

เสียงที่ คนอื่น ไม่ได้ยิน

การสร้างเสริมสุขภาวะ
ประชากรกลุ่มเฉพาะ



เสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน

: การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ

พิมพ์ครั้งที่ 1

มิถุนายน 2562

จำนวนพิมพ์

3,000 เล่ม

ที่ปรึกษา

พญ.วัชรา ริ้วไพบูลย์
ภรณ์ ภูประเสริฐ
อนุสรณ์ อำพันธ์ศรี

ผู้เขียน

โอปอล์ ประภาวดี

ข้อมูลและประสานงาน

ปรารภนา พรหมสาขา ณ สกลนคร

กนกพร เสริมนอก

ปก/รูปเล่ม

บุญส่ง สามารถ

ภาพประกอบ

swy

กราฟิก

พีรยุทธ์ นันทจิรวัดมน์

พิสูจน์อักษร

มรุพงษ์ บุตรไวยวุฒิ

จัดพิมพ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ 99/8 ซอยงามดูพลี
แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ +662 343 1500 โทรสาร +662 343 1501
www.thaihealth.or.th

พิมพ์

บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด

41/12-14, 33 หมู่ 4 ต.บางขุน น.บางกรวย จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ +662 879 9154-6 โทรสาร +662 879 9153

E-mail : parbpim@gmail.com

ข้อมูลบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

โอปอล์ ประภาวดี

เสียงที่คนอื่นไม่ได้ยิน : การสร้างเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ -

กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2562.

160 หน้า

1. สาธารณสุข 2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ 3. การส่งเสริมสุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง.

361.2

ISBN 978-616-393-185-6

สารบัญ

4 คำนำ

6 ในโลกใบนี้ (ME) มีเราอยู่ด้วย
: รู้จักประชากรกลุ่มเฉพาะ

22 สำนัก 9 ก้าว ที่กล้า
: รู้จักสำนักสนับสนุนสุขภาวะ
ประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สสส.

38 เสี่ยงจากคน (เคย) ไร้เสียง
: สถานการณ์ปัญหาและแนวทางในการสนับสนุน
สุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ

1	กลุ่มคนพิการ.....	40
2	ผู้สูงอายุ.....	56
3	ผู้หญิง.....	64
4	ผู้ต้องขังหญิง.....	72
5	มุสลิม.....	84
6	ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล และประชากรข้ามชาติ.....	92
7	แรงงาน (ทั้งในและนอกระบบ).....	102
8	คนไร้บ้าน.....	112

122 กลไกในการพัฒนาสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

142 ผลงานสำคัญของ สำนัก 9

156 เป้าหมายในการทำงานของสำนัก 9

คำนำ

“ความเหลื่อมล้ำ” คำๆ นี้ ปรากฏและถูกใช้อย่างแพร่หลายในสังคมไทยห้วงทศวรรษที่ผ่านมา กระนั้นการรับรู้เกี่ยวกับคำนี้ มักถูกให้น้ำหนักไปที่ความแตกต่างกันทางรายได้และเศรษฐกิจเป็นสำคัญ ทั้งที่ในความจริง “ความเหลื่อมล้ำ” ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงอยู่ในสังคมไทยนั้น หาใช่ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจหรือรายได้เพียงอย่างเดียวแต่เกิดขึ้นในทุกมิติ นอกจากความเหลื่อมล้ำแล้ว สิ่งที่เป็นเหตุเงื่อนไขประการสำคัญที่ส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ในสังคมไทย ร้าวลึกรุนแรงขึ้นไปจากเดิม คือผลจาก “ความเป็นธรรม” ซึ่งเป็นคำที่สังคมไทยกำลังถามหาและมักปรากฏคู่กันกับความเหลื่อมล้ำอยู่เสมอ

ปัญหาสุขภาพนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว หากยังมีเงื่อนไขและปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนในการกำหนดสุขภาพให้คนๆ นั้นมีสุขภาพเป็นเช่นไร จึงปฏิเสธไม่ได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในสังคมไทยในเวลานี้นั้นเป็นผลกระทบโดยตรงมาจากความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางสังคม



สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. โดยสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) ซึ่งเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ได้สนับสนุนและร่วมผนึกกำลังกับภาคีเครือข่ายในการ “ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ” ในประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งสนับสนุนให้พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผลักดัน ในเชิงนโยบาย พัฒนาระบบกลไก พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย รวมไปถึงการสร้างสรวรค์นวัตกรรมต่างๆ ให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี และศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ให้กับประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มักถูกละเลย หลงลืม หรือมักเป็น “คนสุดท้าย” ที่ได้เข้าถึงทรัพยากร

ข้อมูล เรื่องราว ข้อเท็จจริงต่างๆ ที่ได้รวบรวมไว้ในหนังสือเล่มนี้ ถือเป็นหนึ่งในบทบันทึกการดำเนินงานที่ผ่านมาเกือบทศวรรษของสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) กับภาคีเครือข่ายที่ได้ร่วมกันทุ่มเทกายเทใจสร้าง ความเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นอย่างมากมาย ได้เกิดสุขภาวะกับประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อให้ คำว่า “สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” ได้มีความหมาย มีพลัง และปรากฏขึ้นจริงในสังคมไทย

ภรณี ภูประเสริฐ

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9)



1

ในโลกใบนี้
(ME) มีเราอยู่ด้วย



หนึ่งวันในความเป็นอื่น

05.00 น. แสงสีส้มเรื่อที่ค่อยๆ ปรากฏขึ้นจากดวงตะวัน มาแทนที่สีน้ำเงินเข้มของท้องฟ้า บนตึกแห่งนั้นไฟยังคงสว่างไสว และมีคนหนุ่มสาวหน้าตาดี ร่างกายสมส่วนแข็งแรง มุ่งมั่นกับการออกกำลังกายในสถานฟิตเนส เบื้องล่างของตึก ภายใต้ชายคา โกล์ฟนังคอนกรีต มีคนบางคนปูแผ่นพลาสติกนอนคุ้ยอยู่ตรงนั้น รุ่งสางอย่างนี้บนถนนยังมีรถไม่มากนัก มีแท็กซี่สี่ล้อจอดให้ผู้สูงอายุสองคนลงมา ค่อยๆ ประคองกันไปที่โรงพยาบาลที่อยู่ไม่ไกลจากสถานฟิตเนสแห่งนั้น

08.00 น. ที่ร้านข้าวแกงแผงลอยใกล้ๆ ตึก มีทั้งแท็กซี่และคนหนุ่มสาวที่ทำงานในออฟฟิศย่านตึกของถนนสายนี้เข้าไปสั่งอาหาร มีคนหนุ่มสาวสะกิดพวกเขาพร้อมกับส่งภาษามือเพื่อขายเบเกอรี่ พวกเขาหันหน้าปฏิเสธ คนหนุ่มสาวคนนั้นเดินผละไปที่โต๊ะอื่นๆ ต่อ





09.00 น. ในออฟฟิศบนตึกสูง หนุ่มสาวกลับจากออกกำลังกายในฟิตเนส อาบน้ำและชำระตัวในห้องน้ำที่มีไว้บริการ เมื่อเสร็จแล้วพวกเขาก็เข้ามาทำงาน แม่บ้านคนนั้นมาขออนุญาตเช็ดและปิดกวดบริเวณพื้นที่ทำงานของหนุ่มออฟฟิศ เขาพยักหน้ายิ้มรับและกล่าวคำขอบคุณ เขาอาจรู้จักชื่อและจำหน้าของแม่บ้านคนนั้นได้ แต่ไม่เคยรู้อะไรเกี่ยวกับเธอมากไปกว่านั้น แม้บางวันจะเห็นรอยฟกช้ำดำเขียวบนใบหน้า หรือบางวันที่เธอหายไป เขาเพียงระลึกถึง แต่ไม่นานก็ลืม หรือต่อให้เธอหายไปจริงๆ เขาก็ไม่ใส่ใจหรือเดือดร้อนอะไรเพราะเดียวบริษัทก็จะส่งแม่บ้านคนใหม่มาประจำการต่อ

เขาเปิดคอมพิวเตอร์ ก่อนทำงานใช้เวลาเช็คหน้าเฟซบุ๊ก มีข่าวสารแจ้งว่านี่คือช่วงเดือนรอมฎอนของชาวมุสลิม เขาเลื่อนหน้าไทม์ไลน์ไปเรื่อยๆ ส่งข้อความทักทายโต้ตอบกับเพื่อนๆ เพื่อนแจ้งมาว่ารองเท้ากีฬายี่ห้อดังออกรุ่นใหม่ออกมา ราคาสูงลิ่ว แต่เขาสามารถซื้อได้ถูก เพราะซื้อจากสินค้ามีรอยตำหนิจากประเทศเพื่อนบ้าน เขาจึงกำชับให้เพื่อนสั่งซื้อให้ด้วย จากนั้นเขาก็วุ่นวายกับการทำงานทั้งวัน

18.00 น. ที่สถานีรถไฟในเวลาเลิกงานอย่างนี้คนแน่นจนเขาถอดใจ วันนี้ไม่มีอะไรเร่งรีบรออยู่ เขาจึงเลือกที่จะไปใช้บริการ ชสมก. แม้จะเบียดเสียดไปบ้างแต่เขาอยากนั่งรถยาวๆ แทนการยืนในรถไฟ เขาได้ที่นั่งด้านหลัง และเห็นเด็กผู้หญิงขึ้นมา ก่อนที่จะหลับไปด้วยความเหนื่อยอ่อน เขามองเห็นเด็กชายวัยรุ่นเข้าไปยืนเบียดเด็กนักเรียนหญิง



คนนั้น ทั้งที่มีพื้นที่ว่างส่วนอื่น ชายคนนั้นเข้าไปใกล้ๆ เธอในระยะประชิด เด็กผู้หญิงทำหน้าตกใจ เล็กๆ ขยับหนี แต่ชายคนนั้นยังขยับตาม สักพัก เด็กผู้หญิงจึงลงจากรถไป ส่วนเขาค่อยๆ หลับตาลงด้วยความเหนื่อยอ่อน

19.00 น. กลับถึงคอนโดฯ เอาอาหารที่แช่ตู้เย็นไว้มาอุ่นไมโครเวฟ และก็อาบน้ำ เปิดเฟซบุ๊ก เช็คอินสตาแกรม อ่านโน่นนี่นั่น เห็นข่าวอดีตนางแบบสาวติดคุกและเป็นโรคซึมเศร้า เขาสะดุ้งมือผ่านไปอ่านเรื่องราวอื่นๆ ที่น่าสนใจกว่า เข้าไปเขียนแชทเพื่อน ตั้งสเตตัสบอกความรู้สึก ก่อนที่จะหลับไปในยามเที่ยงคืน

ชีวิตเขาหมุนวนไปอย่างนี้ เหมือนทุกอย่างปกติสุข เหมือนเคยเหมือนเดิม เหมือนที่เป็นๆ มา

เมื่อกาลผ่านไปเขาก็ค่อยๆ ลืมเลือนชีวิตที่ผ่านพบเหล่านั้น ไม่ว่าจะเป็น คนไร่บ้านที่นอนอยู่ข้างดึก ผู้สูงอายุสองคนที่ทุลักทุเลกันมาหาหมอ คนขายข้าวแกงข้างทาง คนหนุ่มสาวที่เร่ขายขนม แม่บ้านที่คอยเช็ดถูทำความสะอาดออฟฟิศ วันสำคัญของชาวมุสลิม คนงานที่ผลิตรองเท้ากีฬา เด็กผู้หญิงที่อาจถูกละเมิดทางเพศบนรถเมล์ ดารานางแบบสาวที่ติดคุก ฯ •

“คนเหล่านั้น” ในสังคมของเรา

เรื่องราวข้างต้นเป็นชีวิตประจำวันที่แสนจะดาษดื่นของคนชั้นกลางคนหนึ่งในประเทศไทย ในหนึ่งวันของชีวิตที่อาจพาไปประสบพบเจอคนมากมาย แต่ก็หาใช่คนที่เขาคิดว่ามีความสำคัญหรือเกี่ยวพันอะไรกับชีวิตของพวกเขา ไม่ว่าจะเป็น คนไร้บ้าน คนสูงอายุ แรงงานนอกระบบ แรงงานข้ามชาติ มุสลิม คนไร้สถานะ ผู้หญิง ผู้ต้องขัง คนพิการ และถึงแม้จะเกิดชะตากรรมใดๆ กับชีวิตของคนเหล่านี้ เราก็อาจรู้สึกเพียง สงสาร เห็นใจ ทำได้เพียงเท่านี้ ด้วยเหตุว่าคนเหล่านี้อยู่ “ไกล” จากตัวเรา ทั้งในความสัมพันธ์ วิถีชีวิต เพราะลำพังต้องพาตัวเองฝ่าข้ามความเหน็ดเหนื่อยยุ่งยากจากภาระในชีวิตประจำวันก็หนักหนาพออยู่แล้ว จะเอาเวลาหรือความใส่ใจไปกับเรื่องราวอันหนักหนาของคนเหล่านั้นอีกคงหน่วงหนักเกินจะรับไหว



ท่ามกลางสภาพสังคมการเมืองที่หนักหน่วงของสังคมไทยในช่วงหลายปีมานี้ เราพูดถึง ความเหลื่อมล้ำ ความไม่เท่าเทียมกันอย่างแพร่หลาย พร้อมๆ ไปกับนั้น เราก็เห็นการตื่นตัว การใส่ใจในสุขภาพ การเรียกร้อง ถามหาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความเหลื่อมล้ำ ความเป็นธรรม กับ การสร้างสุขภาพที่ดี ดูเหมือนจะเป็นเส้นขนานที่ไม่เกี่ยวข้องกัน หากทว่าหลายกลุ่ม หลายฝ่าย ในสังคมต่างตระหนักรู้และชี้ให้เห็นว่านี่คือเรื่องที่เกี่ยวข้องและส่งผลซึ่งกันและกัน เพราะสังคมที่เท่าเทียม เสมอภาค และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกันและกัน ย่อมส่งผลต่อสุขภาพ สุขภาพใจของคนในสังคมนั้นๆ สังคมไม่ควรปล่อยให้ความไม่เป็นธรรม ความเหลื่อมล้ำ ที่เกิดขึ้นกับคนบางกลุ่ม ถูกทำให้เป็นเรื่องธรรมดา การที่ชีวิตๆ หนึ่งต้องตกอยู่ในชะตากรรมแบบใดแบบหนึ่งดังที่หนุ่มออฟฟิศ คนนั้นพานพบนั้น ย่อมเกิดจากหลายเงื่อนไขปัจจัยทั้งปัจจัยในเชิงปัจเจก และปัจจัยอันมาจากโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมต่อชีวิตของพวกเขา

แล้ว “คนบางกลุ่ม” หรือคนกลุ่มเฉพาะ เหล่านั้น คือใคร อะไรกันที่ทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มเฉพาะ •



ใครคือประชากรกลุ่มเฉพาะ

ประชากรกลุ่มเฉพาะคือใคร มีวิถีชีวิตอย่างไร ชะตากรรมของพวกเขา โดยเฉพาะชะตากรรมทางสุขภาพ เกี่ยวข้องอะไรกับเราและสังคมโดยรวม คำถามเช่นนี้ มักถูกเอ่ยขึ้นมาเป็นคำถามแรกๆ ในการกล่าวถึงพวกเขาเหล่านั้น หากจะกล่าวอย่างรวบรัดและสรุปให้เข้าใจง่ายอย่างกว้างๆ ก็อาจอธิบายได้ว่า ประชากรกลุ่มเฉพาะก็คือ กลุ่มคนที่ต้องประสบกับภาวะดังนี้

ความไร้ตัวตนในสังคม ถูกมองข้าม ละเลย เข้าไม่ถึงทรัพยากร ถูกผลักภาระ ให้รับผิดชอบชีวิตและชะตากรรมไปตามที่ต้องประสบ มีความเสี่ยงในการใช้ชีวิตสูง โดยเฉพาะความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

ขาดอำนาจในการต่อรองทำให้มีจิตสำนึกที่จำยอม หรือต้องยอม
จำนนให้กับความไม่เที่ยงธรรม

หรือหากจะกล่าวตามนิยามที่สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากร
กลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) ได้นิยามไว้ว่า

“ประชากรกลุ่มเฉพาะ” คือ ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความ
เปราะบาง (Vulnerability) มีความเสี่ยง (Risk) หรือต้องการ
กระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ
อันเป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants
of Health) ที่ทำให้สูญเสียสุขภาวะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับ
ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายในภาพรวม •

ประชากรกลุ่มเฉพาะ ความเป็นอื่นในสังคมโลก

ทั้งนี้ ประชากรกลุ่มเฉพาะนั้นหาได้ปรากฏเฉพาะในสังคมไทยเท่านั้น ในสังคมโลกทุกประเทศก็มีประชากรกลุ่มนี้อยู่แทบทุกสังคม ไม่ว่าจะเกิดขึ้นโดยเป็นผลจากการพัฒนา ความเป็นโลกาภิวัตน์ ความเป็นชาตินิยม การเหยียดผิว การเหยียดเพศ การเหยียดอายุ ความเชื่อทางศาสนา และความต่างของชาติพันธุ์ ฯ โดยอาจเรียกในความหมายที่ใกล้เคียงกับคำว่า “กลุ่มคนชายขอบ” แต่สังคมที่ความเหลื่อมล้ำน้อย และความเป็นธรรมมีอย่างเสมอภาคเที่ยงตรง และการยึดหลักสิทธิมนุษยชนเหล่านี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ประชากรกลุ่มนี้เบาบางลง

ประชากรกลุ่มเฉพาะในสังคมไทย

กล่าวสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะในสังคมไทยนั้นอาจกล่าวกว้างๆ ว่า เกิดขึ้นเพราะเป็นผลพวงมาจาก บริบทแห่งการสร้างรัฐชาติ บริบทแห่งการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัย บริบทของการขยายตัวของทุนนิยมและกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของคนกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มคนชายขอบได้อย่างกระชับว่า

“บุคคลหรือกลุ่มคนส่วนน้อยซึ่งสังคมไม่รับรู้ ไม่สนใจ เป็นผู้ที่ถูกทำให้มีความสำคัญ และมีชีวิตอยู่ตามชายแดนหรือริมขอบของพื้นที่ในสังคม ทั้งพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ชาติพันธุ์ ศาสนา การศึกษา ภาษา วิถีชีวิตทางเพศ การจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการเท่าทันกระแสความทันสมัยในยุคโลกาภิวัตน์ และเมื่อคำนึงถึงประเด็นเรื่องความเป็นธรรมแล้ว คนชายขอบยังอยู่ห่างไกลจากสิ่งที่เรียกว่าความเป็นธรรม ด้วยเหตุที่มักไม่ถูกนับรวมไว้เป็นพวกเดียวกันกับคนส่วนใหญ่ของสังคม

จึงไม่อยู่ในข่ายที่จะได้รับสิทธิพื้นฐานและเข้าถึงความเป็นธรรมที่ถูกจัดสรรให้โดยรัฐ”¹ •

1 กุลภา วจนสาระ. มองหาความเป็นธรรมในสังคมไทยผ่านคนชายขอบ. ใน กุลภา วจนสาระและ กฤตยา อาชวนิจกุล, บรรณาธิการ. ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย, 26. นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.

