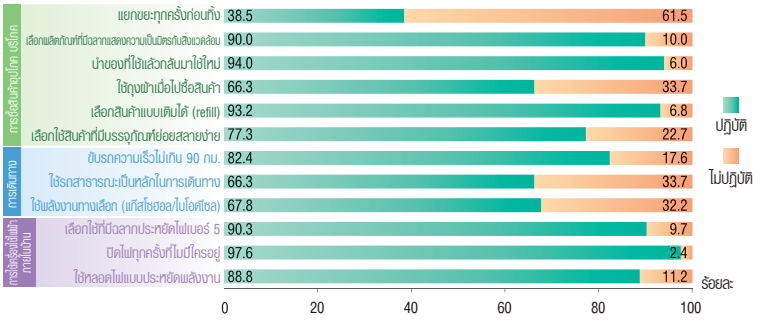
**ฉลากประสิทธิภาพสูง**
เป็นฉลากแสดงค่าประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ ซึ่งได้รับการรับรองว่ามีประสิทธิภาพสูง ช่วยให้ประหยัด พลังงานและค่าใช้จ่ายด้านพลังงาน

**ฉลากลดคาร์บอน**
เป็นฉลากที่แสดงว่ามีการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกสู่บรรยากาศ ในกระบวนการผลิตต่อหน่วยผลิตภัณฑ์

**Cool Mode**
เป็นเครื่องหมายสำหรับเสื้อผ้าลดโลกร้อน (ผลิตจากเส้นใยที่มีคุณสมบัติระบายความร้อนได้ดี ทนทานและปราศจากสารก่อมะเร็ง)

**ที่มา:** คู่มือ คลายร้อนให้โลก (ที่) รัก, โดย สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA)

## ร้อยละของประชาชน จำแนกตามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดภาวะโลกร้อน พ.ศ. 2552



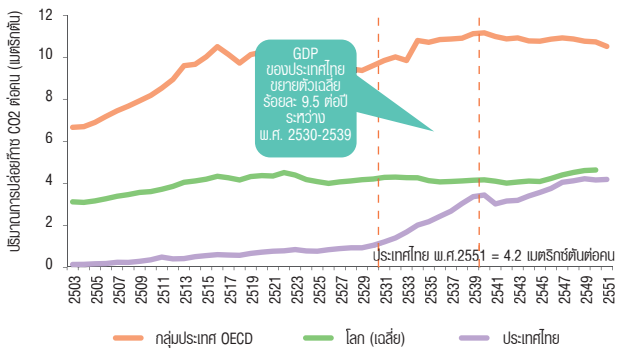

**ที่มา:** โครงการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาสเรื่อง "ภาวะโลกร้อนกับสังคมไทย", สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552

## ปริมาณขยะมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้ต่อวัน จำแนกตามภูมิภาค

| ภูมิภาค | จำนวนประชากร (1) | ปริมาณขยะมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้ต่อวัน | |
|---|---|---|---|
| | | ปริมาณรวม (1,000 กิโลกรัม) (2) | ปริมาณต่อคน (กิโลกรัม) (3) = (2) /(1) |
| กรุงเทพฯ | 8.3 | 8.766 | 1.06 |
| กลาง | 18.1 | 9.679 | 0.53 |
| เหนือ | 11.6 | 6.524 | 0.56 |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | 19.0 | 1.143 | 0.60 |
| ใต้ | 8.9 | 5.133 | 0.58 |
| รวม | 65.9 | 41.532 | 0.63 |

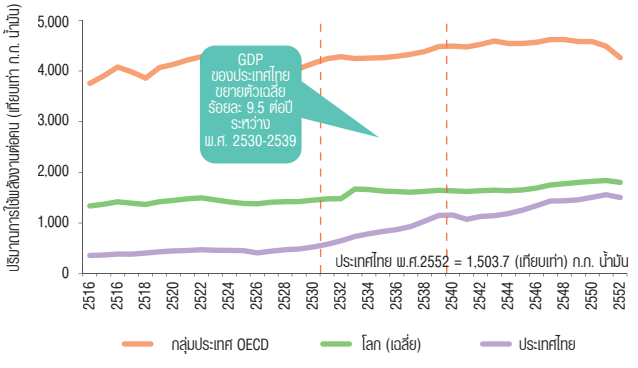
**ที่มา:** (1) สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 (รายงานผลล่วงหน้า)
(2) (ร่าง) รายงานสถานการณ์มลพิษของไทย ปี 2553, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (มิถุนายน 2554)

## ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อคน ($CO_2$ Emission per capita) ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น พ.ศ. 2503-2551




**ที่มา:** "World Development Indicators", The World Bank [http://data.worldbank.org/indicator; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554] เป็นข้อมูลจาก Carbon Dioxide Information Analysis Center, US.

## ปริมาณการใช้พลังงานต่อคน (Energy Use per capita) ของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น พ.ศ. 2514-2552




**ที่มา:** "World Development Indicators", The World Bank [http://data.worldbank.org/indicator; เข้าถึง 30 พ.ย. 2554] เป็นข้อมูลจาก International Energy Agency (IEA)

# ระบบบริการสุขภาพ 10

***นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย***
*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ*

## "ปี 2563 ต้องการพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อดูแลผู้สูงอายุมากถึง 40,000 คน"

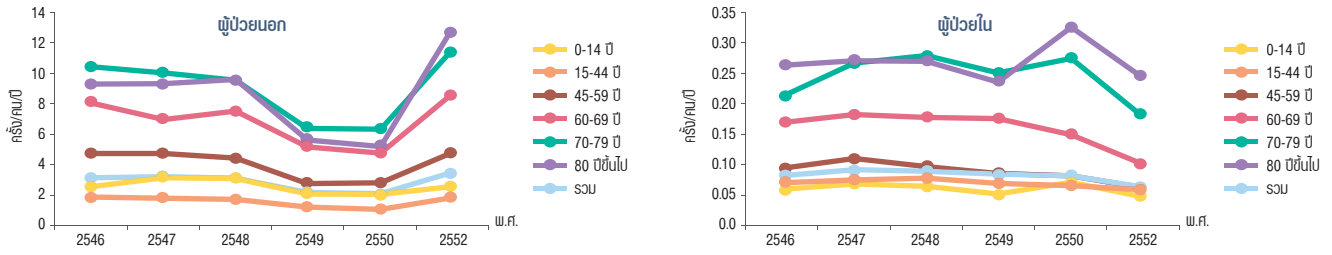
**จากการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศไทยไปสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ อัตราการใช้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะบริการที่มีต้นทุนสูง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้ในปัจจุบันคนไทยเกือบทั้งหมดจะมีหลักประกันทางสุขภาพ แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ**

นับตั้งแต่มีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค") ในปี 2544 เป็นต้นมา กล่าวได้ว่า คนไทยทุกคนมีหลักประกันที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน ซึ่งจากการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ภาษีเป็นแหล่งการคลังสุขภาพส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมจากภาคเอกชนและครัวเรือนของไทยเมื่อคิดเป็นสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพรวมทั้งประเทศ ลดลงจากร้อยละ 44 ในปี 2544 เหลือเพียงประมาณ ร้อยละ 25 ในปี 2552-53

การมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ช่วยให้ "การเข้าถึงบริการ" ที่จำเป็นของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ซึ่งพบว่า มีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา อย่างไรก็ดี ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการดังกล่าวภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่ต่างกัน รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตั้งแต่เริ่มมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทศวรรษที่ผ่านมา (รายจ่ายต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จาก 2,732 บาท ในปี 2544 เป็น 6,142 บาท ในปี 2553) โดยรัฐเป็นผู้รับภาระถึงประมาณ 3 ใน 4 ซึ่งมีแนวโน้มจะมีภาระเพิ่มขึ้นในระยะยาว เนื่องจากโครงสร้างอายุประชากรที่เปลี่ยนไป และโรคเรื้อรัง รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีราคาแพงมากขึ้น ทำให้การประเมินความคุ้มค่ารวมถึงควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพที่สุดกลายเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

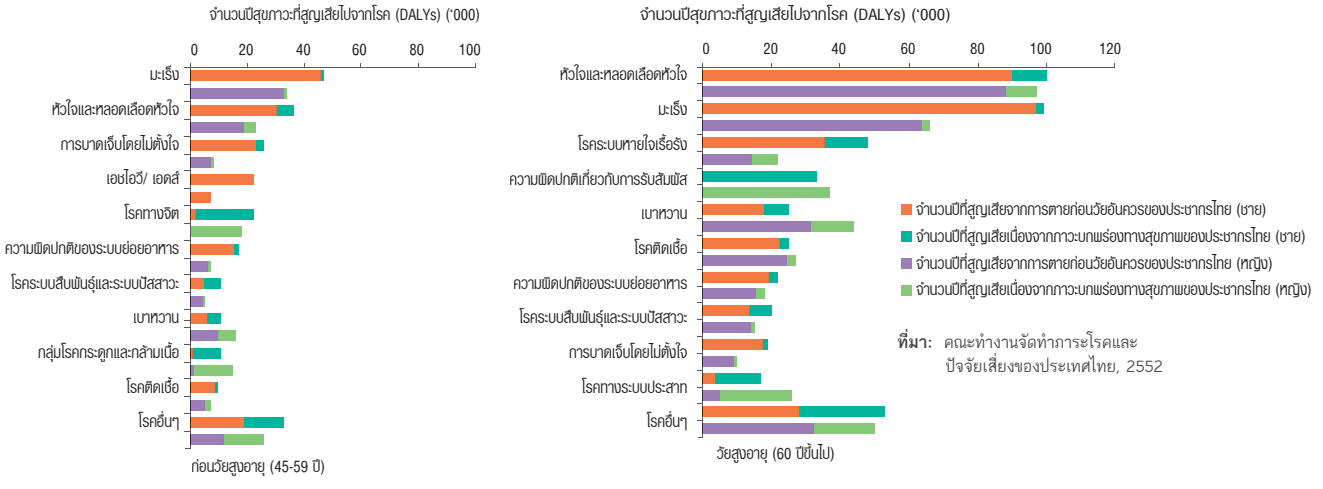
เทียบกับประชากรกลุ่มอายุอื่น ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่า ถึงประมาณ 2-3 เท่า การเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะทรัพยากรสุขภาพที่จำเป็นทั้ง สถานบริการ บุคลากร และงบประมาณ เพื่อการให้บริการและการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพเป็นเรื่องที่จะต้องมีการวางแผนล่วงหน้า

## อัตราการเข้ารับบริการทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2546-2552



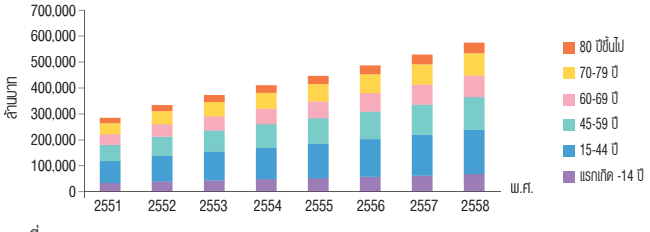

**ที่มา**: Impacts of Demographic Changes in Thailand (UNFPA, 2011)

## ภาระโรคของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (45-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547




**ที่มา**: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552

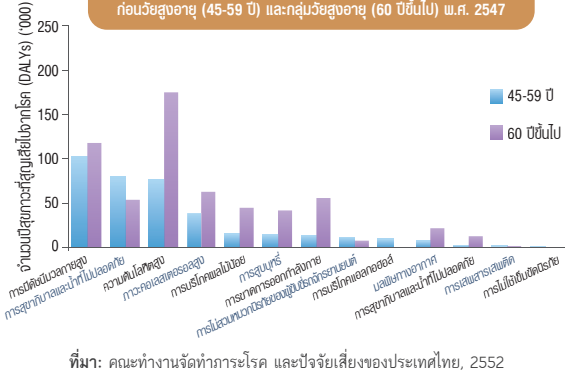
## คาดประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนบุคคล ตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551-2558




**ที่มา**: Impacts of Demographic Changes in Thailand (UNFPA, 2011)

ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (DALYs) = เป็นการวัดสถานะทางสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวการณ์สูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปี ที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)

## ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาระโรคของกลุ่มประชากรหญิง ก่อนวัยสูงอายุ (45-59 ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) พ.ศ. 2547



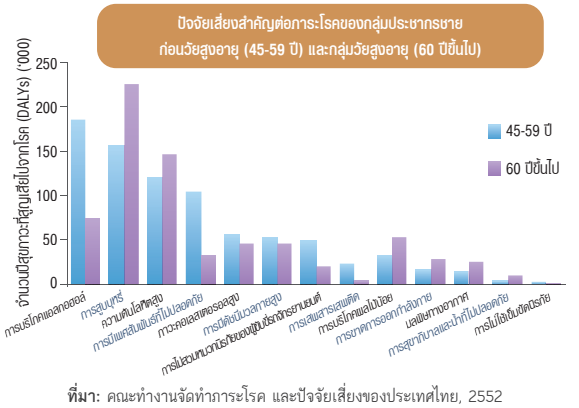

**ที่มา**: คณะทำงานจัดทำภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552

## แนวโน้มการใช้บริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง พ.ศ. 2547-2550

| การใช้บริการทางการแพทย์ | 2547 | 2548 | 2549 | 2550 |
|---|---|---|---|---|
| ผ่าตัดกะโหลก สมอง และเย็อหุ้มสมอง | 35,474 | 36,398 | 36,930 | 37,021 |
| การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม | 175,396 | 213,539 | 241,884 | 244,000 |
| ผ่าตัดจอประสาทตา | 50,704 | 53,411 | 56,682 | 59,756 |
| ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ | 70,850 | 73,034 | 72,406 | 73,227 |
| ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ | 39,460 | 42,099 | 45,340 | 48,019 |
| การคลอดโดยอาศัยเครื่องมือ | 43,470 | 51,429 | 54,021 | 50,970 |
| การผ่าท้องทำคลอด | 186,774 | 226,143 | 243,108 | 257,763 |

**ที่มา**: Administrative data of the CSMBS, SSS, and the UHC schemes, 2004-2007

## ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาระโรคของกลุ่มประชากรชาย ก่อนวัยสูงอายุ (45-59 ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)




**ที่มา**: คณะทำงานจัดทำภาระโรค และปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2552

## คาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มเติมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ในปี 2553 และ 2563

| กำลังคนด้านสุขภาพ (1 คน : จำนวนผู้สูงอายุ) | | | กำลังคนที่มีในปี 2551 | 2553 | 2563 |
|---|---|---|---|---|---|
| ผู้ดูแลสุขภาพที่เป็นทางการ | พยาบาล | (1:200) | 97942 | 23,888 | 33,880 |
| | นักกายภาพบำบัด | (1:200) | 2000 | 2,499 | 3,708 |
| | นักสังคมสงเคราะห์ | (1:5000) | 214 | 1,528 | 2,155 |
| ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ | สมาชิกในครอบครัว | (1:1) | - | 499,873 | 741,766 |
| | ผู้ดูแล | (1:7) | - | 71,410 | 105,967 |

**ที่มา**: Impacts of Demographic Changes in Thailand (UNFPA, 2011)
**หมายเหตุ**: เป็นการคาดประมาณ ณ ปี 2551

# 11 วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร

***คณะทำงานสุขภาพคนไทย***

## "แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 กำหนดเป้าหมายอัตราเจริญพันธุ์รวมของคนไทยไม่ต่ำกว่า 1.6 และการศึกษาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 12 ปี"

กว่า 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการดำเนินงานด้านประชากร ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว ความสำเร็จนี้ เกิดจากนโยบายในด้านต่างๆ ทั้งการลดอัตราการเพิ่มของประชากร และการพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ

นโยบายประชากรของไทยอาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ในช่วงแรก ซึ่งเป็นเวลาเกือบ 3 ทศวรรษ ระหว่างปี 2513-2539 ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-7 เป็นช่วงของ "การลดอัตราการเพิ่มประชากร" ภายใต้แนวคิด "ลูกมากจะยากจน" โดยเริ่มจากการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจในปี 2513 และดำเนินนโยบายอย่างจริงจังในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ด้วยการรณรงค์การวางแผนครอบครัวและมาตรการจูงใจด้านต่างๆ เพื่อลดจำนวนบุตร ในช่วงเวลาดังกล่าว การลดอัตราการเพิ่มประชากรประสบความสำเร็จอย่างสูง ทำให้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และ 7 (พ.ศ. 2530-2539) การวางแผนครอบครัวเริ่มชะลอตัวลง และดำเนินการโดยเน้นเป้าหมายเฉพาะกลุ่มประชากรมากขึ้น

จากความสำเร็จในช่วงแรกนี้ นำมาสู่นโยบาย ในช่วงที่สอง หรือระหว่างปี 2545-2554 ซึ่งให้ความสำคัญกับ "การรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในอัตราทดแทน" ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้ชะลอการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราเจริญพันธุ์

### วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร

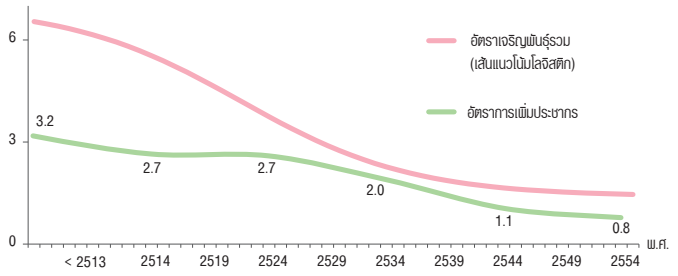
| นโยบายประชากร | | < พ.ศ. 2507-2509 | พ.ศ. 2510-2514 | พ.ศ. 2515-2519 | พ.ศ. 2520-2524 | พ.ศ. 2525-2529 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ระดับนานาชาติ | | 2497 ประชุม World Population Conference ครั้งแรกที่กรุงโรม อิตาลี<br>2504 UN Population Commission ประกาศเรื่องนโยบายประชากร<br>2505 การประชุมใหญ่สหประชาชาติมีข้อมติเรื่องการเพิ่มประชากรและการพัฒนา<br>2508 ประชุม World Population Conference ครั้งที่ 2 ที่กรุงเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย<br>ทศวรรษ 1960 พัฒนาการของอุปกรณ์การวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย ทำให้การวางแผนครอบครัวขยายในวงกว้าง | 2508-2510 แนวคิดเรื่องสิทธิของพ่อแม่ในการกำหนดขนาดของครอบครัว นำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายเรื่องการวางแผนครอบครัว<br>2513 จัดตั้งกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) เปลี่ยนจาก UN Population Trust Fund | 2517 ประชุม World Population Conference ครั้งที่ 3 ที่กรุงบูคาเรส ประเทศโรมาเนียเสนอ World Population Plan of Action (WPPA) เป็นจุดสำคัญของการกำหนดนโยบายประชากรของประเทศต่างๆ | | 2527 ประชุม World Population Conference ที่ Mexico ติดตามการดำเนินงานตาม WPPA |
| ระดับประเทศ (ประเทศไทย) | เกี่ยวกับจำนวนประชากร | | 2513 วางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ | ลดอัตราการเพิ่มประชากรจากร้อยละ 3.0 เป็น 2.5 ในปี 2519 | นโยบายด้านสวัสดิการและกฎหมายเพื่อส่งเสริมการลดจำนวนประชากร | ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้เป็น 1.5 ในปี 2529 |
| | เกี่ยวกับคุณภาพประชากร | ให้ความรู้ด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก | โครงการโภชนาการชนบท<br>โครงการอนามัยแม่และเด็ก | ขยายการศึกษาภาคบังคับจากประถม 4 เป็นประถม 7 | | |
| | เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ | | | | | นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน |

อยู่ในระดับทดแทนหรือต่ำกว่า เช่น พื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร แต่ยังคงเร่งรัดส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดสูง เช่น ในบางพื้นที่ของภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 และ 10 (พ.ศ. 2545-2554) ได้กำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรที่สมดุล และขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดยรักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ในช่วงที่สองนี้ ยังคงไม่ชัดเจนในเชิงปฏิบัติ ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ของไทยยังคงลดต่ำลงต่อเนื่อง เหลือเพียงประมาณ 1.5 ในปี 2554 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10

ในช่วงที่สาม หรือตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา นโยบายประชากรได้เน้นการรักษาอัตราเจริญพันธุ์รวมไว้ไม่ให้ต่ำลงไปจากเดิม โดยส่งเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่มีความพร้อม กำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการมีบุตร ทั้งในด้านภาษีและสวัสดิการในการเลี้ยงดู รวมถึงให้ความสำคัญต่อคุณภาพของการเกิดและการพัฒนาคนในประเทศเพิ่มมากขึ้น

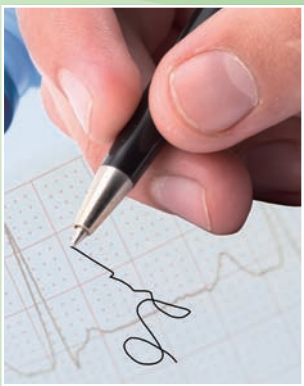
นโยบายประชากรของไทยได้รับอิทธิพลจากนโยบายในต่างประเทศค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เน้นการลดอัตราการเพิ่มของประชากร อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่สองที่เน้นการรักษาอัตราเจริญพันธุ์ในระดับทดแทนนั้น ความสำเร็จของต่างประเทศยังไม่มีให้เห็นเป็นรูปธรรม และประเทศไทยเองก็ไม่มีมาตรการที่ชัดเจน ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ของไทยยังคงลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ในอนาคตหากประเทศไทยจะกำหนดทิศทางนโยบายส่งเสริมการมีบุตร เหมือนในหลายประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์ต่ำ ก็จะนับเป็นความท้าทายอย่างมากเมื่อบริบทของประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัวล้วนเอื้อต่อการมีบุตรน้อยมากกว่าการมีบุตรเพิ่ม มาตรการหลากหลายด้านเพื่อการมีประชากรที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต

**อัตราการเพิ่มประชากร และอัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2513-2554**




**หมายเหตุ:** อัตราการเพิ่มประชากร เป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปี ในช่วงเวลา 10 ปี ของการทำสำมะโนประชากรและเคหะ

| พ.ศ. 2530-2534 | พ.ศ. 2535-2539 | พ.ศ. 2540-2544 | พ.ศ. 2545-2549 | พ.ศ. 2550-2554 | พ.ศ. 2555-2559 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2537 ประชุม International Conference on Population and Development (ICPD) กรุงไคโร ประเทศอียิปต์<br>เสนอ program of action บูรณาการประชากรและการพัฒนา ให้ความสำคัญกับประเด็นความเท่าเทียมกันทางเพศ | 2543 กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) 8 เป้าหมาย ที่เกี่ยวข้องกับประชากร ได้แก่<br>เป้าหมายหลักที่ 1 : ขจัดความยากจนและหิวโหย<br>เป้าหมายหลักที่ 2 : ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา<br>เป้าหมายหลักที่ 3: ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี<br>เป้าหมายหลักที่ 4 : ลดอัตราการตายของเด็ก<br>เป้าหมายหลักที่ 5 : พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์<br>เป้าหมายหลักที่ 6 : ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ | | | |
| ส่งเสริมเร่งรัดการวางแผนครอบครัว | ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้เป็น 1.2 ในปี 2539 | คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม | รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน | รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน | รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่า 1.6 ส่งเสริมมาตรการเอื้อต่อการมีบุตร |
| | ขยายการศึกษาจาก 6 ปีเป็น 9 ปี<br>ลดอัตราตายทารกจาก 29 ต่อ 1,000 เป็น 23 ต่อ 1000<br>การเกิดมีชีพ<br>นโยบายผู้สูงอายุระยะยาว<br>เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเริ่มปี 2536 | ประชาชนมีการศึกษาโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 9 ปี<br>เพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจาก 300 บาท/เดือน เป็น 500 บาท | จำนวนการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 10 ปี | การศึกษาฟรี 15 ปี (2551-2554)<br>เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได | จำนวนการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 12 ปี, ระดับค่าเฉลี่ยเชาว์ปัญญาของเด็กไม่ต่ากว่าค่ากลางมาตรฐานสากลที่ระดับ 100 |
| ให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาวเป็นไปตามเป้าหมายและเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) | | หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มปี 2544 | | | |



# 10
# สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ภาพโดย วรรณพงษ์ สุรโรจน์ประจักษ์

# มหาอุทกภัย ในรอบ 100 ปี สัญญาณเตือนให้ปรับตัว

**น้ำท่วมใหญ่ปี 2554 นับเป็นอุทกภัยครั้งร้ายแรงที่สุด ในแง่ของปริมาณน้ำและจำนวนผู้ได้รับผลกระทบในรอบ 100 ปี ก่อความทุกข์ยากต่อประชาชนอย่างแสนสาหัส ประเทศชาติเสียหายยับเยิน ธนาคารโลกประเมินความเสียหายจากน้ำท่วมสูงถึง 1.4 ล้านล้านบาท[1] และเป็นภัยพิบัติที่สร้างความเสียหายให้บริษัทประกันภัยในปี 2554 เป็นอันดับ 3 ของโลก[2] แต่มาตรการในการแก้ปัญหาและเยียวยาของรัฐไทยยังอยู่ในระดับอนุบาล ชี้ให้เห็นความไม่พร้อมของสังคมไทยทุกระดับในการรับมือภัยพิบัติ เตือนให้สังคมไทยต้องเร่งปรับตัวสู้กับภัยพิบัติขนาดใหญ่อย่างเป็นระบบ**

น้ำท่วมคราวนี้เริ่มขึ้นปลายเดือนกรกฎาคม 2554 กลืนกินผืนดินกว่า 150 ล้านไร่ ใน 65 จังหวัด 684 อำเภอ ประชาชนเดือดร้อน 4,086,138 ครัวเรือน 13,595,192 คน เสียชีวิต 815 ราย สูญหาย 3 คน[3] ความเสียหายขยายวงกว้างไปทุกภาคส่วน ทั้ง**ภาคเกษตร อุตสาหกรรม แหล่งศิลปวัฒนธรรม โครงสร้างสาธารณูปโภค สิ่งแวดล้อม รวมแล้วกว่า 1.42 ล้านล้านบาท** นิคมอุตสาหกรรม 7 แห่ง และแรงงาน 993,944 คนได้รับผลกระทบ[4] พื้นที่เกษตรกรรมเสียหายกว่า 12.99 ล้านไร่ บ้านจัดสรรจมน้ำกว่า 5.4 แสนหน่วย[5] ยังไม่รวมความสูญเสียทางใจ-กายเนื่องจากความเครียด ภัยคุกคามที่มากับน้ำ ค่าใช้จ่ายในการอพยพหนีน้ำและค่าซ่อมแซมบ้านหลังน้ำลด ความยากลำบากในชีวิตประจำวัน อาหาร-น้ำดื่มขาดแคลน ด้วยการกักตุนเพราะตื่นตกใจและเส้นทางขนส่งสินค้าถูกตัดขาด ทางด่วน สะพานข้ามแยกถูกละเมิดกฎความ

ปลอดภัย ด้วยจำนวนรถยนต์ที่ขึ้นไปจอดหนีน้ำยาวเหยียดหลายสิบกิโลเมตร ฯลฯ

## มวลน้ำมหึมา...มาจากไหน

ภาพถ่ายดาวเทียมแสดงมวลน้ำขนาดมหึมาแผ่ครอบคลุมที่ราบลุ่มภาคกลาง มาจ่ออยู่เหนือกรุงเทพมหานคร คำถามที่ดังขรมไปทั่วคือ น้ำมาจากไหน ทำไมมากมายขนาดนี้

เริ่มจากเดือนมีนาคมที่ปกติอากาศมักจะร้อนอบอ้าวและมีฝนไม่มากนัก แต่บริเวณตอนบนของประเทศกลับมีอากาศหนาวเกือบตลอดเดือน มีฝนตกบางช่วงและแผ่ความเย็นลงมาถึงภาคกลางหลายวัน ขณะที่หลายพื้นที่ของภาคใต้มีฝนตกชุกหนาแน่น เกิดน้ำท่วมรุนแรงดินโคลนถล่มเป็นบริเวณกว้าง สภาวการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ถือว่า "ผิดปกติ" จากที่เคยเป็นมา[6]

ช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม ประเทศไทยเผชิญกับพายุ 5 ลูก คือ 'ไหหม่า' 'นกเต็น' 'ไห่ถาง' 'เนสาด' และ 'นาลแก' แม้จะมีเพียง 'นกเต็น' ลูกเดียวที่ศูนย์กลางพายุเข้าประเทศไทยตรงๆ ที่จังหวัดน่าน แต่ทั้งหมดได้ส่งอิทธิพลเสริมกับร่องความกดอากาศต่ำที่พาดผ่านตอนบนและตอนกลางของประเทศ ทำให้มรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่พัดปกคลุมตามฤดูกาลมีกำลังแรงขึ้น เกิดฝนตกหนักถึงหนักมากต่อเนื่อง ยืดเยื้อ ยาวนาน ไม่มีภาวะฝนทิ้งช่วงอย่างที่เคยเป็นมาทุกปี

ดร.เสรี ศุภราทิตย์ ผู้อำนวยการศูนย์การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศและภัยพิบัติ มหาวิทยาลัยรังสิต และผู้อำนวยการศูนย์พลังงานเพื่อสิ่งแวดล้อม อุทยานสิ่งแวดล้อมนานาชาติสิรินธร ให้ข้อมูลว่าปริมาณฝนในภาพรวมทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นกว่าค่าปกติ 30 เปอร์เซ็นต์ มากกว่าปริมาณน้ำฝนในปี 2538 และ 2549 ปริมาณน้ำนองตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงธันวาคม 34,000 ลูกบาศก์เมตร มากกว่าปี 2538 และ 2549[7] เช่นกัน เขื่อนหลายแห่งรับภาระน้ำเกินร้อยเปอร์เซ็นต์ของความจุอ่าง เขื่อนภูมิพลทุบสถิติรับปริมาณน้ำไหลเข้าอ่างวันเดียวสูงถึง 300 ล้านลูกบาศก์เมตร มากที่สุดนับแต่สร้างมา[8]

## เหตุสุดวิสัย หรือไร้ฝีมือ

แม้มหาอุทกภัยครั้งนี้จะถือเป็นภัยธรรมชาติร้ายแรง แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่าความผิดพลาดในการแก้ไขปัญหาของรัฐบาล และศูนย์ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย (ศปภ.) มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลกระทบขยายวงกว้างอย่างรุนแรงและกินเวลายาวนานหลายเดือน

***(1) เริ่มต้นช้าไป*** นับแต่พายุไหหม่าเข้ามาชิมลางปลายเดือนมิถุนายน ตามด้วย 'นกเต็น' ในช่วงปลายกรกฎาคม จนถึง 'นาลแก' ต้นตุลาคม รัฐบาลใช้เวลากว่า 3 เดือนในการ 'มองเห็น' ความรุนแรงของภัยจากน้ำ จัดตั้ง ศปภ. เมื่อ 8 ตุลาคม 2554 ขณะที่สถานการณ์น้ำท่วมอยู่ในภาวะ 'วิกฤติสุดๆ' กองทัพน้ำรุกโจมตีหลายจังหวัดภาคเหนือตอนบนและล่างยับเยิน ก่อนจะไหลบ่าสู่ที่ราบลุ่มภาคกลาง โถมเข้าใส่ลพบุรี นครสวรรค์ สิงห์บุรี อุทัยธานี ชัยนาท อ่างทอง อยุธยา ฯลฯ จนแทบไม่เหลือที่แห้ง มวลน้ำปริมาณมหาศาลถึง 1.6 หมื่นล้านลูกบาศก์เมตร หาทางออกลงสู่อ่าวไทย ทะลักท่วมนนทบุรีและปทุมธานี ก่อนเข้าโจมตีกรุงเทพมหานครในช่วง 15-18 ตุลาคม[9]

***(2) วิกฤติผู้นำ*** การบริหารจัดการของ ศปภ. ถูกวิจารณ์อย่างหนักว่าเต็มไปด้วยความผิดพลาดไม่ทันการณ์ จนนำไปสู่ภาวะ 'วิกฤติผู้นำ' ที่นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ต้องรับผิดชอบในฐานะนายกรัฐมนตรี ทั้งไม่มีบารมี ไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ ไม่กล้าตัดสินใจใช้อำนาจนายกรัฐมนตรีอย่างเต็มที่ ไม่เข้าใจกลไกราชการ ใช้คนไม่ตรงกับงาน แก้ปัญหาแบบวันต่อวัน เหตุการณ์ต่อเหตุการณ์ ขาดความน่าเชื่อถือในคำพูดหรือคำสั่ง คำว่า 'เอาอยู่-ปลอดภัย-น้ำไม่ท่วม' ถูกเสียดสีว่ามีความหมายตรงข้ามกันโดยสิ้นเชิง[10]

จนประชาชนผู้เสียหายส่วนหนึ่งภายใต้การนำของ "สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อน" ได้รวมตัวกันยื่นเรื่องต่อศาลปกครองฟ้องร้องเอาผิดรัฐบาลที่บริหารน้ำผิดพลาด จนเกิดความเสียหายต่อชีวิต จิตใจ และทรัพย์สิน ถือเป็น "ครั้งแรกของโลก" ที่เหยื่อน้ำท่วมฟ้องรัฐ เพราะพวกเขาเห็นว่า ไม่ใช่เหตุสุดวิสัย แต่เป็นเพราะผู้นำไร้ฝีมือในการแก้ปัญหา[11]

***(3) สื่อสารสับสน*** ศปภ. สื่อสารและให้ข้อมูลแก่ประชาชนอย่างสับสนจนขาดความน่าเชื่อถือ แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเองก็ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาที่ประชาชนจะเข้าใจได้ ประชาชนจำนวนไม่น้อยจึงหันไปค้นหาติดตามข้อมูลข่าวสารทางอินเตอร์เน็ต และใช้สามัญสำนึกช่วยตัวเองในการประเมินเส้นทางน้ำ *สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความอ่อนแอของการสื่อสารจัดการข้อมูลของภาครัฐ* ดังกรณีข้อความล้อเลียนใน Social Network ที่ว่า *"รัฐบาลโปรดอยู่ในความสงบ ประชาชนจะดูแลช่วยเหลือท่านเอง"* [12] ทีมโฆษกถูกวิจารณ์อย่างมากว่าทำงานไร้ประสิทธิภาพ ขาดเอกภาพในการแจ้งเตือน จนกระทั่งต้องเปลี่ยนตัวโฆษกเป็นนายธงทอง จันทรางศุ เพื่อเรียกความเชื่อมั่นและกู้วิกฤติศรัทธา ศปภ.[13]

***(4) การจัดการของบริจาคและถุงยังชีพมีปัญหา*** ท่ามกลางปัญหาที่ท่วมท้น แม้ภาพการร่วมช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยจะหนาแน่นเต็ม ศปภ. แต่ข้อครหาสำคัญที่ยิ่งตอกย้ำความไร้ประสิทธิภาพของภาครัฐก็คือ กรณีการแจกจ่ายของบริจาคเฉพาะพวกตน จนถึงการจัดซื้อถุงยังชีพแพงเกินไป[14] โดยเฉพาะกรณีนายการุณ โหสกุล ส.ส.เขตดอนเมือง พรรคเพื่อไทย ที่ดูแลรับผิดชอบการรับ-แจกสิ่งของบริจาค ถูกร้องเรียนว่าทำให้การช่วยเหลือล่าช้า เพราะต้องผ่านการอนุมัติก่อน ทั้งยังไม่ทั่วถึง ไม่เป็นธรรม มีการจับจองของบริจาคและนำไปใส่ชื่อตนเอง ตั้งแต่ของชิ้นเล็กๆ อย่างถุงยังชีพไปจนถึงสิ่งของขนาดใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นเรือ ส้วม เต็นท์ ฯลฯ[15] ประเด็นนี้ยิ่งทำให้ ศปภ.ขาดความน่าเชื่อถือ ผู้คนไม่น้อยจึงหันไปบริจาคให้มูลนิธิ องค์กรการกุศลต่างๆ รวมทั้งสื่อหลายสำนักที่ทำหน้าที่แจกของไปพร้อมกับรายงานข่าวแทน

## มวลน้ำแห่งความขัดแย้ง: น้ำท่วมไฉนตอผุด!?

มวลน้ำมหาศาลครั้งนี้ได้พัดพาเอาตะกอนแห่งความขัดแย้งในสังคมให้ผุดขึ้น พร้อมคำถามหลายประการที่ยังคงไม่มีคำตอบในสายลม

***(1) เขื่อนยักษ์บริหารน้ำผิดพลาดหรือไม่?*** สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน) ชี้ว่า ปี 2554 ปริมาณน้ำไหลเข้าอ่างของเขื่อนภูมิพล เขื่อนสิริกิติ์ และเขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ เป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดน้ำท่วมในพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลาง เนื่องจากเป็นปีที่มีน้ำไหลเข้าสูงที่สุดนับตั้งแต่มีการสร้างเขื่อนมา[16]

*คำถามที่ตามมาก็คือ มีการบริหารน้ำผิดพลาดหรือไม่ ?*

หากพิจารณาเฉพาะข้อมูลจากเขื่อนใหญ่ที่สุดคือเขื่อนภูมิพล ดร.ชินวัชร์ สุรัสวดี จากคณะเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตภูเก็ต ได้ศึกษาสถิติการกักเก็บน้ำและปล่อยน้ำย้อนหลังของเขื่อนภูมิพล พบว่าอัตราของปริมาณน้ำไหลลงอ่างของเขื่อนภูมิพลมีค่าเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนมีนาคมและพฤษภาคม 2554 ซึ่งควรจะปรับอัตราการระบายน้ำออกให้เหมาะสม แต่กลับลดอัตราการระบายน้ำ และคงอัตราการระบายน้ำที่ต่ำไว้เป็นเวลานาน ซึ่งเป็นเรื่องผิดปกติ แม้ปริมาณน้ำเหนือเขื่อนปี 2554 จะมีมากกว่าปีอื่นๆ แต่การระบายน้ำออกตั้งแต่ต้นปีจนถึง 31 กรกฎาคม ต่ำกว่าปีอื่นๆ มาก[17]

ดร.สมศักดิ์ เจียมธีรสกุล จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วิเคราะห์ว่า การบริหารน้ำที่ดูจะมีปัญหานี้มาจาก "องค์กรระดับกลาง" คือ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตและกรมชลประทาน ไม่ใช่เริ่มที่ระดับรัฐบาล และเกิดในช่วงที่ "ไม่มีรัฐบาล" ที่แน่นอน เพราะช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคมนั้นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านรัฐบาล เพื่อให้เข้าใจถึงที่มาของปัญหา ดร.สมศักดิ์ จึงเสนอว่าควรจัดตั้ง *"คณะกรรมการอิสระเพื่อสืบหาและสรุปข้อเท็จจริง สาเหตุน้ำท่วมใหญ่ 2554, วิเคราะห์บทเรียนและประเมินการจัดการวิกฤติน้ำท่วม และทำข้อเสนอแนะ ป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคต"* [18]

ต่อมา นายธีระ วงศ์สมุทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรฯ ได้ยอมรับกลางสภาว่า "สั่งชะลอน้ำเพื่อให้พี่น้องชาวนาได้เกี่ยวข้าวก่อนปล่อยน้ำเข้าทุ่ง"[19] จากนั้นไม่นาน การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

ก็ชี้แจงว่าการระบายน้ำของเขื่อนภูมิพลและเขื่อนสิริกิติ์ไม่ใช่สาเหตุน้ำท่วม[20]

คำถามข้างต้นจึงยังต้องรอการศึกษาอย่างเป็นระบบจากคณะกรรมการอิสระฯ หากมีการตั้งขึ้นในอนาคต เพื่อค้นหาคำตอบที่แน่นอนต่อไป

***(2) การผลักน้ำให้กลายเป็นสงครามระหว่างชาวบ้าน*** สองกรณีสำคัญคือ 'คลองสามวา' ที่ ส.ส.พรรคเพื่อไทยนำชาวบ้านบุกเปิดประตูระบายน้ำเมื่อ 31 ตุลาคม และ 'คลองพระยาสุเรนทร์' เมื่อ 27 พฤศจิกายน[21] สะท้อนให้เห็นความขัดแย้งระหว่างชาวบ้านในพื้นที่น้ำท่วมขังนานมากกับพื้นที่ชานเมืองของกรุงเทพฯ ที่ยกระดับไปสู่ความขัดแย้งทางการเมือง ระหว่างรัฐบาลพรรคเพื่อไทยในนาม ศปภ. กับกรุงเทพมหานครในฐานะตัวแทนพรรคประชาธิปัตย์

***(3) พร้อมพลีเพื่อกทม.?!*** การต่อสู้ระหว่างวาทกรรมที่เปรียบน้ำเป็นข้าศึกศัตรูบุกทำลายเมืองหลวงกับวาทกรรมที่บอกว่าน้ำต้องไหลผ่านเพื่อออกสู่ทะเลนั้นเข้มข้นถึงขีดสุดเมื่อมวลน้ำมาถึงกรุงเทพมหานคร ในทางหนึ่งกรุงเทพฯ ได้รับการป้องกันอย่างเต็มที่ในฐานะกล่องดวงใจหรือพื้นที่ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารและเศรษฐกิจ ในอีกทางหนึ่ง พื้นที่ด้านบนของแม่น้ำเจ้าพระยาและพื้นที่รอบนอกเอ่อท้นไปด้วยมวลน้ำมหาศาล ความแตกต่างของระดับน้ำในสองพื้นที่ที่ห่างกันเพียงถุงทรายกั้น ทำให้เกิดคำถามตามมาถึง 'ความไม่เป็นธรรม' ที่ภาครัฐเลือกให้คนต่างจังหวัดต้องเสียสละชีวิตปกติและทรัพย์สินพอยังชีพเพื่อคนกรุงเทพฯ โดยไม่มีการพูดถึงการช่วยเหลือชดเชยใดๆ ยิ่งตอกย้ำความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบทมากเข้าไปอีก

***(4) ตะวันออกกระฉอกมาตะวันตก?!*** แม้พื้นที่ฝั่งตะวันออกของกรุงเทพฯ จะถูกกำหนดให้เป็นฟลัดเวย์หรือพื้นที่รับน้ำเพื่อระบายสู่อ่าวไทยมาตั้งแต่ปี 2535 แต่กฎหมายผังเมืองไม่เคยศักดิ์สิทธิ์ในทางปฏิบัติ สิ่งก่อสร้างจำนวนมากจึงเกิดขึ้นขวางทางน้ำ รวมทั้งการปรับสีผังที่ดินแนวฟลัดเวย์กว่าแสนไร่รอบสนามบินสุวรรณภูมิ น้ำก้อนใหญ่จึงถูกผันออกทางฝั่งตะวันตกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า ทั้งๆ ที่ศักยภาพด้อยกว่าด้วยความร่วมมือของเครือข่ายประชาชนริมคลองฝั่งธนฯ กรรมาธิการ 3 คณะของวุฒิสภา สำนักการระบายน้ำกรุงเทพมหานคร และมูลนิธิ SCG ที่เห็นพ้องกันว่าต้องให้น้ำผ่านออกสู่ทะเลโดยเร็ว เพื่อลดภาระของพื้นที่รับน้ำ

"เมื่อฝั่งธนฯ ถูกทอดทิ้ง บอกให้เป็นไปตามธรรมชาติ ขณะที่ภาครัฐสามารถจัดการได้เพียงส่งเรือมารับผู้ประสบภัย รัฐบาลก็ควรให้โอกาสภาคประชาสังคม ซึ่งมีความสามารถ มีภูมิปัญญาดั้งเดิมเข้ามาจัดการ รวมทั้งให้งบประมาณที่จะใช้แก้ปัญหาตามสติปัญญา แต่ขณะนี้กลับพบว่า รัฐบาลไม่ได้ใช้สติปัญญาและพละกำลังของภาคประชาสังคมอย่างเพียงพอ"[22]

## สัญญาณเตือน...ให้ปรับตัว

เมื่อสถานการณ์เริ่มคลี่คลาย รัฐบาลได้ตั้ง "คณะกรรมการยุทธศาสตร์เพื่อวางระบบบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ" หรือ กยน. มีหน้าที่ทบทวนนโยบายแผนงานและแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำ จัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาและวางระบบการบริหารจัดการน้ำ และจัดทำแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำอย่างเป็นระบบและวางกรอบการลงทุนด้านการบริหารทรัพยากรน้ำของประเทศเสนอแก่รัฐบาล 3 ใน 25 รายชื่อ คือ ดร.รอยล จิตรดอน ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และ ดร.เสรี ศุภราทิตย์ เป็นนักวิชาการที่สังคมไทยคุ้นเคยและเชื่อถือในฐานะผู้ให้ข้อมูลเรื่องน้ำ ต่างให้ความเห็นสรุปได้ดังนี้

***(1) ดูภาพรวมทั้งระบบ***[23] ดร.รอยล จิตรดอน ผู้อำนวยการสถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระบุว่าวิกฤติครั้งนี้บ่งบอกว่าไทยล้มเหลวในเรื่องการใช้และวิเคราะห์ข้อมูล สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหามากคือ โครงสร้างการระบายน้ำไม่มีความยืดหยุ่น ต้องแก้ไขโดยแบ่งพื้นที่เขตเมืองกับเขตอุตสาหกรรม แล้วสำรวจความสูงต่ำของพื้นที่อย่างละเอียด ฟื้นฟูคูคลองต่างๆ กำหนดพื้นที่หน่วงน้ำเพื่อปล่อยให้น้ำผ่านได้แล้วพัฒนาเป็นแก้มลิง ต้องกำหนดความสูงของคันและพื้นที่ป้องกัน ด้วยหลักการว่าใครกั้นน้ำไว้เท่าไหร่ ต้องช่วยระบายออกเท่านั้น[24]

ภาพโดย สยมพร รัตนดิลก ณ ภูเก็ต
ภาพโดย วรรณพงษ์ สุรโรจน์ประจักษ์

ป้องกันของตัวเอง เช่น กั้นกระสอบทรายล้อมรอบหมู่บ้านใครหมู่บ้านมัน สูบน้ำจากพื้นที่หนึ่งให้ไปท่วมอีกพื้นที่หนึ่ง จนทะเลาะขัดแย้งกันไปทั่ว นอกจากนี้ ในปี 2555 โครงการก่อสร้างจำนวนมากจะเกิดขึ้น ทั้งการถมที่ สร้างเขื่อน สร้างพนังกั้นน้ำ หากไม่มีการควบคุม ประสานงาน และกำกับดูแลให้ดี จะกลายเป็นความขัดแย้งทางสังคมที่ซ้ำเติมวิกฤติน้ำท่วมให้หนักขึ้นไปอีก

***(3) ต้องอยู่กับน้ำให้ได้*** [26]

ดร.เสรี ศุภราทิตย์ สรุปว่า การตัดสินใจในภาวะวิกฤติเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง จำเป็นต้องมีฐานข้อมูล เครื่องมือ กลยุทธ์ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ และเป็นทางเลือกเพื่อลดความเสียหาย รวมถึงประเมินทางเลือกเพื่อต่อสู้ภัยน้ำท่วม หลังน้ำลดก็ใช้การสนับสนุนฟื้นฟูเยียวยา ที่สำคัญกว่านั้นก็คือ ทั้งยังควรให้มีการจัดการน้ำในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันภัยพิบัติ และมีกฎหมายแม่บททรัพยากรน้ำ

***(2) ความขัดแย้งทางสังคมที่รอวันปะทุ***

ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา ผู้อำนวยการศูนย์เครือข่ายงานวิเคราะห์วิจัยและการฝึกอบรมการเปลี่ยนแปลงของโลกแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ชี้ว่าเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการน้ำไม่สามารถทำงานได้ตามศักยภาพที่ออกแบบไว้ ไม่ว่าจะเป็นประตูระบายน้ำ คันกั้นน้ำ ระบบคูคลอง พื้นที่รับน้ำหรือแก้มลิง สถานีสูบน้ำ ฯลฯ ซึ่งมีอยู่แล้วและน่าจะช่วยแก้ปัญหาน้ำท่วมได้ถึง 60-70% ส่วนแผนหรือมาตรการระยะยาวต้องพิจารณาให้รอบด้านตั้งแต่พื้นที่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ที่สำคัญคือต้องเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

แต่สิ่งที่น่าห่วงใยมากก็คือ 'ความขัดแย้งทางสังคม' ที่รอวันปะทุ[25] เพราะน้ำท่วมที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าการขาดความเชื่อมั่นในรัฐที่ช่วยอะไรไม่ได้ ทำให้แต่ละคน แต่ละพื้นที่ต้องสร้างระบบ

ตารางแสดงสถานการณ์อุทกภัยและความเสียหาย พ.ศ. 2545-2554

| พ.ศ. | ประชาชน (ล้านคน) | ครัวเรือน (ล้านครัวเรือน) | พื้นที่เกษตร (ล้านไร่) | ความเสียหาย (ล้านบาท) |
|---|---|---|---|---|
| 2545 | 5.13 | 1.37 | 10.43 | 13,385 |
| 2546 | 1.88 | 0.48 | 1.59 | 2,050 |
| 2547 | 2.32 | 0.62 | 3.30 | 850 |
| 2548 | 2.87 | 0.76 | 1.70 | 5,982 |
| 2549 | 6.05 | 1.67 | 6.56 | 9,627 |
| 2550 | 2.33 | 0.57 | 1.62 | 1,688 |
| 2551 | 7.92 | 2.03 | 6.59 | 7,602 |
| 2552 | 8.88 | 2.31 | 2.96 | 5,253 |
| 2553 | 13.49 | 3.92 | 10.91 | 16,339 |
| 2554 | 13.60 | 4.09 | 12.99 | 1,356,810* |

**หมายเหตุ:** *เป็นการประเมินทั้งความเสียหายและความสูญเสีย โดยโครงการ Post Disaster Needs Assessment (PDNA) ของธนาคารโลก ("ธนาคารโลกประเมินน้ำท่วมเสียหาย 1.356 ล้านล้านบาท และใช้เงินฟื้นฟูอีกกว่า 7 แสนล้าน". *สำนักข่าวออนไลน์ไทยพับลิก้า*. 4 ธันวาคม 2554. สืบค้นจาก http://thaipublica.org/2011/12/world-bank-flood-damage/ เมื่อ 31 มกราคม 2555)

**ที่มา:** โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (คำนวณจาก สถิติสถานการณ์อุทกภัยของประเทศไทย รายปีจาก พ.ศ. 2545-2554 ศูนย์อำนวยการบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. และ สรุปสถานการณ์สาธารณภัย ประจำวันที่ 31 ธันวาคม 2554 โดย ศูนย์ปฏิบัติการรองรับเหตุฉุกเฉิน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย).

