

สุขภาพคนไทย

2568



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)

เกิดน้อยเกินไป



ต้องปรับและรับมืออย่างไร?

สุขภาพคนไทย 2568



ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2568 : เกิดน้อยเกินไปหรือไม่? ต้องปรับและรับมืออย่างไร / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล —

พิมพ์ครั้งที่ 1. — นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2568.

(เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 606) 136 หน้า.

ISBN 978-616-622-014-8

1. การเกิด -- ไทย. 2. สุขภาพจิต -- ไทย. 3. การเปลี่ยนแปลงประชากร -- ไทย.

I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. III. ชื่อชุด.

WA100 ส743 2568

ออกแบบและศิลปกรรม	ฟ้าใส ผลลาหาร
พิสูจน์อักษร	พิมพ์พรรณ นิตยัณรา ญัฐนิชา ลอยฟ้า และ ธนพร เกิดแก้ว
จัดทำเนื้อหาและจัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
ได้รับการสนับสนุนทุนจาก	ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักพิมพ์	บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน) 376 ถนนชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170 โทรศัพท์ 0-2422-9000 โทรสาร 0-2433-2742
จำนวนพิมพ์	4,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 1	เมษายน 2568

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

999 ถนนพุทธมนตล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-5221

เว็บไซต์ www.thaihealthreport.com

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพฯ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ 02-343-1500 โทรสาร 02-343-1551

เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

บอกกล่าว

รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2568 ตัวชี้วัดสุขภาพ นำเสนอเรื่อง “สุขภาพจิตคนไทย” โดยนำเสนอ 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 สถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 หมวดตัวชี้วัด คือ สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพจิตโดยรวมในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิต และสถานะสุขภาพจิตเชิงบวกของคนไทย ประเด็นที่ 2 สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด คือ ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม สื่อสังคมออนไลน์ การใช้สารเสพติด เมกะเทรนด์ ความรอบรู้สุขภาพจิต ระบบบริการ การคัดกรองสุขภาพจิต ประเด็นที่ 3 นโยบายและมาตรการ นำเสนอตัวชี้วัด นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพปี 2568 รวบรวมข่าวสารและเหตุการณ์สำคัญ นำเสนอในบทสังเคราะห์เชิงลึกเกาะติดสถานการณ์ ได้แก่ 1) แก่กฎหมายสุรา: จับตามลกระทบด้านสุขภาพ 2) นุรีไฟฟ้า ภัยคุกคามสุขภาพที่บุกรุก 3) กัญชาทางการแพทย์กับความสับสนทางนโยบาย 4) ประเทศไทยกับวันที่กาลีโนถูกกฎหมาย: อาจได้ไม่คุ้มเสีย 5) ถอดบทเรียน “ดีไอคอน” เพื่อไม่ตกเป็นเหยื่อแชร์ลูกโซ่ 6) อุบัติเหตุรถบัสดโดยสาร: หลากหลายคำถามเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย 7) การจัดการน้ำท่วมในภาคเหนือ: ลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ 8) ปลาหมอคางดำ กับการรับมือเอเลี่ยนสปีชีส์ในไทย 9) ความซับซ้อนของมาตรการของรัฐในการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตราย 10) ชีวิตติดหนี้: ปัญหาใหญ่ครัวเรือนไทย ส่วน 4 เรื่องดีๆ นำเสนอประเด็นความสำเร็จทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การยกย่องหมอสงวนเป็นรัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย ขบวนการแพทย์ชนบทไทยได้รับรางวัลแมกไซไซ ยาอดยาบ้าไทยได้รับรางวัลนวัตกรรมนานาชาติ และการผลักดันกองทุนสุขภาพจิตและจิตเวช ดูแลสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย ซึ่งเรื่องราวและบทวิเคราะห์ชวนให้น่าติดตามเป็นอย่างยิ่ง

เรื่องพิเศษประจำฉบับในปี 2568 นำเสนอปัญหาอัตราการเกิดที่ลดลง ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ และสังคมไทย แนวโน้มนี้เกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ค่านิยมที่เปลี่ยนไป ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวย โดยมีเปรียบเทียบสถานการณ์ของไทยกับประเทศอื่น ที่เผชิญปัญหาดคล้ายกัน ด้านแนวทางการแก้ไข กล่าวถึงนโยบายที่รัฐพยายามดำเนินการ เช่น การเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีบุตรยาก และการสนับสนุนสวัสดิการเพื่อจูงใจให้คนมีบุตรมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังขาดมาตรการที่เป็นรูปธรรม และครอบคลุมในระยะยาว นอกจากนี้ บทความยังกล่าวถึงความสำคัญของการวางแผนรับมือกับผลกระทบจากสังคมผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางที่ไทยสามารถนำมาปรับใช้จากต่างประเทศ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้คนตัดสินใจมีบุตรเพิ่มขึ้น

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย ขอขอบคุณผู้อ่านที่ติดตามและใช้ประโยชน์จากรายงานสุขภาพคนไทยตลอดมา ทั้งในด้านการศึกษาวิจัย การกำหนดแผนหรือนโยบาย และขับเคลื่อนงานในพื้นที่ นับเป็นกำลังใจสำคัญให้กับคณะทำงานในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป

โปรดติดตามอ่านหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยและบทความที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ www.thaihealthreport.com

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย

10 หมวด ตัวชี้วัด “สุขภาพจิตคนไทย”

1	สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพจิตในประเทศไทย	12
2	ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย	15
3	สถานะสุขภาพจิตเชิงบวกของคนไทย	17
4	ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม	19
5	เทคโนโลยีดิจิทัล	21
6	การใช้สารเสพติด	23
7	เมกะเทรนด์กับสุขภาพจิต	25
8	ความรอบรู้สุขภาพจิต	27
9	ระบบบริการการคัดกรองสุขภาพจิต	29
10	นโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต	32

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1	แก้กฎหมายสุรา: จับตามผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ	36
2	บุรีไฟฟ้า ภัยคุกคามสุขภาพที่คุกเกมรุก	42
3	กัญชาทางการแพทย์กับความสับสนทางนโยบาย	48
4	ประเทศไทยกับวันที่กาลีโนถูกกฎหมาย: อาจได้ไม่คุ้มเสีย	54
5	ถอดบทเรียน “ดีไอคอน” เพื่อไม่ตกเป็นเหยื่อ แชร่ลูกโซ่	60
6	อุบัติเหตุรถบัสโดยสาร: หลากหลายคำถามเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย	65
7	การจัดการน้ำท่วมในภาคเหนือ: ลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ	72
8	ปลาหมอหางดำ กับการรับมือเอเลี่ยนสปีชีส์ในไทย	78
9	ความซับซ้อนของมาตรการของรัฐในการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตราย	83
10	ชีวิตติดหนี้: ปัญหาใหญ่ครัวเรือนไทย	89

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1	ยกย่องหมอสงวนเป็นรัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย	96
2	ขบวนการแพทย์ชนบทไทยได้รับรางวัลแมกไซไซ	97
3	ยาอดยาบ้าไทยได้รับรางวัลนวัตกรรมนานาชาติ	98
4	ผลักดันกองทุนสุขภาพจิตและจิตเวช ดูแลสุขภาพจิตประชาชน	99

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

เกิดน้อยๆ ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร?	101
---	-----

ภาคผนวก

บรรณานุกรม	122
เกณฑ์การจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย	132
รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง	133
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ, รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย	134

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2568. ชี้อบบทความ. สุขภาพคนไทย 2568 (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2568. สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพจิตในประเทศไทย. สุขภาพคนไทย 2568 (หน้า 12-14).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

10 หมวดตัวชี้วัด
สุขภาพจิตคนไทย



10 หมวดตัวชี้วัด

“สุขภาพจิตคนไทย”

สุขภาพคนไทย 2568 เสนอตัวชี้วัดสุขภาพ “สุขภาพจิตคนไทย” เพื่อสะท้อนสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนานโยบายของประเทศไทยเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพจิต ที่เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุขภาพจิตถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตและความสุขของประชากร ในปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี กำลังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทย ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล จนถึงระดับครอบครัวและชุมชน

สุขภาพจิตไม่เพียงเป็นเรื่องของการไม่มีโรคทางจิตเวช แต่ยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญกับความเครียด ความสุขในชีวิต และความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อื่น การมีสุขภาพจิตที่ดีช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในทุกช่วงวัย ในทางกลับกัน ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับประเทศ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล การสูญเสียประสิทธิภาพการทำงาน และภาระทางสังคมที่เพิ่มขึ้น

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายในด้านสุขภาพจิต เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงผลกระทบจากวิกฤตการณ์ระดับโลก ปัจจัยเหล่านี้ทำให้คนไทยจำนวนมากต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้ ความกดดันจากโลกดิจิทัล เช่น การติดสื่อสังคมออนไลน์ และความกลัวพลาดตกกระแส (fear of missing out หรือ FOMO) ได้สร้างผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย

ตัวชี้วัดสุขภาพ “สุขภาพจิตคนไทย” ในรายงานฉบับนี้ นำเสนอข้อมูลสำคัญในสามส่วนหลัก ได้แก่

- สถานการณ์โดยรวมของสุขภาพจิต (หมวด 1-3)
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต (หมวด 4-9)
- นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง (หมวด 10)

ในภาพรวม สถานการณ์โดยรวมของสุขภาพจิตในประเทศไทย ยังคงน่าเป็นห่วง คนไทยถึง 13.4 ล้านคนเคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อปีสุขภาวะของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-29 ปี ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด

ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวช โดยโรคซึมเศร้าและโรคสมองเสื่อมเป็นประเด็นที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนกลุ่มเยาวชน 18-24 ปี ที่เป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ มีความเสี่ยงทั้งในเรื่องซึมเศร้า และความเครียด



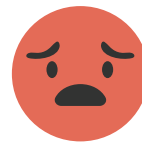
สำหรับความสามารถในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต เป็นสถานการณ์สุขภาพจิตเชิงบวกของคนไทย พบว่าคนไทยมีระดับความสุขเป็นลำดับ 3 ในกลุ่มสมาชิกประเทศอาเซียนโดยกลุ่มคนอายุ 45-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีความสุขน้อยที่สุดในประเทศไทย

ด้านปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตคนไทย ความรุนแรงในครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานอันสำคัญ ในประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนครอบครัวที่มีความรุนแรงสูงขึ้น ในปี 2566 มีรายงานความรุนแรงในครอบครัวถึง 2,311 ราย ทั้งความรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ และเพศ ยังไม่นับรวมข่าวความรุนแรงในครอบครัวที่มีจำนวนมากในแต่ละปี และยังมีในโรงเรียนที่นักเรียนถูกข่มขู่รังแก

เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะเรื่องการติดสื่อสังคมออนไลน์ที่น่ากังวล ในภูมิภาคเอเชีย คน 1 ใน 3 ติดสื่อสังคมออนไลน์ และมีความรู้สึกกลัวพลาดหรือตกกระได

สารเสพติด เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในเกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สุรา และบุหรี่ นอกจากนั้นปัญหาจากสารเสพติดยังสร้างปัญหาความเดือดร้อนในชุมชน เช่น การส่งเสียงดัง การกระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน และการทะเลาะวิวาทซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้เช่นเดียวกัน

เมกะเทรนด์ และการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการพลิกผันของเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคม เศรษฐกิจ หรือแม้กระทั่งการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ส่งผลต่อสุขภาพจิตได้เช่นกัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพิ่มความเสี่ยงการตกงาน โดยเฉพาะอาชีพบริการกว่า 3 ล้านคน นอกจากนั้นภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วมใหญ่ในภาคเหนือ ส่งผลให้คนในพื้นที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว



การมีความรอบรู้สุขภาพจิต เป็นกุญแจสำคัญสู่สุขภาพจิตที่ดี ถึงแม้ว่าโดยรวมคนไทยมีความรอบรู้ที่ดีขึ้น เกือบ 1 ใน 3 มีระดับความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับมากที่สุด แต่ยังมีเกือบครึ่งที่ไม่รู้ว่าตนเองเครียดเกินไป และไม่ทราบเรื่องของระบบบริการการคัดกรองสุขภาพจิตซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิตจำนวนมาก และปัญหาการกระจุกตัวของบริการสุขภาพจิตยังคงเป็นความท้าทายของประเทศไทย

หมวดสุดท้าย หมวด 10 **เป็นด้านนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย** ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในระดับหนึ่งเกี่ยวกับการมีกฎหมายสุขภาพจิต แต่ยังมีช่องว่างในการเข้าถึงบริการและการเก็บข้อมูลที่ครอบคลุม ซึ่งต้องใช้เวลาความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วน

สุขภาพคนไทย 2568 หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ตัวชี้วัดสุขภาพ “สุขภาพจิตคนไทย” จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสะท้อนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทย พร้อมทั้งชี้ให้เห็นแนวทางในการยกระดับสุขภาพจิตของคนไทย เพื่อเสริมสร้างความพร้อมในการรับมือกับความท้าทายและโอกาสใหม่ๆ ในอนาคตได้อย่างมั่นคง

1

สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพจิตในประเทศไทย

คนไทย **13.4 ล้านคน**

เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช
อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นเรื่องสำคัญ

ที่ส่งผลกระทบต่อคนไทยจำนวนมาก ทั้งในด้านสุขภาพ
การดำเนินชีวิต และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะใน
กลุ่มเยาวชนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตสูง

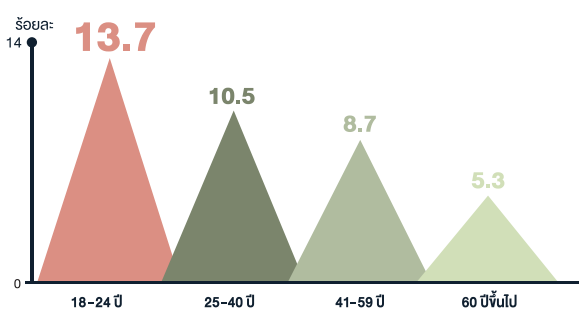
สถานการณ์สุขภาพจิตในประเทศไทย

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นประเด็นใกล้ตัวกว่าที่คิด ข้อมูล
ล่าสุดเผยว่า ใน 12 เดือนที่ผ่านมาจากวันที่สำรวจในปี 2566
พบคนไทยถึง 4.4 ล้านคน ประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยกลุ่มอายุ
ที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด คือ เยาวชนอายุ 18-24 ปี ที่มีสัดส่วนเป็น
โรคจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุดถึงร้อยละ 13.7 เปรียบเทียบ
กับร้อยละ 5.3 ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป



ที่มา: สำรวจรบรรดาวิทยาลัยสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ พ.ศ. 2566,
กลุ่มบรรดาวิทยาลัยสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

สัดส่วนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตใน 12 เดือนที่ผ่านมา



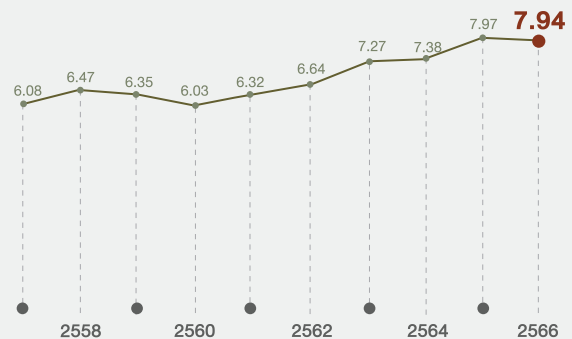
ที่มา: สำรวจรบรรดาวิทยาลัยสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ พ.ศ. 2566,
กลุ่มบรรดาวิทยาลัยสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย



ที่มา: รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย, กรมสุขภาพจิต

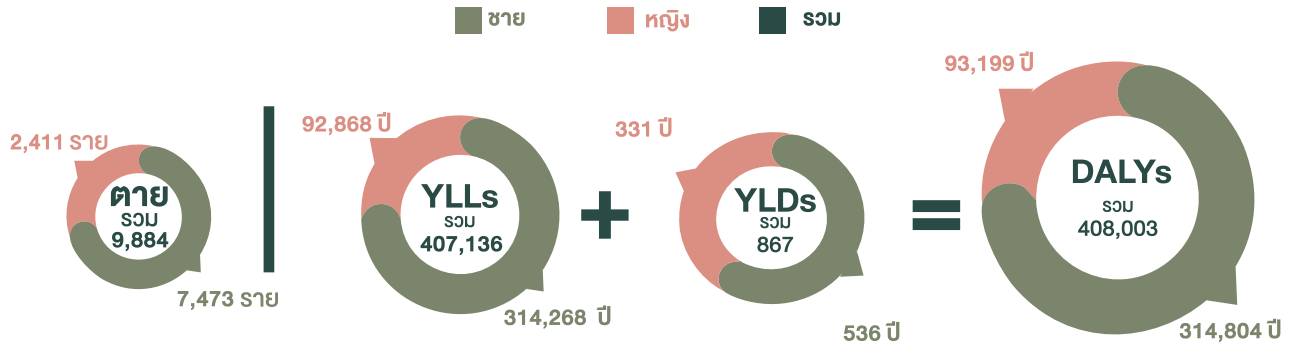
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2557-2566 (ต่อแสนประชากร)



ที่มา: ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แม้ว่าการฆ่าตัวตาย จะเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของ
ปัญหาสุขภาพจิต แต่ก็ยังเป็นภาพสะท้อนของสถานการณ์
สุขภาพจิตของคนในประเทศได้เป็นอย่างดี ในประเทศไทยเป็นที่
น่ากังวลว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน 10 ปีที่
ผ่านมา โดยในปีงบประมาณ 2566 คนไทยพยายามฆ่าตัวตาย
31,110 คน หรือ 47.7 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน และ
เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือ 7.9 ต่อแสนประชากร
เฉลี่ยวันละ 14 คน สูงกว่าเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิตตั้งไว้ที่ไม่เกิน
6.3 คนต่อแสนประชากร

การสูญเสียปีสุขภาวะจากการทำร้ายตนเอง



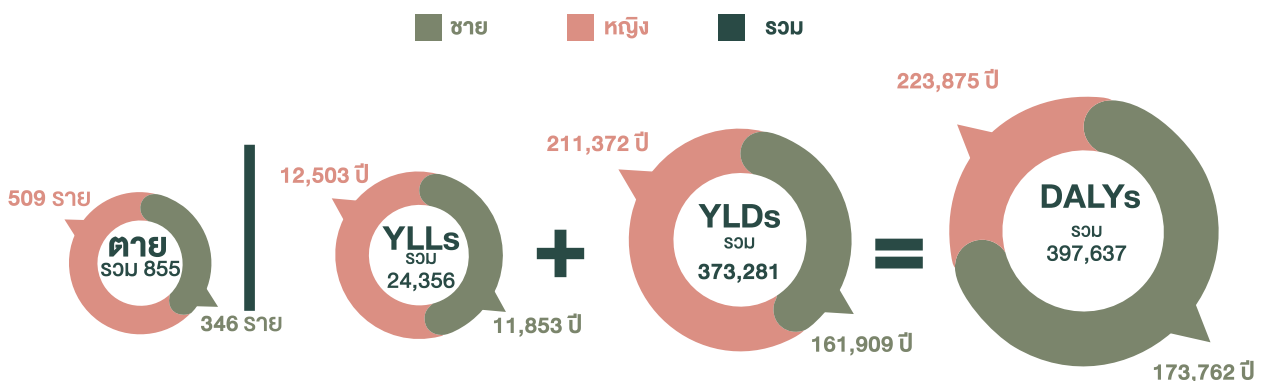
หมายเหตุ: Years of Life Lost due to Premature Mortality: YLLs คือ ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร; Years of Life Lost due to Disability: YLDs คือ ปีสุขภาวะที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ; Disability-Adjusted Life Years: DALYs คือ ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร ประกอบด้วย YLLs และ YLDs ที่มา: การสูญเสียปีสุขภาวะ: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ผลกระทบของสุขภาพจิตไม่ได้จำกัดเพียงการสูญเสียชีวิต แต่ยังส่งผลต่อปีสุขภาวะของประชากร โดยการทำร้ายตัวเองเพียงอย่างเดียว นำไปสู่การสูญเสียปีสุขภาวะมากถึง 408,003 ปี ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ชายมีอัตราการสูญเสียสูงกว่าผู้หญิง ในขณะที่ปัญหาจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล ความผิดปกติของการกิน ความผิดปกติของสเปกตรัมออทิสติก โรคสมาธิสั้น ความประพฤติดังกล่าว ความพิการทางสติปัญญาที่ไม่ทราบสาเหตุ และความผิดปกติทางจิตอื่นๆ ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะรวม 397,637 ปี โดยผู้หญิงเป็นกลุ่มที่สูญเสียปีสุขภาวะจากปัญหาจิตมากกว่าผู้ชาย

ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs)

เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมจากการวัดการสูญเสีย “สุขภาพสมบูรณ์” ไปถึงปี ประกอบด้วย จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs) รวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs)

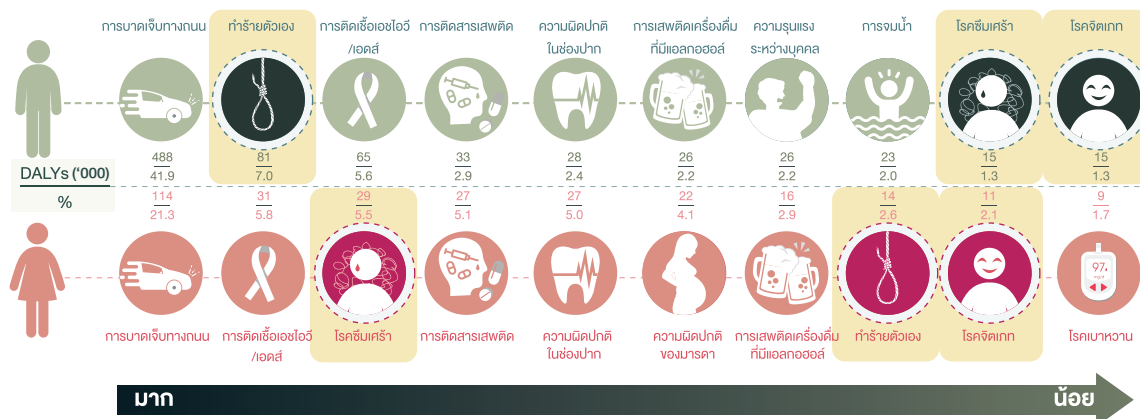
การสูญเสียปีสุขภาวะจากปัญหาสุขภาพจิต



ที่มา: การสูญเสียปีสุขภาวะ: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กลุ่มเยาวชนอายุ 15-29 ปี เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดย 3 ใน 10 สาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มนี้สูญเสียปีสุขภาวะเกิดจากปัญหาทางสุขภาพจิต

อันดับการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15-29 ปี พ.ศ. 2562 จำแนกตามเพศ และสาเหตุ



ที่มา: การสูญเสียสุขภาพ: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งการสร้างความรู้ในสังคม การสนับสนุนให้ผู้ที่ปัญหาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพ และการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นและนำไปสู่การสร้างสังคมที่เข้มแข็งในระยะยาว

ปัญหาสุขภาพจิต ยังเชื่อมโยงกับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียกำลังแรงงาน หรือความเสี่ยงที่ผู้ป่วยสุขภาพจิตอาจก่อความรุนแรง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อระดับสังคม

ผลกระทบปัญหาสุขภาพจิตต่อเศรษฐกิจ

ปัญหาสุขภาพจิตนำไปสู่ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าพบแพทย์และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง และค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และยังมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ตามมา เช่น การสูญเสียรายได้เพราะต้องลางานหรือประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง

สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ความสูญเสียที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตอยู่ที่ **ร้อยละ 4.8** ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (Arias, Saxena, Verguet, 2022)



ในระดับมหภาค สุขภาพจิตสามารถส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม เนื่องจากกำลังแรงงานและประสิทธิภาพการผลิตลดลง ส่งผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)

ผลกระทบปัญหาสุขภาพจิตต่อสังคม

ร้อยละ 18.0 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแล เป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล



ร้อยละ 22.8 ของผู้ป่วยจิตเวชเคยก่ออาชญากรรมรุนแรง

เช่น ข่มขืน ฆาตกรรม ฆ่าตัวตาย และวางเพลิง



ร้อยละ 23.3 เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้รับการติดตาม

ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566, สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ รายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช ปีงบประมาณ 2566, คลังข้อมูลสุขภาพศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

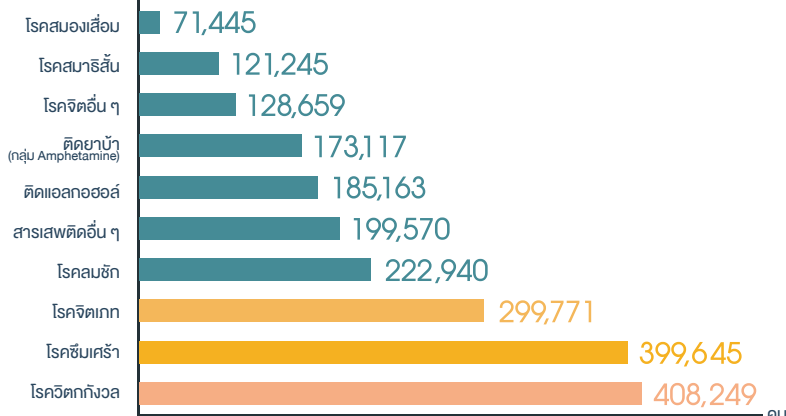
2

ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย

ปี 2566 คนไทยป่วยโรคซึมเศร้าและเข้ารับบริการถึง 4 แสนคน
เพิ่มขึ้นกว่า 1.7 เท่า ในไม่ถึงทศวรรษ

10 กลุ่มโรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยรับบริการมากที่สุด ปี 2566

จำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชในประเทศไทย
เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สะท้อนปัญหาสุขภาพจิตในหลายมิติ เช่น
ความเครียดสูง ความเสี่ยงซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ซึ่งเป็น
กลุ่มเสี่ยงสูง จำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันเฝ้าระวัง
สร้างเสริม (สุขภาพจิต) ป้องกัน (ปัญหาสุขภาพจิต)
และดูแล (ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต) อย่างเหมาะสม

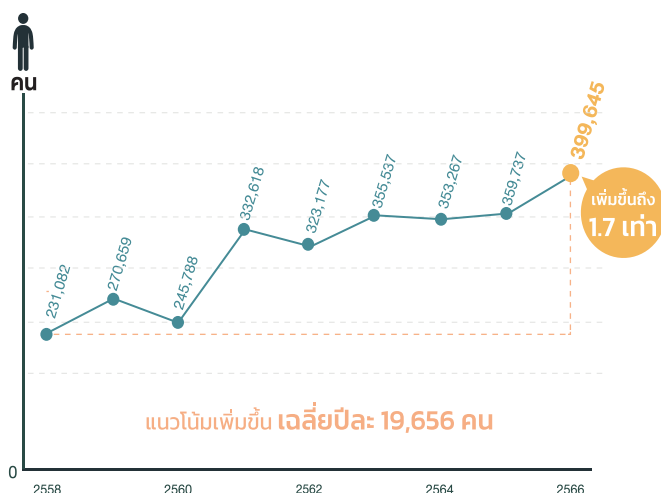


หมายเหตุ: จำนวนผู้ป่วยจิตเวชรับบริการทั้งหมด มีจำนวน 2.9 ล้านคนในปีงบประมาณ 2566
ที่มา: สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

คนไทยกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระหว่างปี 2558-2566 พบผู้ป่วย
เข้ารับบริการสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น โดยปี 2566 มีผู้เข้ารับบริการถึง 2.9 ล้านคน โรคที่มีผู้รับบริการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ **โรควิตกกังวล**
โรคซึมเศร้า และ**โรคจิตเภท**

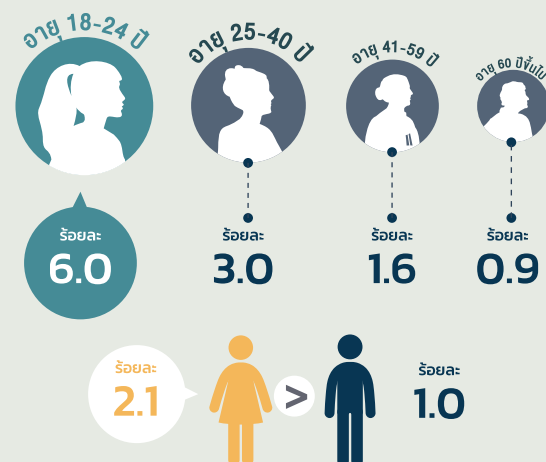
แม้จำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลลดลงแต่ “โรคซึมเศร้า” กลับเพิ่มขึ้นต่อเนื่องถึง 1.7 เท่า จาก 231,082 คน
ในปี 2558 เป็น 399,645 คนในปี 2566 **กลุ่มเสี่ยงสูงสุด คือ เยาวชนอายุ 18-24 ปี**
โดยมีความชุกชีวิตของโรคซึมเศร้า ถึงร้อยละ 6 และผู้หญิงป่วยมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ ปี 2558-2566



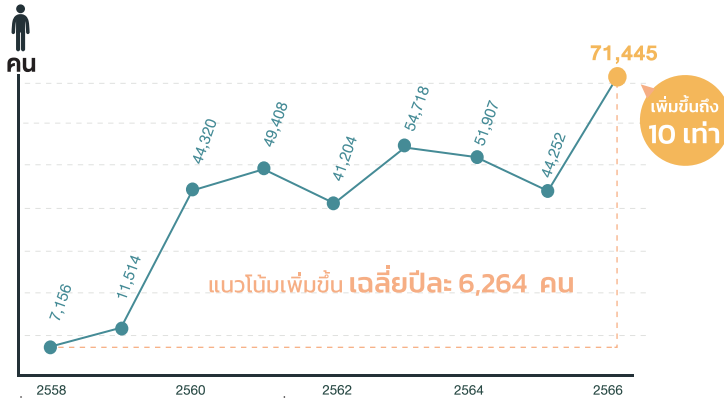
ที่มา: สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

ความชุกโรคซึมเศร้าของคนไทย (9.6 แสนคน เคยเป็นโรคซึมเศร้าครั้งใดครั้งหนึ่งในชีวิต)



หมายเหตุ: ในที่นี้เป็น ความชุกชีวิต หมายถึง การเป็นโรคครั้งใดครั้งหนึ่งในชีวิต
ที่มา: ความชุกของความผิดปกติทางอารมณ์: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย
ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566, คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับบริการ ปี 2558-2566

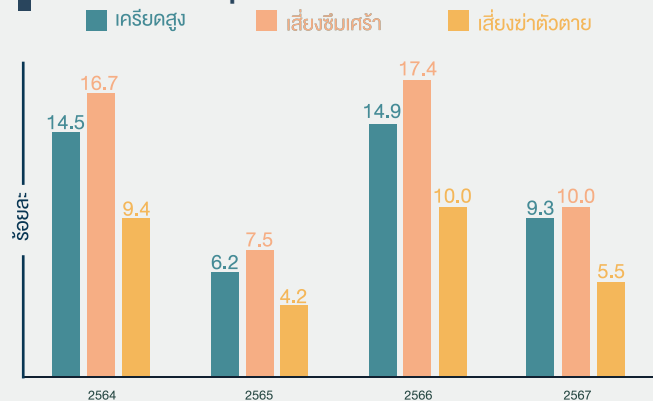


ที่มา: สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

“โรคสมองเสื่อม” มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่าจาก 7,156 รายในปี 2558 เป็น 71,445 รายในปี 2566 ปัจจัยสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ของประเทศไทย โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากร และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของโรคนี้

กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเครื่องมือออนไลน์ "Mental Health Check In" สำหรับประเมินและคัดกรองความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิต ข้อมูลระหว่างปี 2564-2567 ชี้คนไทยมีความเสี่ยงเครียดสูง ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทและสถานการณ์ของปีนั้นๆ โดยปี 2567 พบว่าร้อยละ 9.3 มีความเสี่ยงเครียดสูง ร้อยละ 10.0 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 5.5 เสี่ยงฆ่าตัวตาย แม้ลดลงจากปี 2566 แต่ยังคงดูแลสุขภาพจิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

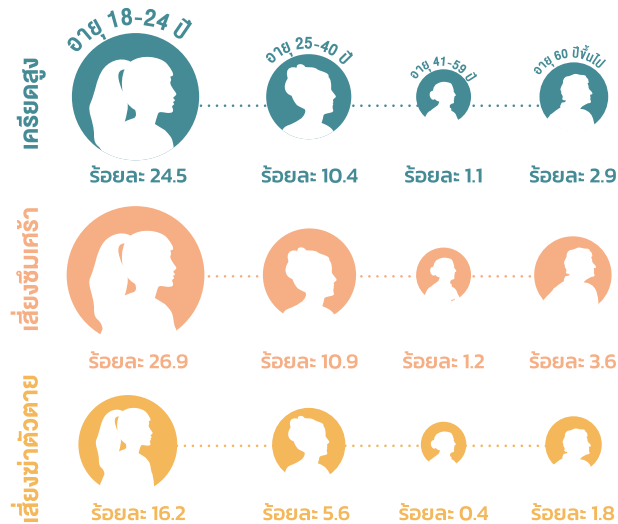
ความเสี่ยงทางสุขภาพจิตของคนไทย ปี 2564-2567



ที่มา: ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2567, กรมสุขภาพจิต

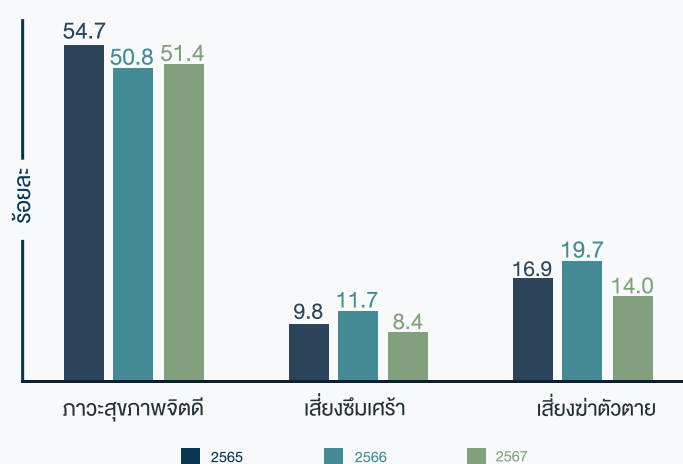
ในปี 2567 กลุ่มเยาวชนอายุ 18-24 ปี ยังคงมีความเสี่ยงสูง โดยร้อยละ 24.5 เสี่ยงเครียดสูง ร้อยละ 26.9 เสี่ยงซึมเศร้า และร้อยละ 16.2 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ขณะที่เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีเพียงร้อยละ 51.4 และร้อยละ 8.4 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 14.0 เสี่ยงฆ่าตัวตาย

ความเสี่ยงทางสุขภาพจิต ตามช่วงวัย ปี 2567



ที่มา: ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2567, กรมสุขภาพจิต

สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ปี 2565-2567



ที่มา: ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2567, กรมสุขภาพจิต

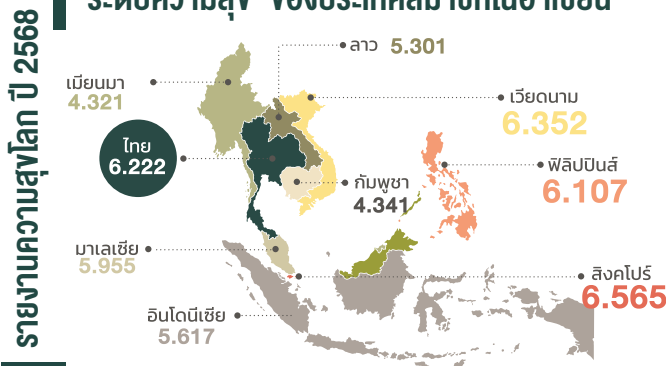
“ ข้อมูลนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพจิตเชิงรุกในทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก เยาวชน และผู้สูงอายุ ที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมและทั่วถึง ”

คนไทยวัยใกล้สูงอายุ (45-59 ปี) มีความสุขในชีวิตต่ำกว่าคนวัยอื่น

รายงานความสุขโลกปี 2568 แสดงให้เห็นว่าคนไทยมีระดับความสุขอยู่ในลำดับที่ 49 จาก 147 ประเทศทั่วโลก และเป็นลำดับที่ 3 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (ไม่รวมบรูไน) ตามหลังสิงคโปร์ และเวียดนาม ข้อมูลของรายงานในฉบับปีก่อนหน้าหรือปี 2567 ซึ่งมีการวิเคราะห์แยกตามช่วงอายุ พบว่า คนไทยกลุ่มอายุน้อย (ต่ำกว่า 30 ปี) เป็นกลุ่มที่มีความสุขมากกว่าคนวัยอื่น ขณะที่กลุ่มวัยกลางคนตอนปลาย (45-59 ปี) เป็นกลุ่มที่มีความสุขน้อยที่สุด ซึ่งแตกต่างจากประเทศอื่นในภูมิภาค เหตุผลที่อธิบายได้อาจเป็นเรื่องความกังวลและการขาดการเตรียมพร้อมในด้านต่างๆ สำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุ ในบริบทที่ประเทศกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์

“สุขภาพจิตที่ดี” ไม่ได้เป็นเพียงแต่การปราศจากโรค อาการหรือความผิดปกติทางจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และพลังใจที่เข้มแข็งสามารถรับมือและจัดการกับความท้าทายทางใจต่างๆ ในชีวิตที่เข้ามาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"ระดับความสุข" ของประเทศสมาชิกในอาเซียน



หมายเหตุ: ระดับความสุข ประเมินจากคะแนนความพึงพอใจในชีวิต (หรือ life satisfaction) เฉลี่ย 3 ปี
ที่มา: Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.), (2024).
World Happiness Report 2025. University of Oxford: Wellbeing Research Centre.