ความเหลื่อมล้ำและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ของประชากรกลุ่มเฉพาะ

งานวิจัยหลายๆ ชิ้น เกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมและความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่าชนชั้นล่าง ผู้มีการศึกษาน้อยกว่า รายได้น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเมื่ออายุน้อยกว่า²

กล่าวสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น มีสถิติที่ชัดเจน (ในบทที่ 3) ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นว่า พวกเขาอยู่ในภาวะของความเสี่ยงทางสุขภาพ มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ นอกจากความเสี่ยงทางสุขภาพแล้ว คนกลุ่มนี้ยังสูญเสียซึ่งความพอใจในตัวเอง (Self Contentment) การรู้สึกถึงความไร้ค่า ขาดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทัดเทียมทันคนอื่นฯ และส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะปัญหาทางสังคม

การมุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในทุกๆ มิติ ให้กับประชากรกลุ่มเฉพาะนั้น จึงไม่ใช่เรื่องเฉพาะกลุ่ม ไม่ใช่การทำงานของใครคนใดคนหนึ่ง หากเป็นเรื่องที่จะเชื่อมร้อยให้คนทุกกลุ่มในสังคมหันมา “ส่งเสียง” ในเรื่องเดียวกัน เพื่อทำให้เสียงที่เคยแผ่วเบาหรือแทบจะไม่มีคนได้ยิน “ดัง” ขึ้น และกลายเป็นพลังมากพอ

**พอที่จะสะท้อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในสังคมที่กำลัง
เจียบงันนี้ .**

2 สถูณี อาชนันท์กุล. ความเหลื่อมล้ำฉบับพกพา, 137.นนทบุรี, สำนัก
งานปฏิรูป (ปรส.), 2554

ประชากร กลุ่มเฉพาะ



คนพิการ

1.8 ล้าน



ผู้สูงอายุ

10.9 ล้าน



ผู้หญิง

33.3 ล้าน



ผู้ต้องขังหญิง

4 หมื่น



มุสลิม

3.43 ล้าน



ผู้มีปัญหา
สถานะบุคคล
และประชากร
ข้ามชาติ

4.7 ล้าน



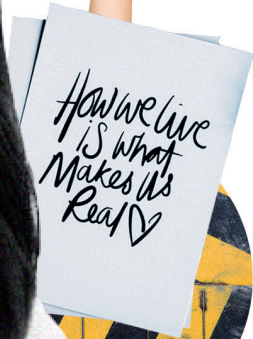
แรงงาน

38.3 ล้าน



คนไร้บ้าน

3 พัน



นสรู
ฤๅส=ลาสิง



“

สำนัก 9 ไม่ได้ทำงานเพียงการสร้างเสริมสุขภาพ แต่สิ่งที่สำนัก 9 ต้องทำและถือเป็นพันธกิจที่ท้าทายยิ่งคือ เราต้องทำงานกับมายาคติของสังคม ลดอคติ ลดการประทุษร้ายที่มีต่อประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำ และ ยืนยันซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้กับคนทุกคน

”

ภ ร ณี ภู ่ ป ระ เ ส ริ ฐ

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

2

สำนัก 9 ท้าวที่กล้า

คั่นกล่าที่ 9 : ความเป็นมาของสำนัก 9 (สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ)

หลังเหตุการณ์ประท้วงและนองเลือดเดือนพฤษภาคม 2535 สังคมไทยได้พยายามทบทวนและมองหาทางออกของความขัดแย้ง รวมไปถึงการสร้างสังคมแห่งประชาธิปไตยให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ภาคประชาสังคม องค์กรความเคลื่อนไหวต่างๆ ได้พากันเสนอแนะ และหาแนวทางในการ “ปฏิรูป” สังคมและการเมืองอย่างเข้มข้น ต่างตระหนักร่วมกันว่า ประชาธิปไตย คงไม่ได้มีคำตอบสุดท้ายอยู่ที่ การเลือกตั้งและฝากความหวังไว้กับฝ่ายการเมืองเพียงอย่างเดียว แต่ต้องหมายถึงการกระจายอำนาจ การถ่วงดุล ตรวจสอบ ซึ่งกันและกัน นั้นย่อมหมายความว่า การเพิ่มบทบาทให้ภาคประชาชนมากเท่าใด ก็จะช่วยถ่วงดุลอำนาจได้มากเท่านั้น ความพยายามปฏิรูปการเมือง

ในยุคนั้นถูกเสนอออกมาเป็นงานวิจัยอย่างชัดเจน¹ และหนึ่งในข้อเสนอ
นั้นได้เสนอไว้ว่าต้องเปิดโอกาสให้เมืองศรีนคริสรที่สามารถทำงานได้
อย่างโปร่งใส ชัดเจน สะดวก ปราศจากการครอบงำจากอำนาจของ
ฝ่ายการเมือง เมื่อความพยายามในการปฏิรูปผ่านรัฐธรรมนูญฉบับ
ดังกล่าวตกผลึกในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นการเมือง กฎหมาย และภาค
ประชาชน จึงเกิดองค์กรอิสระต่างๆ ตามมา กล่าวสำหรับการปฏิรูป
ระบบสุขภาพนั้น เมืองศรีนคริสรในตระกูล “ส” เกิดขึ้นเพื่อเชื่อมประ
สานการทำงานปฏิรูปสุขภาพอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็น สถาบันวิจัย
ระบบสุขภาพ (สวรส.) (2535) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่หลัก
ในการวิจัยระบบสุขภาพ (ทั้งนี้ สวรส. เกิดก่อนรัฐธรรมนูญปี 2540)
สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) (2543) ที่ต่อมากลายเป็น
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) (2550) สำนักงาน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2544) สำนักงานประกันสุข
ภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2546)

1 ธนาพล อิวสกุล. (บรรณาธิการ). (2560). การปฏิรูปการเมืองไทย :
ฐานคิดและข้อเสนอว่าด้วยการออกแบบรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี 2540.
กรุงเทพฯ. : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ก่อตั้งขึ้นในปี 2544 เป็นองค์กรอิสระที่ก่อตั้งขึ้นด้วยเจตนารมณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพจากผลพวงของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ทั้งนี้เงินทุนหลักได้จากเงินบำรุงกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมาจากภาษีที่รัฐจัดเก็บจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตรา ร้อยละ 2 ของภาษีที่ต้องชำระ

เมื่อ สสส. ดำเนินงานมาได้ถึงทศวรรษ ก็ค้นพบว่า ลำพังเพียงการลดความเสี่ยงอันเกิดจากบุหรี่ สุรา และอุบัติเหตุ นั้น ยังไม่สามารถสร้างสุขภาพให้กับประชากรในบางกลุ่มได้ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเฉพาะที่เป็นกลุ่มคนชายขอบต่างๆ ที่จำเป็นต้องเรียนรู้ไปถึงวิถีชีวิตของพวกเขาว่ามีเงื่อนไข ปัจจัยอื่นใดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพและเข้าถึงสุขภาพะของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health)

ปี พ.ศ. 2554 สสส. จึงได้ก่อตั้งสำนักสนับสนุนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ หรือสำนัก 9 ขึ้น เพื่อสร้างและสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ต่างๆ ทำนโยบายทางสุขภาพ บริการทางสุขภาพ สร้างนวัตกรรม รวมไปถึงการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคเอกชนที่ทำงานพัฒนาับประชากรกลุ่มเฉพาะหลากหลายกลุ่ม อันเป็นการเอื้อหนุนให้เกิดสุข

ภาวะกับประชากรกลุ่มนี้ได้²

สำนักสนับสนุนสุขภาพภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ หรือ สำนัก 9 จึงมุ่งเน้นทำงานกับประชากรที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม ขาดโอกาสหรือถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและสุขภาพะ อันมีเหตุปัจจัยมาจากความเหลื่อมล้ำทางสังคม ที่ส่งผลโดยตรงให้เกิดปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health)

การทำงานของสำนัก 9 จึงมีลักษณะเฉพาะตัว และอาจมีความแตกต่างกับสำนักอื่นๆ ของ สสส. ที่ต้องเน้นการทำงานกับปัจจัยเชิงสังคมควบคู่ไปกับการทำงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการทำงานดังแนวคิด “A world where social justice is taken seriously” กล่าวคือเป็นแนวคิดที่เสนอว่าโลกต้องเอาจริงในเรื่องความเป็นธรรม อันเป็นแนวคิดที่มาสนับสนุนนิยามใหม่ทางสุขภาพที่กว้างกว่าการ

2 สัมภาษณ์ พญ.วัชรวิภา วัชรไพบูลย์, คณบดีวิทยาลัยราชสุดา ภาควิชาเครือข่าย
ทำงานด้านคนพิการ สสส., 10 พฤษภาคม 2562.

ปราศจากการเจ็บไข้ได้ป่วย แต่ครอบคลุมถึงความปกติสุขของคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมต่างๆ และความเป็นธรรมทางสังคม ก็เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อความแตกต่างทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ³

หรืออาจกล่าวให้เข้าใจง่ายว่า

สำนัก 9 เน้นการทำงานสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพกับกลุ่มคนที่ “ถูกละเลย หลงลืม” ในสังคม

โดยทำงานภายใต้ฐานคิดที่ว่า

“สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพะ” •

3 วันดี สันติวุฒิเมธี. (บรรณาธิการ) (2556). สุขีชีวิตที่ดีกว่าเดิม : รายงานสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสังคม พ.ศ. 2554-2555.นนทบุรี. เครือข่ายถมช่องว่างทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ยุทธศาสตร์

สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ไตรพลัง ของ สสส. คือ ความรู้ นโยบาย สื่อสารและขับเคลื่อนสังคม โดยเพิ่มเติมเรื่องการพัฒนาศักยภาพภาคี และแกนนำประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อสนับสนุนการรวมกลุ่มและ การพัฒนาภาคีและองค์กรตัวแทนประชากรกลุ่มเฉพาะให้เข้มแข็ง

1. ความรู้ ได้แก่ การพัฒนาความรู้นวัตกรรม งานนำร่องเพื่อนำสู่การขยายผลในระดับต่างๆ โดยมุ่งเน้นที่ระบบสวัสดิการสังคม ระบบสุขภาพ ระบบรองรับสังคมสูงวัย การปรับ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และกลไกการปกครองส่วนท้องถิ่น

2. นโยบาย ได้แก่ การสนับสนุนการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำข้อเสนอนโยบาย เพื่อผลักดัน นโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ



3. สังคม ได้แก่การสื่อสารสังคม ปรับเจตคติของคนในสังคม
สู่สังคมสัมมาชีพ สังคมสวัสดิการ และสังคมไร้การกีดกัน สร้างการ
ยอมรับในความหลากหลายของผู้คนในการอยู่ร่วมกัน อย่างปกติสุข

4. พัฒนาศักยภาพภาคีและแกนนำ เป็นการเสริมพลังภาคีใน
ระดับบุคคล องค์กร การพัฒนา ศักยภาพผู้นำรุ่นใหม่ให้มีศักยภาพ
ขีดความสามารถในการจัดการตนเอง และการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้าง
ความเป็นธรรมทางสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ

รวมถึงการหนุนเสริมพลัง เครือข่ายภาคีการพัฒนาระบบ กลไก
และสภาพแวดล้อมที่ยั่งยืนในการเสริมพลังเครือข่าย ที่ทำงานเพื่อ
ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะของประชากรกลุ่มเฉพาะ •



กรอบการทำงาน

การพัฒนาสิทธิและการพิสูจน์สิทธิของประชากรเพื่อการเข้าถึง
บริการทางสุขภาพ หรือสวัสดิการสังคมตามสิทธิที่พึงมีพึงได้

การพัฒนากลไกการสร้างเสริมสุขภาพ สิทธิประโยชน์ ระบบบริการ
ที่เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มประชากร

งานพัฒนากลไกเสริมเพื่อการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพ
งานสื่อสารเพื่อการสร้างความเข้าใจในประเด็นการสร้างเสริมสุข
ภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะกับทุกภาคส่วน

มี ภาศึการทำงาน (ณ ปัจจุบัน⁴) 8 กลุ่มเป้าหมาย คือ

4 พ.ศ. 2562



คนพิการ เตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตอิสระ สุขภาพ การศึกษา การมีงานทำ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม สนับสนุนให้เกิดการออกแบบสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของคนพิการและคนทุกๆ กลุ่ม (Universal Design) สนับสนุนให้เกิดหน่วยบริการคนพิการในพื้นที่

ผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมของระบบรองรับสังคมสูงวัยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต การต่ออายุการทำงานและการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุ

แรงงาน สร้างหลักประกันทางสังคม รายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ผู้หญิง พัฒนาด้านแบบการสร้างเสริมสุขภาวะผู้หญิงและสร้างความเป็นธรรมทางเพศ

ผู้ต้องขังหญิง มุ่งพัฒนาส่งเสริมระบบสุขภาพผู้ต้องขังผ่านกรอบคิดสาธารณสุขมูลฐาน และการส่งเสริมให้เกิดเรือนจำสุขภาวะ

มุสลิมไทย สร้างเสริมสุขภาวะในชุมชนมุสลิม ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพผู้นำด้านสุขภาวะมุสลิมไทย



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติ เข้าถึงบริการ
และการคุ้มครองสิทธิ

คนไร้บ้าน พัฒนาศักยภาพและสร้างพลังเครือข่ายเพื่อการเข้าถึง
สิทธิ และสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ป้องกันการเกิดคนไร้บ้านหน้าใหม่ •

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดทอนความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความไม่เป็นธรรมทางสังคม
2. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และสนับสนุนงานนวัตกรรมนโยบายสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ
3. เพื่อส่งเสริมกลไกการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตการทำงาน ของภาคีเครือข่ายเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อปรับเจตคติของสังคม ผู้สังคมไร้การกีดกัน เกิดการยอมรับในความหลากหลายของผู้คน ให้อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข

ทั้งนี้ สำนัก 9 มีหลักการที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพ อย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

- > ปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถที่จะแก้ไขหรือลดทอนได้ ผ่านการหนุนเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น

- > การแก้ไขปัญหาคความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพสามารถเริ่มต้นได้จากการป้องกันไม่ให้เกิดโรค (prevention-based) ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ประชากรมีสุขภาพที่ดีมากขึ้นแล้วยังช่วยลดภาระการดูแลสุขภาพของระบบบริการ ด้านสุขภาพอีกด้วย

- > ปัจจัยที่กำหนดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยเฉพาะส่วน บุคคลเพียงอย่างเดียว ปัจจัยแวดล้อมทั้งครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม รวมไปถึงบทบาทของภาครัฐ ต่างก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

- > การพิจารณาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ควรจะพิจารณาผลลัพธ์ตลอดช่วงชีวิต (across lifespan) มากกว่าที่จะพิจารณาเฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (fragmented care)



ความท้าทายของการทำงานเพื่อบรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพ ก็คือการทำงานลดความเหลื่อมล้ำผ่านปัจจัยทางสังคมซึ่งจะสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับวิถีคิดและเชิงโครงสร้างได้ ต้องอาศัยยุทธศาสตร์การสร้างแนวร่วมสนับสนุนจากกลุ่มอื่น นอกเหนือจากการเสริมพลังอำนาจกลุ่มประชากรชายขอบแต่เพียงอย่างเดียว เพราะประชากรทุกกลุ่มในสังคมได้รับประโยชน์จากการลดความเหลื่อมล้ำทางโครงสร้าง และผู้คนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มชายขอบมีอิทธิพลและต้นทุนทางสังคมมากพอที่จะมาหนุนเสริมอำนาจต่อรองของกลุ่มประชากรชายขอบและสร้างระบบนิเวศของการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เกื้อหนุนการตัดสินใจร่วมกันได้

การดำเนินงานโดยคำนึงถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำ ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ “ประชากรกลุ่มเฉพาะ” ซึ่งได้แก่ ประชากรบางกลุ่มที่มีทั้งความเปราะบาง มีความเสี่ยง หรือต้องการกระบวนการพิเศษในการเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ สุขภาวะ อันถือเป็นปัจจัย



ส่งผ่านสังคมกำหนดสุขภาพ (Intermediary Determinants) ที่ทำให้
สูญเสียสุขภาพะ เข้าไม่ถึงบริการ และไม่ได้รับประโยชน์จากการส่งเสริม
สุขภาพตามนโยบายในภาพรวม

การสร้างเสริมสุขภาพะสำหรับประชากร กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ จึงต้อง
มีการทำงานผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับต่างๆ ตั้งแต่การ
ค้นหาสิทธิและ พิสูจน์สิทธิ ที่จะนำมาซึ่งการพัฒนาชุดบริการและการ
เข้าถึงตามความเหมาะสมของกลุ่มประชากร และทำให้ประชากรกลุ่ม
เฉพาะสามารถเข้าถึงสิทธิและการบริการได้อย่างเป็นธรรม และมีการ
สื่อสารสังคมให้มีเจตคติที่เหมาะสมสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ

นี่คือความท้าทายและเป็นมิติในการทำงานเพื่อส่งเสริมสุข
ภาวะที่เป็นการส่งเสียงให้กับกลุ่มคนที่ไร้เสียง หรือมีเสียงแผ่วเบา
ที่สุดในสังคม •

3

เสียงจากคน (เคย) ไร้เสียง
: สถานการณ์ปัญหา
และแนวทางในการสนับสนุน
สุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

3.1

เสียงเพื่อสุขภาวะ ของคนพิการ

คนพิการ



คนพิการในประเทศไทย
มีประมาณ

1.8 ล้านคน

(ร้อยละ 2.75 ของประชากรทั้งประเทศ)