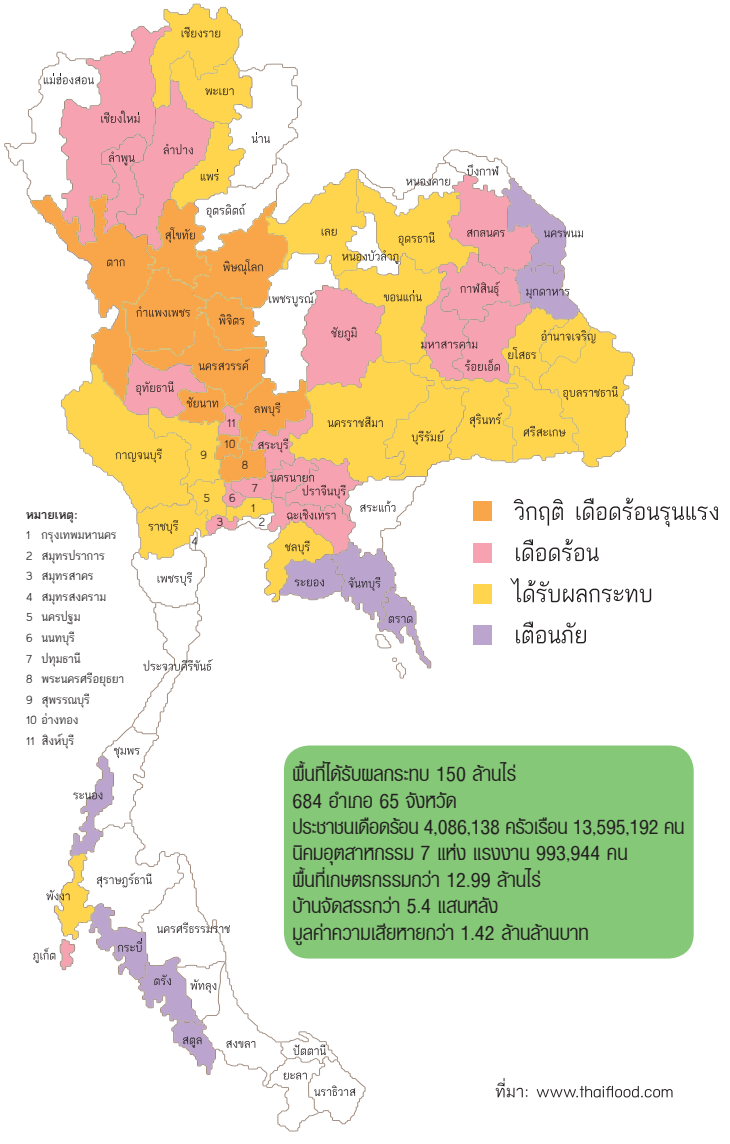
ขาดการสื่อสารความเสี่ยง ไม่สามารถบอกประชาชนได้ว่าจะได้รับผลกระทบอย่างไร เพื่อให้เตรียมพร้อมรับมือ ทั้งนี้ ปี 2555 น่าจะมีความเสี่ยงในการเผชิญภัยพิบัติทางธรรมชาติมากขึ้น เนื่องจากสภาพภูมิอากาศโลกร้อนขึ้น ปริมาณน้ำฝนสูงขึ้น หน้าน้ำน้ำจะมาก หน้าแล้งจะแล้งหนัก ระดับความรุนแรงน่าจะสูงขึ้น รอบของการเกิดจะถี่ขึ้น ดังนั้น การอยู่ร่วมกันกับน้ำเป็นสิ่งจำเป็น ต้องหาที่ให้น้ำอยู่ ไม่ว่าจะทำแก้มลิงหรืออ่างเก็บน้ำก็ตาม

## อภิมหาโปรเจ็คท์สู้ภัยน้ำท่วม

ภายหลังเหตุการณ์ที่ทิ้งร่องรอยเสียหายไว้ในพื้นที่ลุ่มน้ำเจ้าพระยาอย่างมหาศาล และการทยอยจ่ายเงินชดเชยช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย รัฐบาลก็ได้มุ่งหน้าเตรียมแผนการรับมือภัยน้ำท่วมที่อาจเกิดขึ้นในอีกไม่กี่เดือนข้างหน้านี้ด้วยการทุ่มเทเงินงบประมาณหลายแสนล้านบาท รวมทั้งข้อเสนอด้านการเงินของ กยอ. ที่ให้ออกพ.ร.ก. 4 ฉบับ[27] พร้อมด้วยการจัดตั้งองค์กรระดับชาติที่เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการน้ำทั้งระบบ โดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบ (ร่าง) แผนการจัดตั้งองค์การบริหารจัดการน้ำถาวร และร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารจัดการน้ำและอุทกภัยแห่งชาติ ตามที่ กยน. เสนอ เมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2555 มีคณะกรรมการ 2 ชุดคือ คณะกรรมการนโยบายน้ำและอุทกภัยแห่งชาติ (กนอช.) และคณะกรรมการบริหารจัดการน้ำและอุทกภัย (กบอ.) โดยมีสำนักงานนโยบายและบริหารจัดการน้ำและอุทกภัย (สนอช.) เป็นส่วนสนับสนุน

ทั้งนี้ รัฐบาลได้เห็นชอบแผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ที่ระบุแนวทางการดำเนินงานไว้ 3 ด้าน คือ (1) ปรับปรุงและฟื้นฟูระบบป้องกันน้ำท่วมให้สมบูรณ์ (2) สร้างความเชื่อมั่นในการป้องกันน้ำท่วมในพื้นที่ชุมชน พื้นที่เกษตร พื้นที่อุตสาหกรรม และพื้นที่เศรษฐกิจที่สำคัญ และ (3) บูรณาการการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อบริหารจัดการน้ำให้ลงสู่ทะเลโดยเร็ว โดยแบ่งพื้นที่ในการบริหารจัดการน้ำเป็น 3 ระดับ คือ พื้นที่ต้นน้ำ 10 จังหวัด เน้นการซับน้ำและชะลอน้ำมิให้ไหลบ่าอย่างรุนแรง พื้นที่กลางน้ำ 14 จังหวัดจะเน้นการบริหารจัดการน้ำ คือ ทางระบายน้ำหลาก (Floodway) แก้มลิง และพื้นที่ปลายน้ำ 7 จังหวัดจะเน้นการเร่งระบายน้ำและผลักดันน้ำออกสู่ทะเลอย่างรวดเร็ว[28] ทั้งหมดนี้เพื่อเป้าหมายระยะสั้น คือการลดระดับความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นจากอุทกภัยในปี 2555 และเป้าหมายระยะยาวคือการปรับระบบการบริหารจัดการอุทกภัยอย่างบูรณาการและยั่งยืน

**แผนที่แสดงพื้นที่ประสบภัยน้ำท่วม ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2554**




ที่มา: www.thaiflood.com

รายละเอียดแผนปฏิบัติการเพื่อบรรเทาปัญหาอุทกภัยระยะเร่งด่วน 6 แผนงาน งบประมาณ 22,626 ล้านบาท และแผนปฏิบัติการบรรเทาอุทกภัยในพื้นที่ลุ่มน้ำแบบบูรณาการและยั่งยืน หรือแผนจัดการน้ำระยะยาว วงเงินงบประมาณ 350,000 ล้านบาท ประกอบด้วยโครงการต่างๆ ดังนี้

| แผนปฏิบัติการเพื่อบรรเทาปัญหาอุทกภัยระยะเร่งด่วน 6 แผนงาน | แผนปฏิบัติการบรรเทาอุทกภัยในพื้นที่ลุ่มน้ำแบบบูรณาการและยั่งยืน |
|---|---|
| 1. แผนการบริหารจัดการเขื่อนเก็บน้ำหลัก และจัดทำแผนบริหารจัดการน้ำของประเทศประจำปี 2555 รับผิดชอบโดยกรมชลประทาน | 1. โครงการฟื้นฟูและอนุรักษ์ป่าต้นน้ำเพื่อให้เกิดระบบนิเวศที่สมดุล ในลุ่มน้ำ ปิง วัง ยม น่าน สะแกกรัง และป่าสัก รวมประมาณ 330,000 ไร่ ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นน้ำ 10 จังหวัด และพื้นที่กลางน้ำตอนบน 6 จังหวัด วงเงิน 10,000 ล้านบาท |
| 2. แผนฟื้นฟูและปรับปรุงประสิทธิภาพสิ่งก่อสร้าง วงเงิน 17,126 ล้านบาท ประกอบด้วย (1) การปรับปรุงคันกั้นน้ำ อาคารบังคับน้ำ ระบบระบายน้ำ 7,062.82 ล้านบาท (2) การปรับปรุงทางระบายน้ำ ขุดคลอง ขจัดสิ่งกีดขวางในคูคลองและทางระบายน้ำ 1,695.27 ล้านบาท (3) การเสริมคันกั้นน้ำและการดำเนินการตามแนวพระราชดำริ 868.20 ล้านบาท และ (4) การเพิ่มประสิทธิภาพในการระบายน้ำและบริหารจัดการน้ำหลากในพื้นที่ 2,984.05 ล้านบาท | 2. โครงการสร้างเขื่อนเก็บกับน้ำ 5 แห่ง มูลค่า 50,000 ล้านบาท ในพื้นที่ต้นน้ำ 10 จังหวัด และพื้นที่กลางน้ำ 14 จังหวัด คือ (1) เขื่อนแม่แจ่ม กั้นแม่น้ำปิง ใน จ.เชียงใหม่ (2) เขื่อนแก่งเสือเต้น กั้นแม่น้ำยม ใน จ.แพร่ (3) เขื่อนน้ำตาด กั้นแม่น้ำตาด สาขาของแม่น้ำน่าน ใน จ.น่าน (4) อ่างเก็บน้ำขนาดกลาง หรือขนาดเล็ก กั้นลุ่มแม่น้ำป่าสัก ใน จ.เพชรบูรณ์ เพื่อช่วยรองรับน้ำเหนือเขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ และ (5) เขื่อนแม่วงก์ กั้นแม่น้ำสะแกกรัง ใน จ.อุทัยธานี |
| 3. แผนการพัฒนาคลังข้อมูล ระบบพยากรณ์ และเตือนภัย งบประมาณ 4,500 ล้านบาท แบ่งเป็น (1) แผนการพัฒนาคลังข้อมูล (2) แผนการปรับปรุงระบบการพยากรณ์ (3) แผนการปรับปรุงระบบการเตือนภัย และติดตั้งระบบโทรทัศน์วงจรปิดทุกประตูระบายน้ำ | 3. โครงการปรับปรุงพื้นที่เกษตรชลประทานเป็นแก้มลิงและพื้นที่รับน้ำนอง ประมาณ 2 ล้านไร่ เพื่อใช้เก็บน้ำหลากประมาณ 6,000-10,000 ล้าน ลบ.ม. วงเงิน 60,000 ล้านบาท โดยพื้นที่กลางน้ำตอนบน 6 จังหวัด ต้องการพื้นที่แก้มลิง 1 ล้านไร่ หาได้แล้ว 500,000 ไร่ รับน้ำได้ 1,850 ล้าน ลบ.ม. คือพื้นที่ทุ่งเหนือ จ. นครสวรรค์ ในพื้นที่ อ.ชุมแสง อ.บางมูลนาก ฯลฯ ส่วนพื้นที่กลางน้ำตอนล่าง 8 จังหวัด จัดหาพื้นที่รับน้ำใต้นครสวรรค์ได้แล้วประมาณ 1 ล้านไร่ เช่น พื้นที่รับน้ำทุ่งบางบาล รับน้ำได้ประมาณ 3,100 ล้าน ลบ.ม. |
| 4. แผนงานเผชิญเหตุเฉพาะพื้นที่ จัดทำแผนคมนาคม เมื่อเกิดอุทกภัย มีระบบสร้างคลังเครื่องมือ พัฒนาระบบป้องกันบรรเทาอุทกภัยในพื้นที่สำคัญ งบประมาณ 1,000 ล้านบาท | 4. โครงการจัดทำน้ำหลากหรือฟลัดเวย์ และทางผันน้ำ ขนาดไม่น้อยกว่า 1,500 ลบ.ม.ต่อวินาที รวมทั้งถนนและอาคารองค์ประกอบต่างๆ เพื่อรับน้ำหลากจากแม่น้ำป่าสัก และแม่น้ำเจ้าพระยาไปทางฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยาหรือทั้งสองฝั่ง งบฯ 120,000 ล้านบาท |
| 5. แผนงานการกำหนดพื้นที่รับน้ำนอง จัดทำแผนผันน้ำและมาตรการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการใช้พื้นที่เพื่อการรับน้ำ | 5. โครงการจัดทำผังการใช้ที่ดินและการใช้ประโยชน์ที่ดินในผัง รวมทั้งการจัดทำพื้นที่ปิดล้อม (คันริมแม่น้ำและระบบระบายน้ำ) ของพื้นที่ชุมชน พาณิชยกรรม และอุตสาหกรรม งบฯ 50,000 ล้านบาท |
| 6. แผนงานปรับปรุงองค์กรเพื่อบริหารจัดการน้ำ ให้มีคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อติดตามการดำเนินงาน โดย ส.กยน. เป็นเลขานุการ | 6. โครงการปรับปรุงสภาพลำน้ำสายหลัก และคันริมแม่น้ำส่วนที่เหลือจากกลุ่มโครงการที่ 3 และ 5 งบฯ 7,000 ล้านบาท |
| | 7. โครงการจัดระบบฐานข้อมูล ระบบพยากรณ์ ระบบเตือนภัย รวมทั้งจัดตั้งองค์กร กฎระเบียบที่จำเป็น และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน งบฯ 3,000 ล้านบาท |

**ที่มา**: โครงการสุขภาพคนไทย. 2555. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (สรุปจากฐานข่าวข้อมูลน้ำท่วมของโครงการในช่วงเดือนธันวาคม 2554-กุมภาพันธ์ 2555).

กลางปี 2554 'วังน้ำเขียว' ดินแดนที่เคยได้รับการเล่าลือว่าเป็น 'สวิตเซอร์แลนด์แห่งเมืองไทย' กลับแปรเปลี่ยนเป็น 'วังน้ำเขียวโมเดล' หุบเขาที่อำนาจรัฐและประชาชน ทุนและความยากจน การท่องเที่ยวและการบังคับใช้กฎหมายปะทะกันจนยากจะหาจุดประนีประนอม เมื่อกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เดินถือกฎหมายมุ่งหน้าไล่รื้อรีสอร์ตที่บุกรุกพื้นที่อุทยานแห่งชาติทับลานอย่างเอิกเกริก กระแสสังคมมีทีท่าเห็นพ้องกับการขับไล่นายทุนออกจากป่า พร้อมกับคำถามอึงคะนึงว่า ทำไมจึงเป็นเวลานี้ เป็นเรื่องการเมืองหรือไม่ จะจริงจังไปได้สักกี่น้ำ แล้วจะใช้มาตรการนี้กับพื้นที่ป่าอื่นๆ ในเมืองไทยด้วยหรือไม่

# 'วังน้ำเขียวโมเดล' ภาพสะท้อนปัญหา คน-ป่า-ที่ดิน

2

วังน้ำเขียวโมเดลจะใช้แก้ปัญหาบุกรุกพื้นที่ป่าได้จริงหรือไม่ ดูจะเป็นคำถามที่สำคัญที่สุด เพราะเอาเข้าจริงๆ แล้ว ปัญหาคนกับป่าไม่ได้มีต้นเหตุตรงไปตรงมาเพียงแค่ชาวบ้านถือจอบเข้าไปถางที่ทำกิน หากยังมีปัจจัยนานัปการที่วังน้ำเขียวโมเดลยังไม่ได้ตอบและยากที่จะหาคำตอบ

## 'วังน้ำเขียว' หุบเขาแสนงาม ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง

วังน้ำเขียวเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ด้วยสภาพพื้นที่ทับซ้อนกับอุทยานแห่งชาติทับลาน ที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ วังน้ำเขียวจึงมีอากาศเย็นสบายตลอดปี ได้รับการยกย่องว่ามีโอโซนบริสุทธิ์ระดับ 7 ของโลก[1] และองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ หรือยูเนสโก รับรองว่า เป็นพื้นที่สงวนชีวมณฑลแห่งแรกของประเทศไทย ทั้งยังมีเขาแผงม้าอันเป็นแหล่งอนุรักษ์กระทิงที่มีชื่อเสียง[2]

ผนวกกับทัศนียภาพที่สวยงาม เป็นเหตุให้ช่วงปีหลังๆ มานี้ วังน้ำเขียวได้รับการส่งเสริมให้เป็นสถานที่ท่องเที่ยวยอดฮิตของโคราช ยิ่งในช่วงฤดูหนาวด้วยแล้ว คาดกันว่า เฉพาะช่วงเสาร์-อาทิตย์ อาจมีนักท่องเที่ยวมาเยือนวังน้ำเขียวถึง 30,000 คน สร้างแรงสะพัดของเงินตราประมาณ 30 ล้านบาท[3]

เหมือนทุกแห่งในประเทศไทย การท่องเที่ยวมักพกพาความเปลี่ยนแปลงติดไปด้วย รีสอร์ต บ้านพัก ตากอากาศ ร้านรวง สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ทยอยลงไปจับจองพื้นที่ เพื่อหวังตักตวงโอกาสทางเศรษฐกิจที่การท่องเที่ยวมอบให้ ตั้งแต่ชาวบ้านธรรมดาๆ ข้าราชการ นักการเมือง นายทุน ผู้มั่งมีจากตระกูลดังๆ ส่งผลให้ราคาที่ดินถีบตัวสูงถึง 20-40 เปอร์เซ็นต์ต่อปี ตั้งแต่ไร่ละ 1.5 ล้านบาทสำหรับที่ดินที่ไม่ติดถนน จนถึงไร่ละ 5 ล้านบาท หากเป็นที่ติดถนน[4]

เรื่องราวของหุบเขาแสนงามกับการท่องเที่ยวที่สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจแก่จังหวัดนครราชสีมาและผู้คนจำนวนมากคงจะจบแบบสวยงาม หากมิใช่เพราะที่ดินวังน้ำเขียว 241,000 ไร่เป็นที่ ส.ป.ก., น.ส.3 หรือ น.ส.3.ก. ซึ่งเป็นพื้นที่ป่าที่ทางกรมป่าไม้มอบให้สำนักงานปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร (ส.ป.ก.) เพื่อจัดสรรแก่เกษตรกรไร้ที่ทำกินกว่า 6,000 ราย โดยออกเป็น ส.ป.ก. 4-01 ไปแล้ว 136,000 ไร่[5] แต่กลายเป็นการใช้ที่ดินผิดวัตถุประสงค์ ซ้ำยังมีการบุกรุกพื้นที่ป่า

จู่ๆ วันที่ 21 กรกฎาคม 2554 นายเทวินทร์ มณีทรัพย์ หัวหน้าอุทยานแห่งชาติทับลาน ก็ออกประกาศให้เจ้าของสิ่งปลูกสร้างต่างๆ รื้อถอนสิ่งปลูกสร้างของตนและทำให้พื้นที่กลับคืนสู่สภาพเดิม ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2554

## กรมอุทยานประกาศชนนายทุน เอาจริงหรือแค่ไฟไหม้ฟาง

การประกาศชนของกรมอุทยานฯ ไม่มีใครรู้ต้นสายปลายเหตุแน่ชัดว่าเหตุใดจึงมาเอาจริงเอาจังในห้วงเวลานี้ หลังจากปล่อยปละละเลยให้ปัญหาลุกลามจนพื้นที่ป่าทับลาน 1.3 ล้านไร่ ถูกบุกรุกไปกว่า 60,000 ไร่[6] สร้างข้อกังขาแก่สังคมไม่น้อยว่า เป็นเกมการเมืองหรือไม่ และจะเอาจริงเอาจังแค่ไหน อย่างไรก็ตาม กระแสสังคมส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการปราบปรามนายทุนรีสอร์ตของกรมอุทยานฯ ในครั้งนี้

จากการตรวจสอบของสื่อมวลชน พบการบุกรุกพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียวในเขตป่าสงวนแห่งชาติป่าเขาภูหลวงซึ่งดูแลโดยกรมป่าไม้ มีบ้านพักและรีสอร์ตที่บุกรุกถึง 22 ราย ส่วนในเขตอุทยานฯ ทับลานมีมากกว่า 100 ราย โดยพื้นที่ที่มีการบุกรุกมากที่สุดคือบริเวณรอบเขาแผงม้า มีสิ่งปลูกสร้างถึง 22 แปลง กินเนื้อที่กว่า 100 ไร่[7] ตัวเลขที่แท้จริงของจำนวนรีสอร์ตทั้งหมดยังไม่มีใครรู้แน่ชัด สื่อบางสำนักก็ระบุว่ามากกว่า 1,000 แห่ง มีห้องพักจดทะเบียนกว่า 20,000 ห้อง และไม่จดทะเบียนอีกจำนวนมาก[8] รีสอร์ตหรือบ้านพักบางแห่งถึงกับเป็นเจ้าของภูเขาทั้งลูกก็มี[9]

ต่อมาทั้งเจ้าหน้าที่ของกระทรวงทรัพยากรฯ และ ส.ป.ก. ต่างก็ทยอยลงไปปิดประกาศตามรีสอร์ตแจ้งให้เจ้าของรีสอร์ตทำการรื้อถอนสิ่งปลูกสร้างออกจากพื้นที่ ถึงขั้นเจ้าหน้าที่ต้องนำรถแบ็กโฮเข้าไปรื้อถอนด้วยตนเอง ก็มีในรายที่ศาลพิพากษาให้รื้อถอนแล้ว

การจัดการปัญหาบุกรุกพื้นที่ป่าในอำเภอวังน้ำเขียว ไม่ได้สร้างผลกระทบต่อนายทุนหรือเจ้าของรีสอร์ตฝ่ายเดียว เพราะจริงๆ แล้ว กลุ่มนายทุนแม้จะเจ็บเนื้อเจ็บตัวบ้างก็คงไม่หนักหนาเท่ากับชาวบ้านในพื้นที่กว่า 7,000 คน ที่อาศัยและทำกินมานานกว่า 40 ปี เกรงว่าจะถูกหางเลขต้องออกจากพื้นที่ด้วย เพราะส่วนใหญ่ไม่มีเอกสารสิทธิ[10]

ไม่เพียงความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัย ชาวบ้านและนักธุรกิจอีกไม่น้อยที่ได้รับผลพวงจากการขยายตัวของการท่องเที่ยวต่างก็ได้รับผลกระทบไปตามๆ กัน นายพงษ์เทพ มาลาชาสิงห์ ประธานชมรมส่งเสริมการท่องเที่ยว อำเภอวังน้ำเขียว กล่าวว่า การดำเนินการของเจ้าหน้าที่ครั้งนี้ทำให้ผู้ประกอบการโรงแรมและรีสอร์ตหลายแห่งประสบภาวะขาดทุนและอาจต้องเลิกกิจการ ที่สำคัญคือแรงงานในท้องถิ่น 4,000-5,000 คน จะต้องตกงานไปด้วย[11]

นายพงษ์เทพ กล่าวด้วยว่า ปัจจุบัน อำเภอวังน้ำเขียวมีรีสอร์ตรวมทั้งสิ้นประมาณ 6,000-7,000 ยูนิต มีโฮมสเตย์ 500 ยูนิต และโครงการขนาดใหญ่ที่ก่อสร้างและดำเนินการในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาอีก 5-6 แห่ง เขายอมรับว่ากว่า 70% เป็นการถือครองที่ดินผิดกฎหมาย แต่กระนั้น รายได้จากการท่องเที่ยวก็ทำให้เศรษฐกิจสะพัดปีละกว่า 1,000 ล้านบาท

เมื่อผลประโยชน์มหาศาล ไม่แปลกที่จะมีการจัดม็อบปิดถนนของคนในพื้นที่ พร้อมกับการยื่นหนังสือแก่รัฐให้หาแนวทางยุติปัญหาครั้งนี้

แนวทางหนึ่งที่กลุ่มชาวบ้านนำโดยนายชุณห์ ศิริชัย ศีรีโกศล สมาชิกสภาจังหวัดนครราชสีมา เขตอำเภอวังน้ำเขียว และนายจงกล สระเจริญ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไทยสามัคคี อำเภอวังน้ำเขียว นำมาใช้คือการล่ารายชื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้พิจารณาแก้ไขกฎหมาย 3 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติ พ.ศ. 2504 พระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ. 2507 และพระราชบัญญัติการปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร พ.ศ. 2518 เพื่อเปิดโอกาสให้ชาวบ้านในพื้นที่อำเภอวังน้ำเขียวสามารถใช้ประโยชน์ สร้างเป็นเมืองท่องเที่ยวได้ตามกฎหมาย[12] แต่สัญญาณตอบกลับพบว่าทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรเอกชน และกระแสสังคมไม่เห็นด้วย เพราะดูเป็นการยกผลประโยชน์ให้ผู้กระทำผิดกฎหมาย

ยิ่งไปกว่านั้น เกมรุกเรียกคืนพื้นที่ของกระทรวงทรัพยากรฯ ถูกเรียกขานว่า 'วังน้ำเขียวโมเดล' ที่น่าจะปรับใช้กับพื้นที่ป่าอื่นๆ ในประเทศไทยที่ประสบชะตากรรมเดียวกัน เพราะเมื่อกรณีวังน้ำเขียวกลายเป็นข่าวใหญ่โต การบุกรุกพื้นที่ป่าอื่นๆ ก็ค่อยๆ ผุดขึ้น ทั้งในเชียงใหม่ เพชรบูรณ์ ภูเก็ต เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานภาครัฐตอบรับด้วยท่าทีขึงขัง โดยการสำรวจล่าสุดของกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช พบว่า มีการก่อสร้างรีสอร์ตในเขตอุทยานแห่งชาติและเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า รวมทั้งสิ้น 433 ราย แบ่งเป็นเขตอุทยานแห่งชาติ 382 ราย และเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า 51 ราย โดยในส่วนของอุทยานแห่งชาติ มีการดำเนินคดีอาญาแล้ว 141 ราย และยังไม่ได้ดำเนินคดีอาญา 292 ราย[13]

## วังน้ำเขียว แค่หนังตัวอย่างของปัญหาที่ดิน

อันที่จริง ปัญหาการบุกรุกที่ดินวังน้ำเขียวใช่ว่าจะเพิ่งเกิดขึ้น กรณีที่โด่งดังก่อนหน้าปี 2554 คือกรณีการรุกที่ ส.ป.ก.วังน้ำเขียวโดยนักการเมืองระดับชาติหลายคน โดยเฉพาะเจ้าของฉายามาดามพีเค เมื่อปี 2546[14] ที่ลงเอยด้วยการเงียบหาย นับแต่นั้นกระบวนการเปลี่ยนที่ดิน ส.ป.ก. ในอำเภอวังน้ำเขียวก็ลุกลามใหญ่โตถึงขนาดประกาศขายที่ดินผ่านเว็บไซต์และสื่อสิ่งพิมพ์อย่างโจ่งแจ้ง

กล่าวได้ว่า ส่วนหนึ่งของปัญหาเกิดจากตัวกฎหมายปฏิรูปที่ดินที่ค่อนข้างหละหลวม ขาดการบริหารจัดการที่ดีพอ และเปิดช่องให้เกิดการถ่ายโอนการถือครองที่ดินจากเกษตรกรไปสู่นายทุนได้อย่างง่ายดายโดยแทบไม่มีการตรวจสอบ ดังที่เกิดขึ้นนับครั้งไม่ถ้วนทั่วประเทศไทย

ที่โยนความผิดไปให้ใครไม่ได้เลยก็คือเจ้าหน้าที่รัฐผู้ปล่อยปละละเลย และยิ่งกว่าอื่นใดคือนโยบายการพัฒนานับตั้งแต่ทศวรรษ 2500 ไม่ว่าจะการให้สัมปทานป่าไม้ การส่งเสริมการปลูกพืชเศรษฐกิจ การตัดถนนยุทธศาสตร์สายนครราชสีมา-ปักธงชัย

ซึ่งฉีกผืนป่าเขาใหญ่และทับลานออกจากกัน และการส่งเสริมการท่องเที่ยวที่แปรเปลี่ยนโฉมหน้าวังน้ำเขียวไปโดยสิ้นเชิง[15]

อีกทั้งการมุ่งแจกที่ดินให้แก่เกษตรกรยากไร้โดยไม่ผ่านกระบวนการคิดแก้ปัญหาทั้งระบบ ยิ่งเป็นตัวเร่งให้ที่ดินเปลี่ยนมือ ชาวบ้านที่อาศัยในพื้นที่วังน้ำเขียวมายาวนานอธิบายว่า สาเหตุหลักประการหนึ่งที่ชาวบ้านต้องขายที่ดิน เพราะทำการเกษตรไม่ได้ผล เนื่องจากเมื่อ 40-50 ปีมีสภาพเป็นป่าเสื่อมโทรม ชาวบ้านต่างหากที่เป็นผู้ฟื้นฟูสภาพป่าให้กลับมาเหมือนเดิม หาใช่ผู้บุกรุกทำลายดังที่ตกเป็นข่าวไม่[16]

*หากสืบสาวให้ถึงที่สุดแล้ว รากเหง้าของปัญหาคือเรื่องการถือครองที่ดินของเมืองไทย เมื่อคนเพียง 10 เปอร์เซ็นต์ของทั้งประเทศถือครองที่ดินมากกว่าคนละ 100 ไร่ ขณะที่ 90 เปอร์เซ็นต์ที่เหลือมีที่ดินไม่เกิน 1 ไร่ [17] และสิทธิการจัดการทรัพยากรของชุมชนโดยเฉพาะประเด็นป่าชุมชนยังห่างไกลจากการปฏิบัติจริง ทั้งหมดนี้ผนวกเป็นสมการอันซับซ้อนที่มีวังน้ำเขียวเป็นเพียงหนังตัวอย่าง*

## แก้ปัญหาอย่างยั่งยืนคือคืนความเป็นธรรม

แม้การบังคับใช้กฎหมายจัดการการบุกรุกพื้นที่ป่าวังน้ำเขียวจะได้รับการยอมรับจากสังคม แต่ต้องยอมรับว่าสร้างความเดือดร้อนแก่ผู้ประกอบการและชาวบ้านในพื้นที่ นายกงกฤช หิรัญกิจ ประธานฝ่ายนโยบาย สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ได้เสนอทางออกแบบประนีประนอม โดยยอมรับว่าการใช้มาตรการทางกฎหมายเป็นสิ่งที่ถูกต้องแล้ว แต่ภาครัฐควรหามาตรการเยียวยาผู้ประกอบการที่เข้าไปดำเนินการโดยไม่มีเจตนาบุกรุก[18]

ดูเหมือนว่าทางออกเฉพาะหน้าต่อกรณีวังน้ำเขียวที่หลายฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน คือการจัดการตามกฎหมายและไม่อาจผ่อนปรนได้ เพราะหากยอมก็ย่อมหมายถึงการผ่อนปรนให้แก่การบุกรุกพื้นที่ป่าของนายทุนทั่วประเทศ ส่วนด้านผลกระทบต่ออาชีพ ศาสตราจารย์มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอว่าอาจให้เอกชนประมูลสถานที่บางแห่งที่มีผลด้านการจ้างงานด้วยวิธีการโปร่งใสและกำหนดราคาขั้นต่ำไว้พอสมควร

ส่วนในระยะยาว ศ.มิ่งสรรพ์ แนะนำว่า รัฐบาลต้องเร่งสะสางปัญหาที่ดินป่าไม้ เร่งพิสูจน์สิทธิชาวบ้าน โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาคมมีส่วนร่วมตรวจสอบการเพิกถอนที่ดินที่ได้มาโดยมิชอบ[19]

แน่นอนว่า การปรับแก้กฎหมายที่ดินและบทบาทของ ส.ป.ก. เป็นอีกประเด็นที่เลี่ยงไม่พ้น นายเลิศวิโรจน์ โกวัฒนะ เลขาธิการ ส.ป.ก. ยอมรับว่า ช่วงที่ผ่านมาทาง ส.ป.ก. ทำการระดมสมองเพื่อหาแนวทางปรับเปลี่ยนกฎหมายปฏิรูปที่ดินให้ทันสมัยและสะดวกต่อการบริหารจัดการให้มากขึ้น[20] สอดคล้องกับความเห็นของนายอนุรักษ์ นิยมเวช สมาชิกวุฒิสภาและประธานคณะกรรมาธิการพัฒนาการเมืองและการมีส่วนร่วมของประชาชน วุฒิสภา อย่างไรก็ตาม กฎหมายที่มีอยู่ขณะนี้ได้ให้อำนาจจัดการกับการถือครองที่ดินในเขต ส.ป.ก.ที่ไม่ถูกต้องไว้ระดับหนึ่งแล้ว ประเด็นสำคัญจึงอยู่ที่เจ้าหน้าที่จะต้องดำเนินการกฎหมายอย่างเคร่งครัด และจะต้องสร้างการตรวจสอบจากภาคประชาชนเพื่อกำกับดูแลการทำงานของเจ้าหน้าที่อีกชั้นหนึ่ง[21]

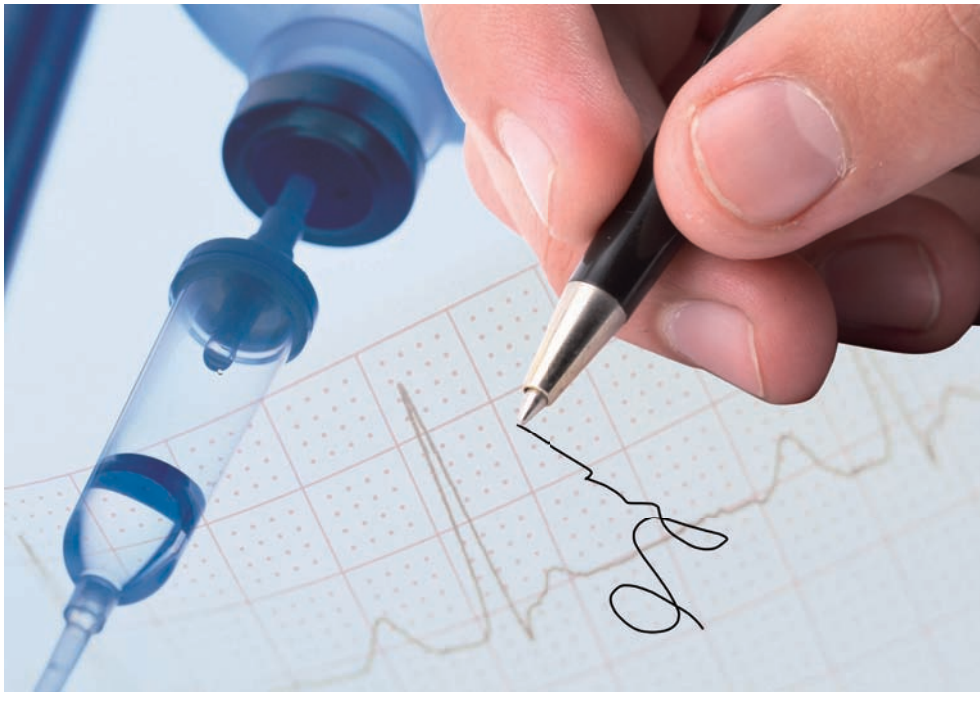
ที่ลืมไม่ได้คือ **การปฏิรูปที่ดินอย่างจริงจัง รวมทั้งการบ่มเพาะและขับเคลื่อนแนวคิดเรื่องสิทธิการจัดการทรัพยากรธรรมชาติโดยชุมชนให้เกิดผลในทางปฏิบัติ** ซึ่งเป็นการจัดการที่ตัวรากเหง้าของปัญหาและส่งเสริมให้ชุมชนสามารถอยู่ร่วมกับป่าได้ น่าจะเป็นทางออกที่ยั่งยืนกว่าการไล่รื้อรีสอร์ต เพราะเกราะป้องกันผืนป่าที่แข็งแกร่งที่สุดไม่ได้อยู่ที่เจ้าหน้าที่และกฎหมายในมือ หากอยู่ที่ความเป็นธรรมในสังคมและความหวงแหนทรัพยากรในหัวใจของชุมชน

# 3 สิทธิปฏิเสธการรักษา เมื่อความตายคือทางเลือก ของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

**‘การขอตายอย่างสงบ’ เป็นพื้นที่ส่วนบุคคลที่ไม่ได้พัวพันกับกฎหมายมากมาย และไม่เคยเป็นประเด็นถกเถียงในสังคมไทยมาก่อน จนกระทั่งหลังการเกิดขึ้นของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อมาตรา 12 ของกฎหมายนี้ระบุถึงการขอตายที่เกาะเกี่ยวกับ ‘สิทธิ’ เป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยปราศจากสายระโยงระยาง หรือนอนแน่นิ่งเป็นผักบนเตียง เป็นทางเลือกที่กฎหมายยอมรับ แต่มาตรานี้ก็สร้างความหวั่นไหวต่อบุคลากรทางการแพทย์จำนวนหนึ่งว่า กติกาใหม่นี้สุ่มเสี่ยงต่อการผิดจรรยาบรรณและนำพาตัวเองให้ติดคุกติดตะราง กลายเป็นข้อถกเถียงหลักของความขัดแย้งเรื่องสิทธิการตาย**

## เมื่อความตาย คือทางเลือก

ประมาณปี 2545 ระหว่างการยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตราว่าด้วยสิทธิปฏิเสธการรักษาถูกอภิปรายอย่างกว้างขวางในหมู่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ฝ่ายที่เห็นด้วยอ้างประเด็นสิทธิของผู้ป่วย ขณะที่ฝ่ายไม่เห็นด้วยหยิบยกข้ออ้างเรื่องจรรยาบรรณแพทย์ และผู้ป่วยไม่ควรเป็นผู้ตัดสินใจเพียงฝ่ายเดียว โดยขาดดุลยพินิจของแพทย์และความเห็นของญาติพี่น้อง เพราะจะสร้างความยุ่งยากตามมา



นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น แสดงท่าทีต่อประเด็นนี้ว่า การให้สิทธิผู้ป่วยเลือกตายได้ถูกต้องตามหลักสิทธิมนุษยชน แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติและสามารถใช้ได้เฉพาะบางกรณี เช่น ผู้ป่วยที่ร่างกายไม่มีปฏิกิริยาใดๆ แล้ว จึงควรให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ส่วนกรณีผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง แพทย์ต้องพิจารณาว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยเลือกตายมีความเหมาะสมหรือไม่[1]

คำอธิบายของฝ่ายที่เห็นด้วย ระบุว่าในต่างประเทศได้ให้สิทธิทำนองนี้แก่ประชาชน เช่น ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ที่มีกฎหมายรองรับสิทธิการตายมาตั้งแต่ปี 2530 ทำให้ผู้ป่วยอาการหนักมักเดินทางไปใช้บริการจากองค์กรที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสงค์จะตายอยู่เป็นประจำ

หรือมลรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐฯ เมื่อปี 2545 มีการออกกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สั่งจ่ายยาช่วยให้ถึงแก่ความตายแก่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายและประสงค์จะตาย ซึ่งศาลฎีกาสหรัฐฯ พิพากษายอมรับว่า รัฐบัญญัติเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity Act) นั้นเป็นสิ่งที่แพทย์ทำได้[2]

สมาคมแพทย์โลก (The World Medical Association) เสนอว่า การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (euthanasia) มีข้อพึงพิจารณา 3 ประการ คือ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส เป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องการยุติชีวิต และผู้ป่วยไม่ควรถูกบังคับให้ยืดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้และไร้การรับรู้ทางสมอง ทั้งนี้ การช่วยจากแพทย์ทำได้ 2 รูปแบบคือ การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (Active Euthanasia) กับการปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเองอย่างสงบ (Passive Euthanasia)[3]

แต่สำหรับ ***สิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Medical Treatment)*** *นั้น* หมายถึงบุคคลมีสิทธิแสดงเจตจำนงที่จะรักษาหรือปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากเทคโนโลยีที่รุดหน้าในปัจจุบันสามารถยื้อความตายไว้ได้ แต่บางครั้งต้องแลกด้วยพันธนาการจากเครื่องมือทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายมหาศาล ผู้คนจำนวนไม่น้อยคิดว่านี่มิใช่รูปแบบการตายที่มีศักดิ์ศรีสมกับความเป็นมนุษย์ การปฏิเสธจึงถือเป็นสิทธิประการหนึ่งที่จะธำรงความเป็นมนุษย์ไว้ก่อนตาย[4]

ที่จริงแล้ว ในประเทศที่มีกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลชัดเจน จะมีแบบฟอร์มการรักษาพยาบาลซึ่งผู้ป่วยต้องกรอก หนึ่งในนั้นคือ การแสดงเจตจำนงไม่ยอมรับการรักษา หากตกอยู่ในสภาพที่ป่วยจนหมดหนทางเยียวยาแล้ว หรือที่เรียกกันว่า DNR (Do Not Resuscitate) โดยหากผู้ป่วยมีคำสั่ง DNR ไว้ แพทย์ต้องหยุดการกระทำที่จะเป็นการยื้อชีวิต เพราะต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีไว้เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า ซึ่งก็คือ การทำพินัยกรรมก่อนตาย (Living Will) ว่าขอใช้ "สิทธิการตาย" ตามที่กฎหมายรับรอง ห้ามแพทย์ละเมิดสิทธินี้โดยปราศจากเหตุผลอันสมควร[5]

## มรณสติ ศาสนาพุทธยอมรับการเตรียมตัวตาย

ที่น่าสังเกตคือ ประเด็นเรื่อง 'สิทธิ' กลับไม่ใช่แกนหลักของการถกเถียงมากมายนักในสังคมไทย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ 'สิทธิ' เป็นแนวคิดของตะวันตก ผ่านการถกเถียงจนตกผลึกและยอมรับทั่วไปว่าเป็นสิทธิพื้นฐานประการหนึ่งของมนุษย์ ประเทศไทยรับเอาแนวคิดนี้มาผลักดันโดยกลุ่มแพทย์ที่มีแนวคิดปฏิรูประบบสาธารณสุขและมีเครือข่ายผู้ป่วยคอยให้การสนับสนุน

ปัจจัยสำคัญอีกประการอาจเป็นอิทธิพลของศาสนาพุทธที่มิได้มีมุมมองด้านลบต่อสิทธิการตาย เช่น แนวคิดของศาสนาคริสต์หรืออิสลามที่ถือว่าชีวิตมนุษย์เป็นของพระเจ้า ดังนั้น มนุษย์จึงไม่มีสิทธิทำลายชีวิตตนเอง ตรงกันข้าม ศาสนาพุทธกลับให้ความสำคัญต่อการเตรียมตัวตายอย่างสงบ สอดคล้องกับคำสอนเรื่องมรณสติ ที่พระไพศาล วิสาโล เจ้าอาวาสวัดป่าสุคะโต จังหวัดชัยภูมิ เคยกล่าวว่า

"เรื่องนี้ในทางศาสนาไม่ถือว่าผิด เพราะคนที่เขารู้ว่าจะต้องตายแล้ว ก็ไม่อยากจะยื้อชีวิต อาจารย์พุทธทาสท่านก็ปฏิเสธไม่ขอรักษา เพราะท่านก็อายุ 87 ปีแล้ว ท่านอยากมรณภาพอย่างเป็นธรรมชาติ เรื่องแบบนี้ในสมัยก่อนพอใครรู้ว่าตนเองจะต้องตายก็ไม่กินยา ไม่กินข้าว กินแต่น้ำ มีแบบนี้เยอะ เพราะไม่ต้องการยื้อถ้าคิดว่าไม่ไหวแล้ว ท่านพุทธทาสเรียกว่า 'ไม่หอบสังขารหนีความตาย' และก็ไม่ใช่เป็นการฆ่าตัวตาย แต่เป็นการปล่อยวางและตายอย่างเป็นธรรมชาติ"[6]

ผลการสำรวจของศูนย์ประชามติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี 2545 ว่าด้วยเรื่องการุณยฆาตและสิทธิการตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 เห็นด้วยกับการออกกฎหมายสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ร้อยละ 16.7 ไม่เห็นด้วย และ

ร้อยละ 38 ไม่ทราบกฎหมายนี้ เมื่อแยกตามอาชีพ พบว่ากลุ่มที่เห็นด้วยกับกฎหมายเป็นแพทย์ถึงร้อยละ 54.5[7]

*เหตุนี้ แกนแห่งการถกเถียงจึงอยู่ที่ถ้อยคำ จรรยาบรรณทางการแพทย์ และข้อกฎหมาย*

## การแสดงเจตจำนงที่จะปฏิเสธการรักษา

หลังจากยืดเยื้อมาหลายปี ในที่สุด ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ... ผ่านการเห็นชอบของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2550 โดยระบุเรื่องสิทธิการตายไว้ในมาตรา 12 ว่า

*"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้*

*การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง*

*เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"*

ต่อมาได้มีประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง *แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งออกตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553*

ประกาศดังกล่าวเป็นการวางแนวทางปฏิบัติการแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย และให้บุคลากรสาธารณสุขทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องกังวลต่อผลทางกฎหมาย

โดยผู้ที่จะแสดงความประสงค์ไม่ต้องการการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีอายุครบ 18 ปี มีสติสัมปชัญญะ ตัดสินใจด้วยตนเอง หากอายุต่ำกว่า 18 ปีต้องให้ผู้ปกครองตัดสินใจ การทำหนังสือจะเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือใช้แบบฟอร์มตามกฎกระทรวงก็ได้ โดยต้องมีเลขที่บัตรประชาชน ลายมือชื่อ ชื่อ-นามสกุล บุคคลใกล้ชิด วันเดือนปีที่ทำหนังสือ และพยาน ซึ่งอาจเป็นบุคคลใกล้ชิด ญาติ หรือพยาบาล เนื้อหาในหนังสือระบุถึงวิธีที่ไม่ต้องการให้ใช้รักษาในวาระสุดท้าย และสามารถแสดงเจตนาขอกลับบ้านเมื่อวาระสุดท้ายกำลังจะมาถึงได้[8]

ทว่า ประเด็นสิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อขอตายอย่างสงบ ไม่ได้ลงเอยเรียบง่ายเช่นนี้

## แพทยสภาไม่มั่นใจข้อกฎหมาย

ภายหลังการประกาศกฎกระทรวง แพทยสภาซึ่งคัดค้านเรื่องนี้ตั้งแต่ปี 2545 นายแพทย์ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์ เลขาธิการและโฆษกแพทยสภาในขณะนั้นกล่าวว่า แพทยสภาไม่เห็นด้วยกับการที่ผู้ป่วยต้องการให้ยุติการรักษา หากเป็นการเขียนพินัยกรรมล่วงหน้าว่าไม่ต้องการให้ต่อเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ก็อาจทำได้ นายแพทย์ชุมศักดิ์ถึงกับให้ความเห็นว่า

"ผมว่าเรื่องนี้ประเด็นอยู่ที่เงิน ถ้าไม่มีใครจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ ก็ไม่มีแพทย์ที่ไหนอยากเหนี่ยวรั้งให้ผู้ป่วยคาเครื่อง เพราะไม่รู้จะส่งบิลไปเก็บกับใคร แม้แต่ผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพก็ตาม รัฐยอมจ่ายให้ผู้ป่วยระดับหนึ่งเท่านั้น การจะอยู่หรือจะตายของคน ต่อไปจะเป็นสองมาตรฐานที่เงินเป็นตัวกำหนด"[9]

คำกล่าวข้างต้นดูจะเป็นการสนับสนุนสิทธิการตายแบบมุมกลับ เพราะงานวิจัยในสหรัฐฯ พบว่าค่ารักษาพยาบาลช่วง 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตนั้นมากกว่าค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายมาทั้งชีวิตเสียอีก[10] สิทธิปฏิเสธการรักษาจึงดูจะสมเหตุสมผลสำหรับคนไข้ที่ไม่ต้องการเป็นภาระแก่คนที่อยู่หลัง

แพทยสภายังมีคำถามต่อว่า กฎกระทรวงที่ออกมาเกินขอบเขตอำนาจที่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 บัญญัติไว้หรือไม่ และสามารถยกเว้นความรับผิดตามประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้ทั้งหมดหรือไม่ ด้วยเกรงว่าจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สุ่มเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย[11] แม้ฝ่ายผู้จัดทำกฎหมาย

จะชี้แจงว่า ข้อวิตกกังวลที่ว่านี้ได้ผ่านการพูดคุยกับนักกฎหมายมาตั้งแต่ต้นแล้วก็ตาม ก็ไม่ได้ทำให้ทางแพทยสภาสบายใจแต่อย่างใด

นายแพทย์วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา ถึงกับประกาศว่า "กฎหมายฉบับนี้ไม่มีสภาพบังคับ จึงไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตาม หรือไม่ก็ต้องมีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบคือ สช. (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) ที่ต้องเก็บรวบรวมหนังสือแสดงเจตนาด้วย"[12]

ความขัดแย้งทางความคิดมีทีท่าจะบานปลายเมื่อแพทยสภาขู่ว่าจะฟ้องศาลปกครอง โดยมีแนวร่วมอย่างสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.) และสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (สพศท.) เสนอให้มีการแก้ไขกฎกระทรวงใน 4 ประเด็น คือ

1. การกำหนดวาระสุดท้ายของชีวิต ตามกฎกระทรวงเขียนไว้ค่อนข้างกว้างและอาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ แพทยสภาขอเป็นผู้กำหนดนิยามคำว่า วาระสุดท้าย ให้ถูกต้องตามเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยการเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องและราชวิทยาลัยต่างๆ มาหารือร่วมกัน

2. สถานที่ในการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ซึ่งเดิมระบุให้ทำที่ใดก็ได้นั้น ควรกำหนดให้ทำในสถานที่ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลที่คนไข้รักษาตัว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานเขตหรือที่ว่าการอำเภอ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

3. ตามตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ระบุให้แพทย์กรุณาหยุดบริการ ซึ่งในทางปฏิบัติคงไม่มีแพทย์คนใดกล้าดำเนินการเพราะเท่ากับทำให้ผู้ป่วยตาย

4. ต้องตัดคำว่า 'กรุณาหยุดบริการ' ออกไป

นายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ์ เลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า เมื่อแพทย์ได้ทำหัตถการใดแก่ผู้ป่วยแล้ว เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ไม่สามารถดำเนินการถอดเพื่อให้คนไข้ตายเร็วขึ้น เพราะแม้ไม่ถอดคนไข้ก็จะเสียชีวิตอยู่แล้ว การถอดเครื่องช่วยหายใจทำได้ 2 กรณีเท่านั้น คือผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยอาการดีขึ้น

ทางแพทยสภายืนยันว่าจะดำเนินการแก้ไขกฎกระทรวงและอาจรวมไปถึง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยจะนำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขต่อไป[13]

## สิทธิการตายมีผลบังคับใช้แล้ว แต่ความขัดแย้งนี้ยังไม่จบ

ปัจจุบัน สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีผลบังคับใช้แล้ว แต่อนาคต ยังไม่มีใครคาดเดาได้ว่าเนื้อหากฎหมายจะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร ด้วยเหตุที่เบื้องหลังเรื่องนี้มีรากเหง้าจากความแตกต่างของฐานคิดระหว่างแพทย์สองกลุ่ม คือ แพทยสภาที่เป็นหัวหอกในการคัดค้านสิทธิการขอตายอย่างสงบอย่างแข็งขัน น่าสังเกตว่า แพทยสภายุคปัจจุบันมีแนวโน้มมุ่งประโยชน์กลุ่มแพทย์เป็นสำคัญ และอาจเจือด้วยการปกป้องผลประโยชน์ของแพทย์พาณิชย์ด้วย

ขณะที่กลุ่มแพทย์ที่สนับสนุนมาตรา 12 นี้ เป็นกลุ่มแพทย์ที่ร่วมผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ต้น และมีบรรทัดฐานการทำงานที่จะมุ่งแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยหลักอิงสำคัญ คือ เครือข่ายประชาชนเพื่อสิทธิด้านสุขภาพ 4 ภาค ที่ตั้งคำถามกับกลุ่มแพทย์ที่คัดค้านว่ามีเบื้องหลังหรือไม่ และเรียกร้องให้กลุ่มแพทย์ที่กำลังขัดขวางคิดอย่างผู้มีวุฒิภาวะ โดยยืนยันว่า เครือข่ายฯ จะเฝ้าติดตามและทำงานเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการใช้สิทธิตามมาตรา 12 ด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจของประชาชนอย่างกว้างขวางต่อไป[14]

*แม้ความขัดแย้งยังไม่จบ แต่บทเรียนของเรื่องนี้อยู่ที่ว่า ไม่มีสิ่งใดพรากศักดิ์ศรีของมนุษย์ไปได้ ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ หรือกระทั่งความตาย*

สังคมไทยเข้าใจว่ารัฐประหาร 19 กันยายน 2549 คือจุดเริ่มต้นของความขัดแย้งแห่งปัจจุบัน นั่นคือความจริงเพียงส่วนเดียว หากเปรียบรัฐประหารเป็นต้นไม้พิษ ผลที่เกิดจากต้นไม้ชนิดนี้ย่อมเป็นพิษ ถึงที่สุดแล้ว รัฐประหารอาจเป็นเพียงผลไม้พิษของต้นไม้พิษที่ใหญ่โตกว่า มีรากเหง้าที่แข็งกระด้าง ปักลึกแน่นหนาอยู่ใต้ดิน และแผ่ปกคลุมทุกองคาพยพของสังคมไทยมาเนิ่นนาน และเพราะรากมันซุกซ่อนอยู่ใต้ดินจึงไม่มีใครมองเห็น ต้นไม้ชนิดนี้ อาจเรียกด้วยถ้อยคำสั้นๆ ได้ว่า “โครงสร้างสังคมอันอยุติธรรม”

# “ปฏิรูปประเทศไทย” ภารกิจถอนต้นไม้พิษที่ยังไปไม่ถึงฝั่งฝัน

4

## ความเหลื่อมล้ำบนโครงสร้างอันบิดเบี้ยว ต้นไม้พิษที่แท้จริง

‘ปัญหาเชิงโครงสร้าง’ กลายเป็นคำติดหูคนไทยมากขึ้นเมื่อมีความพยายามอธิบายต้นสายปลายเหตุของปรากฏการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง อันเป็นพื้นผิวของปัญหาที่แท้จริงทุกวันนี้

ภาพชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบจากเขื่อนปากมูล-ราษีไศล ต้องหอบผ้าผ่อนมาชุมนุมหน้าทำเนียบ ความเจ็บป่วยจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ หรือนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด

อำนาจครอบงำตลาดของบริษัทขนาดใหญ่เพียงร้อยละ 10 แต่กวาดรายได้มากกว่าร้อยละ 89 ของจำนวนบริษัทจดทะเบียนทั้งหมดในปี 2550[1] หรือกรณีอุบัติเหตุรถเก๋งชีวิคชนกับรถตู้บนทางด่วน ที่สังคมต้องกดดันเพราะไม่มั่นใจกระบวนการยุติธรรมว่า ตาชั่งจะโอนเอียงตามอำนาจและความมั่งมีหรือไม่

เหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างเล็กน้อยที่เปิดเปลือยสังคมไทยว่า มีความผิดปกติบางประการที่ทำให้โครงสร้างต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเมือง เศรษฐกิจ สังคม อำนาจกฎหมาย กระบวนการยุติธรรม ฯลฯ กระจุกตัวและขับเคลื่อนเพื่อคนจำนวนน้อย เกิดสิ่งที่คอยกัดกร่อนสังคมไทย นามว่า *"ความเหลื่อมล้ำ"*

ความเหลื่อมล้ำอาจแบ่งได้เป็น 4 ด้านคือ สิทธิ โอกาส อำนาจ และศักดิ์ศรี[2] หมายความว่าคนส่วนใหญ่ในสังคมไทยถูกกีดกันออกจาก 4 สิ่งนี้มานาน จวบจนสายลมแห่งความเปลี่ยนแปลงรอบด้านพัดสู่สังคมไทย ประชาชนเริ่มตระหนักในสิทธิและเสียงของตนมากขึ้น จากรัฐธรรมนูญปี 2540 และประชาธิปไตยกินได้ที่รัฐบาลสมัย พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร หยิบยื่นให้

ไม่ว่าระบบทักษิโณมิกส์จะดี-เลวอย่างไร แต่ก็ทำให้พวกเขาได้มีที่อยู่ที่ยืน มีปากมีเสียง อย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนกับระบอบประชาธิปไตยที่วางแน่นิ่งอยู่บนพาน กระทั่งรัฐประหารปี 2549 พรากมันไป แปรเปลี่ยนเป็นความขัดแย้งทางการเมืองที่ทวีความรุนแรงขึ้น

## ก่อเกิดคณะกรรมการปฏิรูป

หลังเหตุการณ์จลาจลพฤษภาคม 2553 ความบอบช้ำบีบสังคมไทยให้ต้องหาทางออก เมื่อรากเหง้าปัญหาแท้จริงคือโครงสร้างสังคมและความเหลื่อมล้ำ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้จุดกระแสการปฏิรูปประเทศ พร้อมกับออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. 2553 ตามมาด้วยการตั้งคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) มีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป มีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน มุ่งเน้นการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง และลดความเหลื่อมล้ำ[3] ใน 5 ด้าน คือ รายได้ สิทธิ โอกาส อำนาจ และศักดิ์ศรี[4] และสร้างความเป็นธรรมใน 5 มิติ คือ ความเป็นธรรมด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านที่ดินและทรัพยากร ด้านโอกาส ด้านสิทธิ และด้านอำนาจต่อรอง[5]

แม้กลุ่มคนเสื้อแดงจะไม่ร่วมสังฆกรรมกับคณะกรรมการทั้งสองชุด แต่ก็ต้องยอมรับว่าสามารถจุดกระแสสังคมให้ใส่ใจต่อการปฏิรูปอย่างจริงจัง ดึงดูดหลายภาคส่วน ทั้งภาคธุรกิจ ราชการ เอ็นจีโอ ชาวบ้าน สื่อมวลชน หรือกลุ่มที่ขับเคลื่อนในประเด็นต่างๆ เช่น กลุ่มผู้หญิง คนพิการ ป่าชุมชน ผู้บริโภค และศิลปิน มาร่วมถกเถียง แลกเปลี่ยน วิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาและค้นหาแนวทางแก้ไข โดยชุดของนายอานันท์เปรียบเสมือนมันสมองที่คิดในเชิงยุทธศาสตร์ รวบรวมนักคิดนักวิชาการที่มีชื่อเสียงระดับประเทศไว้ไม่น้อย อาทิ เสกสรรค์ ประเสริฐกุล นิธิ เอียวศรีวงศ์ ม.ร.ว.อคิน รพีพัฒน์ เป็นต้น และมีสมัชชาปฏิรูปเป็นผู้สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม รวบรวมข้อมูล ความคิด ความเห็นจากสังคม

การระดมความคิดเห็นผ่านเวทีสมัชชาปฏิรูปครั้งที่ 1 เมื่อเดือนมีนาคม 2554 เห็นพ้องว่าจะลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรม โดยให้คณะกรรมการปฏิรูปและสมัชชาปฏิรูปวิเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและจัดสมัชชาปฏิรูปทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการเป็นอิสระจากรัฐบาล ใน 8 ประเด็น[6]

1. การจัดสรรที่ดินอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน
2. การจัดการทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง
3. การคืนความเป็นธรรมกรณีที่ดินและทรัพยากร
4. การปฏิรูประบบประกันสังคม
5. หลักประกันและการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ
6. สังคมที่คนไทยอยู่เป็นสุขร่วมกัน
7. การกระจายอำนาจ และ
8. ศิลปวัฒนธรรมกับการสร้างสรรค์และเยียวยาสังคม

## "ปฏิรูปที่ดิน" "รื้อโครงสร้างอำนาจรัฐ" ยาแรงที่ไร้คำตอบจากรัฐบาล

ผ่านไป 6 เดือนนับจาก คปร. เป็นรูปเป็นร่าง วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2554 คปร. จึงจัดแถลงข่าวเรื่อง

"การปฏิรูปการจัดการที่ดินเพื่อการเกษตร" เป็นข้อเสนอแรกต่อรัฐบาล เพราะเห็นว่าโครงสร้างเศรษฐกิจทุนนิยมกำลังแปลงที่ดินจากสิ่งที่เคยเป็นฐานชีวิตไปสู่สินค้า นำไปสู่การครอบครองที่ดินเพื่อเก็งกำไรโดยมิได้ใช้ประโยชน์

ข้อมูลจากเครือข่ายปฏิรูปที่ดินแห่งประเทศไทย มูลนิธิสถาบันที่ดินแห่งประเทศไทย ประเมินว่า คนไทยร้อยละ 90 ถือครองที่ดินไม่เกิน 1 ไร่ ส่วนคนกลุ่มน้อยเพียงร้อยละ 10 ถือครองที่ดินมากกว่าคนละ 100 ไร่ และสูงถึงร้อยละ 70 ของที่ดินที่มีการจับจองถูกทิ้งร้างโดยมิได้ใช้ประโยชน์ แต่เพื่อเก็งกำไร[7] คณะกรรมการปฏิรูปได้เสนอ 5 แนวทางการปฏิรูปการจัดการที่ดินเพื่อการเกษตร ได้แก่

1. จำกัดเพดานการถือครองที่ดินเพื่อการเกษตรไว้ไม่เกิน 50 ไร่ต่อครัวเรือน เพื่อลดการกระจุกตัวของการถือครองที่ดิน

2. จัดระบบข้อมูลการถือครองที่ดินเพื่อการเกษตรทั้งประเทศเป็นข้อมูลสาธารณะ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการที่ดินให้เกิดประโยชน์และเกิดความเป็นธรรม

3. จัดตั้งกองทุนธนาคารที่ดินเพื่อการเกษตร ทำหน้าที่จัดซื้อที่ดินที่ไม่ใช้ประโยชน์หรือที่มีการถือครองล้นเกินมาจัดสรรให้เกษตรกรที่ขาดแคลนที่ดินทำกิน

4. ให้มีการจัดเก็บภาษีที่ดินเกษตรกรรมในอัตราก้าวหน้า เพื่อลดแรงจูงใจในการสะสมที่ดินไว้โดยไม่ทำประโยชน์

5. ให้มีการกำหนดเขตการใช้ที่ดินเพื่อการเกษตรอย่างชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้ถือครองต้องเป็นผู้ทำการเกษตรด้วยตนเองเท่านั้น[8]

มิต้องสงสัยว่า ข้อเสนอของ คปร. ถือเป็นยาแรงแสลงใจแลนด์ลอร์ดทั้งหลาย การแถลงข้อเสนอจึงเป็นการโยนหินถามทางให้สังคมช่วยกันถกเถียงและสร้างแรงกดดัน

"เจตนารมณ์ของข้อเสนอนี้คือ การสื่อสารกับสาธารณะ ให้ประชาชนเกิดความตื่นตัว นำเรื่องนี้มาเป็นข้อถกเถียงแลกเปลี่ยนกันเป็นวาระของสังคมและช่วยผลักดันให้เกิดขึ้น หลังจากนี้จะส่งหนังสือไปถึงองค์กรภาคประชาชนต่างๆ สื่อสารมวลชน รัฐบาล รวมถึงพรรคการเมืองต่างๆ ที่อยากจะนำแนวคิดนี้ไปจัดทำเป็นนโยบายในการหาเสียงเลือกตั้ง"[9]

ต่อมาในวันที่ 18 เมษายน 2554 คปร. จัดแถลงข้อเสนอปฏิรูปประเทศอีกครั้ง คราวนี้พุ่งเป้าไปที่การรื้อโครงสร้างอำนาจรัฐรวมศูนย์และมุ่งกระจายอำนาจแทน โดยมีข้อเสนอดังนี้[10]

1. ยกเลิกการบริหารราชการส่วนภูมิภาค โอนอำนาจบริหารจัดการทรัพยากรท้องถิ่น เศรษฐกิจท้องถิ่น และการเมืองท้องถิ่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

2. สร้างกระบวนการทางการเมืองที่เปิดให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมกับ อปท. ในการบริหารอย่างเป็นรูปธรรม

3. รัฐบาลกลางมีภาระหน้าที่รับผิดชอบกิจการระดับชาติ แต่ไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะแต่งตั้งถอดถอนผู้บริหาร อปท. หรือพนักงานในสังกัด อปท.