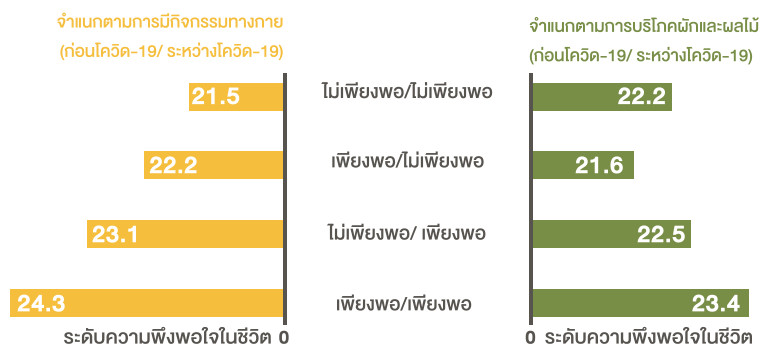
รายงานความสุขโลก ปี 2567

	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	เวียดนาม	ไทย	มาเลเซีย	อินโดนีเซีย	ลาว	เมียนมา	กัมพูชา
ต่ำกว่า 30 ปี (กลุ่มอายุน้อย)		😊	😊	😊	😊	😊			😊
31-44 ปี (กลุ่มวัยกลางคนตอนต้น)		😞					😞	😐	😞
45-59 ปี (กลุ่มวัยกลางคนตอนปลาย)	😐			😞			😐		
60 ปีขึ้นไป (กลุ่มสูงอายุ)	😞		😞		😞	😞		😞	

หมายเหตุ: กลุ่มอายุที่มีระดับความสุข “มากที่สุด” (เขียว) และ “น้อยที่สุด” (แดง) ในแต่ละประเทศ

ที่มา: สรุปจาก World Happiness Report 2024 ใน Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.), 2024.

ระดับความพึงพอใจในชีวิตของคนไทย ปี 2564 (ระหว่างโควิด-19)



ที่มา: Phulkard S, Thapsuwan S, Soottipong Gray R, Chamratrithirong A, Pattaravanich U, Ungchusak C, Saonuan P., 2023

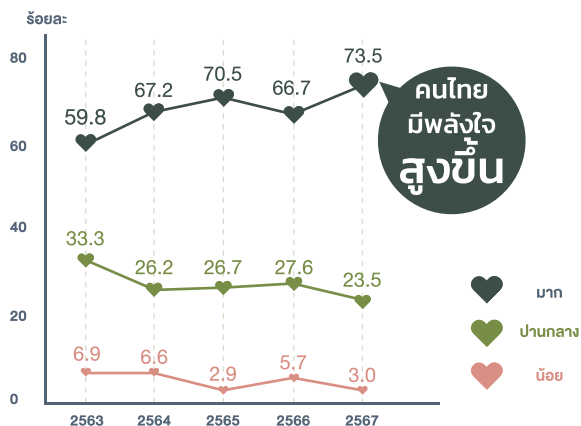
ความพึงพอใจในชีวิตเป็นอีกตัวชี้วัดสุขภาพจิตเชิงบวกที่สะท้อนถึงการประเมินภาพรวมชีวิตของบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง การสำรวจในปี 2562 และ 2564 พบว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตของคนไทยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จาก 25.5 เป็น 22.4 คะแนน ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การบริโภคผักผลไม้และมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ เป็นหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของคนไทย

การสำรวจปี 2567 พบคนไทยมีความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต และการทำงานหรือการเรียนรู้ น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตประจำวัน และสุขภาพจิต ตามลำดับ กลุ่มที่มีสถานะหย่าหรือเป็นหม้ายมีความพึงพอใจต่ำที่สุด ขณะที่กลุ่มโสด หรือแต่งงานและอยู่ด้วยกันมีความพึงพอใจสูงสุด เมื่อเทียบกับคนในสถานะความสัมพันธ์อื่น เช่น มีแฟนหรืออยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้แต่งงาน

ที่มา: ผลสำรวจสุขภาพจิตในสังคมไทย, สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต (TIMS) 2568



สัดส่วนคนไทยจำแนกตามระดับพลังใจ

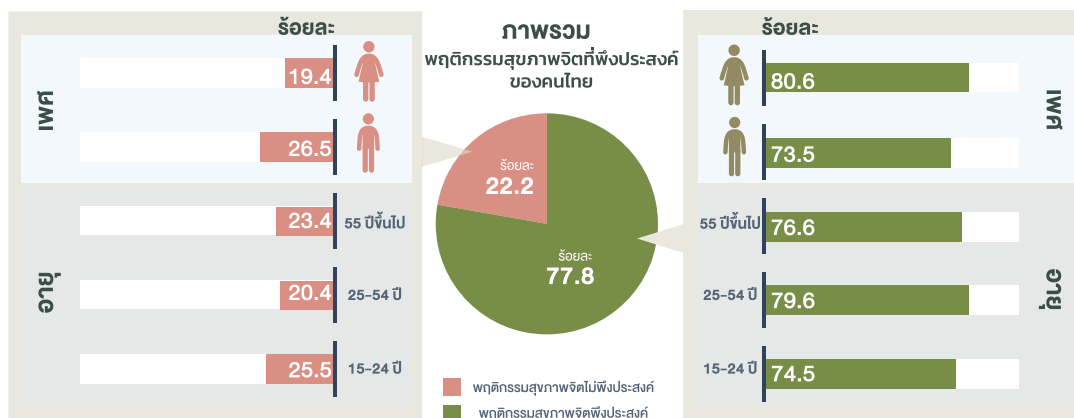


ที่มา: ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย พ.ศ. 2567, กรมสุขภาพจิต

ระดับพลังใจ (Resilience Quotient: RQ) เป็นตัวชี้วัดสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นความสามารถในการฟื้นตัวและปรับตัวจากวิกฤตชีวิตของบุคคล โดยพิจารณาจากความทนทานทางอารมณ์ การสนับสนุนทางใจจากคนรอบข้าง และการจัดการกับปัญหา ผลการสำรวจระหว่างปี 2563-2567 พบว่า ระดับพลังใจของคนไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยคนที่มียกระดับพลังใจสูงเพิ่มจากร้อยละ 59.8 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 73.5 ในปี 2567 ขณะที่คนที่มีระดับพลังใจต่ำลดลงจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 3.0

การเสริมสร้างศักยภาพทางสุขภาพจิตของคนไทยผ่านการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพจิตและการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การดูแลสุขภาพกายและใจ การจัดการกับปัญหา และการสร้างความสัมพันธ์ในสังคม จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและความสามารถในการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ พบว่าประมาณ 1 ใน 5 หรือร้อยละ 22.2 ของคนไทย ยังคงมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ในเรื่องนี้ ผู้หญิงมีพฤติกรรมสุขภาพจิตดีกว่าผู้ชาย ขณะที่เด็กและเยาวชน (15-24 ปี) มีพฤติกรรมสุขภาพจิตไม่พึงประสงค์มากกว่ากลุ่มวัยอื่น

พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ของคนไทย



ที่มา: รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตคนไทยประจำปี พ.ศ. 2565, กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

4

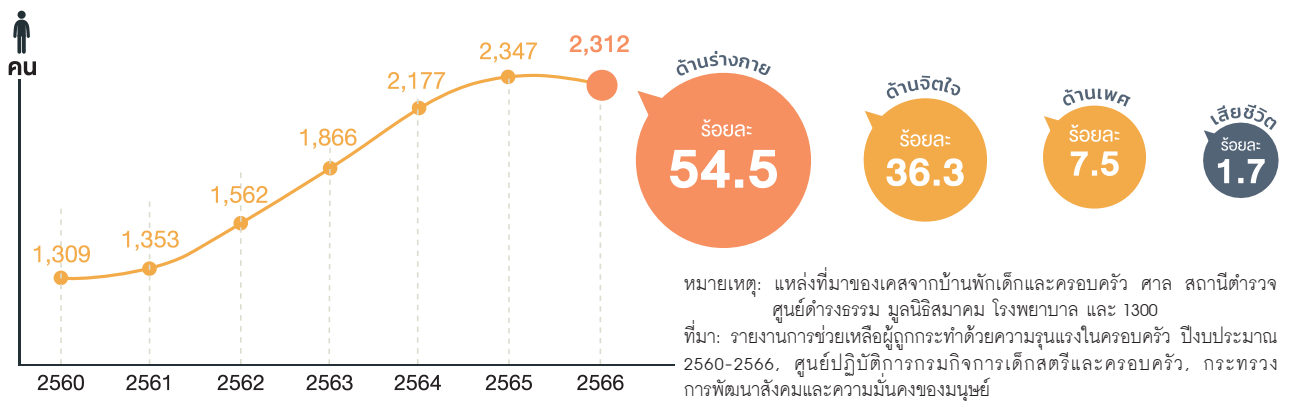
ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม

นักเรียนหญิงกว่า 1 ใน 5
เคยมีความคิดจริงจังในการฆ่าตัวตาย

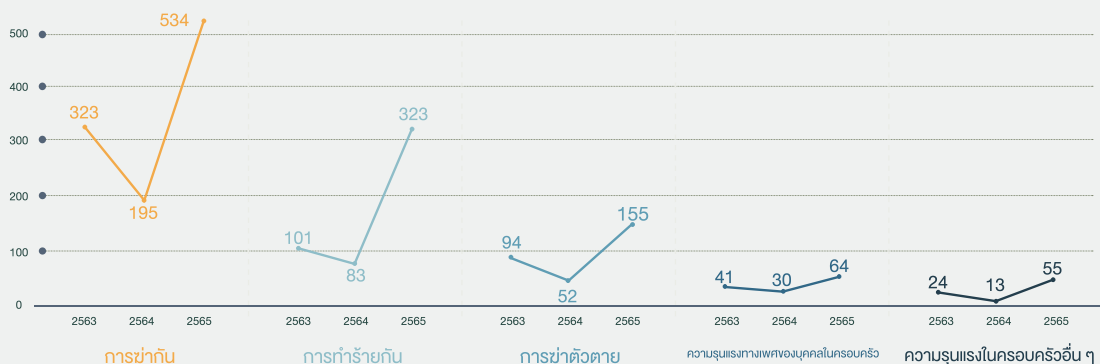
ครอบครัวเป็นรากฐานของสุขภาพจิต ความรุนแรงในครอบครัวเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ข้อมูลจากกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว พบความรุนแรงในครอบครัวในรูปแบบความรุนแรงทางร่างกายสูงที่สุดที่ร้อยละ 54.5 ตามด้วยทางจิตใจที่ร้อยละ 36.3 และทางเพศร้อยละ 7.5 ปัญหานี้ยังสะท้อนผ่านข่าวที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว

ข้อมูลจากกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวชี้ให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความรุนแรงในครอบครัว ทั้งจากผู้มารับบริการและข่าวในสื่อต่างๆ สะท้อนถึงปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

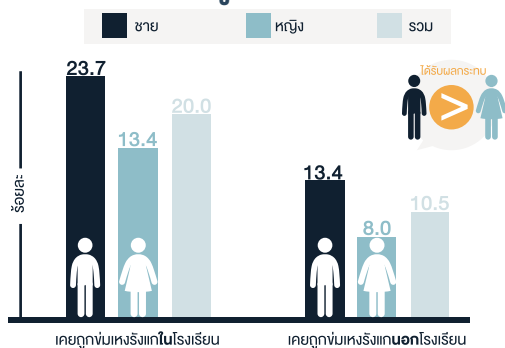
จำนวนผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว



จำนวนข่าวความรุนแรงในครอบครัว



สัดส่วนนักเรียนเคยถูกข่มขืนทั้งในและนอกโรงเรียน



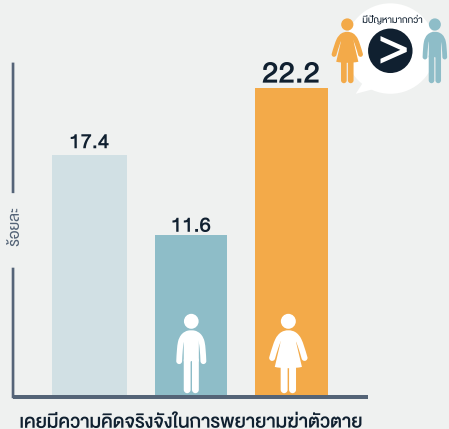
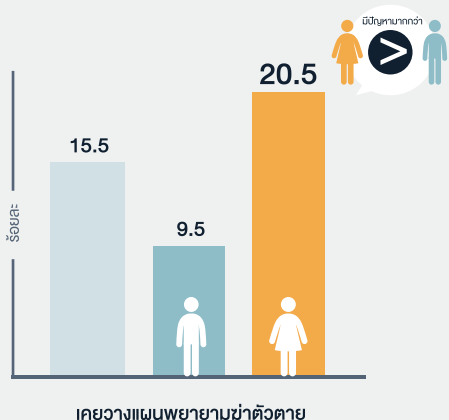
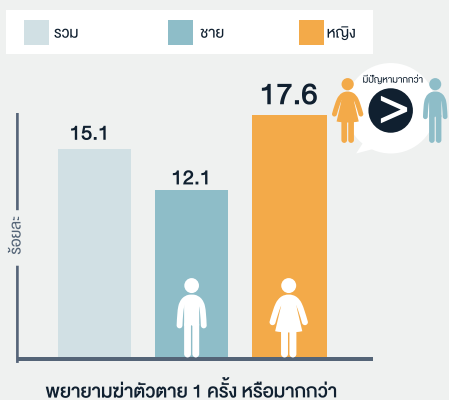
ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564, กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิต โรงเรียนเป็นพื้นที่ที่เด็กใช้เวลามาก แต่กลับพบความรุนแรง เช่น การข่มขืนทั้งในโรงเรียน การสำรวจในปี 2564 พบว่านักเรียนร้อยละ 20 เคยถูกข่มขืนทั้งในโรงเรียน และร้อยละ 10.5 ถูกข่มขืนทั้งนอกโรงเรียน โดยนักเรียนชายได้รับผลกระทบมากกว่านักเรียนหญิง

หมายเหตุ: ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 5,661 คน เป็นนักเรียนชาย จำนวน 2,504 คน นักเรียนหญิง จำนวน 3,621 คน จาก 59 โรงเรียน โรงเรียนสังกัดรัฐบาลและสังกัดเอกชนทั่วประเทศ

เมื่อพิจารณาถึงประเด็นด้านสุขภาพจิต พบว่า นักเรียนหญิงมีปัญหาต่อนักเรียนชายอย่างชัดเจน โดยนักเรียนหญิงเคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย สูงถึงร้อยละ 22.2 เคยวางแผนฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 20.5 และยังคงมีความพยายามฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 1 ครั้ง ถึงร้อยละ 17.6 ซึ่งเป็นปัญหาที่ควรได้รับการป้องกันและดูแลอย่างเร่งด่วน

สัดส่วนนักเรียนมีความคิด วางแผน และพยายามฆ่าตัวตาย



หมายเหตุ: ประชากรกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 5,661 คน เป็นนักเรียนชาย จำนวน 2,504 คน นักเรียนหญิง จำนวน 3,621 คน จาก 59 โรงเรียนเป็นโรงเรียนสังกัดรัฐบาลและสังกัดเอกชนทั่วประเทศ

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564, กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



การเลี้ยงดูเชิงบวกช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก โดยเน้นการสื่อสารที่อบอุ่นให้กำลังใจ และเข้าใจความรู้สึกของเด็ก แนวทางนี้ช่วยพัฒนาด้านอารมณ์ ความคิด และทักษะการแก้ปัญหา ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีในระยะยาว มีความมั่นใจในตนเอง และมีทักษะทางสังคม การเลี้ยงดูเชิงบวกจึงช่วยลดโอกาสเกิดความเสี่ยงและสร้างสังคมที่มีสุขภาวะที่ดีในอนาคต

ผลการศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหาร (executive functions) ของเด็กปฐมวัย ในจังหวัดเชียงราย” พบว่า ปัจจัยสำคัญ เช่น สถานภาพสมรส การศึกษาของผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกมีผลต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกที่ช่วยพัฒนาทักษะการคิดของเด็กให้ดีขึ้น

ที่มา: ณฐน สิริแก้ว และคณะ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย

“ ดังนั้น ผู้ที่ดูแลเด็กปฐมวัย เช่น พยาบาล ครู ผู้ปกครอง และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริม การเลี้ยงดูเชิงบวกและการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็ก มีพัฒนาการสมวัยและเตรียมพร้อมสำหรับการเรียนรู้ในอนาคต ”

5

เทคโนโลยีดิจิทัล

คนไทย 1 ใน 3 ติดสื่อสังคมออนไลน์

ในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสาร ส่งผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพจิตของเรา

เทคโนโลยีดิจิทัลส่งผลต่อสุขภาพจิต ผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพโดยตรง และผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวัน คนไทยโดยมากใช้เว็บไซต์และแอปพลิเคชันประเภทสื่อสังคมออนไลน์ และการแชทในชีวิตประจำวัน โดยเหตุผลของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกเหนือจากการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนและครอบครัวที่ร้อยละ 57.6 แล้ว ยังมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยสาเหตุที่น่ากังวล คือ เพื่อคอยติดตามกระแส ด้วยความรู้สึกลัวพลาดหรือตกกระแสข้อมูลหรือเหตุการณ์สำคัญ (fear of missing out หรือ FOMO) สูงถึงร้อยละ 31.2

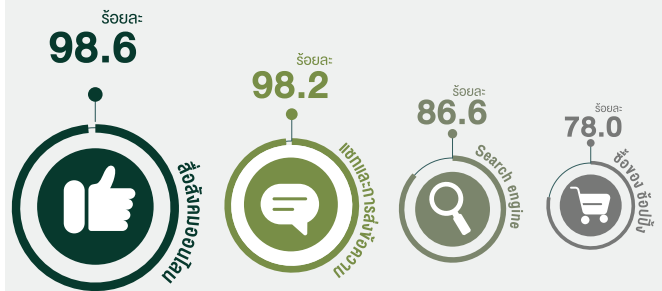
ภัยของเทคโนโลยีต่อสุขภาพจิต



ที่มา: ปรับจาก Kickbusch, 2024

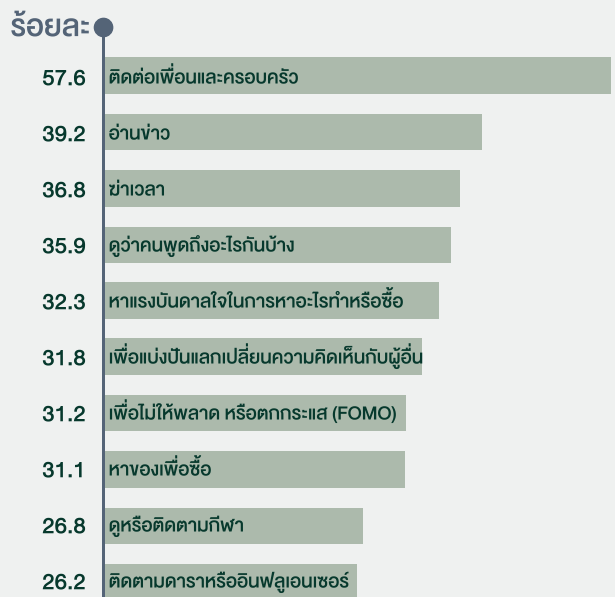
การใช้โทรศัพท์มือถือมากเกินไปอาจนำไปสู่การเสพติดและส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ได้ โดยในเอเชียมีอัตราการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์สูงถึงร้อยละ 31 ซึ่งเป็นอันดับสองของโลกรองจากแอฟริกา โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีแนวโน้มเสพติดมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่งง ประสิทธิภาพในการเรียนและการทำงานลดลง และสุขภาพโดยรวมที่ถดถอย

สัดส่วนคนไทยที่ใช้เว็บไซต์ และแอปพลิเคชันต่างๆ ในเดือนที่ผ่านมา



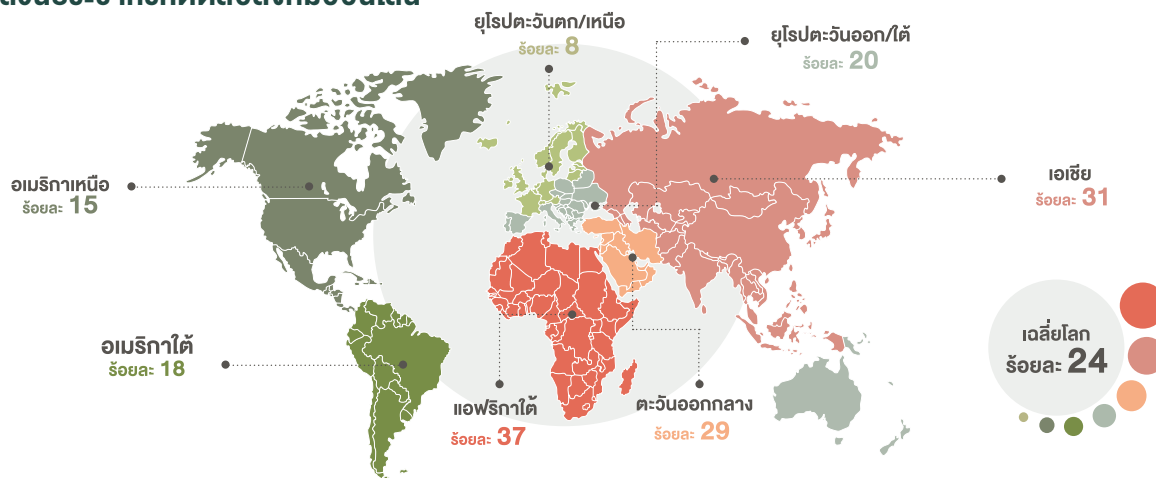
ที่มา: Digital Insights Thailand 2024, We are social 2024

เหตุผลในการใช้สื่อสังคมออนไลน์



ที่มา: Digital Insights Thailand 2024, We are social

สัดส่วนประชากรที่ติดสื่อสังคมออนไลน์



ที่มา: Cheng et al, 2021

สัดส่วนเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

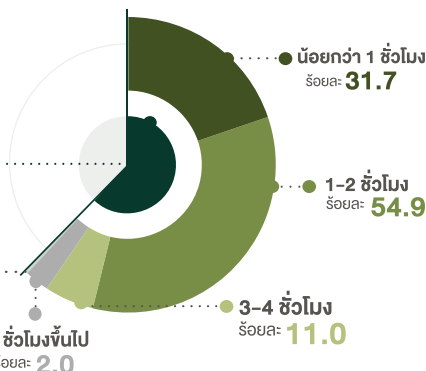
ไม่เล่นอุปกรณ์
อิเล็กทรอนิกส์

ร้อยละ 38.1

เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์

ร้อยละ 61.9

จำนวนชั่วโมงที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์



ที่มา: รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี พ.ศ. 2565, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
ยังควรจำกัดการใช้หน้าจออย่างเข้มงวด แต่
ปัจจุบันพบว่าร้อยละ 61.9 ของเด็กในช่วงวัยนี้
ใช้โทรศัพท์หรือแท็บเล็ต โดยมากกว่าครึ่ง ใช้เวลา
หน้าจอวันละ 1-2 ชั่วโมง งานวิจัยระบุว่าเด็กที่
ใช้เวลาอยู่หน้าจอานมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรม
ก้าวร้าว มีปัญหาด้านการแสดงอารมณ์
ความสัมพันธ์กับเพื่อนแย่งและอาการสมาธิสั้น

สื่อสังคมออนไลน์เป็นพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่แสดงตัวตนและความคิดสร้างสรรค์

ในกลุ่มเจนวายและเจนซี (Gen Y และ Gen Z) ร้อยละ 6.4 และ 5.4 ตามลำดับ สร้างคอนเทนต์ในรูปแบบต่างๆ เช่น วิดีโอ คลิป
หรือพอดแคสต์ ซึ่งเป็นโอกาสได้ปลดปล่อย เป็นตัวของตัวเอง แต่ต้องระวัง เพราะบางครั้งก็สร้างแรงกดดันในการนำเสนอชีวิต
ที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งอาจจะกระทบต่อการรับรู้คุณค่าในตัวเองของผู้ใช้ได้

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย พ.ศ. 2565, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

สื่อสังคมออนไลน์ ช่วยเฝ้าระวังสุขภาพจิต

ข้อมูลจากการโพสต์ข้อความบนสื่อสังคมออนไลน์ สามารถใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวัง
สุขภาพจิตในระดับประชากรได้ งานวิจัยชี้ว่า การโพสต์บนแพลตฟอร์มอย่างเอ็กซ์ (ทวิตเตอร์)
และการค้นหาบน Google มีความเชื่อมโยงกับจำนวนผู้เข้ารับการรักษาสุขภาพจิต

เอ็กซ์ (ทวิตเตอร์): การโพสต์สะท้อนปัญหาสุขภาพจิตผ่านภาษาที่ใช้ เช่น แนวโน้ม
การฆ่าตัวตาย ความกลัว ความเศร้า หรือความรู้สึกขยะแขยง โดยอาจจะระบุปัญหาได้ก่อนที่จะ
เข้าตัวจะรู้ตัว

Google: การค้นหามักเกิดในกลุ่มที่เริ่มตระหนักถึงปัญหาตนเองแล้ว อย่างไรก็ตาม
ข้อมูลจาก Google อาจคลาดเคลื่อน เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากกระแสข่าวหรือเหตุการณ์
ในช่วงเวลานั้น หรือเป็นการค้นหาข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์อื่น

ที่มา: Tuarob, Noraset, and Tawichsri, 2022

“ การรณรงค์เพื่อใช้
สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม
เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การสร้าง
สมดุลระหว่างโลกออนไลน์
กับโลกแห่งความเป็นจริง
พร้อมการส่งเสริมความเข้มแข็ง
ของจิตใจในระดับบุคคลและ
สังคมโดยรวม ”

6

การใช้สารเสพติด

ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยใน
เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สุรา และบุหรี่

การใช้สารเสพติดและสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกัน ผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติดจำนวนมาก โดยเฉพาะสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สารกระตุ้นระบบประสาท และสุรา การใช้สารเสพติดเหล่านี้ ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงในบางกลุ่ม

จากการสำรวจพบว่า คนไทยกว่า 6 ล้านคนเคยใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และจำนวน 1.3 ล้านคนเข้าข่ายติดสุรา ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม สารเสพติดที่คนไทยใช้มากที่สุด ได้แก่ กระท่อม และกัญชา ทั้งเพื่อสันทนาการ และทางการแพทย์

ในบรรดาสารเสพติดทั้งหมด กัญชามีแนวโน้มสร้างความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงมากที่สุด โดยพบว่าผู้ใช้กัญชาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงก่อความรุนแรงร้อยละ 5.0 ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่น

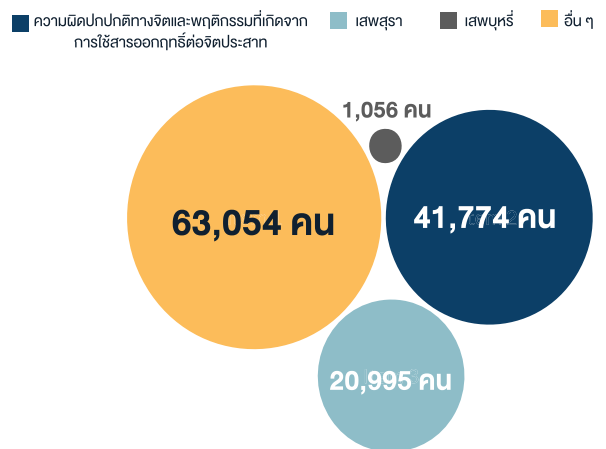
รู้หรือไม่? คนไทย...



หมายเหตุ: ความชุกในช่วง 12 เดือน
ที่มา: สำรวจรเวชศาสตร์สุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

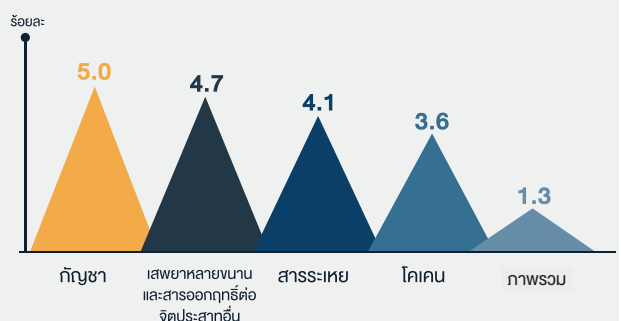
ผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการจิตเวชรุนแรงและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง มีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หลงผิด หรือมีความคิดทำร้ายผู้อื่นซึ่งอาจนำไปสู่การก่อคดีร้ายแรงในชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดโอกาสการกำเริบซ้ำ

จำนวนผู้ป่วยในจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค ปีงบประมาณ 2567 (คน)



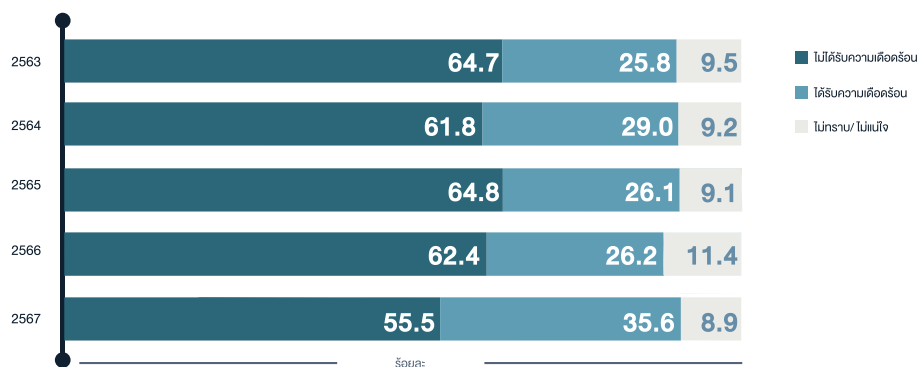
ที่มา: ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปีงบประมาณ 2567, คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ปีงบประมาณ 2566



ที่มา: ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาเสพติดในคนไทย ปีงบประมาณ 2566, คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

สัดส่วนประชาชนที่รายงานว่าได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาการใช้สารเสพติด ปี 2563-2567



ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563-2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เรื่องที่ชุมชน/หมู่บ้านได้รับความเดือดร้อนจากปัญหาการใช้สารเสพติด 3 อันดับแรก



ร้อยละ 17.3



ร้อยละ 14.6



ร้อยละ 9.9

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้สารเสพติดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อบุคคล แต่ยังสร้างปัญหาในชุมชน โดยในปี 2567 มีรายงานความเดือดร้อนจากปัญหาสารเสพติดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35.6 ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การส่งเสียงดัง การกระทำผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน และการทะเลาะวิวาท

วัยรุ่นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า เสี่ยงซึมเศร้า

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 53 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

สารนิโคตินที่พบในบุหรี่ไฟฟ้ามีความเป็นพิษต่อสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่สมองกำลังพัฒนา นิโคตินจะส่งผลให้เกิดการอักเสบของเซลล์ประสาทในบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และภาวะซึมเศร้า

ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

“การจัดการปัญหาการใช้สารเสพติดและสุขภาพจิตต้องดำเนินการควบคู่กัน ทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการสร้างความปลอดภัยในชุมชน เพื่อลดผลกระทบทั้งต่อบุคคลและสังคมในระยะยาว”



เมกะเทรนด์กับสุขภาพจิต

เมกะเทรนด์ ส่งผลระยะยาว ต่อเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพจิต

เมกะเทรนด์ เช่น เทคโนโลยีล้ำหน้า
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทาง
ประชากรและสังคม การเปลี่ยนแปลง
เศรษฐกิจ การเติบโตของเมือง
และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ
มีผลกระทบระยะยาวทั้งในมิติ
เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
และสุขภาพจิต

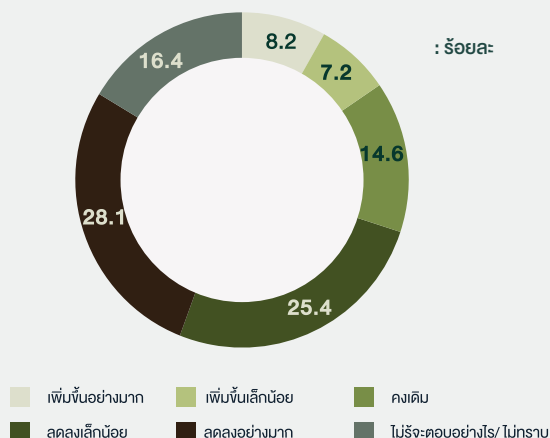
ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลเติบโตอย่างรวดเร็ว ช่วยส่งเสริมเศรษฐกิจและแบ่งเบาภาระงาน แต่กลับเพิ่มความเสี่ยงต่อการตกงาน โดยเฉพาะอาชีพบริการที่มีพนักงานกว่า 3 ล้านคนตกอยู่ในความไม่มั่นคง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลด้านอาชีพ

ความเสี่ยงตกงานและจำนวนแรงงานที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบ

อาชีพ	โอกาสเสี่ยง (ร้อยละ)	กำลังแรงงานที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบ (คน)
ผู้บัญญัติกฎหมาย ข้าราชการ ผู้จัดการ	38	486,162
ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านต่างๆ	42	551,996
ช่างเทคนิคสาขาต่างๆ	54	587,276
พนักงานบริการ พนักงานขายในร้านค้าและตลาด	57	3,285,656
ผู้ปฏิบัติงานฝีมือด้านเกษตรและประมง	57	2,755,300
ผู้ปฏิบัติงานฝีมือในธุรกิจต่างๆ	58	1,468,133
อาชีพงานพื้นฐาน	62	1,581,264
นักปฏิบัติการด้านเครื่องจักรในโรงงาน	68	1,589,534
งานเสมียน เจ้าหน้าที่	73	685,410
รวม	54	12,990,731

ที่มา: เนื่อแพร่ เล็กเฟื่องฟู และ วรประภา นาควัชร, 2562

ความเปลี่ยนแปลงของการไม่ยอมรับผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTIQ+) ใน 5 ปีที่ผ่านมา



ในด้านสังคม วัฒนธรรมที่หลากหลายยังมีความท้าทาย โดยกลุ่ม LGBTIQ+ ยังคงเผชิญอคติและการคุกคามสูง โดยเยาวชนที่มีความหลากหลายทางเพศถูกล้อเลียนสูงถึงร้อยละ 75 ถูกคุกคามทางเพศแบบออฟไลน์ร้อยละ 58 แบบออนไลน์ร้อยละ 53 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้าร้อยละ 71 วิตกกังวลร้อยละ 78 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 58 และทำร้ายร่างกายตนเองร้อยละ 25 แม้กลุ่ม LGBTIQ+ มากกว่าครึ่งรู้สึกว่าการอคติโดยรวมในสังคมลดลง แต่ร้อยละ 8.2 กลับรู้สึกว่าการอคติเพิ่มขึ้นอย่างมาก

หมายเหตุ: สอดถามจากกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTIQ+) L (Lesbian) หรือผู้หญิงที่ชอบผู้หญิงด้วยกัน, G (Gay) หรือผู้ชายที่ชอบผู้ชายด้วยกัน, B (Bisexual) หมายถึง บุคคลสองเพศ ผู้ที่ชอบทั้งผู้ชายและผู้หญิง, T (Transgender) หมายถึง บุคคลข้ามเพศ หรือผู้ที่มีเพศสภาพและเพศกำเนิดไม่สอดคล้องกัน, I (Intersex) หรือเพศกำกวม หมายถึง ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศไม่เข้ากับนิยามผู้ชาย-ผู้หญิง, Q (Queer) และ (Questioning) หมายถึง ผู้ที่ไม่จำกัดเพศ ไม่นิยามตัวเองว่าเป็นเพศใดเพศหนึ่ง, เครื่องหมาย + ใน LGBTIQ+ นั้นหมายถึงกลุ่มรสนิยมทางเพศอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมา

ที่มา: Mental Health of LGBTIQ+ Communities in the Thailand พ.ศ. 2567, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนความรุนแรงที่เด็กและเยาวชน หลากหลายทางเพศได้ประสบ ในปีที่ผ่านมา



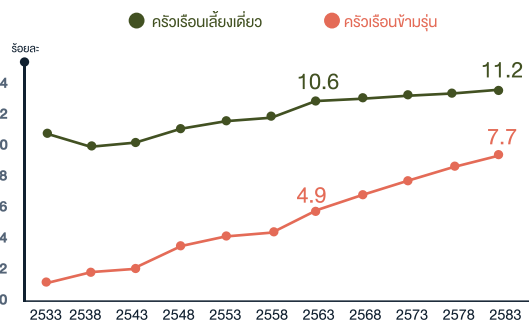
สัดส่วนผลกระทบทางสุขภาพจิตที่เด็กและเยาวชน หลากหลายทางเพศได้ประสบ ในปีที่ผ่านมา



ที่มา: รายงานสุขภาพจิตและสุขภาพของวัยเด็กและเยาวชนหลากหลายทางเพศในประเทศไทย พ.ศ. 2566, มูลนิธิช่วยเหลือเด็ก ประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นอีกเมกะเทรนด์ที่หลายประเทศทั่วโลกต้องเผชิญ การเข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลต่อโครงสร้างครอบครัว และช่องว่างระหว่างวัย นำไปสู่การขัดแย้งโดยเฉพาะในเรื่องการศึกษาและการทำงาน

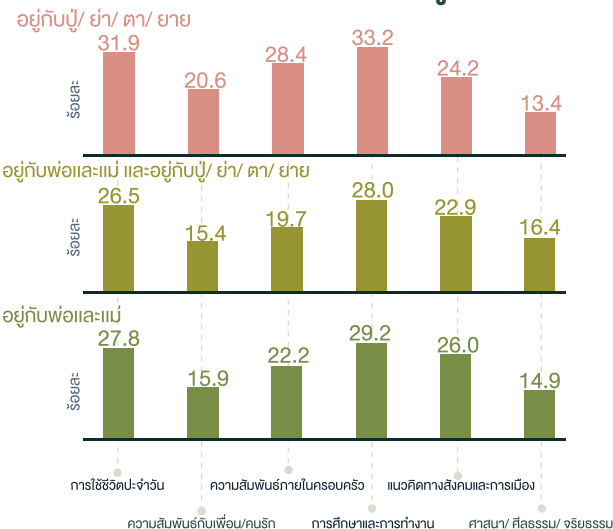
สัดส่วนครัวเรือนไม่พร้อมหน้าในกลุ่มประชากรวัยทำงาน



ที่มา: ครอบครัวไทยในอนาคต: พ.ศ. 2583, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

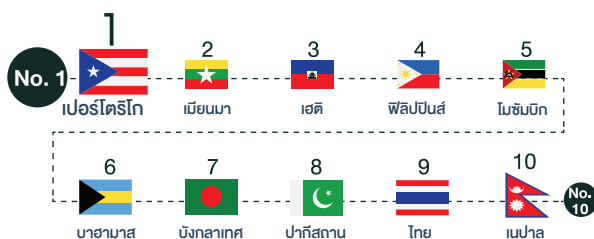
“ เพื่อลดผลกระทบจาก **เมกะเทรนด์** และสร้างความมั่นคงในระยะยาว จำเป็นต้องพัฒนาทักษะดิจิทัลให้แรงงาน ส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ ปรับรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับทุกช่วงวัย และพัฒนาแผนรับมือภัยพิบัติอย่างยั่งยืน ”

สัดส่วนเยาวชนที่มีความคิดขัดแย้งกับปู่ย่าตายาย



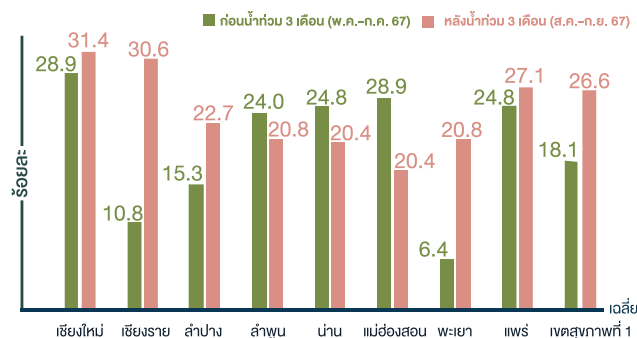
หมายเหตุ: เฉพาะคำตอบที่มีความขัดแย้งค่อนข้างมากถึงมากที่สุด
ที่มา: การสำรวจเยาวชนไทย (2565), ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว

ประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากสภาพ การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศสูงที่สุด 10 อันดับ



ที่มา: โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. เรื่องพิเศษประจำฉบับ. รายงานสุขภาพคนไทย 2566 (หน้า 103) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนความเครียดสูงของคนภาคเหนือจากเหตุการณ์ น้ำท่วมปี 2567



วิกฤตสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอีกด้วย เช่น ปัญหาน้ำท่วมใหญ่ในภาคเหนือเมื่อเดือนกันยายน 2567 ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ เช่น จังหวัดเชียงราย และพะเยา เผชิญความเครียดสูงขึ้น 3 เท่าตัว

8

ความรอบรู้สุขภาพจิต

คนไทยเกือบ 1 ใน 3
มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับ
“มากที่สุด”

ความรอบรู้สุขภาพจิต เป็นกุญแจ
สู่สุขภาพจิตที่ดี โดยรวม คนไทยมี
ความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับที่ดีขึ้น
แต่ยังคงมีความเข้าใจผิดและการตีตรา
และยังมีช่องว่างในเรื่องความรู้เกี่ยวกับ
การเข้าถึงบริการ

ความรอบรู้สุขภาพจิต (mental health literacy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจ ตีความ และใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อดูแลตนเองและคนรอบข้างอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะช่วยให้เรารับมือกับความเครียด เข้าใจอาการผิดปกติ และเข้าถึงการดูแลรักษาได้ทันที่

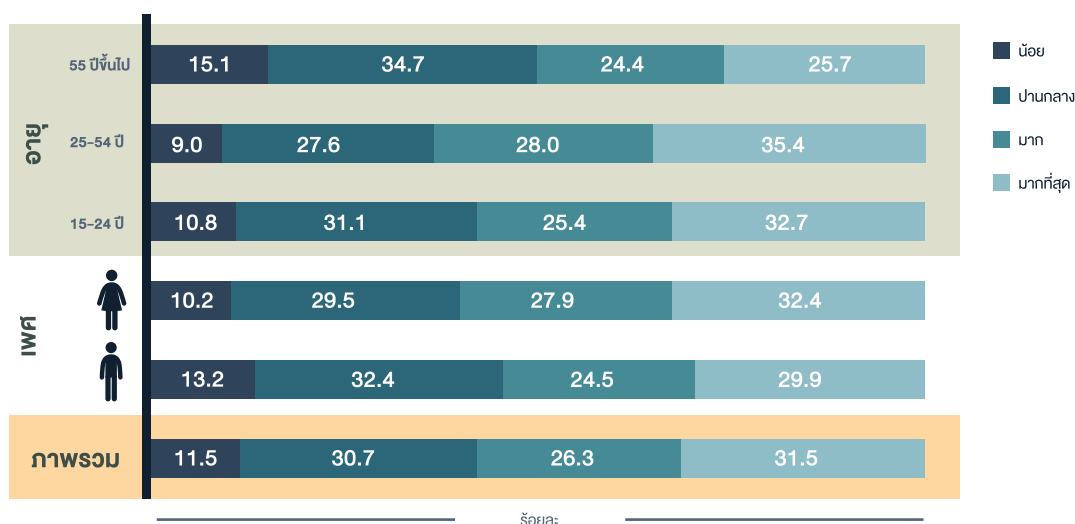
คุณลักษณะของคนที่มีความรอบรู้สุขภาพจิต

1. การเข้าถึง..... สามารถหาข้อมูลสารด้านสุขภาพจิตได้
2. ความเข้าใจ..... รู้ เข้าใจในเรื่องปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัย สาเหตุเป็นอย่างดี
3. การโต้ตอบ/ซักถาม..... มีความตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิต
4. การตัดสินใจ..... เลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตตนเอง
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิต..... เข้าใจและปฏิบัติตัว ด้วยตนเอง สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้
6. การบอกต่อ..... สามารถอธิบายให้คนอื่นเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิต

ที่มา: คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พ.ศ. 2567, กรมสุขภาพจิต

เมื่อวิเคราะห์ตามช่วงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมักรู้สึกว่าการค้นหาและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นเรื่องยากมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น และเยาวชน แต่ความสามารถในการจัดการความเครียดไม่ได้แตกต่างจากวัยอื่นๆ มากนัก

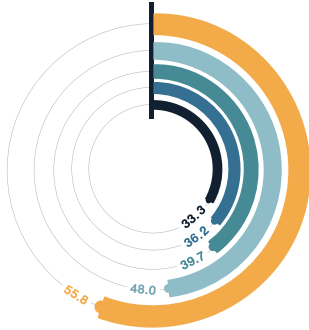
สัดส่วนประชากรไทยจำแนกตามระดับความรอบรู้สุขภาพจิต



ที่มา: โครงการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตคนไทยประจำปี พ.ศ.2565, กรมสุขภาพจิต

ผลการสำรวจในปี 2565 พบว่า ร้อยละ 31.5 ของคนไทยมีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับมากที่สุด แต่ยังมีร้อยละ 11.5 ที่มีความรอบรู้ในระดับน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้ชาย อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายที่สำคัญ เช่น ประมาดครั้งหนึ่งของคนไทย ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีความเครียดเกินไป และมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่ทราบว่าควรไปขอคำปรึกษาหรือรับการตรวจรักษาได้ทันที

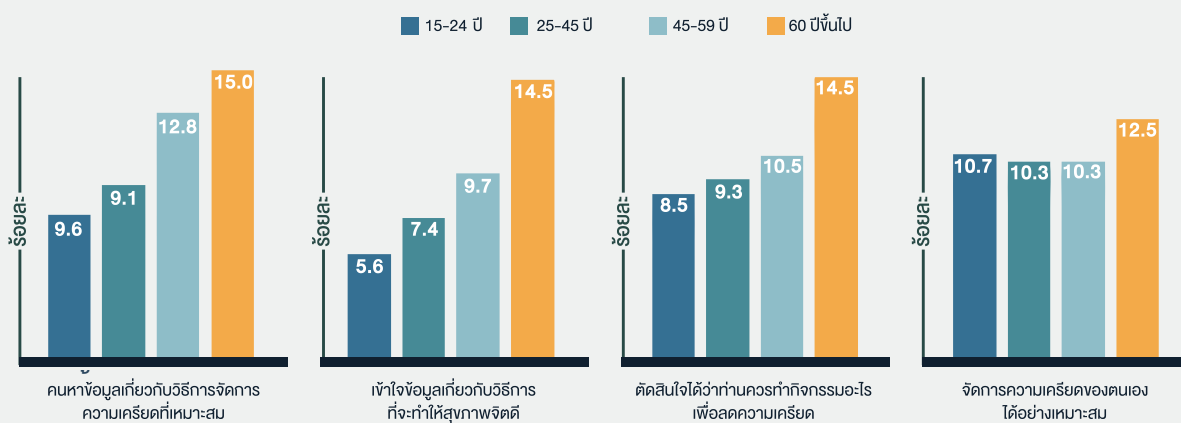
สัดส่วนประชากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์



- ร้อยละ **55.8** | บอกได้ว่าอะไรที่ทำให้เครียด
- ร้อยละ **48.0** | รู้ตัวเองว่าเครียดมากไปแล้ว
- ร้อยละ **39.7** | บอกได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ต้องขอคำปรึกษาหรือรับบริการทางการแพทย์
- ร้อยละ **36.2** | บอกได้ว่าตัวเองหรือคนใกล้ชิดเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต
- ร้อยละ **33.3** | รู้สถานที่ขอคำปรึกษา หรือรับการตรวจรักษา

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ พ.ศ. 2561, กรมสุขภาพจิต

สัดส่วนประชากรที่คิดว่าทักษะทางสุขภาพจิต "ยาก" ถึง "ยากมาก"



ที่มา: คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต พ.ศ. 2565, กรมสุขภาพจิต

สัดส่วนผู้ที่ยังเข้าใจผิด หรือตีตราเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต



ที่มา: คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต

ด้านความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่าราว 2 ใน 3 ของคนไทยยังมองว่าผู้ป่วยทางจิตเวชเป็นอันตราย ซึ่งสะท้อนปัญหาการตีตราในสังคม สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า คนไทยมีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับอาการ เช่น การรู้สึกผิดหรือหมดความมั่นใจโดยไม่มีเหตุผล แต่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

โรคซึมเศร้า...ที่คนไทยเข้าใจถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก

- ✓ ร้อยละ **94.0** | คนที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจจะรู้สึกผิด แม้มันไม่ใช่ความผิดของเขา (จริง)
- ✓ ร้อยละ **93.7** | การหมดความมั่นใจและความนับถือตัวเองเป็นอาการของโรคซึมเศร้า (จริง)
- ✓ ร้อยละ **89.3** | คนมีชื่อเสียงหลายคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (จริง)

ที่มา: Pruksarungruang and Rhein, 2022

โรคซึมเศร้า...ที่คนไทยเข้าใจผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก

- ✗ ร้อยละ **12.5** | การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพมากพอ ๆ กับการบำบัดโดยการเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับโรคซึมเศร้า (เท็จ)
- ✗ ร้อยละ **35.5** | การมีหลายบุคลิกอาจจะเป็นสัญญาณของโรคซึมเศร้า (เท็จ)
- ✗ ร้อยละ **43.9** | การรักษาโรคซึมเศร้าแบบอื่นมีประสิทธิภาพมากกว่าการทานยาต้านเศร้า (เท็จ)

“ การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีเข้าถึงบริการและลดการตีตรา เพื่อให้ทุกคนสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและสังคมได้อย่างยั่งยืน ”

9

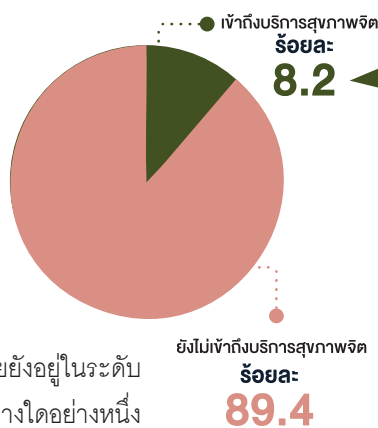
ระบบบริการ การคัดกรองสุขภาพจิต

เกือบ ร้อยละ 40 ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย
กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ในปี 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยนอก
เข้ารับบริการถึง **4.4 ล้านคน** แต่
จำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในความเป็น
จริงอาจสูงกว่านี้มาก เนื่องจากการเข้าถึง
บริการสุขภาพจิตยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ
นอกจากนี้ บุคลากรด้านสุขภาพจิตยังมี
จำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากลและ
ค่าเฉลี่ยโลก

ที่มา: สํารวจระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

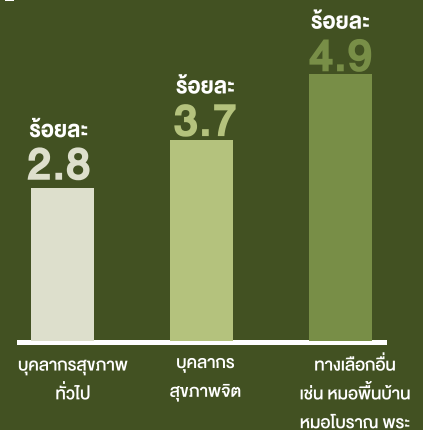
สัดส่วนการเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต



ยังไม่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต
ร้อยละ
89.4

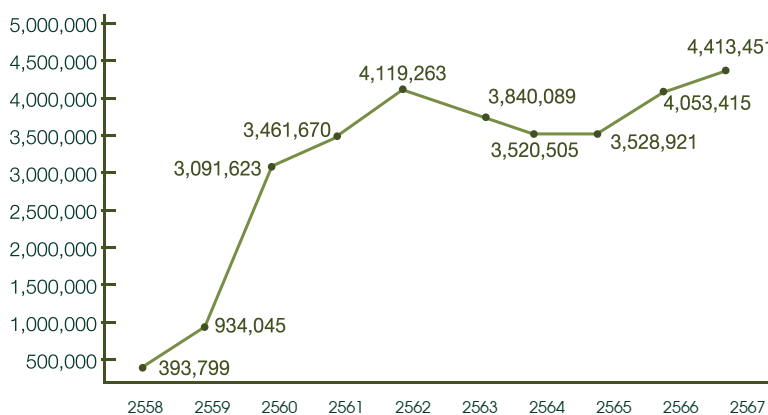
ที่มา: สํารวจระบบสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติ พ.ศ. 2566, กรมสุขภาพจิต

ช่องทางการรับบริการด้าน ของคนไทย 12 เดือนที่ผ่านมา



การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยยังอยู่ในระดับ
ที่ต่ำ ในปี 2566 เพียงร้อยละ 10.6 ที่เข้าถึงบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง
โดยมากเป็นการรักษากับผู้ให้การบำบัดทางเลือก ตามด้วยรักษากับ
บุคลากรสุขภาพจิต และรักษากับบุคลากรสุขภาพทั่วไป

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2567



ที่มา: จำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2558-2567, คลังข้อมูลสุขภาพ
ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาสำคัญในประเทศไทยคือการขาดแคลน
บุคลากรจิตเวช ในปี 2565 ประเทศไทยมีจิตแพทย์
เพียง 845 คน หรือเฉลี่ย 1.3 คนต่อแสนประชากร ซึ่ง
ต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่
1.7 คนต่อแสนประชากร และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลกที่อยู่ที่
13 คนต่อแสนประชากร แม้จะมีแผนผลิตบุคลากร
เพิ่มเติม โดยตั้งเป้าหมายเพิ่มจิตแพทย์ 537 คน
และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 1,720 คน รวมถึง
นักจิตวิทยาคลินิกและนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช
อย่างละ 320 คน แต่ยังคงคาดว่าอาจไม่เพียงพอ
ต่อความต้องการ

บุคลากรทางจิตเวชในประเทศไทย ปี 2565

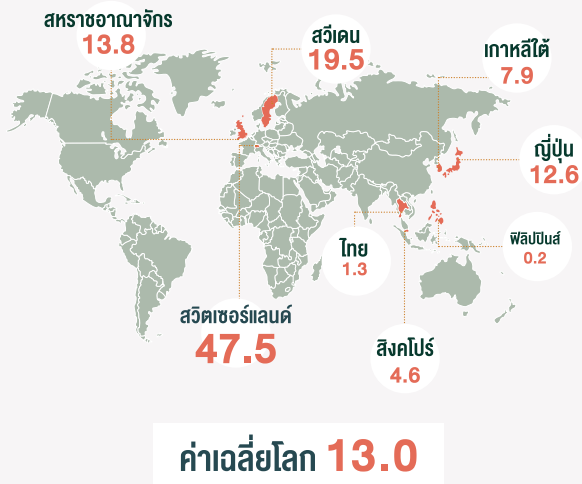


* มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

** ประเทศรายได้ปานกลางถึงสูง จาก Mental Health Atlas 2020

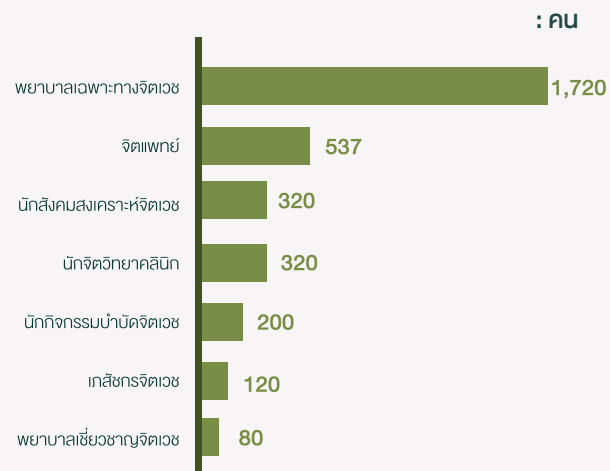
ที่มา: รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสที่ 1/2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ และไทยผลิตบุคลากรสนับสนุนไม่ได้ตามแผน

อัตราจิตแพทย์ต่อแสนประชากรในแต่ละประเทศ



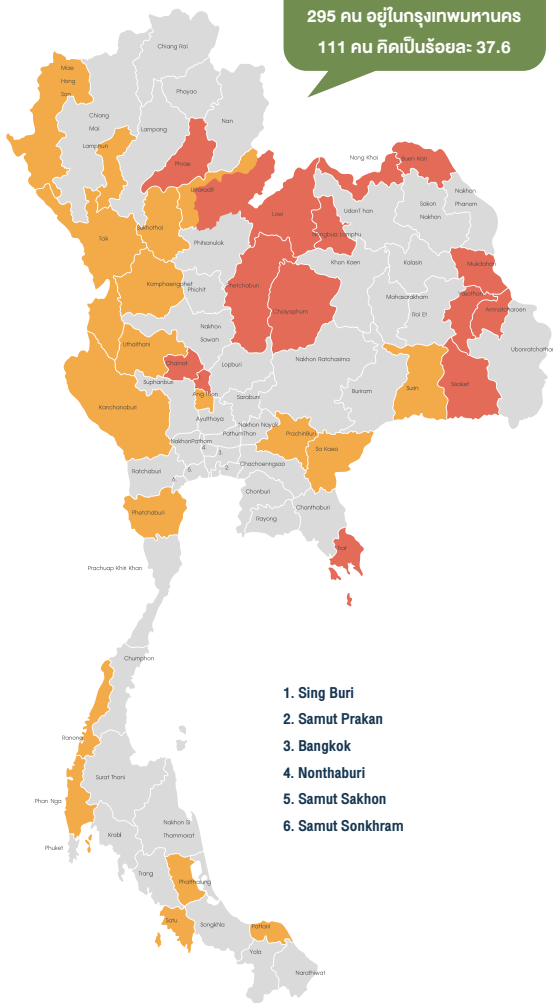
ที่มา: Mental Health Atlas 2020, World Health Organization

แผนการผลิตบุคลากรด้านจิตเวชปี 2567-2570



ที่มา: นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2567, กรมสุขภาพจิต

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทั่วประเทศ
295 คน อยู่ในกรุงเทพมหานคร
111 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6



กลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่เข้าถึงยากเป็นพิเศษ แม้จะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น แต่ประเทศไทยมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพียง 295 คน ในจำนวนนั้น 111 คน อยู่ในกรุงเทพมหานคร ขณะที่ 18 จังหวัดไม่มีจิตแพทย์เด็กประจำการเลย และอีก 15 จังหวัดมีจิตแพทย์เด็กเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญในการให้บริการสุขภาพจิตแก่เด็กและเยาวชนในพื้นที่ห่างไกล การเพิ่มครูแนะแนว นักจิตวิทยาประจำโรงเรียน หรือช่องทางปรึกษาออนไลน์ เป็นแนวทางที่ตรงกับความต้องการของเด็กและเยาวชนมากที่สุด

18 จังหวัดที่ไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

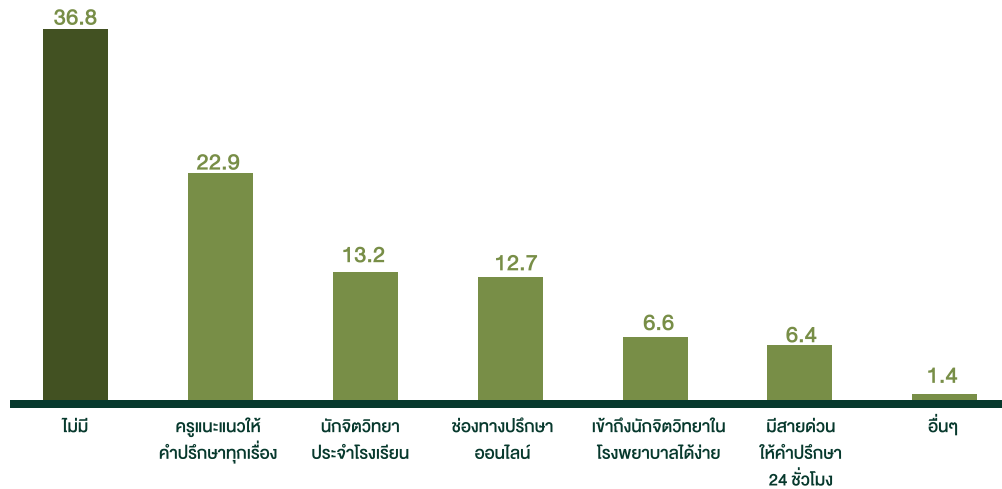
- ชัยนาท
- ชัยภูมิ
- ตราด
- บึงกาฬ
- ปัตตานี
- พังงา
- เพชรบูรณ์
- แพร่
- มุกดาหาร
- ยโสธร
- ระนอง
- เลย
- ศรีสะเกษ
- สตูล
- สิงห์บุรี
- หนองคาย
- หนองบัวลำภู
- อำนาจเจริญ

15 จังหวัดที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพียงคนเดียว

- กระบี่
- กาญจนบุรี
- กำแพงเพชร
- ตาก
- ปราจีนบุรี
- พัทลุง
- เพชรบุรี
- แม่ฮ่องสอน
- ลพบุรี
- ลำพูน
- สระแก้ว
- สุโขทัย
- อ่างทอง
- อุดรธานี
- อุทัยธานี

ที่มา: รายชื่อสถานพยาบาลที่มีบริการด้านจิตเวชในประเทศไทย พ.ศ. 2566, ขมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และ กรมสุขภาพจิต

การสนับสนุนหรือความช่วยเหลือสุขภาพจิตที่เด็กไทยต้องการ



ที่มา: ผลสำรวจสุขภาพจิตเด็กไทย 2567, Rocket Media Lab

“คนไทยยังพึ่งพาช่องทางอื่นในการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เช่น การเข้าหาหมอพื้นบ้าน หมอโบราณ หรือพระ ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมการดูแลจิตใจในแบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตยังคงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม”

บุตลุและหมอดู: ที่พึ่งทางใจของคนไทย



การไปพบนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ บางครั้งดูเป็นเรื่องใหญ่หรือเรื่องน่าอายสำหรับใครหลายๆ คน จึงทำให้หลายคนเลือกช่องทางอื่นในการบรรเทาและจัดการปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น การปรึกษาหมอดู พึ่งพาไสยศาสตร์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์

กระแส **“บุตลุ” หรือการเสริมดวงชะตา** เป็นช่องทางหนึ่งที่ได้รับค่านิยมในคนรุ่นใหม่ในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวลของตนเอง ถึงแม้ว่าการ “มู” จะไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาที่ต้นเหตุจริงๆ แต่ก็มิประโยชน์ในเชิงอารมณ์ ว่ามีใครหรืออะไรบางอย่างที่เป็นที่พึ่งทางใจให้กับเราได้ จึงช่วยบรรเทาความเครียดความกังวลได้อย่างชั่วคราว

เช่นเดียวกับการ**ปรึกษาหมอดู ที่ช่วยในเชิงอารมณ์** แต่เราสามารถยกระดับหมอดูให้มีทักษะในการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตเพิ่มเติม โดยงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พบว่า คุณภาพการให้บริการของหมอดูพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อได้มีการฝึกอบรมหมอดู และผู้รับบริการรู้สึกว่าปัญหาลดลงหลังจากเข้ารับบริการ

ช่องทางเหล่านี้มีบทบาทสำคัญสำหรับคนไทยในการจัดการปัญหาสุขภาพจิต ที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ใจของประชาชนในเบื้องต้นได้

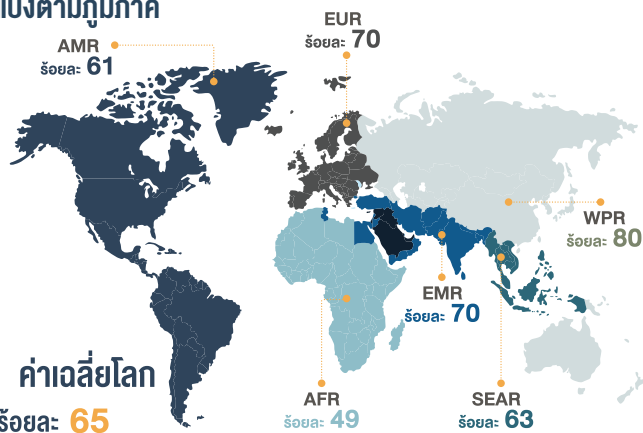
ที่มา: The Potential, 2022 และ Pangsap, 2022

นโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิต เป็นความท้าทายสำคัญที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ การมีนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิตเพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นประเด็นสำคัญ แม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในบางด้าน แต่ยังคงมีความท้าทายที่ต้องแก้ไข เพื่อให้บริการสุขภาพจิตครอบคลุมและเท่าเทียมยิ่งขึ้น

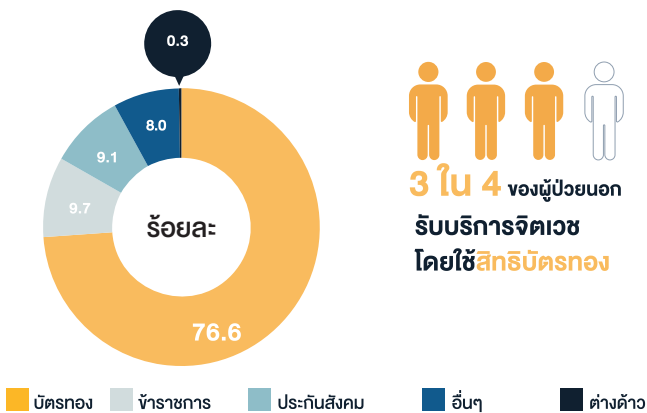
ในด้านกฎหมาย การมีกฎหมายสุขภาพจิตโดยเฉพาะ สะท้อนถึงการให้ความสำคัญต่อประเด็นสุขภาพจิตของประเทศ ในปี 2563 **ประเทศสมาชิกรองค์การอนามัยโลก (WHO) ร้อยละ 65** มีกฎหมายสุขภาพจิตแยกออกมาโดยเฉพาะ ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในนั้น โดยมี พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562) ที่เน้นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิต พร้อมส่งเสริมให้เข้าสู่กระบวนการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีแผนพัฒนาสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่กำหนดสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญ

สัดส่วนประเทศที่มีกฎหมายสุขภาพจิตแยกออกมาโดยเฉพาะ แบ่งตามภูมิภาค



หมายเหตุ: สมาชิก WHO ตาม 6 ภูมิภาค ได้แก่ Africa (AFR), the Americas (AMR), Eastern Mediterranean (EMR), Europe (EUR), South-East Asia (SEAR) and Western Pacific (WPR)
ที่มา: Mental Health Atlas 2020, World Health Organization.

จำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567 แบ่งตามระบบสวัสดิการสุขภาพ

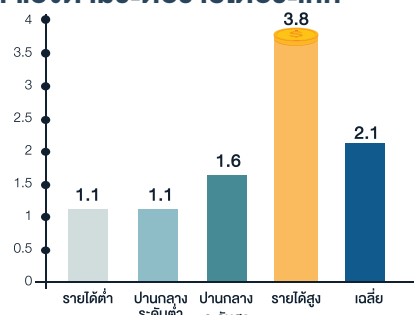


ที่มา: จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2567, คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย เช่น ประกันสังคม บัตรทอง และสวัสดิการข้าราชการ ครอบคลุมการรักษาโรคทางจิตเวช อาทิ โรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยนอกที่รับบริการจิตเวชใช้สิทธิบัตรทอง ขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมครอบคลุมส่วนที่เหลือ แม้การเข้าถึงบริการจะกว้างขวาง แต่ยังคงต้องพิจารณาการจัดสรรงบประมาณสำหรับงานด้านสุขภาพจิต ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้รับงบประมาณร้อยละ 1.8 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจิตสูงกว่านี้ เพราะยังมีงบประมาณที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษาโรคทางจิตเวช

สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจิตต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด แบ่งตามระดับรายได้ประเทศ

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้รับจัดสรรงบประมาณ คิดเป็น **ร้อยละ 1.8** จากงบกระทรวงสาธารณสุข*

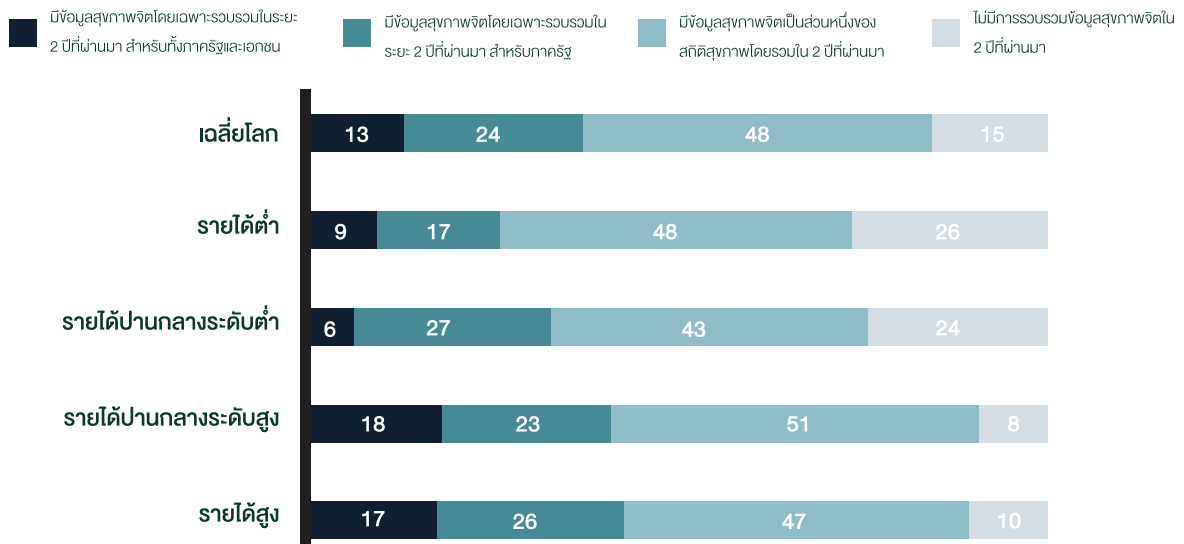


ที่มา: Mental Health Atlas 2020, World Health Organization.

* การใช้จ่ายจริงสำหรับสุขภาพจิตในประเทศสูงกว่นี้ เพราะยังไม่รวมงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษาโรคทางจิตเวช

ข้อมูลสารสนเทศและงานวิจัยถือเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและบริการสุขภาพจิต แม้ประเทศไทยมีการรายงานข้อมูลสุขภาพจิตอย่างน้อยในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงขาดข้อมูลจากภาคเอกชนที่กำลังเติบโตขึ้นเรื่อยๆ และที่สำคัญยังขาดการเก็บข้อมูลสถิติสุขภาพจิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีในด้านซึมเศร้าหรือการทำร้ายตนเอง ทั้งๆ ที่ปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อายุ 15 ปี ทั้งนี้ ประเทศอื่นเช่น อังกฤษและสหรัฐอเมริกาเริ่มเก็บข้อมูลสุขภาพจิตตั้งแต่อายุ 5-6 ปี ซึ่งประเทศไทยควรนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและสร้างฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพจิตในประเทศ แบ่งตามระดับรายได้ประเทศ



ที่มา: Mental Health Atlas 2020, World Health Organization.