คนพิการในวัยแรงงาน อายุ 15 - 60 ปี



819,550 คน

ร้อยละ 33.18

มีงานทำแล้ว



271,916 คน

ร้อยละ 26.51

ส่วนใหญ่ยังไม่มียานพาหนะ



330,339 คน

ร้อยละ 40.31

ไม่สามารถทำงานได้



217,295 คน

ร้อยละ 26.51

อุปสรรคที่สำคัญคือ



ข้อจำกัดในการ
เข้าถึงการเดินทาง



มายาคติ
ความเชื่อ



ข้อมูลข่าวสารและ
บริการสาธารณะ

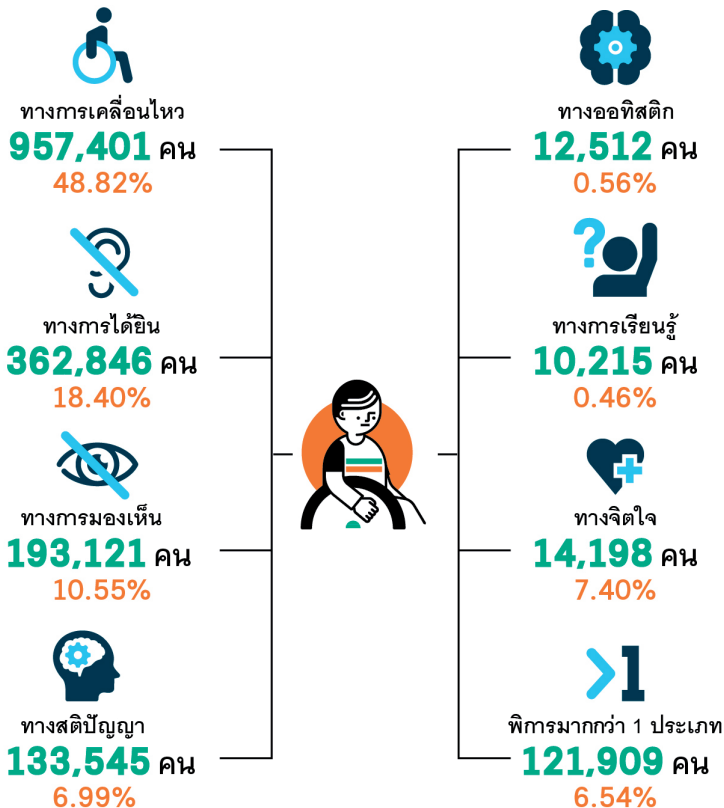
ความพิการมี 7 ประเภท

จากคนพิการ 1.9 ล้านคนมี

6.54%

836,304 คน

พิการมากกว่า 1 ประเภท





นอกจากความไม่สะดวกทางกายภาพแล้ว สิ่งที่คนพิการในสังคมไทย ต้องประสบคือ ปัญหาที่มาจากมายาคติ ความเชื่อ โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า ความพิการเกิดจากกรรมในชาติปางก่อน คนพิการคือคนที่เคยทำบาปไว้ในชาติที่แล้ว มาจนถึง มายาคติที่ถือเรื่องเรือนร่างที่สมบูรณ์แบบของโลกยุคใหม่ ฉะนั้นเรือนร่างที่ไม่สมบูรณ์แบบเช่นคนพิการคือคนที่ด้อยประสิทธิภาพ

การทำงานในระยะแรกที่ สสส.ร่วมกับภาคีเครือข่าย คือ การมุ่งสร้างองค์ความรู้ สืบรวจข้อมูล และทำข้อเสนอในเชิงวิชาการ ที่สำคัญคือการมุ่งสื่อสารกับสังคมว่า คนพิการนั้นไม่ได้เกิดจากร่างกายที่พิการเพียงเท่านั้น แต่สังคมก็เป็นส่วนสำคัญที่จะซ้ำเติมให้ความพิการนั้นกลายเป็นความพิการที่หนักขึ้นไป หรือไร้ความสามารถ ดังกรณีของสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของคนพิการ ทำให้คนพิการออกไปสู่สังคมลำบาก สถานที่ที่ไม่เอื้อให้คนพิการดำรงชีวิตและประกอบอาชีพ รวมไปถึงการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการ





เมื่อมีชุดความรู้ องค์ความรู้ และสื่อสารเพื่อสร้างจินตภาพใหม่ๆ ที่มีต่อคนพิการผู้สังคมแล้ว ในระยะต่อมการทำงานจึงเน้นให้น้ำหนักไปที่การทำให้เห็นรูปธรรมจริงในการดำรงชีวิตว่าคนพิการนั้น สามารถดำรงชีวิตอิสระได้ หากมีปัจจัยเอื้อที่รองรับ ดังกรณีที่มีการฝึกให้คนตาบอดได้รับการอบรม การสร้างความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการเคลื่อนไหวสำหรับคนตาบอด (Orientation and Mobility) หรือที่คนทั่วไปรู้จักกันนามการฝึกไม้เท้าขาว สะท้อนให้เห็นว่าใช้เพียงอุปกรณ์อย่างเดียวยังจะเป็นสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับชีวิตคนพิการ แต่สภาพแวดล้อมและทัศนคติของสังคมก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้คนพิการมีสุขภาวะที่ดีได้ ปัจจุบัน O&M ยังเป็นสิทธิที่คนพิการทางสายตาสามารถเข้ารับบริการได้ตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นี่เป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการเคลื่อนไหวงานในลักษณะ ที่ต้องอาศัยสามประสาน คือ พลังความรู้ พลังสังคม พลังนโยบาย

สิ่งที่อาจถือเป็นหมุดหมายของความสำเร็จร่วมกันของภาคีที่ทำงานด้านคนพิการคือ รูปธรรมในเชิงนโยบายจาก พ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายการจ้างงานของคนพิการ ในมาตรา 33 34 35 ถือเป็นความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับคนพิการ เพราะฐานจากการทำงานสร้าง



สถานการณ์คนพิการ และการทำงานในประเทศไทย



คนพิการในประเทศไทย

1.9 ล้านคน



ลงทะเบียน

1,947,218 คน



ไม่ได้ลงทะเบียน

200,000 คน



คนพิการวัยแรงงาน อายุ 15 - 60 ปี

836,304 คน

คิดเป็น 46.93%

พิการมากไม่สามารถ
ประกอบอาชีพได้

57,905 คน

ประกอบอาชีพ

236,353 คน

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

211,637 คน



เพศชาย

130,175 คน



เพศหญิง

81,462 คน



องค์ความรู้ และงานวิจัยต่างๆ พบว่า สิ่งที่คนพิการต้องการคือ “ความเข้าใจ” มากกว่า “ความเห็นใจ” ต้องการมีศักดิ์ศรี มีรายได้ ไม่อยากเป็นภาระ ต้องการให้คนอื่นยอมรับในศักยภาพของตน มากกว่าจะเป็นวัตถุที่มีชีวิตรอการสงเคราะห์ช่วยเหลือ ฉะนั้นการได้ประกอบอาชีพ จึงเป็นเสมือนกุญแจดอกสำคัญที่จะทำให้ชีวิตคนพิการมีสุขภาวะที่ดีขึ้น การร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ สนับสนุนทั้งภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภาคเอกชน อย่างมูลนิธินวัตกรรมทางสังคม (SIF) ทำให้เกิดการจ้างงานคนพิการอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

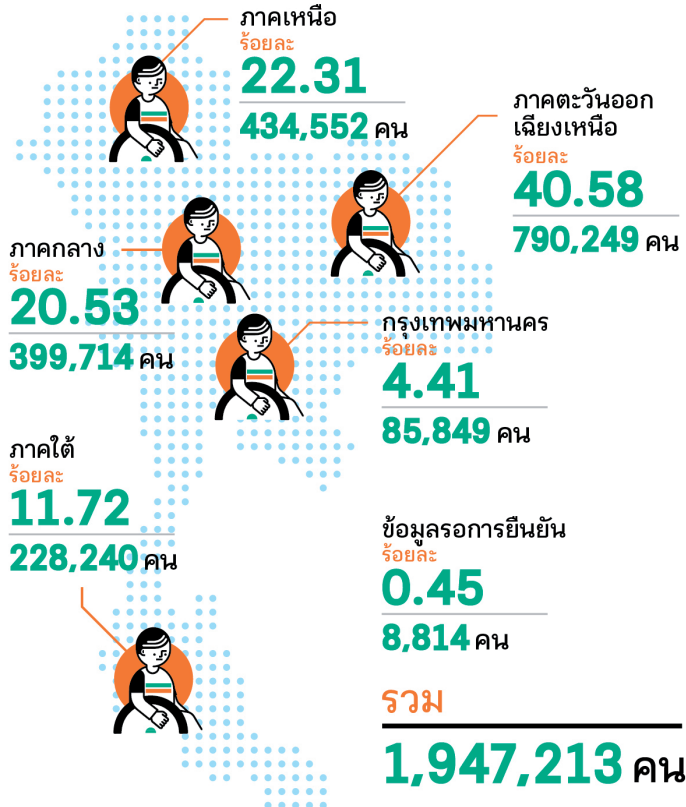
นอกจากส่งเสริมสนับสนุน และผลักดันให้มีการจ้างงานคนพิการ รวมไปถึงการสร้างอาชีพให้คนพิการในชุมชนท้องถิ่นแล้ว ภารกิจที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการทำงานที่ผ่านมาคือการพยายาม ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของคนพิการและคนทุกคน ตามแนวความคิด Universal Design เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนทุพพลภาพ สะดวก ปลอดภัยในการใช้ชีวิต ในอีกแง่ เป็นการลดทอนสังคมที่ซ้ำเติมคนพิการให้เกิดภาวะพิการหนักไปกว่าเดิม

รูปธรรมต่างๆ ในการทำงาน ที่ถูกขับเคลื่อนไป ยังก้าวไปจนถึงการสนับสนุนให้เกิดองค์ความรู้ตลอดจนการร่วมมือกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ผลักดันให้เกิด “ศูนย์บริการคนพิการ”



ปัจจัยที่ทำให้คนพิการไม่มีงานทำ

คนพิการในประเทศไทยส่วนใหญ่
อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล



มารู้จักกฎหมายจ้างงานคนพิการ

สถานประกอบการ

มีทางเลือกดำเนินการตามมาตรา 33, 34 หรือ 35

พระราชบัญญัติ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่/) พ.ศ.2566

จ้าง



มาตรา 33

สถานประกอบการที่มีพนักงาน 100 คน
ต้องจ้างงานคนพิการเข้าทำงาน 1 คน อัตราส่วน 100:1
ผลทางภาษี - หักเป็นค่าใช้จ่าย 200%

จ่าย



มาตรา 34

ถ้าไม่สามารถจ้าง ต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ปี 2562 ใช้ตัวเลขค่าแรงขั้นต่ำปี 61=308 บาท
308x365 เป็นเงิน 112,420 บาท/ต่อ 1 คนพิการ/ต่อปี
ผลทางภาษี - หักเป็นเงินบริจาค 100%

จัด



มาตรา 35

ทางเลือกจัดการสนับสนุนคนพิการส่งเสริมอาชีพได้ 7 รูปแบบ
เป็นเงิน 112,240 บาท / ต่อ 1 คนพิการ / ต่อปี
ผลทางภาษี - หักเป็นค่าใช้จ่าย 100%
จัดสัมปทาน (หักภาษีไม่ได้)
จัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ (หักภาษีไม่ได้)
สัญญาจ้างเหมาบริการ (3)
ฝึกงาน - ฝึกอบรม
ล่ามภาษามือ
จัดสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก
ให้ความช่วยเหลืออื่นใด (7)

ทั้งในระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ที่ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงจัดหางาน แต่
คอยให้บริการทุกๆ มิติของชีวิตคนพิการ ทั้งยังเป็นพื้นที่ที่ช่วยเปิดโอกาส
ให้คนพิการได้ใช้ศักยภาพในชีวิตอย่างสมภาคภูมิ

จากย่างก้าวที่เคยทุลักทุเล

**батงานและชีวิต ของคนพิการในสังคมไทยกำลังเคลื่อนไป
อย่างก้าวหน้าและน่าจับตามอง¹ .**

1 ข้อมูลเชิงสถิติของคนพิการทั้งหมดนี้อ้างอิงจาก กรมส่งเสริมและ
พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และมูลนิธินวัตกรรมทางสังคม ณ วันที่ 31
ธันวาคม 2561

กฎหมายกำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 100 คนขึ้นไป



ต้องรับคนพิการเข้าทำงาน 1 คน (100:1)

แต่ด้วยข้อจำกัดหลายประการ

ทำให้บริษัทไม่สามารถจ้างคนพิการเข้ามาทำงานที่บริษัทได้
ทางออกสุดท้ายคือเลือกส่งเงินเข้ากองทุน



ทุกปีบริษัทส่งเงินเข้ากองทุนฯ กว่า **2,000** ล้านบาท (มาตรา 34)

ทำให้คนพิการกว่า **20,000** คน

พลาดโอกาสการมีอาชีพมีงานทำ

วันนี้มูลนิธินวัตกรรมทางสังคมและภาคีเครือข่ายคนพิการกว่า 10 หน่วยงาน

พร้อมสนับสนุนให้บริษัทเปลี่ยนการส่งเงินเข้ากองทุนให้เงินก้อนเดิม

ได้สร้างอาชีพให้แก่คนพิการโดยตรง

-ไม่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เพราะมูลนิธิได้รับสนับสนุนจาก สสส. -

มาตรา 35



1

การให้สัมปทาน

การให้สิทธิแก่คนพิการหรือผู้ดูแล
คนพิการได้ใช้ประโยชน์จาก
ทรัพย์สินในการประกอบอาชีพ



จัดสถานที่จำหน่ายสินค้า และบริการ

การจัดสถานที่บริเวณองค์กร
หรือสถานประกอบการ ไม่ว่าจะ
เป็นภายในหรือภายนอก เพื่อให้
คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการได้ใช้
ประโยชน์การประกอบอาชีพ



การจัดจ้างเหมาะสมงาน หรือจ้างเหมาบริการ

การจ้างเหมาะสมงานหรือการจ้าง
เหมาบริการจากคนพิการหรือผู้ดูแล
คนพิการ เพื่อประโยชน์ของ
หน่วยงานรัฐ นายจ้าง หรือเจ้าของ
สถานประกอบการแห่งนั้น



ฝึกงาน

การเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ
ประสบการณ์ หรือการถ่ายทอด
วิทยาการหรือเทคโนโลยี
ที่สามารถนำไปประกอบอาชีพได้



7

การให้ความช่วยเหลืออื่นใด แก่คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ

ให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการ
หรือผู้ดูแลคนพิการโดยตรง
เพื่อให้คนพิการหรือผู้ดูแล
คนพิการสามารถประกอบอาชีพ
หรือมีรายได้



6

ล่ามภาษามือ

การจ้างบุคคลซึ่งจัดตั้งเป็น
ล่ามภาษามือ เพื่อให้บริการ
แก่คนพิการทางการได้ยิน
หรือสื่อความหมาย



5

จัดให้มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

การจัดให้มีเครื่องช่วยอำนวยความสะดวก
ซึ่งเคลื่อนที่
หรือเคลื่อนย้ายได้ เพื่อให้คน
พิการเข้าถึง และใช้ประโยชน์
ในการประกอบอาชีพได้บน
พื้นฐานของความต้องการพิเศษ
ของคนพิการแต่ละประเภท

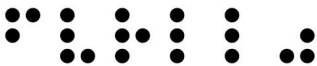
4

3

Able



พญ. ธีรรา
ธีรวิบูลย์



“

สำนัก 9 ทำให้สังคมได้เห็นรูปธรรมที่ชัดเจน
ว่า เพียงเปิดโอกาสให้คนพิการได้ออกมา ได้แสดง
ศักยภาพ แล้วจะพบว่าพลังของคนพิการนั้นไม่
ได้ด้อยไปกว่าคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งถ้าไม่มีสำนัก 9
มีเพียงกระทรวงหลักๆ จากภาครัฐ อาจไม่มีการ
เชื่อมร้อยคนทำงานมาร่วมกันผลักดันให้เกิดรูป
ธรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากเท่านี้

”

พ.ญ. รัชรา ธีวไพบูลย์

คณบดี วิทยาลัยราชสุดา



บ๊วย
อัมพาต



“

สิ่งที่เป็นจุดเด่นและเป็นนวัตกรรมที่เกิดขึ้นได้
เพราะ สสส. สำนัก 9 อย่างเด่นชัดและเป็นรูปธรรม
สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนพิการมากก็คือ การทำ
ให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในการจัดสรรอาชีพสำหรับ
คนพิการ ที่เรียกกันว่าการจ้างงานคนพิการในชุมชน
หรือการจ้างงานคนพิการเชิงสังคม ให้คนพิการได้
ทำงานในชุมชนท้องถิ่นของตัวเอง และองค์กรใน
ท้องถิ่นก็ได้ประโยชน์จากการทำงานของคนพิการ
ซึ่งรูปธรรมเช่นนี้ตอบโจทย์ให้ชีวิตคนพิการ บุรณา-
การ ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม

”

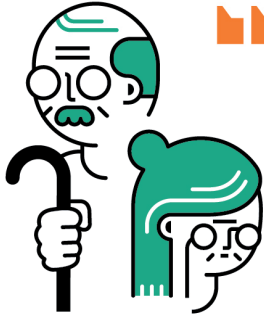
ม นี ษา อ นัน ต ผล

ผู้จัดการศูนย์ประสานการจ้างงานคนพิการ
มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม

3.2

เสี่ยงเพื่อสุขภาวะ ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ



แม้ว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่
ยังช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ดี
แต่ยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย
ที่ต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด



ในปี 2559
ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ
10.9 ล้านคน

คิดเป็นร้อยละ 16 ต่อสัดส่วนประชากรทั่วประเทศ

ขณะเดียวกันผู้สูงอายุ

1 ล้านคน

เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาบางส่วน
หรือพึ่งพาทั้งหมดและต้องการผู้ดูแล



ดูแลตัวเองได้
84.7%



พึ่งพ้าง (ติดบ้าน)
11.3%



พึ่งพา 100% (ติดเตียง)
1.3%



“รัตต์ญญ หรือผู้รู้ราตรีนาน ผู้อาวุโส ร่วมโพธิ์ร่วมไทร ผู้เฒ่าผู้แก่” จากคำเรียกขานเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแต่เดิมสังคมไทยให้คุณค่า และให้ความหมายต่อผู้สูงอายุ ในเชิงบวก และประสบการณ์จากผู้สูงอายุถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับชุมชน ในอดีตสังคมไทยไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าเมื่อเข้าสู่อายุเท่าไรจึงจะนับเป็นผู้สูงอายุ

จึงกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุ เริ่มเป็นกลุ่มคนที่มีตัวตนเด่นชัดขึ้นและเริ่มถูกแบ่งแยกจากสังคมไทยให้เป็นคนกลุ่มที่ต้องดูแลเฉพาะในสมัยจอมพล ป. พิบูลย์สงคราม โดยเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2483 ได้มีการจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นเพื่อจัดสวัสดิการสำหรับกลุ่มประชากรต่างๆ ซึ่งรวมคนชราภาพที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ไว้ด้วย ประกอบกับเมื่อองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้เกณฑ์กลางให้ผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปถือเป็นผู้สูงอายุ (Aged) ซึ่งเป็นการแบ่งตามอายุเพื่อประโยชน์ในการวางนโยบายทางประชากรศาสตร์และสวัสดิการสังคม กลุ่มผู้สูงอายุจึงถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยนับเอาเกณฑ์อายุขัยเป็นสำคัญ



นอกจากเกณฑ์ทางด้านอายุขัยแล้ว มาyacติเกี่ยวกับความสูงวัยก็เริ่มปรากฏชัดขึ้นไปอีกเมื่อมีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ ทำให้มีการค้นคว้าวิจัยที่ช่วยชะลอความร่วงโรยของร่างกายเพื่อให้มีอายุยืนยาวขึ้น มโนทัศน์เกี่ยวกับความชรา หรือคนสูงวัยจึงในสังคมไทยจึงค่อยๆ เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุกลายเป็นคนที่เสื่อมถอยทางกายภาพ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เป็นกลุ่มคนที่ Non productive ในเชิงเศรษฐกิจ² มี “มายาคติ” หรืออคติจากวัย ในแง่ลบต่างๆ ตามมาอีกมากมาย

ในปี 2560 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11.31 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 โดยจำแนกเป็นชาย 5.08 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.9 ของประชากรผู้สูงอายุ และเป็นหญิงจำนวน 6.22 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.1 ของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี 2564

และในปี 2562 นี่เป็นปีแรกที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super

2 สมรักษ์ ชัยสิงห์กานนท์. (2545). ความชรา ภาพร่าง (Body Images) และการใช้ชีวิตในเมือง ใน ชีวิตชายขอบ ตัวตนกับความหมาย. 138 -181.