4. ต้องปฏิรูประบบการคลังและการบริหารบุคลากรของท้องถิ่น เพื่อให้ อปท. มีกำลังในการปฏิบัติภาระหน้าที่

ไม่ต้องแปลกใจ หากข้อเสนอที่มุ่งถอนรากถอนโคนโครงสร้างอันเหลื่อมล้ำเช่นนี้จะถูกคัดค้านและไม่ได้รับการสานต่ออย่างจริงจังจากภาครัฐ

หลังการแถลงข้อเสนอครั้งที่ 2 ไม่ถึงเดือน นายอานันท์ ในฐานะประธาน คปร. ก็ได้ประกาศลาออกยกชุด ภายหลังการประกาศยุบสภาของนายอภิสิทธิ์ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2554 โดยนายอานันท์ได้เน้นย้ำความสำคัญถึงข้อเสนอของ คปร. 2 เรื่องนี้ว่า

**"หัวใจของปัญหาสังคมไทยที่นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำ คือโครงสร้างอำนาจ** สิ่งนี้คือต้นเหตุ ราชการที่ไม่มีความยุติธรรมในอำนาจ ไม่เปิดโอกาส ไม่เปิดพื้นที่ให้กับคนทั่วไป มันก็จะนำไปสู่ปัญหาต่างๆ การกระจุกตัวอำนาจในเมืองหลวง เช่น ความมั่งคั่ง อุตสาหกรรม การคมนาคม โอกาสและอำนาจที่ได้รับ ที่สำคัญคือการรวมอำนาจจัดการสิ่งต่างๆ ในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะชาวรากหญ้า จะผิดจะถูกก็แล้วแต่

แต่ความรู้สึกเป็นเบี้ยล่าง ความรู้สึกที่ว่าอนาคตไม่มี นี่คือปัญหาที่ต้องแก้ไขโดยด่วน ซึ่งทางคณะกรรมการต้องเร่งดำเนินการ 2 เรื่อง ทั้งที่เกษตรและโครงสร้างอำนาจ"[11]

คปร. ได้จัดทำรายงานชิ้นสุดท้ายเพื่อเสนอให้แก่ประชาชนและพรรคการเมืองนำไปสานต่อ นายอานันท์ทิ้งท้ายเช่นเดียวกับเมื่อครั้งเสนอเรื่องการปฏิรูปที่ดินว่า การปฏิรูปประเทศจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับสังคมที่ต้องร่วมกันขับเคลื่อนต่อไป ขณะที่สมัชชาปฏิรูปของนายแพทย์ประเวศยังคงทำงาน เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาข้อเสนอจากสังคมต่อไปตามระยะเวลา 3 ปี ตามระเบียบสำนักนายกฯ ว่าด้วยการปฏิรูป

## เมื่อสายลมเปลี่ยนทิศ ก็ไร้คำตอบจากสภา

อย่างไรก็ตาม ขณะที่ คปร. ยังทำหน้าที่ร่วมกับสมัชชาปฏิรูปนั้น ได้สร้างความเคลื่อนไหวในหลายภาคส่วนของสังคม มีการเสนอแนวทางการปฏิรูปหรือหนุนข้อเสนอของ คปร. จากหลายกลุ่ม เช่น เครือข่ายองค์กรชุมชนเพื่อการปฏิรูปเสนอให้มีการออกแบบคณะกรรมการปฏิรูประดับจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านถึงจังหวัด เครือข่ายภาคประชาชนได้เสนอวาระเร่งด่วน เช่น ยุติโครงการพัฒนาของรัฐหรือโครงการลงทุนขนาดใหญ่ของเอกชนที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชุมชน ปัญหาหนี้สินเกษตรกรและหนี้นอกระบบ เป็นต้น

ทั้งนี้รวมไปถึงข้อติติงที่น่าสนใจจากนักวิชาการ เช่น พิชญ์ พงษ์สวัสดิ์ ที่ให้ความเห็นว่า

"ประเด็นอยู่ที่ว่า คณะกรรมการชุดอานันท์-ประเวศนี้จะเกาะเกี่ยวกับประชาชนอย่างไร โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นคนเสื้อแดง หรือจะให้กล่าวเน้นก็คือกับคนที่ไม่เห็นด้วยกับรัฐบาล

ประเด็นเรื่องการเกาะเกี่ยวจึงเป็นประเด็นที่สำคัญกว่าประเด็นการเป็นอิสระ เพราะเป็นเรื่องของการตอบคำถามความเป็นตัวแทนและความเป็นเจ้าของประเทศของคนที่ยืนอยู่ตรงข้าม และถูกกระทำจากรัฐบาล แต่เขาเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าเข้าเจ้าของรัฐนี้เช่นกัน"[12]

หลายฝ่ายเห็นพ้องว่าข้อเสนอของ คปร. จัดเป็นยาแรง ซึ่งอาจเป็นการเสนอเชิงยุทธศาสตร์ที่ต้องการสร้างการแลกเปลี่ยนในสังคม และสร้างเงื่อนไขไว้สูงเพื่อเผชิญกับการประนีประนอมทางการเมือง ถึงกระนั้นสังคมกลับไม่มั่นใจว่า ข้อเสนอต่างๆ จะได้รับการตอบรับ ทั้งไม่แน่ใจด้วยซ้ำไปว่าการปฏิรูปประเทศจะได้ผลจริงจังและต่อเนื่อง ผลสำรวจจากสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ที่ทำการสำรวจระหว่างวันที่ 1-12 มิถุนายน 2553 ระบุว่า ผู้ตอบแบบสอบถามถึงร้อยละ 66 ไม่เชื่อมั่นว่าแผนปฏิรูปประเทศจะได้ผลจริงจังและต่อเนื่อง[13]

สันนิษฐานว่า ส่วนหนึ่งคงหนีไม่พ้นสายลมทางการเมืองอันไม่แน่นอน ระหว่างที่ คปร. ยังทำหน้าที่อยู่นั้น ทางมูลนิธิสถาบันศึกษาเพื่อสังคมที่เป็นธรรม ได้เสนอให้เพิ่มรัฐธรรมนูญ หมวด 16 ว่าด้วยคณะกรรมการปฏิรูป เพื่อเป็นหลักประกันว่า แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล คปร. ก็จะยังคงสานงานต่อเนื่อง ทว่า ข้อเสนอดังกล่าวไม่ได้รับการตอบรับจากสภาอีกเช่นเคย

อย่างไรก็ตาม การเลือกตั้งเมื่อเดือนกรกฎาคม 2554 ได้แสดงให้เห็นแล้วว่า ไม่มีพรรคการเมืองใดนำข้อเสนอต่างๆ ของ คปร. ไปปรับเป็นนโยบาย แต่ละพรรคต่างมุ่งเน้นนโยบายประชานิยม เพื่อให้ได้รับเลือกตั้งเป็นหลัก และเมื่อพรรคเพื่อไทยเป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาล เรื่องการปฏิรูปประเทศไทยก็เงียบหายไปตามวัฏจักรแห่งการเมือง

*ถึงที่สุดแล้ว การปฏิรูปประเทศจะสำเร็จหรือไม่ คงมิใช่การฝากผีฝากไข้ไว้กับการเมืองหรือใครคนใดคนหนึ่ง แต่น่าจะเป็นดังที่นายอานันท์มักกล่าวย้ำเสมอว่า การปฏิรูปประเทศควรเป็นเจตจำนงร่วมกันที่ทั้งสังคมต้องช่วยกันผลักดัน หากเห็นว่าจำเป็นที่จะต้องขุดรากถอนโคนต้นไม้พิษที่แท้จริงออกไปจากสังคมไทย*

# วิ่งสู้ฟัด! สานฝัน สู่ "ประชาคมอาเซียน" 5

**อีกเพียงสามปีนับจากนี้ ประเทศในภูมิภาคอาเซียนจะรวมตัวเป็นหนึ่งเดียวกัน ภายใต้ชื่อว่า "ประชาคมอาเซียน" ทำนองเดียวกับ "สหภาพยุโรป" แต่ละประเทศสมาชิกอาเซียนต่างต้องปรับตัวอย่างขนานใหญ่เพื่อก้าวเดินไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ สิบชาติหนึ่งอาเซียน ภายใต้คำขวัญ 'วิสัยทัศน์เดียว อัตลักษณ์เดียว ประชาคมเดียว' (One Vision, One Identity, One Community) องคาพยพทุกส่วนของไทยกำลังขยับตามกระแสอย่างขนานใหญ่ ให้สมกับที่เป็นพี่ใหญ่ไทยแลนด์**

## ทำไมอาเซียนต้องเป็นประชาคมเดียว

อาเซียนเป็นการรวมตัวของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2510 แต่ละประเทศสมาชิกหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพจัดประชุมทุกปี รูปธรรมที่สำคัญของอาเซียนกว่า 40 ปีที่ผ่านมาคือการพัฒนากลไกความร่วมมือในด้านต่างๆ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

http://aseanwatch.org

ความคิดของอาเซียนที่จะรวมตัวกันเป็นหนึ่งประชาคมนั้นเริ่มปรากฏเป็นจริงเมื่อมีการประกาศ "วิสัยทัศน์อาเซียน 2020" (ASEAN Vision 2020) ในการประชุมที่ประเทศมาเลเซีย เมื่อเดือนธันวาคม 2540 ต่อมาในเดือนตุลาคม 2546 ก็มีการลงนามในปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (หรือ Bali Concord II) ในการประชุมผู้นำอาเซียนที่บาหลี ประเทศอินโดนีเซีย เพื่อจัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ภายในปี พ.ศ. 2563 และตกลงกันในการประชุมที่ฟิลิปปินส์เมื่อปี 2550 ว่าจะเร่งให้เกิดขึ้นภายในปี 2558

การรวมตัวที่ผ่านมา มิเพียงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจเท่านั้นที่ทำให้อาเซียนรวมตัวเป็นหนึ่งประชาคม การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและ

ขนานใหญ่ของโลก ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้อาเซียนต้องรับมือกับความท้าทายและภาวะเสี่ยงภัยใหม่ที่มีลักษณะข้ามชาติและส่งผลกระทบทั่วถึงกันมากขึ้น ทั้งเรื่องโรคระบาด อาชญากรรมข้ามชาติ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ฯลฯ การเป็นประชาคมอาเซียนจึงเป็นรูปธรรมล่าสุดของการขยายความร่วมมือระหว่างสิบชาติสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยประชากรรวมกว่า 590 ล้านคน

## สามเสาหลักแห่งประชาคมอาเซียน

ประชาคมอาเซียนประกอบด้วยความร่วมมือสำคัญ 3 ด้านที่เรียกกันว่า 3 เสาหลัก[1] นั่นคือ

### หนึ่ง ประชาคมการเมือง-ความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political-Security Community – APSC)

การสร้างประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน[2] มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การสร้างเสถียรภาพทางการเมืองของรัฐสมาชิกให้มีความมั่นคง อยู่ร่วมกันอย่างสันติภายใต้หลักประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน แก้ไขข้อพิพาทภายในภูมิภาคอย่างสันติวิธี ส่งเสริมหลักนิติธรรมและธรรมาภิบาล นอกจากนี้ ยังพัฒนาความร่วมมือเพื่อต่อต้านภัยคุกคามรูปแบบใหม่ เช่น อาชญากรรมข้ามชาติ การก่อการร้าย ยาเสพติด การค้ามนุษย์ รวมทั้งการรับมือภัยพิบัติและภัยธรรมชาติ และสร้างบทบาทของอาเซียนในความร่วมมือระดับต่างๆ ทั้งภายในภูมิภาค ทวีป ระดับโลก และองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ อีกด้วย

### สอง ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community – AEC)

สาระสำคัญของการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน[3] คือ การส่งเสริมให้อาเซียนเป็นทั้งตลาดและฐานการผลิตเดียวที่สามารถเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิต การลงทุน แรงงาน สินค้า และบริการได้อย่างเสรี โดยไม่มีข้อจำกัดทางการค้า ไม่ว่าจะเป็นกำแพงภาษีหรือระบบโควต้า อันจะทำให้อาเซียนมีศักยภาพในการแข่งขันทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ผ่านนโยบายต่างๆ เช่น นโยบายการแข่งขัน การคุ้มครองผู้บริโภค สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ นโยบายภาษี และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งด้านการเงิน การขนส่ง เทคโนโลยีสารสนเทศ และพลังงาน นอกจากนี้ ยังเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค เพื่อลดช่องว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศสมาชิก และบูรณาการเศรษฐกิจของอาเซียนให้เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจโลก

ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำกรอบความตกลงว่าด้วยการรวมกลุ่มสินค้าและบริการใน 11 สาขานำร่อง สำหรับการเปิดเสรีการค้า บริการ การลงทุน การอำนวยความสะดวกด้านการค้าและการลงทุน และความร่วมมือด้านอื่นๆ โดยแต่ละรัฐสมาชิกต้องร่วมรับผิดชอบประสานงานจัดทำ Roadmap ในแต่ละสาขา กล่าวคือ ไทย: การท่องเที่ยวและการขนส่งทางอากาศ พม่า: สินค้าเกษตรและประมง อินโดนีเซีย: ยานยนต์และผลิตภัณฑ์ไม้ มาเลเซีย: ผลิตภัณฑ์ยางและสิ่งทอ ฟิลิปปินส์: อิเล็กทรอนิกส์ สิงคโปร์: เทคโนโลยีสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ

### สาม ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community – ASCC)

แผนปฏิบัติการประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน[4] ระบุแนวทางไว้ดังนี้ คือ การสร้างสังคมเอื้ออาทรด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิต ลดปัญหาความยากจน สร้างความเสมอภาคเท่าเทียม และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ส่งเสริมการเข้าถึงการศึกษา พัฒนาระบบสาธารณสุข สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบัน เพื่อแก้ไขผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการรวมตัวทางเศรษฐกิจ ให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน รวมทั้งการป้องกันและจัดการภัยพิบัติด้านสิ่งแวดล้อมที่เผชิญร่วมกัน เช่น มลพิษ หมอกควัน สิ่งแวดล้อมชายฝั่ง ความหลากหลายทางชีวภาพ และการส่งเสริมความยั่งยืนของดิน น้ำ ป่าไม้ แร่ธาตุ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสร้างเสริมอัตลักษณ์อาเซียน (ASEAN Identity) ผ่านความร่วมมือหลากหลายสาขา เช่น การศึกษา การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนของทุกชาติสมาชิก เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงทางประวัติศาสตร์วัฒนธรรมของประเทศในภูมิภาค

### จากพิมพ์เขียวสู่การปฏิบัติ

ด้วยวิสัยทัศน์และเจตนาข้างต้น โครงการความร่วมมือและกิจกรรมต่างๆ หลากหลายจึงเกิดขึ้นภายใต้

การเตรียมความพร้อมเพื่อมุ่งหน้าไปสู่การสร้างประชาคมอาเซียน หลายภาคส่วนต้องปรับตัวขนานใหญ่ ภาคธุรกิจต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับการเข้าสู่ตลาดอาเซียนที่อาจเป็นได้ทั้งโอกาสและความท้าทายครั้งใหญ่ เนื่องจากแม้วัตถุดิบ เทคโนโลยีการผลิต แรงงาน และเงินทุนจะเคลื่อนย้ายขยายตัวเพิ่มขึ้น แต่การแข่งขันก็สูงขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน

ภาครัฐได้เดินหน้าเตรียมพร้อมผ่านหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแผนแม่บทว่าด้วยความเชื่อมโยงระหว่างกันในอาเซียนเป็นฐาน ซึ่งกำหนดความเชื่อมโยงใน 3 ลักษณะ คือ โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีการสื่อสารและพลังงาน กลไกทางกฎหมายและข้อตกลงร่วม และความเชื่อมโยงระหว่างประชาชนกับประชาชนเพื่อผสานความเข้าใจ ความเป็นหนึ่งเดียวกัน และการเคลื่อนย้ายของคนภายในอาเซียน ทั้งทางสังคม วัฒนธรรม กีฬา และการศึกษา[5]

การเปลี่ยนแปลงในไทยจากพิมพ์เขียวด้านต่างๆ เหล่านี้ปรากฏแล้วในหลายภาคส่วน โดยเฉพาะภาคเศรษฐกิจการค้าที่ทยอยปรับตัวไปก่อนแล้วล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการขยายธุรกิจไปลงทุนข้ามพรมแดน การใช้ประโยชน์จากมาตรการทางภาษี การพิจารณาปรับอัตราภาษีให้เท่าเทียมกับอาเซียน การพัฒนาบุคลากร การกำหนดมาตรฐานแรงงาน เพื่อรองรับการเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ฯลฯ

จะเห็นว่าภาคเศรษฐกิจนั้นได้รับอานิสงส์มากจากการรวมตัวเป็นประชาคมเดียว โดยมูลค่าการค้ารวมของอาเซียนปี 2553 (62.7 ล้านล้านบาท) เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปีก่อนหน้า (46.2 ล้านล้านบาท) ตัวเลขการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศก็ขยายตัวเพิ่มขึ้นจาก 1.13 ล้านล้านบาทในปี 2552 เป็น 2.25 ล้านล้านบาทในปี 2553[6] ในระดับพื้นที่เองก็พบว่าเศรษฐกิจการค้าในจังหวัดชายแดนของไทยมีการขยายตัวเพิ่มสูงและจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเมื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเต็มรูปแบบ

อย่างไรก็ดี แม้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนดูจะเป็นฝันที่ใกล้ความจริงที่สุดในบรรดา 3 เสาหลักของประชาคมอาเซียนก็ตาม แต่การช่วงชิงความได้เปรียบจากการเป็นหนึ่งตลาดหนึ่งฐานการผลิตนี้ก็เป็นได้ทั้งโอกาสและความเสี่ยงของภาคธุรกิจในแต่ละประเทศ หากเกิดการไหลเวียนเสรีทั้งด้านการค้า บริการ การลงทุน เงินทุน และการเคลื่อนย้ายแรงงานมีทักษะ 8 สาขา ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะขาดแคลนแรงงานในสาขาที่จำเป็นได้ โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งมีต้นทุนในการผลิตต่อหัวสูง และมีโอกาสที่จะไหลออกไปสู่ภาคเอกชนและต่างประเทศสูงเช่นกัน ถึงแม้จะมีการลงนามยอมรับข้อตกลงการยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangements) ในคุณสมบัติของนักวิชาชีพ 7 สาขาแรก ให้มีองค์กรกำกับดูแลการขออนุญาตทั้งในประเทศต้นทางและปลายทาง แต่การเข้าเมืองและทำงานยังได้กำหนดให้เป็นไปตามกฎระเบียบของแต่ละประเทศสมาชิก และกำหนดประสบการณ์ขั้นต่ำที่ต้องประกอบวิชาชีพในประเทศต้นกำเนิดอีกระยะหนึ่งด้วย เช่น วิศวกร ต้องมีประสบการณ์ทำงาน 7 ปี มีผลงานโดดเด่น 2 ปี สถาปนิก มีประสบการณ์ทำงาน 10 ปี ทำงานต่อเนื่อง 5 ปี มีผลงานโดดเด่น 2 ปี นักวิชาชีพสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลนั้น ต้องมีประสบการณ์ทำงาน 3-5 ปี เป็นต้น

ขณะที่การเปลี่ยนแปลงนี้ ยังรวมถึงการกำหนดมาตรการด้านการเงินการคลังใหม่ เช่น การเปิดเสรีทางการเงิน สกุลเงินร่วม การเข้าถึงอนุสัญญาภาษีซ้อน การถ่ายโอนกำไร มาตรฐานฝีมือแรงงานอาเซียน กลไกการตัดสินข้อพิพาทที่จะไม่กระทบต่อเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่างรัฐสมาชิก โครงสร้างและสิทธิประโยชน์ทางภาษี ปรับลดภาษีนิติบุคคล ลดมาตรการส่งเสริมการลงทุนที่มากเกินไป ซึ่งจะผลักให้ไทยต้องหันไปพึ่งพาภาษีฐานการบริโภคมากขึ้น นั่นคือ เพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสรรพสามิต และภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง[7]

## การศึกษา: รากฐานสำคัญของการก้าวไปสู่ประชาคมอาเซียน

การเตรียมประชาชนอาเซียนให้พร้อมกับการเป็นประชาคมเดียวกัน ดูจะได้รับความสนใจเป็นพิเศษในวงวิชาการศึกษา ผ่านโครงการความร่วมมือ 4 ลักษณะ คือ (1) การส่งเสริมความตระหนักรับรู้เกี่ยวกับอาเซียนในหมู่พลเมืองโดยเฉพาะเยาวชน ผ่านการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาเซียน (2) การเสริมสร้างอัตลักษณ์อาเซียนผ่านการศึกษา (3) การสร้างทรัพยากรมนุษย์ในสาขาการศึกษา และ (4) การสร้าง

เครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียน ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อปี 2538 ปัจจุบันมีสมาชิกจาก 22 มหาวิทยาลัย[8] โดยมีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยบูรพา ร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่ายนี้ด้วย

วงวิชาการศึกษาของไทยกำหนดแนวทางขับเคลื่อนสู่ประชาคมอาเซียนไว้อย่างไม่ลังเลเช่นกัน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของนักเรียน นักศึกษา และประชาชนให้มีทักษะที่เหมาะสม โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ ภาษาเพื่อนบ้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ การสร้างมาตรฐานด้านการศึกษาเทียบเท่านานาชาติ โดยการจัดทำกรอบมาตรฐานการศึกษาของไทย หรือ TQF (Thailand Qualification Framework) ในสายอาชีวศึกษาเรียกว่า TVQ (Thailand Vocational Qualification)[9] นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีระบบการจัดทดสอบอาชีวศึกษาระดับชาติ หรือ V-NET (Vocational National Education Test) มาใช้ในสถาบันการศึกษาอาชีวศึกษา เพื่อชี้วัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและยกระดับมาตรฐานการเรียนการสอนของนักเรียนอาชีวะให้สามารถแข่งขันในตลาดแรงงานของประชาคมอาเซียน

นอกจากนี้แล้ว ยังมีความเห็นต่างในเรื่องกำหนดเปิด-ปิดภาคเรียนของระดับอุดมศึกษา กล่าวคือ ขณะที่ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) เห็นว่าควรปรับเปลี่ยนช่วงเวลาเปิด-ปิดภาคเรียนให้ตรงกับสากล คือภาคเรียนที่ 1 เปิดเรียนกันยายน-ธันวาคม และภาคเรียนที่ 2 เดือนมกราคม-พฤษภาคม ซึ่งกำหนดปรับเลื่อนปฏิทินการศึกษาใหม่ตั้งแต่ปี 2556 สำหรับหลักสูตรนานาชาติ และปี 2557 สำหรับทุกหลักสูตรของ 27 มหาวิทยาลัย[10]

แต่ก็มีเสียงแย้งว่า การเปิดปิดภาคเรียนเป็นการยึดตามหลักภูมิศาสตร์ ฤดูกาล วิถีชีวิต วัฒนธรรมของไทย ไม่ใช่สาระสำคัญในการเตรียมความพร้อมบัณฑิตหรือบุคลากรแต่อย่างใด และต้องสัมพันธ์กับระบบการศึกษาทุกระดับ ไม่ใช่เพียงระดับอุดมศึกษาเท่านั้น[11] อีกทั้งมีเพียงมาเลเซีย อินโดนีเซีย และเวียดนามเท่านั้นที่เปิดเทอมในเดือนกันยายน ขณะที่สิงคโปร์และบรูไนเปิดเทอมเดือนสิงหาคม ส่วนกัมพูชาเปิดเทอมในเดือนตุลาคม[12]

สำหรับประเด็นเรื่องภาษาที่ใช้สื่อสารในประชาคมอาเซียน ที่จริงนอกจากจะใช้ภาษาอังกฤษแล้ว สัดส่วนของประชากรในอาเซียนที่พูดภาษามลายูนั้นมีอยู่ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือ 300 ล้านคนทีเดียว[13] จากผลการวิจัยของโครงการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน เพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้กรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ของทีดีอาร์ไอ พบว่า ขีดความสามารถด้านการศึกษาของไทยอยู่อันดับ 6 เป็นรองทั้งสิงคโปร์ มาเลเซีย บรูไน อินโดนีเซีย และเวียดนาม ขณะที่ทักษะภาษาอังกฤษของคนไทยอยู่อันดับที่ 43 ของเอเชีย ต่ำกว่าทั้งสิงคโปร์ (อันดับ 6) ฟิลิปปินส์ (อันดับ16) มาเลเซีย (อันดับ 23) และอินโดนีเซีย (อันดับ 42)[14]

กระทรวงศึกษาธิการ จึงมีนโยบายให้ปีการศึกษา 2555 เป็นปีแห่งการเริ่มต้นพูดภาษาอังกฤษ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่ต้องใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษากลางสื่อสารภายในอาเซียน โดยกำหนดให้สถานศึกษาทั่วประเทศสื่อสารด้วยภาษาอังกฤษสัปดาห์ละ 1 วัน[15]

## ข้อท้าทายประชาคมอาเซียน: ทำอย่างไรเพื่อไปให้ถึงฝั่งฝัน

1. คำถามสำคัญก็คือ การรวมตัวเป็นหนึ่งประชาคม โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และหวังว่าจะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด รวมทั้งความมุ่งหมายที่ต้องการแก้ไขปัญหาความยากจน บรรเทาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และลดช่องว่างเศรษฐกิจภายในภูมิภาคนั้น จะเกิดขึ้นจริงได้ดังหวังหรือไม่

2. สถานะและบทบาทของอาเซียนในการจัดการกับข้อพิพาทระหว่างรัฐ กรณีของสหภาพยุโรปนั้น แต่ละประเทศต้องสละอำนาจอธิปไตยบางส่วนด้วยการตั้งองค์กรกลางขึ้นมากำหนดนโยบาย แต่อาเซียนห้ามสมาชิกก้าวก่ายแทรกแซงกิจการภายในระหว่างกัน ยิ่งไปกว่านั้นหลายประเทศสมาชิกอาเซียนมีระบบการเมืองการปกครองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย และไม่ให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิมนุษยชน ดังนั้น บทบาทของอาเซียนในการจัดการกับปัญหาความขัดแย้งอย่างสันติภายในภูมิภาคจึงเป็นเรื่องที่ไร้ทางออกอย่างยิ่ง

ตารางแสดงลำดับความเคลื่อนไหวที่สำคัญของการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

| ปี พ.ศ. | สถานที่/ประเทศเจ้าภาพ | ความเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องการประชาคมอาเซียน |
|---|---|---|
| ธันวาคม 2540 | กัวลาลัมเปอร์ มาเลเซีย | ประกาศ "วิสัยทัศน์อาเซียน 2020" (ASEAN Vision 2020) |
| ตุลาคม 2546 | บาหลี อินโดนีเซีย | ลงนามในปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (Declaration of ASEAN Concord II หรือ Bali Concord II) ตกลงร่วมกันว่าจะให้เกิดประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ภายในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) |
| พฤศจิกายน 2547 | เวียงจันทน์ ลาว | ประกาศแผนปฏิบัติการเวียงจันทน์ (Vientiane Action Programme) สนับสนุนการจัดทำกฎบัตรอาเซียน รองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียนในปี 2020 |
| ธันวาคม 2548 | บาหลี อินโดนีเซีย | ประกาศหลักการสำคัญในการจัดทำกฎบัตรอาเซียน และให้ "คณะผู้ทรงคุณวุฒิ" (Eminent Persons Group) จากแต่ละประเทศสมาชิก จัดทำข้อเสนอแนะเบื้องต้นของกฎบัตรอาเซียน |
| มกราคม 2550 | เซบู ฟิลิปปินส์ | ตกลงว่าจะเร่งรัดให้เกิดประชาคมอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2558 |
| พฤศจิกายน 2550 | สิงคโปร์ | ลงนามในกฎบัตรอาเซียน |
| 15 ธันวาคม 2551 | จาการ์ตา อินโดนีเซีย | บังคับใช้กฎบัตรอาเซียนอย่างเป็นทางการ |
| กุมภาพันธ์ 2552 | ชะอำ-หัวหิน ไทย | รับรองปฏิญญาชะอำ-หัวหิน ว่าด้วยการจัดตั้งแผนงานสำหรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียนทั้ง 3 เสาหลัก |

3. แม้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะเป็นเสาหลักที่สำคัญที่สุด และดูเหมือนจะมีการขยับปรับตัวไปล่วงหน้าแล้วพอสมควร แต่ก็ยังมีเสียงทักท้วงถึงรูปแบบความร่วมมือทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างก้าวกระโดด มุ่งหน้าสู่การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวโดยไม่ศึกษาบทเรียนจากสหภาพยุโรปที่กำลังประสบปัญหาขณะนี้ ปัญหาท้าทายอาเซียนก็คือ การมองให้ทะลุและเท่าทันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากวิสัยทัศน์ที่ตั้งเป้าสูงยิ่งไว้ เช่น ทางออกของการข้ามขั้นตอนสหภาพศุลกากร ที่ต้องตกลงภาษีจากภายนอกกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลเสียต่ออาเซียนโดยรวม

4. การเปิดเสรีข้างต้นยังจะนำมาซึ่งอาชญากรรมข้ามชาติ ที่แม้จะมีการขึ้นบัญชีภัยคุกคามของภูมิภาค 6 ประเภท คือ ปัญหายาเสพติด การค้ามนุษย์ ปัญหาแรงงานสตรีและเด็กข้ามชาติ อาชญากรรมทางเศรษฐกิจ อาชญากรรมทางเทคโนโลยี และปัญหาการก่อการร้าย[16] ซึ่งมีการประสานงานเตรียมความพร้อมระหว่างหน่วยงานด้านความปลอดภัยของภูมิภาค แต่คำถามสำคัญก็ยังพุ่งตรงไปที่ศักยภาพและความพร้อมของหน่วยงานรับผิดชอบในการรับมือกับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติเหล่านั้นที่คงจะเพิ่มความซับซ้อนและยากแก่การตรวจสอบมากยิ่งขึ้น

5. การรวมตัวเป็นหนึ่งประชาคมอาเซียนยังต้องเผชิญกับประเด็นอ่อนไหวทางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองในหลายแง่มุมด้วยกัน เช่น อคติระหว่างวัฒนธรรมที่มองว่าชาติตนดีกว่า ยิ่งใหญ่กว่าชาติอื่นๆ ซึ่งยังคงถ่ายทอดผ่านระบบการศึกษาและการหล่อหลอมทางสังคม

*ว่าไปแล้ว ประชาคมอาเซียนดูจะเป็นเมืองสวยงามอยู่ในความฝันอันเลือนลาง ที่ชัดเจนเสมอมาก็คือ การเร่งพัฒนาภาคเศรษฐกิจที่ทุกวันนี้ตลาดภายในประเทศไม่เพียงพอ ต้องขยายไปสู่ภูมิภาคและระดับโลก ด้วยความหวังซ่อนเร้นว่าจะช่วยทำให้ผู้คนมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ดีขึ้น*

*เสียงประโคมโห่ร้องให้เตรียมปรับตัวสู่ประชาคมอาเซียนในอีกสามปีข้างหน้านี้ดังกระหึ่มขึ้นเรื่อยๆ กลบเสียงทักท้วงถึงความพร้อม หรือแม้กระทั่งการทบทวนแนวทางพัฒนาหรือปรัชญาเศรษฐกิจที่จะกระทบชีวิตผู้คนอีกไม่น้อยให้เบาลงจนไม่ได้ยิน*

การสู้รบในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศไทยและกัมพูชาเมื่อต้นปี 2554 จนนำมาสู่ความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของทหารและพลเรือนของทั้งสองฝ่ายเป็นจำนวนมาก นับเป็นความขัดแย้งรุนแรงที่สุดในรอบ 50 ปีของทั้งสองประเทศ ตั้งแต่ศาลยุติธรรมระหว่างประเทศ (หรือรู้จักกันทั่วไปว่า 'ศาลโลก') ตัดสินคดีปราสาทพระวิหาร เมื่อ พ.ศ. 2505 กัมพูชาได้นำความขัดแย้งในครั้งนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ กลุ่มอาเซียน และที่สุดได้ขอให้ศาลโลกตีความขอบเขตและความหมายของคำพิพากษาปี 2505 ว่า รวมถึงพื้นที่รอบปราสาทพระวิหาร อันเป็นต้นตอของเหตุพิพาทด้วยหรือไม่

# 6 สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา : การสู้รบสงบลง แต่ปัญหายังไม่จบสิ้น

ความขัดแย้งเหนือดินแดนบริเวณปราสาทพระวิหารระหว่างไทยและกัมพูชา ซึ่งปะทุมาตั้งแต่ปี 2551 ได้ดำเนินมาถึงจุดแตกหักจนนำไปสู่การปะทะกันทางทหารในวันที่ 4-7 กุมภาพันธ์ 2554 ในพื้นที่พิพาทบริเวณใกล้ๆ กับปราสาทพระวิหารและภูมะเขือ และอีกครั้งหนึ่งในระหว่างวันที่ 22 เมษายน ถึง 1 พฤษภาคม 2554 บริเวณปราสาทตาเมือน ในเขตชายแดนใกล้จังหวัดสุรินทร์

การปะทะกัน 2 ครั้งในรอบ 3 เดือนของปีนั้นยังผลให้ทหารไทย 9 นาย และพลเรือน 2 คนเสียชีวิต ประชาชนในเขต อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ และ อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์ หลายหมื่นคนต้องอพยพโยกย้ายออกจากหมู่บ้านเพื่อหนีภัยสงคราม[1] ขณะที่ฝ่ายกัมพูชาก็ประสบความสูญเสียไม่น้อยเช่นกัน นายกรัฐมนตรี ฮุน เซน ของกัมพูชา กล่าวว่า นับแต่มีความขัดแย้งกันตั้งแต่ปี 2551 ชาวกัมพูชาทั้งทหารและพลเรือนเสียชีวิตไปทั้งหมด 24 คน[2] แม้ตัวเลขความสูญเสียที่อ้างแต่ละครั้งของแต่ละฝ่ายจะไม่สู้ตรงกันนัก แต่รวมความได้ว่ามีชีวิตที่ต้องเสียไปเพราะเหตุแห่งความขัดแย้งของสองประเทศนี้ไม่น้อยเลยทีเดียว

## ความขัดแย้งที่เกิดจากการเมืองเนื้อในของไทยเอง

สาเหตุของความขัดแย้งในครั้งนี้ เป็นผลโดยตรงจากความขัดแย้งทางการเมืองภายในของไทยเป็นสำคัญ เมื่อกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย (พธม.) และพรรคประชาธิปัตย์ได้หยิบประเด็นการเสนอปราสาทพระวิหารเป็นมรดกโลก ในปี 2551 ขึ้นมาโจมตีรัฐบาลสมัคร สุนทรเวช ที่เชื่อว่า ตกอยู่ใต้บงการของศัตรูทางการเมืองตัวฉกาจของพวกเขาคือ พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร

พันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยและพรรคประชาธิปัตย์กล่าวหารัฐบาลสมัครว่า สนับสนุนให้กัมพูชานำปราสาทพระวิหารไปขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกแต่เพียงฝ่ายเดียว สุ่มเสี่ยงทำให้ไทยเสียดินแดนรอบๆ ตัวปราสาทหรือแม้แต่พื้นที่ซึ่งตัวปราสาทนั้นตั้งอยู่ ข้อกล่าวหานี้ทรงประสิทธิภาพทางการเมืองไม่น้อย เพราะทำให้นายนพดล ปัทมะ หลุดจากตำแหน่งรัฐมนตรีต่างประเทศได้ แต่ผลข้างเคียงคือ ไทยและกัมพูชาต้องขัดแย้งกันไปด้วย ทั้งยังรุนแรงและยืดเยื้อยาวนานเกินกว่าจะควบคุมได้

ศาลยุติธรรมระหว่างประเทศตัดสินในปี 2505 ว่า "ปราสาทพระวิหารตั้งอยู่ในอาณาเขตภายใต้อำนาจอธิปไตยของกัมพูชา"[3] คณะรัฐมนตรีของไทยในปี 2505 ได้ปฏิบัติตามคำพิพากษาศาลโลกโดยการล้อมรั้วสี่เหลี่ยมผืนผ้ารอบตัวปราสาทคิดเป็นพื้นที่ ¼ ตารางกิโลเมตร ให้กัมพูชาไปและถือว่าส่วนที่เหลือนั้นเป็นของไทย[4] **แม้กัมพูชาจะไม่เห็นด้วย เป็นข้อพิพาทกันในเรื่องเส้นเขตแดน และมีการตั้งคณะกรรมการร่วมขึ้นมาเพื่อเจรจาปักปันเขตแดน แต่สองประเทศก็อยู่กันในสภาพนี้มาได้ร่วมครึ่งศตวรรษ**

จนกระทั่งพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยและพรรคประชาธิปัตย์ยกประเด็นขึ้นมาโต้แย้งว่าศาลไม่ได้ตัดสินเส้นเขตแดน หากแต่ตัดสินให้เฉพาะตัวปราสาทเป็นของกัมพูชาเท่านั้น การใดที่จะทำให้กัมพูชาได้สิทธิในการเข้าทำประโยชน์จากพื้นที่นอกตัวปราสาทนั้น ถือว่าเป็นเรื่องเสียดินแดน

เมื่อพรรคประชาธิปัตย์เข้าบริหารประเทศต่อจากรัฐบาลสมชาย วงศ์สวัสดิ์ หลังจากพรรคพลังประชาชนถูกยุบไปก็จำเป็นต้องดำเนินนโยบายตามแนวทางเดิมที่ได้วางเอาไว้ร่วมกับพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย โดยขัดขวางการขึ้นทะเบียนปราสาทพระวิหารเป็นมรดกโลกต่อไป ทั้งๆ ที่ทราบอย่างชัดแจ้งแล้วว่า การขึ้นทะเบียนปราสาทพระวิหารเป็นมรดกโลกนั้นเสร็จสิ้นสมบูรณ์ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม 2551[5] แล้ว

รัฐบาลภายใต้การนำของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะอ้างว่า กัมพูชายังจัดทำแผนบริหารจัดการปราสาทพระวิหารไม่ได้ หากยังไม่สามารถตกลงปักปันเขตแดนกับไทยในพื้นที่ทับซ้อน 4.6 ตารางกิโลเมตรรอบๆ ตัวปราสาทพระวิหารก่อน รัฐบาลได้ส่งนายสุวิทย์ คุณกิตติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม เดินทางไปประชุมคณะกรรมการมรดกโลกสองปีซ้อน เพื่อคัดค้านแผนการบริหารจัดการมรดกโลกปราสาทพระวิหาร และครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนมิถุนายน 2554

ในการประชุมที่กรุงปารีส นายสุวิทย์ถึงกับประกาศถอนตัวจากการเป็นภาคีอนุสัญญามรดกโลก เพื่อแสดงความไม่พอใจที่คณะกรรมการมรดกโลกไม่ยอมเลื่อนการพิจารณาแผนบริหารจัดการปราสาทพระวิหารของกัมพูชา

ความขัดแย้งในเรื่องปราสาทพระวิหารจึงยังไม่จบลงง่ายๆ ตลอดสมัยรัฐบาลภายใต้การนำของพรรคประชาธิปัตย์และปะทุรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมีการนำประเด็นของอดีตนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศตึงเครียด ส่งผลให้การดำเนินการปักปันเขตแดนของคณะกรรมการเขตแดนร่วมไทยกัมพูชาไม่สามารถดำเนินการได้

## ฟางเส้นสุดท้ายก่อนการปะทะ

ฟางเส้นท้ายๆ ก่อนการปะทะกันทางทหารในเดือนกุมภาพันธ์ 2554 คือการเกี่ยงงอนกันเรื่องป้ายที่ฝ่ายกัมพูชาติดไว้หน้าวัดแก้วสิกขาคีรีสวาราในพื้นที่พิพาท 4.6 ตร.กม. เพื่อแสดงว่าพื้นที่ดังกล่าวเป็นดินแดนของกัมพูชาที่ถูกฝ่ายไทยรุกรานเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2551 ฝ่ายไทยต้องการให้เอาป้ายออกไปเพราะพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่พิพาทที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งยังไม่สามารถอ้างสิทธิได้[6] กัมพูชายินยอมเอาป้ายดังกล่าวออก แต่เปลี่ยนเอาป้ายใหม่มาติดแทนด้วยข้อความว่า "นี่คือ (ประเทศ) กัมพูชา"[7] ไทยขอให้เอาป้ายใหม่นี้ออกไปเสีย และกัมพูชาก็ยินยอม[8] และไทยเรียกร้องเพิ่มเติมให้กัมพูชาเอาธงชาติลงไปจากบริเวณวัดแก้วสิกขาคีรีสวาราและต้องการให้รื้อวัดนั้นออกไปเสียด้วย แต่ข้อเรียกร้องหลังสุดนี้กัมพูชาไม่ยินยอม[9]

ความตึงเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และฟางเส้นสุดท้ายก็ขาดผึงลงเมื่อฝ่ายไทยนำรถแทรกเตอร์ขึ้นไปทำถนนจากหน้าวัดแก้วสิกขาคีรีสวาราไปภูมะเขือ กัมพูชาได้เตือนให้หยุดแต่ฝ่ายไทยไม่ยอมหยุดจึงเกิดการปะทะกันขึ้น[10] ฝ่ายไทยอ้างว่ากัมพูชาเป็นฝ่ายเปิดฉากยิงใส่ทหารไทยก่อน หลังจากไทยปฏิเสธที่จะยุติการก่อสร้างถนนดังกล่าว[11]

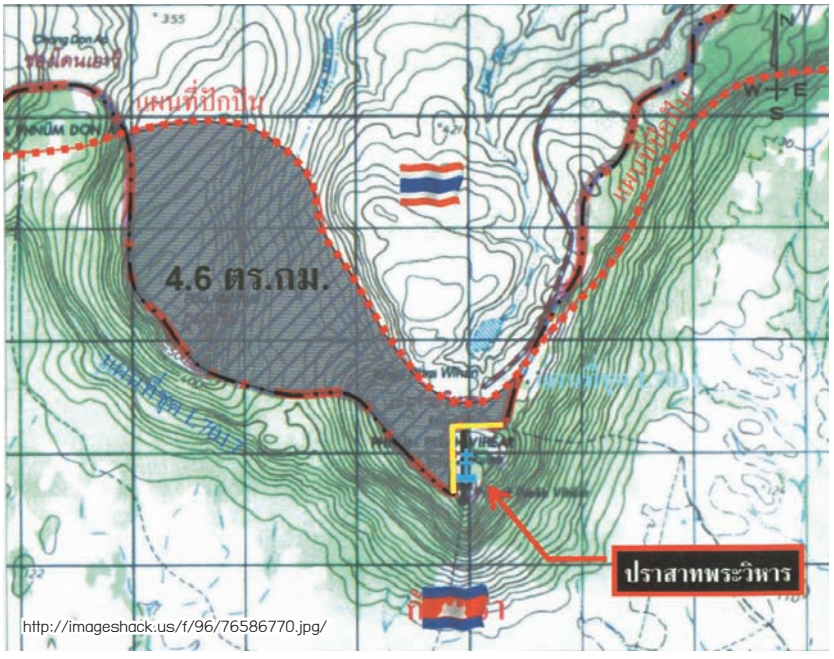
หลังการปะทะ กัมพูชาได้นำเรื่องนี้เข้าหารือในคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2554 มีมติให้ทั้งสองฝ่ายหยุดยิงโดยถาวร โดยให้อินโดนีเซีย ประธานอาเซียน เป็นผู้ดำเนินการให้เกิดการหยุดยิงและหาทางใช้กลไกทวิภาคียุติปัญหา หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์กลุ่มอาเซียนได้เรียกประชุมรัฐมนตรีต่างประเทศนัดพิเศษ ตกลงส่งผู้สังเกตการณ์ชาวอินโดนีเซียเข้าพื้นที่ แต่ฝ่ายไทยสร้างเงื่อนไขเกี่ยงงอนไม่ยอมรับผู้สังเกตการณ์ชาวอินโดนีเซีย จนกว่าจะได้ตกลงทวิภาคีกับกัมพูชาในการประชุมคณะกรรมาธิการชายแดนทั่วไป (General Border Committee-GBC) ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมของทั้งสองประเทศเป็นประธานร่วมเสียก่อน ขณะที่กัมพูชาก็ไม่เรียกประชุม ทั้งยังยืนยันว่า ข้อพิพาทเขตแดนบริเวณปราสาทพระวิหารนั้นไม่สามารถแก้ไขด้วยกลไกทวิภาคีใดๆ ด้วยว่าฝ่ายไทยไม่ยอมให้กลไกทวิภาคีสามารถดำเนินต่อไปได้

ที่จริงแล้วแม้จะมีคณะกรรมาธิการเขตแดนร่วม (Joint Boundary Commission-JBC) ทำหน้าที่เจรจาเรื่องการปักปันเขตแดน แต่รัฐบาลไทยสร้างเงื่อนไขนำเอาบันทึกการประชุม 3 ครั้งมาขอความเห็นจากสภา โดยยังไม่สามารถบรรจุเข้าเป็นระเบียบวาระการประชุมได้ แม้ในปลายปี 2553 จะมีการบรรจุเข้าในระเบียบวาระการประชุมแล้ว แต่ต้องยืดเยื้อ เพราะพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยชุมนุมกดดันหน้ารัฐสภาไม่ให้ผ่านบันทึกการประชุมของ JBC

รัฐบาลอภิสิทธิ์หาทางออกด้วยการตั้งคณะกรรมาธิการเพื่อศึกษาเรื่องนี้ แรกทีเดียวขอใช้เวลา 30 วัน แต่สุดท้ายก็ต่อเวลาข้ามปีไปจนถึงปี 2554 สุดท้ายสมาชิกพรรคประชาปัตย์ขอให้ศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยว่า บันทึกการประชุมดังกล่าวนั้นจำเป็นจะต้องผ่านการพิจารณาของสภาตามรัฐธรรมนูญมาตรา 190 วรรค 2 หรือไม่ แต่ศาลไม่รับพิจารณา[12] รัฐบาลอภิสิทธิ์ตีความการวินิจฉัยของศาลว่า ไม่จำเป็นต้องเอาเข้าสู่การพิจารณาของสภา และส่งผู้แทนไทยเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการเขตแดนร่วมที่เมืองโบกอร์ ประเทศ

อินโดนีเซีย ต้นเดือนเมษายน 2554 แต่การประชุมครั้งนั้นไม่มีความคืบหน้าใดให้กับการเจรจาปักหลักเขตแดนร่วม เพียงประชุมพอเป็นพิธีเพื่อให้กระบวนการส่งผู้สังเกตการณ์ชาวอินโดนีเซียยังคงดำรงอยู่ต่อไปเท่านั้น

ระหว่างการดำเนินการทางการทูตซึ่งติดขัดด้วยเงื่อนไขเกี่ยงงอนของทั้งสองฝ่าย ได้เกิดการปะทะกันทางทหารอีกที่แนวชายแดนด้านปราสาทตาเมือนในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ การปะทะครั้งนี้ยาวนานและสร้างความสูญเสียมากกว่าการปะทะบริเวณปราสาทพระวิหารในเดือนกุมภาพันธ์เสียอีก



http://imageshack.us/f/96/76586770.jpg/

## ทะเลาะกันจนถึงศาลโลก

เมื่อการแก้ไขปัญหาโดยผ่านกระบวนการเจรจาแบบทวิภาคีเป็นไปไม่ได้ กัมพูชาได้ยื่นคำขอต่อศาลยุติธรรมระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2554 ขอให้ตีความขอบเขตและคำพิพากษาปี 2505 พร้อมกันนั้นได้ขอให้ศาลมีมาตรการชั่วคราวให้ไทยถอนทหารจากพื้นที่พิพาทรอบปราสาทพระวิหาร งดเว้นกิจกรรมทางทหารทุกชนิดในพื้นที่ และห้ามกระทำการใดๆ อันเป็นการละเมิดสิทธิของกัมพูชาเหนือพื้นที่ดังกล่าว[13]

ศาลฯ ได้มีคำสั่งเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2554 ให้ทั้งสองประเทศถอนทหารออกจากพื้นที่ซึ่งศาลกำหนดให้เป็นเขตปลอดทหาร 17 ตารางกิโลเมตรรอบปราสาทพระวิหาร ห้ามไทยดำเนินการใดๆ อันเป็นการขัดขวางกิจกรรมที่ไม่ใช่เรื่องทหารของกัมพูชาในบริเวณพื้นที่ปราสาทพระวิหาร และให้ทั้งสองประเทศประสานงานกับกลุ่มอาเซียนเพื่อจัดส่งผู้สังเกตการณ์เข้าพื้นที่ และให้สองประเทศยุติการกระทำใดๆ อันจะทำให้เกิดความขัดแย้งเพิ่มขึ้นไปอีก[14]

คำสั่งของศาลเกิดขึ้นระหว่างไทยกำลังเปลี่ยนแปลงรัฐบาลจากภายใต้การนำของฝ่ายอนุรักษ์นิยมชาตินิยมประชาธิปัตย์ มาเป็นภายใต้การนำของพรรคเพื่อไทยของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ซึ่งเชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับผู้นำกัมพูชาดีกว่า เพราะบรรยากาศความสัมพันธ์ระหว่างสองประเทศที่เคยตึงเครียดตลอดสมัยของรัฐบาลก่อน เปลี่ยนมาเป็นผ่อนคลายลงทันทีที่ผู้นำในกรุงพนมเปญทราบผลการเลือกตั้งว่าพรรคเพื่อไทย ซึ่งอดีตนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตรให้การสนับสนุนมีชัยชนะเหนือพรรคประชาธิปัตย์ในการเลือกตั้งเมื่อเดือนกรกฎาคม

ความผ่อนคลายทางการเมืองทำให้ผู้ต้องขังชาวไทยคนสำคัญ 2 คนคือ นายวีระ สมความคิด และนางสาวราตรี พิพัฒนไพบูลย์ ที่ต้องโทษข้อหาขโมยความลับทางทหารระหว่างเดินทางไปตรวจพื้นที่พิพาทบ้านหนองจาน จังหวัดสระแก้ว ตั้งแต่ปลายธันวาคม 2553 นั้น ได้รับการปฏิบัติดีขึ้น ผ่อนคลายมากขึ้น แม้ว่าการลดโทษหรืออภัยโทษจะยังไม่เกิดขึ้นก็ตาม[15]

## ท่าทีที่ไทยควรเดิน แม้ปัญหายังไม่ยุติ

ปัญหาความขัดแย้งบริเวณชายแดนด้านปราสาทพระวิหารไม่ได้จบลงพร้อมกับการหมดอำนาจของพรรคประชาธิปัตย์ หากแต่ยังคงอยู่โดยรัฐบาลใหม่มีพันธะตามกฎหมายระหว่างประเทศที่จะต้องปฏิบัติตามคำสั่งศาลยุติธรรมระหว่างประเทศ นั่นคือ ถอนทหารออกจากพื้นที่กำหนดให้เป็นเขตปลอดทหาร ต้อนรับผู้สังเกตการณ์ชาวอินโดนีเซีย และยุติการดำเนินการใดๆ อันเป็นการขัดขวางการบริหารงานของกัมพูชาเหนือปราสาทพระวิหาร

ศาลยุติธรรมระหว่างประเทศยังไม่ได้มีคำพิพากษาใดๆ ต่อคำขอของกัมพูชาที่ให้ตีความคำพิพากษาเดิม เพียงอยู่ระหว่างกระบวนการส่งเอกสารและคำโต้แย้งต่างๆ ของทั้งสองฝ่ายให้ศาลพิจารณา รัฐบาลไทยมีทางเลือกไม่มากนัก นอกจากเสนอคำโต้แย้งไปตามพยานหลักฐานและมุมมองทางกฎหมายที่วางเป็นแนวทางไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 แล้ว คาดว่าราวๆ ปลายปี 2555 ก็น่าจะได้ทราบคำพิพากษา และไม่ว่าคำพิพากษาของศาลยุติธรรมระหว่างประเทศจะออกมาอย่างไร ประเทศไทยย่อมมีพันธะที่จะต้องปฏิบัติตาม ซึ่งจะเป็นผลดีให้ความขัดแย้งเรื่องเส้นเขตแดนในพื้นที่บริเวณนั้นยุติลงด้วย หรืออย่างน้อยก็น่าจะมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้นเพื่อขจัดความขัดแย้งได้อย่างถาวรต่อไป

ต่อประเด็นนี้ ศาสตราจารย์บวรศักดิ์ อุวรรณโณ นักกฎหมายมหาชนชื่อดัง ได้สรุปบทเรียนไว้ตั้งแต่ปี 2551 ว่า[16]

(1) ผู้มีอำนาจเต็มในการทำแทนรัฐไทยจะพูดหรือแสดงพฤติกรรมอะไร ล้วนส่งผลต่อความผูกพันของประเทศทั้งสิ้น ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงไม่ควรพูดอะไรโดยไม่ได้ดูผล เพราะเมื่อเกิดข้อพิพาท ศาลโลกจะใช้พฤติกรรมและพฤติการณ์ทุกอย่าง มาประกอบการตีความเจตนาของคู่กรณีทั้งสิ้น