ข้อมูลสถิติสุขภาพจิตในประเทศไทย ยังขาดกลุ่มเด็กและเยาวชน

ปัจจุบัน คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เก็บสถิติผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ทำร้ายตนเองในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

แต่ปัจจุบันพบว่า **เด็กก็ป่วยเป็นซึมเศร้าได้ และสามารถแสดงอาการได้ตั้งแต่อายุ 11 ขวบ**

การเก็บข้อมูลในกลุ่มเด็กอาจช่วยให้เห็นปัญหาได้เร็ว และสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ในประเทศอังกฤษ มีการเก็บข้อมูลสุขภาพจิตในเด็กตั้งแต่อายุ 5 ปีขึ้นไป



ที่มา: สรุปจาก เห็นตัวเลข ไม่เห็นหัวใจ สถิติสุขภาพจิตไทยที่ต้องทบทวน พ.ศ. 2566, ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว

“ การพัฒนาระบบสุขภาพจิตในประเทศไทยต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อเสริมสร้างการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ รวมถึงการเพิ่มงบประมาณและการเก็บข้อมูลที่แม่นยำ การลงทุนในด้านนี้ไม่เพียงช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตของประชากร แต่ยังส่งเสริมสุขภาวะโดยรวมของสังคมไทยในระยะยาว ”

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2568. ชี้อบทความ. สุขภาพคนไทย 2568 (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2568. แก้กฏหมายสุรา: จัปตามผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2568 (หน้า 36 - 41).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ



แก้กฎหมายสุรา: จับตาผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ



ที่มา: ปับจาก www.freepik.com

“ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความสูญเสียต่าง ๆ ตามมาได้ ดังนั้น ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ต้องไม่สร้างผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ผู้ผลิตและผู้ขายต้องตระหนักและมีส่วนรับผิดชอบต่อความเสียหายทางสังคม แต่ไม่ใช่ทุกคนที่จะรู้เท่าทันผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นรัฐจึงต้องแทรกแซงเพื่อป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ให้เข้าถึงเด็กและเยาวชน และมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุบนถนนจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ”

บทนำ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบที่เกี่ยวกับสุราเป็นระยะ เช่น การขยายเวลาเปิดสถานบริการเพิ่มเติมในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต และชลบุรี โดยสามารถขายแอลกอฮอล์ได้ถึงเวลา 04.00 น. (แต่หากเป็นสถานบริการกึ่งร้านอาหาร จะสามารถขายแอลกอฮอล์ได้ถึงเวลาเที่ยงคืน) การทบทวนกฎหมายเรื่องการกำหนดเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามข้อเสนอของสมาคมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย (Thai Alcohol Beverage Business Association หรือ TABBA) ต่อมารัฐบาลและองค์กรต่างๆ ได้เสนอร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.... 5 ฉบับ นอกจากนี้ คณะกรรมาธิการพิจารณา ร่างแก้ไข พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สภาผู้แทนราษฎร ได้เห็นชอบร่วมกันในหลักการดังนี้

1 การยกเลิกประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 ซึ่งใช้มานานกว่า 51 ปี โดยกำหนดเวลาห้ามขายและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- 2 การเพิ่มโทษแก่ผู้ขายที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และผู้ที่เมาจนครองสติไม่ได้
- 3 การปลดล็อกสถานที่ห้ามดื่มและขายบางสถานที่เพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านการท่องเที่ยว
- 4 การเปลี่ยนผ่านมาตรการควบคุมการโฆษณาจากลักษณะห้ามเกือบเด็ดขาด เป็นการผ่อนคลายเป็นขั้นในลักษณะห้ามเป็นบางส่วน

นอกจากนี้ พรรคเพื่อไทยได้เสนอร่างแก้ไข พ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต หรือ ‘กฎหมายสุราชุมชนเพื่อเศรษฐกิจฐานราก’ โดยแก้ไขมาตรา 153 เพื่อส่งเสริมให้วิสาหกิจชุมชน สถาบันเกษตรกรฯ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม เข้าถึงใบอนุญาตในการผลิตสุราเพื่อจำหน่ายอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ต่อมาที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรได้ผ่านร่าง พ.ร.บ.สรรพสามิตดังกล่าว เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2568 หากผ่านวุฒิสภา ก็จะมีผลบังคับใช้ได้ในเวลา 180 วัน¹

ความพยายามในการแก้กฎหมายสุราต่างๆ ได้รับการคัดค้านจากเครือข่ายเพื่อสุขภาพอย่างกว้างขวาง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้ท้วงติงว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสารเสพติด และเป็นสารก่อมะเร็งในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์ เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้จำนวนมาก ด้านประธานเครือข่ายองค์กรงดเหล้าได้โต้แย้งว่า นโยบายสาธารณะที่ดีที่สุดคือมีกฎหมายควบคุมปัจจัยเสี่ยงไม่ให้ธุรกิจที่มีอันตรายทำธุรกิจได้อย่างเสรี บทความนี้เป็นผลการประมวลสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ผลกระทบของการแก้ไขกฎหมายข้างต้น และเสนอข้อคิดเห็นเพื่อลดผลกระทบทางด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกกับแนวทางการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลทางสังคมกับคนทั่วโลก แม้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเติบโตขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและการจ้างงานของประเทศต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทว่าในอีกด้านหนึ่ง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนไม่น้อย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 2.6 ล้านรายต่อปีทั่วโลก รวมถึงเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการ และมีผลต่อสุขภาพของผู้คนนับล้านคน โดยรวมแล้วการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตราย (harmful use of alcohol) เป็นสาเหตุของภาระโรคมากถึงร้อยละ 4.7 ของการเกิดโรค²

องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเสนอแนะให้แต่ละประเทศดำเนินการจัดทำมาตรการเพื่อป้องกันและลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย³ อาทิ

① **การจัดเก็บภาษี และกำหนดราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมการดื่มของผู้บริโภคบางกลุ่มได้

② **การควบคุมการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย** เพื่อลดผลกระทบจากการตลาดโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน เนื่องจากการตลาดในปัจจุบันมีการดำเนินการผ่านเทคนิคการโฆษณาและส่งเสริมการขายที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงมีการเชื่อมโยงตราเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับกิจกรรมกีฬาและวัฒนธรรมต่างๆ และมีการใช้โซเชียลมีเดีย รวมทั้งข้อความการตลาดแบบข้ามพรมแดน ซึ่งยากต่อการควบคุมที่เจาะจงไปยังกลุ่มบุคคลที่ไม่บรรลุนิติภาวะและเด็ก

③ **การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** ทั้งการกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อ การควบคุมวันเวลาขายปลีก การควบคุมวิธีการขาย การกำหนดให้มีระบบการขออนุญาตการขาย

④ **มาตรการป้องกันเพื่อลดโอกาสและความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ** เช่น มาตรการลงโทษทางกฎหมายที่รุนแรง การตั้งจุดตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ การส่งเสริมให้มีบริการขนส่งสาธารณะตลอดช่วงเวลาการให้บริการของสถานบันเทิงและร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยเองมีมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมและลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งมาตรการด้านราคา ได้แก่ การจัดเก็บภาษีภายใต้ พ.ร.บ.สรรพสามิต พ.ศ. 2560 และมาตรการอื่นๆ ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เช่น การห้ามโฆษณา การกำหนดสถานที่ห้ามขายหรือสถานที่ห้ามดื่ม การกำหนดวันเวลาขาย รวมไปถึงมาตรการป้องกันและการลงโทษที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ ซึ่งอยู่ภายใต้ พ.ร.บ.จราจรทางบก (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2562

พลวัตของนโยบายและการกำกับดูแลเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีพัฒนาการมาจากการผลิตสุร่าพื้นบ้านที่เกิดจากการหมักข้าวหรือน้ำตาลสำหรับใช้ดื่มกินภายในครัวเรือน ต่อมารัฐได้ออกกฎหมายเรื่องสุร่า จ.ศ. 1148 (พ.ศ. 2329) ห้ามราษฎรดื่มกลั่นสุร่าโดยไม่ได้รับอนุญาต โดยมีเจตนารมณ์เพื่อต้องการจัดเก็บรายได้ให้แก่รัฐ ทั้งนี้ในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว รัฐได้ให้เอกชนประมุขสิทธิในการผูกขาดการผลิต การจำหน่ายและการเก็บอากรสุร่า รวมไปถึงการทำหน้าที่ปราบปรามสุร่าเถื่อนแทนรัฐ⁴ ต่อมาในปี 2493 ภาครัฐได้ออก พ.ร.บ.สุร่า พ.ศ. 2493 เป็นกลไกทางกฎหมายที่รัฐใช้ควบคุมการผลิต การนำเข้าและการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากข้อห้ามการทำสุร่าในบ้านเรือนแล้ว กฎหมายยังมีข้อกำหนด “ห้ามมิให้ผู้ใดนำสุร่าเกินกว่า 1 ลิตร เข้ามาในราชอาณาจักร เว้นแต่จะได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานสรรพสามิต”⁵ ขณะที่ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตผลิตสุร่าเพื่อขายจะต้องเสียภาษีก่อนขนสุร่าออกจากโรงงานผลิตตามอัตราที่กฎกระทรวงกำหนด เช่นเดียวกับผู้ที่นำสุร่าเข้ามาในประเทศจะต้องเสียภาษีสุร่า โดยปิดแสตมป์สุร่าที่ภาชนะบรรจุสุร่าตามอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงเช่นกัน แต่ทว่า พ.ร.บ.สุร่า พ.ศ. 2493 ฉบับดังกล่าวได้ถูกยกเลิกไป โดยมี พ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาบังคับใช้แทน

ในปี 2502 รัฐมีนโยบายให้เอกชนเข้ามาดำเนินการผลิตสุร่าได้ โดยในช่วงปี 2503-2542 รัฐอนุญาตให้เอกชนประมุขสิทธิดำเนินกิจการโรงงานสุร่าบางยี่ขัน จากนั้นในปี 2543 รัฐบาลก็ได้ออกนโยบายเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุร่า ส่งผลให้มีการลงทุนตั้งโรงงานสุร่าอีกหลายแห่ง มีการผลิตเบียร์ในไทย ซึ่งเป็นการร่วมทุนของบริษัทไทยและบริษัทข้ามชาติ จึงทำให้อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เติบโตขึ้น และส่งผลต่อปริมาณการบริโภคที่มากขึ้นตามมาด้วย ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมมากขึ้นเรื่อยๆ

ในปี 2551 รัฐบาลจึงได้ออก พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เพื่อกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ รวมทั้งการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพ ผู้ติดเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ เพื่อลด ปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและ เศรษฐกิจ รวมถึงช่วยสร้างเสริมสุขภาพ ของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัย ของเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ตลอดจน ช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึง เครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย

อย่างไรก็ตาม แม้ พ.ร.บ.ควบคุม เครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ฯ ได้ถูกประกาศ บังคับใช้มาเป็นเวลาเกือบสี่สิบปี แต่ปัญหา ที่เกิดขึ้นจากเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะปัญหาจากอุบัติเหตุเมาแล้วขับ รวมทั้งการเข้าถึงเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไม่ได้มีแนวโน้ม ลดลงอย่างที่ควรจะเป็น หลายภาคส่วน จึงมีความพยายามให้มีการทบทวน กฎหมายฉบับดังกล่าว และเป็นที่มาของ การเสนอ ร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ (ฉบับที่...) พ.ศ....

ในอีกด้านหนึ่ง ได้มีความพยายาม ในการผลักดันนโยบายสุราเสรี โดยกลุ่มทุน และผู้ประกอบการเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ รวมทั้งนักการเมืองบางกลุ่ม ให้รัฐบาล ผ่อนคลายการควบคุมธุรกิจสุรา และ อนุญาตให้มีการทำการตลาดได้ ต่อมา ฝ่ายต่างๆ ได้เสนอร่าง พ.ร.บ. ควบคุม เครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์ จำนวนทั้งหมด 5 ฉบับ เข้าสู่ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2567 ดังนี้

1 ร่างฯ ของคณะรัฐมนตรี ยกเลิกข้อจำกัดเวลาการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เคย ห้ามขายในช่วง 14.00 - 17.00 น. โดยให้ยกเลิกประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 (พ.ศ. 2515) ผ่อนปรนเกี่ยวกับสถานที่สำหรับการจำหน่ายและการบริโภคบางแห่ง โดย ห้ามจำหน่ายและบริโภคในสถานที่ราชการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้า สโมสร หรือ บริเวณที่จัดไว้เพื่อการอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ เพิ่มข้อกำหนดเกี่ยวกับการโฆษณาให้มีความชัดเจนขึ้น รวมทั้งกำหนดข้อห้ามเพิ่มเติมเพื่อ ไม่ให้มีการอุปถัมภ์หรือให้การสนับสนุนบุคคล กลุ่มบุคคล หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กร เอกชนเพิ่มข้อกำหนดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดัดแปลงแอลกอฮอล์หรือ ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปรับบทลงโทษจากโทษอาญาให้เป็น โทษปรับทางพินัย และเพิ่มโทษปรับสำหรับผู้ฝ่าฝืนข้อกำหนดเกี่ยวกับการขายและ การโฆษณา

2 ร่างฯ นายธีรภัทร์ คหะวงศ์ กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 92,978 คน แก้ไข ข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่สำหรับควบคุมการจำหน่ายและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งให้อำนาจแก่จังหวัดในการกำหนดรายละเอียดเรื่องระยะทาง จากสถานที่หรือบริเวณที่มีการควบคุมการจำหน่ายและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มข้อห้ามในการขายให้แก่สตรีมีครรภ์ บุคคลที่เป็นผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ห้ามผู้ใดใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้บุคคลอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ขายหรือให้ ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ให้ผู้ขายแอลกอฮอล์แจ้งให้บุคคลแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นที่ แสดงตนก่อน ผู้ขายต้องขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุม ห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบออนไลน์ แต่ไม่รวมถึงการขายส่งของผู้รับอนุญาตขายสุรา ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิตซึ่งคนทั่วไปไม่สามารถเข้าถึงได้ เพิ่มข้อกำหนดในการ โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เว้นแต่การโฆษณาที่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาตก่อน เพิ่มข้อกำหนดเกี่ยวกับการฟ้องคดี เรียกค่าเสียหายที่เป็นผลจากผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งขับขีหรือควบคุมยานพาหนะ เพิ่ม บทลงโทษ โดยเฉพาะโทษปรับและการสั่งให้ถูกเพิกถอนใบอนุญาตขายสุราตามกฎหมาย ว่าด้วยภาษีสรรพสามิตสำหรับผู้ฝ่าฝืนข้อกำหนดเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3 ร่างฯ นายเจริญ เจริญชัย กับประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 10,942 คน แก้ไขข้อกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับบรรจุน้ำตาล และข้อความคำเตือน สำหรับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือนำเข้า ผ่อนปรนสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดย ห้ามจำหน่ายในสถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ ยกเว้นบริเวณที่จัด ไว้เป็นร้านค้า หรือสโมสรในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ผ่อนปรนการควบคุมวันและ เวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการควบคุมวันและเวลาขายต้องกำหนดเงื่อนไขหรือ ข้อยกเว้นใดๆ เพื่อลดผลกระทบต่อภาคธุรกิจหรือท่องเที่ยวด้วย แก้ไขข้อกำหนดเรื่อง การโฆษณา โดยห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณ อันเป็นเท็จ ปรับลดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนข้อกำหนดเกี่ยวกับบรรจุน้ำตาล ข้อความ คำเตือนสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือนำเข้าจากการจำคุก 1 ปี ปรับไม่เกิน หนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ เหลือจำคุกเพียง 6 เดือน และปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้ง จำทั้งปรับ รวมทั้ง ปรับลดบทลงโทษกรณีฝ่าฝืนข้อห้ามการโฆษณา จากจำคุก 1 ปี ปรับไม่เกิน 5 แสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เหลือเพียงจำคุก 1 ปี ปรับไม่เกิน 1 แสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

4 นายเท่าพิภพ ลิ้มจิตรกร กับคณะ แก้ไขข้อกำหนด หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับบรรจุน้ำมัน และข้อความคำเตือนสำหรับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลิตหรือนำเข้า ผ่อนปรนสถานที่จำหน่าย และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกำหนดให้ห้ามจำหน่ายและ บริโภคในสถานศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ ยกเว้น บริเวณที่จัดไว้เป็นร้านค้า หรือสโมสรในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ยกเลิกควบคุมการกำหนดวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก้ไขข้อบังคับเกี่ยวกับวิธีการขาย โดยกำหนดให้ห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติที่ไม่สามารถ ยืนยันตัวตนผู้ซื้อได้ แก้ไขข้อกำหนดเรื่องการโฆษณา โดยห้าม ผู้ประกอบการผลิต หรือจำหน่าย โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคล ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

5 นายชินันท์ รุ่งธนเกียรติ กับคณะ ผ่อนปรนสถานที่จำหน่ายและ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกำหนดให้ห้ามจำหน่ายและ บริโภคในสถานที่ราชการ ยกเว้นส่วนที่เป็นสโมสร หรือกรณีที่มี การจัดเลี้ยง งานมหรสพ งานแข่งขันกีฬาหรืองานรื่นเริง ที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้ว และห้ามจำหน่าย และบริโภคในสวนสาธารณะของทางราชการ ยกเว้นกรณี ที่มีการจัดเลี้ยง งานมหรสพ งานแข่งขันกีฬาหรืองานรื่นเริง ที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้ว ผ่อนปรนการ ควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลด ผลกระทบต่อภาคธุรกิจหรือท่องเที่ยว แก้ไขข้อบังคับเกี่ยวกับวิธี การขาย โดยห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ ที่ไม่สามารถยืนยันตัวตนผู้ซื้อได้ แก้ไขข้อกำหนดเรื่องการโฆษณา โดยห้ามผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และประชาสัมพันธ์ใด ๆ ให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์ สังคม ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ดร. ฉัตรชัย ดวงรัตนพันธ์ นักวิชาการด้านค้าปลีก ได้วิเคราะห์ร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า เป็นการ พยายามคลายข้อจำกัดเกี่ยวกับผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายย่อย เพื่อช่วยให้แบรนด์ขนาดเล็กและท้องถิ่นสามารถ แข่งขันอย่างยุติธรรมกับบริษัทขนาดใหญ่ได้ และการสนับสนุน ภาคการท่องเที่ยวและการบริการของประเทศไทย⁷ ทางด้าน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้จัดทำรายงานวิจัยเรื่อง การทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อการส่งเสริมสมดุลด้านการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของ ประเทศไทยอย่างยั่งยืน ปี 2567 มีความเห็นว่า การดื่มแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดความสูญเสียต่างๆ ได้ ดังนั้นผู้ดื่มแอลกอฮอล์ต้องไม่สร้าง ผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ผู้ดื่มต้องมีสติที่จะไม่ก่อปัญหา ให้ผู้อื่น ผู้ผลิตและผู้ขายต้องตระหนักและมีส่วนรับผิดชอบต่อ ความเสียหายทางสังคม แต่ไม่ใช่ทุกคนที่จะรู้เท่าทันต่อผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน

ดังนั้นรัฐจึงต้องแทรกแซงเพื่อป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ให้เข้าถึงเด็กและเยาวชน และมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ในการลดอุบัติเหตุบนถนน⁸

แก้กฎหมายสุรา: จับตาผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ

ความพยายามในการแก้ไขร่าง พ.ร.บ.ควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้างต้น เพื่อผ่อนคลายการควบคุมธุรกิจสุรา การจำหน่ายและการโฆษณา (โดยเฉพาะร่างฯ ของฝ่ายการเมือง ต่างๆ) ได้สร้างความกังวลให้กับเครือข่ายสุขภาพและเยาวชน เป็นอย่างยิ่ง อาทิ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่าย ได้เคลื่อนไหว เรียกร้องให้ทุกฝ่ายคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง รศ.ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รองผู้อำนวยการ ศวส. กล่าวว่า ศวส. และภาคีเครือข่าย ได้ออกข้อเรียกร้อง ต่อพรรคการเมืองทุกพรรค รวมถึงนักการเมืองที่มีบทบาท ในการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2567 ดังนี้

- 1 ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิชอบธรรมในการมีชีวิตที่ปลอดภัย จากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกฎหมายที่ก่อให้เกิดอันตราย ถือเป็นการละเมิดสิทธิ
- 2 ไม่ยินยอมให้มีการแทรกแซงหรือชักนำจากอุตสาหกรรม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มธุรกิจที่มีผลประโยชน์ ทั้งทางตรงและ ทางอ้อม



ที่มา : <https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/987320>

3 การขายให้เด็กหรือผู้ที่มีสภาพเมา หรือมีการละเมิดกฎหมายอย่างจงใจซ้ำๆ เพื่อประโยชน์ทางการค้า ควรเพิ่มโทษทางปกครอง โดยการสั่งปิด หรือห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ หากกระทำผิดซ้ำอีกให้พิจารณายึดใบอนุญาต

4 บรูณาการระหว่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ พ.ร.บ.สรรพสามิต เพื่อควบคุมการออกใบอนุญาต การรับใบอนุญาต และเงื่อนไขการขายต่างๆ เพื่อสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ใช่เพื่อความสะดวกของผู้ประกอบการ

5 ควรมีแผนแม่บทในการเพิ่มภาษีเป็นระยะๆ เพื่อควบคุมการบริโภคให้ลดลง

6 การปรับปรุง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรมีทิศทางที่ลดการควบคุมวัน เวลา สถานที่ขายและดื่ม รวมถึงการโฆษณา โดยคณะกรรมการควบคุมมีอำนาจกำหนดข้อยกเว้นและกระจายอำนาจการตัดสินใจไปยังคณะกรรมการควบคุมระดับจังหวัด เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการอนุญาต

7 การปรับปรุง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรมีการประเมินความเสี่ยงด้านผลกระทบโดยหน่วยงานทางวิชาการ และพิจารณาอย่างรอบด้าน

ทางด้าน น.ส. ชลพรพร เบี้ยประโม่ง เครือข่ายเยาวชน YSDN THAILAND ตัวแทนเครือข่ายเหยื่อเมาแล้วขับ ผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครือข่ายสตรีและครอบครัว ได้กล่าวว่า มีข้อกังวลในการแก้ไข พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ ที่มุ่งเป้าหวังกระตุ้นเศรษฐกิจด้วยการลดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ดังนี้¹⁰

1 การเพิ่มพื้นที่จำหน่ายและพื้นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ราชการ เป็นการส่งสัญญาณของการสร้างแบบอย่างในการดื่ม และอาจเกิดพฤติกรรมเลียนแบบในเด็กและเยาวชน

2 การเพิ่มเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การนำร่องขยายเวลาเปิดสถานบริการใน 5 พื้นที่มาแล้วเกือบ 1 ปี แต่ยังไม่มีการประเมินผลกระทบของมาตรการ

3 ควรเพิ่มประสิทธิภาพการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และบุคคลที่มีอาการเมามาให้ชัดเจนมากขึ้น และนำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายที่จริงจัง

เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2567 นายวิสาร เตชะธีราวัฒน์ ประธานกรรมาธิการ วิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่...) พ.ศ.... แถลงว่า ภารกิจมีความคืบหน้า 70-80% โดยมีการทบทวนในประเด็นที่สำคัญ¹¹ ได้แก่ การกระจายอำนาจให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีอำนาจจัดการดูแลในพื้นที่ของตนเองมากขึ้น ทั้งการแบ่งพื้นที่โซนนิ่งและข้อจำกัดในแต่ละพื้นที่ การกำหนดให้มีตัวแทนสภาเด็กและเยาวชนเป็นหนึ่งในคณะกรรมการจังหวัดและกทม. และยังให้นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแต่ละจังหวัดเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการด้วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการพิจารณาเกี่ยวกับการแบ่งโซนนิ่งพื้นที่ และการเพิ่มบทลงโทษให้ผู้ที่ย่ำแย่เด็กและขายให้คนเมาสูงขึ้น และเพิ่มความรับผิดชอบของผู้ขาย ทั้งนี้ ประเด็นที่ทุกฝ่ายต่างเห็นร่วมกันได้แก่ การควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเด็กเยาวชนและกลุ่มเปราะบางและการเพิ่มบทลงโทษให้แก่ผู้ขาย ขณะที่ยังมีหลายประเด็นที่ยังไม่เห็นพ้องต้องกัน ไม่ว่าจะเป็นการยกเลิกวันเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การแก้ไขข้อกำหนดเรื่องการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยหลายฝ่ายยังมีข้อกังวลต่อการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจทำได้ง่ายขึ้น และอาจนำไปสู่ผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ซึ่งประเด็นดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพิจารณาหาทางออกร่วมกัน

อย่างไรก็ดี การจัดทำกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่ยังไม่แล้วเสร็จ ยังอยู่ในระหว่างกระบวนการพิจารณาปรับแก้ แม้ว่าจะมีการปรับปรุงข้อบังคับบางอย่างให้มีความเข้มงวดมากขึ้นก็ดี หรือการเพิ่มบทลงโทษบางอย่างให้รุนแรงมากขึ้นก็ตาม แต่ความท้าทายที่สำคัญที่สุดคือ เมื่อกฎหมายมีการประกาศใช้แล้ว การบังคับใช้กฎหมายต้องเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล มิใช่เป็นเพียง “เลือกกระด้าง” เนื่องจากทุกภาคส่วนต่างคาดหวังจากการแก้กฎหมายฉบับนี้ว่า จะสามารถสร้างความสมดุลระหว่างเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพได้ ทั้งการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยเฉพาะภาคการท่องเที่ยวที่ไปต่อได้ พร้อมกันนั้นยังสามารถลดปัญหาด้านสังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเด็กและเยาวชนก่อนวัยอันควร รวมไปถึงลดปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มเปราะบาง เช่น สตรีมีครรภ์ และผู้ติดสุราเรื้อรัง



ที่มา: ปรับปรุงจาก www.freepik.com

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าการแก้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ฉบับใหม่จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านบวกและลบ แต่ยังมีเงื่อนไขอื่นๆ ที่จะช่วยลดปัญหาด้านสังคมและสุขภาพ อันเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย รวมไปถึงการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาจากการดื่มแล้วขับ ที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ทว่า การเฝ้าระวังดังกล่าวจะอาศัยเจ้าหน้าที่รัฐหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจเพียงหน่วยงานเดียวคงไม่อาจสัมฤทธิ์ผลได้ เนื่องจากขาดทรัพยากรทั้งกำลังคนและงบประมาณในการดำเนินงาน การอาศัยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนหรือในท้องถิ่นซึ่งใกล้ชิดกับคนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร และองค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่จะเป็นกำลังสำคัญให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาต่างๆ ได้ เช่น ในประเทศฟินแลนด์ รัฐบาลจัดทำโครงการ The Local Alcohol Policy Project ที่รัฐทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ตำรวจ โรงเรียน สื่อท้องถิ่น ผู้ออกใบอนุญาตขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้านอาหาร ร้านค้าปลีก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครอง และภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ทั้งตรวจสอบ เฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย เพื่อป้องกันการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่ผู้เยาว์ รวมไปถึงการเพิ่มความตระหนักรู้ถึงปัญหา โดยสนับสนุนสื่อท้องถิ่น และรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่คนในท้องถิ่นเกี่ยวกับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนสหรัฐอเมริกาเองก็มีการจัดตั้ง The Community Preventive Service Task Force (CPSTF) เพื่อทำหน้าที่ดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชากรในชุมชน โดยเป็นผู้ตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายของร้านค้าปลีกในชุมชน ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้เยาว์ และประสานงานกับหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายของท้องถิ่นหากมีผู้ฝ่าฝืนกฎหมายเพื่อลดการดื่มสุราของผู้เยาว์

ดังนั้นเพื่อให้การกำกับดูแลเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยเกิดประสิทธิผล นอกจากการออกกฎหมายเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรอบคอบแล้ว ภาครัฐควรต้องมีนโยบายหรือมาตรการอื่นๆ ที่ดำเนินการควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนหรือท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครูในโรงเรียน สถาบันการศึกษา และภาคประชาสังคมในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้แก่เด็กเยาวชนและประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยกันตรวจสอบ เฝ้าระวังการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเด็กเยาวชน รวมไปถึงกลุ่มเปราะบางทั้งสตรีมีครรภ์และผู้ติดสุราเรื้อรัง หากมีการกระทำผิดของร้านค้าต้องแจ้งการกระทำผิดต่อหน่วยงานในพื้นที่เพื่อให้เกิดการบังคับใช้กฎหมาย และตั้งด่านชุมชนเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการเมาแล้วขับ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดจากการเมาแล้วขับและอาจนำไปสู่ความเสียหายที่ไม่อาจประเมินค่าได้

บทส่งท้าย

ประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบที่เกี่ยวกับสุราเป็นระยะๆ เพื่ออนุญาตให้สุราชุมชน สุราท้องถิ่น รวมถึงผู้ประกอบการขนาดเล็กสามารถประกอบกิจการได้ รวมถึงผ่อนคลายเป็นร้านค้าสามารถเปิดบริการได้นานขึ้น เพื่อสนับสนุนภาคบริการและธุรกิจท่องเที่ยว แต่ก็ไม่ได้มีการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพจากนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

ปัจจุบันได้มีการพิจารณาร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.... รวม 5 ฉบับ เพื่อกระจายอำนาจให้คณะกรรมการควบคุมแอลกอฮอล์ระดับจังหวัดมีบทบาทมากขึ้น ปรับบทลงโทษสำหรับผู้ละเมิดกฎหมาย และผ่อนคลายข้อกำหนดเรื่องระยะเวลาการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานที่การให้บริการ การโฆษณา และการตลาด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพและสังคม ภาคประชาสังคมและเครือข่ายสุขภาพจึงได้เรียกร้องให้มีการเคารพสิทธิอันชอบธรรมของประชาชนที่จะมีชีวิตที่ปลอดภัยจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการออกกฎหมายที่ก่อให้เกิดอันตรายถือเป็นการละเมิดสิทธิดังกล่าว และให้มีการประเมินความเสี่ยงด้านผลกระทบจากการแก้ไขกฎหมายอย่างรอบด้าน

นอกเหนือจากการแก้ไขกฎหมายแล้ว ภาครัฐและผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ควรศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศและมุ่งเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้แก่เยาวชนเกี่ยวกับผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยกันตรวจสอบ เฝ้าระวัง การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มเปราะบาง และเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการเมาแล้วขับ เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นด้วย



“ถ้าเราจะควบคุมยาเสพติด
เราสมควรจะเอาพ่อค้ายาเสพติด
มาร่วมออกแบบมาตรการด้วยหรือไม่?”

บทนำ

ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ 3/2567 เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2567 ได้มีมติเห็นชอบ มติ สัมมนาสุขภาพเฉพาะประเด็น การปกป้องเด็กและเยาวชนจาก บุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย 5 มาตรการสำคัญ ได้แก่

- ❶ พัฒนาและจัดการองค์ความรู้
- ❷ สร้างการรับรู้ภัยอันตรายและการเสพติดของ บุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน และสาธารณชน
- ❸ เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
- ❹ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุน มาตรการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
- ❺ ยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและ ปราบปรามการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้า

อย่างไรก็ตาม ได้มีความพยายามแก้ไขกฎหมาย เรื่องการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าโดยฝ่ายการเมือง โดยคณะกรรมการ วิชาสามัญพิจารณาศึกษากฎหมาย และมาตรการควบคุมกำกับ บุหรี่ ไฟฟ้าในประเทศไทย มีแนวคิดที่จะเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร เพื่อให้ฝ่ายบริหารพิจารณาแก้ไขกฎหมายเป็น 3 แนวทางคือ

- 1 กำหนดให้การใช้นิรหรีไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายอย่างจริงจัง โดยแก้กฎหมายปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นประกาศกระทรวงพาณิชย์ คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้มีผลบังคับใช้ อย่างจริงจัง และแก้กฎหมายใหม่ในระดับ พ.ร.บ. เพื่อกำหนด ให้นิรหรีไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายแบบเบ็ดเสร็จ ห้ามผลิต ห้ามนำเข้า การจำหน่าย ห้ามครอบครอง ห้ามโฆษณา การสื่อสารต่างๆ รวมถึงห้ามสูบบุหรี่
- 2 กำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน คือ Heated Tobacco Product หรือ Heat Not Burn Tobacco เป็นสิ่งที่ ถูกควบคุมตามกฎหมาย โดยแก้ประกาศกระทรวงพาณิชย์ แก่คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อควบคุมยาสูบ แบบให้ความร้อนเป็นยาสูบตาม พ.ร.บ.สรรพสามิต เก็บภาษีได้
- 3 กำหนดให้นิรหรีไฟฟ้า E-cigarettes และผลิตภัณฑ์ยาสูบ แบบให้ความร้อน Heated Tobacco Product ทั้งสองอย่าง เป็นสิ่งที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย ด้วยการแก้กฎหมาย แต่จะ ควบคุมอย่างเข้มงวด

บทความนี้เป็น การประมวลสถานการณ์ของนิรหรีไฟฟ้า ในประเทศไทย ผลกระทบต่อกลุ่มเยาวชน ความพยายาม ในการแก้ไขกฎหมายและข้อคิดเห็นของฝ่ายต่างๆ และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการควบคุมนิรหรีไฟฟ้า ในประเทศไทย ทั้งในระดับนโยบายและระดับการแก้ปัญหา ในพื้นที่และชุมชน

ปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในไทย

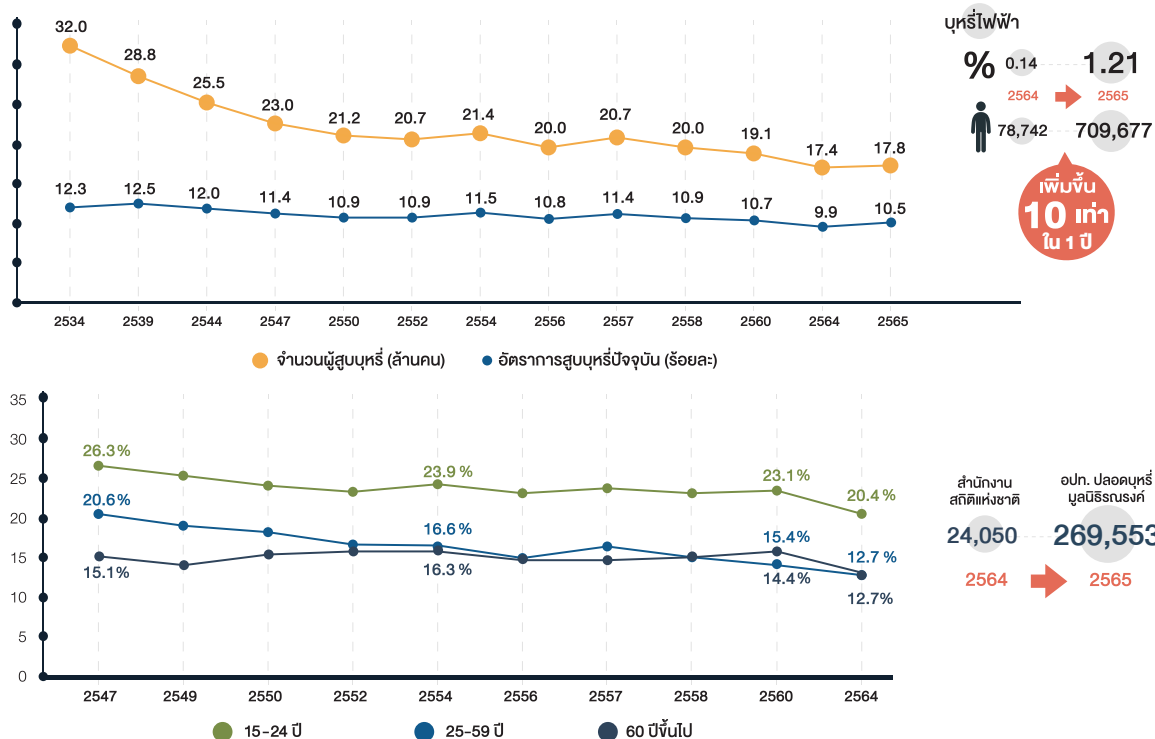
จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 0.1% คิดเป็นจำนวน 78,742 คน โดยเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อายุ 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน ต่อมามีการสำรวจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ปี 2565 ภายใต้โครงการขับเคลื่อนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปลอดบุหรี่ของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.2% คิดเป็นจำนวน 709,677 คน โดยเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อายุ 15-24 ปีจำนวน 269,553 คน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการระบาดที่เพิ่มขึ้นถึงประมาณ 10 เท่า ภายในระยะเวลาเพียง 1 ปีเท่านั้น¹

การแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้น ส่วนหนึ่งมาจาก “สื่อออนไลน์” จากรายงานการเฝ้าระวังการตลาดบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อออนไลน์ช่วงเดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ ปี 2567 โดยกนิษฐา ไทยกล้า พบว่า มีผู้ฝ่าฝืนกฎหมายลักลอบขายบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อออนไลน์จำนวนมากถึง 309 บัญชีรายชื่อ โดยมีการโพสต์ 605 ครั้ง² ลักษณะการขายส่วนใหญ่ 54.4% เป็นผู้ขายย่อย 44.7% ขายส่ง/รับตัวแทนขาย และ 1% รับนำเสนอสินค้า (review) ทั้งนี้ 29.1% ใช้แพลตฟอร์ม X (เอ็กซ์ (ทวิตเตอร์)) มากที่สุด รองลงมาคือ 26.9% ใช้ FACEBOOK 17.5% ใช้ Instagram 15.2% ใช้ Website 7.4% ใช้ LINE 3.6% ใช้ TIKTOK และ 0.3% ใช้ YOUTUBE