Aged Society) คือมีประชากรสูงอายุมากกว่า 20% ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุไทย กำลังประสบปัญหาหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุร้อยละ 95 มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ

ด้านเศรษฐกิจ มีผู้สูงอายุร้อยละ 34.3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ประกอบกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไม่ได้มีการวางแผนการออมมาตั้งแต่วัยทำงาน เมื่อถึงวัยปลดเกษียณจึงมีประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ด้านสังคม ขาดการออกแบบเมืองและที่อยู่อาศัยให้รองรับการเดินทางและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ **ทั้งนี้พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเกือบ 1,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน และ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่หกล้มและกระดูกหักไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก^{3 4}**

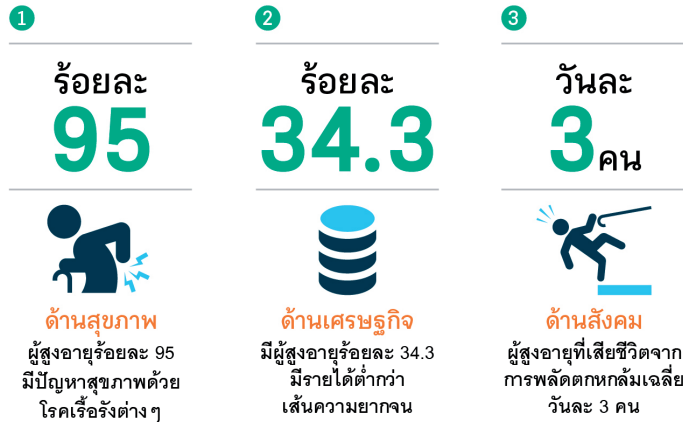
สสส. โดย สำนัก 9 จึงร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านพัฒนาผู้สูงอายุทุกภาคส่วน โดยเน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลง ลดมายาคติที่มองผู้สูงอายุว่าเป็นภาระ ด้วยคุณค่า ให้แปรเปลี่ยนมาเป็นการมอง

3 ข้อมูลในเชิงสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อ้างอิงจาก กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4 ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

ผู้สูงอายุไทย

กำลังประสบปัญหาหลายด้าน



ผู้สูงอายุในฐานะพลังของสังคม ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผ่านโครงการนำร่องที่เขตวังทองหลาง การออกแบบนวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ธนาคารเวลา ศูนย์สวัสดิการสังคม และขับเคลื่อนการขยายอายุแรงงานสูงวัย พัฒนานวัตกรรมเพื่อสังคม เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ หนุนเสริมการทำงานกับคณะทำงานภาครัฐเพื่อรองรับและเตรียมพร้อมสำหรับสังคมสูงวัย

ทั้งหมดนี้เป็นแนวทางสำคัญที่ สสส.หวังว่าจะช่วยลดผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีรายได้ ลดภาระในการพึ่งพิง

เป็นสังคมที่คนสูงวัยที่อยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและมีสุขภาวะ •



พญ. สดดา
คำรณการเลิศ

“

สำนัก 9 เป็นทั้งกัลยาณมิตรและเป็นผู้ช่วย
เชื่อมประสานภาคีต่างๆ โดยได้ขับเคลื่อนในประเด็น
ผู้สูงอายุภายใต้ฐานงานวิชาการที่เราทำ จนเกิด
เป็นนโยบายที่ชัดเจนมากๆ ถึงสองเรื่องคือ เรื่อง
กองทุนการออมแห่งชาติ และเรื่องการส่งเสริม
การทำงานของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าไม่มีสำนัก 9
งานคงไม่เดินมาไกลขนาดนี้

”

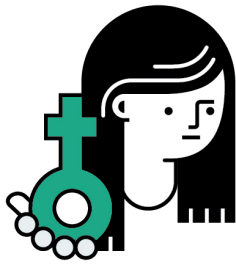
พ.ญ. ลัดดา ดำริการเลิศ

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

3.3

เสียงเพื่อสุขภาวะ ของผู้หญิง

ผู้หญิง



ผู้หญิงไทยมีชีวิต
ยืนยาวกว่าผู้ชาย
ด้วยคุณภาพชีวิต
ที่ดีกว่า



เสี่ยงต่อการตกอยู่ในภาวะ



ซึมเศร้า



โรคเรื้อรัง



พิการยาวนาน

ความรุนแรง



ร้อยละ

34.6

ประสบปัญหา
ความรุนแรง



ร้อยละ

82.6

เลือกที่จะเผชิญปัญหาด้วยตนเอง
เพราะเป็น "เรื่องส่วนตัว"



การสนับสนุนแนวคิดสตรีนิยม สนับสนุนให้มีสร้างสุขภาวะและเป็นธรรมชาติให้กับผู้หญิงไม่ได้เป็นเรื่องที่ทำเพื่อผู้หญิง แต่เป็นการทำเพื่อคนทุกคน ทั้งนี้สังคมไทยมักมีอคติต่อคนที่ทำงานเรื่องผู้หญิงหรือเคลื่อนไหวในประเด็นเพื่อผู้หญิงในแง่ลบ ดังคำกล่าวเสียดสีว่า “เป็นผู้หญิงที่อยากมีหนวด” ก้าวร้าว ทำตัวไม่สอดคล้องกับประเพณีนิยม กระทั่งเกลียดผู้ชาย

หากทว่าในความเป็นจริงแล้ว การทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาวะผู้หญิงและความเป็นธรรมชาติเพศนั้น คือการพยายามสร้างสุขภาวะให้คนทุกเพศ เป็นการพยายามสะท้อนและเผยให้เห็นว่าเราทุกคนต่างเจ็บปวด และต้องเผชิญกับทุกข์อันมาจากกรอบเกณฑ์ที่ความเชื่อทางสังคมวัฒนธรรมกำหนดไว้ไม่ว่าจะอยู่ในเพศสภาพแบบใด อาทิ เกิดเป็นผู้ชายต้องเข้มแข็ง ร้องให้อ่อนแอไม่ได้ เกิดเป็นผู้หญิงต้องทำหน้าที่เมียและแม่ หากไม่สามารถทำได้อย่างนี้ถือเป็นความบกพร่อง





เป็นความล้มเหลวของชีวิต เหล่านี้คือสิ่งที่ผู้สร้างมาจากมายาคติ ชาย
เป็นใหญ่ ยิ่งไปกว่านั้นหากพิจารณาให้ลึกลงไป จะพบว่า ปัญหาทุก
ปัญหาในสังคม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อม การเมือง คนชายขอบ
ล้วนแต่มีปัญหาอันเกี่ยวกับมิติทางเพศซ่อนทับอยู่ด้วยในทุกประเด็น

ภายใต้ความคิดความเชื่อและมายาคติเรื่องชายเป็นใหญ่ ผู้หญิง
จึงถูกทำให้เป็นเพศที่อ่อนแอ มีอำนาจน้อยกว่า และต้องเผชิญความ
รุนแรงมากกว่าผู้ชาย

การทำงานในประเด็นผู้หญิงจึงไม่ใช่เพียงทำเพื่อสร้างเสริมสุข
ภาวะให้ผู้หญิง แต่เป็นการทำงานเพื่อสร้างสุขภาวะให้กับคนทุกเพศ
ทุกกลุ่มในสังคม ทั้งนี้การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการขับเคลื่อนการ
ทำงานหลายๆ โครงการและกิจกรรมเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ การเปลี่ยน
แปลง ตลอดจนไปจนถึงการสร้างพลังให้กับภาคีที่ขับเคลื่อนในประเด็น
สร้างศักยภาพให้ผู้หญิงและความเป็นธรรมทางเพศ โดยมีการทำงาน
ทั้งกับภาครัฐ เอกชน กลุ่มชาติพันธุ์ เช่น โครงการฟื้นฟูภูฏานจาริตและแก้
ปัญหาความรุนแรงเพื่อสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้หญิงและเด็กสาวม้ง
การทำงานกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ อาทิ ชสมก. เพื่อรณรงค์ไม่ให้มีการ
ล่วงละเมิดผู้หญิงในพื้นที่สาธารณะ การทำงานกับสำนักงานตำรวจ
แห่งชาติ โดยเฉพาะกลุ่มของพนักงานสอบสวนหญิง เพื่อให้มีความ
ละเอียดอ่อนในกระบวนการสืบสวนสอบสวนผู้หญิงต้องกลายเป็นเหยื่อ
ของความรุนแรง การรณรงค์ให้ยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง ไปจนถึงการ



พยายามสร้างนวัตกรรมทางความรู้ ผ่านหลักสูตรการเรียนรู้ เพื่อค้ำ
ให้ผู้เรียนและคนทั่วไปในสังคมได้มองเห็นว่าสังคมจัดวางอำนาจและ
สถานภาพแต่ละเพศไม่เท่ากันอย่างไร ตั้งแต่ในระดับชีวิตประจำวันไป
จนถึงในประเพณีวัฒนธรรม สังคม การเมือง เหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่ง
ของการขับเคลื่อน ยังมีอีกหลายประเด็น หลายกิจกรรมที่ดำเนินไป
อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ฐานคิดการสร้างพลังจากอำนาจภายใน

เมื่อความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งในวิถีคิดของคน และการเปลี่ยนแปลง
ในเชิงนโยบายค่อยๆ ปรากฏให้เห็น ใช่หรือไม่ว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็น
ตัวบอกให้คนในสังคมรู้ว่าพลังภายในของภาคีเครือข่ายคนทำงาน
ด้านผู้หญิงนั้นมีมากเพียงใด

และเป็นการพลิกเปลี่ยนโลกทั้งใบให้ใครหลายๆ คน •

ผลสำรวจปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง โดยองค์การอนามัยโลก

7 คน/วัน

คือจำนวนผู้หญิงถูกละเมิด
ทางเพศ กระทำรุนแรง
ทางร่างกาย



30,000

คน/ปี
คือสถิติผู้หญิงที่แจ้งความร้องทุกข์

สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในไทย

ช่วงอายุของผู้ถูกระทำ



เด็กและเยาวชน
อายุ 5-20 ปี
60.6%



รองลงมา
อายุ 41-60 ปี
30.9%



อายุ
มากที่สุด
90 ปี



อายุ
น้อยที่สุด
5 ปี



ที่น่าเศร้าใจ
มีผู้เสียชีวิต
20 ราย

กลุ่มอาชีพผู้ถูกระทำ

นักเรียน
นักศึกษา
30.9%

ลูกจ้าง
30.9%

ค้าขาย
30.9%

กลุ่มเด็กเล็ก
30.9%

ผลกระทบต่อผู้ถูกระทำ

หวาดผวา
ระแวง และกลัว
26.1%

ถูกบังคับให้
เพศสัมพันธ์หลายครั้ง
12.8%

ถูกข่มขู่ ข่มขู่
ห้ามบอกใคร
12.7%

ถูกทำร้าย
ร่างกายสาหัส
12%



ผู้กระทำความรุนแรง

คนรู้จักคุ้นเคย
หรือบุคคล
ในครอบครัว
53%

คนแปลกหน้า
ไม่รู้จักกัน
38.2%

คนที่รู้จักกัน
ผ่านโซเชียล
8.8%

ผู้กระทำอายุ
น้อยที่สุด
12 ปี

ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงทางเพศ



31.1%

เครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์



28%

อ้างว่ามีอารมณ์
ทางเพศ



16.3%

การใช้
สารเสพติด



11.7%

ต้องการ
ชิงทรัพย์



วรากรณ์
แฮมมอนด์

“

เมื่อเริ่มโครงการ เราบอกกับ สำนัก 9 ว่าจะ
ขอมองกรอบการทำงานไว้กว้างๆ ว่าเป็นงานที่
เกี่ยวกับสุขภาวะผู้หญิงและความเป็นธรรมทาง
เพศ เราจะไม่กำหนดว่าต้องทำเรื่องความรุนแรง
ในครอบครัว ปัญหาท้องไม่พร้อม เอชไอวี หรือ
เรื่องอะไรที่เป็นประเด็นตายตัวเพราะตอนนั้นเรา
ยังไม่รู้จักภาควิชาเขาเผชิญปัญหาอะไร ต้องการอะไร
มีประเด็นอะไรที่เขาอยากจะเปลี่ยนแปลง ซึ่งทาง
สำนัก 9 ก็เห็นด้วย

แต่ในการวางกรอบไว้กว้างๆ นั้นเรามีฐานคิด
สำคัญ คือการปรับเรื่องวิธีคิด ทักษะ ค่านิยม
เราต้องไม่มองว่าปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม
ทางเพศที่เกิดขึ้นในทุกบริบทของสังคมนั้นเป็น
เรื่องปกติ ธรรมดา เพราะถ้าไม่ปรับตรงนี้คือให้ไป
ทำงานอื่นก็ไม่ได้ผล

”

ด.ร. วรารักษ์ แซ่มสนิท

ผู้จัดการ แผนงานสุขภาวะผู้หญิงและความเป็นธรรมทางเพศ
สมาคมเพศวิถีศึกษา

3.4

เสียงเพื่อเรือนจำสุภาพะ
ของผู้ต้องขังหญิง

ผู้ต้องขังหญิง



ผู้ต้องขังหญิงของไทยมีจำนวน

45,141 คน

คิดเป็นร้อยละ 14.6 มีอัตราสูงที่สุดในโลก

เมื่อเทียบสัดส่วนผู้ต้องขังหญิงต่อประชากรแสนคน อยู่ที่ 73.4 คน สูงกว่าสหรัฐอเมริกาที่เป็นลำดับสองเกือบ 10 จุด (63.9)



ปัญหาอนามัยแม่และเด็กทารก
ปัญหาด้านสูตินรีเวช (การคัดกรอง
และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก
และมะเร็งเต้านมอย่างเป็นระบบ)



ปัญหาสุขภาพช่องปาก
พบว่าผู้ต้องขังมากกว่าร้อยละ 80
มีปัญหาด้านทันตกรรม



ปัญหาผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
พบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำมีอัตราการป่วย
เป็นวัณโรคที่สูงมาก
เนื่องจากความเป็นอยู่แออัด



ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่
ภาวะซึมเศร้า จิตตก

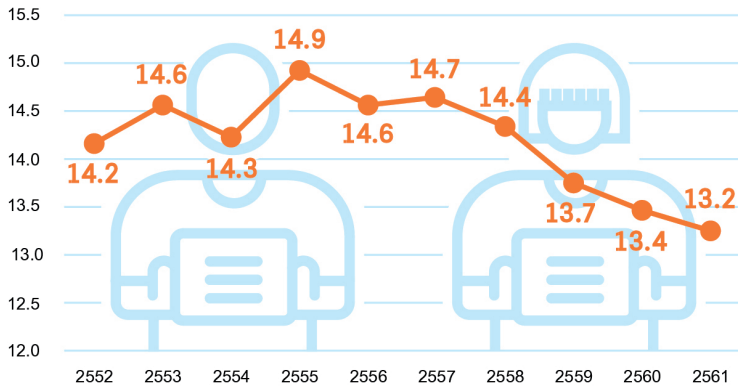


ปัญหาภาวะโรคติดต่อ
ทางเดินอาหาร ท้องเสียเพราะการ
ปนเปื้อนในอาหารและน้ำดื่ม



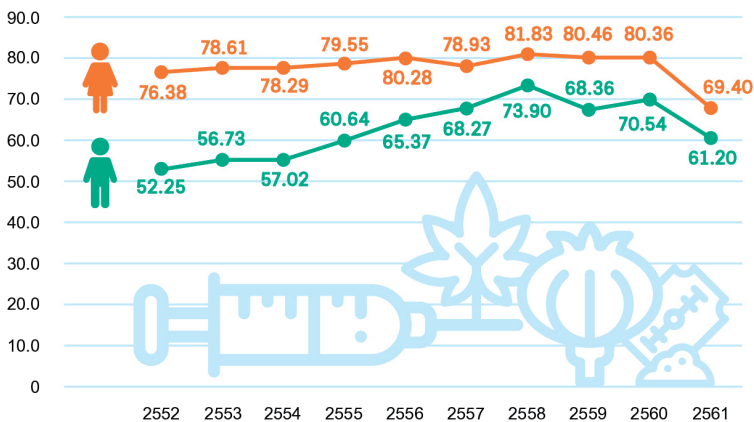
ปัญหาคนล้นคุก
มีความคับแคบแออัดของพื้นที่
เกินความจุมาตรฐาน

สัดส่วนผู้ต้องขังหญิงต่อผู้ต้องขังชาย พ.ศ.2552-2561



(*ที่มา: กุลภา, 2561. จำนวนจาก ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
กองแผนงาน กรมราชทัณฑ์, 1 กรกฎาคม 2561)

สัดส่วนผู้ต้องขังคดียาเสพติด เปรียบเทียบระหว่าง หญิงและชาย พ.ศ.2552-2561



(*ที่มา: กุลภา, 2561. จำนวนจาก ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
กองแผนงาน กรมราชทัณฑ์, 1 กรกฎาคม 2561)

ไม่มีใครรู้จักประเทศใดได้ดีหากเขาไม่เคยเข้าไปอยู่ในคุกของชาตินั้น คุณค่าที่แท้จริงของชาติไม่อาจวัดได้จากการปฏิบัติต่อพลเมืองที่สูงที่สุด แต่ต้องวัดจากการปฏิบัติต่อพลเมืองที่อยู่ต่ำที่สุด

เนลสัน แมนเดลา

อดีตนายกรัฐมนตรีแห่งสาธารณรัฐแอฟริกาใต้
ที่เคยถูกจำคุกเป็นเวลา 27 ปี

อาจกล่าวได้ว่า การทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของผู้ด้อยชั้นหญิงนั้นเป็นการทำงานที่ท่ามกลางเมฆหมอกของมายาคติอันหนาทึบที่สุดของประชากรกลุ่มเฉพาะก็ว่าได้ เพราะคนในสังคมมักมีอคติในแง่ลบต่อผู้ด้อยชั้น และสังคมไทยเป็นมักเชื่อว่าผู้ด้อยชั้นคือผู้ที่กระทำผิดเป็น “อาชญากร” ที่ต้องลงโทษเรือนจำควรเป็นพื้นที่เฉพาะไว้คุมขังคน