(2) ควรใช้เวทีรัฐสภาสร้างความชอบธรรมและอำนาจต่อรองให้กับรัฐบาล

(3) กระทรวงการต่างประเทศโดยเฉพาะกรมสนธิสัญญาและกฎหมายต้องทำการบ้านมากกว่านี้ โดยเฉพาะการมีคณะนักวิจัยที่เข้มแข็ง พร้อมที่จะใช้ความรู้มากกว่าความเห็น

(4) ผู้มีอำนาจวินิจฉัยข้อพิพาท ไม่ว่าจะเป็นศาลรัฐธรรมนูญ หรือศาลปกครอง พึงใช้ความรู้ในการตัดสินคดี ไม่ใช่ "กระแส" เพราะอาจกระทบถึงความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของประเทศในวงการระหว่างประเทศ

ความขัดแย้งในการอ้างสิทธิเหนือพื้นที่ชายแดนเช่นสถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชานั้น ที่จริงแล้วเป็นผลของการสถาปนารัฐชาติที่ต้องระบุผู้คนและขีดเส้นดินแดนในครอบครองให้ชัดเจน โดยละเลยความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นข้ามพรมแดนทางการเมืองเหล่านั้นนับแต่อดีตก่อนจะเกิดประเทศมาจนถึงปัจจุบัน

*เส้นเขตแดนกว่า 4,800 กิโลเมตรที่ลากขึ้นล้อมรอบประเทศไทย กลับทำให้คนไทยคับแคบหมกมุ่นอยู่กับความเป็น 'เรา' และ 'เขา' ทั้งเผชิญหน้ากันตามแนวชายแดนที่ขีดกันขึ้นนี้อย่างระแวดระวัง ไม่ต่างจากหลายประเทศทั่วโลก* เช่น ความขัดแย้งกรณีพิพาทบริเวณน่านน้ำแถบหมู่เกาะในทะเลจีนตะวันออกระหว่างประเทศจีนและญี่ปุ่น ข้อพิพาทพรมแดนทางบกและทางทะเลระหว่างแคเมอรูนและไนจีเรีย คดีพิพาทเรื่องไหล่ทวีประหว่างกรีซกับตุรกี เป็นต้น

หากข้อพิพาทระหว่างไทย-กัมพูชา เป็นเรื่องของการขึ้นทะเบียนปราสาทพระวิหารเป็นมรดกโลกของทางฝ่ายกัมพูชา ฝ่ายไทยน่าจะละวางความขัดแย้งทางการเมืองภายใน และใช้วิสัยทัศน์เชิงบวกแก้ปัญหาพิพาทด้วยการขึ้นทะเบียนเป็นมรดกโลกร่วมพรมแดน (Trans-Boundary World Heritage) ดังเช่น กรณีน้ำตกอีกวาซูระหว่างอาร์เจนตินาและบราซิล เพื่อบรรเทาบาดแผลทางประวัติศาสตร์ชาตินิยม และทำให้เส้นเขตแดนที่เคยแบ่ง 'เขา-เรา' จนอาจปะทุเป็นสงครามได้ทุกเมื่อนั้น นำมาซึ่งสันติภาพของผู้คนในดินแดนสองฝั่งที่ต้องมีชีวิตอยู่บนเส้นสมมตินี้ไปอีกนาน

**สถิติชี้ว่าไทยใช้สารเคมีการเกษตรเป็นอันดับที่ 5 ของโลก แต่เมื่อเปรียบเทียบการใช้ต่อพื้นที่แล้วปรากฏว่า ไทยนำเข้าสารเคมีสูงเป็นอันดับที่ 1!!! ดังนั้นการที่เครือข่ายเฝ้าระวังสารเคมีทางการเกษตร เรียกร้องให้ระงับการขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้ายแรง 4 ชนิด จึงเป็นเพียงยอดภูเขาน้ำแข็งของปัญหาการใช้สารเคมีอันตรายของภาคเกษตรกรรมที่เข้าขั้นวิกฤติ ภายใต้ความใหญ่โตและสลับซับซ้อนของปัญหาที่กัดกินชีวิตเกษตรกร ผู้บริโภค และสิ่งแวดล้อมมากว่า 50 ปี**

# ค้านขึ้นทะเบียน 4 สารเคมีอันตราย

7

## ไทยแบนตนเอง ไม่ส่งพืชผักออกนอก

กลางเดือนมกราคม 2554 กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ประกาศระงับการส่งออกพืชผักไทย 16 ชนิด ไปตลาดยุโรปชั่วคราว เป็นการ "แบน" ตัวเองก่อนจะถูกสหภาพยุโรป (อียู) ห้ามนำเข้า เนื่องจากมีสารเคมีประเภทกำจัดศัตรูพืชที่อียูห้ามใช้ตกค้างเกินมาตรฐาน ต้นเดือนกรกฎาคม 2554 พืชผักไทยอีกหลายชนิดถูกห้ามนำเข้าเด็ดขาด เพราะตรวจพบสารพิษต้องห้ามถึง 15 รายการ 6 รายการเป็นสารพิษร้ายแรงที่สหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรป รวมถึงหลายประเทศทั่วโลกห้ามใช้

*ในจำนวนนี้ มี 4 ชนิดที่ยังใช้และขายกันเกลื่อนคือ คาร์โบฟูราน, เมโทมิล, ไดโครโตฟอส และอีพีเอ็น* มียอดการนำเข้าในปี 2553 เกือบ 7 ล้านกิโลกรัม มูลค่าประมาณ 550 ล้านบาท

ระเบิดจากอียูที่ "ทิ้งบอมบ์" พืชผักไทย 2 ลูกซ้อน ทำเอาหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องและแวดวงการส่งออกพืชผักผลไม้ "เต้นเป็นเจ้าเข้า" ในขณะที่ "เครือข่ายวิชาการเตือนภัยสารเคมีเกษตรประเทศไทย" (คสท.) ตั้งคำถามว่าทำไมหน่วยงานรัฐจึงตื่นตัวเฉพาะสารพิษที่ตกค้างในผักส่งออกเท่านั้น

*ทั้งๆ ที่พืชผักที่กินที่ขายกันอยู่ในประเทศ ปนเปื้อนสารพิษในระดับอันตรายกว่าหลายเท่า*

ที่สำคัญกรมวิชาการเกษตร ก็รู้จักฤทธิ์เดชของยากำจัดศัตรูพืชทั้ง 4 ชนิดข้างต้นดี จึงได้จับไปใส่ไว้ใน "บัญชีจับตามองเป็นพิเศษ" (Watch List) พร้อมกับพวกรวม 11 ชนิด เนื่องจากเป็นสารในกลุ่ม 1A (พิษร้ายแรง

ตารางแสดงการใช้และพิษของยากำจัดศัตรูพืชอันตราย 4 ชนิด

| | คาร์โบฟูราน | เมโทมิล | ไดโครโตฟอส | อีพีเอ็น |
|---|---|---|---|---|
| ปริมาณการนำเข้า ปี 2553 (กก.) | 5,301,161 | 1,550,200 | 356,908 | 144,001 |
| ตัวอย่างชื่อทางการค้าในท้องตลาด | ฟูราดาน, คูราแทร์, ค็อกโคได 3 จี, เลมอน 3 จี | แลนเนท, นูดริน, มีโทเม็กซ์, ซาดิสต์, ทนโท่, | กระเจ๊า 330, ไมโครเวฟ 24, ไบดริน, คาร์ไบครอน, | อีพีเอ็น, คูมิฟอส |
| การใช้ | ใช้ในพืชหลายประเภท เช่น ข้าว แตงโม ข้าวโพด มะพร้าว ถั่วเหลือง ถั่วฝักยาว แตงกวา กาแฟ ส้ม ฯลฯ เพื่อกำจัดแมลงในวงกว้าง ทั้งหนอนกอ หนอนแมลงวัน เพลี้ยแป้ง เพลี้ยกระโดดสีน้ำตาล ฯลฯ | ใช้กำจัดแมลงหลายประเภท เช่น แมลงปากกัด ปากดูด เพลี้ย และหนอนชนิดต่างๆ มักใช้ในพืชจำพวกส้ม เขียวหวาน องุ่น ลำไย สตรอเบอร์รี่ กะหล่ำปลี หัวหอม มะเขือเทศ ฯลฯ | กำจัดแมลงประเภทปากดูด เจาะ หรือกัดในพืชผักผลไม้ เช่น ข้าว กาแฟ ถั่วฝักยาว ผักกาดหัว อ้อย คะน้า ส้ม ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ฯลฯ | มักใช้เป็นหัวเชื้อและผสมกับสารเคมีเกษตรชนิดอื่นๆ ในการเพาะปลูก เช่น ข้าว ข้าวโพด พืชตระกูลแตง ไม้ผล ไม้ดอกไม้ประดับ เพื่อกำจัดแมลงหลายชนิด เช่น หนอนเจาะสมอฝ้าย หนอนกอข้าว แมลงดำหนาม ฯลฯ |
| ความเป็นพิษ | อาเจียน เสียการทรงตัว มองไม่ชัด เป็นสารก่อมะเร็งรุนแรง เซลล์ตับแบ่งตัวผิดปกติ กระตุ้นให้เกิดเนื้องอก กลายพันธุ์ อสุจิตาย ทำลายเอนไซม์ที่เยื่อหุ้มสมอง | คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชัก พิษต่อหัวใจ ฮอร์โมนเพศชายลดลง ทำลายท่อในลูกอัณฑะ ทำลายดีเอ็นเอ ทำให้โครโมโซมผิดปกติ เป็นพิษต่อม้าม | พิษต่อยีน กลายพันธุ์ เกิดเนื้องอก ก่อมะเร็ง พิษต่อไต พิษเรื้อรังต่อระบบประสาท ทำลายระบบประสาทส่วนกลาง เจ็บเหมือนเข็มแทง มือเท้าอ่อนล้า | ท้องเสีย แน่นหน้าอก มองไม่ชัด สูญเสียการทรงตัว ไอ ปอดปวม หยุดการหายใจ ทำลายระบบประสาท ไขสันหลังผิดปกติ น้ำหนักสมองลดลง |
| ประเทศที่ห้ามใช้และไม่อนุญาตให้ขึ้นทะเบียน | สหภาพยุโรป สหรัฐอเมริกา | สหราชอาณาจักร ตุรกี เยอรมนี ฟินแลนด์ สิงคโปร์ มาเลเซีย อินเดีย (ยกเลิกบางสูตร) | อินเดีย ปากีสถาน สิงคโปร์ สหภาพยุโรป แคนาดา ออสเตรเลีย มาเลเซีย | สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ออสเตรเลีย แคนาดา มาเลเซีย สิงคโปร์ พม่า นิวซีแลนด์ เวียดนาม อินเดีย |

**ที่มา:** ฝ่ายข้อมูล มูลนิธิชีววิถี. "เครือข่ายเกษตรบุกกระทรวง จี้ยกเลิกสารเคมี 4 ชนิด". 29 สิงหาคม 2554. สืบค้นจาก www.biothai.net/node/9890

มาก) และ 1B (พิษร้ายแรง) จากการจัดชั้นขององค์การอนามัยโลก แต่ทำไมไม่ประกาศห้ามใช้ ห้ามนำเข้า เกษตรกรสามารถซื้อหายาฆ่าแมลงเหล่านี้ได้ตามท้องตลาด ภายใต้ชื่อการค้าหลากหลาย

## ข้อมูล-สถิติที่ไม่น่าภูมิใจ

ทุกๆ รัฐบาลต่างมุ่งปรารถนาให้ประเทศไทยเป็น "ครัวโลก" แต่นโยบายและพฤติกรรมการใช้สารเคมีการเกษตรดูจะ "สวนทาง" โดยสิ้นเชิง ดังนี้

ข้อมูลธนาคารโลก ปี พ.ศ. 2554 ไทยใช้สารเคมีการเกษตรเป็นอันดับที่ 5 ของโลกคือ 0.86 กิโลกรัมต่อเฮกเตอร์[1]

รายงานขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ระบุว่าไทยมีพื้นที่เกษตรกรรม อันดับ 48 ของโลก แต่นำเข้าสารเคมีสูงเป็นอันดับ 1 เฉพาะปี 2553 นำเข้า 117 ล้านกิโลกรัม มูลค่ากว่า 1.8 หมื่นล้านบาท[2]

ผักผลไม้จาก 70 ประเทศที่ส่งไปสหภาพยุโรป ถูกสุ่มตรวจสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานในเดือนกรกฎาคม 2554 ไทยมีสารพิษตกค้างเป็นอันดับที่ 1 ผักผลไม้ไทยถูกตรวจพบสารตกค้างมากครั้งที่สุดในโลก[3]

ไทยอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนการค้าสารเคมีการเกษตรมากถึง 27,126 รายการ ซึ่งอาจจะมากที่สุดในโลก เพราะจีนมี 20,000 รายการ อินโดนีเซีย 1,158 รายการ และเวียดนาม 3,423 รายการ[4] การมีชื่อการค้ามากๆ เป็นเครื่องมือการขาย ทำให้บริษัทสามารถหมุนเวียนสับเปลี่ยนชื่อแปลกๆ ใหม่ๆ มาขาย ทั้งที่ตัวยาหรือสูตรเคมีเป็นตัวเดิม นั่นหมายถึง เกษตรกรถูกหลอกเพราะรู้ไม่เท่าทันนั่นเอง

## ชีวิตติดสาร (เคมี) ของเกษตรกรไทย

นับแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก (พ.ศ. 2504-2509) ประกาศใช้ ก็มีแรงผลักดันอย่างเป็นระบบและกว้างขวางจากภาครัฐ ในการเปลี่ยนวิถีการผลิต จากเพื่อกินเพื่อใช้ในครัวเรือน เป็นการผลิตเพื่อขาย โดยส่งเสริมให้ใช้สารเคมีทุกชนิด อาทิ ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า ยาป้องกันและกำจัดโรคพืช ฯลฯ เพียงไม่นาน ท้องไร่ท้องนาของไทยก็กลายเป็น "ไร่-นาเกษตรเคมี" เต็มรูปแบบ

สถิติที่ผ่านมาชี้ชัดว่า เกษตรกรเองมีความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีเพื่อการเกษตร โดยเฉพาะยากำจัดศัตรูพืชซึ่งเพิ่มขึ้นสูงตลอดเวลา กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า *มีเกษตรกรที่เสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยถึง 6 ล้านคน* ขณะที่แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประมาณการว่าผู้ป่วยจากสารเคมีอาจสูงถึง 200,000-400,000 รายต่อปี ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น มะเร็ง เบาหวาน โรคของต่อมไร้ท่อ และอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการปนเปื้อนสารเคมีในผักปลอดสารและผักสด โดยคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พบว่ามีระดับการปนเปื้อนสูงถึงร้อยละ 63.8 และ 67.4 ตามลำดับ[5]

ถ้าดูตัวเลขจำนวนผู้ค้าเคมีภัณฑ์ทางการเกษตร ทั้งปุ๋ย ยา และเมล็ดพันธุ์ พบว่ากว่า 100 บริษัทใหญ่ ผู้ค้าส่ง 500 กว่าราย และร้านค้าย่อยอีก 4,500 ราย ส่วนใหญ่ล้วนอยู่ภายใต้โครงข่ายของบรรษัทข้ามชาติขนาดยักษ์ 6 รายที่ครองส่วนแบ่งกว่าร้อยละ 70 ของตลาดสารเคมีการเกษตรโลก ได้แก่ ไบเออร์ (เยอรมนี) ซินเจนทา (สวิตเซอร์แลนด์) บีเอเอสเอฟ (เยอรมนี) ดาว อะโกรไซแอนซ์ (สหรัฐอเมริกา) มอนซานโต้ (สหรัฐอเมริกา) และดูปองท์ (สหรัฐอเมริกา)[6]

*เชื่อหรือไม่ว่า บรรดาบรรษัทที่มียอดขายทั่วโลกกว่า 3,000-6,000 ล้านดอลลาร์ต่อปีเหล่านี้ ไม่ต้องเสียภาษีนำเข้าให้ไทยแม้สลึงเดียว เพราะเป็นนโยบายช่วยเหลือเกษตรกรของรัฐให้ได้ใช้ปุ๋ย ใช้ยาราคาถูก มิหนำซ้ำยังเริ่มพบพิรุธว่าอาจเลี่ยงภาษีเงินได้ โดยการตกแต่งบัญชีให้ต้นทุนสูงเกินจริงอีกต่างหาก*[7]

นายวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ ผู้อำนวยการมูลนิธิชีววิถี (Biothai) แนะให้สังคมไทยออกมาเรียกร้องให้เก็บภาษีกลุ่มบริษัทเหล่านี้ให้มาก ไม่ใช่แค่ภาษีเงินได้เท่านั้น แต่ควรเก็บภาษีนำเข้าสารเคมีเกษตร เหมือนภาษีสารเคมีในภาคอุตสาหกรรม และกระทรวงพาณิชย์ควรควบคุมราคาไม่ให้ค้ากำไรเกินควร

เช่นเดียวกับนายแพทย์ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องอันตรายของสารเคมีเกษตร แนะนำให้เก็บภาษีนำเข้า เหมือนที่ประเทศเดนมาร์กเก็บภาษีเพิ่มขึ้นทุกปีจนถึงร้อยละ 60 เพราะไม่ต้องการให้เกษตรกรใช้สารเคมี โดยให้เก็บในลักษณะของ "ภาษีบาป" เหมือนเหล้ากับบุหรี่ แล้วนำเงินไปตั้งกองทุนรักษาผู้ป่วยจากพิษสารเคมีการเกษตร[8]

## ระเบียบใหม่ "แข็งนอก-อ่อนใน"?

แม้จะมี พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 แต่ผ่านไปเกือบ 20 ปี สารเคมีที่ไม่ได้มาตรฐานกลับท่วมประเทศ ภาครัฐในฐานะ "ผู้คุมกฎ" ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าอ่อนแอ ปล่อยปละละเลย และมีผลประโยชน์ทับซ้อน ทำให้เกิดการใช้สารเคมีผิดวิธีและใช้มากเกินจำเป็น กฎหมายฉบับนี้เพิ่งถูกแก้ไขปรับปรุงและประกาศใช้เมื่อ พ.ศ. 2551 โดยเพิ่มมาตรฐานหลายอย่าง ดังนี้[9]

(1) ตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม 2554 เป็นต้นไป สารเคมีเกษตรที่เคยขึ้นทะเบียนไว้กว่า 2 หมื่นรายการ จะถูกยกเลิก เพื่อจัดระเบียบใหม่ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพกว่าเดิม ห้ามนำเข้าสารเคมีที่ไม่ได้รับอนุญาต โดยให้ขายเฉพาะสินค้าที่เหลือจนกว่าจะหมดเท่านั้น

(2) ผู้นำเข้า หรือผู้ผลิตและจำหน่ายสารเคมีเกษตร ต้องมีเอกสารข้อมูลความปลอดภัยจากห้องปฏิบัติการ GLP (Good Laboratory Practices) ที่มีคุณภาพสูง ราว 30 แห่งทั่วโลก จากเดิมที่ใช้ผลรับรองจากห้องปฏิบัติการใดก็ได้ ทำให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้

(3) การขอขึ้นทะเบียนสารเคมีเกษตรแต่ละรายการอนุญาตให้ใช้ชื่อการค้าได้ 3 ชื่อเท่านั้น จากแต่เดิมที่สามารถตั้งชื่อการค้าได้ไม่จำกัด สารบางตัวมีถึง 500 ชื่อ ซึ่งสร้างความสับสนให้เกษตรกร

(4) การขึ้นทะเบียนใหม่เข้มงวดมากขึ้น ตามหลักเกณฑ์เฝ้าระวัง 9 ข้อ คือ 1) รายงานการเกิดพิษในสัตว์ทดลองที่อาจเป็นผลร้ายต่อมนุษย์ เช่น การเกิดมะเร็ง ทำให้กลายพันธุ์ ทำให้ตัวอ่อนผิดปกติ ฯลฯ 2) พิษตกค้างในสิ่งแวดล้อมและห่วงโซ่อาหาร 3) ระยะเวลาสลายตัว 4) ระดับความเป็นพิษเฉียบพลันสูง 5) พิษตกค้างในผลผลิตการเกษตร 6) สิ่งเจือปนที่เป็นพิษในการผลิตและการเก็บรักษา 7) อันตรายรุนแรงต่อพืชหรือสัตว์ที่เป็นประโยชน์ เช่น ผึ้ง หนอนไหม ฯลฯ 8) เป็นสารเคมีที่ห้ามใช้ในต่างประเทศหรือไม่ และ 9) ใช้แล้วทำให้ศัตรูพืชระบาดเพิ่มขึ้นหรือไม่

แม้ระเบียบและหลักเกณฑ์ใหม่ดูจะเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ แต่อาจเข้าตำรา "แข็งนอก-อ่อนใน" ดังที่เครือข่ายเกษตรกรและองค์กรพันธมิตรเฝ้าระวังสังเกตได้ว่าเพียงช่วง 3 เดือนแรกของ พ.ศ. 2554 (มกราคม-มีนาคม) สารเคมีอันตรายทั้ง 4 ชนิดยังถูกนำเข้าในปริมาณมาก จึงน่าสังเกตว่าเป็นเพราะกรมวิชาการเกษตรผ่อนผันให้สารเคมีที่นำเข้าก่อน 22 สิงหาคม 2554 สามารถขายต่อไปได้อีก 2 ปี หรือบริษัทที่นำเข้าสารพิษดังกล่าวได้รับ "ข้อมูลภายใน" ว่ากรมวิชาการเกษตรกำลังจะอนุมัติให้มีการขึ้นทะเบียนสารพิษทั้ง 4 ชนิดในเร็วๆ นี้[10]

## หนุน-ต้าน ประจันหน้า

ก่อนและหลังวันที่ 22 สิงหาคม 2554 จึงกลายเป็นช่วงเวลาที่ฝ่ายคัดค้านและฝ่ายสนับสนุนการขึ้นทะเบียนออกมาประจันหน้า ประชันข้อมูล ข้อเรียกร้อง ไปจนถึง "คำขู่" กันตามหน้าสื่อมวลชน

ฝ่ายที่คัดค้านการขึ้นทะเบียน คือ เครือข่ายเกษตรกร เครือข่ายประชาสังคม นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสิ่งแวดล้อม องค์กรผู้บริโภค ฯลฯ ได้เคลื่อนไหวต่อเนื่อง ทั้งเข้าพบอธิบดีกรมวิชาการเกษตร จัดเสวนาเพื่อเสริมสร้างและเผยแพร่ข้อมูล "มหันตภัยสารเคมีพิษ" ยื่นจดหมายเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ไปจนถึงการชุมนุมชูป้ายประท้วงหน้ากระทรวงเกษตรฯ เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2554 ข้อเรียกร้องโดยรวมของเครือข่ายเกษตรกรและองค์กรพันธมิตร คือ

(1) ยุติการนำเข้าและขึ้นทะเบียนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างน้อย 4 ชนิด คือ คาร์โบฟูราน เมโทมิล ไดโครโตฟอส และอีพีเอ็น ทันที

(2) ให้กรมวิชาการเกษตรเปิดเผยเอกสารข้อมูลการยื่นขอทะเบียน ข้อมูลและผลการทดลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพ การเกิดพิษทั้งระยะสั้น ระยะยาว ผลตกค้างและอื่นๆ และให้เปิดเผยรายชื่อคณะกรรมการ อนุกรรมการ หรือคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณา รวมทั้งผลการพิจารณาต่อสาธารณชน เพื่อให้กระบวนการขึ้นทะเบียนโปร่งใสและประชาชนมีส่วนร่วม

(3) ควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขายของบริษัทสารเคมีการเกษตรอย่างเข้มงวด โดยคณะกรรมการที่มีตัวแทนของเครือข่ายเกษตรกร เครือข่ายวิชาการเฝ้าระวังสารเคมีการเกษตร และองค์กรผู้บริโภคเข้าร่วม

ขณะที่ฝ่ายเคลื่อนไหวเรียกร้องให้ "ยืดเส้นตาย" ออกไปอีก 2 ปี นำโดย 2 สมาคมใหญ่[11] ได้แก่ สมาคมอารักขาพืชไทย (Thai Crop Protection Association-TCPA) มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็น "ระดับบิ๊ก" มีมูลค่าการนำเข้าระดับ 100-6,000 ล้านบาท และสมาคมคนไทยธุรกิจเกษตร ประเด็นสำคัญในการเคลื่อนไหวของ 2 สมาคมดังกล่าวคือ[12]

*เรื่องระยะเวลา* การกำหนดให้ผู้ค้าสารเคมีต้องขึ้นทะเบียนใหม่หลังวันที่ 22 สิงหาคม 2554 นั้น ไม่มีผู้ค้าคนใดขึ้นทะเบียนได้ทัน เนื่องจากความล่าช้าในการออกประกาศ ความไม่ชัดเจนในรายละเอียด หลักเกณฑ์และวิธีการขึ้นทะเบียน ตลอดจนความไม่พร้อมในทางปฏิบัติของกรมวิชาการเกษตร

*เรื่องค่าใช้จ่าย* ข้อกำหนดให้ต้องส่งข้อมูลด้านพิษวิทยาจากห้องปฏิบัติการ GLP ที่มีอยู่ในต่างประเทศนั้น ทำให้ต้องใช้เวลาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี และมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ต่ำกว่า 1-1.5 ล้านบาทต่อสารเคมีแต่ละประเภท เป็นการเพิ่มภาระอย่างมากให้กับผู้ประกอบการ

## ถูกโต้ทันควัน!

ข้อเรียกร้องพร้อม "คำขู่" ของกลุ่มผู้ค้าสารเคมีเกษตรถูกโต้แย้งทันที โดยฝ่ายคัดค้านได้จัดพิมพ์ "ประเด็นสนับสนุนการขึ้นทะเบียนควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด และข้อโต้แย้งต่อกลุ่มธุรกิจสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ต้องการให้ขยายระยะเวลาการขึ้นทะเบียนออกไปอีก 2 ปี" ว่าน่าจะมีเวลาเพียงพอ เพราะหลังจากกฎหมายมีผลบังคับใช้ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551 ได้ให้เวลาขึ้นทะเบียนจนถึง 22 สิงหาคม 2554 รวมเป็นเวลาถึง 3 ปี กับอีก 6 เดือนเต็มๆ

ส่วนเรื่องต้องเสียค่าตรวจสอบวิเคราะห์คุณภาพถึง 1-1.5 ล้านบาทต่อรายการนั้น ถูกแย้งว่าเป็น "คำกล่าวอ้างที่เกินจริงหลายเท่าตัว" เพราะกรณีประเทศเวียดนาม ซึ่งกำหนดมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์แบบเดียวกับกรมวิชาการเกษตรนั้น มีค่าใช้จ่ายประมาณ 3,000-5,000 เหรียญ หรือ 100,000-150,000 บาทต่อรายการเท่านั้น

สุดท้ายคือเรื่องที่ว่าหากเกิดภาวะขาดแคลนสารเคมีจะทำให้ผลผลิตการเกษตรลดต่ำลงถึง 50 เปอร์เซ็นต์ และกระทบต่อการควบคุมเพลี้ยกระโดดสีน้ำตาล ก็ถูกโต้ว่าไม่จริง ด้วยเหตุที่เพราะใช้สารเคมีมากเกินไปจน "เหวี่ยงแห" ทำลายแมลงที่มีประโยชน์ไปด้วย ขณะที่เพลี้ยตัวร้ายก็ดื้อยาไปเรียบร้อย ทั้งยังมีการอ้างถึงข้อสรุปในการประชุมระหว่างประเทศที่สิงคโปร์เมื่อไม่นานมานี้ว่า "พายุแมลง" ที่เกิดขึ้นในเอเชียมีสาเหตุมาจากการใช้สารเคมีมากเกินไป

## แผ่นดินอาบยาพิษ

ข้อมูล ณ วันที่ 10 กันยายน 2554 ระบุว่า กรมวิชาการเกษตรเตรียมเสนอคณะกรรมการวัตถุอันตรายยกเลิกการนำเข้าสารเคมีการเกษตรอันตราย 4 ชนิดภายในสิ้นปีนี้ โดยกำลังรวบรวมข้อมูลผลกระทบเรื่องพิษตกค้างในผลผลิตการเกษตร พิษร้ายแรงที่ตกค้างในสิ่งแวดล้อมและในห่วงโซ่อาหาร รวมทั้งผลร้ายต่อมนุษย์ และยังเฝ้าระวังอีก 7 ชนิด หากพบว่ามีผลร้ายแรงก็จะเสนอให้ยกเลิกการนำเข้าเช่นเดียวกัน[13]

กว่า 50 ปีที่การปรับเปลี่ยนวิถีการผลิตเปลี่ยน "ทุ่งรวงทอง" ให้กลายเป็น "ไร่นาเคมี" ไปทั่วประเทศ เกิดการสั่งสมและหมักหมมสารพันปัญหาที่เกี่ยวพันยุ่งเหยิงไปหมดทั้งวิถีการผลิต วิถีชีวิตเกษตรกร วิถีทางเศรษฐกิจระดับประเทศ ผลประโยชน์ของทุนข้ามชาติและทุนชาติที่เชื่อมโยงกับ "ผลประโยชน์และอำนาจทางการเมือง" ในระดับท้องถิ่น และระดับชาติ อนาคตของวิถีการผลิตของเกษตรกรไทยยังควรพึ่งพาสารเคมีแบบเข้มข้นหรือไม่ อย่างไร จึงเป็นเรื่องความเป็นความตายระดับชาติ

ต่อประเด็นนี้ นางสาวรพิจันทร์ ภูริสัมบรรณ นักวิจัยจากมูลนิธิชีววิถี เสนอว่า

"ถ้ายังอยู่ภายใต้ระบบเกษตรเชิงพาณิชย์ เน้นการส่งออกตลาดต่างประเทศ จะกดดันให้ต้องทำเกษตรเชิงเดี่ยว การใช้สารเคมีเป็นเรื่องจำเป็น ต้องใช้ยาฆ่าหญ้า ยาฆ่าแมลง ปุ๋ยเคมีบำรุงดิน เพราะเป็นระบบเกษตรที่เปราะบาง เร่งผลผลิตเพื่อเก็บเกี่ยวส่งขาย เกิดการแพร่ระบาดของแมลงศัตรูพืชได้ง่าย ต่างจากเกษตรอินทรีย์ ที่ไม่พึ่งสารเคมี มีตัวห้ำตัวเบียน แมลงศัตรูพืชหรือพืชพันธุกรรมพื้นบ้าน คอยรักษาสมดุล ระบบเกษตรอินทรีย์เป็นทางเลือกที่ยั่งยืน ช่วยดูแลรักษาชีวิตคน และเป็นเรื่องที่ไม่เกินความเป็นไปได้"[14]

*จะเลือกเดินไปบนเส้นทางใด...เราอาจไม่ได้เป็นผู้เลือกเอง*

*"สงครามแย่งชิงทรัพยากร" ที่จะเกิดขึ้นพร้อมกับ "ความรุนแรงจากมหันตภัยธรรมชาติ"...อาจเป็นผู้เลือกเส้นทางให้เราเดิน*

**เป็นเวลา 99 ปีมาแล้วที่ "แพทย์แผนไทย" ถูกห้ามไม่ให้รักษาโรค ถึงกับเคยมีกฎหมายกำหนดบทลงโทษผู้ฝ่าฝืน ในปี 2555 นี้ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยแห่งแรกของประเทศ จะแจ้งเกิดที่จังหวัดสกลนคร ตามมาด้วยโรงพยาบาลแผนไทยนำร่องอีก 9 แห่ง 9 จังหวัด เพื่อมุ่งพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลต้นแบบที่มีมาตรฐาน ทั้งการบริการ การศึกษาวิจัย และฝึกอบรมบุคลากร เป็นการสานฝันเพื่อพัฒนาต่อยอดฟื้นฟูภูมิปัญญาดั้งเดิม เป็นทางเลือกให้ประชาชน และทางรอดของประเทศชาติ**

# ได้เวลาลงหลักปักฐาน โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

8

## จาก "จุดจบ" สู่การ "คืนชีพ"

การแพทย์แผนไทยที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการรักษาของคนไทยมาตั้งแต่โบราณกาล ผ่านพ้นทั้งช่วงเวลาแห่งความเจริญงอกงามดัง "ยุคแห่งอรุณรุ่ง"[1] และช่วงเวลาที่มืดมนจนเกือบล่มสลายไปด้วยอำนาจและอิทธิพลของ "ชาวตะวันตก" ที่แผ่เข้ามายังดินแดนแถบนี้พร้อมสินค้า ยา การรักษาโรค ค่านิยม วัฒนธรรม และ "เรือปืน" เมื่อประมาณร้อยปีที่ผ่านมานี้เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรากฎหมาย "ยกเลิกวิชาการแพทย์แผนไทยและไม่ให้ใช้แพทย์แผนไทยรักษาโรค"[2] ใน พ.ศ. 2456 ตามมาด้วยกฎหมายอีกหลายฉบับซึ่งมีบทลงโทษผู้ฝ่าฝืน เป็นเหตุให้หมอพื้นบ้านไทยเกือบสูญพันธุ์ ตำราแพทย์สูญหาย ถูกเผาทำลาย หรือไม่ก็ถูกขโมยไปขายให้ต่างชาติ

พ.ศ. 2520 ที่ประชุมองค์การอนามัยโลก ณ ประเทศรัสเซีย มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นจุดเริ่มต้นการก่อตั้งสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย ต่อมา พ.ศ. 2525 ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ก่อตั้งมูลนิธิฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยเดิมขึ้น คือ "อายุรเวทวิทยาลัย ชีวกโกมารภัจจ์" เพื่อผลิตแพทย์แผนโบราณแบบประยุกต์ หลักสูตร 3 ปี ได้รับการขนานนามว่า "บิดาแห่งการแพทย์แผนไทยแบบประยุกต์"

นับจากนั้น การแพทย์แผนไทยก็ค่อยๆ ต่อลมหายใจฟื้นคืนชีพอย่างช้าๆ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และ 8 ระบุให้มีการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาภูมิปัญญาการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร การนวด โดยให้ประสานเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการสนับสนุนการพัฒนาเภสัชกรรมและการแพทย์แผนไทยอย่างจริงจังด้วยงบประมาณปีละไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2 ของงบประมาณด้านสุขภาพ[3] ในช่วงสิบปีที่ผ่านมาจึงก้าวหน้าและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น จาก "ศูนย์ประสานงานการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย" สังกัดกองแผนงานในปี 2532 มาสู่ "สถาบันการแพทย์แผนไทย" สังกัดกรมการแพทย์ในปี 2536 จนกระทั่งมาถึง "กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก" ในปี 2545 จนถึงปัจจุบัน

## หลากหลายมาตรการสนับสนุน

การแพทย์แผนไทยได้รับการประคับประคองสนับสนุนให้กลับมาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ไทยด้วยมาตรการต่างๆ ดังนี้

(1) บรรจุยาสมุนไพรไทยเพิ่มในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553 เป็น 71 รายการ ให้สามารถสั่งจ่ายในโรงพยาบาลแผนปัจจุบันได้ ข้าราชการสามารถใช้สิทธิเบิก ประชาชนทั่วไปสามารถใช้สิทธิในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้[4]

(2) จัดทำแผนคุ้มครองสมุนไพรไทยในพื้นที่เขตอนุรักษ์ พ.ศ. 2555-2557 ในพื้นที่อุทยาน 7 แห่ง เพื่อป้องกันถิ่นกำเนิดของสมุนไพรถูกทำลาย[5]

(3) ออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์การรักษาจนได้รับการยกย่องจากชุมชน แต่ยังไม่มีใบประกอบโรคศิลปะกว่า 5 หมื่นคน ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด เพื่อยืนยันการมีตัวตนและรวบรวมองค์ความรู้คุ้มครองภูมิปัญญามิให้หายสาบสูญ หรือถูกต่างชาตินำไปดัดแปลง ฉกฉวยประโยชน์[6]

(4) ส่งเสริมให้มีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ 10,851 แห่งทั่วประเทศ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลบำบัดรักษาสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และส่งเสริมให้โรงพยาบาลใช้ยาแผนไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ 71 รายการ เพื่อทดแทนและลดการใช้ยาแผนตะวันตกให้ได้ปีละกว่า 5,000 ล้านบาท[7]

(5) ข้อเสนอล่าสุดในปี 2554 คือ จัดตั้ง "สถาบันยาแผนไทยแห่งชาติ" บริหารงานโดยคณะกรรมการที่มาจากทั้งส่วนราชการและเอกชน และ "โรงงานกลางผลิตยาสมุนไพร" เพิ่มศักยภาพให้ผู้ผลิตยาสมุนไพรซึ่งส่วนใหญ่เป็นธุรกิจขนาดเล็ก เพื่อนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานสินค้าให้สามารถแข่งขันกับต่างชาติ โดยเฉพาะจีนกับอินเดียที่ถือเป็น "เดี่ยวมือหนึ่ง-มือสอง" ในวงการยาสมุนไพรโลก[8]

มาตรการสนับสนุนส่งเสริมข้างต้น นับเป็นการ "มาถูกทาง" สำหรับการฟื้นคืนชีพให้กับการแพทย์แผนไทย ที่ถูกกีดกันออกจากวิถีชีวิตของคนไทยรุ่นใหม่มาเป็นเวลานาน ย่างก้าวสำคัญที่อาจเปรียบเป็น "รุ่งอรุณแห่งความหวังครั้งใหม่" ที่จะช่วยต่อยอดการแพทย์แผนไทยให้กลับมาเป็นที่ยอมรับของสาธารณชนคนไทยในวงกว้างได้อีกครั้ง ก็คือการจัดตั้ง "โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยเต็มรูปแบบ" นั่นเอง

## รุ่งอรุณแห่งความหวังครั้งใหม่

สิบกว่าปีที่ผ่านมา แม้การแพทย์แผนไทยจะได้รับความสนใจมากขึ้น ทั้งด้วยการปรับกระบวนทัศน์ด้านการพัฒนาที่เน้นการพึ่งตนเองมากขึ้นหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะค่ายา

ที่ใช้ "ยานำเข้า" สูงถึง 2 ใน 3 ด้วยมูลค่ากว่า 1.3 แสนล้านบาท ในช่วงปี 2552-2554[9] ขณะที่ "ยาฝรั่ง" ถูกตั้งคำถามมากขึ้น ทั้งในด้านคุณภาพ ผลข้างเคียง ราคาที่แสนแพงเพราะสิทธิบัตร[10] และกลอุบายที่ไม่ซื่อสัตย์และเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภค[11] รวมถึงการปรับกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่ผู้คนหันมาใส่ใจสุขภาพกายสุขภาพใจกันมากขึ้น

แต่ "แพทย์แผนไทย" ก็ยังเป็นเพียงบริการส่วนเล็กๆ ในโรงพยาบาลที่ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก มีสัดส่วนการใช้บริการไม่มาก อัตราการใช้ยาสมุนไพรมีเพียงร้อยละ 1.8 ของยาทั้งหมด[12]

แนวคิดในการจัดตั้งโรงพยาบาลเพื่อให้บริการการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบจึงเกิดขึ้น เพื่อเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหมอพื้นบ้าน นักศึกษา นักวิชาการ นำไปสู่การวิจัยต่อยอดเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้เป็นที่ยอมรับแก่สังคมทั่วโลก ตลอดจนเป็นแหล่งวิจัย ส่งเสริมการใช้ยาไทย สมุนไพรไทย และอนุรักษ์ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านอย่างเป็นรูปธรรม นั่นก็คือ "โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยจังหวัดสกลนคร" ตั้งอยู่ที่ตำบลปลาไหล อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง แบ่งพื้นที่เป็นอาคารผู้ป่วยและพื้นที่ปลูกสมุนไพรเพื่อใช้ในการปรุงยา วางศิลาฤกษ์ไปเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2553 กำหนดแล้วเสร็จในปี 2555

โรงพยาบาลนี้มีคณะกรรมการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) แต่งตั้งให้การสนับสนุนและร่วมขับเคลื่อนเต็มที่ เพราะสอดคล้องกับทิศทางระบบสุขภาพที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ข้อ 60 ที่ระบุให้มีโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบที่มีมาตรฐานทั้งการบริการ การศึกษาวิจัย และฝึกอบรมบุคลากรอย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง[13] โรงพยาบาลแห่งนี้ถือเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่น่าสนใจก็คือ โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยแห่งแรกของประเทศนี้ มิได้เกิดขึ้นจากนโยบายของรัฐ หรือการดำเนินการของหน่วยงานราชการใดๆ รวมทั้งมิได้ของบประมาณจากทางการอีกด้วย แต่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจภายใต้รูปแบบความสัมพันธ์ดั้งเดิมของสังคมไทย คือ "บ้าน-วัด-โรงเรียน" อย่างแท้จริง นั่นคือความต้องการและความพร้อมของชาวสกลนครในฐานะที่เป็น "แหล่งภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทย" เนื่องจากมีหมอพื้นบ้านถึง 1,368 คน นักวิชาการ 43 คน ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย 108 คน และมีความพร้อมของทรัพยากรสมุนไพร ซึ่งนอกจากจะมีโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจากพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารีแล้ว ยังมีสมุนไพรในป่าธรรมชาติบนเทือกเขาภูพานอีกด้วย[14]

งบประมาณก่อสร้างจำนวน 98 ล้านบาท ได้รับการสนับสนุนจากหลวงปู่แฟบ สุภัทโท เจ้าอาวาสวัดป่าดงหวาย จำนวน 23 ล้านบาท จัดสร้างในพื้นที่ 58 ไร่ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร โรงพยาบาลแห่งนี้จะใช้ฝึกอบรมนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต และจะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการเบื้องต้นก่อนที่จะดำเนินการในรูปของมูลนิธิต่อไป

## นำร่องโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยอีก 9 แห่ง

หลังจากที่ภาคประชาสังคมแห่งจังหวัดสกลนครเป็น "ทัพหน้า" บุกเบิกโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยแห่งแรกของประเทศ ภาครัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุขก็ได้เคลื่อน "ทัพเสริม" ด้วยการคัดเลือกโรงพยาบาล 9 แห่ง เป็นต้นแบบการให้บริการแพทย์แผนไทยเต็มรูปแบบเป็นครั้งแรกของประเทศ ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา ด้วยการแพทย์แผนไทยผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันตามความสมัครใจของผู้ป่วย โดยใช้ยาไทย ทั้งยาเดี่ยวและสูตรตำรับที่มีส่วนผสมสมุนไพรหลายตัว ที่มีอยู่ทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเบื้องต้นมีอยู่ 209 รายการ

โรงพยาบาลทั้ง 9 ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี, โรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี, โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว, โรงพยาบาลวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว, โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย, โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี และที่กรุงเทพมหานคร คือ สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใช้งบประมาณในการพัฒนาแห่งละ 1 ล้านบาท รวมถึงจัดส่งบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย อาทิ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เพิ่มแห่งละประมาณ 18 คน

โดยจะมีการประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อปรับรูปแบบให้เหมาะสม หากได้รับการตอบรับจากประชาชนก็จะเปิดเป็นโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ และพัฒนาเป็นศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะโรคก่อนจะขยายผลใช้ทั่วประเทศต่อไป[15]

การแพทย์แผนไทยจึงดูจะมีชีวิตชีวามากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 391 ล้านบาท สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาถึง 16 แห่ง[16] เปิดสอนวิชาแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ ขณะที่โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนหลายแห่งเปิดบริการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วย

## บนทางเดินที่มีขวากหนาม

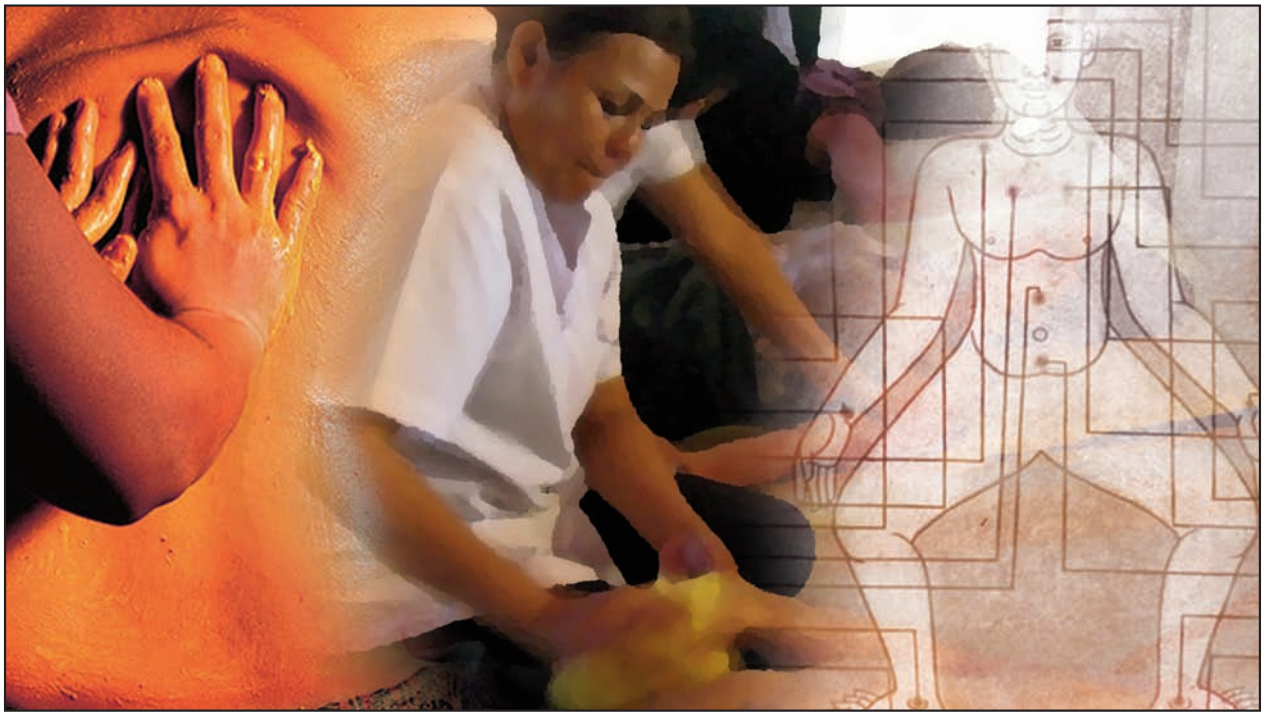
แม้ทุกสิ่งทุกอย่างจะดูมีแนวโน้มสดใส แต่ยังมีข้อห่วงใยถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจ 'บอนไซ' ให้แพทย์แผนไทยไม่สามารถเติบโตได้อย่างที่ตั้งความหวังไว้ ซึ่งล้วนแต่เป็น 'เรื่องใหญ่-แก้ยาก' นั่นคือ

***(1) ต่างชาติฉกภูมิปัญญา-วัตถุดิบ*** สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นถือเป็น 'วัตถุดิบและปัจจัยการผลิต' สำคัญ ที่ต้องได้รับการคุ้มครองปกป้อง แต่กลับเผชิญกับการแย่งชิงฉกฉวยตลอดเวลา โดยเฉพาะจากประเทศต่างๆ ที่อาศัยความเหนือกว่าทางเทคโนโลยี กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา ใช้สารพัดกรรมวิธีที่เข้าข่าย 'ไม่ได้ด้วยเล่ห์ ก็เอาด้วยกล' ขณะที่ไทยเราเองก็ 'อ่อน' ไม่ว่าจะเป็นการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของทรัพยากรที่มี ไม่มีมาตรการปกป้องคุ้มครองจากภาครัฐ ฯลฯ ทำให้ต้องตกเป็นรองหรือเสียเปรียบตลอดมา ดังกรณีข้าวหอมมะลิ, เปล้าน้อย, กวาวเครือ, มังคุด ฯลฯ ล่าสุดคือท่าฤาษีดัดตน[17]

นางกัญจนา ดีวิเศษ ผู้อำนวยการสำนักคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร กรมพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ภูมิปัญญาไทยเสี่ยงที่จะถูกต่างชาติจดลิขสิทธิ์ตลอดเวลา จึงเฝ้าระวังพืชสมุนไพร 13 ชนิด เช่น มังคุด กวาวเครือ ขมิ้นชัน เป็นต้น และภูมิปัญญาไทย 2 ชนิด คือ นวดแผนไทยและท่าฤาษีดัดตน และแม้จะมี พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 บังคับใช้มากว่าสิบปีแล้ว แต่ยังไม่มีกฎหมายลูก หรือประกาศกระทรวงที่กำหนดให้มีการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อคุ้มครองพืชสมุนไพรหรือภูมิปัญญาพื้นบ้านของไทย[18] ขณะที่กรมทรัพย์สินทางปัญญาก็เรียกร้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมรายชื่อภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย จัดทำเป็นฐานข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการปกป้องคุ้มครอง[19]

***(2) "ความเชื่อ" ของผู้คน*** สิ่งที่การแพทย์แผนไทยต้องเผชิญคือ การได้รับความเชื่อถือไว้ใจให้ร่วมเป็นทางเลือกของการรักษาเช่นเดียวกับการแพทย์ตะวันตก โดยเฉพาะในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีโรคอุบัติใหม่ซึ่งมีลักษณะระบาดข้ามชาติ ทั้งโรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ 2009 ฯลฯ เมื่อการแพทย์ตะวันตกไม่สามารถรับมือกับปัญหานี้ได้ทันท่วงที การหันกลับไปหาสมุนไพรไทยจึงกลายเป็นก้าวย่างสำคัญที่จะต้องเร่งพัฒนาสรรพคุณ และสร้างความเชื่อมั่นไว้ใจให้เกิดขึ้น

***(3) "อคติ" ของแพทย์*** ผู้เป็นแพทย์ทั้งหมดของไทยผ่านการศึกษาอบรมจากหลักสูตรการแพทย์ตะวันตก ที่มีแนวคิดในการระบุโรค สาเหตุ และการรักษาแตกต่างอย่างสิ้นเชิงจากการแพทย์แผนไทย ที่สำคัญคืออคติทางการแพทย์ ที่เชื่อว่าการแพทย์ตะวันตกนั้น ดีกว่า ถูกต้องกว่า จริงกว่า เพราะสามารถพิสูจน์



ทดลองได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ และดูแคลนการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ว่าเป็นเพียง 'ความเชื่อ' หรือเป็นเพียง 'ส่วนเสริม' ในการรักษาเท่านั้น

"แพทย์ไทยแผนปัจจุบันมีความรู้เรื่องยาสมุนไพรน้อยมาก ประกอบไม่แน่ใจว่า ยาแผนโบราณจะมีความสามารถกำราบโรคภัยไข้เจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีความถนัดด้านนี้ จึงไม่แปลกที่ไม่กล้าใช้" นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา อธิบาย[20] ขณะที่นายแพทย์สมหมาย ทองประเสริฐ แพทย์ไทยผู้เชี่ยวชาญเรื่องสมุนไพรมองว่า แม้สังคมจะยอมรับแพทย์แผนไทยมากขึ้น แต่ในหมู่แพทย์แผนปัจจุบันตามโรงพยาบาลนั้น ยังคงปฏิเสธหรือต่อต้านการรักษาแบบแผนไทยรวมทั้งแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

"ถ้าไปหาหมอตามโรงพยาบาลแล้วถามว่ากินยาสมุนไพรได้ไหม เขาจะด่าเอาเลย หลายรายมารักษามะเร็งเต้านมกับผมแล้วกลับไปโรงพยาบาล หมอไม่ยอมอัลตราซาวนด์ให้ เพราะมารักษากับหมอแผนไทย ต่อต้านกันน่าดู มียุคหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขสั่งให้ทุกโรงพยาบาลปลูกพืชสมุนไพร เดี๋ยวนี้แปลงสมุนไพรหายไปหมดแล้ว ปลูกไปก็เท่านั้น เพราะหมอในโรงพยาบาลเขาไม่ใช้" นายแพทย์สมหมายเล่าประสบการณ์ตรงให้ได้รับรู้[21]

## สร้างทางเลือกเพื่อทางรอด

การตั้งโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยอย่างเป็นทางการถือเป็นก้าวย่างสำคัญของการสร้างทางเลือกในการรักษาให้กับประชาชน ด้วยความหวังว่าจะเป็นทางรอดให้กับประเทศด้วย โดยเฉพาะการพึ่งพิงยาจากบรรษัทข้ามชาติ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะ 'ยาหมอฝรั่งขาดแคลน' เช่นสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่ต้องผลิตยาแผนตะวันตกจากสมุนไพรในท้องถิ่น

*และสิ่งสำคัญของการลงหลักปักฐานให้กับการแพทย์แผนไทย ควบคู่ไปกับการสร้างโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยก็คือ การกำจัดอคติ และเปิดใจกว้างให้กับการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่ต่างก็เคยเป็นส่วนหนึ่งของอารยธรรมมนุษย์ทั้งสิ้น*

**นับจากวันที่ 10 กรกฎาคม 2554 วันเริ่มต้นของการบังคับใช้พ.ร.บ.บัตรประจำตัวประชาชน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2554 ได้เพิ่มอีกภารกิจอีกอย่างหนึ่งให้กับชีวิตของคนไทยก็คือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีลูกหลานอายุตั้งแต่ 7-14 ปี (ประมาณ 8 ล้านคน) ต้องพาลูกหลานไปยังเขต เทศบาลหรืออำเภอเพื่อทำบัตรประจำตัวประชาชน เสียงสะท้อนกลับจากผู้ใหญ่ในสังคมไทยต่อ 'บัตรประชาชนเด็ก' พบว่า มีทั้งแง่บวกและลบ ขณะที่เสียงจากเด็กๆ แล้ว บัตรใบนี้ดูจะเป็นเรื่องที่น่าตื่นเต้น-ยินดีทีเดียว**

# 9 บัตรประชาชนเด็กกับโจทย์ที่ไม่ถูกตอบ?

ที่มาที่ไปของบัตรประชาชนเด็กนั้น ต้องย้อนกลับไปดูโครงการด้านไอทีของรัฐบาลยุคทักษิณ ชินวัตร ที่เรียกว่า *"โครงการปี 2546 ปีแห่งการบริการประชาชนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Citizen E-Service)"* ที่เสนอโดยคณะกรรมการบูรณาการและปฏิรูประบบการทะเบียนแห่งชาติ ได้รับการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2546 โดยคณะรัฐมนตรีได้ให้กรอบว่า

เมื่อกำหนดให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่งที่ต้องออกบัตรให้กับประชาชนด้วยการใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลทะเบียนบุคคล (identity) ของกระทรวงมหาดไทยแล้ว บัตรประจำตัวประชาชนในอนาคตจะใช้แบบแถบแม่เหล็ก ซึ่งประชาชนต้องมีบัตรต่างๆ หลายใบ หรือจะพัฒนาไปใช้บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart Card) ซึ่งสามารถพกบัตรเพียงใบเดียว โดยอาจทำเป็นระยะๆ หรือจัดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มๆ ทั้งนี้ให้พิจารณาความคุ้มค่าทางเทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น[1]

## สมาร์ทการ์ด ตั้งแต่ 'แรกเกิด' คือคำตอบแรก

ผ่านไปร่วมห้าเดือน ประเด็นนี้กลับเข้ามาสู่การประชุมคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง ด้วยการตัดสินใจว่า *บัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart card) ภายใต้โครงการจัดทำบัตรประจำตัวประชาชนอิเล็กทรอนิกส์ (e-Citizen)* มีความเหมาะสมกว่า ด้วยเหตุผลทางงบประมาณ เพราะหากให้แต่ละหน่วยงานออกบัตรเพื่อให้ประชาชนแสดงตัวหรือใช้รับบริการ

จากรัฐ ประชาชนแต่ละคนจะต้องพกบัตรถึง 2 ใบ คือ บัตรประชาชนและบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค หรืออาจรวมถึงใบที่ 3 อย่างใบขับขี่ ย่อมมีผลต่อความซ้ำซ้อนทางปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน ภาระทางงบประมาณ และความไม่สะดวกของประชาชนเอง