กลยุทธ์การตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อออนไลน์ เน้นการนำเสนอเพื่อสร้างการรับรู้ถึงตัวผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า การรักษาลูกค้า ด้วยการจัดส่งฟรี แจก แกรม และลดราคา จนกระทั่งมีการซื้อขายส่งถึงบ้าน เก็บเงินปลายทาง โดยผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่นิยมโพสต์ขายมากที่สุด คือ 89.3% รองลงมาคือ 6.3% เป็นชุดบุหรี่ไฟฟ้าพร้อมสูบ และ 4.0% เป็นเครื่องเป่า โดยแนวโน้มของการตลาดผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าจะเน้นให้เข้ากับวิถีชีวิตความชอบของคนรุ่นใหม่ เช่น ตุ๊กตายูนิคอร์นไฟฟ้า³

บุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อปัญหาสุขภาพในหลายระบบ อาทิ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจและปอด ระบบประสาทและสมอง สุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น รวมทั้งทารกในครรภ์ ส่วนผลกระทบต่อสังคม บุหรี่ไฟฟ้าสามารถเป็นประตูเปลี่ยนผ่านไปสู่การสูบบุหรี่แบบดั้งเดิม และอาจเปลี่ยนไปใช้ยาเสพติดอื่นๆ ได้ด้วย⁴ ปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนไม่ใช่มีเพียงในประเทศไทยเท่านั้น ในประเทศอังกฤษ ที่กลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้ามักนิยมอ้างเป็นตัวอย่างของประเทศที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้โดยมีกฎหมายควบคุม⁵ แต่กลับปรากฏข้อเท็จจริงว่า ในรายงานจากสำนักงานระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ประเทศอังกฤษ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงตุลาคม 2567 มีผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 280 คน โดยเป็นเด็ก 51 คน ข้อมูลจากปี 2563-2567 พบเด็กที่ป่วยจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 5 เท่า ในระยะเวลาเพียง 5 ปีเท่านั้น⁶

จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป



ภาพที่ 1: จำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในไทย ปี 2564-2565

ที่มา: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2568)

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงข้อเท็จจริงที่ไม่อาจโต้แย้งได้ว่า “การมีกฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอาจไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถปกป้องเด็กและเยาวชนได้” แม้ถึงกฤษฎีซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วยังประสบปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย แล้วประเทศไทยที่ฝ่ายการเมืองเสนอให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าถูกกฎหมายที่ถูกควบคุม จะสามารถควบคุมได้จริงหรือไม่ ทุกฝ่ายจึงต้องคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรมและกลไกการบังคับใช้กฎหมายของประเทศไทยด้วย ว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าจะสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้จริงหรือไม่

กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในไทย

ประเทศไทยรู้จัก “บุหรี่ไฟฟ้า” ในช่วงประมาณปี 2550 และเริ่มมีนโยบายห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้ามาตั้งแต่ปี 2551⁷ จากการที่ น.พ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นคือ นายไชยา สะสมทรัพย์และได้ให้กรมควบคุมโรคและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาการห้ามนำเข้าและจำหน่าย โดยขอให้กระทรวงสาธารณสุขมีจุดยืนในเรื่องการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า⁸

ต่อมาในปี 2557⁹ สมัยรัฐบาลคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (คสช.) ได้มีการผลักดันจากภาคสุขภาพเรื่องนโยบายการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าที่เสนอแนะต่อกระทรวงพาณิชย์ จนนำมาซึ่งการออกประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้ **บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้าในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557** และในต้นปี 2558 ได้มีคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 เรื่อง ห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามบริการ ซึ่งอาศัยอำนาจจาก พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ต่อมาในปี 2567 ได้มีการออกคำสั่งฉบับใหม่ ที่เป็นการยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 คือ **คำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ ที่ 24/2567 เรื่อง ห้ามผลิตเพื่อขาย ห้ามขายหรือให้บริการสินค้า บารากู บารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู นำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า** ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 29/9 วรรคสอง แห่ง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 ซึ่ง **ถือเป็น “กฎ” หลักที่ทำหน้าที่ในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย** จากบทนิยามคำว่า บุหรี่ไฟฟ้าของคำสั่งทั้ง 2 ฉบับนี้ จะหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์ทั้ง 2 ประเภท คือ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (electronic cigarette) และผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน (Heated Tobacco Product : HTP) นอกจากนี้ยังมีกฎหมายอีก 2 ฉบับที่เข้ามาควบคุมการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้า ตาม พ.ร.บ.ศุลกากร พ.ศ. 2560 และควบคุมการสูบในที่สาธารณะ คือ มาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

ในเรื่องการป้องกันการแทรกแซงนโยบายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ประเทศไทยมีพันธกรณีที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงาน ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มาตรา 5.3 ซึ่งไทยได้เข้าร่วมเป็นรัฐภาคี โดยมีข้อควรปฏิบัติเพื่อสกัดกั้นมิให้อุตสาหกรรมยาสูบและผู้มีส่วนได้เสียเข้าแทรกแซงนโยบายสาธารณสุขมีทั้งหมด 8 ข้อด้วยกัน คือ¹⁰

- 1 สร้างความตื่นตัวถึงอันตรายและอำนาจเสถียรของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสร้างความตื่นตัวเกี่ยวกับการที่อุตสาหกรรมยาสูบเข้ามาแทรกแซงนโยบายสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
- 2 กำหนดมาตรการเพื่อจำกัดการติดต่อประสานงานกับอุตสาหกรรมยาสูบ และมาตรการเพื่อให้แน่ใจว่าการติดต่อประสานงานที่อาจเกิดขึ้นเป็นไปด้วยความโปร่งใส
- 3 ปฏิเสธความร่วมมือใดๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งข้อตกลงที่ไม่มีผลผูกมัดตามกฎหมายหรือ ข้อตกลงที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง ตลอดจนกิจกรรมต่างๆ ที่อุตสาหกรรมยาสูบเข้าไปเกี่ยวข้อง ส่งเสริม หรือมีส่วนร่วมไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม
- 4 หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน
- 5 กำหนดให้ข้อมูลที่ได้รับจากอุตสาหกรรมยาสูบต้องโปร่งใสและถูกต้อง
- 6 ไม่ยอมรับ หรือออกระเบียบควบคุมกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้างว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมไปถึงกิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ”

- 7 ห้ามให้สิทธิพิเศษใดๆ แก่อุตสาหกรรมยาสูบหรือจูงใจให้ดำเนินธุรกิจ
- 8 ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในลักษณะเดียวกับที่ปฏิบัติต่ออุตสาหกรรมยาสูบอื่นๆ

กฎหมายเพื่อควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อออนไลน์

การโฆษณา หรือส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อออนไลน์อาจเป็นความผิดตาม พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 มาตรา 14 (1) ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ โดยทุจริต หรือโดยหลอกลวงนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่บิดเบือนหรือปลอมไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน หรือข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ประชาชน อันมิใช่การกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาทตามประมวลกฎหมายอาญา” โดยคำว่า “โดยทุจริต” พิจารณาประกอบบทนิยามประมวลกฎหมายอาญา ในมาตรา 1(1) ซึ่งบัญญัติว่า “เพื่อแสวงหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมายสำหรับตนเอง หรือผู้อื่น” คำว่า “มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย” ในที่นี้ คือ พ.ร.บ.การส่งออกนอกและการนำเข้าในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. 2522 และ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 นั้นเอง ทั้งนี้ในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่จะใช้วิธีการล่อซื้อบุหรี่ไฟฟ้าจากแหล่งขายในสื่อออนไลน์เพื่อการดำเนินคดี ควบคู่ไปกับการร้องขอต่อศาลเพื่อปิดเว็บไซต์ที่มีการโฆษณาส่งเสริมการขาย

การเมืองเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในไทย

แม้ว่าประเทศไทยมีพันธกรณีที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแทรกแซงนโยบายบุหรี่ไฟฟ้า แต่ในทางปฏิบัติประเทศไทยมีกลุ่มผู้สนับสนุนการใช้นิโหรไฟฟ้าที่เข้มแข็งและมีบทบาทสูง เช่น กลุ่มที่ใช้ชื่อว่า “กลุ่มลาชาดควันยาสูบ” หรือเครือข่ายผู้ใช้นิโหรไฟฟ้า (End Cigarette Smoke Thailand: ECST) ถูกวิจารณ์ว่า มีความสัมพันธ์กับบริษัทนิโหรยักษ์ใหญ่¹¹ ซึ่งอาจขัดแย้งกับข้อปฏิบัติข้อ 4 ขององค์การอนามัยโลก ให้หลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากบริษัทนิโหรอาจสนับสนุนกลุ่มองค์กรเพื่อบังหน้า โดย “กลุ่มลาชาดควันยาสูบ” ได้เคลื่อนไหวอย่างแข็งขันเพื่อเปลี่ยนแปลงนโยบายเรื่องนิโหรไฟฟ้า ดังนี้

‘กลุ่มลาชาดควันยาสูบ’ ร้องผู้ตรวจการฯ สอบปนแบนนิโหรไฟฟ้า



ที่มา: www.matichon.co.th/publicize/news_1132236

ในปี 2561 กลุ่มลาชาดควันยาสูบ ได้ยื่นหนังสือต่อนายกมลธรรม วาสนุนมา ผู้อำนวยการสำนักกฎหมายและคดีสำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน เพื่อขอให้ตรวจสอบการแบนนิโหรไฟฟ้า โดยอ้างว่าเป็นการละเมิดสิทธิในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อื่นตราขายน้อยกว่า และละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ในการนำข้อมูลวิทยาศาสตร์ใหม่ๆ มาช่วยเหลือประชาชน¹² ซึ่งในที่สุด สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินก็ได้จำหน่ายเรื่องร้องเรียนประเด็นนิโหรไฟฟ้าออกจากสำนวน ในปี 2566 เนื่องจากเห็นว่ามีการร้องเรียนในหลายช่องทางแล้ว

ในปี 2562 มีการร้องเรียนไปยังกระทรวงพาณิชย์ ขอให้ทบทวนประกาศการห้ามนำเข้านิโหรไฟฟ้า จนนำไปสู่การตั้งคณะทำงานพิจารณาทบทวนมาตรการควบคุมการนำเข้านิโหรไฟฟ้าโดยกรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ตามคำสั่งกรมการค้าต่างประเทศที่ 316/2561 โดยคณะทำงานฯ ได้มอบหมายให้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) เป็นหนึ่งในคณะทำงานและศึกษาผลกระทบของนิโหรไฟฟ้า ซึ่งในที่สุดทางคณะทำงานได้มีมติให้ยังคงไว้ ซึ่งมติการห้ามนำเข้านิโหรไฟฟ้าจากผลการประชุมวันที่ 23 มกราคม 2563 นำไปสู่ความไม่พอใจของกลุ่มลาชาดควันยาสูบ¹³

วันที่ 13 มกราคม 2565 ผู้แทนกลุ่มลาชาดควันยาสูบเดินทางเข้าพบนายชัยวุฒิ ธนาคมานุสรณ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เพื่อร้องเรียนเกี่ยวกับความเดือดร้อนของประชาชนเรื่องนิโหรไฟฟ้า ซึ่งนายชัยวุฒิฯ รัฐมนตรีในขณะนั้นออกตัวสนับสนุนการผลักดันนิโหรไฟฟ้าให้ถูกกฎหมาย¹⁴ โดยได้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อหากระบวนการทางกฎหมายในการขับเคลื่อน¹⁵ และเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันในเรื่องนี้ อาทิ ส่งหนังสือถึงคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คยช.) เรียกร้องให้ทบทวนมติแบนนิโหรไฟฟ้า¹⁶ ตลอดจนเดินสายไปยังสถาบันการศึกษาต่างๆ เพื่อสร้างกระแสสนับสนุนให้นิโหรไฟฟ้าถูกกฎหมาย เช่น มหาวิทยาลัยสยาม¹⁷ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์¹⁸ แม้ต่อมา นายชัยวุฒิฯ จะไม่ได้รับการเลือกตั้งเป็น สส. พรรคพลังประชารัฐ แต่นายชัยวุฒิฯ ยังคงดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับนิโหรไฟฟ้าในประเทศไทย

นอกจากนี้ยังมีรายงานข่าวว่า กลุ่มลาชาดควันยาสูบ ยังมีบทบาททางนโยบายผ่านกลไกรัฐสภา โดยมีตัวแทนเข้าไปดำรงตำแหน่งผ่านคณะอนุกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขกฎหมายเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์^{19,20,21,22} คณะอนุกรรมการการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและติดตามการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุข^{23,24,25,26} คณะอนุกรรมการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ในขณะที่ภาคสุขภาพที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าโดยตรงทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม กลับมีบทบาทน้อยมากในกลไกของรัฐสภาดังกล่าว

สำหรับ คณะอนุกรรมการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกำกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย มีนายอาสา ศาลิคุปต์ และนายมาริช กรณียวัฒน์ จากกลุ่มลาชาดควันยาสูบ ที่เข้ามาดำรงตำแหน่งกรรมการ (ในคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ ทั้งสองคนอยู่ในตำแหน่งที่ปรึกษา) นายชัยวุฒิชัย ซึ่งเคยเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลฯ ก็เข้ามาดำรงตำแหน่งกรรมการด้วย โดยนายโสภาส อลามิสริ เป็นโฆษกคณะอนุกรรมการ และนายทศพร ทองศิริ เป็นโฆษกคณะอนุกรรมการ (นายโสภาสฯ และนายทศพรฯ เป็นคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ด้วย) ซึ่งคณะอนุกรรมการวิสามัญชุดนี้ ได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณามาตรการด้านกฎหมายเพื่อควบคุมกำกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยขึ้นมาด้วย และได้มีการเสนอผลการศึกษาต่อ กมธ.ชุดใหญ่ใน 3 แนวทางคือ

1 | กำหนดให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายอย่างจริงจัง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ทางเลือก ทางเลือกที่หนึ่ง แก้กฎหมายที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นประกาศกระทรวงพาณิชย์ คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้มีความชัดเจนและครอบคลุมถึงการครอบครองและผลิต เพื่อให้มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง และทางเลือกที่สอง จัดให้มีกฎหมายใหม่ในระดับ พ.ร.บ. เพื่อกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายแบบเบ็ดเสร็จ โดยรวมหลักการและมาตรการทุกมิติไว้ในกฎหมาย การห้าม ห้ามการผลิต ห้ามนำเข้า การจำหน่าย ห้ามโฆษณาการสื่อสารต่างๆ รวมถึงห้ามการสูบด้วย

- 2 | กำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน คือ Heated Tobacco Product หรือ Heat Not Burn Tobacco เป็นสิ่งที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย โดยแก้ประกาศกระทรวงพาณิชย์ แก้อำนาจคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงต้องบัญญัติกฎหมายเพิ่มเติมเพื่อควบคุมยาสูบแบบให้ความร้อน ให้เป็นยาสูบตาม พ.ร.บ. สรรพสามิต เข้าไปในมิติของการควบคุม การเข้าถึง การโฆษณา การสื่อสาร ภายใต้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น
- 3 | ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน ทั้งสองอย่างเป็นสิ่งที่ถูกควบคุมตามกฎหมาย²⁷

ต่อมา คณะอนุกรรมการวิสามัญฯ ได้ออกมาให้ข่าวว่า “เสียงส่วนใหญ่เห็นควรให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย โดยเน้นควบคุมอย่างเข้มงวดเพื่อปกป้องเยาวชน และลดปัญหาสุขภาพในระยะยาว พร้อมย้ำการทำงานโปร่งใส ปราศจากการแทรกแซงใดๆ”²⁸

ความเคลื่อนไหวของภาคีเครือข่ายสุขภาพ/ภาคประชาสังคม

จากแนวโน้มการแก้ไขกฎหมายที่อาจยกเลิกการแบนบุหรี่ไฟฟ้า เครือข่ายสุขภาพได้ออกมาคัดค้านในเรื่องนี้อย่างแข็งขันในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การขับเคลื่อนผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพ การผลักดันผ่านองค์การวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ตลอดจนภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น การศึกษา เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกับกลุ่มเยาวชน ดังนี้

- 1 | การขับเคลื่อนผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า²⁹ โดยเป็นการขับเคลื่อนผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเชิงประเด็น ซึ่งได้มีการอภิปรายทางนโยบายปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า ดำเนินการตามมติคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ (คผยช.) เห็นชอบตาม “มาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย” ประกอบไปด้วย 5 มาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้ สร้างการรับรู้ภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็ก เยาวชน และสาธารณชน เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกันควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า และยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้า โดยคำนึงถึงพันธสัญญาที่ประเทศไทยต้องดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก³⁰

๒ การผลักดันผ่านองค์การวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ประเทศไทย มีเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพต่างๆ อาทิ วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ ตลอดจนนักสาธารณสุข ต่างร่วมกันดำเนินการตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกในปี 2548 ที่เสนอว่า ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อยู่ในตำแหน่งที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมยาสูบเนื่องจากบทบาทของวิชาชีพสุขภาพมีโอกาสที่จะส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานทางสังคม และเตือนเด็กและวัยรุ่นเกี่ยวกับอันตรายจากการใช้ยาสูบและการได้รับควันบุหรี่มือสองได้ และยังสามารถมีส่วนร่วมในมาตรการนโยบายควบคุมยาสูบโดยเฉพาะได้ด้วย เช่น การส่งเสริมกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) การสร้างสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ การขึ้นภาษีและบริการเลิกบุหรี่³¹

๓ การผลักดันผ่านภาคีเครือข่ายและกลไกอื่นๆ เช่น การแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวง โดยคณะรัฐมนตรี ได้อนุมัติหลักการร่างกฎกระทรวงกำหนดความประพฤติของนักเรียนและนักศึกษา (ฉบับที่...) พ.ศ. เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2568 ตามที่กระทรวงศึกษาธิการเสนอ โดยเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมกฎกระทรวงกำหนดการประพฤติของนักเรียนและนักศึกษา พ.ศ. 2548 โดยเพิ่มเติมลักษณะของการกระทำที่ต้องห้าม และเพิ่มเติมสิ่งเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า บาราเก้ไฟฟ้า วัตถุออกฤทธิ์อื่นใดตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรี ได้สนับสนุนข้อเสนอของสภานักเรียนระดับประเทศทั้ง 3 ข้อ ซึ่ง 1 ในนั้นคือ ข้อเสนอให้มีการป้องกันทุกคนห่างไกลจากบุหรี่ไฟฟ้า³² ซึ่งนับเป็นนิมิตหมายที่ดีในความพยายามปกป้องเด็กและเยาวชนไทยจากภัยอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ

ปัจจุบันการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้ามุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นอนาคตของชาติและเป็นที่ทราบกันว่าบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลกระทบต่อทั้งระบบสุขภาพและปัญหาสังคม ประเทศไทยสมควรพิจารณาแนวทางที่ 1 ของคณะกรรมการการวิสามัญพิจารณาศึกษากฎหมายและมาตรการควบคุมกักกันบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยที่กำหนดให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย โดยประเทศไทยสมควรดำเนินการตามมาตรา 5.3 ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ว่าด้วยการป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบจากอุตสาหกรรมยาสูบเพื่อไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบายบุหรี่ไฟฟ้า อย่างที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหานี้

ทั้งนี้ ทุกฝ่ายควรเรียกร้องให้ฝ่ายการเมืองและฝ่ายนิติบัญญัติคงกฎหมายห้ามนำเข้าและห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อคุ้มครองสุขภาพเด็กและเยาวชน และให้ความสำคัญกับอนาคตของชาติมากกว่ารายได้จากภาษี และขอให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายยกระดับการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ จริงจัง เคร่งครัด และไม่เรียกรับผลประโยชน์ ตลอดจนร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของภัยอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าให้สังคมไทยทราบ รวมถึงการร่วมมือกันส่งเสริมไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นค่านิยมของสังคมและเยาวชน เพื่อปกป้องสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

สำหรับการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าภาคีสุขภาพและภาคประชาสังคม ตลอดจนทุกภาคส่วนต้องช่วยกันเฝ้าระวัง และเปิดโปงกลยุทธ์การตลาดของผู้ค้าบุหรี่ไฟฟ้าที่ทำการตลาดโดยมุ่งเป้าไปที่เยาวชน ตลอดจนเฝ้าระวังการแทรกแซงนโยบายของเครือข่ายบุหรี่ไฟฟ้าผ่านองค์กร บุคคล สื่อ ให้สังคมรับรู้ และสร้างแนวร่วมภาคประชาชนให้มาร่วมกันปกป้องเด็กและเยาวชนให้ห่างไกลจากบุหรี่ไฟฟ้า

บทส่งท้าย

ปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในไทย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขและสังคมที่สำคัญ ดันต่อการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าเกิดขึ้นจาก 2 ปัญหาใหญ่ คือ ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย และปัญหาการแทรกแซงของกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้า ที่พยายามแทรกแซงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศ ผ่านกลไกทางกฎหมายและฝ่ายการเมืองของประเทศ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และภาคประชาสังคมต้องกำหนดทำที่ทางนโยบายที่ชัดเจนให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และร่วมกันขับเคลื่อนกรอบทิศทางการนโยบายปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้าตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ก่อนที่การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าจะคุกคามคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนไทยที่เป็นอนาคตของชาติจนเกินเยียวยา

3

กัญชาทางการแพทย์ กับความสับสนทางนโยบาย

“กัญชาไม่ใช่สินค้าธรรมดาทั่วไป แต่เป็นสารเสพติดที่เป็นอันตราย ต่อสมอง จิตใจ ร่างกายและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เนื่องจากมีการนำไปเป็นส่วนผสม ในขนม เครื่องดื่ม และอาหาร จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายควบคุมการจำหน่าย และการโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชา อย่างครอบคลุมและชัดเจน และมีการ บังคับใช้อย่างเข้มงวด ”



บทนำ

รัฐบาล “แพทองธาร ชินวัตร” ได้แถลง นโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2567 ระบุว่า “รัฐบาลจะมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ (care and wellness economy) และบริการทางการแพทย์ (Medical Hub)” ซึ่ง “การใช้กัญชา เพื่อการแพทย์ที่สร้างมูลค่าเพิ่มในทางเศรษฐกิจ และควบคุมผลกระทบทางสังคม โดยการตรา กฎหมาย” เป็นหนึ่งในการขับเคลื่อนนโยบาย ดังกล่าว ปัจจุบันมี (ร่าง) พ.ร.บ.กัญชา กัญชง ที่เสนอแล้วหลายฉบับ เช่น ฉบับพรรคภูมิใจไทย ฉบับของเครือข่ายเขียนอนาคตกัญชาไทย และฉบับภาค ผู้ประกอบการ ส่วนฉบับของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) นั้น สมัย นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว เป็นรมว. สาธารณสุข กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ได้มีการยกร่างแล้วเสร็จ และเปิดรับฟัง ความคิดเห็นแล้วเช่นกัน และเตรียมเสนอเข้าสู่การ พิจารณาของคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อใช้เป็นร่าง กฎหมายหลักในการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร ต่อไป

บทความนี้เป็นกรอบการอภิปรายพัฒนาการ ด้านนโยบายเรื่องกัญชา ผลกระทบของนโยบาย กัญชา และมุมมองของฝ่ายต่างๆ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้น

กัญชากับความสับสนทางนโยบาย

ประเทศไทยได้ปลดล็อกกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ในสมัยรัฐบาลประยุทธ์ จันทร์โอชา ตามประกาศของกระทรวง สาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 ส่งผลให้ ประเทศไทยเป็นชาติแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีการปลดล็อกกัญชา จากบัญชียาเสพติด โดยคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษได้มีมติเห็น ขอบปลดล็อกบางส่วนของกัญชาและกัญชงให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ โดยไม่จัดเป็นยาเสพติด แต่จะต้องมีสารสกัด CBD และสาร THC ไม่เกิน ร้อยละ 0.2 เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ พร้อมกับสนับสนุนให้ กัญชา-กัญชง เป็นพืชเศรษฐกิจ แต่ยังคงมีการควบคุมการผลิตและมีมาตรการ ป้องกันการนำไปใช้ในทางที่ผิด แต่ก็ยังไม่มีกรอบกฎหมายระดับ พ.ร.บ. มาควบคุมการใช้กัญชา มีเพียงกฎกระทรวงสาธารณสุขที่ควบคุมห้ามใช้ ในเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี หญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตรเท่านั้น แม้จะมี ความพยายามเสนอร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง เป็นกฎหมายควบคุม แต่นโยบาย ที่แตกต่างกันของพรรคร่วมรัฐบาลทำให้การพิจารณาร่างกฎหมายฉบับต่างๆ ไม่คืบหน้าเท่าที่ควร

หลังจากที่ประเทศไทยได้ปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติด ในปี 2565 เครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ และภาคประชาชน ได้สะท้อนให้เห็นถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านสุขภาพ และได้ทำจดหมายเปิดผนึกถึงประธาน และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี 2567 สะท้อนปัญหา จากการปลดกัญชาเสรี และสนับสนุนให้นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดอีก ครั้ง โดยเสนอข้อมูลว่า หลังกัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติด มีผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาอาการเป็นพิษจากกัญชาเพิ่มขึ้น 6-7 เท่า ขณะที่ผู้ป่วยเสติดกัญชา เพิ่มขึ้น 2-5 เท่า มีผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 3-5 เท่า และมีต้นทุน

คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 5 เท่า¹ สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลเศรษฐา ทวีสิน ที่ได้สั่งแก้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะประโยชน์ทางการแพทย์และสุขภาพเท่านั้น และขอให้ตั้งกัญชากลับสู่บัญชียาเสพติด

ต่อมาเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2567 ที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมยาเสพติด จึงได้พิจารณาร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 กำหนดให้กัญชา-กัญชงเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายยาเสพติด โดยที่ประชุมเสียงข้างมากเห็นตรงกันว่า กัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย แต่ไม่เห็นด้วยในการใช้เพื่อสันติภาพ โดยจะนำผลการประชุมเสนอต่อ รมว. สาธารณสุข จากนั้นจะเสนอคณะกรรมการ ป.ป.ส. พิจารณาและจะประกาศเป็นกฎกระทรวงต่อไป² อย่างไรก็ตาม นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรมว. มหาดไทย ได้คัดค้านนโยบายดังกล่าวและเห็นว่า ควรออกเป็น พ.ร.บ. กัญชา-กัญชง เพื่อกำหนดแนวทางการควบคุม โดยไม่ต้องนำกลับมาเป็นยาเสพติดอีก ทำให้ความพยายามในการแก้กฎกระทรวงฯ ต้องหยุดชะงักลง ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล โดย น.ส.แพทองธาร ชินวัตรขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2567 และรัฐบาลแพทองธารได้เห็นชอบกับแนวทางการควบคุมกัญชา-กัญชงผ่านการตรากฎหมายควบคุม โดยไม่ต้องนำกลับมาเป็นยาเสพติดอีก

กัญชากับผลกระทบด้านสุขภาพและสังคม

กัญชาเป็นพืชที่เป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นพืชที่มีประโยชน์ทางการแพทย์³ มีการนำกัญชามาสกัดเพื่อผลิตตำรับส่วนผสมยารักษาโรคปลอกประสาทแข็ง (multiple sclerosis) นอกจากนี้ก็ยังมีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในการบำบัดรักษาอาการจิตเวชและระบบประสาท (neuropsychiatric symptoms) และการรักษาอาการไม่ย่อยอาหารในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น บางประเทศจึงยอมให้มีการปลูกกัญชาเพื่อใช้ในทางการแพทย์ เช่น แคนาดา อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สวิตเซอร์แลนด์ และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา

การปลดล็อกกัญชาและกัญชงออกจากความเป็นยาเสพติดของไทยในช่วงกลางปี 2565 เกิดขึ้นโดยยังไม่มีกฎหมายหลักเข้ามาควบคุมการบังคับใช้ จึงกลายเป็นสุญญากาศทางกฎหมาย มีการนำข้อดอกกัญชาออกมาวางแผงจำหน่ายและมีผู้เสพกัญชาตามที่สาธารณะ มีรายงานข่าวว่าเยาวชนพากันเสพกัญชาจำนวนหนึ่งและมีผู้ใช้กัญชาเกินขนาดจนเสียชีวิตหลังปลดล็อกกัญชาได้เพียง 5 วัน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากกัญชาอีกหลายราย⁴ ข้อมูลเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 ของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า เยาวชนสูบกัญชาสูงขึ้น 2 เท่า⁵ ขณะที่การควบคุมมีเพียง พ.ร.บ.รักษาความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535⁶ ที่ใช้ควบคุมการสร้าง ความรำคาญในพื้นที่สาธารณะเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีหลายประเทศประกาศเตือนคนไทยห้ามนำ “กัญชา-กัญชง” เข้าประเทศ เพราะบางประเทศมีโทษสูงสุดถึงประหารชีวิตด้วย⁷

จากผลกระทบที่เกิดขึ้น นำมาสู่การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ด้วยการออกประกาศของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 โดย

กำหนดให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุม⁸ ห้ามจำหน่ายให้แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และสตรีมีครรภ์ หรือสตรีให้นมบุตร ห้ามใช้ประโยชน์ในที่สาธารณะโดยการสูบ แต่เนื่องจากเป็นเพียงประกาศกระทรวง จึงเป็นกฎหมายลูกที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นอย่างจริงจัง

เครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ และภาคประชาชน ด้านภัยยาเสพติดได้เผยแพร่ข้อมูลในปี 2567 ว่าในภาพรวมจำนวนผู้ป่วยนอกที่รับการรักษาด้วยอาการติดกัญชาต่อปีเพิ่มขึ้นจาก 16,643 ราย ในปี 2562 เป็น 32,634 รายในปี 2566 กล่าวคือ เพิ่มขึ้น 2 เท่า ส่วนจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยอาการติดกัญชาต่อปีเพิ่มจาก 1,137 ราย ในปี 2562 เป็น 5,924 ราย ในปี 2566 หรือเพิ่มขึ้น 5 เท่า ขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกที่รับการรักษาด้วยอาการโรคจิตจากการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นจาก 6,585 ในปี 2562 เป็น 20,502 ราย ในปี 2566 (เพิ่มขึ้น 3 เท่า) และจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยอาการโรคจิตจากการใช้กัญชาเพิ่มจาก 742 รายในปี 2562 เป็น 3,989 รายในปี 2566 หรือเพิ่มขึ้น 5 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ต้นทุนการรักษาผู้ป่วยก่อนปลดล็อกกัญชา ปี 2562-2564 คิดเป็นค่าใช้จ่ายปีละ 3,200-3,800 ล้านบาท แต่เมื่อปลดล็อกกัญชาปี 2565-2566 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 15,000-21,000 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า⁹

การศึกษาวิจัยชุดโครงการ ประเมินผลและกำกับติดตามผลกระทบ ต่อสังคมและสุขภาพจากนโยบายกัญชา โดย พญ. สราวิตรี อึ้งนางค์กรชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹⁰ พบว่า มีการจำหน่ายกัญชาอย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยมีจุดจำหน่ายกัญชาเพิ่มขึ้นจาก 5,600 จุดในเดือน สิงหาคม 2566 เป็น 7,747 จุดในเดือน เมษายน 2567 ส่วนใหญ่อยู่ที่กรุงเทพมหานคร นนทบุรี และภูเก็ต



นอกจากนี้ มีการจำหน่ายและโฆษณาในช่องทางออนไลน์ ทั้ง อีบุ๊ก (ทวีตเตอร์) เฟซบุ๊ก และไลน์ รวมไปถึงในแพลตฟอร์ม Shopee และ Lazada มีทั้งการขายกัญชา ผลิตภัณฑ์การเสพ รวมถึงขนมบราวนี่ผสมกัญชา ทั้งนี้ อัตราความชุกของการใช้กัญชาในประชากรทั่วไปในประเทศไทยก่อนปี 2565 อยู่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ทุกครั้ง แต่ในปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 24.9 และปี 2566-2567 เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 20.0

อนึ่ง การใช้กัญชาในประชากรวัยผู้ใหญ่ วัยรุ่นและเยาวชน พบว่า ประชาชน ร้อยละ 60.0 ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านนันทนาการ ร้อยละ 34.0 ใช้เพื่อผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ และเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้นที่ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ส่วนกลุ่มเยาวชนก่อนปี 2565 ใช้สูงสุดร้อยละ 3.1 ในปี 2566 นักเรียนมัธยมฯ ใช้กัญชาร้อยละ 11.8 เยาวชนนอกสถานศึกษา ร้อยละ 47.6 นักศึกษาระดับปริญญาตรีใช้ร้อยละ 17.1 โดยสาเหตุอันดับต้นของการเริ่มใช้กัญชาในเยาวชน ยังคงเป็นความอยากรู้อยากลอง นอกจากนี้ ข้อมูลได้แสดงแนวโน้มไปในทิศทางว่า กัญชาไม่ได้ถูกใช้เป็นสารทดแทนสารเสพติดชนิดอื่น แต่กัญชามักถูกใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น สุรา ยาสูบ กระเทียม

พญ. สวติตรีฯ จึงได้เสนอว่า “จำเป็นต้องมีกฎหมายควบคุมการจำหน่ายและการโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างครอบคลุมและชัดเจน ให้เหมือนบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีการบังคับใช้อย่างเข้มงวด รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง สร้างความตระหนักว่ากัญชาไม่ใช่สินค้าธรรมดาทั่วไป แต่เป็นสารเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสมอง จิตใจ ร่างกายและสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งน่าเป็นห่วงมาก เนื่องจากการนำไปเป็นส่วนผสมในขนม เครื่องดื่ม และอาหาร จำเป็นต้องป้องกันจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทุกชนิด”

นอกจากผลกระทบทางสุขภาพแล้ว ยังมีความกังวลต่อผลกระทบทางสังคมของกัญชา เนื่องจากการใช้กัญชายังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลงในกลุ่มผู้ใช้กัญชา ครอบครัวยุ่งเหยิง รมกวนชีวิตของคนอื่น เพื่อนบ้าน เพิ่มความขัดแย้งในชุมชนจากกลิ่นและควันรบกวน อีกทั้งทำให้อุบัติเหตุทางจราจรและคดีอาชญากรรมเพิ่มสูงขึ้น¹¹ และสร้างปัญหาให้กับเจ้าพนักงานฝ่ายต่างๆ ด้วย ในเวทีสัมมนาสาธารณะเรื่อง “กัญชาไทย...จะไปทางไหน?” ที่สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) ร่วมกับ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จัดขึ้น¹² ชี้ว่า จากการสำรวจในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,017 คน พบว่า มีประมาณ 1 ใน 4 เคยได้รับผลกระทบจากผู้ที่ใช้กัญชาอย่างไม่เหมาะสม ขณะที่ผู้ใช้กัญชาโดยตรงได้รับผลกระทบในหลายมิติ อาทิ ปัญหาทางการเงิน ความสามารถในการควบคุมสติและการตัดสินใจลดลง ความสามารถในการขับเคลื่อน และอาจนำไปสู่การทดลองใช้สารเสพติดชนิดอื่นซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงในด้านต่างๆ ตามมา