ทำผิด ไม่ควรให้สังคมภายนอกเข้าไปยุ่งเกี่ยว รับรู้ ร่วมมือใดๆ ทั้งสิ้น ด้วยอคติเช่นนี้ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ต้องขัง กลายเป็นเพียงปัญหาในเชิงปัจเจก ไม่ใช่เรื่องที่สังคมควรรับผิดชอบร่วม และหากพิจารณาจากประเทศไทย ผู้ต้องขังกว่าร้อยละ 60 หรือสองในสามเป็นผู้ต้องขังจากคดียาเสพติดซึ่งเป็นปัญหาอันมีที่มาจากโครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมของสังคม และอัตราของผู้หญิงที่ต้องโทษด้วยคดีความผิด พ.ร.บ. ยาเสพติดนั้น สูงกว่าผู้ชายมาโดยตลอด⁵

ผลมาจากนโยบายและการแก้ปัญหายาเสพติดด้วยการเน้นปราบปรามและลงโทษนี้ส่งผลให้เกิดปัญหา “คนล้นคุก” อันนำมาซึ่งปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง สาธารณูปโภคต่างๆ ไม่เพียงพอ ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงสุขภาพที่ดี มีหน้าซ้ำเมื่อพ้นโทษออกมาก็ยังต้องมาเจออคติต่างๆ โดยเฉพาะต้องกลายเป็นบุคคลต้องห้ามสำหรับการทำงานในบางอาชีพ

5 กุลภา วจนสาระ. (2561) ป่วยไข้ในเรือนจำ : ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ .นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ชีวิต 24 ชั่วโมง ในเรือนจำ



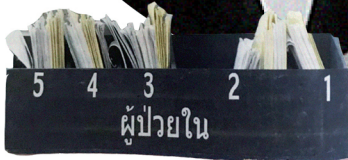
ตั้งแต่ปี 2555 มาจนถึงปัจจุบัน สสส. โดยสำนัก 9 ได้ริเริ่มขยายขอบเขตการสร้างเสริมสุขภาพะไปยังเรือนจำและผู้ต้องขังหญิง ภายใต้หลักการของสุขภาพะเพื่อคนทั้งมวล (Health for All) และเพื่อสื่อสารกับสังคมและภาครัฐถึงความจำเป็นและแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพะที่ดีไม่ต่างจากคนทั่วไปในสังคม ด้วยวิธีคิดที่ว่า ผู้ต้องขังหญิงต้องไม่ถูกกันออกไปจากสิทธิขั้นพื้นฐานในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีสุขภาพะ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างองค์ความรู้สำรวจข้อมูลเพื่อนำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในการนำมาประยุกต์ปรับใช้กับเรือนจำ ซึ่งมีฐานะเป็นชุมชนพิเศษ การขับเคลื่อนเพื่อปรับเปลี่ยนคูกจากพื้นที่ ที่ลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ด้วยการลงทัณฑ์เป็นพื้นที่แห่งสุขภาพะ ภายใต้แนวทาง เรือนจำสุขภาพะ ผ่านกระบวนการทำงานด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงภาวะภายในใจของผู้ต้องขัง การเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบของเรือนจำให้เป็นชุมชนของความห่วงใยและเป็นสถานที่แห่งการฟื้นฟูมากกว่าการควบคุม ไปจนถึงการพยายามลดการประทัตตรา การสร้างจินตภาพใหม่ๆ ต่อผู้ต้องขังและเรือนจำ

“จากคุณผู้ เรือนจำสุภาพระ”

เส้นทางสู่เรือนจำสุภาพระที่ทอดยาวอยู่ข้างหน้า

ไม่ใช่เส้นทางที่รอการสร้างทำจากใครคนใดคนหนึ่ง

แต่คือเส้นทางที่คนทุกคนในสังคมมีส่วนร่วมในการสรรค์สร้าง
ไปด้วยกัน •



กฤตยา
อาชวณิชกุล



“

อย่าลืมว่าศูนย์กลางของของชีวิตมนุษย์คือ
สุขภาพ ถ้าเอาความคิดเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน
ซึ่งเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของคน เข้าไป
ปรับใช้ในพื้นที่เฉพาะอย่างเรือนจำได้ จะเป็นหนึ่งใน
หนทางไปสู่เรือนจำสุขภาพะ

แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจาก
ทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ต้องขัง ผู้คุม เจ้าหน้าที่ต่างๆ
รวมไปถึงบุคคลที่อยู่ข้างนอก มาช่วยกันทำงาน
ข้ามหน่วยงาน สร้างความสมดุลให้ได้ระหว่างการ
ควบคุมกับการรักษา พื้นฟู เชื่อมั่นว่าหนทางไปสู่
เรือนจำสุขภาพะคงอยู่ไม่ไกลเลย

”

ร ศ. ด ร. ก ฤ ต ข า อ า ช ว นี จ ภู ล

นายกสมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม



ส.ค.ร.ส.ท.ก.ร.น.
ท.ว.ร.น.ก.

“

วิธีคิดที่สำคัญในยุคนี้คือเราต้องทำให้ชีวิต
ในเรือนจำมีชีวิตที่คล้ายคลึงกับข้างนอกมากที่สุด
เข้าไปไม่ใช่เพื่อการลงโทษ เพราะการลงโทษมันเกิด
ขึ้นแล้วตั้งแต่วินาทีที่เขาถูกตัดสิน ถูกพรากจาก
ความสัมพันธ์ข้างนอก พื้นที่ข้างในจึงควรเป็นพื้นที่
แห่งการเยียวยา ฟันฟูดูแล

ฉะนั้น เรือนจำสุภาพระ จึงต้องหลอมรวม
ทั้งความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพ และเรื่องความ
สัมพันธ์ ทั้งหมดทั้งหมดของชีวิต จากงานที่ทำเรา
พบความหวัง พบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น
แต่มันยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปถึงนโยบาย ซึ่งถ้าทำได้
อย่างนี้ เรือนจำไทยจะพัฒนาเป็นเรือนจำสุภาพระได้
และทำได้ดีกว่าหลายๆ ประเทศเลย

”

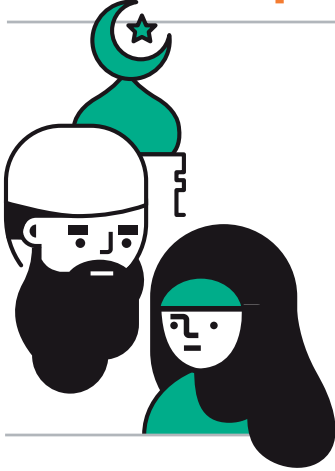
ร ศ. ดร. น ภา ภ ร ณ์ หะ วา น น ท์

นักวิชาการอิสระ

3.5

เสียงเพื่อสุขภาวะ ของมุสลิมไทย

มุสลิมไทย



มีจำนวนร้อยละ

4.6

ของประชากรทั้งหมด

มีจำนวนประมาณ

3,250,00 คน

คุณภาพชีวิตของมุสลิมไทยด้อยกว่าประชากรทั่วไปในหลายด้าน



มีอัตราการบริโภคยาสูบ

และค่าใช้จ่าย

เพื่อการบริโภคยาสูบ

สูงกว่าประชากรทั่วไป

โดยประชากรมุสลิมมีค่าใช้จ่าย

ในการบริโภคบุหรี่

ร้อยละ 0.56 ต่อเดือน



ประชากรทั่วไป

มีค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่

ร้อยละ 0.43 ต่อเดือน



มีผู้ได้รับคັນนุหรีมีสองที่บ้าน

ร้อยละ 43.7



ในขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย

ต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 10



เยาวชนในสามจังหวัดชายแดนใต้

มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาดำกว่าเยาวชน

ในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ

(*ข้อมูลจากมูลนิธิสร้างสุขมุสลิม 2553)



“ผู้ใดตื่นเช้าขึ้นมามีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจที่
สงบร่มเย็น ไม่มีความวิตกกังวลทุกข์ร้อน มีอาหารสำหรับบริโภคในวันนี้
ก็ประหนึ่งว่า เขาผู้นั้นได้ครองโลกไว้ทั้งโลก”

ดิมิทรี อิบนิมาเยช บุกอร์

นี้อาจถือเป็นคำกล่าวถึงสุขภาวะไว้อย่างเป็นองค์รวมของท่าน
ศาสดา มุห์มัด

แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานสำมะโนประชากรมุสลิมไทย (มูลนิธิ
สร้างสุขมุสลิมไทย, 2553) ระบุว่าประเทศไทยมีประชากร มุสลิม
ไทย จำนวน 3,260,111 คน ในปี 2553 เป็นชายร้อยละ 49.47 และ
หญิงร้อยละ 50.53 ทั้งนี้ในช่วงที่ผ่านมา พบว่า คุณภาพชีวิตของ
มุสลิมไทยหลายดัชนีดีด้อยกว่าประชากรไทยโดยเฉลี่ยในประเด็นหลัก
คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงปัญหา
สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้



มุสลิมไทย มีอัตราการบริโภคยาสูบและค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคยาสูบ (106.00 บาท/ครัวเรือน) สูงกว่าประชากรทั่วไป (91.00 บาท/ครัวเรือน) แต่หากพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี 2556-2558 พบว่าค่าใช้จ่ายในการบริโภค บุหรี่ของครัวเรือนมุสลิมไทยลดลง 33 บาท/เดือน ซึ่งมากกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (ลดลง 20 บาท/เดือน) อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายของการบริโภคบุหรี่ในค่าใช้จ่ายรวมของครัวเรือนมุสลิมไทย ในปี 2558 (ร้อยละ 0.56) ยังสูงกว่าครัวเรือนไทยโดยทั่วไป (ร้อยละ 0.43) และมีผู้ได้รับควันบุหรี่มีสองที่บ้านร้อยละ 43.7

ด้านเศรษฐกิจ ข้อมูลจากการสำรวจในปี 2558 ระบุว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมุสลิมไทย ต่ำกว่าคนไทยทั่วไป ถึงร้อยละ 10

ด้านการศึกษา เยาวชนมุสลิมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ยังมีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำกว่าเยาวชนในพื้นที่อื่นๆ

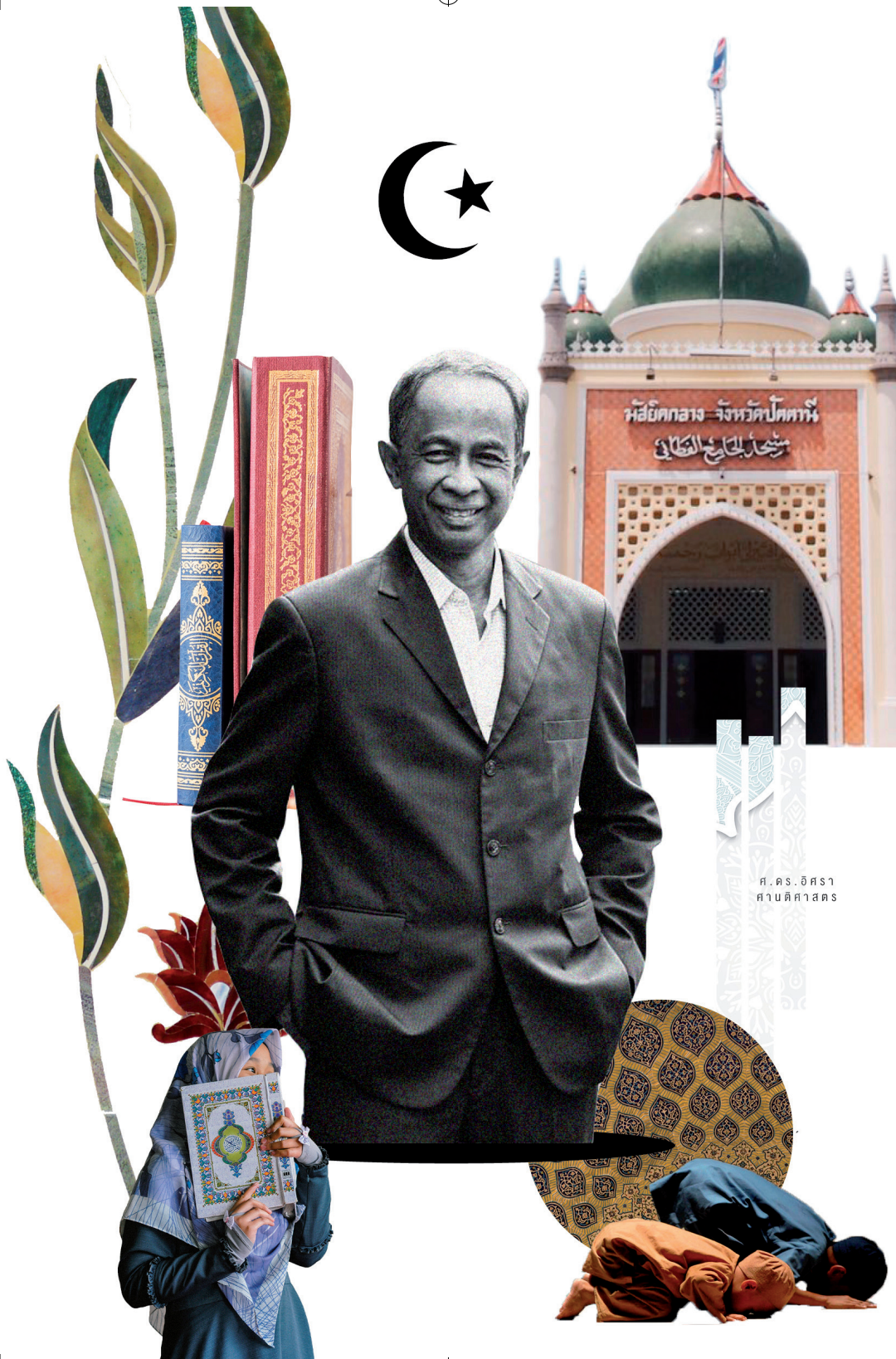


จากปัญหาดังกล่าว สสส.ได้สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการทำงานในพื้นที่ โดยใช้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชนบทธรรมนิยม และหลักการของศาสนาอิสลาม เล่น การลดอัตรา การบริโภคยาสูบโดยใช้หลักคำสอนทางศาสนา การพัฒนาศักยภาพให้ มัสยิดเป็น “มัสยิดครบวงจร” ซึ่งมีกลไกที่สำคัญคือ เป็นมัสยิดที่ ปลอดบุหรี่ และสนับสนุนให้มีมาตรการทางชุมชน กล่าวคือ ร้านขาย ของและบริเวณใกล้เคียงมัสยิดไม่ขายบุหรี่ รวมไปถึงการสนับสนุน กิจกรรม “เลิกบุหรี่บ้านละคน” รวมไปถึงการพัฒนาศักยภาพแกนนำ สุขภาวะมุสลิม เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน นี่เป็นเพียง ส่วนหนึ่งของการพยายามสร้างเสริมสุขภาพและสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้น กับมุสลิมไทย ยังมีอีกหลายๆ โครงการ หลายๆ กิจกรรมที่กำลังขับเคลื่อนไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ คำว่า

“สุขภาวะ” เป็นถ้อยคำที่มีความหมายที่แท้จริงสำหรับพี่น้อง มุสลิมไทย .







ศ.ดร. อิศรา
ศาบัตติศาสตร์

“

อาจกล่าวได้ว่าโครงการต่างๆ ที่ทำมาถึง
ตอนนี้มาไกลกว่าที่คิดแทบทุกอย่าง ผมคิดว่านี่
เป็นจุดเด่นของการทำงานกับ สสส. คือ สำนัก 9
ทั้งเข้าใจ เปิด และยอมรับในการทำงานของเรา
ที่เน้นหลักการว่าต้องอิงอยู่กับหลักการของศาสนา
อิสลาม ซึ่งเรื่องบางเรื่อง มีความละเอียดอ่อน มีความ
เปราะบาง ถ้าสำนัก 9 ไม่เข้าใจ ไม่เคารพหลักการนี้
ก็คงไม่มีวันจะทำงานกับพี่น้องมุสลิมได้สำเร็จ
อย่างนี้

”

ศ. ดร. อิศรา ศานติศาสน์

มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย

3.6

เสี่ยงเพื่อสุขภาวะ
ของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล
และประชากรข้ามชาติ

ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล และประชากรข้ามชาติ



สิทธิในการมีสุขภาพที่ดี
มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิทธิ
ที่มนุษย์ทุกคนพึงมี



(องค์การสหประชาชาติ)

ปัจจุบันพบผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติกว่า

4 ล้านคน

ทั้งนี้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลจำนวนกว่า 150,000 คน ไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐาน
ด้านสาธารณสุขจากกองทุนให้สิทธิ (คินสิทธิ) และจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

จึงต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเองเต็มจำนวนเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง

แม้แต่กลุ่มที่มีสิทธิในการรับบริการสุขภาพ ก็ยังต้องเผชิญกับอุปสรรคในการ

เข้าถึงด้วยข้อจำกัดต่างๆ อาทิ



ภาษา



อคติจาก
ผู้ให้บริการ



ความห่างไกล
ของพื้นที่



วัฒนธรรม
ที่แตกต่าง

นอกจากนี้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลยังขาดสิทธิในด้านอื่นๆ เช่น



สิทธิในการ
เดินทาง



โอกาส
ทางการศึกษา



สิทธิในการ
ประกอบอาชีพ



สวัสดิการ
ของรัฐ



“เห็นแต่แสงสว่างไม่เห็น” คือสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติ กล่าวสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลนั้น เกือบทั้งหมดคือกลุ่มชาติพันธุ์ และถูกมองเป็นอื่น ไม่ว่าจะด้วยภาษาพูด การแต่งกาย วัฒนธรรมและวิถีชีวิต ซ้ำร้าย อคติที่หวาดระแวงว่าพวกเขาเป็นที่มาของปัญหายาเสพติด และการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ การต้องอยู่กับความไม่มีสถานะ ไม่มีสิทธิ ไม่มีโอกาสเข้าถึงซึ่งทรัพยากรใดๆ รวมไปถึงต้องถูกบังคับให้อยู่พหุหรือย้ายถิ่นฐาน