ครม.จึงมีมติเห็นชอบโครงการดังกล่าวเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2546 โดยกำหนดกรอบว่า ให้เริ่มต้นจากการจัดทำบัตรประชาชนที่ดำเนินการโดยกระทรวงมหาดไทยเป็น "บัตรหลัก" เพื่อให้รู้ถึงข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎรที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน สำหรับข้อมูลของส่วนราชการ/หน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น ก็สามารถนำมาเชื่อมโยงและเพิ่มเติมข้อมูลต่างๆ ลงในบัตรประชาชนของกระทรวงมหาดไทยได้เมื่อมีความพร้อม

ทั้งนี้ อยู่บนหลักการว่า บัตรประชาชนควรมีอายุใช้งานมากกว่า 6 ปี เพื่อประหยัดงบประมาณในการออกบัตรใหม่ โดยกระทรวงมหาดไทยพิจารณาแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนทุกคนต้องมีบัตรประจำตัวประชาชนตั้งแต่เกิด ในระหว่างรอความพร้อมของกระทรวงมหาดไทยที่จะต้องประสานกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเรื่องไมโครชิพ หากหน่วยราชการใดมีความจำเป็นต้องทำบัตรให้ประชาชนก็ให้ดำเนินการออกตามลักษณะของบัตรเดิมที่เคยทำมา หรือเป็นบัตรชั่วคราวไปพลางก่อน

## 15 ลบ 8 เท่ากับ 7: สมการง่ายๆ ของ 'บัตรประชาชนเด็ก' 7 ขวบ

ระหว่างกระบวนการพิจารณาและผ่านร่างกฎหมายออกมาเป็น พ.ร.บ.บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2554 นั้น ประเด็นที่มีการถกเถียงและปรับอยู่หลายครั้งก็คือ อายุที่เด็กควรเริ่มทำบัตรประชาชน จากแนวคิดที่ว่า "ประชาชนทุกคนต้องมีบัตรประจำตัวประชาชนตั้งแต่แรกเกิด" เมื่อการเมืองไทยเปลี่ยนมาถึงรัฐบาลสมัคร สุนทรเวช คณะรัฐมนตรีมีมติเสนอ ร่าง พ.ร.บ.บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับที่... พ.ศ. ... ต่อสภานิติบัญญัติ โดยปรับเปลี่ยนให้เด็กทำบัตรประชาชนเมื่ออายุ 1 ขวบ

นายวีนัส สีสุข เจ้าหน้าที่ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย อธิบายเหตุผลของการปรับเกณฑ์อายุในการทำบัตรประชาชนเด็กว่า การถ่ายรูปเด็กเป็นไปได้ยาก เนื่องจากใบหน้าเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา รวมถึงการสแกนลายพิมพ์นิ้วมือก็ทำได้ยากเช่นกัน แต่เมื่อยึดถือกรอบที่ว่าทุกคนควรมีบัตรแสดงตน เกณฑ์อายุจึงถูกขยับมาเป็น *"1 ปีนับแต่วันเกิด หรือ 60 วัน นับแต่วันได้สัญชาติไทย"*[2]

อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุผลที่ไม่สมเหตุสมผลโดยตัวของมันเอง ในระหว่างกระบวนการพิจารณาร่างกฎหมายฉบับนี้จึงมีการหยิบยกประเด็นดังกล่าวขึ้นมาอีกครั้ง พร้อมด้วยข้อโต้แย้งว่า "หากมองในแง่การถ่ายรูปเด็ก ที่ว่าถ่ายได้ยาก ก็มีความเห็นโต้แย้งว่าเด็กสามารถถ่ายรูปคู่กับพ่อแม่ หรือให้พ่อแม่อุ้มก็ได้"

ในที่สุดข้อสรุปของเรื่องนี้กลับอาศัยประเด็นเกี่ยวข้องอื่นๆ มาร่วมพิจารณาด้วย 2 ประเด็น นั่นคือ

***ประเด็นแรก-อายุของบัตรประชาชน*** สืบเนื่องจากร่างกฎหมายฯ ฉบับนี้ มีการแก้ไขเพิ่มเติมในประเด็นอื่นด้วย หนึ่งในนั้นก็คืออายุใช้งานของบัตรประชาชน จากเดิมที่กฎหมายกำหนดให้บัตรประชาชนมีอายุ 6 ปี (มาตรา 6 ทวิ แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2542) มีการแก้ไขเพิ่มระยะเวลาในการใช้งานบัตรยาวขึ้นเป็น 8 ปี ตามโจทย์คือ "ให้คำนึงถึงความคุ้มค่าทางงบประมาณ"

***ประเด็นที่สอง-เกณฑ์การทำบัตรประชาชน*** จากเดิมที่กฎหมาย (พ.ร.บ.บัตรประจำตัวประชาชน พ.ศ. 2526 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2542) กำหนดให้คนไทยที่มีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ และมีชื่อในทะเบียนบ้านต้องมีบัตรประชาชน และเปลี่ยนคำนำหน้านามจาก "เด็กชาย" เป็น "นาย" "เด็กหญิง" เป็น "นางสาว"[3] ดังนั้น อายุเริ่มต้นของการมีบัตรครั้งแรก และอายุใช้งานของบัตรประชาชนที่ต้องแก้ไขใหม่จึงควรสอดคล้องกัน และต้องสอดคล้องกับช่วงอายุ 15 ปีด้วย

คำตอบสุดท้ายจึงออกมาด้วยตรรกะคณิตศาสตร์ระดับประถม ในชั้นการพิจารณาร่างกฎหมายโดยวุฒิสภาว่า หากต้องการให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนคำนำหน้านามเมื่อเด็กอายุ 15 ปี และการแก้ไขให้บัตรประชาชน

มีอายุบัตรยาวนานขึ้นจาก 6 ปี เป็น 8 ปี (มาตรา 6 ทวิ พ.ร.บ.บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2554[4]) ดังนั้น บัตรประชาชนเด็ก จึงเริ่มต้นเมื่อเด็กมีอายุ 7 ปี (มาตรา 5 พ.ร.บ.บัตรประจำตัวประชาชน ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2554)[5]

*และนี่เองคือที่มาของ บัตรประชาชนเด็ก 7 ขวบ*

## นานาทัศนะต่อบัตรประชาชนเด็ก

จากการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลของทีมงานสุขภาพคนไทยต่อความเห็นเรื่องบัตรประชาชนเด็ก พบว่ามีมุมมองทั้งทางบวกและทางลบที่น่าสนใจจากแวดวงคนทำงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

### แง่บวก

เจ้าหน้าที่ฝ่ายทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย มองว่าเป็นประโยชน์ในการยืนยันตัวบุคคล ให้เด็กสามารถใช้บัตรฯ แสดงตัวได้ง่ายขึ้น ป้องกันการสวมสิทธิของต่างด้าว รวมทั้งเพื่อให้เด็กใช้บัตรประชาชนในการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากบริการสาธารณะของรัฐ ดังที่นายนิรันดร์ กัลยาณมิตร รองอธิบดีกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ให้ความเห็นว่า[6]

"ข้อดีของการมีบัตรตั้งแต่อายุ 7 ปี คือ สะดวกต่อเด็กในการแสดงตัวตน ไม่ต้องพกพาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตร ทำให้สามารถใช้สิทธิเข้าถึงสวัสดิการของรัฐได้ง่ายขึ้น รวมทั้งบรรเทาปัญหาการสวมสิทธิจากต่างด้าว ผู้ปกครองไม่ต้องพกเอกสารหลักฐานอื่นๆ ให้ยุ่งยาก สำหรับข้อเสียนั้น คือ เด็กวัยนี้ทำของหายบ่อย อาจเป็นการลำบากต่อผู้ปกครอง"

ขณะที่เด็กๆ ที่เข้าเกณฑ์ทั่วประเทศต่างตื่นเต้นกับการทำบัตรประชาชนไม่น้อย ดังความเห็นจากเด็กในกรุง ด.ช.เอกสิทธิ์ สงศรีอินทร์ อายุ 7 ปี นักเรียนชั้น ป.2 โรงเรียนผ่องสุวรรณวิทยา[7] ว่า "ตอนนี้มีแต่บัตรนักเรียน ก็อยากมีบัตรประชาชนบ้างจะได้เหมือนผู้ใหญ่ ถ้ามีจริงๆ ก็ต้องฝากแม่ไว้ เพราะกลัวจะทำบัตรหาย" แม่ด.ช.เอกสิทธิ์เองก็เห็นข้อดีหลายประการคือ "สะดวกเวลาแสดงสิทธิรับบริการต่างๆ ของเด็ก ไม่ต้องถือสูติบัตรมาให้ยุ่งยาก เวลาพาน้องขึ้นเครื่องบินก็ใช้บัตรนี้แสดงตัว หรือกรณีเด็กพลัดหลง ถ้ามีบัตรติดตัวอยู่จะช่วยให้ส่งคืนพ่อแม่ได้เร็วขึ้น เพราะมีชื่อ-นามสกุลที่อยู่..."

เด็กชนกลุ่มน้อยบนพื้นที่สูงก็เข้าร่วมทำบัตรอย่างคึกคักเช่นกัน ดังรายงานข่าวที่ว่า[8] "ในพื้นที่ตำบลป่ากลาง อำเภอปัว บรรยากาศการเปิดทำบัตรประจำตัวประชาชนเด็กเป็นไปอย่างคึกคัก มีนักเรียนชนเผ่าต่างๆ ทั้ง ม้ง เมี่ยน และลัวะ ต่างทยอยเข้ามาทำบัตรประจำตัวประชาชนกันอย่างหนาตา โดยเด็กๆ แต่ละชนเผ่าต่างแต่งชุดประจำเผ่าเพื่อใช้ในการถ่ายรูปติดบัตรอีกด้วย"

รศ.ดร.พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญเรื่องสถานะบุคคล ให้ความเห็นว่า บัตรประชาชนนั้น ถือเป็นการแสดงสิทธิของมนุษย์ เพราะอยู่ในทะเบียนราษฎร ทำให้ข้อมูลของประชากรชัดเจนมากขึ้น ยิ่งในยุคที่รัฐมีสวัสดิการมากขึ้น การที่เด็กจะไปแสดงสิทธิว่าเป็นคนสัญชาติไทยหรือไปโรงพยาบาลก็ง่ายขึ้น สิ่งที่ดีตามมาอีกด้านคือ ป้องกันเรื่องทุจริตที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่ยากจน เช่น การสวมสิทธิเด็กที่เกิดในต่างจังหวัด หรือเอาตัวตนของคนสัญชาติไทยไปขายจะทำได้ยากขึ้น[9]

### แง่ลบ

ทัศนะของนักพัฒนาจากองค์กรด้านเด็ก ต่างออกมาให้ความเห็นคัดค้านกันระงม ดังความเห็นของนายมนตรี สินทวิชัย (ครูยุ่น) เลขาธิการมูลนิธิคุ้มครองเด็ก ที่ว่า "ถือเป็นการใช้อำนาจโดยไม่ตรวจสอบรายละเอียดให้รอบคอบ เพราะอาจทำให้เกิดผลกระทบกับเด็กหลายๆ กลุ่ม เช่น กลุ่มเด็กพิการ เด็กกำพร้า เด็กเร่ร่อน ที่ตามหลักแล้วรัฐจะต้องคอยดูแลสงเคราะห์เด็กกลุ่มนี้ด้วย และกฎหมายในอดีตได้ผ่านกระบวนการคิดที่ดีอยู่แล้วว่า ให้เด็กอายุ 15 ปีขึ้นไปค่อยมีบัตรประจำตัวประชาชน เพราะเด็กวัยนี้เริ่มมีความคิดเป็นผู้ใหญ่แล้ว"[10]

ทำนองเดียวกัน ครูหยุย วัลลภ ตังคณานุรักษ์ เลขาธิการมูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก แจงถึงความไม่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำ เนื่องจาก "...เมื่อเด็กอายุน้อยตายก็จะมีการสวมรอยของพวกมิจฉาชีพในการไปสวมชื่อ ขณะเดียวกัน งบประมาณที่เอาไปใช้ทำบัตรจะคุ้มค่า

หรือไม่ ทำแล้วได้ประโยชน์อะไร เพราะรูปแบบเดิมก็ใช้ได้ดีอยู่แล้ว เมื่อทำแล้วใครจะไปพกให้เด็ก ก็ต้องเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ผู้ปกครองอยู่ดี ทำแล้วเป็นระบบออนไลน์หรือเปล่า เอกสารที่เรามีอยู่ก็ออนไลน์อยู่แล้ว หากอ้างเพื่อการรักษาพยาบาล ก็มีเลข 13 หลักอยู่ในใบเกิด มันไม่ได้มีประโยชน์มากกว่าเดิม แต่จะเปลืองทรัพยากรมากกว่า ทำแล้วคุ้มก็ดี แต่มองว่าตอนนี้ถึงทำไปก็ไม่คุ้ม"[11]

ส่วนนักวิชาการ รศ.ดร.โกวิทย์ พวงงาม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีมุมมองที่ไม่ต่างจากนักพัฒนาว่า "ไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับเด็กวัย 7 ขวบเลย เนื่องจากเมื่อทำแล้ว ผู้ดูแลบัตรและทำธุรกรรมต่างๆ ก็คือผู้ปกครองอยู่ดี เด็กไม่สามารถทำธุรกรรมใดๆ หรือแม้แต่รับผิดชอบดูแลบัตรด้วยตนเองได้ด้วยวัยเพียง 7 ขวบ...ผมว่ากฎหมายของเดิมดีอยู่แล้ว...ไม่แน่ใจว่ามันเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์อื่นหรือเปล่า เช่น การประมูลบัตรอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเด็ก 7-14 ขวบนี่มันมีเกือบ 10 ล้านคน แล้วผลประโยชน์อาจจะมีเป็นร้อยๆ ล้านในเรื่องเครื่องไม้เครื่องมือพวกนี้"[12]

ท้ายสุดเป็นประเด็นเรื่องความกลัวการสวมบัตรที่ผู้ว่าราชการจังหวัดชายแดนอย่างระนองหวั่นว่าจะมีการนำเด็กต่างด้าวยัดไส้สวมบัตรประชาชน ซ้ำรอยที่นำโรฮิงญาเข้าสวมบัตรไทยพลัดถิ่น[13]

## โจทย์ที่ 'บัตรประชาชนเด็ก' ยังไม่ได้ตอบ

นอกจากเสียงวิจารณ์หรือคำถามต่อ 'บัตรประชาชนเด็ก 7 ขวบ' แล้วยังพบว่า มีข้อสังเกตต่อการมีบัตรประจำตัวประชาชนเช่นกันว่า มีความอ่อนไหวสูงต่อประเด็นเสรีภาพส่วนบุคคล นั่นคือข้อมูลที่ถูกบันทึกในบัตรนั้นอาจเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่ถูกละเมิดได้ง่าย

หากทบทวนกันอีกครั้งถึงที่มาของบัตรประชาชนเด็กจะเห็นว่า เป็นเพียงส่วนหนึ่งของนโยบายบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์ (Smart card) ที่รัฐบาลสมัยทักษิณต้องการไปถึง นั่นก็คือ การเป็นบัตรใบเดียวที่บุคคลแต่ละคนสามารถใช้เพื่อแสดงตนในทางกฎหมายและใช้เพื่อรับบริการจากรัฐ โดยไม่ต้องพกบัตรอื่นอีก (ได้แก่ บัตรประชาชน, บัตรทอง 30 บาทฯ, ใบขับขี่, บัตรประกันสังคม, บัตรอื่นๆ ) และรัฐสามารถลดภาระทางงบประมาณไม่ต้องใช้จ่ายเพื่อการจัดทำบัตรหลายประเภท

ทั้งนี้ ช่องว่างที่มีอยู่เดิมก็คือ ระหว่างเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี โดยเด็กแรกเกิดจะมีเพียงใบรับรองการเกิดจากสถานพยาบาล (ท.ร.1/1) เพื่อให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองนำไปแจ้งเกิดกับหน่วยงานทะเบียนราษฎรเพื่อรับสูติบัตร ดังนั้นช่วงเวลาระหว่างเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี เอกสารที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองต้องพกพาแทนเด็กเพื่อแสดงตน (เด็ก) และเข้ารับบริการของรัฐก็คือสูติบัตร และ/หรือทะเบียนบ้าน (หลายกรณีมีเพียงใบรับรองการเกิด)

อย่างไรก็ดี มีข้อสังเกตต่อเอกสารทั้งสูติบัตรทะเบียนบ้าน รวมถึงใบรับรองการเกิดของเด็กด้วยเช่นกัน กล่าวคือ เอกสารดังกล่าวไม่มีรูปถ่ายที่ยืนยันตัวเด็ก ทำให้นำไปสู่การสวมตัวเด็กได้ง่าย หรือการพิสูจน์ตัวเด็กทำได้ยาก บ่อยครั้งต้องใช้พยานบุคคลมายืนยันว่าเด็กเป็นลูกของพ่อแม่คนนั้นจริงๆ นอกจากนี้ยังพบว่ามีเด็กจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีสูติบัตร เพราะพ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่ได้ไปแจ้งเกิด

ข้อเสนอให้เด็กมีบัตรประจำตัวตั้งแต่แรกเกิด โดยเสนอว่าพ่อแม่สามารถอุ้มลูกถ่ายรูปติดบัตรได้ จึงเป็นทางเลือกเพื่อลดโอกาสให้กับการเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์ตัวเด็ก

กล่าวได้ว่า 'บัตรประชาชนเด็ก 7 ขวบ' นี้ นอกจากจะก่อให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์กว้างขวางในสังคมและมีคำถามถึงความเหมาะสม ผลดีผลเสียต่างๆ นานาแล้ว *ในที่สุด การใช้เกณฑ์อายุทำบัตรประชาชนครั้งแรกไว้ที่ 7 ปี ก็ไม่ได้ตอบโจทย์การลดภาระทางงบประมาณในการจัดทำบัตร ที่ต้องใช้เพื่อแสดงตนและเข้าถึงบริการหรือสวัสดิการของแต่ละหน่วยงานแต่อย่างใด*

*ทั้งยังไม่ได้ตอบโจทย์ช่องว่างของการมีหลักฐานแสดงตนที่ชัดเจนของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 7 ปี กลายเป็นเพียงความตื่นเต้นชั่ววูบให้กับบรรดาเด็กน้อยกลุ่มหนึ่งทั่วประเทศเท่านั้น*

# BOI กับนโยบายส่งเสริมการลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อระบบสุขภาพ

10

**จากนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย ที่ถูกมองว่ามีผลลบต่อระบบสุขภาพโดยรวมมาก เพราะดึงดูดทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลของประเทศไปให้ชาวต่างชาติ ปี 2554 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) จับมือกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ปรับทิศการส่งเสริมการลงทุนด้านสาธารณสุข เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ และเพิ่มความเป็นธรรม ในระบบสุขภาพของไทย**

http://www.stockfreeimages.com/

## ผลักดันนโยบายเมดิคัลฮับ ภาคสอง

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมานี้ การส่งเสริมให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ หรือ Medical Hub ดึงดูดชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย เป็นเป้าหมายที่ทุกรัฐบาลต้องการผลักดันให้เกิดเป็นจริงให้ได้

นับแต่แผนพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย ฉบับที่ 1 ตามแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551) ประสบความสำเร็จ สามารถสร้างรายได้เข้าประเทศถึง 227,616.43 ล้านบาท กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเดินหน้าจัดทำ ร่างแผนยุทธศาสตร์เมดิคัลฮับ ฉบับที่ 2 ตั้งแต่ปี 2553-2557 ยกระดับพัฒนาให้ไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหรือ

ระดับโลก จากแผนเดิมที่กำหนดเพียงเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย

แผนยุทธศาสตร์เมดิคัลฮับ ฉบับที่ 2 นี้ ตั้งเป้าว่าจะนำรายได้เข้าประเทศ 402,906 ล้านบาทในช่วง 5 ปี ตัวสร้างรายได้หลักคือ บริการรักษาพยาบาล 281,945 ล้านบาท รองลงมาคือ บริการส่งเสริมสุขภาพ สปา 78,225 ล้านบาท ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย 78,471 ล้านบาท และบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2,822 ล้านบาท[1]

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นผู้รับผิดชอบผลักดันนโยบาย Medical Hub โดยเน้นยุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ 1) การบริการด้านรักษาพยาบาลให้เป็นศูนย์บริการเฉพาะทาง (Excellent Center) อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ 2) ส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพประเภทสปาและการนวดเพื่อสุขภาพ 3) การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อส่งเสริมเอกลักษณ์และภูมิปัญญาไทย และ 4) สนับสนุนสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรไทย[2]

ขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ก็ขานรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub โดยจ้างสถาบันวิจัยเศรษฐกิจและการคลัง[3] (สวค.) ในเดือนสิงหาคม 2553 ศึกษาการลงทุนในกิจการด้านสุขภาพทั้งระบบ เพื่อเป็นแนวทางกำหนดนโยบายส่งเสริมการลงทุน และคาดว่าจะสามารถกำหนดขอบข่ายกิจการและเงื่อนไขการให้สิทธิประโยชน์แก่กิจการประเภทนี้ได้ภายในปี 2553[4]

ต่อมาเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2553 นางอรรชกา สีบุญเรือง เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เปิดเผยว่า BOI จะปรับปรุงนโยบายส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ส่งเสริมอุตสาหกรรมเพื่อสุขภาพของประเทศอย่างแท้จริงและเป็นรูปธรรม มาตรการดังกล่าวประกอบด้วยการขยายขอบข่ายการส่งเสริมการลงทุนประเภท "กิจการโรงพยาบาล" ให้ครอบคลุมกิจการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลมากขึ้น โดยการปรับชื่อเป็น "กิจการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล" และเพิ่มเติมประเภทกิจการโรงพยาบาล จากเดิมที่กำหนดว่าต้องเป็นโรงพยาบาลที่มีเตียงรองรับผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 50 เตียง เป็นมีเตียงรองรับผู้ป่วยค้างคืนไม่ต่ำกว่า 30 เตียง ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขเกณฑ์ขั้นต่ำของกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมการลงทุนในกิจการเวชศาสตร์ฟื้นฟู ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ศูนย์บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และส่งเสริมการลงทุนโลจิสติกส์เพื่อการรักษาพยาบาล โดยได้สิทธิประโยชน์ยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล ตั้งแต่ 5-8 ปี ตามเขตที่ตั้ง มีวงเงินยกเว้นภาษีเงินได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ และยกเว้นอากรขาเข้าเครื่องจักรตลอดอายุโครงการ

น่าสนใจว่า BOI ยังกำหนดมาตรการส่งเสริมการลงทุน เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของกิจการโรงพยาบาลเดิม เพื่อยกระดับมาตรฐานเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้วยการนำเข้าเครื่องจักรและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ในโรงพยาบาล มาตรการนี้บังคับใช้กับโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่แล้ว ไม่ว่าจะได้รับส่งเสริมหรือไม่ก็ตาม[5]

## กระแสต้านเมดิคัลฮับและนโยบาย BOI

ทว่า เสียงสะท้อนดังระงมจากหลายฝ่ายแสดงความไม่เห็นด้วยกับนโยบาย Medical Hub วิพากษ์วิจารณ์ทัศนะที่เน้นเม็ดเงินจากการลงทุนของ BOI ที่เข้ามาทำให้บริการสุขภาพกลายเป็น 'อุตสาหกรรม' โดยเฉพาะปัญหาสมองไหล ที่เชื่อว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลรัฐจะถูกดึงตัวไปสู่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมจะยิ่งทวีความรุนแรงสูงขึ้น และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดึงทรัพยากรไปมากที่สุดก็คือ ผู้มีรายได้น้อย และคนชนบทที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา นักวิชาการเกียรติคุณ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ให้ความเห็นว่า *นโยบาย Medical Hub เป็นนโยบายที่เลวที่สุดเท่าที่รัฐบาลคิดออกมา* เพราะเป็นการดึงดูดทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศไปบริการต่างชาติ ทั้งที่ปัจจุบันคนไทยรวมถึงคนชายขอบกำลังขาดแคลน

การรักษาพยาบาลอย่างแรง คนไข้ต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการยังทำให้ค่าตัวของหมอเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา กระทรวงสาธารณสุขเองจะพบว่าเงินค่าตอบแทนที่เพิ่มให้หมอไปนั้นไม่เพียงพอ ต้องไล่ตามเพิ่มค่าตอบแทนไปเรื่อยๆ ในที่สุดระบบจะเสียหาย

"วันนี้ผมอยากถามว่า ขณะนี้คนไข้ไทยได้เวลาของหมอในโรงพยาบาลรัฐแค่ไหน คุณไปรอกี่ชั่วโมง และได้เจอหมอกี่นาที แม้ว่ารัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณเพื่อผลิตหมอให้เพียงพอ ผมยังมองว่านโยบายนี้ก็ยังเลวอยู่ดี เพราะคนไทยต้องไม่เพียงรักษากับหมอจบใหม่เท่านั้น แต่เราต้องการหมอผู้เชี่ยวชาญที่ถูกดึงออกจากระบบด้วย" ศาสตราจารย์อัมมารกล่าว[6]

ด้าน นางสาวกรรณิการ์ กิจติเวชกุล กรรมการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ได้ให้ข้อมูลในงานเสวนา "เมดิคัลฮับ ความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาล" เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2553 ระบุว่าในปี 2552 มีคนไข้ต่างชาติเข้ารับการรักษา 1.5 ล้านคน แต่ไม่พบหลักฐานว่าการกระจายรายได้ไปถึงไหน ที่ผ่านมาพบแต่ปัญหาเรื่องการดึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์ โดยปี 2545-2547 มีอาจารย์แพทย์ลาออก 350 ราย และในช่วงปี 2548-2552 มีอาจารย์แพทย์จากโรงเรียนแพทย์ 5 แห่งลาออกรวมกันถึง 181 ราย ส่วนใหญ่ไปอยู่กับภาคเอกชน เฉลี่ยมีการดึงแพทย์ในโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งสูงถึง 40 คน ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำเพิ่มจาก 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ[7]

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) กล่าวว่า นโยบายส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพของ BOI ขัดกับข้อ 51 ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ออกตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดว่า*รัฐไม่พึงสนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ*

"การที่ธรรมนูญฯ เขียนไว้ในข้อ 51 เพราะเห็นว่าการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมนุษยธรรม ไม่ควรปล่อยเป็นการบริการแสวงหากำไร ยิ่งถ้าเป็นการเปิดบริการโดยหวังบริการคนต่างชาติ แสดงว่าต้องใช้ทรัพยากรที่มีในประเทศไปบริการชาวต่างชาติด้วย ก็จะกระทบคนไทยส่วนใหญ่ในชนบท" นายแพทย์อำพลกล่าว[8]

ต่อมาในวันที่ 24 ธันวาคม 2553 มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่ทำเนียบรัฐบาล โดยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นเป็นประธาน หลังจากที่ประชุมอภิปรายเรื่องนโยบายส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพของ BOI อย่างกว้างขวาง นายกรัฐมนตรีในฐานะคณะกรรมการ BOI มีมติให้ BOI ทบทวนการส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพใหม่ เนื่องจากเนื้อหาไม่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพ

"ผมคิดว่า BOI คงไม่ทราบข้อความที่กำหนดอยู่ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และขณะนี้มติดังกล่าวยังไม่ได้ประกาศออกไป จึงสั่งให้ระงับไว้ก่อน" นายอภิสิทธิ์กล่าว

ขณะที่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน กรรมการสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า บริการสาธารณสุขไม่ใช่สินค้าทั่วไปที่ภาคธุรกิจสามารถแสวงหากำไรสูงสุด เพราะระบบสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ต้องเป็นระบบที่ส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ การส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนไทยก่อน โดยเฉพาะในสภาวการณ์ที่ยังมีความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน มีทรัพยากรและบุคลากรจำกัด อีกทั้ง 10 ปีที่ผ่านมานี้ภาคเอกชนมีศักยภาพสูงในการพัฒนาธุรกิจสุขภาพด้วยตนเอง จึงไม่มีความจำเป็นที่รัฐต้องให้การสนับสนุนอีก[9]

## BOI ปรับนโยบาย ส่งเสริมการลงทุนโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ภายหลังที่นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ สั่งทบทวนมติคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพ ต่อมาวันที่

http://www.stockfreeimages.com/

31 มกราคม 2554 นายแพทย์สมชัย ภิญโญพรพานิชย์ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ในฐานะหน่วยงานผลักดันนโยบาย Medical Hub เปิดเผยว่า สบส. จะมีการประชาพิจารณ์ร่างแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ พ.ศ. 2553-2557 ครั้งที่ 1 ซึ่งจะพูดถึงรายละเอียดทั้งหมด ทั้งเรื่องการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ สปา นวดแผนไทย และสมุนไพรไทย โดยเรื่องที่ให้ความสำคัญมากที่สุด คือ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ โดยจะเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาหารือสนับสนุนการแพทย์ของภาคเอกชน จะมีการพิจารณาอย่างรอบด้านว่าจะเกิดปัญหาสมองไหลหรือผลกระทบอื่นๆ มากน้อยเพียงใด

ต่อมาในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2554 มีการจัดเวทีเสวนาหัวข้อ "บีโอไอ จับมือ สช. ปรับทิศอุตสาหกรรมสุขภาพ" ที่อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ร่วมเสวนาประกอบด้วย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พร้อมด้วยนางหิรัญญา สุจินัย ที่ปรึกษาการลงทุน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน และนายยุทธศักดิ์ คณาสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และนโยบายการลงทุน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

การเสวนาครั้งนี้สรุปว่า จะตั้งคณะทำงานเชิงวิชาการ ประกอบด้วยตัวแทนจาก สช. และ BOI ร่วมกันหารือเพื่อหาทางออกว่าควรจะเดินหน้าหรือส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมสุขภาพในลักษณะใด

ต่อมาวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2554 คณะทำงานร่วม สช. และ BOI ได้ประชุมร่วมกันเพื่อหารือถึงทิศทางการส่งเสริมอุตสาหกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552 โดยผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วม จากทาง BOI คือ นางอรรชกา สีบุญเรือง เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน นางหิรัญญา สุจินัย ที่ปรึกษาการลงทุน และนายยุทธศักดิ์ คณาสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์และนโยบายการลงทุน

ผลการประชุมมีข้อสรุปให้นักวิชาการจากทั้งสองฝ่ายร่วมกันยกร่างหลักการและกรอบแนวทางการพิจารณากิจการที่จะส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ก่อนจะเปิดเวทีรับฟังความเห็นจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

หลังผ่านการทำงานกว่า 4 เดือน คณะทำงาน

ร่วมฯ ก็จัดทำหลักการส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ มีสาระสำคัญ 4 ประการ คือ[10]

(1) เป็นไปเพื่อประโยชน์ของสถานะทางสุขภาพโดยรวมของคนในประเทศเป็นสำคัญ โดยต้องเป็นหมวดบริการหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ/ประกันสังคม หรือรัฐสนับสนุน/ลงทุนไม่เพียงพอ

(2) เป็นไปเพื่อเสริมสร้างศักยภาพหรือประสิทธิภาพและเพิ่มความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ

(3) ไม่ขัดกับรัฐธรรมนูญ กฎหมาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และธรรมนูญสุขภาพ

(4) มีระบบติดตาม ประเมินสถานการณ์ ผลกระทบของนโยบายส่งเสริมการลงทุน

โดยกำหนดกรอบบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมลงทุนไว้ 4 ประเภท คือ การส่งเสริมการลงทุนสถานพยาบาลเอกชนระดับปฐมภูมิ การส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมยา การส่งเสริมการลงทุนและพัฒนาเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย และการส่งเสริมการลงทุนในกิจการบ้านพักและศูนย์สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

"ร่างกรอบการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพที่ได้จัดทำขึ้นครั้งนี้ แตกต่างจากมติการส่งเสริมการลงทุนก่อนหน้าที่เน้นการสนับสนุนนโยบายเมดิคัลฮับ รักษาคนไข้ต่างชาติ แต่เป็นการเน้นสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของไทยมากขึ้น" นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ให้ความเห็น

สำหรับกรอบการส่งเสริมการลงทุนสถานพยาบาลเอกชน เน้นส่งเสริมการลงทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยค้างคืนและสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืนขนาดไม่เกิน 30 เตียง เพื่อให้บริการผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม โดยเฉพาะในเขตที่มีสถานพยาบาลเหล่านี้ไม่เพียงพอ ผู้ขอรับการส่งเสริมการลงทุนต้องอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมภายใน 3 ปี นับจากวันที่ขอรับการส่งเสริมการลงทุน และต้องอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคมตลอดระยะเวลาที่ได้รับสิทธิยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล

การส่งเสริมนี้ต้องการดึงเอกชนเข้ามาลงทุนสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่เป็นบริการหลักในระบบสาธารณสุขที่สำคัญมากสำหรับประชาชน ซึ่งแต่ละปีมีผู้ใช้บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ทั้งสถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด

ส่วนกรอบการส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมยา เน้นการเพิ่มศักยภาพผู้ประกอบการในการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้พึ่งพาตนเองได้

การส่งเสริมการลงทุนและพัฒนาเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย เน้นเพิ่มศักยภาพในการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นสำหรับคนไทย ซึ่งรวมถึงส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือทดสอบประสิทธิภาพหรือเครื่องมือเทียบมาตรวัดของเครื่องมือแพทย์ และการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาเครื่องมือแพทย์ของอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ไทย

ขณะที่การส่งเสริมการลงทุนในกิจการบ้านพักและศูนย์สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างทางเลือกส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[11]

ขั้นตอนต่อจากนี้ BOI เตรียมนำร่างกรอบการส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่เข้าสู่กระบวนการประชาพิจารณ์ โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมาให้ความเห็น ทั้งโรงพยาบาลเอกชน ภาคประชาชน หรือผู้ได้รับผลกระทบทั้งหมด

สิ่งที่สำคัญคือ ยังต้องรอดูทิศทางนโยบายจากรัฐบาลชุดใหม่ของนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์ ชินวัตร ซึ่งเข้ามาบริหารประเทศแทนรัฐบาลชุดก่อน ว่าจะยังคงเดินหน้านโยบายส่งเสริมการลงทุนด้านสาธารณสุขเพื่อเน้นการสร้างความเข้มแข็งต่อระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศหรือไม่ อย่างไร

# 4 ผลงานดีๆ

## แพทย์แผนไทยคว้ารางวัลเหรียญทองอาหารเสริมสกัดจากเวทีประกวดสิ่งประดิษฐ์นานาชาติ

แพทย์แผนไทยสร้างผลงานเป็นที่ประจักษ์ต่อสายตาโลก จากการคว้ารางวัลชนะเลิศสิ่งประดิษฐ์นานาชาติ เมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ในงาน International Exhibition Invention of GENEVA โดยได้รับรางวัลชนะเลิศประเภทอาหารเสริมสกัด "เลซิติน" จากไข่แดงผสมสารสกัดจากผลมะตูม รางวัลนี้เป็นผลงานของสองแพทย์แผนไทย คือ แพทย์แผนไทยบุณยพร ยี่มี และแพทย์แผนไทยหญิงวรีวรรณ รัตรสาร เป็นการต่อยอดองค์ความรู้เดิม คือการสกัดเอาเลซิติน โคลีน และโอเมก้า 3 จากไข่แดง ผ่านการตรวจสอบความเป็นพิษจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) แล้วนำไปผสมกับสารสกัดจากมะตูมที่มีฤทธิ์ทางเภสัชกรรม สกัดเป็นผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ทั้งสองส่วนนี้เสริมฤทธิ์การทำงานซึ่งกันและกัน โดยกระบวนการสกัดทั้งหมดไม่ใช้สารเคมี แต่ใช้สมุนไพรไทยที่มีคุณประโยชน์ต่อการบำบัดและรักษาโรค กระบวนการดังกล่าวเป็นการนำเอานวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และแพทย์ตะวันตก มาประยุกต์เข้ากับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ถือเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทัดเทียมต่างประเทศ นอกจากนี้ การสกัด "เลซิติน" จากไข่แดงครั้งนี้สามารถช่วยทดแทนการนำเข้าได้ปีละ 100 ล้านบาท

จุดเด่นของผลงานการนำสมุนไพรไทยมาใช้จนทำให้ได้รับรางวัลครั้งนี้ คือ สารสกัดจากผลมะตูมนั้นช่วยฟื้นฟูการสร้างอินซูลินในการต้านไวรัสและแบคทีเรีย ช่วยทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรง ความดันโลหิตเป็นปกติ และทำงานเสริมกันกับสารอาหารจากไข่แดง ผลงานดังกล่าวทำให้ร่างกายสามารถซ่อมแซมตัวเองในระดับยีนหรือดีเอ็นเอ ซึ่งปัจจุบันได้ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ ของคลินิกแพทย์แผนไทยจังหวัดระยอง ทั้งนี้แพทย์แผนไทยทั้งสองได้ร่วมกันพัฒนาอาหารเสริมดังกล่าวเป็นเวลา 5 ปี ในการปรับปรุงสูตร แต่ไม่ได้ทดลองในสัตว์หรือคน

เลขาธิการ วช. ศ.นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ ได้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมผลงานดังกล่าว โดยพร้อมที่จะช่วยผลักดันไปสู่เชิงพาณิชย์ และให้ความสำคัญในการปกป้องคุ้มครองสิทธิด้านทรัพย์สินทางปัญญา

## สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณกว่า 170 ล้านบาทเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากสถิติประชากรของไทยที่มีแนวโน้มอายุยืนยาวและมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น นำมาสู่ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ยิ่งหากมีอาการป่วย ย่อมส่งผลต่อความรุนแรงจากโรคเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี และการป้องกันก่อนเกิดโรค จึงเป็นวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาลทั่วประเทศ จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล 7,300 แห่ง มีจำนวนโครงการกว่า 4,665 โครงการ งบประมาณสนับสนุนกว่า 170 ล้านบาท โดยใช้สิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุ้มครองผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจร่างกาย ซักประวัติ วัดความดันโลหิต ไขมัน และระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนการรักษาโรคตาต้อกระจก การประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม การตรวจระดับคอเลสเตอรอลในเลือด จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การบริหารความเครียด และการดูแลสุขภาพจิต รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับบริการผ่านศูนย์แพทย์ชุมชนใกล้บ้าน โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ และพื้นที่ที่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือกองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง อบต./เทศบาล กับ สปสช. และหน่วยบริการสาธารณสุข

สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขให้ความมั่นใจว่าได้จัดให้มีหลักประกันสุขภาพที่คุ้มครองสุขภาพร่างกาย ไม่ต้องกังวลใจเรื่องค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งยังมีกิจกรรมเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพแข็งแรงต่อไปในอนาคต

# เพื่อสุขภาพคนไทย

## 3 หอการค้าตั้ง "ภาคีเครือข่ายภาคเอกชนต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชั่น"

องค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International) เผยผลสำรวจดัชนีภาพลักษณ์การทุจริตของรัฐบาล 183 ประเทศทั่วโลก พบว่าประเทศไทยมีอันดับความโปร่งใสลดลง จากอันดับที่ 78 เป็นอันดับที่ 80 ด้วยคะแนน 3.5 จากเต็ม 10 และอยู่อันดับที่ 10 ของ 26 ประเทศเอเชีย สอดคล้องกับผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อปัญหาการทุจริตคอร์รัปชั่นเดือน พ.ย. 2554 ของมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย พบว่าประชาชนร้อยละ 72.4 เห็นว่าปัญหาคอร์รัปชั่นของไทยมีมาก และร้อยละ 63.1 คิดว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีหน้า ปัญหาดังกล่าวได้สร้างความเสียหายแก่ประเทศชาติเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะภาคเอกชนมีการจ่ายเงินพิเศษให้กับผู้ที่มีอำนาจเพื่อให้ได้งานหรือสิทธิประโยชน์มากถึงร้อยละ 50 เพิ่มขึ้นจาก 20-30 ปีที่ผ่านมา ในแต่ละปีมีการคอร์รัปชั่นประมาณ 300,000 ล้านบาท และคาดว่าอีก 5 ปีข้างหน้าอาจสูงกว่า 500,000 ล้านบาท

ด้วยเหตุนี้ กลุ่มภาคีภาคเอกชนในการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชั่น 38 องค์กร นำโดยนายดุสิต นนทะนาคร ผู้ก่อตั้งภาคีเครือข่ายต่อต้านคอร์รัปชั่นขององค์กรภาคเอกชน (ภตค.) และเครือข่ายหอการค้าจังหวัดทั่วประเทศ ประกาศหยุดจ่ายใต้โต๊ะให้นักการเมืองและข้าราชการ ในหลักการ "ไม่ให้ ไม่รับ ไม่ยอม" ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2554 ปัจจุบัน นายประมนต์ สุธีวงศ์ ประธานกรรมการ บริษัทโตโยต้า มอเตอร์ ประเทศไทย ได้เข้ามาสานต่องานดังกล่าว

ภาคีฯ ได้เน้น 3 บทบาท ได้แก่ การเฝ้าระวัง ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการประสานร่วมมือกับภาครัฐ เริ่มจากการเฝ้าระวังโครงการฟื้นฟูหลังมหาอุทกภัยที่มีงบสูงถึง 8 แสนล้านบาท และกรณีการปล้นบ้านอดีตปลัดกระทรวงคมนาคม โดยมีอาสาสมัครเฝ้าติดตามและแจ้งเตือนการทุจริตในโครงการต่างๆ ของรัฐ ภาคีฯ เชื่อว่าในอนาคตภาพรวมจะดีขึ้น เพราะหลายหน่วยงานต่างให้ความสำคัญกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริต แต่ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจัง เพื่อขจัดปัญหาการทุจริตคอร์รัปชั่นออกจากสังคมไทย

## 4 โครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอบต.) สนับสนุนโครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ไปประกอบพิธีฮัจย์ ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ประจำปี 2554 เป็นปีที่ 3 กลุ่มเป้าหมายคือประชาชนชาวไทยมุสลิม โดยโครงการฯ จะคัดเลือกชาวไทยมุสลิมที่ด้อยโอกาส มีฐานะยากจน ผู้นำศาสนา องค์กรเอกชน โรงเรียนตาดีกา และ อสม. ที่ทำคุณประโยชน์ต่อสังคม ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จากยะลา 40 คน ปัตตานี 56 คน นราธิวาส 54 คน สงขลา 30 คน และสตูล 20 คน ทั้งสิ้นจำนวน 200 คน ไปประกอบพิธีฮัจย์ โดยมอบหมายให้อำเภอและจังหวัด คัดสรรผู้เข้าร่วมโครงการตามหลักเกณฑ์เฉลี่ย 12 มัสยิดต่อ 1 คน ก่อนเดินทาง ศอบต. ได้มีการซักซ้อมทำความเข้าใจ ทำหนังสือเดินทาง และตรวจสุขภาพ ฉีดวัคซีน ป้องกันโรคร้ายต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเดินทาง

การไปประกอบพิธีฮัจย์ ณ นครเมกกะห์ ประเทศซาอุดิอาระเบีย เป็นหนึ่งในห้าข้อบัญญัติทางศาสนาอิสลาม ที่กำหนดให้ชาวมุสลิมที่มีความสามารถถือปฏิบัติ ชาวมุสลิมจึงมีความปรารถนาสูงสุดที่จะเดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต เฉลี่ยกว่า 9,000 คนต่อปี ครอบครัวที่ได้ไปประกอบพิธีฮัจย์นั้นถือเป็นชาวสวรรค์ เป็น "ครอบครัวคุณธรรม" ที่สมาชิกทุกคนเป็นผู้ประพฤติตนดี เป็นคนดี ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นแบบอย่างแก่ครอบครัวอื่นในชุมชนต่อไป ทาง ศอ.บต. พร้อมที่จะสนับสนุนภารกิจการไปประกอบพิธีฮัจย์ของพี่น้องมุสลิมในพื้นที่ และหวังว่าผู้ที่ผ่านโครงการไปประกอบพิธีฮัจย์ของ ศอ.บต. จะเป็นแบบอย่างของผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม พร้อมจะเป็นผู้นำตามบทบาทหน้าที่ในชุมชนของตัวเองในอนาคต

# ความมั่นคงทางอาหาร

เงินทองของมายา
ข้าวปลาสิของจริง

# ความจริงที่ขัดแย้ง ในระบบอาหารของไทย

**แผ่นดินไทยเคยได้ชื่อว่าเป็นอู่ข้าวอู่น้ำ เป็นดินแดนที่ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว บนแผ่นดินนี้ไม่เคยมีคนอดตาย เพราะที่นี่เป็นแผ่นดินที่อุดมสมบูรณ์ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก**

**ไทยเป็นหนึ่งในประเทศผู้ส่งออกอาหารมากเป็นอันดับต้นๆ ของโลก โดยเฉพาะ ข้าว ไก่ กุ้ง ปลาทูน่ากระป๋อง และสับปะรดกระป๋อง ซึ่งไทยส่งออกมากเป็นอันดับที่ 1 ของโลกติดต่อกันมาหลายปีตราบจนปัจจุบัน ในปี 2551 ไทยมีรายได้จากการส่งออกอาหาร 778,056 ล้านบาท หรือราวร้อยละ 13 ของมูลค่าสินค้าส่งออกทั้งหมด มูลค่านี้คิดเป็นประมาณกว่าร้อยละ 2 ของมูลค่าส่งออกอาหารของทั้งโลก**

*จะว่าประเทศไทยเป็น "ครัวของโลก" ก็คงจะกล่าวได้อย่างไม่เคอะเขิน*

อย่างไรก็ตาม อีกด้านหนึ่งของความจริงที่น่าภาคภูมิใจนี้ คือ ปัญหาร้อยแปดที่เกษตรกรนับล้านกำลังเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการเข้าถึงปัจจัยการผลิตของเกษตรกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ดิน ปัญหาความเสื่อมโทรมของฐานทรัพยากรเกษตร ปัญหาหนี้สินในหมู่เกษตรกรที่พอกพูนขึ้นไม่รู้จบ การผูกขาดระบบเกษตรและอาหารโดยกลุ่มนายทุนและพ่อค้าคนกลาง ต้นทุนการเกษตรสูง เกษตรกรใช้สารเคมีมากเกินขนาดและเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม วิกฤติพลังงานและภาวะโลกร้อน รวมทั้งปัญหาการแข่งขันทางการค้าระหว่างประเทศและการเปิดเสรีการค้า ทั้งหมดนี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหารทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

***เช่นนี้แล้ว หลายคนที่เป็นห่วงจึงเริ่มตั้งคำถามว่า หากสภาพที่เป็นอยู่ปัจจุบันยังดำเนินต่อไป จะเกิดผลกระทบอะไรบ้างต่อความมั่นคงทางอาหารของชาติ ประเทศไทยจะดำรงอธิปไตยทางอาหารไว้ได้หรือไม่ ท่ามกลางกระแสเชี่ยวกรากของการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากภายในและจากแรงกระแทกของโลกาภิวัตน์***

มองจากสภาพที่เป็นอยู่ในวันนี้ หลายคนสรุปว่า ระบบอาหารของไทยได้มาถึงจุดที่ต้องกำหนดทางเลือกและยุทธศาสตร์ให้ชัดว่าอะไรควรจะมาก่อน อะไรควรมาหลัง ระหว่างเกษตรที่มุ่งความเติบโตของผลผลิตและรายได้ของประเทศ โดยที่เกษตรกรส่วนใหญ่ยังได้ส่วนแบ่งที่ไม่เป็นธรรม กับเกษตรที่มุ่งความมั่นคงทางอาหารโดยที่ครัวเรือน ชุมชนและท้องถิ่นสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน กล่าวอีกนัยหนึ่ง สังคมควรให้ความสำคัญแก่อะไรมากกว่า ระหว่างเกษตรเชิงพาณิชย์อันมีเป้าหมายอยู่ที่เงิน กับเกษตรเพื่อความพอเพียง ยั่งยืนและปลอดภัยของทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค

บทความนี้ จะประเมินสถานการณ์ความมั่นคงในการผลิตอาหารของไทย โดยเน้นเฉพาะด้านการเกษตรเป็นหลัก เหตุผลก็เพราะเกษตรเป็นระบบการผลิตอาหารที่สำคัญที่สุด และเป็น 1 ใน 4 มิติที่สำคัญของระบบความมั่นคงทางอาหาร นอกจากนี้ เกษตรยังเป็น "ฐานชีวิต" ที่ไม่เพียงให้อาหารเพื่อความดำรงอยู่ได้ในทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังเป็นฐานที่รองรับวิถีชีวิตทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของมนุษย์ด้วย

## ความมั่นคงทางอาหาร

พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ให้ความหมาย "ความมั่นคงทางอาหาร" ว่า หมายถึง "การเข้าถึงอาหารที่มีอย่างเพียงพอสำหรับการบริโภคของประชาชนในประเทศ อาหารมีความปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ เหมาะสมตามความต้องการตามวัย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมทั้งมีระบบการผลิตที่เกื้อหนุนรักษาความสมดุลของระบบนิเวศวิทยา และความคงอยู่ของฐานทรัพยากรอาหารทางธรรมชาติของประเทศ ทั้งในภาวะปกติหรือเกิดภัยพิบัติ สาธารณภัยหรือการก่อการร้ายอันเกี่ยวเนื่องจากอาหาร"

การประชุมสุดยอดว่าด้วยอาหารโลก (World Food Summit) ซึ่งจัดโดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) เมื่อ พ.ศ. 2539 ได้ให้ความหมายของความมั่นคงทางอาหารว่า "เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อคนทุกคน ในทุกเวลา มีความสามารถทางกายภาพและทางเศรษฐกิจ ในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ปลอดภัย และสนองความต้องการประจำวันและความชอบส่วนตัวของแต่ละคน เพื่อการมีร่างกายที่แข็งแรงและการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพ"

**ความมั่นคงทางอาหารประกอบด้วยมิติสำคัญ 4 ด้าน** คือ

(1) การมีอาหารเพียงพอทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยกระบวนการผลิต หรือจากการนำเข้า

(2) การที่คนทุกคนเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้เพียงพอกับความต้องการ สิทธิในการเข้าถึงอาหารเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทุกคน และสามารถเรียกร้องได้ ภายในขอบเขตของกฎหมาย การเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่เขาอาศัยอยู่

(3) การใช้ประโยชน์อาหาร เน้นเรื่องการบริโภคอาหารเพื่อความมีสุขภาพดี ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ใช่เรื่องอาหารโดยตรง เช่น การค้าอาหาร วัฒนธรรม การเรียนรู้เกี่ยวกับอาหาร (อาหารศึกษา) เป็นต้น

(4) ความยั่งยืนของอาหาร หมายถึงการที่ประชาชน ครัวเรือน และบุคคลสามารถเข้าถึงอาหารได้ทุกเมื่อโดยไม่เสี่ยงต่อการขาดแคลนอาหาร หรือความอดอยาก ไม่ว่าจะในยามปกติ หรือในยามที่เกิดวิกฤติ

**ที่มา:** 1. พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ 2. FAO Policy Brief, June 2006, Issue 2

# ระบบการผลิตอาหารของไทย ความมั่นคงที่เริ่มสั่นคลอน

**ถ้าดูจากปริมาณผลผลิตทางการเกษตรในแต่ละปี ภาพที่เห็นอาจจะดูสดใสและน่าประทับใจ ประเทศไทยผลิตอาหารหลักๆ ได้มากกว่าจำนวนที่ต้องการบริโภคภายในประเทศ และยังมีส่วนเกินอีกมากที่ส่งไปขายในตลาดต่างประเทศ ทำรายได้ปีละหลายแสนล้านบาท แม้ว่าปริมาณอาหารที่ผลิตได้ในแต่ละปีจะเปลี่ยนแปลงขึ้น-ลงบ้างตามสภาพดินฟ้าอากาศ แต่โดยรวมแล้วก็ยังเพิ่มขึ้นมาตลอด**

อย่างไรก็ตาม เบื้องหลังภาพที่ดูสดใสนี้ ยังมีปัญหาระดับพื้นฐานหลายอย่าง ปัญหาเหล่านี้บางอย่างเข้าขั้นวิกฤติที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและรีบด่วน

## 1. วิกฤติฐานทรัพยากรเกษตร

ที่ดิน น้ำ และทรัพยากรป่าไม้ คือฐานทรัพยากรเกษตรที่สำคัญที่สุด ในรอบหลายสิบปีที่ผ่านมา การพัฒนาประเทศได้ใช้ทรัพยากรเหล่านี้อย่างสิ้นเปลือง ทำให้ปริมาณลดลง หรือสูญเสียสภาพที่สมบูรณ์ไปมาก จนส่งผลกระทบต่อการผลิตอาหารในปัจจุบัน

### ที่ดิน : ปัญหาใหญ่คือการถือครองและการใช้ประโยชน์

#### พื้นที่การเกษตรลดลง

ในปี 2552 มีพื้นที่ถือครองทางการเกษตรทั้งหมดประมาณ 131.7 ล้านไร่ หรือประมาณร้อยละ 41 ของพื้นที่ทั้งประเทศ (ซึ่งมีอยู่ 320.7 ล้านไร่) และมีพื้นที่ป่าไม้ประมาณ 107 ล้านไร่ (ร้อยละ 33) ที่เหลือเป็นพื้นที่นอกเกษตรกรรม โดยเฉพาะคือเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรม

พื้นที่ทำการเกษตร ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ปลูกข้าว รองลงไปเป็นพื้นที่ปลูกพืชไร่ และพืชสวน ที่เหลือเป็นพื้นที่ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ ทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์ และอื่นๆ ที่น่าสังเกตคือ พื้นที่ปลูกข้าวลดลงช้าๆ แต่ต่อเนื่อง จากประมาณร้อยละ 55 ของพื้นที่ถือครองทางการเกษตรในปี 2532 เหลือราวร้อยละ 52 ในปี 2552 แม้กระนั้นผลผลิตข้าวก็ยังเพิ่มขึ้น เนื่องจากเกษตรกรทำนาปรังได้มากขึ้น ส่วนพื้นที่ปลูกพืชไร่ลดลงจากร้อยละ 26 เหลือร้อยละ 21 ขณะที่พื้นที่ปลูกไม้ผลและไม้ยืนต้น (รวมทั้งยางพารา) เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 21 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1:** ร้อยละของที่ดินการเกษตร จำแนกตามการใช้ประโยชน์ พ.ศ. 2532-2552

| | 2532 | 2537 | 2542 | 2547 | 2552 |
|---|---|---|---|---|---|
| นาข้าว | 54.6 | 53.2 | 51.4 | 51 | 51.7 |
| พืชไร่ | 25.8 | 25 | 22.5 | 21.9 | 21.4 |
| ไม้ยืนต้น | 14.5 | 16.9 | 20.4 | 21.2 | 21.4 |
| ผักและไม้ประดับ | 0.06 | 0.7 | 0.8 | 1 | 0.9 |
| ทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์ | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 0.8 |
| อื่นๆ | 4.0 | 3.6 | 4.2 | 4.2 | 3.8 |
| รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**ที่มา:** ปรับจากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ขนาดที่ดินโดยเฉลี่ยที่เกษตรกรถือครองก็ลดลง จากประมาณ 26 ไร่ต่อครัวเรือนในปี 2529 เป็น 22 ไร่ในปี 2552 หรือลดลงประมาณร้อยละ 15 แต่ถ้าดูในรายละเอียดจะเห็นว่า มีสัดส่วนครัวเรือนเกษตรกรที่มีที่ดินทำกินขนาดเล็ก (น้อยกว่า 10 ไร่) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากประมาณร้อยละ 33 ในปี 2541 เป็นร้อยละ 38 และ 39 ในปี 2546 และ 2551 ตามลำดับ ขณะที่ครัวเรือนเกษตรกรที่มีที่ดินขนาดกลาง (10-39 ไร่) มีแนวโน้มลดลงจากประมาณร้อยละ 58 ในปี 2541 เหลือร้อยละ 52 ในปี 2551 ครัวเรือนเกษตรกรที่มีที่ดินขนาดใหญ่ตั้งแต่ 40 ไร่ขึ้นไปซึ่งมีประมาณร้อยละ 10 และมีแนวโน้มว่าสัดส่วนครัวเรือนกลุ่มนี้จะสูงขึ้น (ตารางที่ 2)