ข่าวผลกระทบของกัญชา ที่ส่งมาถึงชีวิต

ที่มา: www.youtube.com/watch?v=Mnd1psstz2I

ความเคลื่อนไหวด้านกฎหมาย

ที่ผ่านมา มีความพยายามในการผลักดันร่าง พ.ร.บ.กัญชาและกัญชงภายหลังการปลดล็อกพืชดังกล่าวจากบัญชียาเสพติด แม้ว่าโดยหลักเหตุผลแล้ว ควรตรากฎหมายควบคุมกัญชาและกัญชงให้สำเร็จก่อน โดยพรรคภูมิใจได้เสนอร่างฯ เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรวาระแรก เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2565¹³ ก่อนหน้าวันปลดล็อกกัญชาเพียง 1 วันเท่านั้น แต่ร่างฯ ดังกล่าวไม่ครอบคลุมในหลายประเด็นที่สำคัญ ทำให้การพิจารณาในชั้นคณะกรรมการธิการ มีการเพิ่มเนื้อหาขึ้นเป็น 94 มาตรา จากที่เสนอมา 45 มาตรา¹⁴ โดยกำหนดชัดเจนว่า การบริโภคหมายถึงรวมถึง การสูบ จากที่ร่างเดิมไม่มีการระบุ และมีการเพิ่มบทกำหนดโทษจาก 3 มาตรา เป็น 17 มาตรา มีการเพิ่มโทษกรณีขายกัญชาให้กับเด็กเยาวชนต่ำกว่าอายุ 20 ปี โดยมีโทษจำคุกสูงสุด 3 ปี ปรับไม่เกิน 300,000 บาท กรณีลักลอบนำเข้าจากต่างประเทศ จำคุกสูงสุดไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 500,000 บาท และถ้านำเข้ามาแล้วขายให้กับเด็กและเยาวชนโทษจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า¹⁵ แต่ร่างฯ ที่กรรมการพิจารณานี้ ควบคุมการสูบโดยจำกัดพื้นที่ ไม่ให้มีการสูบในพื้นที่สาธารณะ และสถานที่ต่างๆ ยกเว้นสถานที่ที่จัดไว้โดยเฉพาะ หรือบ้านพักส่วนบุคคล จึงเท่ากับว่ากัญชา ตามร่างกฎหมายนี้ยังคงสูบได้โดยมีเงื่อนไข ทำให้พรรคประชาธิปัตย์ มีมติไม่เห็นด้วยและขอให้กรรมการถาวรร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้ออกไปเพราะไม่มีเนื้อหาที่ควบคุมการเสพเพื่อสันติภาพการได้ แต่คณะกรรมการถาวรยืนยันไม่ถอนร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้¹⁶ ทำให้เมื่อเข้าสู่การประชุมสภาผู้แทนราษฎร เกิดเหตุการณ์สภาฯ ล่มระหว่างการพิจารณาร่างกฎหมายฉบับนี้ถึง 5 ครั้ง เนื่องจากถูกคัดค้านจากพรรคประชาธิปัตย์และพรรคฝ่ายค้านบางพรรค ตั้งแต่ธันวาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 จนกระทั่งหมดสมัยประชุมสภาฯ ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ส่งผลให้ร่างกฎหมายกัญชากัญชงดังกล่าวต้องตกไป¹⁷

หลังการเลือกตั้งและมีการจัดตั้งรัฐบาลภายใต้การบริหารประเทศของ นายเศรษฐา ทวีสิน พรรคภูมิใจไทยในฐานะพรรคร่วมรัฐบาลได้เดินหน้าเสนอ ร่างกฎหมายกัญชา-กัญชง เข้าสู่สภา¹⁸ สวนทางกับพรรคเพื่อไทย ที่หาเสียง มาตลอดว่าไม่เอานโยบายกัญชาเสรี¹⁹ โดยนายเศรษฐาฯ ได้ให้สัมภาษณ์ว่า จะจำกัดการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เท่านั้น หลังจาก ร้านจำหน่ายกัญชาหลายพันแห่งได้เปิดทำการทั่วประเทศ²⁰ นอกจากนี้ นายเศรษฐาฯ ยังได้เดินทางไปมอบนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขแก้ไข ประกาศกฎกระทรวง โดยดึงกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดประเภท 5 และเร่งออกกฎ กระทรวงอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการแพทย์และสุขภาพเท่านั้น²¹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงได้รับฟังความคิดเห็นร่างประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 การนำกัญชา-กัญชง กลับมาเป็นยาเสพติด ระหว่างวันที่ 11 - 25 มิถุนายน 2567 กำหนดให้ช่อดอก กัญชาและกัญชง กลับมาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 อีกครั้ง โดยมีผู้แสดง ความคิดเห็นประมาณ 100,000 คน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยที่จะนำ กัญชา-กัญชง กลับมาเป็นยาเสพติดอีกครั้งหนึ่ง²²

ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 5 ที่ร่างใหม่ในปี 2567²³ กำหนดให้กัญชา พืชในสกุล Cannabis และวัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ยาง รวมถึงกัญชง เป็นยาเสพติด ให้โทษในประเภท 5 ยกเว้น เปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน ราก ใบ ซึ่งไม่มียอด หรือช่อดอกติดมาด้วย และสารสกัดที่มีสาร THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 และเมล็ด กัญชา ไม่เป็นยาเสพติด เท่ากับว่า ช่อดอก ทั้งกัญชา และกัญชง จะถือเป็น ยาเสพติดให้โทษประเภท 5²⁴ โดยกำหนดเป้าหมายว่าจะให้กฎกระทรวงดังกล่าว มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568²⁵ ภายหลังการพิจารณาเห็นชอบ โดยคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งร่างประกาศกระทรวงดังกล่าวไปยังคณะกรรมการ ป.ป.ส. เมื่อ 12 กรกฎาคม 2567 แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล จากรัฐบาลเศรษฐาฯ เป็นรัฐบาลแพทองธาร ทำให้ ป.ป.ส. ระงับการพิจารณาไว้ เพื่อรอความชัดเจนของรัฐบาลชุดใหม่ ต่อมารัฐบาลแพทองธารฯ ได้มีนโยบายให้เดินหน้าออกร่าง พ.ร.บ.กัญชา-กัญชง แทนการนำพืชดังกล่าวกลับไปเป็นยาเสพติดอีก

ต่อมา นพ. เทวัญ ธานีรัตน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้เปิดเผยเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2567 ว่า กรมการแพทย์ แผนไทยฯ ได้ยกร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง เรียบร้อยแล้ว และได้ส่งไปยัง สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการตรวจสอบและปรับแก้ก่อน ส่งเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อพิจารณาและส่งเวียนหน่วยงานต่างๆ จากนั้นจะส่งร่างฯ ไปยังกฤษฎีกา เพื่อตรวจสอบก่อนส่งกลับ ครม. และเข้าสู่ การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎรต่อไป โดยกระบวนการต่างๆ คาดว่า จะแล้วเสร็จภายใน 1 ปี²⁶



สรุปประเด็นสำคัญร่างกฎหมาย กัญชา – กัญชง ฉบับใหม่

ร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง ฉบับกรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวง สาธารณสุข จะถูกใช้เป็นร่างฯ หลักที่ ครม. จะ พิจารณานุมัติ และเสนอเข้าสู่สภา²⁷ โดยร่าง กฎหมายฉบับนี้ ผ่านการรับฟังความคิดเห็นของ หน่วยงานต่างๆ แล้ว มี 77 มาตรา เทียบกับ ร่างฉบับเดิมของพรรคภูมิใจไทยที่มี 94 มาตรา โดยหลักการกฎหมายมีวัตถุประสงค์ คือ

- 1 หากจะใช้ช่อดอกต้องเป็นไปเพื่อทางการแพทย์เท่านั้น
- 2 ใช้เพื่อการศึกษาวิจัย
- 3 ผลิตภัณฑ์ใดที่มาจากช่อดอกที่สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รับรองแล้วที่ไม่เกี่ยวข้องกับกฎหมายฉบับนี้ ก็สามารถใช้ได้ เพียงบริโภคเท่านั้น ทั้งนี้หากเอากัญชาหรือกัญชง ที่เป็นราก กิ่งก้าน ใบ ต้นกัญชา ไปใช้เพื่อการอื่น เช่น เสื้อผ้า ไม่ได้อยู่ในกฎหมายนี้ ส่วนเรื่องการ ขออนุญาต จะแยกไปอยู่ในกฎกระทรวงต่อไป

สาระสำคัญของร่างกฎหมาย กำหนดให้มี คณะกรรมการกัญชา กัญชง โดยรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีหน้าที่และ อำนาจ เสนอนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการ ควบคุมและส่งเสริม กัญชา กัญชง และสารสกัด และการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ต่อ ครม. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ กำหนดมาตรการ การส่งเสริม วิจัย พัฒนาการใช้กัญชา กัญชง และสารสกัด ทั้งในด้านการแพทย์ เกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม และประโยชน์อื่นๆ ในการเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง ต้องได้รับใบอนุญาต ซึ่งการปลูกในพื้นที่ขนาดใหญ่ สามารถปลูกได้ ไม่เกิน 400 ไร่

ข้อห้ามสำคัญตามร่างกฎหมาย

- 1 ห้ามโฆษณา หรือทำการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับ ข้อดอกหรือยางของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชา
- 2 ห้ามจำหน่ายกัญชา กัญชง หรือสารสกัดเพื่อการบริโภค ไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ ในทาง การค้าหรือให้โดยมีสิ่งตอบแทนหรือผลประโยชน์ อื่นใดหรือไม่ก็ตาม แก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตรและบุคคลอื่นใดตามที่ รัฐมนตรีประกาศ และจะต้องแจ้ง ณ สถานที่ จำหน่ายหรือผ่านช่องทางการจำหน่ายอื่น รวมทั้ง คำเตือนในการบริโภค
- 3 ห้ามจำหน่ายโดยใช้เครื่องจำหน่าย หรือวิธีการ ทางอิเล็กทรอนิกส์ วิธีการแจก แถม ให้ แลก เปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชม การแข่งขัน การแสดง การให้บริการ การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการ ตอบแทนแก่ผู้ซื้อ
- 4 ห้ามจำหน่ายในวัดหรือสถานที่สำหรับประกอบ พิธีกรรมทางศาสนา สถานศึกษา หอพัก สวน สาธารณะ สวนสัตว์ และสวนสนุกและ สถานที่อื่น ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด
- 5 ห้ามขับขี่ยานพาหนะในขณะมีเมากัญชา กัญชง
- 6 ห้ามบริโภคกัญชา กัญชง หรือสารสกัด เว้นแต่ เป็นการบริโภค โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้
 - การบำบัด รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วย ของมนุษย์ หรือป้องกันโรค รวมถึงการนำไป ใช้กับมนุษย์ เพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือการ ทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น
 - การศึกษาวิเคราะห์หรือวิจัยที่ดำเนินการโดย หน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ ศึกษาวิจัย เพื่อ ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม
 - ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง

ท่าทีของฝ่ายต่างๆ ต่อ ร่าง พ.ร.บ.กัญชา กัญชง

แม้ร่างกฎหมายฉบับใหม่นี้ มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพราะมีการ ตัดเงื่อนไขสถานที่การสูบกัญชาของฉบับเดิมออกไป และกำหนดเนื้อหา ใหม่ในมาตรา 46 ให้บริโภคได้เฉพาะเพื่อบำบัด รักษา เพื่อศึกษาวิจัยทาง การแพทย์ และเพื่อผลิตภัณฑ์สมุนไพรเท่านั้น แต่ก็ไม่มีเนื้อหาห้ามสูบกัญชา โดยตรงอย่างชัดเจนและโทษของการฝ่าฝืน หากใช้กัญชาผิดวัตถุประสงค์ ที่กฎหมายอนุญาต จะมีโทษตามมาตรา 67 คือ ปรับไม่เกิน 60,000 บาท แต่ไม่มีโทษจำคุก ประกอบกับกัญชาตามร่างกฎหมายนี้ ยังคงให้จำหน่ายได้ เพียงแต่มีเงื่อนไข เช่น ห้ามจำหน่ายกัญชาเพื่อบริโภคแก่บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับว่าหากกฎหมายใหม่ที่ออกมายืนยันที่จะให้ใช้ข้อดอก เฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น ร้านกัญชาที่เปิดเป็นพื้นที่เฉพาะให้คนทั่วไป สามารถสูบบุหรี่ได้โดยไม่ใช่เพื่อทางการแพทย์ก็จะกลายเป็นธุรกิจผิดกฎหมายทันที ทางด้านพรรคภูมิใจไทยจึงเห็นว่า ร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อร้านจำหน่ายกัญชา และต้องการให้ผู้ประกอบการธุรกิจกัญชาสามารถ เปิดดำเนินธุรกิจต่อไปได้ ผ่านการขออนุญาตเพื่อเปลี่ยนจากร้านสูบกัญชา เป็นคลินิกที่สามารถให้คำปรึกษา และสูบสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ กัญชาได้ โดยจะหาข้อสรุปในระหว่างการศึกษาของที่ประชุมสภาฯ และ คณะกรรมการฯ ต่อไป

ส่วนนายปานเทพ พัวพงษ์พันธ์ คณบดีวิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต²⁸ ได้เสนอเงื่อนไขต่อร่างกฎหมายใหม่ที่จะให้ “ข้อดอก ยาง และสารสกัด” ของกัญชาเป็นยาเสพติด ว่า ควรมีเงื่อนไข 5 ข้อ คือ

- 1 ให้ข้อดอกกัญชา ยาง สารสกัด กลับไปเป็นยาเสพติดอย่างมีเงื่อนไข ผู้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายจะได้รับการคุ้มครอง ส่วนคนที่ ทำผิดกฎหมาย เช่น ร้านลักลอบนำเข้า การจำหน่ายให้เด็ก เยาวชน การเปิดร้านขายโดยไม่ได้รับอนุญาต ไม่ทำตามเงื่อนไข ต้องมีบทลงโทษ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด และทำได้ทันที ไม่ต้องรอวันที่ 1 มกราคม 2568
- 2 ต้องเปิดเสรีการแพทย์ในทุกวิชาชีพ โดยไม่กีดกันเหมือนที่ผ่านมา แพทย์ ทุกสาขาต้องมีเสรีภาพในการจ่ายกัญชา โดยรับผิดชอบและติดตามผล ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีสภาวิชาชีพกำกับอยู่แล้ว
- 3 ผู้ป่วยที่มีใบสั่งยาจากแพทย์ทุกสาขาอาชีพ ต้องเข้าถึงยากัญชาได้ ร้านกัญชาก็ไม่ต้องปิดตัว แต่ต้องปรับตัวเป็นสถานที่จำหน่ายสมุนไพร ควบคุม สำหรับผู้ป่วยที่มีใบสั่งยาจากแพทย์ทุกสาขาอาชีพ
- 4 สร้างความเชื่อมั่นต่อนักลงทุน ผู้ประกอบการ โดยผลิตภัณฑ์ที่มี “ข้อดอก กัญชา ยาง หรือสารสกัด” ต้องทำตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น พ.ร.บ.สมุนไพร พ.ร.บ.อาหาร พ.ร.บ.ยา พ.ร.บ.เครื่องสำอาง
- 5 ตั้งคณะกรรมการศึกษาจากทุกฝ่าย เพื่อหาข้อยุติทางวิชาการที่ยังขัดแย้ง เพื่อการปรับปรุงเงื่อนไขให้ดีขึ้น หรือเร่งการตรา พ.ร.บ.กัญชา กัญชงในสภาผู้แทนราษฎรควบคู่กันไป

ทางด้านเครือข่ายภาคประชาสังคม ได้แสดงท่าทีชัดเจนว่า ควรใช้กัญชา กัญชง เพื่อการแพทย์เท่านั้น และออกมาเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 เครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ และภาคประชาชน ด้านภัยยาเสพติด 67 คน จากหลายสถาบัน การศึกษา และอดีตผู้บริหารหน่วยงานด้าน ยาเสพติด ได้แถลงการณ์ บทวิเคราะห์ “เปรียบเทียบทางเลือกนโยบายกัญชา: นำหรือไม่นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด”²⁹ โดยระบุ ทางเลือกของนโยบายกัญชา ว่ามี 2 ทางเลือก คือ

1 ใช้กฎหมายกัญชาควบคุม โดยไม่นำ กัญชากลับไปเป็นยาเสพติด จะใช้เวลาสองปี จึงผ่านสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา จะได้ กฎหมายกัญชาออกมามั่งคั่งใช้ปลายปี 2569 ซึ่งประเทศไทยจะตกอยู่ในสถานะ “ใช้กัญชาเพื่อ สันตินาการได้” เป็นเวลาอีกหลายปี ผลกระทบ ที่ตามมาจะมากมายมหาศาล เช่น จะมีผู้ป่วย ติดกัญชาที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน จำนวนปีละ 95,148 คน และ 21,048 คน ซึ่งเพิ่มขึ้น 6 และ 15 เท่าตามลำดับ และ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้กัญชาที่รับ การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปีละ 54,048 คน และ 29,052 คน เพิ่มขึ้น 7 และ 29 เท่า ตามลำดับ อีกนัยหนึ่ง หากปล่อยให้ ใช้กัญชาเพื่อสันตินาการได้จนถึงปี 2569 จะมี ผู้ป่วยติดกัญชาและผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้ กัญชาเพิ่มขึ้นถึง 6-29 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงก่อน ปลดล็อกกัญชาในปี 2565

2 นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดทันที แล้วเร่งทำกฎหมายกัญชา กัญชงจะกลับไปอยู่ ภายใต้การควบคุมของประมวลกฎหมายยาเสพติด ที่ห้ามใช้กัญชาเพื่อสันตินาการ แต่ให้ใช้กัญชา เพื่อการแพทย์ได้ จำนวนผู้ป่วยทั้งสี่กลุ่มที่ กล่าวไว้ข้างต้นจะลดกลับลงมาสู่สภาวะปกติ ก่อนปลดล็อกกัญชาจากการเป็นยาเสพติด เมื่อ กฎหมายกัญชาผ่านสองสภาออกมาบังคับใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อลดผลกระทบจากปัญหากัญชา

ร่างกฎหมายฉบับใหม่ ควรนำปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในสังคมมาแก้ไข ให้ตรงจุด ช่วงระยะเวลาหลายปีที่เรื่อนี้ยู่ท่ามกลางสัจญญากาศทางกฎหมาย ย่อมมีบทเรียนมากพอที่ผู้ออกกฎหมายควรคำนึงถึงผลกระทบที่รอบด้านได้ โดยไม่มุ่งปกป้องกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่มเป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตามข้อเสนอของ ภาคประชาสังคม ที่เสนอให้นำกัญชากลับมาเป็นยาเสพติดชั่วคราว ก่อนการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.กัญชาจะแล้วเสร็จ ก็อาจส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการ กัญชาและเกษตรกรที่เพาะปลูกกัญชา จึงอาจกำหนดให้มีมาตรการเยียวยาด้วย ทางออกสำคัญระหว่างนี้คือ หน่วยงานต่างๆ ระดับกระทรวงลงมา อาจใช้กฎหมาย ระดับอนุบัญญัติเพื่อแก้ปัญหาปัจจุบันไว้อีกก่อน ดังที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ กฎกระทรวงให้กัญชาเป็นสมุนไพรควบคุม และกำหนดข้อห้ามจำหน่ายให้กับ บุคคลบางประเภท แต่ปัญหาคือปัจจุบันคือ ยังไม่มีการควบคุมร้านจำหน่ายและ แผงลอยข้างถนนที่ไม่ได้รับอนุญาต ส่วนนี้เป็นเรื่องที่หน่วยงานท้องถิ่นควรใช้อำนาจ ในการประกาศควบคุม นอกจากนี้ยังมีการจำหน่ายกัญชาทางออนไลน์ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมควรเข้ามาควบคุมในเรื่องนี้

นอกจากข้อเสนอจากนักวิชาการแล้ว การรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนโดยเฉพาะเยาวชน ก็เป็นส่วนสำคัญทำให้ลดผลกระทบจากปัญหากัญชาได้ ซึ่งหน่วยงาน ด้านสุขภาพอย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)³⁰ ได้ จัดโครงการ “เด็กรุ่นใหม่ต้องรู้ทันกัญ (ชา)” เพื่อส่งเสริมสนับสนุนแกนนำเด็ก และเยาวชนในการทำกิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อสร้างการรับรู้และตระหนักถึงโทษภัย ของกัญชาภายในโรงเรียนหรือชุมชน ซึ่งโครงการลักษณะนี้ควรมีการต่อยอดและ ควรได้รับการสนับสนุน เพื่อเป็นการกระตุ้นสร้างภูมิคุ้มกัน เช่นเดียวกับการรณรงค์ ต่อต้านบุหรี่ อีกประการสำคัญคือ ทำอย่างไรให้คนในสังคมมองกัญชาว่าเป็นยาเสพติด ที่ไม่ผิดกฎหมาย (เช่น บุหรี่) ไม่ควรปลูกฝังให้คนมองกัญชาว่าเป็นพืชสมุนไพร 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมาตรการการควบคุมบุหรี่มีความรัดกุมมากกว่าผลิตภัณฑ์กัญชา ทั้งการควบคุมการซื้อขายในที่สาธารณะและรูปแบบผลิตภัณฑ์ ที่บุหรี่มีข้อกำหนด ควบคุมที่บอกรรจกัณฑ์และฉลากคำเตือนให้ต้องมีภาพที่น่าหวาดกลัวเพื่อรณรงค์ ให้คนเลิกบุหรี่ ในขณะที่กัญชาซึ่งมีโทษร้ายแรงกว่า กลับไม่มีการควบคุม สิ่งเหล่านี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้เยาวชนเข้าถึงกัญชาได้ง่ายไม่ต่างจากบุหรี่ไฟฟ้า

บทส่งท้าย

จะเห็นได้ว่าการปลดล็อกกัญชาออกจากยาเสพติดโดยที่ไม่มีกฎหมาย รองรับจนกลายเป็นสัจญญากาศทางกฎหมาย นานวันยิ่งสร้างปัญหาเพิ่มขึ้นให้กับ สังคมมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ ถือเป็นการติดกระดุมผิดตั้งแต่เม็ดแรกจนต้อง พยายามย้อนกลับมาติดกระดุมใหม่อีกครั้ง ทางออกสำคัญคือ หน่วยงาน รัฐบาล และนักการเมือง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกกฎหมายควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาคือ ควรมีคณะกรรมการร่วมกันในการหาทางออกในช่วงสัจญญากาศระหว่างที่กำลังร่าง กฎหมายฉบับใหม่ ทั้งรัฐบาลที่เป็นฝ่ายกำหนดนโยบาย ฝ่ายนิติบัญญัติที่มีหน้าที่ ออกกฎหมาย และภาคประชาสังคมที่สะท้อนให้เห็นปัญหา และถอดบทเรียนจาก การติดกระดุมที่ผิดพลาดมาสู่การร่างกฎหมายฉบับใหม่ที่รัดกุม

4

ประเทศไทยกับวันที่กาสิโนถูกกฎหมาย: อาจได้ไม่คุ้มเสีย



“แม้กาสิโนถูกกฎหมายจะดึงดูดการลงทุนและสร้างรายได้จำนวนมากให้กับรัฐ แต่อาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ที่กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มกาสิโน กระทั่งการหนี้สินครัวเรือน สร้างปัญหาจากการเสพติดการพนัน รวมทั้งนำมาซึ่งการเติบโตของธุรกิจผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพนันและการฟอกเงิน

บทนำ

เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2568 นายกรัฐมนตรี แพทองธาร ชินวัตร ได้แถลงผลการประชุม ครม. ว่า ที่ประชุมได้เห็นชอบหลักการร่าง พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร (Entertainment Complex) ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการท่องเที่ยวในประเทศ ส่งเสริมการลงทุนในประเทศ และแก้ปัญหาการพนันที่ผิดกฎหมายในปัจจุบัน¹

ธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร ความจริงก็คือ “สถานกาสิโน” (Casino Complex) ซึ่งมีทั้งโรงแรม ร้านอาหาร ร้านค้าแบรนด์หรู สวนสนุก และกิจกรรมบันเทิงต่างๆ ดังเช่น ลาสเวกัส และมาเก๊า นั่นเอง แม้ว่า นายจิรายุ ห่วงทรัพย์ โฆษกสำนักนายกรัฐมนตรี จะแถลงเพิ่มว่า สัดส่วนของกาสิโนจะมีเพียง 10% เท่านั้น ที่เหลือจะเป็นเอนเตอร์เทนเมนต์และศูนย์ท่องเที่ยวครบวงจรที่สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวได้จำนวนมาก เช่น การจัดประชุม การจัดนิทรรศการระดับโลก การจัดคอนเสิร์ต สวนน้ำ สวนสนุก ในรูปแบบสมัยใหม่

อย่างไรก็ตาม นายปกรณ์ นิลประพันธ์ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มีความเห็นว่า หลักการทำกฎหมายของรัฐบาลต้องยึดนโยบายรัฐบาลเป็นหลัก แต่ร่างกฎหมายที่กระทรวงการคลังเสนอ ร่างขึ้นตามข้อสังเกตของคณะกรรมการในสภาผู้แทนฯ เป็นหลัก โดยพูดถึงเฉพาะเอนเตอร์เทนเมนต์คอมเพล็กซ์ จึงแตกต่างนโยบายรัฐบาลที่เน้นในเรื่องสถานที่ที่มนุษย์สร้างขึ้น หรือที่เรียกว่า Man-made destination ซึ่งน่าจะเป็นรีสอร์ทขนาดใหญ่ มีทั้งสนามกอล์ฟ สถานบันเทิง ดังเช่นในต่างประเทศ โดยมีที่พักสำหรับครอบครัว มีสวนน้ำและสวนสนุกสำหรับเด็ก

ไทยกับการถูกโอบล้อมด้วยกาสิโนจากเพื่อนบ้าน

หากใครมีโอกาสเดินทางไปยังบริเวณเขตชายแดนไทย-เมียนมาที่ อ.แม่สอด จ.ตาก ผังไทยเป็นหมู่บ้านแบบดั้งเดิมตั้งเรียงรายในรูปแบบวิถีชีวิตของคนชนบท ในขณะที่มองข้ามแม่น้ำเมยไปยังฝั่งเมียนมาจะพบกลุ่มตึกอาคารขนาดใหญ่ที่ในยามค่ำคืนฉายแสงสีสว่างไสวไปทั่วอาณาบริเวณ หรือที่รู้จักกันในชื่อ ‘ชเว โก๊กโก’ (Shwe Kokko) ซึ่งเป็นเมืองและสถานบันเทิงแบบครบวงจร ที่ลงทุนโดยกลุ่มทุนจีน ภายในนั้นมีทั้งโรงแรม กาสิโน สนามกีฬาและโครงสร้างพื้นฐาน ที่สำคัญยังเป็นแหล่งชุกช่อนอาหารการมั่วสุมขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในโลกไว้ กลายเป็นภัยคุกคามที่มาเคาะประตูอยู่หน้าบ้านประเทศไทย² นอกจากนี้ ทางฝั่งตะวันตกแล้ว ทางฝั่งตะวันออกของไทยก็มีสถานกาสิโนจำนวนมากในกัมพูชา ที่เมืองปอยเปต (Poipet) ตั้งอยู่บริเวณชายแดน อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว จ.เกาะกง (Koh Kong) ตั้งอยู่ติดชายแดน จ.ตราด ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือในฝั่งลาว ก็มีกาสิโนที่ สะหวันนะเขต (Savannakhet) ตรงข้าม จ.มุกดาหาร ซึ่งนักพนันชาวไทยนิยมเดินทางผ่านสะพานมิตรภาพไทย-ลาวแห่งที่ 2 ส่วนทางภาคเหนือ ติดชายแดนเชียงรายที่สามเหลี่ยมทองคำ ก็มีกาสิโนขนาดใหญ่ที่ เมืองบ่อแก้ว (Bokeo) ในลาว นอกจากนี้ที่เมืองท่าขี้เหล็ก (Tachileik) ในเมียนมา ตรงข้าม อ.แม่สาย จ.เชียงราย ก็มีกาสิโนเช่นกัน และยังมีกาสิโนขนาดใหญ่ ที่เมืองลา (Mong La) ในรัฐฉาน ใกล้ชายแดนจีนและไทยอีกด้วย โดยเป็นศูนย์กลางการพนันในพื้นที่เขตปกครองพิเศษที่กฎหมายเมียนมามีการผ่อนปรนให้



การเกิดขึ้นของกาสิโนจำนวนมากที่ล้อมประเทศไทยทุกทิศทาง ทำให้นักพนันชาวไทยจำนวนมากเดินทางไปเล่นพนันในประเทศเพื่อนบ้าน โดยศูนย์วิจัยและพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาการพนัน (2566) ได้ประเมินว่า ในปี 2565-2566 นักพนันชาวไทยใช้จ่ายไปกับการเล่นการพนันในประเทศเพื่อนบ้าน เป็นมูลค่ารวม 150,000-200,000 ล้านบาท/ปี

ทางด้านฝ่ายการเมืองได้มีความเคลื่อนไหวเพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมาย และ ความเป็นไปได้ของการเปิดสถานกาสิโนตามกฎหมายในประเทศไทยเป็นเวลาหลายปี จนในที่สุดเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2567 สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติการพิจารณาอนุญาตการเปิดสถานบันเทิงครบวงจร (Entertainment Complex) เพื่อแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมายและเพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของประเทศ³

ร่าง พ.ร.บ. สถานบันเทิงครบวงจร

ย้อนกลับไปได้ตั้งแต่ปี 2558 พล.ต.อ.สมยศ พุ่มพันธุ์ม่วง ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ณ ขณะนั้น ได้ออกมาสนับสนุนให้รัฐบาลเปิดบ่อนกาสิโนเสรีเพื่อแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมาย แต่ก็ถูกขัดขวางโดย พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีและไม่เห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว⁴ แต่ฝ่ายการเมืองก็ได้มีความเคลื่อนไหว ในการผลักดันนโยบายกาสิโนเสรีเป็นระยะๆ จนมีการตั้งคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตการเปิดสถานบันเทิงครบวงจรเพื่อศึกษาในเรื่องนี้ และมีการลงมติรับรองรายงานดังกล่าวในเวลาต่อมา ในปี 2567 รัฐบาลพรรคเพื่อไทยซึ่งนำโดย นางสาวแพทองธาร ชินวัตร ได้หยิบยกนโยบายสถานบันเทิงครบวงจรฯ มาเป็นนโยบายวาระเร่งด่วน โดยอ้างว่าการนำเศรษฐกิจนอกระบบภาษีและเศรษฐกิจใต้ดินที่คาดว่าจะมีมูลค่าสูงกว่า 50% ของ GDP เข้าสู่ระบบภาษี จะทำให้รัฐบาลสามารถนำรายได้ส่วนนี้ไปจัดสรรสวัสดิการด้านการศึกษา สาธารณสุขและสาธารณูปโภค รวมทั้งอุดหนุนค่าใช้จ่ายขั้นพื้นฐานของประชาชน⁵

ต่อมากระทรวงการคลัง ได้เสนอร่างกฎหมายเปิดสถานบันเทิงครบวงจรเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี (ครม.) จนนำมาซึ่งมติ ครม.เห็นชอบหลักการ ร่าง พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2568 โดยก่อนหน้านี้ที่ประชุม ครม. ได้มีมติเห็นชอบร่างพระราชกฤษฎีกากำหนดเขตพื้นที่เพื่อการอนุญาตให้ตั้งสถานบริการในท้องที่จังหวัดระยอง (ฉบับที่ ...) พ.ศ. จำนวน 2,662 ไร่ ในพื้นที่เมืองการบินภาคตะวันออก (EECo) อ.บ้านฉาง โดยอ้างว่าได้ดำเนินการจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโครงการดังกล่าว⁷ โดยเป็นที่คาดหมายว่า พื้นที่ดังกล่าวอาจเป็นพื้นที่เป้าหมายหนึ่งของสถานบันเทิงครบวงจร

ภายใต้สาระสำคัญของร่าง พ.ร.บ.สถานบันเทิงครบวงจรฯ ได้ให้คำนิยามสถานบันเทิงครบวงจร⁸ ตามมาตรา 3 โดยกำหนดให้เป็นสถานที่รวมสถานบันเทิงหลายประเภทในพื้นที่เดียวกัน เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงแรม สนามกีฬา สวนสนุก ร้านอาหาร ไนท์คลับ พื้นที่ส่งเสริมสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) เป็นต้น โดยต้องมีอย่างน้อย 4 ประเภทกิจการและอาจมีกิจการอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการนโยบายฯ กำหนด ร่วมกับกาสิโน โดยจะมีคณะกรรมการนโยบายสถานบันเทิงครบวงจร 9 คน เป็นผู้พิจารณา กำหนดจำนวนใบอนุญาต และพื้นที่ประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร รวมทั้งหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข การให้สินเชื่อแก่ผู้เข้าเล่นหรือเข้าพนัน และอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด⁹

มติของสภาผู้แทนฯ ดังกล่าว ทำให้นักวิชาการ 99 คน ได้ร่วมกันออกแถลงการณ์คัดค้าน โดยให้ความเห็นว่า ในทางเศรษฐศาสตร์ การพนันไม่ถือเป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดผลผลิต และในทาง การแพทย์การอยู่ในสถานพนันเป็นเวลาต่อเนื่องครั้งละนานๆ กับกิจกรรมพนันที่รู้ผลแพ้-ชนะรวดเร็ว จะมีผลต่อการกระตุ้นอารมณ์ให้เกิดการเล่นพนันจนเกินขีดความเหมาะสม และนำมาสู่การเป็นผู้เสพติดการพนัน รวมทั้งในทางการบังคับใช้กฎหมาย กิจกรรมการพนันสามารถถูกใช้เป็นช่องทางฟอกเงินของธุรกิจผิดกฎหมาย รวมทั้งเป็นช่องทางทำมาหากินของเจ้าหน้าที่รัฐหรือนักการเมืองที่ทุจริตคอร์รัปชัน⁴

จะเห็นได้ว่า นโยบายเรื่องกาสิโนเป็นนโยบายที่มีการต่อสู้ทางความคิดและผลประโยชน์อย่างเข้มข้นของกลุ่มต่างๆ ในสังคม และอาจส่งผลกระทบต่อทั้งบวกและลบได้ในวงกว้าง บทความนี้จะอภิปรายถึงข้อดี ข้อเสียของกาสิโน การถอดบทเรียนจากกาสิโนตามกฎหมายในประเทศเพื่อนบ้าน และสะท้อนมุมมองเชิงนโยบายของฝ่ายต่างๆ เพื่อให้ประชาชนไทยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายบนฐานข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจอย่างเพียงพอ

หลักเกณฑ์การดำเนินการ มีรายละเอียด ดังนี้¹⁰

- 1 ผู้รับใบอนุญาตต้องเป็นบริษัทหรือบริษัทมหาชน ซึ่งจดทะเบียนในไทยและมีทุนชำระแล้วมากกว่า 10,000 ล้านบาท
- 2 ใบอนุญาตมีระยะเวลา 30 ปี และต่ออายุได้คราวละไม่เกิน 10 ปี
- 3 สำหรับการเข้าใช้บริการกาสิโนมีบัญชีรายชื่อต้องห้าม โดยห้ามบุคคลต่างๆ เข้า เช่น บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้ซึ่งสำนักงานฯ สั่งห้ามเข้า
- 4 สถานที่ตั้งและจำนวนใบอนุญาต เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา
- 5 สัดส่วนพื้นที่ของกาสิโนในเอนเตอร์เทนเมนต์คอมเพล็กซ์ และสัดส่วนของพนักงานคนไทยและต่างดาวถูกกำหนดโดยคณะกรรมการนโยบาย
- 6 ห้ามมิให้มีการพนันออนไลน์ (ห้ามเชื่อมต่อระบบเพื่อให้บุคคลที่อยู่ภายนอกกาสิโนเข้าเล่นหรือเข้าพนันได้)
- 7 ห้ามโฆษณา โชว์นา ประชาสัมพันธ์ หรือจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายเกี่ยวกับกาสิโน เว้นแต่จะเป็นไปตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการบริหารประกาศกำหนด

ประเภทธุรกิจที่อนุญาตตามบัญชีแนบท้าย พ.ร.บ.กำหนดประเภทธุรกิจสถานบันเทิง 10 ประเภท ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า โรงแรม ร้านอาหาร ไนท์คลับ ดิสโกเธค ผับ หรือบาร์ สนามกีฬา ยอร์ช และครูซซึ่งคลัสสถานี่เล่นเกม สระว่ายน้ำและสวนน้ำ สวนสนุก พื้นที่สำหรับส่งเสริมวัฒนธรรมไทยและสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) และกิจการอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการนโยบายประกาศกำหนด

เพดานอัตราค่าธรรมเนียม การขอรับใบอนุญาต ครั้งละ 100,000 บาท ใบอนุญาตครั้งแรก ฉบับละ 5,000 ล้านบาท และรายปี ปีละ 1,000 ล้านบาท ใบอนุญาต (ต่ออายุ) ฉบับละ 5,000 ล้านบาท และรายปี ปีละ 1,000 ล้านบาท ใบแทนใบอนุญาต ฉบับละ 100,000 บาท ส่วนค่าเช่าสถานประกอบการกาสิโนของผู้มีสัญชาติไทย ครั้งละ 5,000 บาท ทั้งนี้สำนักงานกำกับการประกอบสถานบันเทิงครบวงจรจะมีรายได้จากเงินอุดหนุนค่าธรรมเนียมต่างๆ และค่าเช่าของคนไทย โดยเมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วให้นำส่งเป็นรายได้แผ่นดิน

บทเรียนกาสิโนจากประเทศเพื่อนบ้าน

ประเทศในเอเชียที่อนุญาตให้มีการจัดตั้งกาสิโนมีหลายประเทศ เช่น สิงคโปร์ มาเก๊า ฟิลิปปินส์ กัมพูชา ลาว บางประเทศสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับประโยชน์จากกาสิโน แต่หลายประเทศกลับประสบความล้มเหลวในด้านนโยบายและการบริหารจัดการ จนสร้างปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจมากมาย การศึกษาเปรียบเทียบนโยบายกาสิโนของประเทศเหล่านี้ จะช่วยให้ไทยสามารถเรียนรู้จุดแข็ง จุดอ่อน และปรับนโยบายกาสิโนของไทยให้ลดผลกระทบในทางลบได้ดีขึ้น ดังนี้