ส่วนแรงงานข้ามชาตินั้นก็แทบไม่ต่างกัน อาจหนักเสียยิ่งกว่ากลุ่มชาติพันธุ์ไปด้วยซ้ำ เพราะถูกมองอย่างอคติว่าเป็นเพียงวัตถุมีชีวิตที่มีหน้าที่เพื่อมารับใช้แรงงาน เป็นที่หวาดระแวงว่าอาจก่ออาชญากรรมหรือกระทั่งเป็นพาหนะของโรค ทั้งๆ ที่คนทั้งสองกลุ่มนี้ คือเรี่ยวแรงสำคัญ ในการสร้างเศรษฐกิจของประเทศ คือ “คน” ที่มีชีวิต มีเลือดเนื้อ หัวใจ และมีการเจ็บไข้ได้ป่วยไม่ต่างจากคนทั่วไป





สถิติประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ณ เดือนมีนาคม 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,176,825 คน โดยเป็นแรงงานข้ามชาติที่กำลังพัฒนาทักษะฝีมือ 3 สัญชาติ คือ เมียนมา ลาว กัมพูชา ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว 1,315,615 คน แรงงานข้ามชาตินำเข้าตามข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลเมียนมา ลาว กัมพูชา (MOU) 637,770 คน คนจ้างงานชายแดนแบบไป-กลับหรือตามฤดูกาล 21,093 คน และแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยและทำงานตามมติคณะรัฐมนตรี (มติคณะรัฐมนตรี 23 กุมภาพันธ์ 2559) 1,178,678 คน และผู้ติดตามแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการผ่อนผันฯ 23,669 คน นอกจากนี้ยังมีการประมาณการว่ายังมีแรงงาน ข้ามชาติระดับล่าง 4 สัญชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนอยู่ในประเทศไทยอีกกว่า 1,100,000 คน

ในส่วนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายนั้นได้รับการดูแลจากระบบประกันสังคม หรือการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติหลายกลุ่มยังเผชิญกับอุปสรรค ในการเข้าถึงสิทธิและบริการ ทั้งจากตัวผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติเองที่ยังไม่รับรู้สิทธิ ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ และตัวผู้ให้บริการที่ต้องเผชิญกับ ภาระงานและงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น

สสส.โดยสำนัก 9 จึงพยายามคืนสิทธิ โอกาส ที่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติ พึ่งได้รับ ในขั้นพื้นฐานที่สุดก็คือ สิทธิ



จำนวนร้อยละของผู้มีปัญหาด้านบุคคล และประชากรข้ามชาติ



แรงงานข้ามชาติ
ที่ไม่ได้จดทะเบียน
1,100,000 คน

21.93%



ชาติพันธุ์ที่ได้รับการ
จัดทำทะเบียนประวัติ
และบุตรหลาน
280,840 คน

5.60%



คนไทยพลัดถิ่นที่
ยังไม่ได้รับการ
พิสูจน์สถานะ
33,580 คน

0.67%



ผู้มีปัญหาด้าน
ทางทะเบียนที่ตกสำรวจ
40,000 คน

0.80%



แรงงานข้ามชาติ
3,153,156 คน

62.88%



ผู้ไม่มีสถานะทาง
ทะเบียน
23,669 คน

0.47%



ผู้ติดตามแรงงาน
ข้ามชาติ
23,669 คน

0.47%



ผู้มีปัญหาทางสถานะ
ทางทะเบียนอื่นๆ
(นักเรียนรหัสG,
และคนจีนโพ้นทะเล)
122,317 คน

2.44%

รวม

**1,947,213
คน**

ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น
เป็นการสนับสนุนสร้างองค์ความรู้ การสนับสนุนলামชุมชน ร่วมมือกับ
กศน. ในการพัฒนารูปแบบแนวทางในการเข้าถึงการศึกษานอกระบบ
และการศึกษาตามอัธยาศัย สนับสนุนให้เกิด “โรงเรียนในโรงงาน” ให้
แก่แรงงานข้ามชาติและแรงงานไทยในสถานประกอบการ ร่วมมือกับ
ภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและประชาสังคมขับเคลื่อนให้กลุ่มบุคคล
ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเข้าสู่กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ส่งเสริม
สนับสนุนให้เยาวชนที่เป็นลูกหลานหรือตัวของประชากรข้ามชาติเอง ได้
เข้าถึงการศึกษา โดยได้สนับสนุนจนเกิดเป็นเครือข่ายบูรณาการระหว่าง
ประเทศ ทั้งสองด้าน คือ ทั้งเรื่องบริการสุขภาพ และการศึกษา

ยังมีการดำเนินงานอีกหลายๆ กิจกรรม หลายๆ โครงการ ที่ไม่ได้
กล่าวถึง ณ ที่นี้ หากทว่า ทั้งหมดทั้งหมด เป็นการทำงานที่อยู่ภายใต้
ฐานคิดจากเรื่องสิทธิมนุษยชน และการมองเห็น

“คน” เป็น “คน” ที่มีค่าเสมอเท่าเทียมกัน •



สิดคารัลย์
หสภะทิว

“

จากงานที่เริ่มต้นเพียงเล็กๆ ที่เน้นทำกับคนที่อยู่นอกสายตาของคนอื่นๆ ในสังคม งานที่เราเคยตั้งคำถามว่าเราจะสร้างความเปลี่ยนแปลงได้จริงหรือ คอนนี่กลายเป็นงานที่ขยายขอบเขตกว้างไกล เกิดเครือข่ายบูรณาการระหว่างประเทศ ทำให้คนที่เคยอยู่นอกสายตาได้อยู่ในสายตา ทำให้คนที่เคยถูกมองว่าเป็นคนไกลกลายเป็นคนใกล้ การศึกษาช่วยบูรณาการเรื่องอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย และเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชากรข้ามชาติ

ถ้าไม่มี สสส. สำนัก 9 คอยเชื่อมประสาน คอยสนับสนุน คอยผลักดัน เป็นเพื่อนอยู่ข้างๆ เราคงไม่ได้มาไกลถึงเพียงนี้

”

ลัดดาวัลย์ หลีกแก้ว

โครงการสร้างเสริมสุขภาพประชากรข้ามชาติโดยระบบการศึกษา
มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท (มยช.)



ชวรงค์
แสงคง



“

นอกเหนือจากพัฒนาการทางนโยบายในการทำให้แรงงานข้ามชาติได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เกิดจากการร่วมมือกันกับหลายภาคีทั้งรัฐและเอกชนแล้ว สิ่งที่สำคัญและกล่าวได้ว่าอาจเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีการสนับสนุนของ สสส. สำนัก 9 คือ การเสริมในส่วนที่เป็นรายละเอียดที่เราค้นพบจากการทำงาน และรัฐยังไม่สามารถจัดบริการให้ได้ อาทิ การจัดหาล่ามชุมชน จัดหาอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำงานร่วมกันระหว่างต่างชาติและคนไทย เพื่อคอยช่วยเหลือ สนับสนุนการให้บริการ ไปจนกระทั่งให้ความรู้ในการจัดการสาธารณสุขมูลฐานให้แรงงานต่างด้าวด้วยตนเอง อาจเป็นฟันเฟืองเล็กๆ แต่กลับมีความสำคัญยิ่ง

และฟันเฟืองเล็กๆ จากการสนับสนุนของ สสส. เช่นนี้ ช่วยทำให้แรงงานข้ามชาติเข้าถึงสุขภาวะได้มากกว่าที่ผ่านมา

”

ชู วงศ์ แสง คง

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

3.7

เสี่ยงเพื่อสุขภาวะ ของแรงงาน

แรงงาน



มีจำนวน

38.1 ล้านคน

ผู้ชาย



20.8
ล้านคน

ผู้หญิง



17.3
ล้านคน



แรงงานในระบบ

ร้อยละ

48



แรงงานนอกระบบ

ร้อยละ

52



ไม่มีหลักประกันจากการ
ทำงานและระบบ
สวัสดิการสังคมรองรับ



เข้าถึงสิทธิด้าน
แรงงาน เช่นกฎหมาย
คุ้มครองแรงงาน
กฎหมายแรงงาน
สัมพันธ์ เป็นต้น



เจ็บป่วยแล้วไม่ค่อยไป
รับการรักษาพยาบาล
ที่หน่วยบริการ
ส่วนหนึ่งใช้สิทธิบัตรทอง
จำนวนมากไม่รู้ว่ามีสิทธิ



เปลวเพลิงที่ลุกไหม้โรงงานตุ๊กตาเคเดอร์ (2536)⁶ มอดดับไปนานแล้ว แต่ความสูญเสียครั้งนั้นก็ส่งผลสะท้อนที่สำคัญต่อสังคมที่พากันตื่นตัวในเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของคนใช้แรงงานมาจนทุกวันนี้

ฟรีแลนซ์...ห้ามป่วย ห้ามพัก ห้ามรักหมอ (2558) เป็นภาพยนตร์ไทยแนวโรแมนติก-แบล็คคอมเมดี้ ที่เล่าเรื่องราวของฟรีแลนซ์ที่ทำงานข้ามวันข้ามคืนจนเป็นผื่น เลยต้องไปหาหมอ มุกตลกและการแสดงของตัวเอกอาจทำให้เราเผลอลืมความขึ้นจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะท้อนไว้ เงินที่ได้มาจากการทำงานที่ห้ามพักห้ามตาย ถูกใช้ไปกับการ

6 10 พฤษภาคม 3536 เกิดโศกนาฏกรรมครั้งใหญ่ต่อชีวิตผู้ใช้แรงงาน เมื่อโรงงานผลิตตุ๊กตาและของเล่นเด็กขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่บนถนนพุทธมณฑลสาย 4 ในเขต จ. นครปฐม เกิดเพลิงไหม้ และส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตถึง 144 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคณงานหญิง มีผู้บาดเจ็บอีก 494 คน สาเหตุเกิดมาจากการก่อสร้างที่ไม่คำนึงถึงมาตรฐานความปลอดภัย ใช้โครงเหล็กสำเร็จรูปที่สร้างได้เร็ว ราคาถูก และไม่มีระบบป้องกันสำหรับอัคคีภัย ไม่มีบันไดหนีไฟ ประตูทางเข้าออกแคบกว่าที่กฎหมายกำหนด และยังพบว่าก่อนจะเกิดเพลิงไหม้ครั้งใหญ่นี้ โรงงานเคยเกิดเพลิงไหม้มาแล้ว 3 ครั้ง แต่โรงงานพยายามปิดข่าวและไม่มีการปรับปรุงป้องกันแต่อย่างใด





รักษาพยาบาล การเป็นคนทำงานอิสระที่ดูเก๋ เท่ คุณ เป็นวิถีชีวิตในฝันของคนยุคใหม่ อาจถูกแลกไปกับการเจ็บป่วย การขาดซึ่งสิทธิและสวัสดิการใดๆ ในชีวิต

เหล่านี้คือภาพสะท้อนคุณภาพชีวิตอันขมขื่นของแรงงานไทยทั้งในระบบและนอกระบบในต่างกรรมต่างวาระ

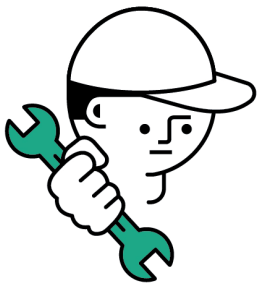
ผลการสำรวจแรงงานนอกระบบในปี 2560 พบว่า แรงงานนอกระบบ ประมาณหนึ่งในสามไม่มีการศึกษาหรือต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และมากกว่าครึ่งทำงานในภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 55.5) รองลงมาทำงานภาคการค้าและการบริการ ร้อยละ 33.4

นอกจากความไม่มั่นคงทางรายได้แล้วแรงงานนอกระบบยังต้องประสบกับปัญหาจากการทำงาน เช่น เรื่องค่าตอบแทน ความต่อเนื่องการทำงาน ปัญหาจาก ความไม่ปลอดภัย เช่น ได้รับสารเคมีเป็นพิษ ใช้เครื่องจักร หรือเครื่องมือที่เป็นอันตราย ได้รับอันตรายต่อ ระบบหู ระบบตา เป็นต้น และปัญหาที่มาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน การเกิดโรคจากการทำงานที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว พบว่า ส่วนมากเป็นโรคทางกล้ามเนื้อและกระดูก รองลงมาคือ โรคผิวหนัง โรคจากสารเคมี และโรคจากสาเหตุทางกายภาพ ตามลำดับ

ที่ผ่านมา สสส.โดยสำนัก 9 ให้น้ำหนักกับการสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะกับแรงงานนอกระบบมากเป็นพิเศษ เนื่องด้วยพบว่าแรงงานนอกระบบยังเข้าไม่ถึงสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพต่างๆ



แรงงานนอกระบบ



มีจำนวน
21.3 ล้านคน
ร้อยละ 2.75
ของวัยแรงงานทั้งหมด



ปัญหาจากความไม่ปลอดภัย ในการทำงาน

ได้รับสารเคมีเป็นพิษ	63.10%
ได้รับอันตรายต่อระบบหู / ระบบตา	22.97%
ความไม่สงบ / ก่อการร้าย	4.77%
เครื่องจักร เครื่องมือ ที่เป็นอันตราย	4.38%
ทำงานในที่สูง / ใต้น้ำ / ใต้ดิน	3.57%
อื่นๆ	1.21%



ปัญหาสภาพแวดล้อมการทำงาน

สถานที่ทำงานคับแคบ	1.54%
อิริยาบถการทำงาน	0.83%
แสงสว่างไม่เพียงพอ	14.30%
สถานที่ทำงานไม่สะอาด	7.86%
ฝุ่นละออง ควัน กลิ่น	24.49%
อื่นๆ	1.41%
สถานที่ทำงานอากาศไม่ถ่ายเท	0.83%
เสียงดัง	1.33%



ระบบหลักประกันทางสุขภาพ ยังไม่ครอบคลุม
การดูแลรักษาโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ



ลักษณะเฉพาะที่มีความหลากหลายทำให้ยาก
ต่อการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม



ข้อจำกัดของบุคคลากรและกลไกการจัดบริการ
เชิงรุกที่นำไปสู่การส่งเสริมป้องกันโรคด้วยตนเอง
และกลุ่มครอบครัว

ไม่ว่าจะเป็นการร่วมมือกับภาคีเครือข่ายร่วมกันผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย การจัดทำชุดความรู้ การพยายามลดข้อจำกัดในการเข้าถึงหลักประกันสังคมของแรงงานนอกระบบ พ.ร.บ. ประกันสังคมมาตรา 40 การลงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทั้งกับภาคีภาครัฐและเอกชน ในการส่งเสริมความปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพเพื่อคุณภาพที่ดีขึ้นของแรงงานนอกระบบ

ทั้งหมดนี้ คือการพยายามทำให้คุณภาพชีวิตของคนที่เป็นเรี่ยวแรงหลักในการทຸ່มเท หยาดเหงื่อ แรงงาน สร้างบ้านแปงเมือง เป็นพลังสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนให้เศรษฐกิจของประเทศ ดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา

ช่วยกันสานพลังเพื่อให้คนใช้แรงงานที่เคยอยู่ “นอกสายตา” ได้เข้ามาอยู่ “ในสายตา”

**และเป็นภาพปรากฏของชีวิตที่มีสุขภาวะไม่ต่างจากคนอื่นๆ
ทั่วไปในสังคม .**



อสม
สุภาภรณ์



“

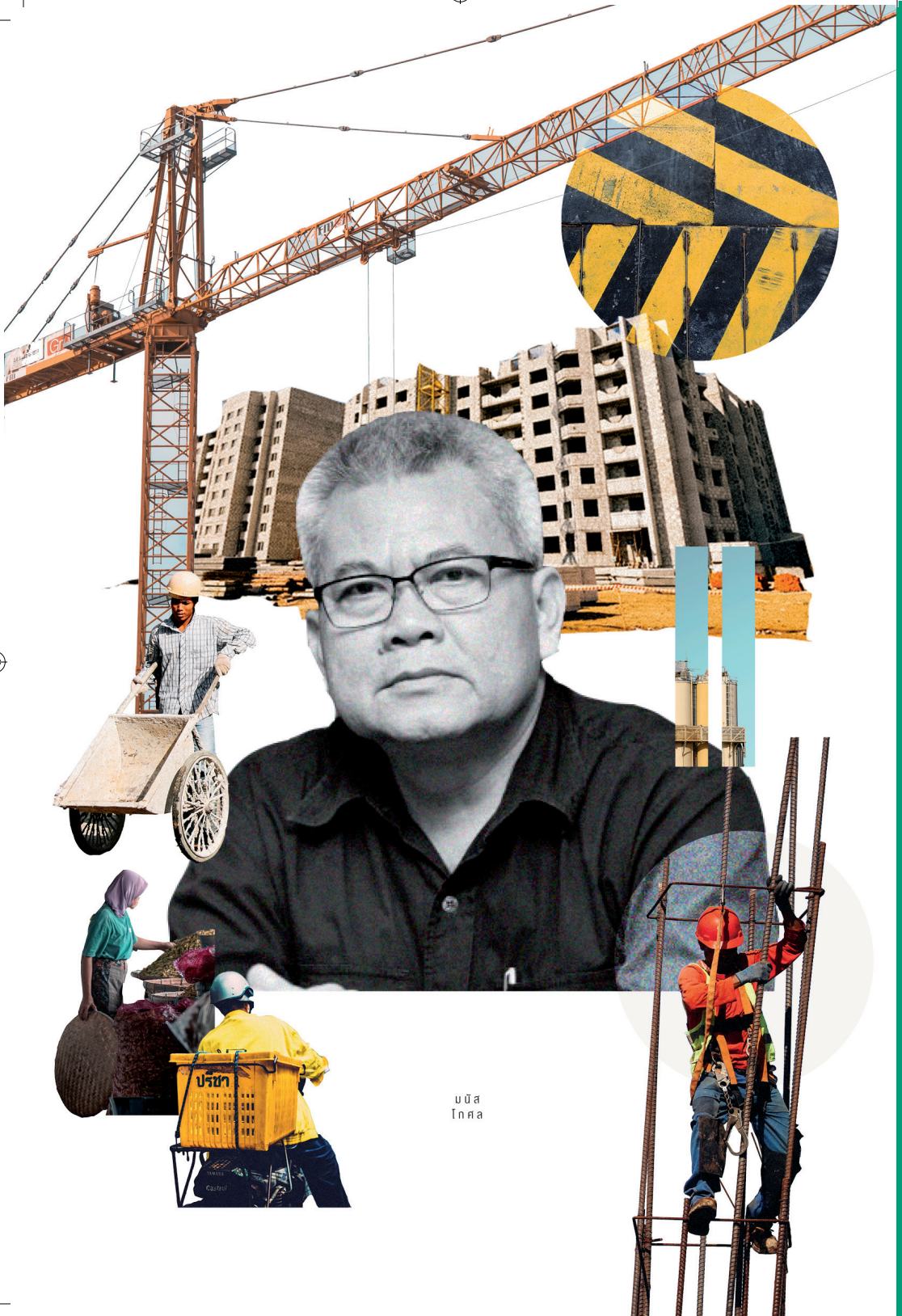
ก่อนหน้านี้แรงงานนอกระบบไม่เคยถูกพูดถึง ไม่เคยได้รับความสนใจจากสาธารณชน เหมือนคนที่อยู่นอกสายตาคนอื่น หลังจากที่ทำงานกันมานาน หลังจากที่ สสส. สำนัก 9 เข้ามาเป็น ‘ตัวกลาง’ ในการเชื่อมคนทำงานเพื่อแรงงานนอกระบบ ทั้งรัฐและเอกชนให้มากำหนดทิศทางและวางนโยบายร่วมกัน คนที่อยู่นอกสายตาก็เหมือนได้เข้ามาอยู่ในสายตาคนทั่วไป

และจากนี้การจะขับเคลื่อนงานใดๆ สำหรับแรงงานนอกระบบก็ไม่ใช่เรื่องยากเกินไป เพราะมีทั้งฐานความรู้ ฐานคนทำงาน ที่ครอบคลุมลงลึกไปจนถึงระดับชุมชนท้องถิ่น

”

อรพิน วิมลภูษิต

สมาคมวิถีทางเลือกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน



บัส
ไทย



“

กล่าวสำหรับความสำเร็จในเชิงนโยบายของกฎหมายแรงงาน สำหรับแรงงานในระบบนั้นคิดว่า มาไกลจากจุดเริ่มมาก โดยเฉพาะในส่วนของ การเข้าถึงหลักประกันสังคม จากเดิมที่จะเข้าถึงสิทธิได้ เฉพาะตอนเจ็บไข้ได้ป่วย สสส. โดยสำนัก 9 ทำให้ พี่น้องแรงงานเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพ มากกว่าแค่การ ‘ซ่อม’ แต่พาเราไปถึงการ ‘สร้าง’ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงการบริการสำหรับตรวจ สุขภาพประจำปี และบริการอื่นๆ อีกมากมาย พี่น้อง แรงงานได้รับการดูแลมากขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย ก็ว่าได้

”

มนัส โกศล

ประธานสภาองค์กรลูกจ้างพัฒนาแรงงานแห่งประเทศไทย (สพท.)