สถิติจากสำมะโนการเกษตร พ.ศ. 2546 บอกว่า ประมาณร้อยละ 77 ของที่ดินที่เกษตรกรทำกินอยู่นั้นเป็นที่ดินที่เกษตรกรเป็นเจ้าของเอง และร้อยละ 23.1 เป็นที่ดินที่เกษตรกรไม่ได้เป็นเจ้าของ แต่ทำกินในฐานะผู้เช่าหรือในฐานะอื่น

## เกษตรกรจำนวนมากไร้ที่ทำกิน

ในปี 2546 ครัวเรือนเกษตรกรประมาณ 650,000 ครัวเรือนไม่มีที่ดินทำกิน โดยมีความแตกต่างอย่างมากระหว่างภาคต่างๆ กล่าวคือ ภาคกลางมีสัดส่วนเกษตรกรไร้ที่ทำกินสูงที่สุด ภาคอีสานต่ำที่สุด หลักฐานอีกอย่างหนึ่งที่แสดงว่าครัวเรือนเกษตรกรไร้ที่ทำกินมีจำนวนมาก คือข้อมูลการขึ้นทะเบียนคนจนในปี 2547 ซึ่งกำหนดให้ขึ้นทะเบียนคนจน 2 กลุ่ม คือ คนยากจนที่ไม่มีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการประกอบอาชีพ และคนจนที่ทำกินในที่ดินของรัฐโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ปรากฏว่ามีผู้มาขึ้นทะเบียนทั้งหมด 4.9 ล้านราย เห็นได้ชัดว่าปัญหาที่ทำกินเป็นปัญหาของเกษตรกรกลุ่มใหญ่มาก เป็นวิกฤติสังคมที่สะสมมานานและนับวันจะพอกพูนมากขึ้น

อะไรคือสาเหตุของการไร้ที่ทำกินของเกษตรกร? ถ้าจะพูดกันอย่างถึงแก่นแล้ว ปัญหานี้มีที่มาจากโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจและระบบการจัดการที่ดินที่ไม่เป็นธรรมที่สำคัญได้แก่:

1. ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี ซึ่งได้เปลี่ยนคุณค่าของที่ดินจากการเป็นฐานของชีวิต และเป็นทุนทางสังคมในชุมชน มาเป็นสินค้าในตลาด เปิดโอกาสให้คนรวยและคนมีอำนาจกอบโกยที่ดินได้ภายใต้กลไกทางกฎหมายที่อ่อนแอ

2. ทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจที่ให้ความสำคัญแก่การเติบโตทางอุตสาหกรรม ซึ่งกลุ่มทุนใหญ่มีอำนาจมาก ขณะที่เศรษฐกิจสังคม และวิถีชีวิตของเกษตรกรรายย่อยได้รับความสนใจน้อย หรือถูกละเลย

**ตารางที่ 2:** ร้อยละขนาดถือครองที่ดินทำการเกษตรของครัวเรือนเกษตรกร พ.ศ. 2541, 2546, 2551

| จำนวน | 2541 | 2546 | 2551 |
|---|---|---|---|
| น้อยกว่า 10 ไร่ | 33.1 | 37.6 | 38.6 |
| 10-39 ไร่ | 57.5 | 51.1 | 51.6 |
| 40 ไร่ขึ้นไป | 9.4 | 11.3 | 9.7 |
| รวม | 100 | 100 | 100 |

**ที่มา:** คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, 2554 (อ้างอิงข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551)

**"เรื่องเร่งด่วนคือต้องปฏิรูปที่ดิน และต้องกำหนดให้การปฏิรูปที่ดินเป็นวาระแห่งชาติ รัฐต้องใช้ความเด็ดเดี่ยวหนักแน่นในทางนโยบาย บวกกับความกล้าหาญทางการเมือง และพลังสนับสนุนที่เข้มแข็งจากภาคประชาสังคม จึงจะบรรลุทางออกของปัญหานี้ได้"**

3. ระบบกรรมสิทธิ์ที่ดินแบบปัจเจกที่ยึดโยงอยู่กับกลไกตลาด และระบบภาษีที่เอื้อต่อการกระจุกตัวของที่ดินในมือของคนรวย

4. นโยบายการจัดการป่าไม้แบบรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่รัฐ ในนามของการสงวนพื้นที่ป่าไม้ของชาติซึ่งบ่อยครั้งกลายเป็นสิ่งที่เบียดขับการจัดการที่ดินและทรัพยากรของชุมชน และไล่รื้อชุมชนออกจากที่ดินที่เขาอยู่อาศัยและทำกินต่อเนื่องมานาน

## ที่ดินกระจุกตัว

ด้วยสาเหตุที่กล่าวข้างต้น ที่ดินจึงกระจุกตัวอยู่ในมือของคนจำนวนน้อย การศึกษาเกี่ยวกับนโยบายที่ดินชิ้นหนึ่งรายงานว่า ในหลายจังหวัดเจ้าของที่ดินรายใหญ่ที่สุด 50 รายแรกมีที่ดินรวมแล้วคิดเป็นสัดส่วนที่สูงมาก เช่น จังหวัดปทุมธานี เจ้าของที่ดินรายใหญ่ที่สุด 50 รายแรกถือครองที่ดินราวร้อยละ 12 ของที่ดินทั้งจังหวัด, ภูเก็ตร้อยละ 14, สมุทรปราการร้อยละ 12, กรุงเทพฯ ร้อยละ 10, นครนายกและอ่างทอง ร้อยละ 5

การศึกษาข้อมูลจากสำนักงานที่ดิน 399 แห่งทั่วประเทศ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ถือครองที่ดินขนาดเล็ก ไม่เกิน 4 ไร่ต่อราย (โดยมีโฉนด) ขณะที่ประชาชนที่ถือครองที่ดินขนาดใหญ่เป็นเพียงคนส่วนน้อย แต่มีที่ดินถือครองรวมกันเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นว่า บุคคลธรรมดาที่ถือครองที่ดินเกิน 100 ไร่ขึ้นไป มี 4,613 ราย ในจำนวนนี้ 121 ราย มีที่ดินถือครองขนาด 500-999 ไร่ต่อราย และอีก 113 ราย ถือครองที่ดินรายละ 1,000 ไร่ขึ้นไป สำหรับนิติบุคคล มี 2,205 ราย ถือครองที่ดินขนาดตั้งแต่ 100 ไร่ขึ้นไป ในจำนวนนี้มี 100 รายมีที่ดินในครอบครองขนาด 500-999 ไร่ และ 42 รายครอบครองที่ดินเกินรายละ 1,000 ไร่

ที่ดินจำนวนมากถูกเจ้าของ (ซึ่งส่วนมากเป็นคนรวย หรือนักเก็งกำไร ทั้งบุคคลธรรมดาและนิติบุคคล) ปล่อยให้รกร้าง ไม่ได้ใช้ประโยชน์ หรือใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่ การศึกษาโดยมูลนิธิสถาบันที่ดิน (ประมาณปี 2544) ระบุว่า ถ้ารวมที่ดินที่เจ้าของปล่อยให้รกร้างไม่ได้ใช้ประโยชน์ กับที่ดินที่ใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่เข้าด้วยกัน จะมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 30 ของที่ดินที่มีผู้ถือครองทั้งหมด ทำให้เกิดมูลค่าการเสียโอกาสและความสูญเสียทางเศรษฐกิจมากถึงปีละประมาณ 127,384 ล้านบาท แน่นอนว่า ส่วนหนึ่งของที่ดินเหล่านี้เป็นที่ดินทางการเกษตร

สิ่งที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นในระบบการถือครองที่ดินก็คือ ขณะที่ประชาชนจำนวนมากขาดที่ทำกิน หรือถูกเบียดขับออกจากที่ดินซึ่งตนเคยทำกินมาก่อน แต่กลับมีที่ดินที่ถูกปล่อยให้รกร้าง ไม่ได้เอามาใช้ประโยชน์ หรือใช้ประโยชน์ไม่เต็มที่เป็นจำนวนมาก แสดงว่านโยบาย โครงสร้าง และระบบการจัดการที่ดินของเรามีปัญหาที่ต้องได้รับการเยียวยาโดยด่วน

ปัญหาที่ดินทำกินของเกษตรกรเป็นวิกฤติที่นับวันจะรุนแรงมากขึ้น นำไปสู่ความขัดแย้งในสังคม และความไม่มั่นคงทางอาหารในครัวเรือนเกษตรกรจำนวนหลายแสนครัวเรือน แถลงการณ์ของคณะกรรมการปฏิรูปว่าด้วย *แนวทางปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร* (2554) กล่าวถึงความสำคัญของการไม่มีที่ดินทำกิน หรือการสูญเสียที่ดินของเกษตรกรว่า *"มิเพียงก่อให้เกิดปัญหาความอับจนในการประกอบสัมมาอาชีพและกลายเป็นทุกข์โศกของแผ่นดินเท่านั้น หากยังเป็นการสูญสิ้นวิถีชีวิตอันมีมาแต่เดิมของชาวไร่ชาวนา ซึ่งเป็นฐานวัฒนธรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของสังคมไทยด้วย"*

ปัญหาที่ดินทำกินของเกษตรกรจึงเป็นปัญหาใหญ่มากในปัจจุบัน ถ้าปล่อยให้เป็นอย่างนี้อยู่ต่อไป อาจจะกลายเป็นปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ หรืออาจจะเปิดทางให้ปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมาอีกมาก เรื่องเร่งด่วนคือต้องปฏิรูปที่ดิน และต้องกำหนดให้การปฏิรูปที่ดินเป็นวาระแห่งชาติ รัฐต้องใช้ความเด็ดเดี่ยวหนักแน่นในทางนโยบาย บวกกับความกล้าหาญทางการเมือง และพลังสนับสนุนที่เข้มแข็งจากภาคประชาสังคม จึงจะบรรลุทางออกของปัญหานี้ได้

"ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้จึงไม่ใช่การจัดหาน้ำให้เพียงพอเท่านั้น แต่อยู่ที่การบริหารจัดการน้ำ อย่างมีประสิทธิภาพด้วย"

## น้ำเพื่อการเกษตร: ยังมีไม่ทั่วถึง และบริหารจัดการไม่ดีพอ

### ระบบชลประทานยังไม่พอ

เกษตรส่วนใหญ่ของไทยยังเป็น "เกษตรน้ำฝน" พื้นที่เพาะปลูกส่วนใหญ่อาศัยน้ำฝนอย่างเดียว ตามตัวเลขใน *สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2552* มีที่ดินทางการเกษตรร้อยละ 25.5 เท่านั้นที่ได้รับน้ำจากโครงการชลประทาน พื้นที่ในภาคกลางได้รับน้ำจากโครงการชลประทานมากกว่าในภาคอื่นๆ คือ 17 ล้านไร่ ภาคเหนือ 9 ล้านไร่ ภาคอีสาน 6 ล้านไร่ และภาคใต้ 4 ล้านไร่

ถ้าดูตามสัดส่วนพื้นที่การเกษตรที่ได้รับน้ำชลประทานในปัจจุบันแล้ว ประเทศไทยก็ยังต้องการระบบชลประทานเพิ่มขึ้นอีกมาก แต่นั่นคงจะต้องใช้เวลาอีกนาน เพราะต้องใช้งบประมาณมาก อีกทั้งยังมีปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศที่ซับซ้อนเชื่อมโยงอยู่กับเรื่องการสร้างเขื่อนและระบบชลประทาน

ปัญหาสำคัญในเรื่องน้ำเพื่อการเกษตรหนีไม่พ้นภาวะฝนแล้งและน้ำท่วม ซึ่งเกิดขึ้นทุกปี บางพื้นที่เกิดขึ้นซ้ำซาก นอกจากนี้ การปลูกพืชของเกษตรกรก็ยังไม่สามารถบริหารจัดการให้สอดคล้องกับปริมาณน้ำในแต่ละปีได้ เกษตรกรในเขตชลประทานส่วนใหญ่ยังเน้นการปลูกข้าว ซึ่งเป็นพืชที่ต้องการน้ำมาก เมื่อน้ำจากเขื่อนไม่พอจึงเสี่ยงต่อความเสียหายมาก ส่วนในพื้นที่นอกเขตชลประทานหลายแห่ง ปัญหาภัยแล้งและน้ำท่วม เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ บางทีก็เกิดในฤดูกาลเพาะปลูกเดียวกัน

ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้จึงไม่ใช่การจัดหาน้ำให้เพียงพอเท่านั้น แต่อยู่ที่การบริหารจัดการน้ำ อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

### ทะเลเริ่มอ่อนล้า

ทะเลไทยซึ่งเคยเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่อุดมสมบูรณ์ ปัจจุบันก็อ่อนล้าลงมาก สาเหตุมาจากหลายด้าน แต่ที่สำคัญคือ การทำประมงขนาดใหญ่ที่ใช้เครื่องมือทันสมัย และจับสัตว์น้ำโดยไม่เลือกชนิดและขนาด บวกกับการลดลงของป่าชายเลน อันเนื่องจากการใช้พื้นที่ชายฝั่งเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว ซึ่งได้ก่อให้เกิดมลพิษสะสมในทะเลมากขึ้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สัตว์น้ำจำนวนมากหายไป ดังจะเห็นว่าปริมาณสัตว์น้ำที่ชาวประมงขนาด

> ปริมาณสัตว์น้ำที่ชาวประมงขนาดเล็กหาได้ในแต่ละวันลดลงอย่างน่าใจหาย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชนชาวประมงตามแนวชายฝั่งมากขึ้น

เล็กหาได้ในแต่ละวันลดลงอย่างน่าใจหาย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชนชาวประมงตามแนวชายฝั่งมากขึ้น

ทะเลที่เคยเป็นแหล่งความมั่นคงทางอาหารมาแต่เดิม กำลังประสบวิกฤติมากขึ้น การบริหารจัดการที่ยึดเอาความมั่นคงของการผลิตอาหารอย่างยั่งยืนสำหรับชุมชนในแถบชายฝั่งเป็นที่ตั้งเท่านั้นจะช่วยบรรเทาปัญหาลงได้

## ทรัพยากรธรรมชาติเสื่อมโทรม

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา การลดลงของทรัพยากรป่าไม้ และพื้นที่ชุ่มน้ำ เช่น ป่าชายเลนและป่าพรุ อันเป็นแหล่งอาหารชั้นดี ส่งผลกระทบต่อการผลิตทางการเกษตรอย่างประมาณค่ามิได้ นอกจากปัญหาน้ำท่วม-ฝนแล้ง ซึ่งเกิดซ้ำซากในหลายพื้นที่แล้ว ยังมีปัญหาคุณภาพดินเพื่อการเกษตรเสื่อมโทรม และปัญหาการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ทั้งหมดนี้มีความเชื่อมโยงกันเป็นห่วงโซ่ทางสิ่งแวดล้อม

### พื้นที่ป่าไม้หดหาย

เมื่อ พ.ศ. 2504 ประเทศไทยมีพื้นที่ป่า 171 ล้านไร่ หรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของพื้นที่ทั้งประเทศ แต่ในปี 2542 พื้นที่ป่าไม้เหลืออยู่ 80 ล้านไร่ ตลอดช่วงเวลา 38 ปีนี้ พื้นที่ป่าหายไปไม่น้อยกว่า 90 ล้านไร่ หรือประมาณร้อยละ 53 แต่หลังจากนั้น ตัวเลขพื้นที่ป่าเพิ่มขึ้นอย่างน่าสังเกต เป็น 106 ล้านไร่ในปี 2543 และได้ทรงตัวอยู่ในระดับใกล้เคียงกันนี้มาตลอดจนถึงปัจจุบัน คำอธิบายของการเพิ่มขึ้นนี้คือ เนื่องจากมีการเปลี่ยนวิธีประเมินพื้นที่ป่า จากการสำรวจภาคพื้นดิน มาใช้วิธีแปลข้อมูลจากภาพถ่ายดาวเทียม (มาตราส่วน 1 : 50,000) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี 2543 แต่ข้อมูลภาพถ่ายดาวเทียมนี้ไม่มีการตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลจากการสำรวจภาคพื้นดิน

ข้อเท็จจริงที่ปรากฏอยู่ทุกวันนี้ทำให้เชื่อว่า พื้นที่ป่ายังถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้วยจุดมุ่งหมายทางการค้า (แม้จะมีการยกเลิกสัมปทานป่าไม้ไปแล้วตั้งแต่ปี 2532) และการบุกรุกเข้าทำการเกษตรอย่างผิดกฎหมาย จากการเปรียบเทียบภาพถ่ายดาวเทียมปี 2547 กับปี 2543 พบว่า พื้นที่ป่าในปี 2547 มีน้อยกว่าในปี 2543 ประมาณ 3.8 ล้านไร่ แสดงว่าในช่วงเวลาระหว่างปี 2543-2547 นั้น ป่าไม้ถูกทำลายไปโดยเฉลี่ยปีละประมาณ 7 แสนไร่ แม้พื้นที่ป่าที่เหลืออยู่ก็ยังเป็นที่สงสัยว่าจะมีสภาพทางนิเวศสมบูรณ์อยู่จริงๆ สักเท่าไร ผู้เชี่ยวชาญด้านป่าไม้ประมาณว่า ปัจจุบันป่าไม้ที่มีสภาพสมบูรณ์มีราวร้อยละ 18 ของพื้นที่ประเทศเท่านั้น

การลดลงของพื้นที่ป่าไม้ส่งผลโดยตรงต่อปริมาณน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติ เพราะเมื่อป่าในพื้นที่สูงหายไปก็ทำให้ชุมชนแถบลุ่มน้ำหลายแห่งเสี่ยงต่อการได้รับน้ำมากและถูกน้ำท่วมเร็วเกินไปในหน้าฝน เมื่อหมดหน้าฝนน้ำก็ขาดแคลนเร็ว เป็น "ปัญหาสองเด้ง" ที่เกิดในปีเดียวกัน ดังเช่นที่เกิดในพื้นที่แถบลุ่มน้ำยมตอนล่าง หรือลุ่มน้ำอื่นๆ อีกหลายแห่ง สภาพเช่นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการผลิตอาหารในท้องถิ่นไม่มากก็น้อย

### พื้นที่ชุ่มน้ำถูกคุกคาม

พื้นที่ชุ่มน้ำเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์สูง มีคุณค่าต่อชีวิต ทั้งของมนุษย์ พืช และสัตว์นานาชนิด พื้นที่ชุ่มน้ำประกอบด้วย ป่าชายเลน

ป่าพรุ หนอง บึง ทะเลสาบ รวมถึงแม่น้ำ ซึ่งมีพื้นที่รวมทั้งหมดประมาณ 21.4 ล้านไร่

ปัจจุบันป่าชายเลนและป่าพรุนั้นมีปริมาณลดลงจนน่าเป็นห่วง เนื่องจากถูกบุกรุกเข้าไปใช้ประโยชน์ทั้งด้านการเกษตร อุตสาหกรรม การขยายตัวของชุมชน และธุรกิจท่องเที่ยว ในการสำรวจเมื่อปี 2504 พบว่ามีป่าชายเลนอยู่กว่า 2.3 ล้านไร่ แต่อีก 25 ปีต่อมา (พ.ศ. 2529) เหลืออยู่ประมาณ 1.3 ล้านไร่ (ลดลง 43.5%) และอีก 10 ปี หลังจากนั้น (พ.ศ. 2539) เหลือเพียง 1.1 ล้านไร่ (ลดลง 15.4%) ปัจจุบันมีตัวเลขประมาณการว่าป่าชายเลนเหลืออยู่ราว 940,000 ไร่เท่านั้น

เนื่องจากป่าไม้และพื้นที่ชุ่มน้ำเป็นแหล่งอาหารอันอุดมสมบูรณ์ที่ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน การลดลงของพื้นที่ป่าและพื้นที่ชุ่มน้ำที่เกิดขึ้นต่อเนื่องนี้ ย่อมส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชนในชนบทเป็นอย่างยิ่ง ทั้งยังส่งผลเสียต่อระบบนิเวศ ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคน พืช และสัตว์ในที่สุด

## คุณภาพดินแย่ลง

ป่าไม้ที่ถูกทำลายไป บวกกับการทำเกษตรเชิงเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ดินไม่มีโอกาสได้พักฟื้นคืนสู่สภาพที่สมบูรณ์ อีกทั้งไม่ได้รับการบำรุงเท่าที่ควร ดินจึงมีสภาพโทรมลง ขาดอินทรียวัตถุซึ่งมีประโยชน์ต่อพืช หลายพื้นที่เกิดปัญหาดินเค็ม ขณะที่หลายพื้นที่มีปัญหาดินเปรี้ยว เช่น ในปี 2547 ประเทศไทยมีพื้นที่ที่มีปัญหาดินเค็มราว 4.5 ล้านไร่ ดินเปรี้ยว 5.5 ล้านไร่

คุณภาพของดินที่แย่ลงและแมลงศัตรูพืชและโรคพืชที่มากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้เกษตรกรต้องใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น เพื่อรักษาระดับผลผลิต แต่ยิ่งใช้มากสภาพดินก็ยิ่งแย่ลง แมลงศัตรูพืชก็ดื้อยา นำไปสู่การใช้ที่มากขึ้นไม่รู้จบ สภาพเช่นนี้แม้จะไม่ทำให้ผลผลิตทางการเกษตรลดลง แต่ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของเกษตรกรเป็นเรื่องที่น่าห่วง

## ภูมิอากาศการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศอันเนื่องมาจากภาวะโลกร้อนเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อมนุษย์ชัดเจนขึ้นทั่วทั้งโลก สำหรับประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเขตร้อนอย่างเช่นประเทศไทย ผลกระทบโดยตรงที่มีต่อการเกษตรคือทำให้เกิดภาวะฝนตกน้อยในบางพื้นที่ ฝนตกมากเกินไปในบางพื้นที่ และตกไม่ตรงตามฤดูกาล ทำให้เกิดน้ำท่วมรุนแรง โรคพืชและแมลงศัตรูพืชระบาด ทั้งหมดนี้กระทบต่อผลผลิตทางการเกษตร หรืออย่างน้อยก็ทำให้ผลผลิตไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ อุณหภูมิโลกที่สูงขึ้นยังส่งผลให้คลื่นลมในทะเลรุนแรงขึ้น ทำให้ระบบนิเวศชายฝั่งได้รับความเสียหาย และส่งผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการผลิตอาหาร

มูลนิธิชีววิถี เอื้อเฟื้อภาพ

## 2. ต้นทุนการเกษตรสูงขึ้น

เกษตรทุกวันนี้เป็นเกษตรที่ต้องลงทุนสูง ไม่เฉพาะในเรื่องพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงค่าใช้จ่ายในเรื่องปุ๋ยเคมี สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาหารสัตว์ และค่าแรงงานอีกด้วย

### พันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์

ทุกวันนี้เกษตรกรส่วนใหญ่ใช้พันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่แทบทั้งสิ้น พันธุ์พืชพันธุ์สัตว์เหล่านี้คือต้นทุนที่เกษตรกรต้องจ่ายเป็นเบื้องต้น

เฉพาะข้าวนั้นอาจกล่าวได้ว่าที่ชาวนาปลูกกันอยู่ทุกวันนี้เกือบทั้งหมดเป็นข้าวสายพันธุ์ใหม่ และที่นิยมปลูกกันมากก็มีอยู่ประมาณ 10 กว่าสายพันธุ์เท่านั้น ข้าวพันธุ์พื้นเมืองนับร้อยๆ สายพันธุ์ที่ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศของท้องถิ่นได้อย่างดี และบางสายพันธุ์ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงนั้นปัจจุบันหายไปจากไร่นาเกือบหมดแล้ว ข้าวโพดก็เช่นกัน ที่ปลูกกันอยู่ทุกวันนี้เป็นสายพันธุ์ลูกผสมที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ซึ่งเมื่อนำไปปลูกแล้วไม่เหมาะที่จะเก็บเมล็ดไว้ทำพันธุ์เพื่อปลูกในรุ่นต่อไป เพราะมีข้อบกพร่องในด้านการเติบโตและผลผลิตไม่แน่นอนอันเป็นธรรมชาติของพืชพันธุ์ลูกผสมทั่วไป การใช้พันธุ์ลูกผสมนั้นอาจจะดีในแง่ผลผลิต แต่ก็ทำให้เกษตรกรต้องพึ่งพิงตลาดมาก ซึ่งหมายถึงต้นทุนที่สูงขึ้น

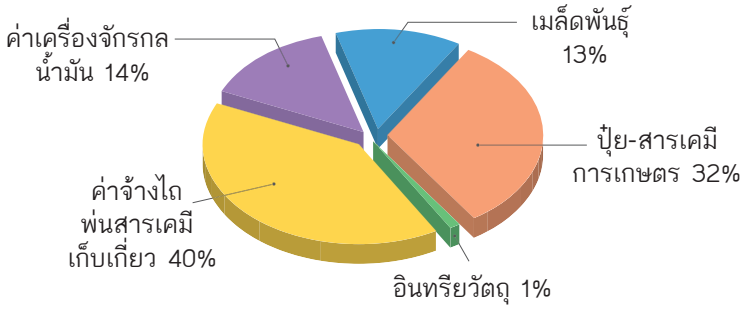
ที่จริง ทุกวันนี้เกษตรกรส่วนใหญ่ไม่นิยมคัดเลือกและเก็บเมล็ดพันธุ์ไว้ปลูกเองเหมือนในสมัยก่อน ทั้งนี้เพราะระบบการทำเกษตรในปัจจุบัน เกษตรกรมักจะขายผลผลิตทันทีที่เก็บเกี่ยวเสร็จ เมื่อจะปลูกรอบใหม่ก็ไปซื้อเมล็ดพันธุ์จากตลาด ดังนั้น ต้นทุนค่าเมล็ดพันธุ์จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ในการศึกษาชาวนาบ้านลุ่มบัว ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าทุนที่เกษตรกรจ่ายเป็นค่าเมล็ดพันธุ์คิดเป็นร้อยละ 13 ของต้นทุนทั้งหมด (รูปที่ 1)

ในการเลี้ยงไก่ เป็ด และเลี้ยงปลา เกษตรกรก็มีต้นทุนด้านพันธุ์สูงเช่นกัน เนื่องจากพันธุ์สัตว์มีราคาแพง ในการศึกษาการเลี้ยงไก่เนื้อพื้นเมืองพบว่ามีต้นทุนค่าลูกไก่ตัวละ 6 บาท แต่ถ้าเกษตรกรเลี้ยงแม่ไก่พันธุ์เพื่อเพาะพันธุ์ลูกไก่เอง จะมีต้นทุนค่าลูกไก่ตัวละ 5 บาท อย่างไรก็ตาม ต้นทุนที่มากที่สุดในการเลี้ยงสัตว์อยู่ที่ค่าอาหารสัตว์ ซึ่งมีราคาแพง

### อาหารสัตว์

แม้ว่าประเทศไทยจะสามารถผลิตอาหารสัตว์ได้เกือบทุกชนิด แต่ปริมาณที่ผลิตได้ก็ยังไม่พอกับความต้องการใช้ภายในประเทศ จึงมีการนำเข้าคิดเป็นมูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท เช่น ในปี 2552 ไทยนำเข้าอาหารสัตว์ประเภทข้าวโพดมูลค่า 1 พันล้านบาท ถั่วเหลือง 2 หมื่นล้านบาท กากถั่วเหลือง 3 หมื่นล้านบาท และปลาป่น 63 ล้านบาท (ตารางที่ 3) ถ้าคิดราคาที่เกษตรกรซื้อใช้ในระดับฟาร์มแล้ว เพียงค่าอาหารสัตว์ก็เป็นสัดส่วนต้นทุนที่สูงมากทีเดียว ทั้งนี้ ยังไม่รวมค่าวัคซีนป้องกันโรค ค่าโรงเรือน ค่าแรงงาน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีก

**รูปที่ 1:** ร้อยละของต้นทุนการผลิตโดยเฉลี่ยของชาวนาบ้านลุ่มบัว ต.บ้านโพธิ์ อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี, 2545-2546




**ที่มา:** วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ และคณะ, 2551

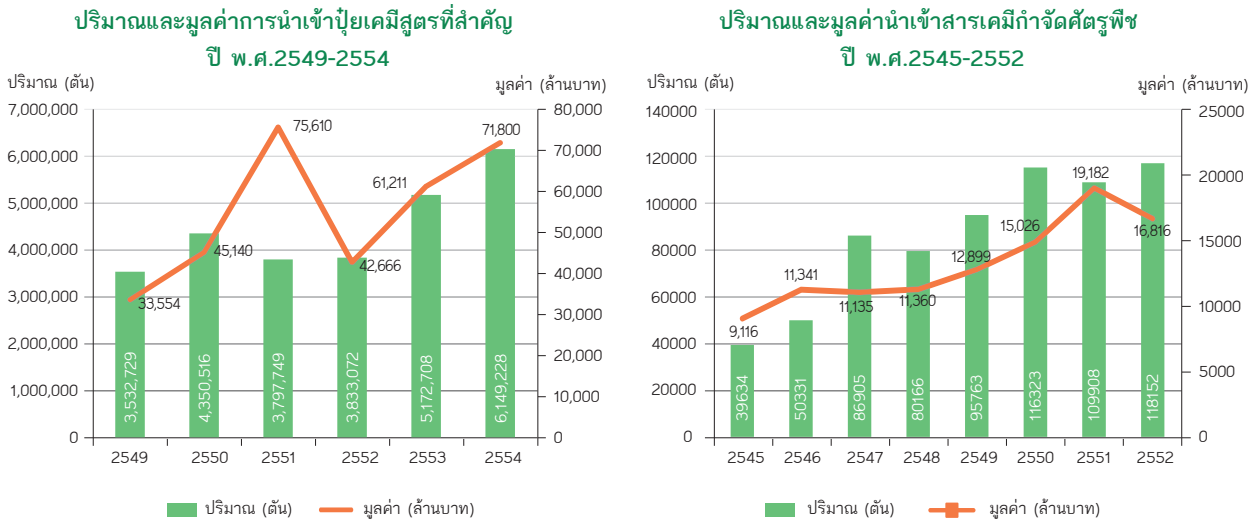
**ตารางที่ 3 :** ปริมาณการใช้ ปริมาณผลผลิต ปริมาณนำเข้า และมูลค่านำเข้าอาหารสัตว์โดยประมาณ พ.ศ. 2552

ปริมาณ: ตัน

| | ข้าวโพด | ถั่วเหลือง | กากถั่วเหลือง | ปลาป่น |
|---|---|---|---|---|
| ปริมาณการใช้ | 4,787,562 | 18,630,000 | 2,902,692 | 556,021 |
| ปริมาณผลผลิตในประเทศ | 4,430,039 | 190,480 | 190,480 | 500,000 |
| ปริมาณนำเข้า | 291,863 | 1,534,551 | 2,076,634 | 1,839 |
| มูลค่านำเข้าโดยประมาณ (ล้านบาท) | 1,000 | 20,000 | 30,000 | 63 |

**ที่มา:** คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ, 2554

**รูปที่ 2:** ปริมาณและมูลค่านำเข้าปุ๋ยเคมี และสารเคมีกำจัดศัตรูพืช




**ข้อสังเกต:** ในปี 2551 มูลค่าปุ๋ยนำเข้าพุ่งขึ้นสูงมาก ทั้งที่ปริมาณนำเข้าลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านั้น (2550) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากราคาปุ๋ยในประเทศผู้ส่งออกสูงขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศจีน ส่วนราคาสารเคมีนำเข้าในปี 2552 ที่ลดลงทั้งที่ปริมาณเพิ่มขึ้นนั้น น่าจะเกิดจากราคาสารเคมีในตลาดต่างประเทศลดลง

**ที่มา :** ฝ่ายวัตถุมีพิษ สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร

## ปุ๋ยเคมีและสารเคมีการเกษตร

ทุกวันนี้ไม่ว่าจะปลูกข้าว หรือพืชอะไรก็ตาม ถ้า "ปุ๋ยไม่ถึง" และ "ยาไม่ถึง" ก็เกือบแน่นอนว่าผลผลิตจะตกต่ำ การใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีกลายเป็นสิ่งจำเป็น เพราะคุณภาพดินแย่ลง ขณะที่โรคพืชและแมลงศัตรูพืชมีมากขึ้น (การปลูกพืชเชิงเดี่ยวและปลูกปีละหลายครั้งต่อเนื่องกันโดยไม่ทิ้งช่วงนานพอสมควรเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้โรคพืชและแมลงศัตรูพืชมีมาก) นอกจากนี้เกษตรกรส่วนใหญ่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาจากบริษัทขายปุ๋ยและเคมีการเกษตรจนเกิด "กระแสการใช้" ที่สร้างความรู้สึกว่า "ไม่ใช้ไม่ได้" เพราะ "ของมันเคยใช้" หรือ "ใครๆ เขาก็ใช้กันทั้งนั้น" เกษตรกรมักจะวิตกว่าผลผลิตของตัวเองจะไม่ดีถ้าไม่ใช้ปุ๋ยและสารเคมี ทั้งๆ ที่อาจจะไม่มีความจำเป็นเลย

ปุ๋ยเคมีและสารเคมีจึงเป็นปัจจัยการผลิตที่ขาดไม่ได้ไปแล้วในเกษตรกระแสหลักปัจจุบัน แต่ทั้งปุ๋ยและสารเคมีการเกษตรนั้นต้องสั่งเข้าจากต่างประเทศเกือบทั้งหมด และราคาแพง ปีหนึ่งๆ มีมูลค่านำเข้าหลายหมื่นล้านบาท (รูปที่ 2) ทั้งหมดนี้คือภาระต้นทุนที่ผลักให้เกษตรกรเป็นผู้แบกรับในที่สุด การศึกษาต้นทุนการปลูกข้าวของชาวนาที่จังหวัดสุพรรณบุรีที่อ้างถึงข้างต้น (ข้อมูลในรูปที่ 1) รายงานว่า ค่าปุ๋ยและสารเคมีคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 3 ของต้นทุนทั้งหมด สูงเป็นอันดับที่สอง รองจากค่าจ้างแรงงาน

มูลนิธิชีววิถี เอื้อเฟื้อภาพ

# 3. วิกฤติเกษตรเคมี

## สารเคมีท่วมไร่นา

อาจไม่เกินความจริงถ้าจะบอกว่า เกษตรกระแสหลักของไทยในปัจจุบันเป็น “เกษตรเคมี” เพราะเกษตรกรไทยใช้สารเคมีมาก รายงานขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) เมื่อ พ.ศ. 2543 ระบุว่า ประเทศไทยมีเนื้อที่การเกษตรมากเป็นอันดับที่ 48 ของโลก แต่ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชมากเป็นอันดับที่ 4 ของโลก และใช้สารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืชมากเป็นอันดับที่ 5 หากคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่าในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีที่ผ่านมานี้ ปริมาณสารเคมีเกษตรทุกชนิดที่ไทยนำเข้าจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นมาตลอดแล้ว อันดับโลกในเรื่องการใช้สารเคมีการเกษตรของไทยอาจจะสูงขึ้นกว่าที่รายงานไว้เมื่อกว่า 10 ปีที่ผ่านมาแล้วก็ได้

สารเคมีเกษตรหลักๆ ที่เกษตรกรใช้ได้แก่ สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีกำจัดโรคพืช และสารเคมีกำจัดวัชพืช ส่วนสารเคมีประเภทอื่นมีปริมาณน้อย ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมานี้ปริมาณนำเข้าสารเคมีเพิ่มขึ้นตลอด เฉพาะอย่างยิ่ง ตั้งแต่ปี 2550

**ตารางที่ 4 :** เปรียบเทียบจำนวนทะเบียนการค้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของไทยกับบางประเทศในภูมิภาค

| ประเทศ | สารออกฤทธิ์ (ชนิด) | จำนวนทะเบียนการค้าที่ได้รับอนุญาต |
|---|---|---|
| ไทย | 439 | 27,126 |
| จีน | 600 | 20,000 |
| เวียดนาม | 886 | 3,423 |
| มาเลเซีย | 240 | 3,104 |
| ศรีลังกา | 269 | 1,383 |
| อินโดนีเซีย | * | 1,158 |
| เมียนมาร์ | * | 818 |
| ลาว | 46 | 100 |
| อินเดีย | 194 | * |

* ไม่มีข้อมูล
**ที่มา:** รพิจันทร์ ภูริสัมบรรณ, 2554

**"ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา สารเคมีที่นำเข้ามีปริมาณเกิน 1 แสนตันทุกปี และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เฉพาะในช่วงเวลา 8 ปี จากปี 2545-2552 ปริมาณนำเข้าสารเคมีเกษตรเพิ่มขึ้นเกือบ 200% ส่วนมูลค่านำเข้าก็เกิน 10,000 ล้านบาทมาตั้งแต่ปี 2546"**

เป็นต้นมา สารเคมีที่นำเข้ามีปริมาณเกิน 1 แสนตันทุกปี และเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เฉพาะในช่วงเวลา 8 ปี จากปี 2545-2552 ปริมาณนำเข้าสารเคมีเกษตรเพิ่มขึ้นเกือบ 200% ส่วนมูลค่านำเข้าก็เกิน 10,000 ล้านบาทมาตั้งแต่ปี 2546 (ข้อมูลในรูปที่ 2)

ประเทศไทยมีปริมาณสารเคมีที่ขึ้นทะเบียนการค้ามากกว่า 27,000 รายการ อาจจะมากที่สุดในโลก แต่ที่แน่ๆ มากกว่าหลายประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ดังข้อมูลในตารางที่ 4 สารเคมีเหล่านี้ มีหลายตัวที่มีผลการวิจัยบ่งชัดว่าเป็นสารที่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม บางตัวเป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนไทยมากเป็นอันดับต้นๆ ในปัจจุบัน สารเคมีที่มีพิษรุนแรงเหล่านี้หลายประเทศในโลกห้ามใช้แล้ว แต่ประเทศไทยยังอนุญาตให้นำเข้าและยังให้ขึ้นทะเบียนการค้าเพื่อจำหน่ายได้อย่างกว้างขวาง โดยไม่มีมาตรการควบคุมที่เข้มแข็งพอ

มีสารเคมี 4 ตัว คือ *คาร์โบฟูราน, เมโธมิล, ไดโครโตฟอส, และอีพีเอ็น* ที่นักวิชาการ องค์กรเอกชน และเกษตรกรบางกลุ่ม ได้เรียกร้องให้ห้ามนำเข้าและห้ามใช้มาหลายปีแล้ว เพราะเห็นว่าเป็นสารเคมีที่มีอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของมนุษย์และทำลายสิ่งแวดล้อม แต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จ (ดูรายละเอียดของสารเคมีทั้ง 4 ชนิด ได้ที่ตารางแสดงการใช้และพิษของยากำจัดศัตรูพืชอันตราย 4 ชนิด ใน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ เรื่องที่ 7 "ค้านขึ้นทะเบียน 4 สารเคมีอันตราย," หน้า 64)

แม้จะมีความเคลื่อนไหวที่จะควบคุมการใช้สารเคมีเกษตร แต่ก็ยังไม่เกิดผลที่เป็นรูปธรรม ในปี 2551 มีการออกพระราชบัญญัติวัตถุอันตรายกำหนดให้สารเคมีที่ขึ้นทะเบียนการค้าและอยู่ในท้องตลาดทั้งหมด ณ เวลานั้น ต้องขึ้นทะเบียนใหม่ให้เสร็จภายในวันที่ 22 สิงหาคม 2554 มิฉะนั้นจะไม่ได้รับอนุญาตให้ขายต่อไป แต่กลุ่มผู้ค้าสารเคมีเกษตรก็ใช้มาตรการดื้อแพ่ง ขอยืดกำหนดการขึ้นทะเบียนออกไป และได้รับการผ่อนผัน โดยให้สารเคมีที่ผลิตออกมาแล้วและอยู่ในร้านค้ายังจำหน่ายต่อไปได้อีก 2 ปี ยังไม่แน่ว่า เมื่อครบกำหนด 2 ปีแล้ว ยังจะมีการยืดเวลาออกไปอีกหรือไม่

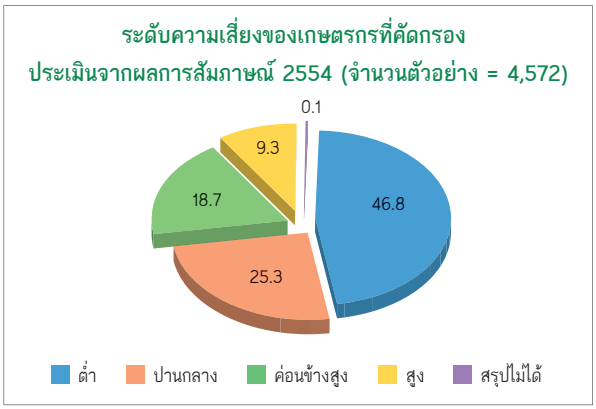
## คือภัยเงียบของเกษตรกรและผู้บริโภค

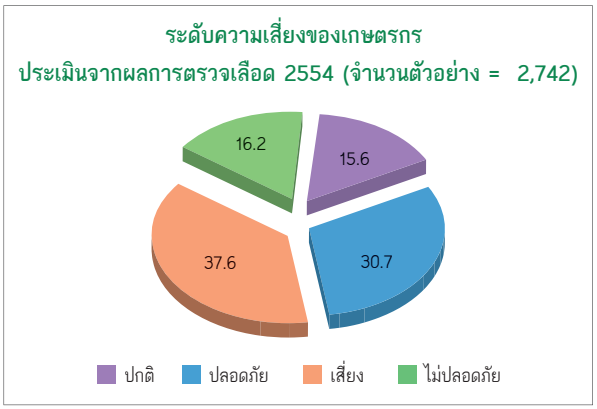
ผลกระทบของการใช้สารเคมีต่อสุขภาพของเกษตรกรมีมากน้อยเพียงใด สังคมไม่ค่อยได้รับรู้เท่าใดนัก เพราะคนที่ป่วยและตายเพราะได้รับสารเคมีการเกษตรไม่ค่อยเป็นข่าว ความรู้เรื่องนี้จึงจำกัดอยู่ในวงนักวิชาการและผู้ที่สนใจหรือที่ทำงานทางด้านนี้เป็นหลัก ดังนั้น ผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกรจึงเป็นภัยที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่อย่างเงียบๆ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลต่อไปนี้อาจทำให้เห็นภาพได้ชัดในระดับหนึ่ง

- ในปี 2550 *สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข* ได้สำรวจการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยการตรวจเลือดเกษตรกรจำนวน 89,376 ราย พบผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและไม่ปลอดภัยรวม 34,428 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.5

- ในปี 2554 หน่วยงานเดียวกันนั้นได้สำรวจเพื่อประเมินความเสี่ยงของเกษตรกรอีกครั้งหนึ่ง โดยให้เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีและอาการที่เกิดหลังการใช้ เพื่อดูว่ามีสภาพเสี่ยงมากน้อยเพียงใด ข้อมูลเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่าจากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4,572 ราย พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำมีร้อยละ 47 ขณะที่ผู้ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระดับปานกลางไปจนถึงระดับสูงมีร้อยละ 53 แต่เมื่อดูผลการตรวจเลือดของเกษตรกร

**รูปที่ 3 :** ร้อยละของเกษตรกรที่มีความเสี่ยงระดับต่างๆ วัดจากการสัมภาษณ์ และการตรวจเลือด พ.ศ. 2554



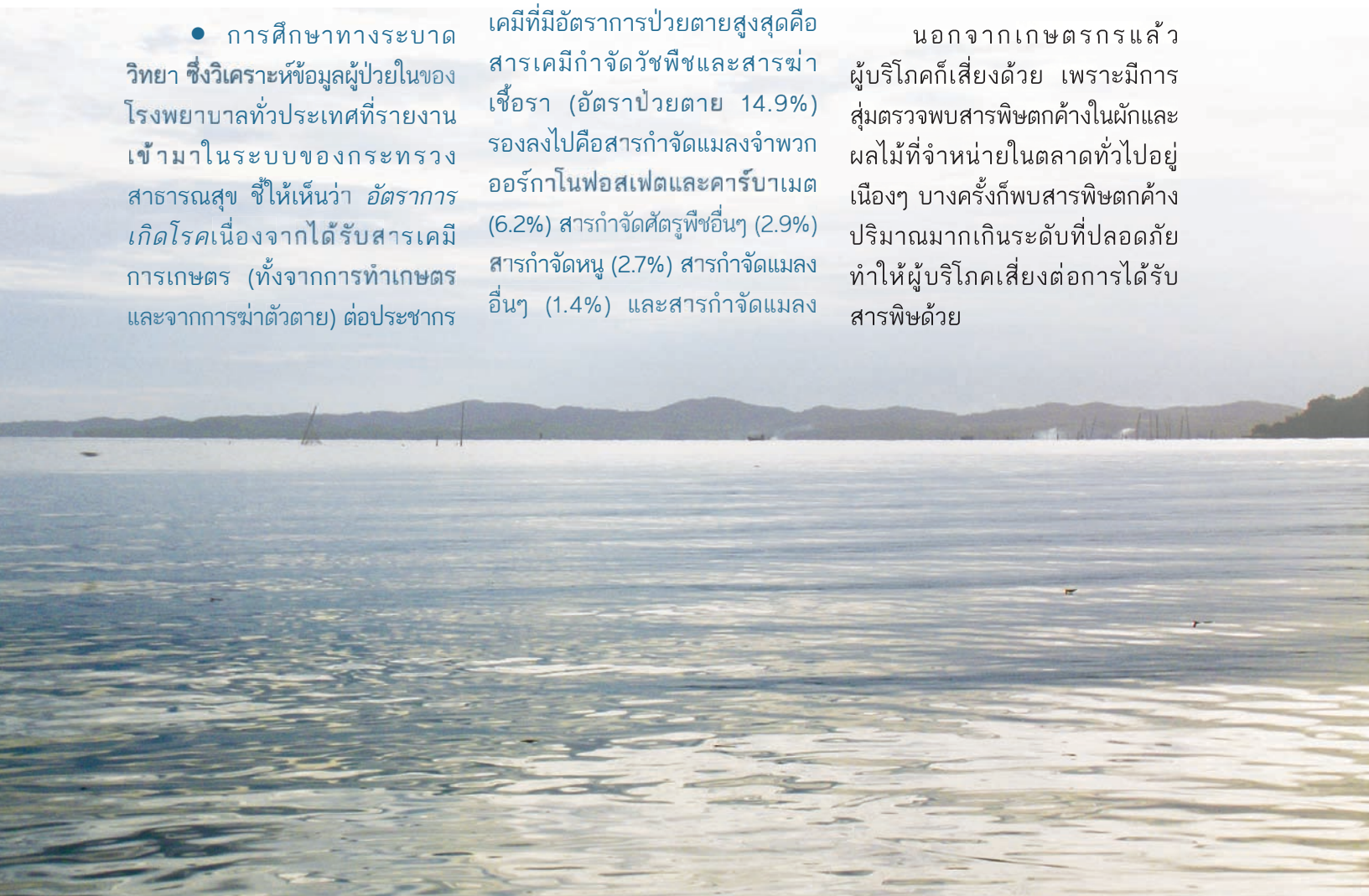




**ที่มา:** น.พ. พิบูล อิสสระพันธุ์, 2554

กลุ่มเดียวกัน จำนวน 2,742 ราย (เฉพาะผู้ที่สมัครใจตรวจเลือด) พบว่า ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงกับผู้ที่มีความเสี่ยงในระดับที่ไม่ปลอดภัยรวมกันคิดเป็นร้อยละ 54 ซึ่งสูงกว่าการประเมินโดยใช้แบบสอบถามเสียอีก (รูปที่ 3)

- การศึกษาทางระบาดวิทยา ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วประเทศที่รายงานเข้ามาในระบบของกระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่า *อัตราการเกิดโรค*เนื่องจากได้รับสารเคมีการเกษตร (ทั้งจากการทำเกษตรและจากการฆ่าตัวตาย) ต่อประชากร 100,000 คน อยู่ในระดับสูง คือ ในปี 2549 เท่ากับ 14.067, ปี 2550 เท่ากับ 18.256, ปี 2551 เท่ากับ 17.115, และปี 2552 เท่ากับ 17.692 และเมื่อคำนวณ*อัตราป่วยตาย* ต่อประชากร 100,000 คนอันเนื่องจากได้รับสารเคมีการเกษตรพบว่า สารเคมีที่มีอัตราการป่วยตายสูงสุดคือสารเคมีกำจัดวัชพืชและสารฆ่าเชื้อรา (อัตราป่วยตาย 14.9%) รองลงไปคือสารกำจัดแมลงจำพวกออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต (6.2%) สารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ (2.9%) สารกำจัดหนู (2.7%) สารกำจัดแมลงอื่นๆ (1.4%) และสารกำจัดแมลงชนิดฮาโลจิเนต (0.6%) สารเคมีทั้งหมดเหล่านี้ใช้กันอย่างแพร่หลายในหมู่เกษตรกรไทย โดยเฉพาะในภาคกลางที่ทำการเกษตรแบบเข้มข้น ซึ่งพบว่า 10 จังหวัดที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชสูงที่สุดเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคกลาง

นอกจากเกษตรกรแล้ว ผู้บริโภคก็เสี่ยงด้วย เพราะมีการสุ่มตรวจพบสารพิษตกค้างในผักและผลไม้ที่จำหน่ายในตลาดทั่วไปอยู่เนืองๆ บางครั้งก็พบสารพิษตกค้างปริมาณมากเกินระดับที่ปลอดภัย ทำให้ผู้บริโภคเสี่ยงต่อการได้รับสารพิษด้วย



ร่วมแรงแข็งขัน... ภาพโดย นพ.จอมพล มุสิกวงศ์

**“ถ้าครัวเรือนส่วนใหญ่ในชุมชนและท้องถิ่นทำเกษตรเชิงเดี่ยวเป็นหลัก ความมั่นคงทางอาหารของชุมชนและท้องถิ่นก็จะลดลงด้วย เพราะจะต้องพึ่งพาอาหารหลายอย่างจากภายนอก”**

## 4. เกษตรเชิงพาณิชย์เบียดขับเกษตรเพื่อการบริโภค

### ความถดถอยของเกษตรเพื่อการบริโภค

เกษตรกระแสหลักที่ทำอยู่ทุกวันนี้ไม่ได้เน้นการผลิตเพื่อกินเพื่อใช้ในครัวเรือนเป็นสำคัญ แต่เป็นเกษตรเพื่อขาย ครัวเรือนเกษตรกรประเภทที่ *ผลิตสิ่งที่ตัวเองกิน และกินสิ่งที่ตัวเองผลิตเป็นส่วนใหญ่* นั้น ถึงจะมีอยู่ก็เป็นเพียงส่วนน้อย ข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรเมื่อประมาณ 10 ปีมาแล้วแสดงว่า มีครัวเรือนเกษตรกรทั่วประเทศประมาณร้อยละ 30 เท่านั้นที่ใช้ผลผลิตจากไร่นาเพื่อบริโภคในครัวเรือนเป็นหลัก (ตารางที่ 5) เชื่อว่าทุกวันนี้สัดส่วนนี้จะยิ่งน้อยลงไปอีก

เกษตรที่มุ่งสนองตลาดนั้นเป็นเกษตรเชิงเดี่ยว เกษตรกรผลิตอาหารชนิดเดียวเป็นหลัก แต่การบริโภคในครัวเรือนนั้นต้องการอาหารหลากหลายชนิด ดังนั้น

เกษตรกรจึงต้องซื้ออาหารส่วนใหญ่เพื่อให้เพียงพอกับการบริโภคในครัวเรือน นี่คือแนวโน้มการเกษตรไทยในปัจจุบัน (เกษตรกระแสหลัก) สภาวะเช่นนี้ ครัวเรือนเกษตรกรพึ่งตัวเองในด้านอาหารได้น้อย ถ้าครัวเรือนส่วนใหญ่ชุมชนและท้องถิ่นทำเกษตรเชิงเดี่ยวเป็นหลัก ความมั่นคงทางอาหารของชุมชนและท้องถิ่นก็จะลดลงด้วย เพราะต้องพึ่งพาอาหารหลายอย่างจากภายนอก นอกจากนี้เนื่องจากต้องพึ่งตลาดมาก เกษตรเชิงเดี่ยวจึงมีความเสี่ยงสูง เมื่อใดที่ราคาในตลาดผันผวน (ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย) เกษตรกรก็เสี่ยงต่อการขาดทุน และอาจเป็นหนี้สินได้ง่าย

ในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมอย่างเช่นทุกวันนี้ กลุ่มทุนและธุรกิจการเกษตรเข้ามามีบทบาทในการเกษตรมากขึ้น และมีการผูกขาดหลายรูปแบบ ทั้งผูกขาดปัจจัยการผลิต และผูกขาดตลาดผลผลิต กลุ่มทุนและธุรกิจการเกษตรเหล่านี้มีทั้งบริษัทยักษ์ใหญ่ภายในประเทศและบรรษัทข้ามชาติจากต่างประเทศ ซึ่งมีบทบาทในระบบอาหาร ตั้งแต่ต้นน้ำ (การผลิต) ไปจนถึงกลางน้ำ (แปรรูปอาหาร) และปลายน้ำ (การตลาด)

**ตารางที่ 5 :** ร้อยละของครัวเรือนที่ใช้ผลผลิตในไร่นาเพื่อบริโภคในครัวเรือนเป็นหลัก ปีเพาะปลูก 2544/2545

| ภาค | ร้อยละ |
|---|---|
| อีสาน | 37.2 |
| เหนือ | 23.2 |
| กลาง | 39.8 |
| ใต้ | 6.4 |
| ทั่วประเทศ | 29.7 |

**ที่มา:** สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2546

ปัจจุบันมีบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ที่ทำธุรกิจด้านอุตสาหกรรมเกษตรและอุตสาหกรรมอาหารไม่น้อยกว่า 40 บริษัท (ประมาณร้อยละ 7 ของบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์) มีเงินทุนจดทะเบียนรวม 33,378 ล้านบาท (ข้อมูลเมื่อต้นปี 2555) ทั้งนี้ ยังไม่รวมบริษัทที่ไม่ได้จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งน่าจะมีมากกว่านี้อีกหลายเท่า

ในแง่หนึ่ง การที่กลุ่มทุนและธุรกิจการเกษตรเข้าไปมีบทบาทในการผลิตโดยตรง อาจจะมองว่าเป็นผลดี เพราะธุรกิจเหล่านี้มีเงินทุน ปัจจัยการผลิต และเทคโนโลยี สูงกว่าเกษตรกรรายย่อย จึงย่อมจะสามารถผลิตอาหารได้ดีกว่า ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ที่จริงอาหารหลายอย่างที่ประเทศไทยผลิตได้มากและส่งออกเป็นกอบเป็นกำทุกวันนี้ เช่น ไก่ กุ้ง ข้าวโพดอ่อน สับปะรดกระป๋อง กลุ่มธุรกิจการเกษตรมีส่วนอย่างมาก ในแง่นี้ประโยชน์อาจจะได้แก่ประเทศโดยรวม และผู้บริโภคก็อาจมีส่วนด้วยไม่มากก็น้อย

แต่ในอีกแง่หนึ่ง การที่ธุรกิจเหล่านี้เข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรงในระบบการผลิตอาหารได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเกษตรกรรายย่อย ซึ่งเป็นผู้ผลิตส่วนใหญ่ในระบบเกษตรของไทย การผูกขาดของกลุ่มทุนในธุรกิจการเกษตร และการที่กลุ่มทุนเหล่านี้เข้าไปครอบครองปัจจัยการผลิตที่สำคัญคือที่ดิน ได้เบียดขับเกษตรกรรายย่อยที่อ่อนแอกว่าให้หลุดออกไปจากระบบการผลิตอาหารมากขึ้นเรื่อยๆ