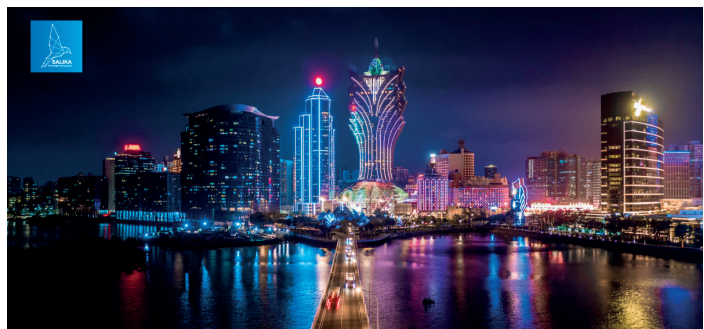
Marina Bay Sands, สิงคโปร์

ที่มา: www.visitsingapore.com/th



มาเก๊า, ฮองกง

ที่มา: thematter.co/social/macao-macanese-cuisine/85606



ปอยเปต, กัมพูชา

ที่มา: <https://www.thairath.co.th/news/foreign/2811595>

- 1 **สิงคโปร์** เป็นตัวอย่างที่ดีของการจัดการกาสิโนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยรัฐบาลอนุญาตให้มีกาสิโนเพียงสองแห่งคือ Marina Bay Sands และ Resorts World Sentosa ซึ่งดำเนินการโดยบริษัทระดับโลก นโยบายของสิงคโปร์เน้นการควบคุมอย่างเข้มงวดเพื่อป้องกันปัญหาสังคม เช่น การพนันเกินตัว และการใช้กาสิโนเป็นเครื่องมือดึงดูดนักท่องเที่ยวคุณภาพสูง จุดแข็งของสิงคโปร์คือโครงสร้างพื้นฐานที่ทันสมัย ความปลอดภัยสูง และการผสมผสานระหว่างกาสิโนกับแหล่งท่องเที่ยวอื่นๆ อาทิ ศูนย์การค้า โรงแรมหรู¹¹

2 มาเก๊า ได้รับการขนานนามว่า “ลาสเวกัสแห่งเอเชีย” เนื่องจากเป็นศูนย์กลางการพนันที่ใหญ่ที่สุดในโลก มาเก๊ามีนโยบายเปิดเสรีด้านการพนันและดึงดูดนักลงทุนต่างชาติ โดยเฉพาะจากบริษัทกาสิโนในสหรัฐอเมริกาและฮ่องกง จุดแข็งของมาเก๊าคือประวัติศาสตร์อันยาวนานในอุตสาหกรรมกาสิโน และการเป็นเขตปกครองพิเศษของประเทศจีนที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการพนันได้อย่างถูกกฎหมาย¹²

3 ฟิลิปปินส์ มีนโยบายส่งเสริมกาสิโนผ่านการสร้าง Entertainment City ในเมืองมะนิลา ซึ่งเป็นโครงการขนาดใหญ่ที่รวมกาสิโน โรงแรม และแหล่งบันเทิงอื่นๆ เข้าด้วยกัน จุดแข็งของฟิลิปปินส์คือค่าแรงที่ต่ำและความหลากหลายของกิจกรรมท่องเที่ยวที่สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวได้ตลอดทั้งปี¹³

4 กัมพูชา อนุญาตให้มีการเปิดกาสิโนอย่างเสรีในเขตเศรษฐกิจพิเศษ เช่น เมืองโพลินและชายแดนไทย-กัมพูชา โดยเฉพาะที่เมืองปอยเปต ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวพำนัที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม การขาดการควบคุมที่เข้มงวดส่งผลให้เกิดปัญหาสังคม¹⁴ เช่น การฟอกเงิน การค้ำมนุษย์ และการพนันผิดกฎหมาย นอกจากนี้ รายได้จากกาสิโนส่วนใหญ่ไม่ได้กระจายสู่ประชาชนทั่วไป แต่กลับตกอยู่ในมือของกลุ่มนักธุรกิจและนักการเมืองที่เกี่ยวข้อง จุดอ่อนของกัมพูชาคือการขาดโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอและระบบกฎหมายที่อ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถจัดการกับผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5 ลาว มีกาสิโนในเขตเศรษฐกิจพิเศษ เช่น สะหวันนะเขต และบ่อเต็น ซึ่งดึงดูดนักท่องเที่ยวจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ไทย เวียดนาม อย่างไรก็ตาม นโยบายของลาวขาดความชัดเจนและไม่มีการควบคุมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาการพนันเกินตัวในหมู่ประชาชนท้องถิ่นและการละเมิดกฎหมาย เช่น การลักลอบพนัน การคอร์รัปชัน¹⁵ นอกจากนี้ รายได้จากกาสิโนส่วนใหญ่ยังไม่ถูกนำไปพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน แต่กลับถูกไปใช้เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวของกลุ่มผู้มีอำนาจ

สำหรับไทย การถอดบทเรียนจากประเทศเพื่อนบ้านจะให้คำตอบว่า การอนุญาตให้มีการกาสิโนอาจมีทั้งประโยชน์และโทษ ขึ้นอยู่กับนโยบายและการจัดการของรัฐบาล หากพิจารณาจากประสบการณ์ของสิงคโปร์ มาเก๊า ฟิลิปปินส์ ที่ประสบความสำเร็จจากการควบคุมกาสิโนอย่างเข้มงวด และใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นเศรษฐกิจและท่องเที่ยว ประเทศไทยอาจได้รับประโยชน์ในลักษณะเดียวกันหากมีการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพในด้านรายได้และการจ้างงาน จากการท่องเที่ยวและภาษีให้รัฐบาล รวมถึงสร้างงานในอุตสาหกรรมบริการและการท่องเที่ยว ด้านการพัฒนาการท่องเที่ยว โดยกาสิโนสามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยเฉพาะจากจีน และกลุ่มประเทศอาเซียน ด้านการลงทุน การอนุญาตให้มีการกาสิโนอาจดึงดูดนักลงทุนต่างชาติและส่งเสริมการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ เช่น เมืองชายแดน หรือเขตท่องเที่ยว

ในทางกลับกัน นโยบายและการจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ อาจทำให้กาสิโนในไทยส่งผลเสียได้มาก โดยเฉพาะปัญหาสังคม การพนันอาจนำไปสู่ปัญหาต่างๆ เช่น การติดพนัน หนี้สิน อาชญากรรม หากขาดการควบคุมที่เข้มงวด ปัญหาการคอร์รัปชัน การจัดการกาสิโนอาจถูกใช้เป็นเครื่องมือในการหาผลประโยชน์ส่วนตัวของนักการเมืองและผู้มีอิทธิพล หากขาดความโปร่งใส และส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรม เนื่องจากกาสิโนอาจขัดกับค่านิยมทางศาสนาและวัฒนธรรมของไทย ซึ่งเน้นความพอเพียงและความเรียบง่าย ดังนั้น หากไทยต้องการประสบความสำเร็จในการจัดตั้งกาสิโน ถูกกฎหมาย ไทยต้องเน้นการควบคุมกาสิโนอย่างเข้มงวด รัฐบาลต้องมีกฎหมายและมาตรการที่ชัดเจนเพื่อป้องกันปัญหาสังคมและคอร์รัปชัน มุ่งกระจายผลประโยชน์และรายได้จากกาสิโน เพื่อนำไปพัฒนาประเทศและชุมชนอย่างยั่งยืน ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วนก่อนตัดสินใจ

ข้อมูลจากงานศึกษา: สังคมไทยได้และเสียอะไรจากกาสิโนที่ถูกกฎหมาย?

รายงานผลการพิจารณาการศึกษาเรื่องการเปิดสถานบันเทิงครบวงจรของคณะกรรมการการวิสามัญฯ ชี้ให้เห็นผลเชิงบวกของสถานบันเทิงแบบครบวงจร ที่ทำให้อัตราการว่างงานของคนในพื้นที่ลดน้อยลง เพราะเกิดการจ้างงานมากขึ้น ประชาชนหันไปพึ่งการพนันที่ผิดกฎหมายน้อยลง ทำให้ปัญหาต่างๆ เช่น อัตราการเกิดอาชญากรรมและอัตราการทำตัวตายลดลง นอกจากนี้ยังมีการยกตัวอย่างกรณีศึกษาจากประเทศสิงคโปร์ ที่สถานบันเทิงครบวงจรช่วยดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศกว่า 300,000 ล้านบาท เกิดการจ้างงานที่มีรายได้สูงมากกว่า 20,000 ตำแหน่ง เพิ่มรายได้จากภาคการท่องเที่ยวมากกว่าร้อยละ 47.0 และเพิ่ม GDP ประมาณร้อยละ 2.0 คิดเป็นมูลค่ากว่า 240,000 ล้านบาท

นายเผ่าภูมิ โรจนสกุล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลังชี้แจงว่า มี 5 บริษัทยักษ์ใหญ่จากต่างประเทศสนใจลงทุนสถานบันเทิงครบวงจร-กาสิโนในไทย ประกอบด้วย กลุ่ม Las Vegas Sands Corporation กลุ่ม Wynn Resorts กลุ่ม Caesars Entertainment กลุ่ม Hard Rock Cafe ที่เป็นบริษัทสัญชาติอเมริกา และกลุ่ม MGM China Holdings Limited ที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่มาเก๊า ส่วนของกลุ่มทุนไทยมีอย่างน้อย 4 กลุ่มที่สนใจลงทุนได้แก่ 1) กลุ่ม UTA หรือบริษัทอู่ตะเภา อินเตอร์เนชั่นแนล เอวิเอชัน จำกัด 2) กลุ่มซีพี 3) กลุ่มเดอะ มอลล์กรุ๊ป และ 4) ราชตฤณมัยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ได้เสนอแนวคิดโครงการ “The Royal Siam Haven” มูลค่าการลงทุนกว่า 2 แสนล้านบาท¹⁶



ที่มา: www.youtube.com/watch?v=fDhr9AeAgnw

ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ได้ทำการสำรวจผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเปิดสถาบันเท็งครบวงจรมีต่อเศรษฐกิจไทยพบว่า¹⁷ จะสามารถดึงดูดการลงทุนจากต่างชาติมูลค่าไม่ต่ำกว่า 100,000 ล้านบาท/แห่ง เพิ่มรายได้จากการท่องเที่ยวและรายได้ของธุรกิจสถาบันเท็งครบวงจรรวมทั้งเกิดการจ้างงานและเพิ่มรายได้ให้กับรัฐบาลในอีกด้านหนึ่ง ผลกระทบทางลบที่จะตามมา คือการสร้างความเสี่ยงด้านรายได้ที่กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มกาสิโน/กลุ่มนายทุน กระทั่งต่อภาระหนี้สินครัวเรือนและปัญหาจากการเสพติดการพนัน รวมทั้งเป็นการเร่งการเติบโตของธุรกิจผิดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพนัน

ปัญหาอีกประการของการเกิดขึ้นของกาสิโน คือ อาชญากรรมข้ามชาติและธุรกิจผิดกฎหมายที่มาพร้อมกับกาสิโน ในประเทศเมียนมา พบว่า มีกาสิโนถึง 15 แห่งกระจายอยู่ตามเมืองต่างๆ ภายใต้ฉากหน้าของการทำธุรกิจกาสิโนถูกกฎหมาย แต่กลับพบกลุ่มทุนจีนสีเทาที่หลบหนีคดีจากจีนเข้ามาทำธุรกิจผิดกฎหมายจำนวนมาก ทั้งแก๊งคอลเซ็นเตอร์และพนันออนไลน์ ส่วนในประเทศไทยมีรายงานข่าวว่า อาณาจักรคิงโรมันส์ที่ก่อตั้งโดยนักธุรกิจชาวจีนที่ชื่อจ้าวเหว่ย ได้กลายเป็นศูนย์กลางอาชญากรรมข้ามชาติ โดยหนึ่งในธุรกิจหลักคือการค้ายาเสพติด¹⁸

รายงานศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹⁹ ระบุว่า แม้การมีกาสิโนขนาดใหญ่จะช่วยให้เกิดการจ้างงานขนาดใหญ่ และกระตุ้นการท่องเที่ยว แต่ในความเป็นจริงผู้มีบทบาทหลักในการลงทุนและได้รับผลประโยชน์อย่างมหาศาลจากกาสิโนคือกลุ่มทุนจีน โดยธุรกิจการพนันล้วนเกี่ยวพันกับผู้มีอิทธิพลและธุรกิจสีเทาอื่นๆ ยกตัวอย่างกรณีของลาว บริเวณสามเหลี่ยมทองคำเป็นพื้นที่ภายใต้อิทธิพลของนายเจ้าเหว่ยผู้อยู่เบื้องหลังธุรกิจสีเทาต่างๆ ในภูมิภาคอาเซียน หรือกรณีกัมพูชาบริเวณปอยเปตและสีหนุวิลล์ ได้กลายเป็นฐานของขบวนการอาชญากรรมข้ามชาติจีน มีการหลอกลวงคนเข้าไปทำงานผิดกฎหมาย หลอกให้ลงทุนออนไลน์ เกิดขบวนการค้ามนุษย์ และค้าประเวณี ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ได้เสนอว่าการปราบปรามการพนันผิดกฎหมายและธุรกิจสีเทาในไทยมีความจำเป็น และเป็นเรื่องเร่งด่วนกว่าการจัดตั้งกาสิโนถูกกฎหมาย เพราะหากให้ทุนจีนสีเทาขยายตัวขึ้นผ่านกฎหมายการอนุญาตให้มีกาสิโนถูกกฎหมาย ประเทศไทยจะกลายเป็นฐานในการประกอบอาชญากรรมข้ามชาติรายต่อไป

ภาคประชาสังคมร่วมคัดค้านกาสิโน

เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2567 เครือข่ายภาคประชาสังคมจาก 16 จังหวัด ได้เดินทางไปยังจุดหมายต่อ กมธ. สถาบันเท็งครบวงจรมหาสภาผู้แทนราษฎร โดยแสดงความเป็นกังวลว่า การจัดตั้งสถาบันเท็งครบวงจรรและกาสิโนควรดำเนินการอย่างรอบคอบและรัดกุม²⁰ ทางเครือข่ายภาคประชาสังคมได้มีการสอบถามความเห็นจากประชาชนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2,716 ราย พบว่า ร้อยละ 85.6 ไม่เห็นด้วยให้มีกาสิโนมาเปิดในจังหวัดหรือใกล้ชุมชนของตนเอง ขณะที่ร้อยละ 88.9 ไม่เชื่อมั่นว่าภาครัฐจะสามารถดูแลธุรกิจผิดกฎหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับแหล่งพนันได้ สอดคล้องกับข้อมูลจากผลสำรวจความเห็นเรื่องกาสิโนสถาบันเท็งครบวงจรร โดยศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย พบว่า มีผู้ไม่เห็นด้วยมากที่สุดที่ร้อยละ 41.6 ในขณะที่มีผู้เห็นด้วยมากที่สุดกับการเปิดสถาบันเท็งครบวงจรรอยู่ที่ร้อยละ 2.7²¹

ภาควิชาการได้มีการจัดเสวนาหัวข้อ “ถึงเวลาการสินไหมไทย? มองปัจจุบัน ฝันถึงอนาคต” เมื่อเดือนเมษายน 2567²² ผศ. ดร.ชิตตะวัน ชนะกุล จากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กล่าวว่า การมีกาสิโนถูกกฎหมายอาจจะทำให้เศรษฐกิจกระเตื้องได้สั้นๆ แต่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะยาว รวมทั้งการที่ภาครัฐขับเคลื่อนนโยบายนี้โดยพยายามใช้กรณีศึกษาของประเทศสิงคโปร์ แต่ในแง่ของการบังคับใช้กฎหมายสิงคโปร์อยู่ลำดับ 1 ของโลกด้วยคะแนน 9.0 ส่วนไทยการบังคับใช้กฎหมายได้คะแนนเพียง 5.5 เท่านั้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดทางด้าน พญ.มธุรดา สุวรรณโพธิ์ ได้กล่าวว่า องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ การเสพติดการพนันเป็นโรคชนิดหนึ่ง โดย 2 ใน 10 ของคนที่เล่นการพนันต้องมาพบแพทย์เพื่อบำบัด เพราะไม่สามารถเอาตัวเองออกจากวังวนนี้ได้ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งยาสำหรับการรักษาโรคติดการพนันที่มีคนเข้าถึงบริการกว่าหลักแสนคนในปัจจุบัน ดังนั้นการนำกาสิโนถูกกฎหมายมาเพื่อแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมาย ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายเป็นอย่างยิ่ง

รศ. ดร.นวลน้อย ตรິรัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ได้ให้ข้อเสนอว่า หากประเทศไทยจะมีกาสิโนถูกกฎหมายได้นั้น สังคมไทยจำเป็นต้องมีการวางโครงสร้างพื้นฐานมารองรับให้ดีที่สุดก่อน²³ ต้องมีระบบการช่วยเหลือผู้ติดพนันหรือผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งระบบควบคุมดูแลไม่ให้คนใช้บริการมากเกินไปและไม่ใช้กลุ่มเปราะบาง รวมทั้งต้องมีระบบการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้คนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่รัฐอนุญาตให้ไปตั้งกาสิโน ต้องมีเวทีให้ชุมชนได้มีโอกาสทำความเข้าใจถึงข้อดีและข้อเสีย นอกจากนี้สิ่งที่รัฐต้องจัดทำก่อนการอนุญาตให้กาสิโนถูกกฎหมาย คือต้องไม่ทำให้กาสิโนมีความสัมพันธ์เชิงโยงกับองค์กรอาชญากรรมทั้งในและระหว่างประเทศ และต้องมีหน่วยงานกำกับดูแลกิจการการพนันที่มีความน่าเชื่อถือ²⁴ ยกตัวอย่างเช่นในประเทศสิงคโปร์ มีหน่วยงานอย่าง Casino Regulatory Authority of Singapore (CRA) ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลธุรกิจการพนันในสิงคโปร์ โดยตรวจสอบการกระทำผิดกฎหมายในกาสิโน รับเรื่องร้องเรียน สืบสวนสอบสวน และระงับข้อพิพาทระหว่างผู้เล่นกับผู้ให้บริการ รวมทั้งจัดสรรรายได้ร้อยละ 17 เข้ากองทุนลดผลกระทบจากการพนันที่ดูแลโดย National Council on Problem Gambling (NCPG) ที่มีผู้เชี่ยวชาญจากนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย และนักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ ให้ความรู้ต่อสาธารณะเกี่ยวกับความเสี่ยงของการพนัน และสร้างระบบบริการให้คำปรึกษาและบำบัดรักษาแบบครบวงจร

ความท้าทายของประเทศไทย คือแม้ว่าจะมีกลไกลดผลกระทบจากการพนันอยู่แล้วแต่ยังไม่เพียงพอ ยังขาดหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดูแล รวมทั้งขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณที่จะนำมาทำงานดังกล่าว ซึ่งหากมีการอนุญาตให้มีการกาสิโนถูกกฎหมาย ก็จำเป็นต้องจัดสรรเงินรายได้จากธุรกิจดังกล่าวเข้ามายังกองทุนเพื่อลดผลกระทบจากการพนัน การมุ่งเรื่องรายได้เข้ารัฐไม่ใช่แนวทางที่เหมาะสมในขณะนี้ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่มากพอในการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐกิจและต้นทุนทางสังคม เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจว่าควรจะทำให้การพนันถูกกฎหมายหรือไม่

บทส่งท้าย

แม้อุตสาหกรรมสถานบันเทิงครบวงจรจะมีมูลค่ามหาศาล และสามารถสร้างรายได้จำนวนมากให้กับประเทศไทยและรัฐบาลไทย แต่ก็ต้องแลกมาด้วยผลกระทบทางสังคมหลายด้าน เช่น ปัญหาการติดพนันของประชาชน การแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานบันเทิง การเป็นแหล่งฟอกเงินของธุรกิจผิดกฎหมาย ปัญหาด้านสุขภาพจิตของคนในสังคม การสูญเสียระบบนิเวศจากการก่อสร้างสถานบันเทิงขนาดใหญ่ และปัญหานี้ภาคครัวเรือนที่จะตามมา บทเรียนของกาสิโนในประเทศเพื่อนบ้านของไทย อาจเป็นอุทธาหรณ์ให้ประเทศไทยต้องถูกคิดว่าควรเสี่ยงกับการแพร่ขยายของกลุ่มทุนสีเทาที่มาพร้อมกับกาสิโน และปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ จนอาจทำลายธุรกิจท่องเที่ยวของไทยในระยะยาวหรือไม่ แต่ถ้าวรัฐบาลมุ่งมั่นที่จะเดินหน้าในการจัดตั้งกาสิโนถูกกฎหมาย ก็จำเป็นต้องดำเนินการตามข้อสังเกตในรายงานพิจารณาศึกษาเรื่อง การเปิดสถานบันเทิงครบวงจรว่า ควรมีความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการศึกษาผลกระทบของการเปิดสถานบันเทิงครบวงจรอย่างละเอียดรอบด้าน จัดตั้งหน่วยงานกำกับดูแลกิจการการพนันที่มีความน่าเชื่อถือ เป็นอิสระและโปร่งใส ดังเช่นประเทศสิงคโปร์ จัดตั้งกองทุนลดผลกระทบจากการพนัน เพื่อให้ความรู้ถึงความเสี่ยงของการพนัน จัดโครงการ/กิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงให้กับบุคคลที่อาจเข้าสู่การพนันได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เยาวชน และกลุ่มผู้สูงอายุ และสร้างระบบบริการ และบำบัดรักษาแบบครบวงจร

5

ถอดบทเรียน “ดิไอคอน” เพื่อไม่ตกเป็นเหยื่อแชร์ลูกโซ่

“ความเสียหายที่เกิดจากธุรกิจแชร์ลูกโซ่ล้วนเกิดจากหลุมพรางของคำว่า “รวย” แต่หากมองให้ไกลไปกว่าความผิดพลาดที่เกิดจากความโลภส่วนบุคคล ปัญหานี้ยังเกิดจากความหละหลวมของกฎหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง เตือนภัย และป้องกัน ไม่ให้ธุรกิจแชร์ลูกโซ่ขยายเครือข่ายจนเกิดความเสียหายเป็นวงกว้าง”



ที่มา: ปรับจาก <https://today.line.me/th/v2/article/1Evc2llw>

บทนำ

เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2567 รายการชื่อดังทางโทรทัศน์ช่อง 3 ได้รับเรื่องจากผู้เสียหาย ประเด็นการลงทุนของ บริษัท ดิไอคอน กรุ๊ป (The Icon Group) จนกลายเป็นข่าวใหญ่ในหน้าสื่อทุกสื่อ ต่อมาเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567 มีกลุ่มคนเดินทางเข้าพบพนักงานสอบสวนกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) เพื่อแจ้งความร้องทุกข์กล่าวโทษให้ดำเนินคดีกับ บริษัท ดิไอคอนกรุ๊ป จำกัด กับพวก กรณีผู้สมัครเป็นตัวแทนขายสินค้าและถูกชักชวนให้ร่วมลงทุนโดยเน้นระดมทุน เน้นชักชวนคนมาเป็นเครือข่ายมากกว่าเน้นการขายสินค้า ทำให้สื่อสารมวลชนทุกแขนง ตีแผ่เรื่องราวที่เกิดขึ้น และย้อนถอดบทเรียนกรณีคล้ายกันที่เคยได้รับการตัดสินตามกฎหมายไปแล้วว่าเป็นแชร์ลูกโซ่¹ จากนั้น ตำรวจจากกองบัญชาการตำรวจสอบสวนกลาง (บช.ก.) ได้เข้าควบคุมตัวผู้ต้องหาของดิไอคอนกรุ๊ป 18 ราย เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2567 ประกอบด้วย นายวิรัตน์พล วัชรวัชรกุล หรือบอสพล และศิลปินผู้มีชื่อเสียงหลายราย ในข้อหาร่วมกันฉ้อโกงประชาชน และร่วมกันโดยทุจริตหรือโดยหลอกลวง นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลอันเป็นเท็จที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ประชาชน ต่อมากรมสอบสวนคดีพิเศษได้เข้ามาดูแลคดีนี้ และแจ้งข้อหาผู้ต้องหาคดีดิไอคอน ตามความผิด พ.ร.ก.แชร์ลูกโซ่ และ พ.ร.บ.ขายตรงด้วย

ความเสียหายที่เกิดจากธุรกิจแชร์ลูกโซ่ไม่ได้เพิ่งเคยเกิดขึ้น แต่มีมานานแล้ว จุดร่วมของผู้เสียหายในหลาย ๆ คดี ล้วนเกิดจากหลุมพรางของคำว่า “รวย” ซึ่งเป็นกับดักที่ไม่ว่าจะเป็นใครก็มีโอกาสที่จะพลาดได้ทุกเมื่อ แต่หากมองให้ไกลไปกว่าความผิดพลาดที่เกิดจากความโลภส่วนบุคคล ปัญหานี้ยังเกิดจากความหละหลวมของกฎหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง เตือนภัย และป้องกัน ไม่ให้ธุรกิจแชร์ลูกโซ่ขยายเครือข่ายจนเกิดความเสียหายเป็นวงกว้างอย่างกรณี ดิไอคอนกรุ๊ป โดยมีผู้เข้าร่วมอยู่ในเครือข่าย 368,257 ราย คิดเป็นวงเงินประมาณ 11,102,182,500 บาท² บทความนี้เป็นสรุปและอภิปรายเกี่ยวกับธุรกิจเครือข่าย และธุรกิจแชร์ลูกโซ่ ประเด็นทางกฎหมาย การคุ้มครองผู้บริโภค และข้อเสนอแนะในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อมิให้ผู้บริโภคตกเป็นเหยื่อของเครือข่ายธุรกิจแชร์ลูกโซ่

ความเสียหายจากคดี ดิไอคอน กรุ๊ป

แจ้งความแล้ว	มูลค่าความเสียหาย	ยึดทรัพย์
5,648 ราย	1,611 ล้านบาท	225 ล้านบาท

ที่มา: ปรับจาก Facebook page เคลียร์ ชัด ชัด

คดีอื้อฉาวของกลุ่มดีไอคอน กำเนิดคดีไทย

ดีไอคอน กรุ๊ป เป็นธุรกิจเครือข่ายที่ประสบความสำเร็จและเติบโตอย่างมากนับตั้งแต่เริ่มจัดตั้งในปี 2561 ภายในเวลาเพียง 5-6 ปี ธุรกิจได้เติบโตจนมีสมาชิกเครือข่ายกว่าสามแสนราย และมีมูลค่าธุรกิจกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาท จุดเด่นที่ทำให้ดีไอคอน กรุ๊ปแตกต่างจากคู่แข่งอื่น คือ

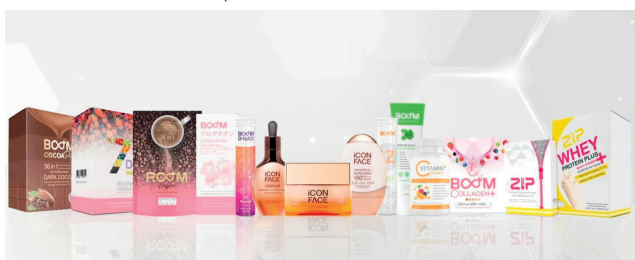
- 1 การใช้พลังของคนดัง โดยนำคนดังในวงการบันเทิงมาเป็นฟรีเชนเตอร์และแบรนด์แอมบาสเดอร์จำนวนมาก
- 2 การตลาดแบบเน็ตเวิร์กมาร์เก็ตติ้ง ใช้ระบบการตลาดแบบเครือข่าย ซึ่งทำให้สินค้ากระจายไปสู่ผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็วผ่านตัวแทนจำหน่าย
- 3 มีผลิตภัณฑ์ให้เลือกหลากหลาย ตั้งแต่ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง ไปจนถึงสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป
- 4 การสร้างแบรนด์ที่แข็งแกร่ง โดยเน้นภาพลักษณ์ที่ทันสมัยและมีความน่าเชื่อถือ

แต่ในเวลาต่อมา ธุรกิจที่ไม่โปร่งใสและขาดหลักธรรมาภิบาลเริ่มประสบปัญหา จนมีผู้เสียหายจำนวนมากได้ฟ้องร้องดำเนินคดีฟ้องดีไอคอนกรุ๊ป ในประเด็น ดังนี้

- 1 การฉ้อโกง เนื่องจากลงทุนในธุรกิจของดีไอคอน กรุ๊ปโดยไม่ได้รับผลตอบแทนตามที่ตกลงกันไว้
- 2 การชักชวนให้ลงทุนโดยใช้ข้อมูลเท็จ เกี่ยวกับผลตอบแทนและความเสี่ยงของการลงทุน เพื่อดึงดูดให้ผู้คนหลงเชื่อและลงทุน
- 3 การสร้างระบบเครือข่ายการตลาดแบบพีระมิด ซึ่งเป็นรูปแบบธุรกิจที่ผิดกฎหมาย

วันที่ 17 ตุลาคม 2567 พนักงานสอบสวนกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) ได้นำกลุ่มผู้ต้องหาของบริษัทดีไอคอน กรุ๊ปจำกัด มายื่นขอฝากขังต่อศาล ในข้อหาดำเนินคดีฐานร่วมกันฉ้อโกงประชาชน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341, 343 และร่วมกันโดยทุจริตหรือโดยหลอกลวง นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งข้อมูล

สินค้าในเครือของ ดีไอคอน กรุ๊ป



ที่มา : www.thairath.co.th/money/economics/thai_economics/2819129

คอมพิวเตอร์ที่ปิดเบื่อน หรือปลอมไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน หรือข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ประชาชน ตาม พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 มาตรา 14(1) ประกอบประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 83³

ต่อมาวันที่ 24 ตุลาคม 2567 กรมสอบสวนคดีพิเศษ (DSI) แถลงรับคดีดีไอคอนฟอกเงินเป็นคดีพิเศษ โดยเชื่อว่า กลุ่มผู้บริหารบริษัท ดีไอคอนกรุ๊ป จำกัด และเครือข่ายดังกล่าวมีพฤติการณ์ร่วมกันกระทำความผิด โดยนำเงินที่ได้จากการกระทำความผิดเกี่ยวกับการหลอกลวงประชาชนให้ลงทุนทำธุรกิจ มาทำการโอนหรือเปลี่ยนแปลงสภาพทรัพย์สินจำนวนมาก ซึ่งเป็นทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดมูลฐาน ตาม พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 โดยจากการตรวจสอบพบทรัพย์สินที่มีพยานหลักฐานน่าเชื่อได้ว่าได้มาในช่วงเวลากระทำความผิดมูลค่าหลายร้อยล้านบาท⁴ โดยกรมสอบสวนคดีพิเศษ หรือ ดีเอสไอ (DSI) พบว่ามีการโอน รับโอน หรือเปลี่ยนสภาพทรัพย์สินที่ได้จากการกระทำความผิดฐานฉ้อโกงประชาชน ซึ่งเป็นการกระทำความผิดอาญาฐานฟอกเงินอันเป็นความผิดตามบัญชีท้าย พ.ร.บ.การสอบสวนคดีพิเศษ พ.ศ. 2547 และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงรับกรณีดังกล่าวเป็นคดีพิเศษ⁵ ต่อมาวันที่ 11 พฤศจิกายน 2567 คณะพนักงานสอบสวนคดีพิเศษที่ 119/2567 ได้เข้าแจ้งความเพิ่มเติมกับผู้ต้องหา ซึ่งในเวลานั้นมีรวมทั้งสิ้น 18 คน 1 นิติบุคคล ในข้อหา พ.ร.ก.การกักเงินที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน พ.ศ. 2527 มาตรา 4, 5 และ พ.ร.บ.ขายตรงและตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 มาตรา 19, 20⁶

สรุป ข้อหาที่ 18 บอสดีไอคอน และ 1 นิติบุคคล ถูกกล่าวหาได้แก่ ฉ้อโกงประชาชน ความผิด พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ความผิดตามพ.ร.บ.ขายตรงและตลาดแบบตรงฯ และความผิดอาญาฐานฟอกเงินโดยกรมสอบสวนคดีพิเศษ มีรูปแบบธุรกิจหลักคือ การขายสินค้าออนไลน์ ครอบคลุมสินค้าหลากหลายประเภท เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง สินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป

เกิดแล้วเกิดอีก คดีแชร์ลูกโซ่ในไทย

ดีไอคอนกรุ๊ป ไม่ใช่คดีแชร์ลูกโซ่รายแรกของไทยที่สร้างความเสียหายนับพันนับหมื่นล้านบาท และคดีดังกล่าวก็อาจจะไม่ใช่คดีสุดท้าย ตราบใดที่การพัฒนาในรูปแบบกลโกงยังคงปรับเปลี่ยนไปตามรูปแบบสินค้า กลุ่มคนใหม่ๆ เน้นการโฆษณาที่ดึงดูดผู้ที่อยากรวยเร็ว และให้คุณค่ากับความมั่งคั่งของผู้มีชื่อเสียง ดังเช่นบทเรียนในอดีต เช่น คดีแชร์ชาร์เตอร์ ความเสียหาย 5,000 ล้านบาท คดีแชร์แม่ชม้อย ความเสียหาย 4,500 ล้านบาท ฟอเร็กซ์ ตรีดี (FOREX-3D) ความเสียหาย 2,000 ล้านบาท

ยกตัวอย่างคดีฟอเร็กซ์ ทริตี ที่เกิดขึ้นในปี 2562 โดย นายอภิรักษ์ โกฐธิ ได้สร้างเว็บไซต์ www.forex-3D.com เป็นช่องทาง ในการโฆษณาชักชวนประชาชนให้นำเงินไปลงทุนซื้อขายในอัตรา แลกเปลี่ยนสกุลเงินต่างประเทศ (Forex) โดยเสนอผลตอบแทน สูงถึงอัตราร้อยละ 60-80 ของผลกำไรที่ได้ แต่ที่จริงแล้วไม่ได้ นำเงินไปลงทุนจริง โดยมีระบบ “ดาวนโหลด” มีเงินปันผลให้สมาชิก หากสามารถไปดึงสมาชิกใหม่มาลงทุนเพิ่มเติมได้ คดีฟอเร็กซ์ ทริตี ยังมีการเชื่อมโยงไปถึงคนดัง และศิลปินดาราทูน่าที่เป็นหุ้นส่วนหรือ ร่วมชักชวนนักลงทุนด้วย ซึ่งช่วงแรกบริษัทมีการปันผลตามปกติ แต่ เมื่อพฤษภาคม 2562 ทางบริษัทได้หยุดจ่ายเงินปันผล จนนักลงทุน ขาดความเชื่อมั่น โดยคดีนี้ พบผู้เสียหาย 9,824 ราย ความเสียหาย เกือบ 2,500 ล้านบาท ต่อมา DSI รับคดีนี้เป็นคดีพิเศษ เนื่องจาก พฤติการณ์ของนายอภิรักษ์ฯ และพวกอีก 7 คน เข้าข่ายเป็นการ กระทำความผิดฐานร่วมกันกู้ยืมเงินที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน⁷ ต่อมาวันที่ 26 ธันวาคม 2567 ศาลอาญาพิพากษาคดีฉ้อโกง แชร์ Forex-3D ยกฟ้อง นายพัฒนาพล ภูมูธร และ นางสาวสุธิตัน ภูมูธรหรือทวิสิน ส่วนอีก 3 คน จำคุกคนละเกือบ 5 หนัปี ขดใช้ เงินผู้เสียหาย 2,400 ล้านบาท ตามความผิดฐานร่วมกันกู้ยืมเงิน ที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน ร่วมกันฉ้อโกงประชาชน และร่วมกัน นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่บิดเบือนหรือ ปลอมไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน หรือข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ⁸