3.8

เสียงเพื่อสุขภาวะ
ของคนไร้บ้าน

คนไร้บ้าน

จากการสำรวจสถานการณ์ใน 3 เมืองใหญ่

กรุงเทพฯ

เชียงใหม่

ขอนแก่น



พบจำนวนคนไร้บ้านกว่า
3,000
คน

“คนไร้บ้าน” มีสาเหตุความเป็นมาจาก “ความเหลื่อมล้ำ”



ทางเศรษฐกิจ



ทางสังคม



ทางการเมือง

รวมถึง “ความไม่เป็นธรรม” ทางนโยบายที่ไม่ครอบคลุมคนทุกกลุ่มในสังคม
ทำให้ “คนไร้บ้าน” เข้าไม่ถึงสิทธิสุขภาพ และสวัสดิการทางสังคม
ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ
ในหลายประเทศได้กำหนดให้ **การลด**จำนวนคนไร้บ้าน
เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ
และความเป็นธรรมของนโยบายสังคมเศรษฐกิจ



เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการทางสังคม
ส่งผลให้มีอายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่า
ประชากรทั่วไปถึงกว่า 20 ปี



มีปัญหาสุขภาพจิตและ
สุขภาพช่องปากและฟัน

สาเหตุหลักของการเป็นคนไร้บ้าน



ปัจจัยด้านครอบครัว
และเศรษฐกิจ

28%



ปัจจัยด้าน
เศรษฐกิจ

25.9%



ปัจจัยด้าน
ครอบครัว

25.6%

นอนหลับไม่สนิท
เพราะสภาพฝนฟ้าอากาศ
สัตว์ต่างๆ หรือกลุ่มวัยรุ่นรบกวน
ยามดึกคืน

อาจต้องย้ายที่นอนกลางคืน
เพราะเจ้าของพื้นที่
มาใช้พื้นที่ หรือต้องลุกมาหา
ที่เข้าห้องน้ำ

เตรียมหา
ที่นอนที่มี
แสงสว่างและ
ปลอดภัย



24
ชั่วโมง
ของคนไร้บ้าน

ตื่นนอน
เตรียม
ออกจาก
พื้นที่



หาเลี้ยงชีพหลากหลาย
ตามความสามารถ
: ซาเล้ง เก็บของเก่า เก็บขวด
กระป๋อง ทำงานรับจ้าง



ตระเวนไปตามที่
ที่มีอาหารแจก

ถ้าข้อสัถย์ต่อตัวเอง เราคงกล้ายอมรับว่า ไม่มากก็น้อย ยามที่ต้องเดินผ่านหรือรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับคนไร้บ้าน

เรามักจะรู้สึก หวาดหวั่น หมีนแคลน ไม่ไว้ใจ หวาดกลัว ระแวง ฯ และคิดในใจเกี่ยวกับพวกเขาว่าไม่มีบ้าน ไม่ทำงาน (?) แล้วอาจจะเป็นมิชชาชีพ ดิตยาเสพติด ฯ ภาพในแง่ลบต่างๆ ที่มีต่อเขาเหล่านั้น ทำให้เราลืมนองอีกด้านหนึ่งว่า การที่คนๆ หนึ่ง ถูกตัดขาดหรือเลือกที่จะตัดกับ “สายรก” ที่เป็นพื้นฐานที่สุดของความผูกพัน ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต คือ “บ้านหรือครอบครัว” นั้น พวกเขาต้องเผชิญกับความกดดัน ความยากลำบากทั้งในทางร่างกายและจิตใจเพียงใด “ก็เลือกที่จะเป็นคนไร้บ้านเอง”, “ก็เลือกที่จะมีชีวิตไม่เหมือนชาวบ้านเขาเอง”, “ก็ไม่ทำงานเป็นหลักเป็นแหล่งเอง” ฯลฯ

เสี่ยงแย้งในทำนองนี้อาจตั้งขึ้นมา แต่ถ้าจะตอบกลับเพียงคำเดียวว่า เหล่านั้นมาจากความไม่ได้เลือก เลือกไม่ได้ หรือทางเลือกสำหรับชีวิตพวกเขานั้นมีน้อยกว่าทางเลือกในชีวิตของคนอื่นๆ กลายเป็นคนที่ “แพ้แล้วถูกคัดออก” ก็คงพอจะลดทอนความอคติจาก ลงไปได้บ้าง

จากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านของหลายหน่วยงานใน 3 เมืองหลักของประเทศ (กรุงเทพฯ ขอนแก่น เชียงใหม่)⁷ ในปัจจุบันพบว่า มีประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครทั้งในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักพิงชั่วคราว จำนวน 1,307 คน (เพศชาย 1,087 คน เพศหญิง 202 คน หลากหลายทางเพศ 18 คน) เทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 136 คน (เพศชาย 111 คน เพศหญิง 25 คน) และเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 75 คน (เพศชาย 67 คน เพศหญิง 8 คน) โดยสัดส่วนเพศชายร้อยละ 85 และเพศหญิงร้อยละ 15

หนึ่งจากการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาของคนไร้บ้าน ในมิติต่าง ๆ อาทิ

7 ข้อมูลจากแผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2561)

สุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ คนไร้บ้านร้อยละ 30 มีปัญหาสุขภาพทางผิวหนัง ร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งยังมีปัญหาด้านเอกสารพิสูจน์สิทธิทางทะเบียนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไร้บ้านกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของรัฐ และต้องเผชิญกับทัศนคติในทางลบของผู้ให้บริการ

ความเสี่ยงจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีแนวโน้มทางสุขภาพทางกาย และทางจิตที่ย่ำแย่จากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ มีข้อมูลรายงานว่าคนไร้บ้านจะมีอายุเฉลี่ยที่ต่ำกว่าคนทั่วไป⁸

8 คนไร้บ้านในประเทศไทย มีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยโดยรวม : แผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2561)



ประเทศไทยจะมีความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจสูงถึง 124 ล้านบาทต่อปี หากไม่แก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน ทั้งนี้ในหลายประเทศได้กำหนดให้ “การลดจำนวนคนไร้บ้านเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของนโยบายสังคมเศรษฐกิจ”

“ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ความเป็นเมือง ตามแบบอย่างของประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ ปัญหาคนไร้บ้านในบ้านเรา วันนี้อาจพบว่าเป็นปัญหาน้อยอยู่ ด้วยประเทศไทยมีฐานสังคมแบบเกษตรกรรม ที่เอื้อเพื่อช่วยเหลือกันและเราผลิตอาหารได้เอง แต่ในสังคมที่ค้ำึงถึงแต่ระบบเศรษฐกิจเป็นหลัก แน่แน่นอนว่า “คนที่พ่ายแพ้” ก็อาจจะกลายเป็นคนไร้บ้านมากขึ้นเรื่อยๆ” ดร. สุปรีดา อุดุลยานนท์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สสส. โดยสำนัก 9 จึงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านและผลักดันเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเข้ารับบริการทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนไร้บ้าน

รูปแบบในการทำงานคนไร้บ้าน คือ Balloon Model ที่จะดูแลตั้งแต่การพัฒนาข้อจำกัดต่างๆ สร้างศักยภาพให้คนไร้บ้าน โดย สสส. ทำหน้าที่เป็น “ตัวกลาง” เชื่อมโยงหน่วยงานที่รับผิดชอบ เน้นการป้องกันการเกิดคนไร้บ้าน การพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพ เพื่อลดจำนวนคนไร้บ้าน และส่งกลับคืนสู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรี และการหนุนเสริม



เพื่อไม่ให้กลับมาเป็นคนไร้บ้านซ้ำ

การทำงานอย่างเป็นระบบ เชื่อมร้อยทุกองคาพยพของสังคม
ทั้งหมดนี้ เพื่อที่จะทำให้ “คนไร้บ้าน” คนที่ถูกกดทับให้อยู่ต่ำที่สุดของ
สังคม ได้เข้าถึง “สุขภาวะ” ในฐานะของความเป็นคน

**“คน” ที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีศักยภาพ เจกเช่นเดียวกับ
คนอื่นๆ ในสังคม .**



อูสม
พิทักษ์ราษฎร์



“

สสส. โดยสำนัก 9 เน้นการผลักดันนโยบายเกี่ยวกับคนไร้บ้าน โดยใช้ฐานความรู้ทางวิชาการ ดังนั้น ถ้าไม่มี สสส. งานคนไร้บ้านจะเคลื่อนมาอย่างนี้น่าจะยาก เพราะลำพังหน่วยงานราชการต่างๆ ต้องทำงานเฉพาะหน้างานตัวเองก็มากอยู่แล้ว

สสส. ได้สร้าง platform และ dialogue ใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น ทั้งเสริม ทั้งเปิดเวที ทั้งสื่อสารกับสังคม ทำให้เกิดการบูรณาการงานสร้างสุขภาวะให้คนไร้บ้านเกิดขึ้นได้ และเป็นพัฒนาการที่ดีมากๆ

”

อ น ร ร ณ พื ท ก ษ์ ธ า นิ น

ผู้จัดการแผนงานสนับสนุนองค์ความรู้
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน
สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4

กลไกในการพัฒนาสุขภาวะ ประชากรกลุ่มเฉพาะ

กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ คนพิการ



สร้างสรรค์ให้เกิดมิติใหม่ในการจ้างงาน

เพิ่มโอกาสการมีอาชีพของคนพิการและผู้ดูแล (ผ่าน ม.33 ม.35)
โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนพัฒนารูปแบบ
ของการจ้างงานคนพิการในชุมชน เพื่อยกระดับและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
ทั้งในด้านเศรษฐกิจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

สถานประกอบการจากภาคเอกชนจำนวนมากตื่นตัวและเข้าร่วมจ้างงาน
คนพิการทั้งในมาตรา 33 และ มาตรา 35



MINOR



NOMURA





สนับสนุนผลักดัน ให้เกิดศูนย์บริการคนพิการในพื้นที่



กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ

ผู้สูงอายุ

ผลักดันนโยบาย

กองทุนการออมแห่งชาติ
ส่งเสริมการทำงานผู้สูงอายุ

สนับสนุนโครงการกิจการเพื่อสังคมบดดีโฮมแคร์



มีวัตถุประสงค์ทางสังคมเพื่อ

- 1) สร้างโอกาสให้คนด้อยโอกาสได้รับการอบรม
และร่วมดำเนินงานวิสาหกิจเพื่อสังคม
- 2) ผู้สูงอายุที่ยากไร้ด้อยโอกาส ขาดคนดูแลได้รับการดูแล
ผ่านกลไกการดูแลระดับชุมชน



กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ

ผู้หญิง



ผู้ให้บริการ



ผู้ประสบปัญหา



พัฒนานวัตกรรม
และองค์ความรู้ใหม่
ในการแก้ไข
ปัญหาความรุนแรง
ให้สอดคล้องกับ
บริบทของชีวิต
และสังคม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

บรรลุความเสมอภาคระหว่างเพศ และให้อำนาจ
กับผู้หญิงและเด็กหญิงทุกคน



SUSTAINABLE
DEVELOPMENT
GOALS



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ

ผู้ต้องขังหญิง

ใช้แนวคิด

สาธารณสุขมูลฐาน

เป็นต้นธารความคิดในการสร้าง

ฐานสุขภาวะผู้ต้องขังหญิง





เรือนจำสุขภาวะ

เรือนจำเป็นพื้นที่แห่งการฟื้นฟู เป็นพื้นที่ของความหวัง
มีสภาวะแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต
ทั้งกับผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่
โดยไม่แยกขาดกับสังคมภายนอก



ร่วมกับ



กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ มุสลิม

หนังสือแบบเรียน
สู่ศึกษาและพลศึกษา
บูรณาการอิสลาม
กับวิชาสามัญ



พัฒนา
มัสยิดปลอดบุหรี่



พัฒนาศักยภาพผู้นำ

ผ่านหลักสูตรผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงทาง
สังคมและสุขภาพ



โครงการ “เลิกบุหรี่บ้านละคน”

ใช้สายสัมพันธ์ ความรักจาก
สมาชิกในครอบครัว
มาขับเคลื่อน



กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ

แรงงานนอกระบบ

สนับสนุนให้เกิดกลไกการบริหารจัดการ
แรงงานนอกระบบ

โครงการสร้างและกลไกการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ

คณะกรรมการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบแห่งชาติ



กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ แรงงานในระบบ



1

เน้นการ
เข้าถึงสิทธิ
ในหลักประกันสังคม

2



ขยายสิทธิ
ในหลักประกันสังคม
ให้ครอบคลุม



3

“สร้าง” แทน “ซ่อม”

4



ให้มีการตรวจสอบภาพ
สร้างสวัสดิการ
แม่และเด็ก

กลไกเพื่อพัฒนาสุขภาวะ คนไร้บ้าน



Pre-Homeless



ป้องกันการเกิดคนไร้บ้านรายใหม่

สร้างกลไกทางวัฒนธรรมในพื้นที่เสี่ยง : ชุมชนเมือง ชุมชนแออัด

- เครือข่ายเฝ้าระวังโดยชุมชน (กลุ่มเสี่ยงทางเศรษฐกิจ ครอบครัว สุขภาพ)
- การสร้างเสริมสุขภาวะ สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการออม
- การเชื่อมประสานกับหน่วยงานหลักของรัฐ

Homeless



เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และมีศักยภาพ
มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคม

องค์กร/คนทำงาน

1. พัฒนาแกนนำคนไร้บ้าน
2. พัฒนาเครือข่าย

กลุ่มเป้าหมาย

1. การเข้าถึงที่อยู่อาศัยชั่วคราว / ศูนย์พักพิง
2. การปรับฐานคิด พัฒนาทักษะและให้ความรู้
3. การเข้าถึงสิทธิสวัสดิภาพและสวัสดิการ
4. การมีอาชีพ / รายได้มั่นคง
5. การมีส่วนร่วมในสังคม



Post-Homeless



การกลับคืนสู่สังคมอย่างมีศักยภาพ

- นโยบายที่อยู่อาศัยมั่นคง
- นโยบายกองทุนรักษาพยาบาลสำหรับคนไทยไร้สิทธิ





ผลงานสำคัญของสำนักสนับสนุน สุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9)



คนไร้บ้าน

- เกิดกระบวนการการทำงานกับคนไร้บ้านที่เรียกว่า “เดินกาแฟ” เป็นกิจกรรมการเดินเยี่ยมสมาชิกคนไร้บ้านที่อยู่ในที่สาธารณะจุดต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ



แรงงาน

- เกิดชุดความรู้จากการศึกษาวิจัยเพื่อนำไปใช้ขับเคลื่อนงานและเพื่อสื่อสารสร้างการเรียนรู้และความตระหนักรวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคมในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน

2554



คนพิการ

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็นด้านการฝึกทักษะ O&M
- พัฒนารูปแบบการจัดบริการล่ามภาษามือในชุมชน นำบทเรียนมาขยายผลร่วมกับพวก.จัดทำประกาศและระเบียบที่เกี่ยวข้อง



ผู้สูงอายุ

- ประกาศใช้ พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติ 2554
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่



มุสลิม

- เกิดผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาวะ



คนพิการ

- ส่งเสริมช่องทางการตลาด และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใน 4 พื้นที่ (จ.นครพนม จ.นันทบุรี จ.ชลบุรี จ.นครศรีธรรมราช)



ผู้สูงอายุ

- พัฒนาพื้นที่ต้นแบบการปฏิบัติการ จัดระบบจัดการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 20 ตำบล ใน 3 จังหวัด



มุสลิม

- เกิดการพัฒนาโมเดลต้นแบบ สำหรับชุมชนจำนวน 163 มัสยิด
- พัฒนาศักยภาพผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาวะในระดับพื้นที่



แรงงาน

- ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2555 - 2559
- ร่วมผลักดันร่าง พ.ร.บ.ประกันสังคม ฉบับภาคประชาชน (ฉบับที่...) พ.ศ. เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร



คนไร้บ้าน

- เกิดกระบวนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย “บ้านมั่นคงคนไร้บ้าน” เพื่อให้คนไร้บ้านได้เข้าถึงที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ลดปัญหาด้านความปลอดภัย การขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีรูปธรรมของการแก้ไข ปัญหา 2 ระยะ คือ การสร้างศูนย์พักคนไร้บ้านเพื่อรองรับคนไร้บ้านในระยะสั้น และโครงการที่อยู่อาศัยระยะผ่านก่อนการมีบ้านเป็นของตนเอง

2555



คนพิการ

- ส่งเสริมช่องทางการตลาดและการพัฒนาผลิตภัณฑ์ใน 4 พื้นที่ (จ.นครพนม จ.นนทบุรี จ.ชลบุรี จ.นครศรีธรรมราช)



ผู้หญิง

- สนับสนุนและผลักดัน พ.ร.บ. ความเท่าเทียมทางเพศ 2558
- สนับสนุนโครงการปฏิบัติการเพื่อเสริมศักยภาพด้านสุขภาวะผู้หญิง เพื่อลดความรุนแรงต่อสตรีและเด็กโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการคุกคามทางเพศในการทำงานขององค์การ-ขนส่งมวลชนกรุงเทพ