## เกษตรพันธสัญญา : สิทธิทำนาบนหลังเกษตรกร?

กลุ่มทุนและธุรกิจการเกษตรนั้นฉลาดพอที่จะไม่ทำการผลิตด้วยตัวเองในทุกเรื่อง แต่จะใช้วิธีทำสัญญากับเกษตรรายย่อย เพื่อให้ผลิตสินค้าเกษตรให้ ตามเงื่อนไขด้านปริมาณและคุณภาพที่ตกลงกันไว้ล่วงหน้า โดยบริษัทจะให้การสนับสนุนอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่จะกำหนด ระบบเกษตรแบบนี้เป็นที่รู้จักกันในนาม "เกษตรพันธสัญญา" (contract farming) การสนับสนุนจากบริษัท ไม่ว่าจะเป็นพันธุ์พืช/พันธุ์สัตว์ ปุ๋ย สารเคมี ทุน ความรู้ เทคโนโลยี หรืออุปกรณ์การผลิตอื่นๆ ก็ตาม เนื้อแท้แล้วก็คือ "หนี้" ที่เกษตรกรต้องชำระหลังจากเก็บเกี่ยวผลผลิตนั่นเอง ดังนั้น ในระบบเกษตรพันธสัญญาเกษตรกรจึงเป็นลูกหนี้ตั้งแต่ยังไม่เริ่มต้น

จำนวนเกษตรกรในระบบเกษตรพันธสัญญาในปัจจุบัน ยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน เอกสารที่ไม่ได้อ้างแหล่งข้อมูลชิ้นหนึ่งบอกว่ามีประมาณ 160,000 ราย ขณะที่นักวิชาการอิสระท่านหนึ่งประมาณว่ามีราว 300,000 ราย และจำนวนก็มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ข้อดีของเกษตรพันธสัญญา คือ บริษัทผู้รับซื้อมั่นใจว่าจะได้ผลผลิตตรงตามความต้องการของตลาดในปริมาณ ราคา และเวลาที่ต้องการ ส่วนเกษตรกรก็ได้ความมั่นใจด้านตลาดที่จะรับซื้อผลผลิต และในบางกรณีก็มั่นใจด้านราคาด้วย ถ้าดูตามนี้ก็จะเห็นว่าเกษตรพันธสัญญานั้นน่าจะเป็นประโยชน์กับทั้งสองฝ่าย (win-win) แต่ความจริงเรื่องนี้มีปัญหาซับซ้อนมากกว่านั้น

ในการทำสัญญานั้น ไม่ว่าจะเป็นสัญญาแบบปากเปล่าโดยไม่มีเอกสาร (พบมากในกรณีการผลิตพืช) หรือสัญญาที่เป็นลายลักษณ์อักษร (พบมากในกรณีผลิตสัตว์-เลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา ฯลฯ) เงื่อนไขเกือบทั้งหมดจะถูกกำหนดโดยทางบริษัท หรือตัวแทน/นายหน้าของบริษัท ข้อนี้ทำให้เกษตรกรตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบตั้งแต่เริ่มต้น แม้บางกรณีเกษตรกรอาจจะต่อรองได้บ้าง แต่ก็เป็นการต่อรองที่คู่กรณีอยู่ในฐานะที่ต่างกัน ดังนั้น ในทางปฏิบัติเกษตรกรจึงเป็นฝ่ายที่ต้องแบกรับความเสี่ยงมากกว่า เนื่องจากขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ หรือเนื่องจากภัยธรรมชาติที่ไม่สามารถควบคุมได้ (เช่น ฝนแล้ง น้ำท่วม พายุถล่ม โรคระบาด) หากผลผลิตออกมาไม่ตรงตามที่ระบุในสัญญาก็อาจถูกปฏิเสธการรับซื้อ หรือถูกกดราคา หรือถ้าบริษัทมารับซื้อผลผลิตล่าช้า ต้นทุนก็จะเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงกำไรจะลดลง หรือในกรณีที่เลวร้ายก็ขาดทุน

แม้ว่าเกษตรกรในระบบพันธสัญญาบางส่วนจะประสบความสำเร็จ แต่ก็มีไม่น้อยที่ล้มเหลว หลายครัวเรือนต้องถอนตัวออกจากระบบนี้ (แบบเจ็บแล้วจบ) แต่หลายครัวเรือนแม้ล้มเหลวแล้วก็ยังถูก (บริษัท) ปลุกให้สู้ต่อด้วยหวังจะพลิกฟื้นขึ้นมาใช้หนี้ได้ (เจ็บแล้วไม่จบ) บางรายติดอยู่ในบ่วงแห่งหนี้จนหมดตัวและสูญเสียทรัพยากรการเกษตรของครัวเรือน เกษตรพันธสัญญาจึงไม่ต่างอะไรกับ*การได้สิทธิทำนาบนหลังเกษตรกร โดยมีเกษตรกรเป็นเสมือนแรงงานรับจ้างในที่ดินของตัวเอง*

เกษตรพันธสัญญา อาจช่วยให้ประเทศไทยมีผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่ผลผลิตเหล่านั้นไม่ได้ช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือนของเกษตรกรเท่าที่ควร

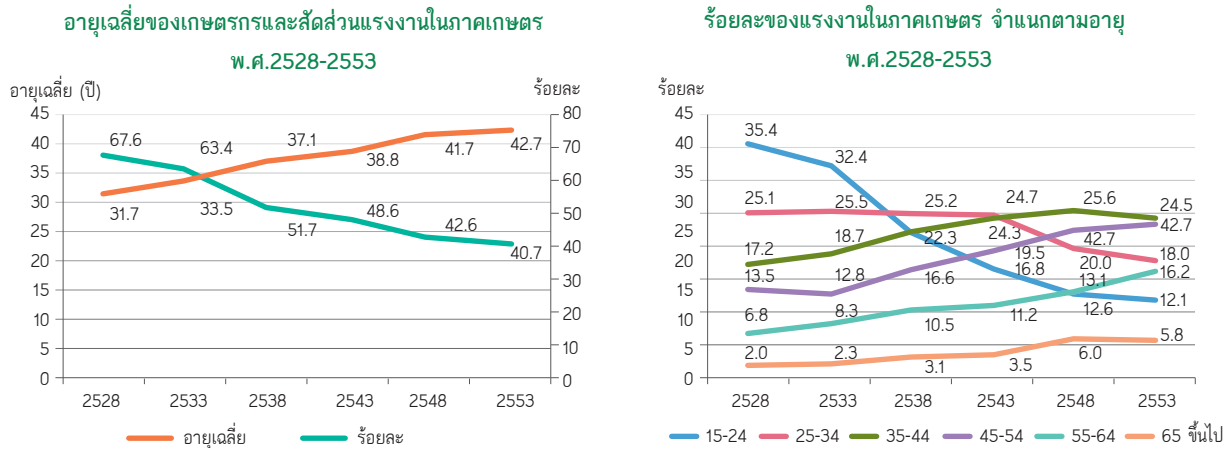
มูลนิธิชีววิถี เอื้อเฟื้อภาพ

# 5. วิกฤติแรงงานภาคเกษตร

## โครงสร้างแรงงานภาคเกษตรเปลี่ยนไป

ปัจจุบัน แม้จำนวนแรงงานไทยโดยรวมจะเพิ่มขึ้น แต่แรงงานในภาคเกษตรกลับลดลง *การสำรวจภาวะการทำงาน* (ไตรมาส 3) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชี้ให้เห็นว่า ในช่วงเวลา 25 ปี จากปี 2528-2553 สัดส่วนของแรงงานในภาคเกษตรลดลงจากร้อยละ 68 เหลือร้อยละ 41 ขณะเดียวกันแรงงานภาคเกษตรก็มีแนวโน้มเป็นแรงงานสูงอายุมากขึ้น โดยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นจาก 32 ปีเป็น 42 ปี (ข้อมูลการวิจัยของมูลนิธิชีววิถี ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ในปี 2551-52 รายงานอายุเฉลี่ยของเกษตรกรเท่ากับ 45 ปี และ 51 ปี ตามลำดับ) การที่แรงงานภาคเกษตรมีอายุสูงขึ้นนั้น สาเหตุหนึ่งมาจากการที่ประชากรประเทศไทยโดยรวมเป็นประชากรสูงอายุมากขึ้น แต่อีกสาเหตุหนึ่งมาจากการที่คนรุ่นใหม่เลือกทำอาชีพเกษตรน้อยลง แรงงานส่วนใหญ่ในภาคเกษตรจึงเป็นแรงงานที่อายุมาก ดังข้อมูลในรูปที่ 4

**รูปที่ 4 :** อายุเฉลี่ยเกษตรกรไทย และแรงงานในภาคเกษตรจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2528-2553




**ที่มา:** โครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 3 (ประมวลผลด้วยความเอื้อเฟื้อจาก สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

มองในแง่หนึ่งการที่เกษตรกรมีอายุมากขึ้นอาจจะเป็นผลดี เพราะเกษตรกรในวัยผู้ใหญ่มักจะเป็นผู้มีประสบการณ์มาก และอดทนสูงเหมาะกับงานด้านการเกษตร แต่ถ้ามองในแง่ของการสืบทอดวิถีชีวิต โดยเฉพาะในระดับครัวเรือน และชุมชนแล้ว ความเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหารได้ เว้นแต่จะมีการปรับตัวที่เหมาะสม

## ความยากจนและหนี้สิน : ปัญหาใหญ่ของเกษตรกร

### เกษตรกร = คนจน?

แม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการลดสัดส่วนคนจนโดยรวมลงได้มากพอสมควรในช่วงเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา แต่สัดส่วนคนจนในภาคเกษตรก็ไม่ได้ลดลงมากนัก ดังจะเห็นว่า ในปี 2545 คนจนในภาคเกษตรมีเกือบร้อยละ 20 และในช่วง 5 ปี ต่อมา (2549) สัดส่วนนี้ลดค่อนข้างมาก เหลือราวร้อยละ 12 แต่หลังจากนั้นสัดส่วนแทบจะไม่ลดลงเลย จนถึงปี 2552 สัดส่วนก็ยังอยู่ระดับสูงกว่าร้อยละ 10 เล็กน้อย ขณะที่นอกภาคเกษตรสัดส่วนคนจนต่ำกว่าร้อยละ 5 มาตลอด โดยเหตุที่แรงงานในภาคเกษตรเป็นแรงงานที่มีการศึกษาต่ำ ภาคการเกษตรจึงมีมูลค่าการผลิตต่ำ ดังนั้นคนจนส่วนใหญ่ หรือราว 2 ใน 3 จึงกระจุกอยู่ในภาคการผลิตนี้ ประมาณว่ามีเกษตรกรยากจนราว 660,000 คนที่ไม่มีที่ดินทำกินของตนเอง ต้องเช่าที่ดินของคนอื่น หรือต้องรับจ้างคนอื่นเลี้ยงชีพ

ตามข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เกษตรกรส่วนใหญ่มีหนี้สินและประมาณร้อยละ 60 ของหนี้สินนั้นเป็นหนี้ที่กู้มาเพื่อทำการเกษตร โดยมีมูลค่าหนี้สินเพื่อการเกษตรรวมแล้วกว่า 360,000 ล้านบาท ราวร้อยละ 63 ของหนี้เหล่านี้กู้มาจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ร้อยละ 7 เป็นหนี้นอกระบบ และร้อยละ 10 เป็นหนี้ที่กู้จากกองทุนหมู่บ้าน ที่เหลือเป็นหนี้จากแหล่งอื่น

ความยากจนและหนี้สินของแรงงานในภาคเกษตรสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้างในหลายมิติ สภาพเช่นนี้เสี่ยงต่อการสูญเสียความมั่นคงในระบบการผลิตอาหารของประเทศเป็นอย่างมาก เว้นแต่จะมีการปรับตัวที่เหมาะสมในภาคเกษตร

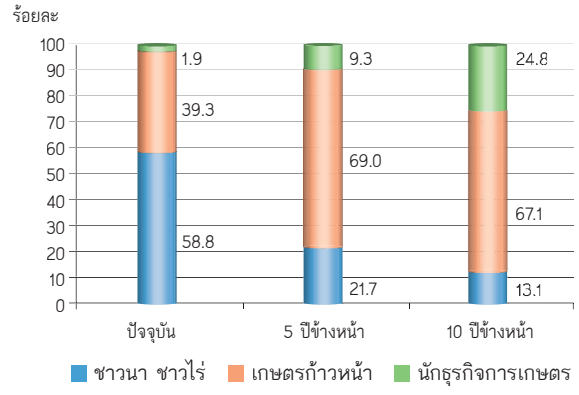
### เกษตรกรพันธุ์ใหม่?

การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง *วิถีชีวิตชาวนาภาคกลางและการเปลี่ยนแปลงภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์* (2553) ชี้ให้เห็นว่าวิถีการทำนาของเกษตรกรอาจจะเปลี่ยนไป เกษตรกรแบบเดิมมีแนวโน้มจะปรับตัวเป็น "เกษตรกรก้าวหน้า" หรือเป็น "ชาวนาไฮเทค"

มากขึ้น และเป็น "เกษตรกรนักธุรกิจ" ในที่สุด ประเภทหลังนี้ความจริงแล้วอาจถือว่าเป็น "นักธุรกิจการเกษตร" หรือ*เกษตรกรพันธุ์ใหม่*ที่ทำนาโดย "มือและเท้าไม่เปื้อนโคลน" หรือแทบไม่ได้สัมผัสต้นข้าวเลย แต่ใช้วิธีบริหารจัดการทางธุรกิจ โดยจ้าง "ผู้เชี่ยวชาญ" ดำเนินการให้ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมดิน ไปจนถึงการเก็บเกี่ยวและขายผลผลิต และสั่งงานผ่านทางเครื่องมือสื่อสารสมัยใหม่ เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่

ดูเหมือนว่า *เกษตรกรพันธุ์ใหม่* จะเริ่มเกิดขึ้นแล้วในชาวนาแถบลุ่มน้ำเจ้าพระยาตอนล่าง ดังรายงานในการศึกษาที่อ้างถึงข้างต้น ซึ่งพบว่า มีชาวนาประเภทนักธุรกิจการเกษตรอยู่ราวร้อยละ 2 และเมื่อให้มองภาพตัวเองในอนาคต ชาวนาส่วนใหญ่มองตัวเองว่า ในอีก 5-10 ปี ข้างหน้า พวกเขาคิดว่าจะเป็น *เกษตรกรก้าวหน้า* และ*นักธุรกิจการเกษตร* (รูปที่ 5) นี่อาจสะท้อนให้เห็นทิศทางของการเปลี่ยนแปลงในภาคเกษตรได้ในระดับหนึ่ง

**รูปที่ 5 :** ชาวนาภาคกลางมองตัวเองอย่างไร




**ที่มา:** สุริยนต์ ธัญกิจจานุกิจ และคณะ, 2553

เป็นการยากที่จะคาดการณ์ว่า การปรับตัวในทิศทางดังกล่าวนั้นจะส่งผลอย่างไรต่อความมั่นคงของระบบการผลิตอาหารของชาติ

มูลนิธิชีววิถี เอื้อเฟื้อภาพ

# 6. ผลกระทบจากวิกฤติพลังงาน

ประเทศไทยต้องพึ่งพลังงานที่นำเข้าจากต่างประเทศเกือบทั้งหมด โดยมีมูลค่านำเข้าปีหนึ่งๆ เป็นเงินมหาศาล เช่น ในปี 2551 มีมูลค่าถึงกว่า 1 ล้านล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 11 ของ GDP ในช่วงเวลาที่ผ่านมาทุกครั้งที่เกิดวิกฤติพลังงานก็มักจะส่งผลกระทบถึงต้นทุนการผลิตทางการเกษตรของไทยด้วย เพราะเกษตรกรส่วนมากใช้เครื่องจักรในการทำไร่ทำนา นอกจากนี้ ราคาพลังงานที่สูงขึ้นยังดึงให้ราคาปุ๋ยเคมีสูงขึ้นด้วย เพราะปุ๋ยเคมีสูตรสำคัญต้องใช้สารที่ได้จากกระบวนการกลั่นน้ำมันเชื้อเพลิงเป็นส่วนผสม ต้นทุนการเกษตรจึงสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เนื่องจากราคาเชื้อเพลิงในตลาดโลกปรับตัวสูงขึ้นทุกปี ประกอบกับมีความวิตกกันว่า วันหนึ่งเชื้อเพลิงที่ได้จากฟอสซิล ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของเชื้อเพลิงที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันจะหมดไปจากโลก ประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยจึงเริ่มหันมาใช้พลังงานทางเลือก ทดแทนพลังงานจากเชื้อเพลิงฟอสซิล ทำให้มีการนำเอาพืชอาหารบางอย่าง เช่น อ้อย มันสำปะหลัง และปาล์มน้ำมัน ไปผลิตเอทานอลเพื่อใช้เป็นส่วนผสมในน้ำมันเชื้อเพลิง หรือเอาไปผลิตเป็นเชื้อเพลิงไบโอดีเซลมากขึ้น

รัฐบาลไทยเองก็วางเป้าหมายไว้ว่า ในปี 2565 จะเพิ่มการผลิตน้ำมันเชื้อเพลิงที่มีส่วนผสมเอทานอลเป็นวันละ 9 ล้านลิตร (ปัจจุบันประมาณ 1 ล้านลิตร) และเพิ่มการผลิตไบโอดีเซลไม่น้อยกว่าวันละ 4.5 ล้านลิตร (ปัจจุบัน 1.4 ล้านลิตร) สถานการณ์ดังกล่าวนอกจากจะทำให้พืชที่ควรจะเอามาทำเป็นอาหาร ต้องถูกแบ่งไปผลิตเป็นพลังงานแล้ว ยังจะทำให้พื้นที่ปลูกพืชอาหารลดลงด้วย

ข้อมูลจาก *สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2552* แสดงว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 – 2552 พื้นที่ปลูกปาล์มน้ำมันเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จากประมาณ 1.7 ล้านไร่ เป็น 3.9 ล้านไร่ อ้อยเพิ่มจาก 5.5 ล้านไร่เป็น 6.0 ล้านไร่ มันสำปะหลังเพิ่มจาก 6.9 ล้านไร่เป็น 8.6 ล้านไร่ จึงค่อนข้างแน่นอนว่าความต้องการพืชเพื่อผลิตพลังงานที่เพิ่มขึ้นในอนาคตจะแย่งพื้นที่ปลูกพืชอาหารไปไม่น้อยทีเดียว

ในระยะยาววิกฤติพลังงานจึงอาจมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหาร เพื่อลดผลกระทบนี้ รัฐบาลจะต้องมีมาตรการที่เหมาะสมในการสร้างความสมดุลระหว่างความต้องการพืชอาหารกับพืชพลังงาน ครัวเรือนและชุมชนเกษตรกรเองก็จำเป็นต้องปรับตัวอย่างเหมาะสมด้วย โดยเฉพาะควรลดการทำเกษตรที่ใช้พลังงานมากๆ

มูลนิธิชีววิถี เอื้อเฟื้อภาพ

# 7. การเปิดเสรีการค้า : โอกาสที่มาพร้อมภัยคุกคาม

## ผลกระทบจากการแข่งขันและการอุดหนุนสินค้า

ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีมานี้ ไทยได้เข้าร่วมในเขตการค้าเสรี (เอฟทีเอ) กับประเทศในภูมิภาคอาเซียน ภายใต้ข้อตกลงเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) และยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ อิระวดี-เจ้าพระยา-แม่โขง (ACMECS) และในปี 2558 ประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอาเซียนก็จะเป็นชุมชนทางเศรษฐกิจเดียวกัน (AEC) ทำนองเดียวกับกลุ่มเศรษฐกิจยุโรป ส่วนนอกภูมิภาคอาเซียนนั้นไทยก็เปิดเขตการค้าเสรีกับหลายประเทศแล้ว เช่น กับจีน อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และญี่ปุ่น นอกจากนี้ไทยยังอยู่ระหว่างการเจรจาทำความตกลงการค้าเสรีกับอีกหลายประเทศ รวมทั้งสหรัฐอเมริกาด้วย การเปิดเสรีทางการค้าจะทำให้เงินทุน ปัจจัยการผลิต สินค้า และแรงงานเคลื่อนย้ายผ่านพรมแดนประเทศได้อย่างเสรีมากขึ้น

ในแง่หนึ่ง การเปิดเสรีการค้าอาจจะทำให้สินค้าและเครื่องอุปโภคบริโภคหลายอย่างมีราคาถูกลง และสินค้าไทยก็มีโอกาสไปแข่งขันในตลาดต่างประเทศได้มากขึ้น เนื่องจากสินค้าจะไม่ถูกเก็บภาษี หรือเก็บในอัตราต่ำกว่าปกติ ตามข้อตกลง นี่อาจถือว่าเป็นประโยชน์สำหรับทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคในประเทศ แต่ในอีกแง่หนึ่ง การเปิดเสรีทางการค้าอาจเป็นสิ่งคุกคามสินค้าเกษตรไทยบางชนิด โดยเฉพาะเมื่อสินค้าชนิดเดียวกันจากประเทศที่มีค่าแรงงานถูกกว่า หรือมีสินค้าคุณภาพดีกว่าเข้ามาแข่งขันในตลาดภายในประเทศภายใต้เงื่อนไขของข้อตกลงการเปิดเสรีการค้า ผลกระทบด้านลบย่อมหลีกเลี่ยงได้ยาก

ตัวอย่างที่ชัดเจนจะเห็นได้จากกรณีกระเทียมจากประเทศจีน ซึ่งนำเข้าหลังจากเปิดเสรีการค้าไทย-จีน (เริ่มมีผลมาตั้งแต่ปี 2546) กระเทียมจากจีนมีราคาถูกกว่ากระเทียมที่ปลูกในประเทศมาก ผลคือเกษตรกรปลูกกระเทียมในภาคเหนือของไทยจำนวนมากขาดทุนย่อยยับ ถึงขนาดต้องละทิ้งอาชีพที่ทำมานานก็มี นอกจากนี้ ผลไม้เมืองหนาวจากประเทศจีนที่มีคุณภาพดีกว่า แต่ราคาต่างจากผลไม้เมืองหนาวที่ปลูกในประเทศไม่มากนัก ยังส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อวงการปลูกผลไม้เมืองหนาวในประเทศซึ่งยังอยู่ในระยะเริ่มต้น การเปิดเสรีการค้ากับออสเตรเลียก็มีผลกระทบทำนองเดียวกันนี้ แต่เกิดกับเกษตรกรเลี้ยงโคนม เนื่องจากผลิตภัณฑ์นมคุณภาพดีกว่าที่นำเข้าจากออสเตรเลียภายใต้ข้อตกลงการค้าเสรีไทย-ออสเตรเลีย (เริ่มมีผลปี 2548) ทำให้อุตสาหกรรมเลี้ยงโคนมและอุตสาหกรรมเกี่ยวกับนมภายในประเทศซึ่งกำลังเติบโตต้องปรับตัวอย่างแรงเพื่อความอยู่รอด

การอุดหนุนสินค้าเกษตรก็เป็นปัญหาหนึ่งที่สืบเนื่องมาจากการแข่งขันทางการค้าระหว่างประเทศและมีผลกระทบต่อเกษตรกรไทยบางกลุ่ม ประเด็นที่ชัดเจนคือการอุดหนุนสินค้าเกษตรจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ตัวอย่างเช่น สหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นคู่แข่งสำคัญรายหนึ่งของไทยในตลาดข้าวโลก มีงบประมาณและระบบการอุดหนุนสินค้าเกษตรด้วยมาตรการที่ซับซ้อน เพราะถ้าไม่มีการอุดหนุนเลยสินค้าเกษตรของสหรัฐอเมริกาจะแข่งขันได้ยากในตลาดโลก เพราะมีราคาสูงอันเนื่องจากค่าแรงในสหรัฐอเมริกาสูง ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการส่งออกข้าวรายหนึ่งกล่าวว่า หากสหรัฐอเมริกาไม่อุดหนุนเกษตรกรปลูกข้าวของเขา คนไทยจะขายข้าวในตลาดโลกและตลาดในสหรัฐอเมริกาได้ปริมาณมากขึ้น และได้ราคาสูงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้มาก

ที่วิตกกันอย่างหนึ่งคือนโยบายความมั่นคงทางอาหารของไทยเพื่อรับมือกับเรื่องนี้ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ รวมทั้งยังไม่มีมาตรการที่จะคุ้มครองเกษตรกร และมาตรการทางสุขอนามัยเข้มแข็งพอที่จะประกันได้อย่างมั่นใจว่าประชาชนผู้บริโภคจะไม่ได้รับผลกระทบจากกระแสการค้าโลกนี้

## เสี่ยงต่อการสูญเสียพันธุ์พืช

นักวิชาการและกลุ่มเกษตรกรจำนวนมากกังวลว่า การเปิดเสรีการค้ากับประเทศที่พัฒนาทางอุตสาหกรรมซึ่งมีเทคโนโลยีชีวภาพสูง เช่น สหรัฐอเมริกา หรือญี่ปุ่นนั้น หากไม่ดำเนินการอย่างรอบคอบอาจนำไปสู่การสูญเสียพันธุ์พืชอันเป็นมรดกทางการเกษตรที่มีค่าได้ เพราะประเทศที่ก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเหล่านั้นอาจอาศัยช่องโหว่ของกติกาการค้าโลก เช่น เรื่องข้อตกลงเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา และกติกาอื่นๆ เพื่อดำเนินการจดสิทธิบัตรครอบครองพันธุ์พืชที่พัฒนาขึ้นมาได้ และผูกขาดเป็นของตนเอง ทั้งนี้ โดยไม่คำนึงว่าพันธุ์พืชใหม่นั้นจะพัฒนาจากเชื้อพันธุ์ที่ได้มาจากประเทศใด หรือแหล่งทางภูมิศาสตร์ใด เช่น อาจพัฒนาพันธุ์ข้าวชนิดใหม่ขึ้นมาจากเชื้อพันธุ์ข้าวหอมมะลิของไทย เป็นต้น

กรณีนี้เห็นได้จากการที่นักวิชาการในสหรัฐอเมริกาพยายามจะจดสิทธิบัตรพันธุ์ข้าวที่ปรับปรุงมาจากเชื้อพันธุ์ข้าวหอมมะลิของไทย เมื่อประมาณ พ.ศ. 2544 แต่ถูกฝ่ายไทยประท้วงอย่างรุนแรง เรื่องจึงระงับไป

แต่นักวิชาการเชื่อว่าสหรัฐอเมริกาจะไม่หยุดอยู่แค่นั้น เพราะมีแนวโน้มว่าในการเจรจาเปิดเสรีการค้าไทย-สหรัฐอเมริกาซึ่งจะมีต่อไปนั้น ทางฝ่ายสหรัฐอเมริกาคงจะพยายามใช้เวทีการเจรจาบีบให้ฝ่ายไทยยอมรับใน 2 เรื่อง คือ (1) ให้ยอมรับการใช้ *กฎหมายเครื่องหมายการค้า* แทนการใช้ *กฎหมายสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์* ในการปกป้องพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ และ (2) ให้เข้าเป็น *ภาคีอนุสัญญายูปอฟว์* (The International Union for the Protection of New Varieties of Plants -- UPOV) ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายเครื่องหมายการค้า และอนุสัญญายูปอฟว์นั้น จะเปิดโอกาสให้สามารถจดสิทธิบัตรพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ได้ โดยไม่ติดปัญหาเรื่องแหล่งที่มาของเชื้อพันธุ์ที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ สหรัฐอเมริกาได้ทำเช่นนี้ในการเจรจาการค้าเสรีกับหลายประเทศสำเร็จมาแล้ว จึงเชื่อว่าจะทำเช่นเดียวกันในการเจรจากับประเทศไทย ซึ่งจะดำเนินการต่อไปในอนาคต (การเจรจาการค้าเสรีไทย-สหรัฐอเมริกา เริ่มในปี 2547 แต่ภายหลังเหตุการณ์รัฐประหารปี 2549 ในประเทศไทย การเจรจาหยุดชะงักไป และยังไม่มีความคืบหน้าจนถึงปัจจุบัน)

ถ้าสหรัฐอเมริกาผลักดันให้ไทยยอมรับเงื่อนไข 2 ข้อข้างต้นได้สำเร็จ การจดสิทธิบัตรพันธุ์ข้าวที่พัฒนามาจากเชื้อพันธุ์ข้าวหอมมะลิของไทย (ซึ่งนักวิชาการของสหรัฐอเมริกาได้เริ่มทำมาแล้ว) อาจจะเป็นไปได้โดยไม่น่าเกลียด ตลาดข้าวหอมมะลิไทยในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีปริมาณราว 200,000 ตันต่อปีก็จะมีปัญหาแน่นอน แม้ปัจจุบันก็มีปัญหาอยู่บ้างแล้ว อันเนื่องจากการแอบอ้างใช้ชื่อข้าวหอมมะลิ (จัสมินไรซ์) สำหรับข้าวเมล็ดยาวที่ปลูกในสหรัฐอเมริกาเอง (กรอบที่ 2)

## อธิปไตยทางอาหารเริ่มถูกคุกคาม

วิกฤติอาหารที่เกิดขึ้นในโลกหลายครั้งที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเนื่องจากภัยธรรมชาติ เหตุการณ์ทางการเมือง หรือเพราะวิกฤติเศรษฐกิจโลกก็ตาม ได้ส่งผลให้ราคาอาหารพุ่งสูงขึ้น เมื่อบวกกับวิกฤติพลังงาน และวิกฤติภาวะโลกร้อนแล้ว ทำให้ประเทศร่ำรวยบางประเทศ ทั้งในยุโรป อเมริกา เอเชีย และตะวันออกกลาง แสวงหาหนทางสร้างความมั่นคงทางอาหารให้แก่ประชาชนในประเทศของตน

## อนาคตข้าวหอมมะลิไทย

***ข้าวหอมมะลิเป็นพันธุ์ข้าวคุณภาพดีที่สุด มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักไปทั่วโลก แต่ในยุคที่ไทยจะเปิดเสรีทางการค้ากับประเทศที่ก้าวหน้าทางเทคโนโลยีชีวภาพอย่างสหรัฐอเมริกา อนาคตของข้าวหอมมะลิกำลังน่าเป็นห่วง***

ข้าวหอมมะลิ มีชื่อเรียกเป็นทางการว่า "ข้าวขาวดอกมะลิ 105" มีพื้นที่ปลูกประมาณ 1 ใน 4 ของพื้นที่ปลูกข้าวของไทย ส่วนใหญ่อยู่ในภาคอีสานและภาคเหนือบางส่วน เป็นพันธุ์ข้าวที่เหมาะกับดินประเภทดินทรายและมีอินทรียวัตถุต่ำ ดังนั้น พื้นที่แถบทุ่งกุลาร้องไห้ ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นดินแดนที่กันดารแห้งแล้ง จึงเป็นสวรรค์ของข้าวหอมมะลิ

นอกจากได้ราคาดีในตลาดภายในประเทศแล้ว ข้าวหอมมะลิยังเป็นที่นิยมในตลาดต่างประเทศอย่างมาก ทำให้มีปริมาณและมูลค่าส่งออกสูงทุกปี เช่น ในปี 2547 ปริมาณส่งออก 2,279,621 ตัน คิดเป็นมูลค่า 35,572.03 ล้านบาท แต่เพราะคุณภาพที่ดีที่สุดในโลกนี้เอง จึงมีบางประเทศจ้องจะฮุบเอาข้าวหอมมะลิเป็นสมบัติของตัวเอง โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา

ตอนแรก สหรัฐอเมริกาใช้วิธีแอบอ้างชื่อข้าวหอมมะลิ โดยอนุญาตให้อุตสาหกรรมข้าวขายข้าวเมล็ดยาวพันธุ์ใดก็ได้ที่ปลูกในประเทศภายใต้ชื่อ "จัสมินไรซ์" (ข้าวหอมมะลิ) เรื่องนี้เกิดเมื่อปี 2542 ทั้งนี้ สหรัฐอเมริกาอ้างว่าบริษัทในประเทศของตนได้จดทะเบียนเครื่องหมายการค้าไว้แล้ว ภายใต้เครื่องหมายการค้า "จัสมะติ" และอ้างว่าเป็นข้าวหอมมะลิที่ปลูกในรัฐเท็กซัส รัฐบาลไทยและคนไทยประท้วง แต่ไม่เป็นผล ข้าวที่แอบอ้างชื่อข้าวไทยจึงยังขายได้ต่อไป

ต่อมาสหรัฐอเมริกาเริ่มดำเนินการอย่างเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อปรับปรุงพันธุ์ข้าวหอมมะลิให้ปลูกในสหรัฐอเมริกาให้ได้ โดยนำเอาพันธุกรรมข้าวหอมมะลิของไทยไปพัฒนา และอ้างว่า ได้เชื้อพันธุกรรมข้าวหอมมะลิมาจากสถาบันวิจัยข้าวนานาชาติ (IRRI) ในฟิลิปปินส์ แต่ไม่พบหลักฐานการลงนามในสัญญาเคลื่อนย้ายพันธุกรรมข้าวนี้แต่อย่างใด ส่อเจตนาว่าสหรัฐอเมริกาจะจดสิทธิบัตรข้าวที่ปรับปรุงจากพันธุกรรมข้าวหอมมะลิของไทยให้เป็นสมบัติของตนเองให้ได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ตามกติการะหว่างประเทศ เกษตรกรและประชาชนไทยเดินขบวนประท้วง แสดงความไม่พอใจไปยังสถานเอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกา ในที่สุดฝ่ายสหรัฐอเมริการับปากว่าจะไม่จดสิทธิบัตรพันธุ์ข้าวซึ่งปรับปรุงจากข้าวหอมมะลิของไทย เรื่องดูเหมือนจะจบแค่นั้น

แต่ช้าก่อน... ในการเจรจาตกลงเปิดเสรีทางการค้ากับไทย นักวิชาการเชื่อว่าสหรัฐอเมริกาจะพยายามกดดันไทยให้ยอมยกระดับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาให้ทัดเทียมกับการคุ้มครองตามกฎหมายของตน และให้การคุ้มครองสิทธิบัตรครอบคลุมสิ่งมีชีวิตทุกประเภท ทั้งพืช สัตว์ และจุลินทรีย์ เหมือนที่ทำมาแล้วในการเจรจาเปิดเขตการค้าเสรีกับหลายประเทศ (ไทยห้ามไม่ให้จดสิทธิบัตรพืชและสัตว์ แต่มีกฎหมายคุ้มครองพืชและสัตว์เป็นการเฉพาะ) นอกจากนี้สหรัฐอเมริกามีแนวโน้มจะกดดันให้ไทยเข้าเป็นภาคีระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองพันธุ์พืชใหม่ (อนุสัญญายูปอฟว์) พร้อมกับเรียกร้องให้มีการใช้กฎหมายว่าด้วยเครื่องหมายการค้าแทนการคุ้มครองภายใต้กฎหมายสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ ถ้าได้ทั้งหมดตามนี้ จะทำให้ความพยายามจดสิทธิบัตรข้าวหอมมะลิโดยนักวิจัยในสหรัฐอเมริกาเป็นเรื่องที่สะดวกขึ้น

***ถ้าสหรัฐอเมริกาจดสิทธิบัตรข้าวที่พัฒนาจากพันธุกรรมข้าวหอมมะลิสำเร็จ ข้าวหอมมะลิไทยที่ส่งไปขายในตลาดสหรัฐอเมริกา ปีละประมาณ 200,000 ตัน จะมีปัญหาแน่นอน เพราะต้องจ่ายค่าสิทธิบัตรตามกฎหมายของเขา แม้วันนี้จะยังจดสิทธิบัตรไม่ได้ แต่ข้าวหอมมะลิก็ถูกคู่แข่งแอบอ้างชื่ออยู่แล้ว อนาคตข้าวหอมมะลิไทยจึงน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง***

**ที่มา:** สรุปจาก วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ, 2554, น. 94-126

หนึ่งในกลยุทธ์เพื่อการนี้คือ การใช้ประเทศกำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรการเกษตรอุดมสมบูรณ์เป็นฐานการผลิตอาหาร เพื่อส่งไปเลี้ยงประชาชนในประเทศของตน ประเทศไทยเป็นเป้าหมายสำคัญแห่งหนึ่งในเรื่องนี้

ที่ผ่านมา มีความพยายามของต่างประเทศที่จะใช้ประเทศไทยเป็นฐานผลิตอาหาร 2 รูปแบบ คือ การเข้ามาร่วมมือกับกลุ่มทุนหรือตัวแทนในประเทศไทย ผลิตอาหารผ่านระบบเกษตรพันธสัญญา วิธีนี้เริ่มมีมาหลายปีแล้ว โดยกลุ่มทุนจากต่างประเทศไม่ต้องเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต เช่น ที่ดิน และไม่ต้องทำการผลิตเอง แต่ใช้เกษตรกรในท้องถิ่นเป็นผู้ผลิต โดยมีตัวแทน (นอมินี) ช่วยจัดการให้ (นั่นคือ เกษตรพันธ-สัญญา) กลุ่มทุนจากญี่ปุ่นใช้วิธีนี้ในประเทศไทย และในเวียดนาม (และอาจจะรวมถึงประเทศอื่นในภูมิภาคอาเซียนด้วย) อีกรูปแบบหนึ่งคือการเข้ามากว้านซื้อ หรือเช่าที่ดินทำการเกษตรโดยมีสัญญาเช่าระยะยาว (ผ่านตัวแทน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือนิติบุคคล) ลงทุนทำการผลิตอาหารเพื่อส่งไปขายในประเทศของตน หรือส่งไปขายทำรายได้ในตลาดโลก

แน่นอนว่า กลุ่มทุนจากต่างประเทศย่อมเลือกพื้นที่ที่อุดมสมบูรณ์และมีโครงสร้างพื้นฐานการเกษตรที่ดี เช่นในแถบลุ่มน้ำเจ้าพระยา วิธีนี้ที่ดินจะอยู่ในการครอบครองของกลุ่มทุนต่างประเทศนาน หรือตลอดไป ดังมีข่าวกลุ่มทุนจากไต้หวัน และจากบางประเทศในตะวันออกกลางพยายามเข้ามาหาที่ดินเพื่อลงทุนทำการเกษตรในประเทศไทย โดยผ่านตัวแทนในไทย ประเทศจีนก็เคยเสนอจะเข้ามาขอเช่าพื้นที่บริเวณทุ่งกุลาร้องไห้ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อปลูกข้าวหอมมะลิส่งไปขายให้คนในประเทศของตน

ยังไม่มีข้อมูลชี้ชัดว่า ปัจจุบันมีที่ดินทางการเกษตรตกไปอยู่ในครอบครองของต่างประเทศแล้วเท่าไร แต่ดูเหมือนว่าต่างชาติได้เริ่มแทรกตัวเข้ามาแล้วด้วยกลยุทธ์ที่แนบเนียน และนี่อาจเป็นการเบียดขับเกษตรกรไทยจำนวนหนึ่งให้ตกไปจากเวทีการผลิตอาหารในที่สุด

ผลลัพธ์โดยตรงของสถานการณ์เช่นนี้ นอกจากทำให้ที่ดินทางการเกษตรถูกต่างชาติเข้ามาใช้ประโยชน์ โดยคนไทยได้รับส่วนแบ่งน้อยนิดแล้ว (และส่วนใหญ่ของส่วนแบ่งนั้นจะตกอยู่ในมือของคนจำนวนน้อยที่ร่วมมือกับต่างประเทศเท่านั้น) ต่างชาติที่เข้ามาทำการผลิตแบบนี้ยังมาแย่งใช้โครงสร้างพื้นฐานการเกษตร เช่น ระบบชลประทาน การขนส่ง และการสื่อสาร ที่ไทยลงทุนสร้างขึ้นมา โดยที่เขาไม่มีส่วนด้วยเลย ประโยชน์ที่ไทยจะได้จึงไม่คุ้มกับส่วนที่เสียไป นอกจากนี้อธิปไตยทางอาหารของชาติยังถูกคุกคามด้วย

"การเปิดเสรีการค้ากับประเทศที่พัฒนาทางอุตสาหกรรมซึ่งมีเทคโนโลยีชีวภาพสูง...หากไม่ดำเนินการอย่างรอบคอบอาจนำไปสู่การสูญเสียพันธุ์พืชอันเป็นมรดกทางการเกษตรที่มีค่าได้"

# สู่ความมั่นคงทางอาหาร

**"ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่สำหรับประเทศไทยปัจจุบัน สิ่งที่ดีที่สุดที่ต้องทำคือปฏิรูปการเกษตร"**

**สถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นบอกให้ทราบว่า ระบบเกษตรไทยปัจจุบันมีทั้งสิ่งท้าทายและโอกาส คำถามคือ แล้วสังคมควรจะทำอะไรบ้าง?**

เนื่องจากเป้าหมายสำคัญของความมั่นคงทางอาหาร คือการผลิตอาหารที่มีคุณภาพให้ได้เพียงพอกับความต้องการบริโภคของทุกคน ในทุกสถานการณ์ ด้วยระบบการผลิตที่ปลอดภัย ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม และเกษตรกรผู้ผลิตเองก็มีชีวิตและสังคมที่มั่นคง ดังนั้น *ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่สำหรับประเทศไทยปัจจุบัน สิ่งที่ดีที่สุดที่ต้องทำ คือ ปฏิรูปการเกษตร*

ในที่นี้จะเสนอเฉพาะประเด็นที่เห็นว่าน่าจะนำไปสู่การปฏิรูปการเกษตร เพื่อเป็นแนวทางให้สาธารณะได้ช่วยกันหาข้อสรุปที่คมชัดยิ่งขึ้นต่อไป

## 1. ปฏิรูปการถือครองที่ดิน

เกษตรกรจำนวนหลายแสนครัวเรือนไร้ที่ทำกิน หรือมีที่ทำกินไม่พอ และมีแนวโน้มว่าเกษตรกรกลุ่มนี้จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอนาคต การกระจายที่ดินด้วยมาตรการที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน มาตรการสำคัญอย่างหนึ่งที่คณะกรรมการปฏิรูป และคณะกรรมการอาหารแห่งชาติเสนอไว้ คือการใช้มาตรการทางภาษี และการเข้าแทรกแซงกลไกตลาดที่ดินผ่านทาง *คณะกรรมการนโยบายที่ดินเพื่อการเกษตรแห่งชาติ* และ *ธนาคารที่ดิน* นอกจากนี้ จะต้องมีระบบข้อมูลที่ดินที่ทันสมัย จำกัดเพดานขนาดถือครองที่ดินประเภทต่างๆ เพื่อป้องกันการผูกขาด การปฏิรูปการถือครองที่ดินนั้น จะต้องกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ

## 2. บริหารจัดการทรัพยากรการเกษตร

พัฒนาดิน น้ำ และป่าไม้ ให้มีคุณภาพ เหมาะสมกับความต้องการของการผลิตอาหาร จัดหาแหล่งน้ำให้เพียงพอ ส่งเสริมให้เกษตรกรใช้ทรัพยากรดินและน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ป่าต้นน้ำ ป่าชายเลน และป่าชุมชน และปรับปรุงคุณภาพดินและน้ำเพื่อการเกษตรให้อยู่ในสภาพที่ดี สนับสนุนระบบการผลิตอาหารที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมเกษตรอินทรีย์และเกษตรทางเลือกรูปแบบอื่นๆ ให้แพร่หลายกว้างขวาง

## 3. พัฒนาประสิทธิภาพการผลิตอาหาร

ส่งเสริมให้เกษตรกรสร้างนวัตกรรม และนำเอาเทคโนโลยี รวมทั้งปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ สนับสนุนการรวมกลุ่มกันของเกษตรกรเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการผลิต และมีอำนาจต่อรองในตลาด กำหนดพื้นที่ทำการเกษตร (zoning) ให้เหมาะสมกับสภาพทรัพยากร ความต้องการในสังคม และวิถีชีวิตของชุมชน

## 4. สร้างความปลอดภัยในระบบการผลิตอาหาร

ลดการใช้สารเคมีในการเกษตร ห้ามนำเข้าและห้ามใช้สารเคมีที่มีพิษร้ายแรง มีมาตรการควบคุมการใช้สารเคมีในการเกษตร รวมทั้งมาตรการตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักและผลไม้อย่างเข้มงวดสม่ำเสมอ ลดการนำเข้าสารเคมีและปุ๋ยเคมี

การเกษตร พร้อมกับส่งเสริมการผลิตและการใช้ปุ๋ยอินทรีย์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

### 5. สร้างความสมดุล

พัฒนาให้เกิดความสมดุลระหว่างเกษตรเพื่อความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนและชุมชน ซึ่งเน้นความหลากหลายของผลผลิตกับเกษตรเชิงพาณิชย์ที่เน้นการผลิตเพื่อสนองความต้องการของตลาด ดำเนินการให้เกิดความสมดุลระหว่างการผลิตพืชอาหารกับพืชพลังงาน ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีความต้องการพื้นที่เพาะปลูกพืชมากขึ้นในอนาคต

### 6. ทำอาชีพการเกษตรให้มีความมั่นคง

อาชีพเกษตรต้องมีรายได้เพียงพอแก่การเลี้ยงชีพ และเกษตรกรในฐานะผู้ผลิตอาหารเลี้ยงคนทั้งประเทศต้องมีหลักประกันที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีไม่น้อยกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น เพื่อจูงใจคนรุ่นใหม่ที่มีความคิดสร้างสรรค์และมีฝีมือเข้าสู่อาชีพการเกษตร มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนเพื่อลดต้นทุนและเพิ่มรายได้ของเกษตรกร ส่งเสริมอุตสาหกรรมอาหารในประเทศให้เข้มแข็งและหลากหลาย เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มแก่ผลผลิต และลดการพึ่งพิงการส่งออกสินค้าเกษตร

### 7. ส่งเสริมเกษตรที่เอื้อต่อความมั่นคงทางอาหาร

มุ่งให้ครัวเรือน ชุมชน และท้องถิ่นเป็นหน่วยผลิตอาหารที่พึ่งตนเองได้ โดยยึดแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง ส่งเสริมเกษตรที่เอื้อต่อความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งในแง่ของชนิดอาหารและสายพันธุ์พืชและสัตว์ อนุรักษ์และพัฒนาสายพันธุ์ที่เป็นเอกลักษณ์ประจำถิ่น มีคุณค่าทางโภชนาการและคุณค่าทางสมุนไพร

### 8. ปรับปรุงระบบการกระจายอาหารที่มีประสิทธิภาพ

กระจายอาหารสู่ผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารได้สะดวก โดยการปรับปรุงใน 2 ด้านหลัก คือ ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานด้านการขนส่งให้มีความสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว และราคาต่ำ เช่น การขนส่งระบบราง และปรับปรุงกลไกตลาดเพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงอาหารได้ในราคาที่เป็นธรรม ปราศจากการครอบงำและการผูกขาด

### 9. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมตลอดห่วงโซ่อาหาร

ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาคุณภาพดิน น้ำ และการใช้ทรัพยากรเกษตรให้มีประสิทธิภาพ ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด เผยแพร่ความรู้และการทำเกษตรที่ได้ผลดีไปสู่เกษตรกรในวงกว้าง วิจัยและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการเกษตรที่เหมาะสม วิจัยและพัฒนาพันธุ์พืชและพันธุ์สัตว์ให้ดีขึ้นอยู่เสมอ เพิ่มทุนการศึกษาวิจัยด้านการเกษตรทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

### 10. กำหนดนโยบายและแผนงานด้านอาหารของชาติที่ประชาชนมีส่วนร่วม

สร้างมาตรการทางกฎหมายเพื่อวางกรอบในการพัฒนาเกษตรของชาติ และกรอบความปลอดภัยทางอาหาร มีมาตรการรับมือวิกฤติอาหาร ในยามเกิดภัยพิบัติ เกิดโรคระบาด หรือเมื่อโลกเกิดวิกฤติ และมีมาตรการปกป้องผลประโยชน์ของเกษตรกรอย่างเพียงพอ ภายใต้ความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างประเทศและการเปิดเสรีการค้า

**แม้รายได้จากภาคเกษตรจะมีสัดส่วนเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) แต่ภาคเกษตรก็มีความสำคัญสูงยิ่ง สำคัญยิ่งกว่ารายได้ที่เป็นเม็ดเงินหรือทรัพย์สินใดๆ เพราะคุณค่าจริงแท้ของภาคเกษตรไม่ได้อยู่ที่เงิน แต่อยู่ที่การผลิตอาหารหล่อเลี้ยงชีวิตมนุษย์ เกษตรจึงเป็น "ฐานของชีวิต" ซึ่งรองรับสุขภาวะและเชื่อมร้อยทุกมิติเข้าด้วยกัน ทั้งเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม**

**ในยุคที่โลกกำลังหวั่นไหวเพราะวิกฤติทางอาหารซึ่งเกิดถี่ขึ้นอย่างเช่นทุกวันนี้ สังคมที่มีความมั่นคงทางอาหารคือ สังคมที่ร่ำรวยและมีอำนาจ แต่ถ้าเกษตรซึ่งเป็นฐานใหญ่ของระบบผลิตอาหารไม่มั่นคง ชีวิตคนก็ไม่มั่นคง สังคมก็ไม่มั่นคง แม้จะมีเงินทองหรือสมบัติอื่นมากมายก็ตาม สิ่งเหล่านั้นเป็นเพียงมายา อาหารและสุขภาพต่างหากคือของจริงสำหรับชีวิต**

# ภาคผนวก

## เอกสารอ้างอิง

### ตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ

#### 1. โครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลง


สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2503). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2513). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2523). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2533). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553: รายงานผลล่วงหน้า*.


#### 2. การเกิด


สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2503). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2513). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2523). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2533). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2536). *รายงานการสำรวจทัศนคติของประชากรเกี่ยวกับภาวะทางสังคม พ.ศ. 2536*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553: รายงานผลล่วงหน้า*.

Kamnuansilpa, P. and Chamratrithirong, A. (1985). *Contraceptive use and fertility in Thailand: Results from the 1984 contraceptive prevalence survey*. Bangkok: National Institute of Development Administration.

Knodel, J, Chamratrithirong, A. National Research Council (U.S.). Committee on Population and Demography. Panel on Fertility Determinants (1982). *Fertility in Thailand; Trends, Differentials and Proximate Determinatns*. Report No. 13, Committee on Population and Demography, Washington D.C.: National Academy Press, p. 18.

Prasartkul, P., Vapattanawong, P., Thongthai, V. (2011). "Fertility Transition and Its Impact" in Jones. G. and Im-em, W. (editors). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Bangkok: UNFPA Thailand.


#### 3. การเจ็บป่วยและการตาย


แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และแพทย์หญิงพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. บรรณาธิการ. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

Global Health Observatory (GHO). World Health Organization. (2011). Retrieved November 30, 2011, from World Health Organization: http://www.who.int/gho/countries/en/.


#### 4. การย้ายถิ่นในประเทศกับสุขภาพ


สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2545*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2547*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2548*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2550*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. บรรณาธิการ. (2554). *รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.


#### 5. การย้ายถิ่นระหว่างประเทศกับสุขภาพ


ฝ่ายทะเบียนและสารสนเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน (2555). ข้อมูลสถิติรายปี. สืบค้นเมื่อ มกราคม 2555 จาก สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว wp.doc.go.th/annual-statistic.

วิทินี บุญชะลักษี, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, จรัมพร โห้ลำยอง, กัญญา อภิพรชัยสกุล, และพงศ์ศักดิ์ หมื่นศักดา. (2555). *การสำรวจข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับวัณโรค ประชากรไทย ประชากรข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: ณัฐกรเพลท.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553: รายงานผลล่วงหน้า*.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานคร: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

อัญชนา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง และ ศิรชัย จินดารักษ์. (2552). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย (Thailand Medical Hub)*. ม.ป.ท.

Anchana Na Ranong และ Viroj NaRanong. (2011)."The effects of medical tourism: Thailand's experience". *Bulletin of World Health Organization*. vol. 89: pp. 336-344

Cha-aim Pachanee and Suwit Wibulpolprasert. (2006). *Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand: Health Policy and Planning*. Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Retrieve http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/czl017v1

Huguet, J.W. and Chamratrithirong, A. (2011). *Thailand Migration Report 2011*. Bangkok: International Organization Migration.


#### 6. คุณภาพชีวิตและการพัฒนามนุษย์


สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. *ตัวชี้วัดรายงานภาวะสังคม* เข้าถึงออนไลน์ http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatDefault_Final.aspx

Quality of Life Index, 2011 by International Living; http://www1.internationalliving.com/qofi2011/show_country.php?country= Thailand


#### 7. กำลังแรงงานและมิติทางเศรษฐกิจ


สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). คาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 1 พ.ศ. 2544*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 1 พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 1 พ.ศ. 2550*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 1 พ.ศ. 2554*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.


#### 8. ครอบครัวและการเกื้อหนุนทางสังคม


กระทรวงสาธารณสุข และ Japan International Cooperation Agency. (ม.ป.ป.). โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารแผ่นพับ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. ติดต่อขอข้อมูลประกอบตารางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในเดือนมกราคม 2555.

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ. ติดต่อขอข้อมูลประกอบตารางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในเดือนมกราคม 2555.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). *ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต*. สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2554 จาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ http://social.nesdb.go.th/social/

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *การติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2554). *มิติหญิงขาย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จรัญสนิทวงศ์ การพิมพ์ จำกัด.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2503). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2513). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2523). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2533). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553: รายงานผลล่วงหน้า*.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
อนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. ติดต่อขอข้อมูลประกอบตารางรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในเดือนมกราคม 2555.

### 9. ความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2554). *(ร่าง) รายงานสถานการณ์มลพิษของไทย ปี 2553*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมมลพิษ.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). รายงานการศึกษา *โครงการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่อง ภาวะโลกร้อนกับสังคมไทย*. ม.ป.ท.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553: รายงานผลล่วงหน้า*.
สำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร และ องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น. (ม.ป.ป.). *คู่มือ คลายร้อนให้โลก (ที่) รัก*. ไม่ระบุสถานที่พิมพ์.
The World Bank. (2011). *World Development Indicators*. Retrieve November 30, 2011 from Carbon Dioxide Information Analysis Center. The United States. http://data.worldbank.org/indicator.
The World Bank. (2011). *World Development Indicators*. Retrieve November 30, 2011 from International Energy Agency. The United States. http://data.worldbank.org/indicator.

### 10. ระบบบริการสุขภาพ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2553). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2551 (ฉบับปรับปรุง)*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
Bundhamcharoen, K., Patcharanarumol, W., Pagaiya, N., and Tangcharoensathien, V. (2011). "Demographic and Health Transition: Health Systems Challenges and Future Direction". In *Impacts of Demographic Changes in Thailand*. UNFPA and NESDB.
Limwattananon, C., Limwattananon, S., Sakulpanit, T., Greetong, T, Mills, A., and Tangcharoensathien, V. (2010). *Different provider payment methods: variation in clinical practice, lessons from Thailand*. n.p.
United Nations Population Fund. (2011). Impacts of Demographic Changes in Thailand. UNFPA and NESDB.