2556



ผู้สูงอายุ

- สนับสนุนการสื่อสารปรับทัศนคติคนทั่วไปต่อผู้สูงอายุ โดยเน้นเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุจาก “ภาระ” เป็น “พลัง” ภายใต้แนวคิด “พลังสูงวัย”
- เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายการขยายอายุเกษียณและการทำงานของ ผู้สูงอายุ



ผู้ต้องขังหญิง

- พัฒนารอบยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล และแรงงานข้ามชาติ

- ผลิตวารสาร “เสียงชนเผ่า”
เป็นวารสารรายไตรมาส
นำเสนอประเด็นด้านสุขภาพ
ของกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล
กลุ่มชาติพันธุ์



คนไร้บ้าน

- สนับสนุนการพัฒนาแบบศูนย์พัก
คนไร้บ้านที่บางกอกน้อย
บริหารจัดการโดยคนไร้บ้าน



มุสลิม

- สนับสนุนให้มัสยิดในพื้นที่ภาคใต้
ภาคกลาง ภาคเหนือ และ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ประกาศนโยบายมัสยิดปลอดคูปูห์
และจัดเขตปลอดคูปูห์



แรงงาน

- ผลักดันการขับเคลื่อนแผน
ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ
แรงงานนอกระบบ พ.ศ.2555-2559
สู่การปฏิบัติทั้งในระดับชาติ
และระดับจังหวัด โดยสนับสนุน
ให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน
แรงงานนอกระบบ ใน 10 จังหวัด



ผู้สูงอายุ

- เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนา
ระบบบำนาญแห่งชาติ เพื่อสร้าง
ความมั่นคงทางรายได้ผู้สูงอายุ
- เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลด
ข้อจำกัดการใช้งบประมาณส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในสังคมสูงวัยของประเทศไทย

2557



คนพิการ

- สนับสนุนการผลิตรายการโทรทัศน์
ภาษามือ รายการ“ใจเท่ากัน” และ
รายการ “เปิดตา” เพื่อคนหูหนวก



มุสลิม

- สนับสนุนการพัฒนาเครือข่าย
สถาบันปอเนาะสุภาพะต้นแบบ
โดยเกิดสถาบันปอเนาะต้นแบบ
3 แห่ง
- สนับสนุนนโยบายและดำเนินการ
มัสยิดปลอดบุหรี่ ทั้งจังหวัดจำนวน
12 แห่ง โดยดำเนินการให้เป็นมัสยิด
ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายอย่างจริงจัง
362 แห่ง
- พัฒนาคู่มือคุตบะห์ ลาคอม จบบ
ภาษาไทยและภาษามลายู พร้อม
เผยแพร่เพื่อให้ผู้นำศาสนาอิสลาม
นำไปเทศนาสอนในวันศุกร์เกี่ยวกับ
โทษของการสูบบุหรี่ การดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภค
สิ่งมีเมาต่างๆ โดยมีการนำไปใช้
จริงแล้วในมัสยิด จำนวน 435 แห่ง



คนไร้บ้าน

- เกิดนวัตกรรม “ศูนย์พักคนไร้บ้าน”
ที่มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ
และคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน
ให้สามารถตั้งหลักชีวิต มีอาชีพ
และสามารถเข้าถึง สิทธิ และ
สวัสดิการจากรัฐ
- สนับสนุนการจัดตั้ง “กองทุนที่อยู่
อาศัย สำหรับคนไร้บ้าน
ให้คนไร้บ้านมีโอกาสเข้าถึงการมี
ที่อยู่อาศัยได้มากขึ้น



ผู้หญิง

- ร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดหลักสูตรอบรมเรื่องการให้คำปรึกษาเพื่อฟื้นฟูอำนาจและศักยภาพที่มีความเชี่ยวชาญและปัญหาตั้งครกไม่พร้อมแก่บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการด้านการพยาบาล และสังคมสงเคราะห์และบุคลากรที่ทำงานในบ้านพักเด็กและครอบครัว



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล และแรงงานข้ามชาติ

- สนับสนุนการพัฒนารูปแบบและแนวทางการเข้าถึงการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยของผู้มีปัญหาสถานะบุคคล โดยสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ให้ความสำคัญและยอมรับร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน ภายใต้เครือข่ายองค์กรที่ทำงานด้านประชากรข้ามชาติ



แรงงาน

- เกิดพื้นที่ต้นแบบบูรณาการการทำงานเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ ระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงแรงงาน



ผู้หญิง

- ร่วมกับองค์การขนส่งมวลชน-
กรุงเทพ พัฒนาระบบข้อบังคับ
ส่งผลให้เกิดนโยบายและแนว
ปฏิบัติเรื่องการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการคุกคามทางเพศ
ในที่ทำงาน โดยได้รับความสนใจ
จากสหพันธ์แรงงานขนส่ง
ระหว่างประเทศ
- พัฒนาศักยภาพผู้แทนสายการ
เดินรถขององค์การขนส่งมวลชน
กรุงเทพ ให้มีความรู้และสามารถ
ให้คำปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับ
การคุกคามทางเพศ และรับเรื่อง
ร้องทุกข์

2558



ผู้ต้องขังหญิง

- สร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตผู้ต้องขังหญิงสนับสนุนให้เกิด
การปรับเปลี่ยนระบบความสัมพันธ์
ในเรือนจำ
- พัฒนาเรือนจำกลางราชบุรีให้เป็น
ศูนย์กลางการฝึกครูโยคะ



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล และแรงงานข้ามชาติ

- เกิดการจัดการศึกษารูปแบบ
“โรงเรียนในโรงงาน” ให้แก่แรงงาน
ข้ามชาติและแรงงานไทยใน
สถานประกอบการ เพื่อการสร้าง
เสริมสุขภาพอาชีพความ
ปลอดภัยในการทำงาน
และการป้องกันและรักษาโรค
- ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ
และภาคประชาสังคมขับเคลื่อนให้
กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะ และ
สิทธิเข้าสู่กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ)
ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข โดย
คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ผู้ที่มี
ปัญหาสถานะบุคคลจำนวน
208,631 คน เข้าสู่กองทุนคืนสิทธิ
เมื่อวันที่ 20 เมษายน พ.ศ.2558



แรงงาน

- เกิดคู่มือการบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่สำหรับการดูแลสุขภาพ
แรงงานนอกระบบ
- การส่งเสริมป้องกันโรคสำหรับผู้
ประกันตนที่ใกล้เคียงกับระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และด้านทันตกรรม เกิดศูนย์
ประสานงานแรงงานนอกระบบ
จังหวัด ขยายจำนวนเพิ่มขึ้นจาก
10 ศูนย์เป็น 15 ศูนย์



มุสลิม

- สนับสนุนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำมุสลิมในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะ และการทำงานด้านพัฒนา
- สนับสนุนการขยายพื้นที่มีสยิดปลอดอบุหรี โดยมีมีสยิดปลอดอบุหรีรวมเป็น 570 แห่งทั่วประเทศ และเกิดมีสยิดปลอดอบุหรีทั้งจังหวัด 15 จังหวัดทั่วประเทศ
- สนับสนุนการดำเนินงานโครงการมีสยิดครบวงจร และพัฒนาชุมชนรักษากะตั้นแบบ เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาวะแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมพร้อมๆ กับการสร้างอาชีพและรายได้ในระดับชุมชนเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาความยากจนในหมู่มุสลิมไทย



คนพิการ

- สนับสนุนการทดลองแนวคิดเพื่อพัฒนาแบบจำลองการจ้างงานคนพิการในชุมชนและองค์กรสาธารณประโยชน์จากบริษัทเอกชนนำร่อง
- ร่วมกับกระทรวงแรงงาน มูลนิธินวัตกรรมทางสังคม และบริษัทเอกชนชั้นนำ 20 แห่ง ประกาศนโยบายทางเลือกใหม่การจ้างงานคนพิการ พร้อมประกาศเจตนารมณ์ “คนพิการต้องมีงานทำ”



คนไร้บ้าน

- เกิดกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านจังหวัดขอนแก่น



ผู้สูงอายุ

- พัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนำร่องเขตวังทองหลาง
- พัฒนากลไกการบูรณาการงานบริการภาครัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ตามนโยบายของรัฐบาล



คนไร้บ้าน

- เกิดวิธียา และเครื่องมือสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้าน เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ส่งผลให้เกิดฐานข้อมูลคนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน 3 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ ขอนแก่น และเชียงใหม่
- ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตอนนโยบายดังกล่าวเมื่อวันที่ 8 มี.ค. 59 ภายได้ "โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนไร้บ้าน 2 ปี (พ.ศ. 2559-2560)"

2559



มุสลิม

- เกิดจังหวัดประกาศเจตนารมณ์และดำเนินการจัดมัสยิดปลอดอบุหรี่ทั้งจังหวัดรวม 16 จังหวัด และในจังหวัดปัตตานีประกาศเป็นมัสยิดปลอดอบุหรี่ทั้งอำเภอ 5 แห่ง



แรงงาน

- พัฒนาศักยภาพผู้นำแรงงานส่งผลให้เกิดความร่วมมือในพื้นที่เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสังคมของแรงงานในสถานประกอบการและชุมชน
- เกิดบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สมาคมสันนิบาตเทศบาลและสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย



ผู้สูงอายุ

- สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยสำหรับกลุ่ม เยาวชนและวัยแรงงาน และองค์ความรู้สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติด้านสังคม
- สนับสนุนการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการทำงานของผู้สูงอายุระยะที่ 1 (พ.ศ.2559-2563)
- สนับสนุนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมการจ้างแรงงานสูงวัย จากการถอดบทเรียนสถานประกอบการที่มีกรจ้างแรงงานสูงวัย



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพแกนนำคนไทยพลัดถิ่นเพื่อเป็นการสร้างกลไก เชื่อมต่อความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประสาน แก้ไขติดตาม สถานการณ์ของคนไทยพลัดถิ่นในพื้นที่ ร่วมกับคณะกรรมการด้านสถานะบุคคล สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่า
- ร่วมกับคณะกรรมการด้านสถานะบุคคล สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง ในคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ จัดเวทีนำเสนอข้อเสนอแนะต่อสถานการณ์ ด้านสถานะบุคคลและสิทธิเพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการพัฒนา สิทธิในสุขภาวะของผู้มีปัญหาสถานะบุคคลต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



คนพิการ

- เกิดการขับเคลื่อนระดับนโยบาย โดยกระทรวงแรงงาน และกระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ประกาศความร่วมมือสนับสนุนให้เกิดการ จ้างงานคนพิการ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำงานที่ดีขึ้น สนับสนุนให้เกิดการ จ้างงานคนพิการ 10,000 ตำแหน่ง
- เกิดการจ้างงานและส่งเสริมอาชีพกว่า 5,659 อัตรา



ผู้ต้องขังหญิง

- สนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย เรือนจำสุภาพเพื่อคุณภาพชีวิต ผู้ต้องขังหญิงให้เป็น “ชุมชนแห่ง ความห่วงใย (Caring community)”
- พัฒนาและนำเสนอนโยบายการ บริการสุภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ต้องขัง



ผู้หญิง

- สนับสนุนการพัฒนาคู่มือการทำ ส่วนวนการสอบสวนคดีความผิด เกี่ยวกับเพศที่มีความละเอียดอ่อน และมีมุมมองที่ไวต่อมิติเพศภาวะ
- เกิดเครือข่ายสร้างความเข้าใจต่อ สุขภาวะผู้หญิงในมิติต่างๆ ผ่าน กิจกรรมหลากหลายรูปแบบ อาทิ เวทีวิชาการ การวิ่งเพื่อยุติความ รุนแรงต่อผู้หญิง กิจกรรม “หนึ่งพันล้านเสียงยุติความรุนแรง ต่อผู้หญิง



คนพิการ

- สนับสนุนการจ้างงานคนพิการ ภายใต้การดำเนินงานของ สสส. ณ เดือนกันยายน ปี 2560 มีจำนวน 3,200 อัตรา
- เกิดการขยายผลประเด็นการจ้างงานคนพิการต่อในคณะทำงานพระราชรัฐเพื่อสังคม (E6)
- เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องการขยายระยะเวลาการแจ้งการใช้สิทธิและดำเนินการ โดยการให้สัมปทานตามมาตรา 35



ผู้ต้องขังหญิง

- เกิดรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้ต้องขังหญิง
- สนับสนุนการเก็บข้อมูลสาธารณสุขมูลฐานในเรือนจำ
- ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานกับคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อศึกษาระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำที่เหมาะสม



ผู้หญิง

- เกิดชุดองค์ความรู้ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะผู้หญิง เพื่อเป็นฐานในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานการเข้าถึงสุขภาวะของกลุ่มผู้หญิง



ผู้สูงอายุ

- ขับเคลื่อนการขยายอายุการจ้างแรงงานสูงวัย เพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนการพัฒนาแผนกลยุทธ์ส่งเสริมการทำงานผู้สูงอายุ
- พัฒนาให้เกิดสถานประกอบการต้นแบบการจ้างงานแรงงานสูงวัย
- พัฒนาชุดความรู้ที่ทำให้เกิดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย

2560



แรงงาน

- เกิดพื้นที่ต้นแบบ 16 จังหวัด โดยเกิดหน่วยบริการชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตแรงงานนอกระบบ 155 แห่งและสามารถให้บริการแก่แรงงานนอกระบบในพื้นที่เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันทางสังคม
- เกิดบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อพัฒนาจังหวัดต้นแบบ การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2560-2564 สู่การปฏิบัติร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเครือข่ายแรงงานนอกระบบ รวม 12 องค์กร



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล และแรงงานข้ามชาติ

- สนับสนุนงานวิชาการ และภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนเชิงนโยบายทำให้อนุกรรมการบริหารงบประมาณและการจัดการบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีมติเสนอให้เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์และงบประมาณเสนอสำนักงานประมาณ
- พัฒนา “คู่มือการดำเนินงานศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพชนเผ่าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์”
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน



คนไร้บ้าน

- เกิดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต และความหลากหลายของคนไร้บ้าน
- คนไร้บ้านได้รับการพัฒนาทักษะด้านอาชีพ รวมทั้งหนุนเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มในลักษณะองค์กร “ห้างหุ้นส่วนคนไร้บ้านจำกัด”
- เกิดแนวทางในการเชื่อมประสานระบบดูแลผู้เปราะบางไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



มุสลิม

- เกิดชุมชนรักษ์สุขภาวะ 46 แห่ง ซึ่งเป็นชุมชนที่มีการจัดการด้านสุขภาวะและการพัฒนาเศรษฐกิจควบคู่กันไป
- สนับสนุนกิจกรรมการเลิกบุหรืในกลุ่มมุสลิมไทย และดำเนินการเข้มข้นในพื้นที่เป้าหมาย ทำให้เกิดอาสาสมัครพาเลิกบุหรื 57 คน



ผู้สูงอายุ

- หนุนเสริมการดำเนินงานคณะทำงานภาครัฐเพื่อสังคม (E6) ซึ่งเป็นกลไกเชื่อมประสานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการบูรณาการการทำงานด้านการพัฒนาระบบและเตรียมความพร้อมประชากร เพื่อรองรับสังคมสูงวัย
- สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคม Buddy Home Care เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ
- เกิดการจัดตั้งศูนย์ออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design Center : UDC) 5 แห่ง
- เกิดแนวทางการดำเนินการจัดระบบการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง ใน 12 ชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

2561



มุสลิม

- สถาบันปอเนาะ 16 แห่งในภาคใต้ มีการรวมตัวเป็นเครือข่าย ปอเนาะสร้างสุข
- เกิดผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะมุสลิมไทย ได้ผู้นำ 1,531 คน และผู้นำเยาวชนสร้างสุข 188 คน ผู้ที่ผ่านการอบรมจะกลับไปเป็นแกนนำที่สำคัญในการสร้างโครงการพัฒนาชุมชน และสร้างเสริมสุขภาวะได้เอง



คนพิการ

- เกิดต้นแบบศูนย์บริการคนพิการ แบบครบวงจร



ผู้หญิง

- เกิดรูปแบบ และกลไกสร้างเสริมสุขภาวะที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม จากฐานชุมชนและกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ในชุมชน



ผู้ต้องขังหญิง

- มีการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในพื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ เรือนจำกลางราชบุรี เรือนจำกลางอุตรธานี และขยายผลไปยังเรือนจำกลางอุบลราชธานี
- มีการพัฒนาศักยภาพภายในผู้ต้องขัง พื้นที่ดำเนินการ ได้แก่ ทักษะสถานหญิง เชียงใหม่ และเรือนจำกลางขอนแก่น (แดนหญิง) การเปลี่ยนแปลงในมิติด้านในของผู้ต้องขังทั้งพื้นที่ ทำให้ “เรือนจำ” กลายเป็นพื้นที่ของการไม่ตัดสิน (Non-Judgment Space)
- เกิดชุดข้อมูลองค์ความรู้ในการใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานเพื่อใช้ในเรือนจำ



ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ

- เกิดเครือข่ายบูรณาการระหว่างประเทศด้านการพัฒนาระบบบริการและสิทธิทางสุขภาพในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ 2 เครือข่าย และมีแผนปฏิบัติการสำหรับการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการและสิทธิทางสุขภาพในกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและแรงงานข้ามชาติ



แรงงาน

- มีพื้นที่ต้นแบบสำหรับการจัดบริการเชิงรุกแบบครบวงจรด้านอาชีวอนามัย โดยมีการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน และจัดการจัดบริการอาชีวอนามัยระดับพื้นฐานให้กับแรงงานงานชุมชนผ่าน รพสต.



คนไร้บ้าน

- คนไร้บ้าน คนไร้ที่พึ่ง และคนจนเมือง จำนวน 480 คน คิดเป็นร้อยละ 31.62 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการ ได้รับการพิสูจน์พัฒนา หรือโอนย้ายสิทธิสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานขยายผลการพิสูจน์พัฒนาหรือโอนย้ายสิทธิสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย





ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

สำนักสนับสนุนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ

งานวิชาการเพื่อการ



คนพิการ



ผู้สูงอายุ



ผู้หญิง



ผู้ต้องขังหญิง

การปรับ
สภาพแวดล้อม
เพื่อทุกคน
(UD)

การพัฒนา
ศักยภาพภาคี
และเครือข่าย

(สำนัก 9)

ขับเคลื่อนนโยบาย



มุสลิม



ผู้มีปัญหา
สถานะบุคคล
และประชากร
ข้ามชาติ



แรงงาน



คนไร้บ้าน

การสื่อสาร
สาธารณะและ
เครือข่าย
สื่อสารสังคม

งานบูรณาการ
เป้า 10 ปี
ตามกลุ่มประชากร

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.