# 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

### 1. มหาอุทกภัยในรอบ 100 ปี สัญญาณเตือนให้ปรับตัว

1. "มหาอุทกภัย เสียหายยับ 1 ล้านล้าน". *กรุงเทพธุรกิจ*. 21 พฤศจิกายน 2554.
2. "ภัยพิบัติปี 2554 ทำโลกเจ็งสุด". *โพสต์ทูเดย์*. 17 ธันวาคม 2554.
3. อุทกภัยในประเทศไทย 2554. www.thwikipedia.org. และรายงานศูนย์สนับสนุนการอำนวยการและการบริหารสถานการณ์ อุทกภัย วาตภัย และดินโคลนถล่ม (ศอส.) ณ วันที่ 20 มกราคม 2555.
4. "นายกฯ แถลงแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำของรัฐบาล". *ศูนย์ข่าวสารนโยบายสาธารณะ สำนักข่าวอิสรา*. 20 มกราคม 2555. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2555, จาก http://www.thaireform.in.th/multi-dimensional-reform/2011-12-08-05-21-57/item/6988-2012-01-20-07-50-31.html
5. "มหาอุทกภัย เสียหายยับ 1 ล้านล้าน", อ้างแล้ว.
6. ศูนย์ภูมิอากาศ สำนักพัฒนาอุตุนิยมวิทยา. "ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ปี 2554". www.weather.go.th.
7. "เสรี ศุภราทิตย์: บทเรียนน้ำท่วม ประชาชนต้องลงมือถอดรหัส". *ไทยโพสต์*. 4 ธันวาคม 2554.
8. "มหาอุทกภัย 2554" *NATIONAL GEOGRAPHIC*. ธันวาคม 2554.
9. "ทวิดา นักวิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติ วิพากษ์ ศปภ.ฯ". www.tcijthai.com/investigative-story/944. 25 ตุลาคม 2554.
10. ประดิษฐ์ เรืองดิษฐ์. "วิกฤติที่เกิดจากความล้มเหลวของผู้นำ". www.prasong.com. 4 พฤศจิกายน 2554.
11. "ครั้งแรกของโลก เหยื่อน้ำท่วมฟ้องรัฐ". *ไทยโพสต์*. 18 ธันวาคม 2554.
12. "ยกเครื่องการสื่อสารภาครัฐกู้วิกฤติศรัทธา ฝ่าอุทกภัย". *กรุงเทพธุรกิจ*. 8 พฤศจิกายน 2554.
13. "ธงทอง โฆษกแก้วิกฤติ ศปภ". *มติชน*. 30 ตุลาคม 2554.
14. "ลือว่อนเน็ต! ศปภ.ฟาดหัวคิวงบถุงยังชีพ 20-50%". *ASTV ผู้จัดการ*. 5 พฤศจิกายน 2554.
15. "ปชช.มั่นใจโกงถุงยังชีพ เล็งถอดถอน 2 รมต. 2 สส." *ไทยโพสต์*. 14 พฤศจิกายน 2554.
16. สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน). *บันทึกเหตุการณ์มหาอุทกภัยปี 2554*. http://www.thaiwater.net/current/flood54.html.
17. "เทียบข้อมูลฝนจากดาวเทียม หาสาเหตุวิกฤติน้ำท่วม 2554". *มติชน*. 1 พฤศจิกายน 2554.
18. สมศักดิ์ เจียมธีรสกุล. "ข้อเสนอตั้งกก.อิสระสืบหา-สรุปข้อเท็จจริงเหตุน้ำท่วม และปฏิกิริยาต่อบทความ "ดร.ชินวัชร์ สุรัสวดี"., *มติชนออนไลน์*. 3 พฤศจิกายน 2554. [http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1320241807&grpid=no&catid=02]
19. "ธีระสารภาพปิดเขื่อนรอเกี่ยวข้าว". *ไทยโพสต์*. 11 พฤศจิกายน 2554.
20. "กฟผ.ชี้ 5 ปมข้อสังสัย ข้อเท็จจริงเรื่องการระบายน้ำฯ". *กรุงเทพธุรกิจ*. 3 พฤศจิกายน 2554.
21. "กทม. หวั่นเปิดประตูคลองพระยาสุเรนทร์ทำน้ำท่วมสายไหม". *โพสต์ทูเดย์*. 1 ธันวาคม 2554.
22. ณัฐนันท์ อิทธิยาภรณ์. "ภูมิปัญญาชาวฝั่งธนฯ ใช้คลองราชมนตรีดึงน้ำออกทะเลไม่ต้องผ่านเจ้าพระยา". *ศูนย์ข่าวสารนโยบายสาธารณะ สำนักข่าวอิสรา*. 31 ตุลาคม 2554. http://www.thaireform.in.th/index.php?option=com_flexicontent&view=items&id=6621:2011-10-31-15-31-53
23. "รอยล จิตรดอน แนะแบ่งบล็อกรับน้ำ เลิกคิดแบบเดิม". *โพสต์ทูเดย์สุดสัปดาห์*. 17 ธันวาคม 2554.
24. "ดร.รอยล จิตรดอน ถอดบทเรียนน้ำท่วมประเทศไทย". *มติชน*. 24 พฤศจิกายน 2554.
25. "2012: ความขัดแย้งสังคมน่ากลัวกว่าภัยพิบัติ". *ไทยโพสต์*. 11 ธันวาคม 2554.
26. "เสรี ศุภราทิตย์: บทเรียนน้ำท่วม ประชาชนต้องลงมือถอดรหัส", อ้างแล้ว.
27. คือ (1) พ.ร.ก.ให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อการวางระบบบริหารจัดการน้ำและสร้างอนาคตประเทศ พ.ศ. 2555 วงเงิน 350,000 ล้านบาท สำหรับแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำของประเทศ และการป้องกันน้ำท่วม (2) พ.ร.ก.ปรับปรุงการบริหารหนี้เงินกู้ที่กระทรวงการคลังกู้เพื่อช่วยเหลือกองทุนเพื่อการฟื้นฟูและพัฒนาระบบสถาบันการเงิน พ.ศ. 2555 เพื่อดูแลสัดส่วนการชำระหนี้ และหนี้สาธารณะของประเทศ ให้เอื้อต่อการกู้เงินเพิ่มเติมของรัฐบาล (3) พ.ร.ก.กองทุนส่งเสริมการประกันภัยพิบัติ พ.ศ. 2555 โดยจัดตั้งกองทุนส่งเสริมการประกันภัยพิบัติ 50,000 ล้านบาท เพื่อให้บริษัทรับประกันภัยต่อของต่างชาติมั่นใจในการรับทำประกันภัยบริษัทที่ตั้งในประเทศไทยมากขึ้น และ (4) พ.ร.ก.การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากอุทกภัย พ.ศ. 2555 เป็นเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ 300,000 ล้านบาท สำหรับผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อมและประชาชนรายย่อย
28. "นายกฯ แถลงแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำของรัฐบาล". *ศูนย์ข่าวสารนโยบายสาธารณะ สำนักข่าวอิสรา*. 20 มกราคม 2555. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2555, จาก http://www.thaireform.in.th/multi-dimensional-reform/2011-12-08-05-21-57/item/6988-2012-01-20-07-50-31.html.

### 2. 'วังน้ำเขียวโมเดล' ภาพสะท้อนปัญหาคน-ป่า-ที่ดิน

1. โดยชี้วัดจากเฟิร์นชนิดหนึ่งที่ต้องการอากาศธรรมชาติสูงมากๆ พบได้ในป่าที่มีระดับโอโซนเบอร์ 7 และมีผู้นำเฟิร์นดังกล่าวมาทดลองปลูกที่วังน้ำเขียวแล้วเจริญเติบโตได้ดี จึงอนุมานว่าวังน้ำเขียวมีความบริสุทธิ์ของอากาศหรือโอโซนอันดับ 7 ของโลกโดยปริยาย. ใน "หนีเสือปะจระเข้ วังน้ำเขียว-เขาแผงม้า ซื้อที่ "ส.ป.ก.-ภบท. 5" ผุดรีสอร์ต ?". *แผนงานสนับสนุนความมั่นคงทางอาหาร*. 20 กรกฎาคม 2554. สืบค้นจาก http://www.food-resources.org/news/20/07/11/12385.
2. "ชวนน้องดูนก-ดูแมลงที่สะแกราช "แหล่งสงวนชีวมณฑล" แห่งแรกของไทย". *ASTV ผู้จัดการออนไลน์*. 10 มกราคม 2554.
3. "แห่สัมผัสหนาววังน้ำเขียว คาดสะพัด 30 ล.". *คมชัดลึก*. 23 มกราคม 2554.
4. "เขาใหญ่ฮอต ราคาที่ดินพุ่ง 40% เผย CP ทุนใหญ่กวาด "วังน้ำเขียว"". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 8 กุมภาพันธ์ 2554.
5. "3 หน่วยงานขยายผลยึดคืนที่ป่าจ้องรื้อ 'เขาค้อ-เชียงใหม่-ภูเก็ต'". *ประชาชาติธุรกิจ*. 23 กรกฎาคม 2554.
6. "อุทยานฯ ลั่นรื้อรีสอรต์รุกป่าอย่างเดียว-วอนเข้าใจ". *ไทยรัฐ*. 22 กรกฎาคม 2554.
7. "3 หน่วยงานขยายผลยึดคืนที่ป่าจ้องรื้อ 'เขาค้อ-เชียงใหม่-ภูเก็ต'". *ประชาชาติธุรกิจ*. 23 กรกฎาคม 2554.
8. "10 ข่าวเกษตร-สิ่งแวดล้อมเด่นในรอบปี 54". *แนวหน้า*. 30 ธันวาคม 2554.
9. "ผู้ว่าฯ โคราชแนะ ให้เช่า' แก้รุกที่ ปลัด ทส. สุ่มดูพื้นที่ฮุบเขาทั้งลูก". *มติชน*. 28 กรกฎาคม 2554.

10. "คนวังน้ำเขียวผวาถูกไล่ที่ขู่ก่อม็อบจี้รัฐแก้ปัญหา". *ไทยโพสต์*. 28 กรกฎาคม 2554.
11. "คนวังน้ำเขียวลุกฮือต้านรื้อรีสอร์ต". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 4 สิงหาคม 2554.
12. "คนวังน้ำเขียวฮือปิดถนน-ล่าชื่อต้าน". *คมชัดลึก*. 5 สิงหาคม 2554.
13. "433 รีสอร์ทผุดกลางป่า". *กรุงเทพธุรกิจ*. 18 มกราคม 2555.
14. "แง้มวังน้ำเขียวโมเดล เอาจริงหรือโมเดลซื้อเวลา". *โพสต์ทูเดย์*. 31 กรกฎาคม 2554.
15. อภิชาต ทองอยู่. "ใครบุกรุกทำลาย 'วังน้ำเขียว'". *ไทยโพสต์*. 30 กรกฎาคม 2554.
16. ""วังน้ำเขียวโมเดล' ถึงเวลาทวงผืนป่าคืนจากกลุ่มทุน". *แนวหน้า*. 8 สิงหาคม 2554.
17. สฤณี อาชวานันทกุล. "ความเหลื่อมล้ำฉบับพกพา". สำนักงานปฏิรูป (สปร.) (มีนาคม 2554)
18. "ผู้ว่าฯ โคราชบินดูรีสอร์ทรุกป่าจริง หนุนคืนป่าสู่ธรรมชาติ อัด ขรก. มีเอี่ยวให้ทำผิด". *คมชัดลึก*. 24 กรกฎาคม 2554.
19. มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด. "นโยบายที่ดินป่าไม้ถึงเวลาต้องสังคายนา". *มติชน*. 7 กันยายน 2554.
20. "ส.ป.ก. เร่งแก้ กม.ปฏิรูปที่ดินสอดรับสถานการณ์ปัจจุบัน". *แนวหน้า*. 23 สิงหาคม 2554.
21. "เอกสารสิทธิที่ดินในเขต สปก. ของเกษตรกร". *โพสต์ทูเดย์*. 22 สิงหาคม 2554.

## 3. สิทธิปฏิเสธการรักษา เมื่อความตายคือทางเลือกของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1. "ค้านประกาศิตตาย ส.ส.-ส.ว. โดดขวาง หวั่นสังคมปั่นป่วน". *บ้านเมือง*. 27 มีนาคม 2545.
2. "แพทย์การุณยฆาตสู่สิทธิในการเลือกทางตาย". *แนวหน้า*. 11 มิถุนายน 2554.
3. อมรา สุนทรธาดา และหทัยรัตน์ เสียงดัง. 2549. "วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย" ใน *ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร*. กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
4. ณัฐกร วิทิตานนท์. "สิทธิในการตาย". *กรุงเทพธุรกิจ*. 22 กุมภาพันธ์ 2550.
5. ""สิทธิการตาย" เรื่องใหม่ของคนไทย" เมษายน 2550. สืบค้นจาก http://www.oknation.net/blog/print.php?id=29498.
6. "สิทธิการตาย เสรีภาพของผู้ป่วย บนทางแพร่งของสังคม". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 1 มิถุนายน 2553.
7. "โพลล์หนุน "การุณยฆาต" ช่วยผู้ป่วยตายพ้นทรมาน". *แนวหน้า*. 28 มิถุนายน 2545.
8. ธนวัฒน์ เพ็ชรล่อเหลียน. "เจตจำนงครั้งสุดท้ายของคนไข้ขอใช้สิทธิเลือกตาย". *โพสต์ทูเดย์*. 28 พฤษภาคม 2554.
9. "แพทยสภายืนกรานค้านสิทธิตาย ชี้อยู่หรือตายเงินเป็นปัจจัยหลัก". *กรุงเทพธุรกิจ*. 6 เมษายน 2545.
10. "จ่อคิวคลอด กม. ให้ 'คนไข้' มีสิทธิเลือกตาย-สงบ". *เดลินิวส์*. 12 กันยายน 2548.
11. "แพทยสภาค้าน 'จดหมายเจตนาตาย'". *ไทยรัฐ*. 9 มิถุนายน 2554.
12. "แพทย์รุมถล่ม กม.ขอใช้สิทธิ์ตาย". *ไทยโพสต์*. 11 มิถุนายน 2554.
13. "มติอนุฯ สิทธิการตาย แพทยสภาชง รมว.สธ. ใหม่ แก้ 4 ข้อหลัก". *มติชน*. 2 สิงหาคม 2554.
14. ธิดามนต์ พิมพาชัย. "แพทยสภา-หมออาวุโส ถกกฎหมาย 'สิทธิการตายอย่างสงบ'". *ศูนย์ข่าวเพื่อชุมชน*. 13 กรกฎาคม 2554. สืบค้นจาก http://www.isranews.org/community-news/ประชานิยม-ประชาคม/23-community-network/2816-แพทยสภา---หมออาวุโส-ถกกฎหมาย-"สิทธิการตายอย่างสงบ".html.

## 4. "ปฏิรูปประเทศไทย" ภารกิจถอนต้นไม้พิษ ที่ยังไปไม่ถึงฝั่งฝัน

1. สฤณี อาชวานันทกุล. "ความเหลื่อมล้ำฉบับพกพา". สำนักงานปฏิรูป (สปร.). มีนาคม 2554.
2. นิธิ เอียวศรีวงศ์. "ความเหลื่อมล้ำ". *มติชนสุดสัปดาห์*. ฉบับที่ 1567 (27 สิงหาคม-2 กันยายน) 2553.
3. ""อานันท์-ประเวศ" ตั้งเป้าลดเหลื่อมล้ำในสังคม". *คมชัดลึก*. 18 มิถุนายน 2553.
4. ""คปร." ชี้ความเหลื่อมล้ำ 5 ด้านต้นตอปัญหาของชาติ". *คมชัดลึก*. 13 กรกฎาคม 2553.
5. คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.). "แนวทางการปฏิรูปประเทศไทย ข้อเสนอต่อพรรคการเมืองและผู้มีสิทธิเลือกตั้ง". สำนักงานปฏิรูป (สปร.). 3 กรกฎาคม 2554.
6. "ปิดประชุมสมัชชาปฏิรูปได้ 9 ประเด็นลดเหลื่อมล้ำ". *คมชัดลึก*. 26 มีนาคม 2554.
7. สฤณี อาชวานันทกุล. อ้างแล้ว.
8. คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.), อ้างแล้ว.
9. ""อานันท์" ชงตั้งงบ 5 แสนล้าน หนุนปฏิรูปที่ดินแก้เหลื่อมล้ำ". *กรุงเทพธุรกิจ*. 28 กุมภาพันธ์ 2554.
10. "คปร. แนะปฏิรูปการบริหารท้องถิ่น". *โพสต์ทูเดย์*. 18 เมษายน 2553.
11. "ตามคาด "อานันท์" แถลง คกก.ปฏิรูปประเทศลาออกยกชุด". *ไทยรัฐ*. 14 พฤษภาคม 2553.
12. "เทศกาลปฏิรูปประเทศกลับมาอีกแล้ว". *คมชัดลึก*. 22 มิถุนายน 2553.
13. "เอแบคโพลล์ ชี้ ปชช. ไม่เชื่อมั่นแผนปฏิรูปประเทศ". *กรุงเทพธุรกิจ*. 14 มิถุนายน 2553.

## 5. วิ่งสู้ฟัด! สานฝันสู่ "ประชาคมอาเซียน"

1. กลุ่มงานนโยบาย กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ. 2550. *ประชาคมอาเซียน*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2555, จาก http://www.mfa.go.th/asean/ASEAN%20Main.pdf.; กองอาเซียน 1 กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ. 2553. *แผนงานการจัดตั้งประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน*. กรุงเทพฯ: สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. "เอแบคโพลล์ ชี้ ปชช. ไม่เชื่อมั่นแผนปฏิรูปประเทศ". *กรุงเทพธุรกิจ*. 14 มิถุนายน 2553.
2. สำนักการประชาสัมพันธ์ต่างประเทศ กรมประชาสัมพันธ์. 2554. *ประเทศไทยกับอาเซียน*. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี, หน้า 111-112.
3. เพิ่งอ้าง, หน้า 112-113.
4. กลุ่มงานนโยบาย กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ, อ้างแล้ว, หน้า 113-114.
5. สำนักการประชาสัมพันธ์ต่างประเทศ กรมประชาสัมพันธ์, อ้างแล้ว, หน้า 145, 167-168, 170, 190.
6. "อาเซียนคืบหน้าทั้งช้าทั้งเร็ว สู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558". *แนวหน้า*. 1 กันยายน 2554.
7. "ธีระชัยย้ำหั่นสิทธิบีโอไอ แลกลดภาษีรับมือ "เออีซี"". *กรุงเทพธุรกิจ*. 6 กันยายน 2554.
8. สำนักการประชาสัมพันธ์ต่างประเทศ กรมประชาสัมพันธ์, อ้างแล้ว, หน้า 161.
9. การุณันทน์ รัตนแสนวงษ์. "โอกาสที่ไทยต้องรีบคว้า การศึกษากับประชาคมอาเซียน". *ไทยโพสต์*. 19 มกราคม 2554.
10. "ลงมติปรับปฏิทินมหา'ลัยสากล". *ไทยโพสต์*. 26 ธันวาคม 2554.
1.1 "ประธานทปอ.มรภ.เมินเลื่อนเปิดเทอมชี้ไร้สาระ". *คมชัดลึก*. 9 สิงหาคม 2554.
12. เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. "ถ้าจะเลื่อนเปิดเทอมมหาวิทยาลัยต้องทำอะไรต่อ". *กรุงเทพธุรกิจ*. 12 สิงหาคม 2554.
13. "แนะทุกสถาบันเพิ่มทักษะภาษาอังกฤษ 'สุรินทร์' ห่วงไทยไม่พร้อมแข่งอาเซียน". *ฐานเศรษฐกิจ*. 5 พฤษภาคม 2554.
14. "ภาษาอังกฤษคนไทยอยู่อันดับ 43 ในเอเชีย". *มติชน*. 31 สิงหาคม 2554.
15. สำลี รักสุทธี. "เมื่อกระทรวงศึกษาธิการ...ให้ (บังคับ) ครูและนักเรียนต้องพูดภาษาอังกฤษ". *มติชน*. 1 มกราคม 2555.
16. วัสยศ งามขำ. "เปิดปม 6 ปัญหาหลักอาชญากรรมอาเซียน". *โพสต์ทูเดย์*. 17 ตุลาคม 2554.

## 6. สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา: การสู้รบสงบลง แต่ปัญหายังไม่จบสิ้น

1. "1 troop killed, 4 injured in renewed skirmish". *The Nation* (online). 5 February 2011.; "What happen and when", *The Nation* (online). 8 February 2011.; "ทบ.ปูนบำเหน็จ 9 ขั้นพร้อมเลื่อนยศพันตรีให้สิบเอกธนากร พูลเพิ่ม". *อ.ส.ม.ท.*, 9 กุมภาพันธ์ 2554.; "10 Thai Troops injured in Surin after 'soft weapon clash' on border". *The Nation* (online). 1 May 2011.
2. "Cambodian PM says 24 Cambodians killed in border clashes with Thailand since 2008". *Xinhua*. 21 June 2011.
3. คำพิพากษาศาลยุติธรรมระหว่างประเทศ สำนวนแปลของกระทรวงการต่างประเทศ ปรากฏใน บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. *แฉเอกสารลับที่สุดปราสาทพระวิหาร พ.ศ. 2505-2551*. กรุงเทพฯ: มติชน, 2551. หน้า 116.
4. เพิ่งอ้าง, หน้า 249.
5. มติคณะกรรมการมรดกโลกครั้งที่ 32 ที่ 32COM 8B.102. 7 July 2008.
6. "Thailand wants Preah Vihear sign removed". *The Nation*. 23 January 2011.
7. "Cambodia replaces controversial stone tablet". *The Nation*. 26 January 2011.
8. "Cambodia removes second provocative tablet". *The Nation*. 17 January 2011.
9. "Cambodia refuses to remove pagoda or flag". *The Nation*. 2 February 2011.
10. ถ้อยแถลงของสมเด็จฮุน เซน นายกรัฐมนตรีกัมพูชา ในงานแจกปริญญาบัตร มหาวิทยาลัยนอร์ตัน พนมเปญ. 7 กุมภาพันธ์ 2554.
11. "อภิสิทธิ์โทรบันคีมูน เขมรละเมิดใช้พระวิหารยิงถล่มไทย". *มติชน*. 9 กุมภาพันธ์ 2554.
12. "Court hands JBC minutes back to parliament". *The Nation*. 31 March 2011.
13. Request for interpretation of the judgement of 15 June 1962 in the case concerning the temple of Preah Vihear. 28 April 2011.
14. International Court of Justice's order on the request for the indication of provisional measure. 18 July 2011.
15. "Thai doctor to treat Veera in Phnom Penh prison". *The Nation*. 3 December 2011.
16. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. "แถลงการณ์ร่วมไทย-กัมพูชา: การขึ้นทะเบียนปราสาทพระวิหารฯ กับมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญ". *มติชน*. 1 กรกฎาคม 2551.

## 7. ค้านขึ้นทะเบียน 4 สารเคมีอันตราย

1. "แกะรอย 6 ยักษ์ใหญ่ ค้าสารเคมีข้ามชาติ". คมชัดลึก. 8 กันยายน 2554.
2. "มัจจุราชสีจาง วิกฤตยาฆ่าแมลง". *คมชัดลึก*. 3 ตุลาคม 2554.
3. ฝ่ายข้อมูล มูลนิธิชีววิถี. "ฟ้องศาลปกครองสั่งถอนผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการวัตถุอันตราย". 7 กุมภาพันธ์ 2554. สืบค้นจาก www.biothai.net/node/7341.
4. รพิจันทร์ ภูมิสัมบรรณ. 2554. "ข้อมูลพื้นฐานของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฝ้าระวัง 4 ชนิด". เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การเฝ้าระวังสารเคมีทางเกษตร 16-17 มิถุนายน 2554.
5. เพิ่งอ้าง.
6. "แกะรอย 6 ยักษ์ใหญ่ ค้าสารเคมีข้ามชาติ", อ้างแล้ว.
7. "ชงภาษีพิเศษ บ.เคมีพิษ ทำกองทุนรักษาชาวนา". *คมชัดลึก*. 21 พฤศจิกายน 2554.
8. เพิ่งอ้าง.
9. "9 กฎเหล็ก ห้ามผ่าน 4 สารพิษ เปิดใจ อธิบดีกรมวิชาการเกษตร". *คมชัดลึก*. 22 กันยายน 2554
10. "เครือข่ายเกษตรบุกกระทรวง จี้ยกเลิกสารเคมี 4 ชนิด". อ้างแล้ว.
11. "2 สมาคมยักษ์คุมเคมีเกษตรหมื่นล้าน". *คมชัดลึก*. 30 พฤศจิกายน 2554.
12. "จับตาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชขาดหนัก ชี้ขึ้นทะเบียนไม่ทัน 22 ส.ค. ตาม กม.". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 18 เมษายน 2554.

13. "กรมวิชาการเกษตรเสนอเลิกนำเข้าสารเคมีอันตราย 4 ชนิด". http://news.thaipbs.or.th. 10 กันยายน 2554.
14. "พิษสารเคมีตกค้าง วาระชาติ วาระชีวิตคนไทย". *ไทยโพสต์*. 6 กุมภาพันธ์ 2554.

## 8. ได้เวลาลงหลักปักฐาน โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย

1. "การแพทย์แผนไทยในยุคแห่งอรุณรุ่ง". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 16 และ 24 กุมภาพันธ์ 2554.
2. โครงการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. "ประวัติเวชกรรมแผนไทย". www.ttmp.ru.ac.th/km/ประวัติเวชกรรมแผนไทย.htm.
3. "กว่าจะมาเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก". *สยามรัฐ*. 7 ตุลาคม 2554.
4. มูลนิธิสุขภาพไทย. "บัญชียาหลักแห่งชาติจากสมุนไพร". สืบค้นจาก www.thaihof.org/page/บัญชียาหลักแห่งชาติจากสมุนไพร
5. "กลัวสมุนไพรไทยสูญพันธุ์ สธ.เร่งแผนคุ้มครอง". *ไทยรัฐ*. 14 พฤศจิกายน 2554.
6. "ขึ้นทะเบียนรับรองหมอพื้นบ้านป้องกันสูญหาย ต่างชาติฮุบ". *คมชัดลึก*. 25 พฤศจิกายน 2554.
7. "วิทยา ดันใช้แพทย์แผนไทยทุกรพ. หวังลดนำเข้ายานอกปีละ 5 พันล้าน". *โพสต์ทูเดย์*. 1 กันยายน 2554.
8. "จี้ตั้งสถาบันยาแผนไทยอุ้มผู้ประกอบการ เพิ่มศักยภาพแข่งตลาดอาฟต้า". *ฐานเศรษฐกิจ*. 22-24 กันยายน 2554.
9. "อึ้ง คนไทยใช้ยามูลค่าสูงกว่า 1.3 แสนล้านบาท". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 19 สิงหาคม 2554.
10. วิชัย โชควิวัฒน (บรรณาธิการ). *กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ*. แพทย์หญิงมาร์เซีย แอนเจลล์ (เขียน). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2549.
11. วิชัย โชควิวัฒน (บรรณาธิการ). *อุบายขายโรค*. เรย์ มอยนิฮาน และอลัน คาสเซลล์ (เขียน). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2550.
12. "จุดตัดสำคัญสมุนไพรยาไทยแห่งชาติ". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 20 เมษายน 2553.
13. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. "โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยแห่งแรก ปฏิรูประบบสุขภาพชุมชน-คนไทย". 5 พฤษภาคม 2553. สืบค้นจาก www.gotoknow.org/blogs/posts/372009.
14. "ตั้งรพ.แพทย์แผนไทยแห่งแรก เพิ่มทางเลือก-อนุรักษ์ภูมิปัญญา". *กรุงเทพธุรกิจ*. 29 มีนาคม 2553.
15. "สธ.เปิดรพ.แผนไทย 9 แห่ง". *ไทยโพสต์*. 24 มีนาคม 2554.
16. "การแพทย์แผนไทย". www.th.wikipedia.org/wiki/การแพทย์แผนไทย.
17. "ไทยกับทรัพย์สินภูมิปัญญา ความรู้ไม่ทันกลโกงของผู้ฉวยโอกาส". 2 สิงหาคม 2550. สืบค้นจาก http://www.oknation.net/blog/buzz/2007/08/02/entry-1
18. "ภูมิปัญญาไทยยังเสี่ยงถูกต่างชาติฮุบ จับตา 13 สมุนไพร-นวด-ฤาษีดัดตนถูกลอบจดทะเบียน". *ASTV ผู้จัดการออนไลน์*. 4 พฤษภาคม 2552. สืบค้นจาก http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000049489.
19. "เร่งออกกฎหมายสกัดฉกภูมิปัญญาไทย จี้ทำฐานข้อมูลภูมิปัญญาไทย". *ไทยโพสต์*. 5 กันยายน 2554.
20. "จุดตัดสำคัญสมุนไพรยาไทยแห่งชาติ". อ้างแล้ว.
21. "'ไทย' ผู้นำการแพทย์ดั้งเดิมอาเซียน มิติใหม่ทางการแพทย์ทางเลือกระหว่างประเทศ". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 24 สิงหาคม 2554.

## 9. บัตรประชาชนเด็กกับโจทย์ที่ไม่ถูกตอบ?

1. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. หนังสือเวียนเลขที่ นร 0504/ว172 เรื่องการจัดทำบัตรประจำตัวประชาชนแบบอเนกประสงค์. 11 กรกฎาคม 2546.
2. สัมภาษณ์โดยทีมงานสุขภาพคนไทย เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2555.
3. พระราชกฤษฎีกาให้ใช้คำนำหน้านามสตรี พ.ศ. 2460.
4. มาตรา 6 ทวิ วรรคแรก บัตรให้ใช้ได้นับแต่วันออกบัตรและมีอายุแปดปีนับแต่วันเกิดของผู้ถือบัตรที่ถึงกำหนดภายหลังจากวันออกบัตร
5. มาตรา 5 วรรคแรก ผู้มีสัญชาติไทยซึ่งมีอายุตั้งแต่เจ็ดปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์และมีชื่อในทะเบียนบ้านต้องมีบัตรตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้
6. "มท. ดีเดย์ 10 ก.ค.ทำบัตร ปชช.เด็ก 7 ปี". *คมชัดลึก*. 6 กรกฎาคม 2554.
7. "ดีเดย์ 10 ก.ค. ทำบัตรประชาชนเด็ก จัดรถบริการถึงโรงเรียน". 8 กรกฎาคม 2554. สืบค้นจาก http://hilight.kapook.com/view/58807.
8. "เด็กชนเผ่ามั่งทำบัตรประชาชน ท่ามกลางบรรยากาศคึกคัก". http://www.thainews70.com. 11 กรกฎาคม 2554.
9. ""7 ขวบ" ตัวตนเด็กไทย ได้เวลาบัตรประชาชนรุ่นใหม่". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 5 กรกฎาคม 2554.
10. "เดินหน้า 7 ขวบทำบัตรประชาชน เด็กหรือผู้ใหญ่ ใครได้ประโยชน์". http://www.phoncharoen.net. 8 กรกฎาคม 2554.
11. "ความพิลึกของสังคมไทย เมื่อเด็ก 1 ขวบ (จะ) มีบัตรประชาชน". *ASTV ผู้จัดการรายวัน*. 11 ตุลาคม 2554.
12. "เดินหน้า 7 ขวบทำบัตรประชาชน เด็กหรือผู้ใหญ่ ใครได้ประโยชน์". อ้างแล้ว.
13. "กำชับเข้ม 'ทะเบียนราษฎร' สกัดเด็กต่างด้าวสวมบัตรปชช.". *คมชัดลึก*. 12 พฤษภาคม 2554.

## 10. BOI กับนโยบายส่งเสริมการลงทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อระบบสุขภาพ

1. ดวงกมล สจิรวัฒนากุล. "ดันแผน "เมดิคัล ฮับ" ดึงผู้ป่วยนอก สร้างไทย "ศูนย์กลางสุขภาพโลก"". *กรุงเทพธุรกิจ*. 6 พฤษภาคม 2553.
2. "สบส. เน้นนโยบาย 4 ด้านผลักดัน Medical Hub". *มติชน*. 24 กันยายน 2553.
3. เป็นองค์กรภายใต้มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง ในการกำกับของกระทรวงการคลัง
4. "BOI จ้างคลังศึกษายกระดับสิทธิประโยชน์ดันไทยเมดิคอลฮับ". *ประชาชาติธุรกิจ*. 11 สิงหาคม 2553.
5. "บอร์ดบีโอไอยกเครื่อง เอื้อลงทุนอุตสาหกรรมสุขภาพ". *ไทยรัฐ*. 25 พฤศจิกายน 2553.
6. ""อัมมาร" ด่าเปิง "เมดิคัลฮับ" ไอเดียเลวที่สุด ทำระบบสาธารณสุขไทยป่วน". *ไทยโพสต์*. 30 ตุลาคม 2553.
7. "เสนอตั้งกองทุน "เมดิคัลฮับ"". *มติชน*. 25 พฤศจิกายน 2553.
8. "ชี้นโยบายอุตสาหกรรมสุขภาพขัดรัฐธรรมนูญ สช. ห่วงเร่งธุรกิจโตกระทบคนไทย-ชงเข้า คสช. 24 ธ.ค.". *คมชัดลึก*. 9 ธันวาคม 2553.
9. "นายกฯ สั่งระงับ BOI ธุรกิจ รพ.". *ไทยโพสต์*. 25 ธันวาคม 2553.
10. "วางเกณฑ์อุตฯ สุขภาพ 4 ด้าน สถานพยาบาล-บริษัทยามีเฮ". *มติชน*. 30 มิถุนายน 2554.
11. ดวงกมล สจิรวัฒนากุล. "สช. ชงกรอบลงทุนอุตฯ สุขภาพ เบรก "บีโอไอ" เร่ง "เมดิคัลฮับ"". *กรุงเทพธุรกิจ*. 3 กรกฎาคม 2554.

# 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

## 1. แพทย์แผนไทยคว้ารางวัลเหรียญทองอาหารเสริมสกัดจากเวทีประกวดสิ่งประดิษฐ์นานาชาติ

ไข่-มะตูม รักษาโรค คว้ารางวัลนานาชาติ!. (2554, 28 เมษายน). *ไทยโพสต์*.
แพทย์แผนไทยคว้ารางวัล. (2554, 28 เมษายน). *โลกวันนี้*.
แพทย์แผนไทยคว้ารางวัลระดับโลก. (2554, 29 เมษายน). *เดลินิวส์*.
แพทย์แผนไทยนำสารสกัด "ไข่แดง-ผลมะตูม" คว้ารางวัลจากเจนีวา. (2554, 27 เมษายน). *ASTV ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2555, จาก http://www.manager.co.th/science/viewnews.aspx?NewsID=9540000051895.
แพทย์แผนไทยคว้ารางวัลเหรียญทอง เจนีวา 2011. *ข่าวประชาสัมพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ วช.*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2555, จาก http://pr.nrct.go.th/home/91-pr-news-3.html.
หมอบุณย์ แพทย์แผนไทยเจ๋งคว้ารางวัลระดับโลก. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2555, จาก http://www.snaturepay.com/snatur-news/thai-traditional-medicine/.

## 2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนงบประมาณกว่า 170 ล้านบาท เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สปสช.ทุ่ม 170 ล้าน บริการผู้สูงอายุ. (2554, 10 เมษายน). *ไทยรัฐออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2555, จาก http://www.thairath.co.th/content/edu/162808.
ทุ่มงบ 170 ล้าน ทำ 4 พันโครงการสนับสนุนผู้สูงอายุไทย. (2554, 11 เมษายน). *ASTV ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555, จาก http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000044811.

## 3. หอการค้าตั้ง "ภาคีเครือข่ายภาคเอกชนต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชั่น"

ดุสิต นนทะนาคร ผู้จุดประกาย สร้างภาคีต้านคอร์รัปชั่น. (2554, 31 ธันวาคม). *โพสต์ทูเดย์*.
แผน Clean Thailand DIY ภาคีเครือข่ายต่อต้าน 'คอร์รัปชั่น'. (2554, 16 ธันวาคม). *มติชนสุดสัปดาห์*.
เทียบผลสำรวจ 'คอร์รัปชั่น' ปัญหาใหญ่แต่คนสนใจน้อย. (2554, 15 ธันวาคม). *กรุงเทพธุรกิจ*.
หอการค้าฯ ลงสัตยาบันไม่จ่ายใต้โต๊ะ. (2554, 11 ธันวาคม). *คมชัดลึก*.
ตั้ง 'ประมนต์' ประธานภาคีคอร์รัปชั่นฯ. (2554, 8 ตุลาคม). *มติชน*.
คนไทยห่วงปากท้องนิ่งเฉยแก้คอร์รัปชั่น. (2554, 15 กันยายน). *โพสต์ทูเดย์*.
เดินหน้าปลุกต้าน 'คอร์รัปชั่น' ดุสิตใช้หอการค้าตั้งศูนย์รับร้องเรียนส่งปปช. ฟัน. (2554, 4 สิงหาคม). *ไทยโพสต์*.
ตะลึงคอร์รัปชั่นชั่นไทยแรงเข้าขั้นโคม่า หอการค้าชี้อีก 5 ปีมูลค่าการทุจริตสูงถึง 5 แสน ล./ปี. (2554, 30 มิถุนายน). *ข่าวสด*.
ไทยคอร์รัปชั่น 3 แสนล้าน/ปี ปลุกต้านโกง. (2554, 30 มิถุนายน). *ไทยโพสต์*.
สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย. ภาคีเครือข่ายต่อต้านคอร์รัปชั่นจับมือสื่อเชิญชวนร่วมโครงการ. สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2555, จาก สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย เว็บไซต์: http://www.thaichamber.org/scripts/detail.asp?nNEWSID=4699

## 4. โครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ศอ.บต. ติวเข้มชาวมุสลิมก่อนเดินทางไปพิธีฮัจย์. (2554, 17 กันยายน). *แนวหน้า*.
Muslim Today. ศอ.บต.ปรับการสนับสนุนคนดีมีคุณธรรม. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555, จาก เว็บไซต์ http://www.muslimtoday.in.th/?modules=article&id=601

สำนักข่าวไทยมุสลิม. ศอ.บต. ส่งผู้เดินทางไปทำฮัจย์ตามโครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมที่สนามบินหาดใหญ่. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555, จาก สำนักข่าวไทยมุสลิม เว็บไซต์: http://www.thaimuslim.com/view.php?c=9&id=16326

สำนักข่าวไทยมุสลิม. ศอ.บต.หนุนโครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมแก่มุสลิม 5 จชต.ไปทำฮัจย์ที่ซาอุฯ. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555, จาก สำนักข่าวไทยมุสลิม เว็บไซต์: http://www.thaimuslim.com/overview.php?c=1&id=5541

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้. ศอ.บต.พบปะผู้ไปประกอบพิธีฮัจย์หลังเดินทางกลับ พร้อมสรุปผลการดำเนินโครงการฯ. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555 จาก ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ เว็บไซต์: http://www.sbpac.go.th/index.php?cmd=news&cate_id=1&mode=detail&id=1020

สำนักข่าวมุสลิมไทยโพสต์. ผู้ได้รับคัดสรรตามโครงการส่งเสริมคนดี มีคุณธรรมใน จชต. ไปประกอบพิธีฮัจย์ ขอบคุณรัฐบาลที่ช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555, จาก สำนักข่าวมุสลิมไทยโพสต์ เว็บไซต์: http://www.muslimthaipost.com/muslimthai/main/index.php?page=view&category=19&id=4786

กรมเอเชียใต้ ตะวันออกกลาง และแอฟริกา. โครงการส่งเสริมคนดีมีคุณธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ไปประกอบพิธีฮัจย์ประจำปี 2554. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555, จาก กระทรวงการต่างประเทศ เว็บไซต์: http://sameaf.mfa.go.th/th/news/detail.php?ID=2573&SECTION=EMB_ACT

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้. ผลการดำเนินงานที่สำคัญของ ศอ.บต. ประจำเดือนตุลาคม 2554. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2555, จาก ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ เว็บไซต์: http://www.sbpac.go.th/files/download/20111203224446hisne.pdf

# ความมั่นคงทางอาหาร

## แหล่งข้อมูลบุคคล

**อาจารย์อนุช อาภาภิรม** โครงการวารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

**นายแพทย์ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ** สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

**คุณวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ** มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI) ตำบลไทรม้า อ.เมือง จ.นนทบุรี

**คุณเดชา ศิริภัทร** มูลนิธิข้าวขวัญ ต.สระแก้ว อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

## เอกสารภาษาไทย

กฤษฎา บุณชัย, บัณฑูร เศรษฐศิโรตม์, วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ และอนุช อาภาภิรม. (2550). *แนวความคิดและนโยบายฐานทรัพยากรอาหาร*. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI).

กลุ่มติดตามบทบาทบรรษัท. (2552). *ซีพีกับเกษตรกรรมไทย*. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI).

กลุ่มสถิติเศรษฐกิจครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *รายงานผลเบื้องต้นสำมะโนครัวเกษตรกร พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

คณะกรรมการปฏิรูป. (2554). *แนวทางการปฏิรูปประเทศไทยข้อเสนอต่อพรรคการเมืองและผู้มีสิทธิเลือกตั้ง*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป (สปร.).

คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.).

คณะทำงานความมั่นคงทางอาหาร. (2539). *นโยบายสาธารณะนัยต่อความมั่นคงทางอาหาร เปิดเสรีการลงทุนอาเซียน: ผลกระทบต่อเกษตรกร ฐานทรัพยากร และภาคเกษตรกรรมไทย*. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี (Biothai), มูลนิธิชีวิตไทย (PRAFA), มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน, เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก.

เบญจพรรณ เอกะสิงห์, จิรวรรณ กิจชัยเจริญ, และพรสิริ สืบพงษ์สังข์. (2554). *ความเสี่ยงในการเกษตรระบบพันธะสัญญาในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน: ผลกระทบต่อเกษตรกรรายย่อย ความเชื่อมโยงต่อนโยบายสาธารณะ*. บทความนำเสนอในเวทีวิชาการเรื่อง สร้างความเป็นธรรม ในระบบเกษตรพันธะสัญญา วันที่ 23 ธันวาคม 2554 ณ อาคารศูนย์ประชุม สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ฯ กรุงเทพมหานคร.

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, และนาถธิดา วีระปรียากูร. (2547). *6 สารเคมีอันตราย: ภัยคุกคามสุขภาพคนไทย*. นนทบุรี: เครือข่ายสาขานโยบายการเกษตรและชนบท, แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HPP-HIA), และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

พิบูล อิสสระพันธุ์. (2554). *สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย*. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อการเฝ้าระวังสารเคมีทางการเกษตร. วันที่ 16-17 มิถุนายน 2554 ณ โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพมหานคร.

เพิ่มศักดิ์ มกราภิรมย์. (2554). ลดความเหลื่อมล้ำด้วยการจำกัดการถือครองที่ดิน. *มติชน* วันอาทิตย์ที่ 16 มกราคม 2554.

มูลนิธิชีววิถี. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์). *คู่มือประชาชน เรื่องความ (ไม่) มั่นคงทางอาหารกับทางออกของประเทศไทย*. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI).

รพิจันทร์ ภูริสัมบรรณ. (2554). *สถานการณ์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย*. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อการเฝ้าระวังสารเคมีทางการเกษตร. วันที่ 16-17 มิถุนายน 2554 ณ โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค กรุงเทพมหานคร.

วราภรณ์ ปัญญาวดี. (2550). *เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยนโยบายสารเคมีเกษตร The Economic of Agricultural Chemical Policy*. Environment and Natural Resources Journal Vol.5, No.2, Dec 2007.

วันชัย ตันติวิทยาพิทักษ์. (2541). ม.จ. สิทธิพร กฤดากร "เงินทองเป็นของมายา ข้าวปลาเป็นของจริง". *สารคดี*. ปีที่ 14 ฉบับที่ 159, พฤษภาคม 2541.

วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ. (2554). *ปฏิรูปเกษตรกรรมเพื่อความมั่นคงทางอาหาร: บทวิเคราะห์และปฏิบัติการทางนโยบาย*. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI).

วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ, สุริยนต์ ธัญกิจจานุกิจ และคณะ. (2551). *จากปฏิวัติเขียวสู่พันธุวิศวกรรม: บทเรียนสำหรับอนาคตเกษตรกรรมไทย*. นนทบุรี: มูลนิธิชีววิถี (BIOTHAI).

วิทยา เจียรพันธุ์. (2553). *หนี้สินเกษตรกรไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ศยามล ไกยูรวงศ์ และคณะ. (2549). *ข้อพิพาทและความขัดแย้งปัญหาที่ดินในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2552). *ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต รายงานการพัฒนาของประเทศไทย ปี 2552. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย*

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2553). *สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2552 Agricultural Statistics of Thailand 2009*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร.

อนุช อาภาภิรม. (2546). *สถานการณ์และแนวโน้มอาหาร: ถึงเวลาสร้างนโยบายอาหารแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีทู มีเดีย จำกัด.

อนุช อาภาภิรม. (2554). การเกษตรสมัยใหม่: ความสำเร็จและวิกฤติ. *มติชนสุดสัปดาห์*. ปีที่ 32 ฉบับที่ 1634, 9-15 ธันวาคม 2554.

อิทธิพล ศรีเสาวลักษณ์ และคณะ. (2549). *การจัดการที่ดินระดับท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

## ข้อมูลจากเว็บไซต์

คหการเกษตร. (2011). สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลัง 22 สิงหาคม 2554. สืบค้นจาก [10379]. วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2555.

ฝ่ายข้อมูล มูลนิธิชีววิถี. (2554). *บทบาทของบรรษัทเกษตรและอาหาร กับการเปลี่ยนแปลงชนบทและสังคมไทย*. สืบค้นจาก [http://www.biothai.net/node/10889]. วันที่ 15 ธันวาคม 2554.

พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.(2551). สืบค้นจาก [http://www.chemtrack.org/Law/Diw-M-2551.pdf]. วันที่ 12 ตุลาคม 2554.

ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. (2554). เกษตรพันธสัญญากับใบอนุญาตละเมิดสิทธิเกษตรกรรายย่อย. สืบค้นจาก [http://mgr.manager.co.th/Daily/ViewMews.aspx?NewsID=9540000165028]. วันที่ 28 ธันวาคม 2554.

ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. (2554). *ปฏิรูประบบเกษตรกรรมเพื่อความมั่นคงของคุณภาพชีวิตเกษตรกร*. สืบค้นจาก [http://www.manager.co.th/Daily/Viewnews.aspx?NewsID=95400001831&T]. วันที่ 30 ธันวาคม 2554.

ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. (2554). *ปฏิรูประบบสารเคมีเกษตรเพื่อพลิกวิกฤตคุณภาพชีวิตคนไทยราคาถูก*. สืบค้นจาก [http://www.manager.co.th/Daily/Viewnews.aspx?NewsID=9540000109572]. วันที่ 30 ธันวาคม 2554.

วิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ และรพิจันทร์ ภูริสัมบรรณ. (2554). *สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเกษตรกร และการควบคุมสารกำจัดศัตรูพืช*. สืบค้นจาก [http://www.biothai.net/node/6139]. วันที่ 19 ธันวาคม 2554.

สุริยนต์ ธัญกิจจานุกิจ, จิราวัฒน์ ปานเพ็ง, ณัฐรี ตั้งยงตระกูล, และนวรถ ปะรักมะสิทธิ์. (2553). *วิถีชีวิตชาวนาภาคกลาง: แนวนโยบายสู่ภาพสุดท้ายของการพัฒนา. วารสารเศรษฐกิจและสังคม*. ปีที่ 47 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2553) หน้า 15-19. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาเศรฐกิจและสังคมภาคกลาง.

## เอกสารภาษาอังกฤษ

Agriculture and Development Economics Division, FAO. (2006). Food Security. *Policy Brief*, Issue 2, June 2006. Retrieved February 1, 2012. [Online]. Available: http://www.fao.org/es/esa/EC-FAO Food Security Programme: http://www.foodsecinfoaction.org/.

Bryant, J. and Gray, R. (2005). Rural Population Ageing and Farm Structure in Thailand. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2010). *The State of Food Security in the World: Addressing Food Security in Protracted Crises*. Rome: FAO.

Michael Windfuhr and Jennie Jonsen. (2005). *Food Sovereingnty Towards democracy in localized food systems*. United Kingdom: The Schumacher Center for Technolody and Development.

SaJin Prachason. (2009). *Food Security in Thai Society*. [Online]. Available: http://sathai.org/story_thai/043-FOOD_SECURITY.pdf. (Access date: October 22, 2011).

Willie Nelson. (2011). *Occupy The Food System*. [Online]. Available: http://www.readersupportednews.org/opinion2/441-occupy/8948-occupy-the-food-system. (Access date: September 12, 2011).

# เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน สุขภาพคนไทย 2555

## ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

### กระบวนการทำงาน

1. คัดเลือกประเด็นตัวชี้วัด ทางด้านประชากร โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทาง ร่วมพิจารณาประเด็นที่เหมาะสมและน่าสนใจที่จะสื่อต่อสาธารณะ
2. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ กำหนดผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้ในตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี
3. กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ ผู้เชี่ยวชาญรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
4. ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพตามหมวดที่ได้รับมอบหมาย
5. ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัดเพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านทบทวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน
6. ส่งงานที่ผ่านการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาและข้อมูล

### เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

1. ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
2. ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้มและรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
3. เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

# ส่วนที่ 2 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

## เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

1. เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2554
2. มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
3. เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
4. เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
5. เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

**สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทยทางสุขภาพ** เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

## เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

1. สำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีสถานการณ์สำคัญในสังคมไทยทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2554 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ การเรียงลำดับสถานการณ์ในแบบสำรวจจัดเรียงโดยการจับสลาก ไม่ได้จัดตามความสำคัญ สำหรับตัวเลือกความคิดเห็นของประชาชน แต่ละสถานการณ์นั้นจะให้ความสำคัญโดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 อันดับ คือ มาก (คะแนน = 3 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน = 2 คะแนน) และน้อย (คะแนน = 1 คะแนน)
2. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสถิติ (SPSS) เพื่อหาค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จากนั้นนำมาเรียงลำดับความสำคัญ
3 การตัดสินเลือกสถานการณ์เด่นประจำปีได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทย

# ส่วนที่ 3 เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เป็นเรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) กับเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมาก็ได้

## เกณฑ์การเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ

1. เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
2. เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
3. เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

## กระบวนการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. คณะทำงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อร่างเนื้อหารายงานในเชิงวิชาการ
4. คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

# คณะกรรมการชี้ทิศทาง ปี 2555

**นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ**
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
*ประธาน*

**นพ.วิชัย โชควิวัฒน**
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
*กรรมการ*

**นพ.อำพล จินดาวัฒนะ**
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
*กรรมการ*

**นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข**
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
*กรรมการ*

**นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล**
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
*กรรมการ*

**นพ.ณรงค์ กษิติประดิษฐ์**
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
*กรรมการ*

**นพ.ชูชัย ศุภวงศ์**
สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
*กรรมการ*

**รศ.อภิญญา เวชยชัย**
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
*กรรมการ*

**ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ**
สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
*กรรมการ*

**ยุวดี คาดการณ์ไกล**
สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*กรรมการ*

**ปาริชาต ศิวะรักษ์**
นักวิจัยอิสระ
*กรรมการ*

**เบ็ญจพร ฉัตรกุล ณ อยุธยา**
สำนักงานสถิติแห่งชาติ
*กรรมการ*

**วรัญญา เตียวกุล**
นักวิชาการอิสระ
*กรรมการ*

**อาจารย์พิภพ ธงไชย**
มูลนิธิเด็ก
*กรรมการ*

**อาจารย์สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์**
องค์กรชุมชนคลองขนมจีน อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา
*กรรมการ*

**เบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์**
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
*กรรมการ*

**รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*กรรมการและเลขานุการ*

**รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ*

**รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ*

**อาจารย์ ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ*

**กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*ผู้ประสานงานโครงการ*

**สุภรต์ จรัสสิทธิ์**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*ผู้ประสานงานโครงการ*

**บุรเทพ โชคธนานุกูล**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*ผู้ประสานงานโครงการ*

**กุลภา วจนสาระ**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
*ผู้ประสานงานโครงการ*

# ผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2555

## ทบทวนรายงานฉบับสมบูรณ์

**นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ**
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

**นพ.วิชัย โชควิวัฒน**
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)

**ปาริชาต ศิวะรักษ์**
นักวิจัยอิสระ

## ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

**ปิยนาถ วรสิริ**
นักเขียนอิสระ
*มหาอุทกภัยในรอบ 100 ปี สัญญาณเตือนให้ปรับตัว, ค้านขึ้นทะเบียน 4 สารเคมีอันตราย, ได้เวลาลงหลักปักฐาน โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย*

**กฤษฎา ศุภวรรธนะกุล**
นักเขียนอิสระ
*'วังน้ำเขียวโมเดล' ภาพสะท้อนปัญหาคน-ป่า-ที่ดิน, สิทธิปฏิเสธการรักษา เมื่อความตายคือทางเลือกของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์, "ปฏิรูปประเทศไทย" ภารกิจถอนต้นไม้พิษ ที่ยังไปไม่ถึงฝั่งฝัน*

**สุภลักษณ์ กาญขุนดี**
นักเขียนอิสระ
*สถานการณ์ชายแดนไทย-กัมพูชา: การสู้รบสงบลง แต่ปัญหายังไม่จบสิ้น*

**กุลภา วจนสาระ**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล
*วิ่งสู้ฟัด! สานฝันสู่ "ประชาคมอาเซียน*

**อาจารย์ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล**
คณะนิติศาสตร์ ม.นเรศวร
*บัตรประชาชนเด็กกับโจทย์ที่ไม่ถูกตอบ?*

**จักรพันธุ์ กังวาฬ**
นักเขียนอิสระ
*BOI กับนโยบายส่งเสริมการลงทุน เพื่อสร้างความเข้มแข็งต่อระบบสุขภาพ*

## ผู้เชี่ยวชาญตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ

**ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล**
**รศ.ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล
*โครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลง การเกิด, การเจ็บป่วยและการตาย*

**รศ.ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล
*การย้ายถิ่น (ในประเทศ) กับสุขภาพ*

**รศ.ดร.วาทินี บุญชะลักษี**
**กัญญา อภิพรชัยสกุล**
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล
*การย้ายถิ่น (ระหว่างประเทศ) กับสุขภาพ*

**ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์**
คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
*กำลังแรงงานและมิติทางเศรษฐกิจ*

**นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย**
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
*ระบบบริการสุขภาพ*

## ทีมวิชาการสุขภาพคนไทย

**รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา**
*บรรณาธิการ*

**รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา**
*เรียบเรียงและประมวล "ความมั่นคงทางอาหาร เงินของของมายา ข้าวปลาสิของจริง"*

**รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล**
*เรียบเรียงและประมวล "10+4 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ"*

**อาจารย์ ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์**
*เรียบเรียงและประมวล "11 ตัวชี้วัด ประชากรไทยกับสุขภาพ"*

**สุภรต์ จรัสสิทธิ์**
**กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล**
**บุรเทพ โชคธนานุกูล**
**กุลภา วจนสาระ**
*เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น*

# ขอบคุณจากใจ

*สุขภาพคนไทย 2555 เป็นเล่มที่ 9 และกำลังย่างก้าวสู่ปีที่ 10 ตลอดกระบวนการจัดทำที่ผ่านมา คณะทำงานสุขภาพคนไทยได้รับความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในหลายด้านจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะคณะผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ต้องขอบคุณเป็นพิเศษคือ* **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน และคุณปาริชาต ศิวะรักษ์** *ที่กรุณาสละเวลาอ่านบทความต้นฉบับ ขัดเกลาเนื้อหา พร้อมด้วยข้อเสนอแนะแก้ไขเพื่อให้สุขภาพคนไทย 2555 มีเนื้อหาสมบูรณ์รอบด้านอย่างที่ควรจะเป็น*

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ **อาจารย์อนุช อาภาภิรม นายแพทย์ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ คุณวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ และคุณเดชา ศิริภัทร** ที่ได้ให้ทั้งข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ทำงาน และข้อชวนคิดจากหลากหลายมุมมอง ทำให้ *"เงินทองของมายา ข้าวปลาสิของจริง"* เรื่องพิเศษประจำฉบับครอบคลุมประเด็นสำคัญที่น่าสนใจไว้ครบถ้วน

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่จัดทำตัวชี้วัดประชากรไทยกับสุขภาพ **ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล รศ.ดร.ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์ รศ.ดร.สุรีย์พร พันพึ่ง รศ.ดร.วาทินี บุญชะลักษี คุณกัญญา อภิพรชัยสกุล ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และนายแพทย์ภูษิต ประคองสาย** ที่ได้ช่วยทำให้ข้อมูลที่ซับซ้อนเข้าใจยาก กลายเป็นเรื่องอ่านง่าย เข้าใจง่าย และทันสถานการณ์

ขอขอบคุณคณะนักเขียน **คุณปิยนาถ วรศิริ คุณกฤษฎา ศุภวรรธนะกูล คุณสุภลักษณ์ กาญจนขุนดี คุณกุลภา วจนสาระ อาจารย์ดรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล และคุณจักรพันธุ์ กังวาฬ** ที่ช่วยร่างสถานการณ์เด่นทางสุขภาพให้มีเนื้อเรื่องชวนอ่าน เพื่อให้ทีมนักวิชาการใช้เป็นฐานในการเขียน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ท้ายสุด ขอขอบคุณผู้อ่านที่ติดตามสุขภาพคนไทยมาโดยตลอด...ขอบคุณจากใจ

คณะทำงานสุขภาพคนไทย