ส่วนอีกคดีประวัติศาสตร์ของไทย ที่เปิดให้เห็นกลโกง ของแชร์ลูกโซ่คือ คดีแม่หม้อย คดีดังกล่าวเป็นการฉ้อโกงจาก การระดมเงินจากประชาชนที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างปี 2520-2528 ในรูปแบบการเล่นแชร์น้ำมัน ซึ่งนางชม้อย ทิพย์โส ได้คิดค้นขึ้น มีผู้เสียหายจำนวน 13,248 คน รวมเป็นเงินกว่า 4,500 ล้านบาท รูปแบบคดีแม่หม้อย ได้คิดค้นวิธีการหลอกลวงประชาชน โดยอ้างว่า ดำเนินกิจการค้าน้ำมันทั้งในและนอกประเทศ ได้ชักชวนประชาชน ให้มาเล่นแชร์น้ำมัน โดยวิธีการรับกู้ยืมเงินจากประชาชนและ ให้ผลประโยชน์ตอบแทนสูงเดือนละ 12,000 บาท หรือร้อยละ 6.5 ต่อเดือน หรือร้อยละ 78 ต่อปี โดยใช้วิธีการจัดคิวเงินโดยการนำเงิน ไปฝากธนาคารไว้แล้วเอาเงินต้นและดอกเบี้ยมาทยอยหมุนเวียนจ่าย เป็นผลประโยชน์ตอบแทน แต่ถ้าไม่มีผู้นำเงินมาลงทุนเพิ่มก็จะจ่าย ดอกเบี้ยได้ในระยะแรกเท่านั้น ในที่สุดเงินต้นที่สะสมไว้จะหมดและ ไม่สามารถคืนเงินต้นให้ประชาชนได้ ในที่สุดศาลพิพากษาว่านาง ชม้อยฯ กับพวกมีความผิดฐานฉ้อโกงประชาชนรวม 23,519 กระทง จำคุกคนละ 117,595 ปี ฐานกู้ยืมเงินที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน ตามพระราชกำหนดการกู้ยืมเงินที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน พ.ศ. 2527 แต่เมื่อรวมโทษทุกกระทงคงจำคุกทั้งสิ้นคนละ 20 ปี เพราะประมวลกฎหมายอาญาให้จำคุกไม่เกิน 20 ปี และให้ นางชม้อยฯ กับพวกร่วมกันคืนเงินที่ฉ้อโกงด้วย⁹

จะเห็นว่าทั้ง 3 คดี มีความคล้ายคลึงกัน คือ การหลอกร ระดมทุนจากประชาชน แต่กรณีของ คดี Forex-3D และ แม่หม้อย มีการทำสัญญา ตกลงว่าเป็นการนำเงินไปลงทุนและจะจ่าย ผลประโยชน์ให้ในจำนวนสูง กรณีเช่นนี้หลักฐานจึงมีความชัดเจน ในการดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิด แต่ในกรณีของ ดีไอคอนกรุป มีความซับซ้อน แตกต่างจากคดีในอดีต ต้องใช้การพิสูจน์มากกว่า โดยเฉพาะหลักฐานที่เชื่อได้ว่าเป็นการหลอกลวงลงทุนจริง หรือเข้าข่าย แชร์ลูกโซ่หรือไม่ ซึ่งกรณีของดีไอคอนกรุป ตัวผู้กระทำความผิด อย่างบอสพลซึ่งเป็นเจ้าของธุรกิจ ได้ออกมาให้สัมภาษณ์และยืนยัน ในการต่อสู้ทางคดีมาตลอด ว่าตนทำธุรกิจไม่ใช่หลอกระดมทุน แต่เป็นการซื้อขายสินค้า ซึ่งผู้มาลงทุนไม่สามารถจำหน่ายสินค้า ได้เอง และไม่มีการตกลงจ่ายเงินปันผลชัดเจนเหมือน 2 กรณีแรก โดยมีความต่างที่ชัดเจนก็คือ ดีไอคอนมีสินค้าตอบแทนทันทีเมื่อ ร่วมลงทุน แต่ 2 กรณีแรก มีเงินปันผลในจำนวนที่สูงกว่าตลาดมาก หากเทียบเคียงกับกรณีที่ยกฟ้อง (ผู้ถูกกล่าวหา) ในคดี Forex-3D อย่าง ดีเจแมน-ไบเตย พบว่า หลักฐานของการพิสูจน์ จนนำมาสู่การยกฟ้อง คือ การเชื่อมโยงเส้นทางการเงินระหว่าง บริษัทกับรายรับในบัญชีของทั้งคู่ไม่ชัดเจน การเชิญชวนระดมทุน ก็ไม่ชัดเจน รวมถึงไม่มีหลักฐานในการเป็นหุ้นส่วน แต่หากดูกรณี ของดีไอคอนกรุป การเชิญชวนระดมทุนที่ดารา นักแสดงกล่าวใน งานกิจกรรมต่างๆ มีความชัดเจน จึงต้องหาหลักฐานที่พิสูจน์ ให้ได้ว่า รูปแบบของดีไอคอน เข้าข่ายแชร์ลูกโซ่หรือไม่¹⁰

ประเทศไทยเคยมีบทเรียนมาแล้วหลายคดี แต่ทำไมการ แก้ปัญหาแชร์ลูกโซ่ที่ผ่านมา จึงไม่สำเร็จ ผลการศึกษาวิจัย “ปัญหา อุปสรรคในการป้องกันและปราบปราม การกู้ยืมเงินที่เป็นการ ฉ้อโกงประชาชน กรณีศึกษาแชร์ลูกโซ่” สำนักงานกิจการยุติธรรม¹¹ พบว่า ความไม่ชัดเจน และซ้ำซ้อนกันในด้านหน้าที่ของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเป็นอุปสรรคต่อบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินการป้องกันและปราบปรามการกู้ยืมเงินที่เป็นการฉ้อโกง ประชาชน โดยมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่และคณะกรรมการ หลายชุด ทำให้การขับเคลื่อนภารกิจเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ และการกำหนดโทษยังไม่เหมาะสม ทำให้ผู้กระทำความผิดไม่เกรงกลัว หรือเข็ดหลาบ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคจากทรัพยากรที่สนับสนุน การปฏิบัติงานและจำนวนบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับปริมาณงาน และบุคลากรก็ขาดความรู้ความเข้าใจ ความเชี่ยวชาญ รวมถึงขาด ความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นๆ นอกจากนี้ประชาชนยังไม่มีความรู้ เกี่ยวกับแชร์ลูกโซ่ อีกทั้งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล จึงทำให้ถูกหลอกลวงได้ง่าย ยิ่งไปกว่านั้น ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสารทำให้การกระทำความผิดเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย

ขณะที่ในมุมมองของนักวิเคราะห์ด้านธุรกิจและ นักการตลาด วิเคราะห์สาเหตุที่แชร์ลูกโซ่ยังไม่หมดไป จากประเทศไทย ดังนี้¹²

- 1 ผู้คนยังต้องการการยอมรับทางสังคม เงินและอำนาจ เป็นจุดที่ทำให้ขบวนการแชร์ลูกโซ่ใช้โน้มน้าว หรือ หลอกล่อให้เหยื่อเข้ามาติดกับ
- 2 ธรรมชาติของการชอบเสี่ยงโชค โดยทฤษฎีแบบแผน การดำเนินชีวิต (Lifestyle Theory) ของ Michael Hindelang และคณะ อธิบายภูมิหลังของคนที่มีัก เป็นเหยื่อว่ามีพฤติกรรมที่ชอบเสี่ยงโชค อยากลงทุน น้อยแต่ได้ผลตอบแทนสูง
- 3 บทลงโทษยังคุ้มค้ำกับความเสีย แม้จะพิจารณาโทษ เพิ่มเติมต่างกรรมต่างวาระ และมีจำนวนความผิด ที่ต้องรับโทษนับพันปี แต่ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 91 กำหนดโทษสูงสุดไม่เกิน 20 ปีเท่านั้น และ เมื่อจำคุกจริง กลไกการจองจำยังลดหลั่นลงไปได้อีก
- 4 ขบวนการแชร์ลูกโซ่มักมีการปรับเปลี่ยนสินค้า หรือ “คอนเทนต์” ตามยุคสมัย เพื่อชักจูงผู้คนตามยุคสมัย ที่เปลี่ยนไป เช่น การสัมมนาด้านการตลาด การลงทุน เงินตราต่างประเทศ การลงทุนทองคำ

ดีไอคอนกับธุรกิจแชร์ลูกโซ่

ความต่างของธุรกิจขายตรงกับแชร์ลูกโซ่ มี จุดสังเกตคือ การขายสินค้า หากเป็นธุรกิจขายตรง จะเน้นที่การจำหน่ายสินค้าเป็นหลัก และการสมัคร สมาชิกส่วนใหญ่ราคาจะไม่สูงมาก หรือไม่คุ้มค่าใช้จ่ายเลย ไม่มีการชักชวนหรือโน้มน้าวให้หาลูกทีมหรือเครือข่าย แต่เน้นการขายสินค้ามากกว่า ขณะที่หากเป็นแชร์ลูกโซ่ จะใช้กลไกที่หลอกล่อให้ประชาชนลงทุนหรือซื้อสินค้า โดยอ้างว่าจะได้รับกำไรจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว มักจะจ่ายเงินให้จริงในระยะแรกเพื่อให้หลงเชื่อ ทั้งที่ ความจริงแล้วไม่ได้ประกอบธุรกิจตามที่กล่าวอ้าง “เพียงแค่นำเงินของผู้ที่ลงทุนทีหลังมาจ่ายให้กับผู้ที่ลงทุนก่อนเท่านั้น” โดย 5 รูปแบบการชักชวน ที่กลไกส่วนใหญ่ รวมถึง “แชร์ลูกโซ่” มักใช้หลอกลวงหรือจูงใจ ได้แก่

1. ผลตอบแทนสูงในเวลาอันสั้น และใช้เทคนิค กระตุ้นด้วยรูปถ่ายคู่กับเงินก้อนโต หรือรถหรู สร้าง ความหวังว่าทุกคนเป็นเจ้าของได้ สะกดความโลภ

2. การันตีผลตอบแทน โดยบอกว่าจะได้ผลตอบแทนสูงเป็นตัวเลข แน่นนอน เช่น 10% - 15% ต่อสัปดาห์ หรือ 40% ต่อเดือน

3. เร่งรัดให้ตัดสินใจ โดยมักจะเสนอสิทธิพิเศษเฉพาะในช่วงเวลานั้น เช่น วันนั้นวันเดียวเท่านั้น เหลือเวลาแค่ 5 นาที หรือเหลือที่ไม่มากแล้ว เพื่อลด โอกาสในการไตร่ตรองของเรา

4. อ้างว่าใคร ๆ ก็ลงทุน ถ้าไม่รีบอาจพลาดตกขบวน หรืออ้างบุคคล ที่มีชื่อเสียงเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการลงทุน ถ้าไม่เข้าร่วมจะตกขบวนความ ร่ำรวย

5. เป็นธุรกิจจับต้องไม่ได้ บอกว่าทำธุรกิจแต่ไม่เห็นสินค้า หรือชักชวน ลงทุนในแพลตฟอร์มต่างประเทศที่ไม่ได้รับอนุญาต อ้างว่าธุรกิจได้รับการรับรอง แต่ไม่สามารถตรวจสอบธุรกิจได้

นอกจาก 5 รูปแบบข้างต้นแล้ว ถ้าหากการชักชวนนั้นพ่วงลักษณะ เหล่านี้ ฟังต้องระวังเป็นพิเศษ เพราะอาจเข้าข่ายเป็นกลไก “แชร์ลูกโซ่” ด้วย ได้แก่ เน้นสร้างเครือข่ายมากกว่าขายของ ให้ชักชวนคนมาร่วมมาก ๆ ได้โบนัส เพิ่มถ้าชวนคนมาเป็นสมาชิก โดยแชร์ลูกโซ่ มักแอบอ้างว่ามีการลงทุนในสินค้า หรือบริการต่างๆ เช่น หุ่น หรือสินทรัพย์ดิจิทัลด้วย¹³

สรุปแล้ว รูปแบบกลไกที่ใช้ได้ผลทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันของแชร์ ลูกโซ่ มีจุดร่วมบางอย่างที่ยังคงใช้กันมาต่อเนื่อง คือ การโฆษณาชวนเชื่อ “ผลตอบแทน” และ “ความรวย” ซึ่งสามารถใช้เป็นกลลวงหลอกล่อให้ทุกคนติดกับ ได้ง่ายโดย โดยเฉพาะกรณีดีไอคอน ได้นำบุคคลที่มีชื่อเสียง และดารา มาสร้าง ความน่าเชื่อถือ ยกตัวอย่าง กลไกจากดีไอคอน จากบทสัมภาษณ์ 1 ในผู้เสียหาย เปิดเผย กับเพจ The Active ว่า เธอเริ่มเข้าสู่ธุรกิจดีไอคอน จากการร่วมอบรม ด้วยคอร์สละ 98 บาท ใช้เวลา 1 ชั่วโมงเศษ โดยมีคนประกบเธอ 4-5 คน ที่โน้มน้าวให้สมัครสมาชิกเพื่อแลกกับการเรียนรู้ “ระบบหลังบ้าน” โดยอ้างว่า หากสมัคร 2,500 บาท จะสามารถรู้ข้อมูลการขายอย่างละเอียด ที่สำคัญได้พบกับ บอสดารา เธอจึงตัดสินใจสมัครและได้เข้าสู่การอบรมอีกครั้ง จากนั้นเธอได้ กลับไปขายสินค้าตามที่อบรมมา แต่ไม่สามารถขายสินค้าได้จริง แม้จะมีการ ยิงโฆษณา ลงคลิปการใช้สินค้าทุกวัน จากนั้นเธอถูกแม่ข่ายชักชวนไป งานประจำเดือนของ บริษัทดีไอคอน ทำให้เธอได้พบคนมากมายหลายอาชีพทั้งไทย และต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ ทำให้เธอหวังว่าเธออาจจะเป็นหนึ่งในคนที่ ไปยืนอยู่บนเวทีแห่งความสำเร็จ และได้รับรางวัลจากบริษัท ทั้งรถหรู บ้านและ ไปท่องเที่ยวต่างประเทศ หลังจบงานนี้ เธอจึงตัดสินใจสมัครสมาชิกในระดับ ที่สูงขึ้นเป็นเงินหลักแสนบาทเพื่อขยับตัวเองให้เป็นแม่ทีม เพราะได้รับการชักชวน ว่า การเป็นแม่ทีมมีข้อดีโดยจะได้ผลตอบแทน สิทธิพิเศษที่มากกว่าและเร็วขึ้น แต่หลังจากที่เธอสมัครเป็นแม่ทีม สิ่งที่มาตามไม่ใช่การขายสินค้าได้มากขึ้น อย่างที่เข้าใจ แต่กลับถูกให้เชิญชวนหาคนมาร่วมอบรมเข้าคอร์ส 98 บาท และ สมัครสมาชิก โดยมีขั้นตอนเหมือนกับเธอ หากเธอสามารถหาลูกทีมมาสมัคร ในราคาที่สูงขึ้นเท่าไร เธอก็จะได้เงินลงทุนกลับคืนเร็วเท่านั้น เพราะสินค้าที่ ค้างสต็อกของเธอจะถูกจำหน่ายให้กับสมาชิกที่ดึงเข้ามาร่วมแทน เมื่อมาถึงจุดนี้ จึงทำให้เธอเริ่มลังเล และเห็นว่ารูปแบบของธุรกิจดีไอคอนไม่ใช่การขายสินค้า แต่เป็นการหาลูกทีมเครือข่ายมากกว่า จนถึงขณะนั้น สินค้าของเธอยังคง ค้างสต็อก และสูญเงินลงทุนไปกว่า 3 แสนบาท¹⁴

แนวทางสร้างเกราะป้องกันภัยแชร์ลูกโซ่

ประชาชนทุกคนจำเป็นต้องเสริมสร้างความเข้าใจ เพื่อไม่ให้ตกเป็นเหยื่อของแชร์ลูกโซ่ ดังนี้

- 1 ศึกษาหาความรู้ก่อนลงทุน มีอาชีพหลักอาศัยความไม่เข้าใจเรื่องหุ้นหรือคริปโตเคอร์เรนซีมาชักชวน
- 2 มีสติ คิดก่อนตัดสินใจ เมื่อถูกชักชวนให้ลงทุน บีบให้ตัดสินใจ ในธุรกิจที่ให้ผลตอบแทนสูง แต่จำเป็นต้องธุรกิจนั้นไม่ได้ ต้องระวังให้มาก หากเป็นการชักชวนลงทุน/ระดมทุนในหลักทรัพย์หรือสินทรัพย์ดิจิทัลควรตรวจสอบว่าได้รับอนุญาตหรือไม่จากแอปพลิเคชัน SEC Check First
- 3 รู้ผลกระทบที่อาจรุนแรงมากกว่าเสียเงิน หากหลงเชื่อและตกเป็นเหยื่อสูญเสียเงินไปแล้ว แต่ถ้าเราไปชักชวนคนอื่นมาลงทุนในแชร์ลูกโซ่ ก็อาจมีความผิดตามกฎหมายเช่นกัน
- 4 ตื่นตัวและติดตามข่าวสารใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับแชร์ลูกโซ่หรือการหลอกลวงลงทุนต่างๆ อยู่เสมอ เพราะมีวิธีหลอกลวงใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การสังเกตว่าธุรกิจนั้นๆ เป็นแชร์ลูกโซ่หรือหลอกลวงลงทุนหรือไม่ สามารถสังเกตจากรูปแบบของการประกอบธุรกิจได้ ดังนี้



ใช้โมเดลแชร์ลูกโซ่ โครงสร้างธุรกิจเน้นการรับสมัครคนใหม่เข้าร่วมมากกว่าการขายสินค้าหรือบริการจริง



การขายสินค้าหรือบริการที่ไม่ตรงความจริง



การบังคับซื้อสินค้าหรือการลงทุนจำนวนมาก หรือกักตุนสินค้าโดยไม่สามารถขายออกได้จริง



เสนอข้อมูลทางธุรกิจหรือรายได้ที่เกินจริง โฆษณาผลตอบแทนที่สูงเกินจริง



การไม่มีใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)



ไม่ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่ผู้บริโภค ไม่สามารถคืนเงินหรือเปลี่ยนสินค้าตามที่กฎหมายกำหนด หรือไม่มีการคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค

เมื่อพบเห็นหรือถูกชักชวนลงทุนที่น่าสงสัย สามารถแจ้งเบาะแสไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์รับแจ้งการเงินนอกระบบ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โทร. 1359, กรมสอบสวนคดีพิเศษ (ดีเอสไอ) โทร. 1202, กองบัญชาการตำรวจสืบสวนสอบสวนอาชญากรรมทางเทคโนโลยี โทร. 1441, หรือแจ้งความออนไลน์ได้ที่ เว็บไซต์ www.thai-policeonline.com และหากการชักชวนนั้นเป็นการชวนระดมทุนหรืออ้างผลิตภัณฑ์ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ ก.ล.ด. เช่น หุ้น คริปโตฯ สินทรัพย์ดิจิทัล สามารถแจ้งเบาะแสมาที่ศูนย์บริการประชาชน ก.ล.ด. โทร 1207 หรือ เฟซบุ๊กเพจ สำนักงาน ก.ล.ด. และ SEC Live Chat ที่เว็บไซต์ www.sec.or.th¹⁵

บทส่งท้าย

ปัญหาการถูกหลอกลวงในธุรกิจแชร์ลูกโซ่ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในไทย แม้ว่าจะมีบทเรียนจากการดำเนินคดีในอดีต ที่จริงแล้วไทยมีกฎหมายและหน่วยงานจำนวนมากที่มีบทบาทในการร่วมป้องกันและปราบปรามการฉ้อโกงและธุรกิจแชร์ลูกโซ่ แต่การบังคับใช้กฎหมายมักขาดประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม ขบวนการแชร์ลูกโซ่ได้มีการปรับตัว โดยใช้กลยุทธ์ทางธุรกิจที่สอดคล้องกับยุคสมัย เช่น วิธีการลงทุน ประเภทของสินค้าและบริการ และกลยุทธ์การตลาด เพื่อจับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยกลุ่มดีไอคอน ได้อาศัยช่วงวิกฤตโควิด-19 เพื่อขยายธุรกิจเครือข่ายในรูปแบบการขายสินค้าออนไลน์ และการหาสมาชิกเครือข่ายจำนวนมาก ที่ไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบธุรกิจในสถานประกอบการได้ ทำให้เครือข่ายมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมาย ที่ผ่านมามีไทยขาดเจ้าภาพหลักในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รัฐบาลจึงควรจัดทำยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการกู้ยืมเงิน ที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน (แชร์ลูกโซ่) และกำหนดกลไกประสานงานระดับชาติ และปรับปรุงกฎหมายเพื่อเพิ่มบทลงโทษให้เหมาะสมกับความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งกับผู้เสียหายและระบบเศรษฐกิจ รวมถึงการมีมาตรการอย่างอื่นควบคู่เพิ่มเติม เช่น มีระบบการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ข้อมูล และสืบสวนหาข่าวการกระทำความผิด รวมถึงพัฒนาเครือข่ายต่อต้านการกระทำความผิดทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ควบคู่กับการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในเชิงรุก เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อการกระทำความผิดผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ โซเชียลมีเดีย

6

อุบัติเหตุรถโดยสาร: หลากหลายคำถามเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย



ที่มา: ได้รับจาก www.sanook.com/news/7608786/

“ สัดส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต ต่อจำนวนอุบัติเหตุ
ของรถโดยสารสาธารณะ เฉลี่ยสูงถึง 44 ราย
ต่ออุบัติเหตุรถโดยสาร 100 ครั้ง แสดงให้
เห็นถึง ดัชนีความรุนแรง (severity index)
ที่สูงมาก หากเทียบกับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่ม
ยานพาหนะประเภทอื่น ๆ ”

บทนำ

อุบัติเหตุรถโดยสารในประเทศไทย เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรง ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะการ
ดัดแปลงสภาพรถและมาตรฐานความปลอดภัยที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ปัญหาที่พบมากคือการนำรถโดยสารที่ไม่ได้มาตรฐาน
หรือมีการดัดแปลงมาใช้งานบนถนน และมักทำให้เกิดอุบัติเหตุรุนแรง การดัดแปลงเครื่องยนต์และโครงสร้าง โดยไม่ได้
รับการตรวจสอบหรือรับรองความปลอดภัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเมื่อใช้ความเร็วสูงหรือ
เดินทางระยะไกล และการติดตั้งอุปกรณ์เสริมที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุเมื่อมีการเบรกกะทันหันหรือ
เมื่อเกิดแรงกระแทก นอกจากนี้การดัดแปลงที่ไม่คำนึงถึงโครงสร้างเดิมของรถอาจทำให้เกิดการเสียหายรุนแรงเมื่อรถชนหรือ
ล้มคว่ำ อีกทั้งปัญหามาตรการบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่เข้มงวด โดยมีการตรวจสอบและบำรุงรักษาไม่เพียงพอ เนื่องจาก
การตรวจสอบประจำปีมักเป็นเพียงการตรวจสอบพื้นฐานที่ไม่ครอบคลุมทุกแง่มุมของความปลอดภัย และปัญหาความปลอดภัย
ในระบบการตรวจสอบผู้ขับขี่ โดยผู้ขับขี่รถโดยสารขาดการฝึกอบรมด้านความปลอดภัยอย่างเพียงพอ ทำให้ไม่มีความพร้อม
ในการขับขี่รถอย่างปลอดภัย บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงปัญหาความปลอดภัยของรถโดยสารในภาพรวม
ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้เสียต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

โศกนาฏกรรมรถโดยสารในไทย

“อุบัติเหตุรถโดยสาร” ถือเป็นโศกนาฏกรรมบนท้องถนนขนาดใหญ่รูปแบบหนึ่งที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย
อย่างมหาศาล ไม่ว่าจะเป็น การสูญเสียทางร่างกายและจิตใจของผู้ประสบเหตุ หรือการสูญเสียทรัพย์สินจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
เนื่องจากรถโดยสารจัดเป็นยานพาหนะที่มีการขนส่งผู้โดยสารเป็นจำนวนมาก ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจเลยว่า
ทำไมการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารแต่ละครั้ง จึงก่อให้เกิดความสูญเสียมากกว่าการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มยานพาหนะ
ประเภทอื่น



ที่มา: <https://highlight.kapook.com/view/6517>

19 มกราคม 2550 คณะครู จ.จันทบุรี ขนงานพืชสวนโลก รถบัสพลิกคว่ำบนทางโค้งลงเนินลาดชัน เสียชีวิต 21 คน บาดเจ็บกว่า 30 คน



ที่มา: <https://highlight.kapook.com/view/29759>

10 ตุลาคม 2551 คณะนักศึกษา จ.ขอนแก่น รถบัสแหกโค้งลงเขา เสียชีวิต 21 คน บาดเจ็บ 27 คน



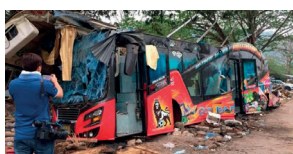
ที่มา: www.posttoday.com/politics/280691

28 กุมภาพันธ์ 2557 คณะนักเรียน จ.นครราชสีมา รถบัสชนรถพ่วง 18 ล้อ เสียชีวิต 17 คน บาดเจ็บ 45 คน



ที่มา: www.khaosod.co.th/breaking-news/news_245549

9 มีนาคม 2560 รถบัสตกเหวน้ำศาลเจ้าพ่อโพน จ.ปราจีนบุรี ครู-นักเรียน เสียชีวิต 6 ศพ บาดเจ็บครึ่งร้อย



ที่มา: workpointtoday.com/ฝากศาลซึ่งชนรถทัวร์ม/

21 มีนาคม 2561 คณะทัวร์ จ.กาฬสินธุ์ รถบัสเสียหลักข้ามเกาะกลางถนน พลิกคว่ำ เสียชีวิต 18 คน บาดเจ็บ 32 คน



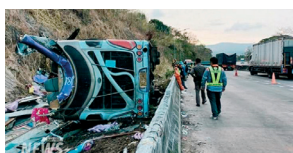
ที่มา: www.ch7.com/sports/648214

3 มิถุนายน 2566 คณะกำนัน-ผู้ใหญ่บ้านดูงาน รถบัสเกิดอุบัติเหตุมีผู้เสียชีวิต 2 ราย บาดเจ็บ 30 กว่าคน



ที่มา: www.khaosod.co.th/breaking-news/news_9439553

1 ตุลาคม 2567 รถบัสโดยสารนำนักเรียนและครูเดินทางทัศนศึกษา เกิดเหตุเพลิงไหม้ขณะวิ่งอยู่บนถนนวิภาวดีรังสิต จ.ปทุมธานี มีผู้เสียชีวิต 23 คน (เป็นนักเรียน 20 คน) มีผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัส 4 คน และบาดเจ็บเล็กน้อย 4 คน นับเป็นหนึ่งในเหตุโศกนาฏกรรมบนท้องถนนครั้งใหญ่ของไทยในปี 2567



ที่มา: www.thaipbs.or.th/news/content/349660

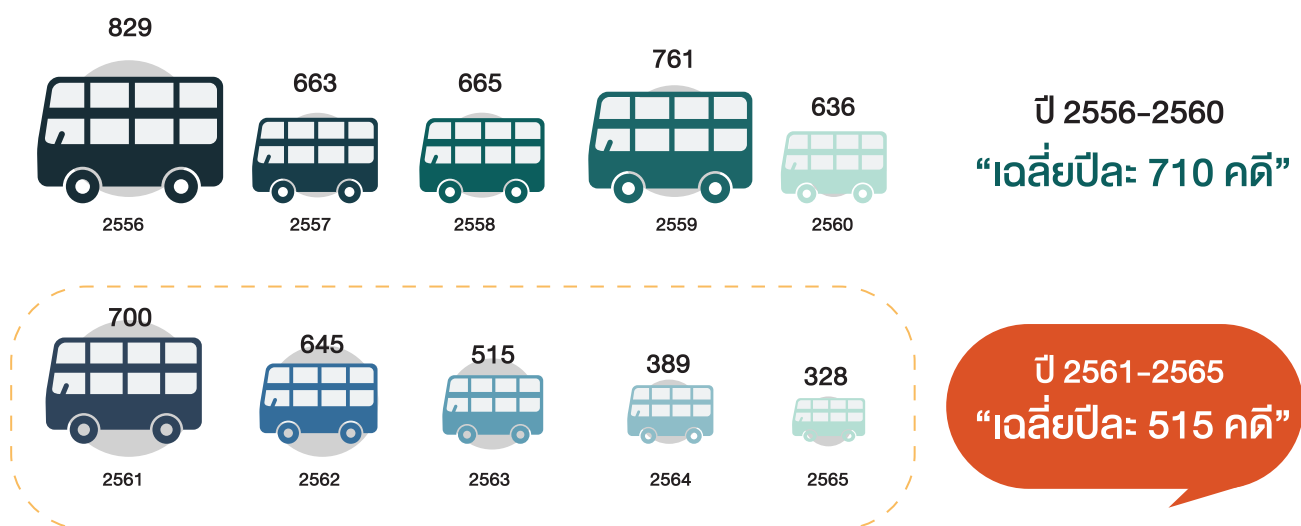
26 กุมภาพันธ์ 2568 รถบัสของคณะศึกษาดูงานจากเทศบาลตำบลพรเจริญ จ.บึงกาฬ พลิกคว่ำตกข้างทางใน จ.ปราจีนบุรี มีผู้เสียชีวิต 19 คน และบาดเจ็บจำนวนมาก

สถิติและแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลจากกรมการขนส่งทางบก ปี 2566² รายงานสถิติการเกิดอุบัติเหตุของรถโดยสารสาธารณะปีงบประมาณ 2562-2565 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบว่า อุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลงในช่วงดังกล่าว โดยในปี 2562 มีอุบัติเหตุ 414 ครั้ง ปี 2563 มีอุบัติเหตุ 245 ครั้ง ปี 2564 มีอุบัติเหตุ 113 ครั้ง ปี 2565 มีอุบัติเหตุ 142 ครั้ง การลดลงของอุบัติเหตุในช่วงดังกล่าวได้รับการอธิบายจากกรมการขนส่งทางบกว่า เกิดจากหลายปัจจัย เช่น มีการเดินทางลดลง เนื่องจากมาตรการล็อกดาวน์และการทำงานที่บ้าน การตระหนักถึงความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน ผู้ประกอบการขนส่งมีมาตรการความปลอดภัยที่เข้มงวดมากขึ้น และการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุปีงบประมาณ 2566 กลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 โดยในปี 2566 มีอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นเป็น 206 ครั้ง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 45.1 จากปีก่อนหน้า ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากมาตรการผ่อนปรนสถานการณ์โควิด-19 และคณะรัฐมนตรีได้มีมติกำหนดวันหยุดราชการเพิ่มเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มีวันหยุดต่อเนื่อง ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการเดินทางเพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยว ปัจจัยดังกล่าวทำให้มีปริมาณการจราจรหนาแน่นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการสัญจรเพิ่มมากขึ้นด้วย

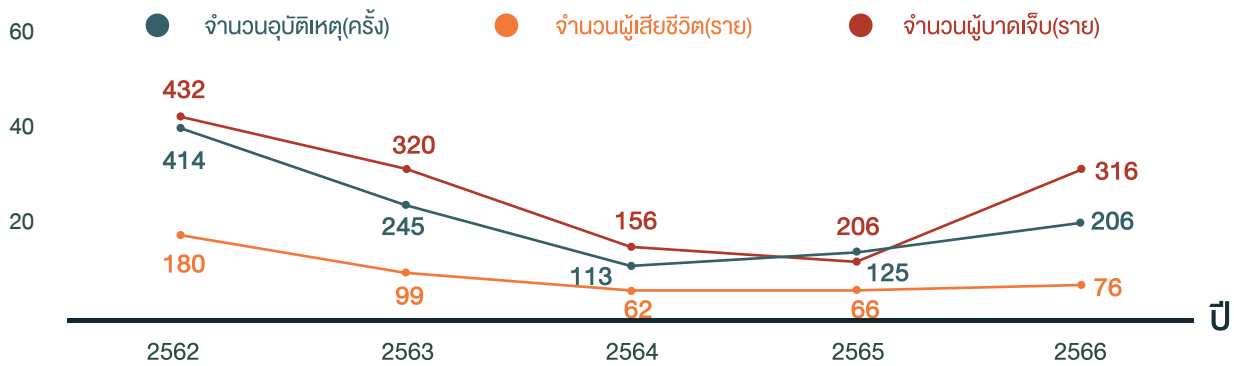
ข้อมูลของกรมการขนส่งทางบกสอดคล้องกับสถิติอุบัติเหตุจราจรทางบก ปีงบประมาณ 2556-2565 ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่พบว่า อุบัติเหตุรถโดยสารขนาดใหญ่มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในช่วงปี 2556-2565 โดยในช่วงปี 2556-2560 มี 700 กว่าคดี ลดลงเหลือ 500 กว่าคดี ในช่วงปี 2561-2565 (ภาพที่ 1) เช่นเดียวกับตัวเลขจำนวนรถโดยสารขนาดใหญ่ที่เกิดอุบัติเหตุบนทางหลวง ของสำนักอำนวยความปลอดภัย กรมทางหลวง ในช่วงปี 2557-2564 ที่พบว่า มีแนวโน้มลดลง แต่กลับมาเพิ่มขึ้นขึ้นอีกในปี 2565-2566³ ภายหลังฟื้นมาตรการ “ปิดเมือง” จากการแพร่ระบาดของโควิด-19



ภาพที่ 1: แนวโน้มอุบัติเหตุรถโดยสารประจำปีงบประมาณ 2556-2565
ที่มา: สถิติอุบัติเหตุการจราจรทางบก ประจำปีงบประมาณ 2556-2565 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

สำหรับจำนวนผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะ ปีงบประมาณ 2562 ถึง 2565 มีแนวโน้มลดลง (ปี 2562 บาดเจ็บ 432 ราย เสียชีวิต 180 ราย ปี 2563 บาดเจ็บ 320 ราย เสียชีวิต 99 ราย ปี 2564 บาดเจ็บ 156 ราย เสียชีวิต 62 ราย ปี 2565 บาดเจ็บ 125 ราย เสียชีวิต 66 ราย)⁴ สอดคล้องกับแนวโน้มของจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุที่ลดลง

อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะในปีงบประมาณ 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 316 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 45 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2565 ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 76 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 15.2 ต่อมาในปี 2567 ก็ได้เกิดอุบัติเหตุรถโดยสารที่รุนแรงและมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก ที่เป็นข่าวใหญ่คือกรณีของอุบัติเหตุรถโดยสารที่ขนส่งนักเรียนโรงเรียนวัดเขาพระยาสังฆาราม จ.อุทัยธานี เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ที่ผ่านมา โดยเกิดเหตุเพลิงไหม้รถโดยสารที่ขนส่งนักเรียนและครูจำนวน 44 คน ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตรวมกันมากถึง 23 ราย ซึ่งเป็นเด็กนักเรียน 20 คน และครู 3 คน⁵

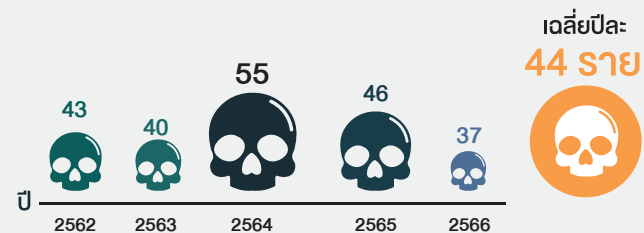


ภาพที่ 2: สถิติการเกิดอุบัติเหตุของรถโดยสารสาธารณะ ประจำปีงบประมาณ 2562-2566

ที่มา: รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจากรถโดยสาร ประจำปีงบประมาณ 2562-2566 สำนักสวัสดิภาพการขนส่ง กรมการขนส่งทางบก

แม้ว่าตัวเลขสถิติการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในภาพรวมมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นหากเทียบกับอดีต แต่หากพิจารณาในประเด็นของความรุนแรงหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุแล้ว จะพบว่าไม่ได้มีแนวโน้มลดลง ดังเช่นตัวเลขดัชนีความรุนแรง (Severity Index) หรือสัดส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต (ราย) ต่อจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น (ครั้ง) ของการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะ กรมการขนส่งทางบก ที่สะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในกลุ่มรถโดยสารนั้น จะส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 44 รายต่อการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสาร 100 ครั้ง (ภาพที่ 3) ซึ่งถือว่ายังคงมีความรุนแรงค่อนข้างสูงหากเทียบกับการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มยานพาหนะประเภทอื่นๆ

สัดส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต (ราย) ต่อจำนวนอุบัติเหตุรถโดยสารที่เกิดขึ้น (ครั้ง)



ภาพที่ 3: ดัชนีความรุนแรง (Severity Index) อุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะ ปีงบประมาณ 2561-2566

ที่มา: รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจากรถโดยสาร ประจำปีงบประมาณ 2562-2566

สำนักสวัสดิภาพการขนส่ง กรมการขนส่งทางบก

“นักเรียนนักศึกษา”: อีกกลุ่มหนึ่งของเหยื่ออุบัติเหตุรถโดยสาร

จากข้อมูลการเฝ้าระวังของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) และเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค โดยสภาผู้บริโภคระบุว่า ปี 2565-2567 มีอุบัติเหตุทางถนน และความปลอดภัยกับรถรับส่งนักเรียนถึง 30 ครั้ง โดยในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 เกิดอุบัติเหตุรถรับส่งนักเรียนถึง 15 ครั้ง มีนักเรียนเสียชีวิต 1 คน และบาดเจ็บถึง 153 คน สาเหตุของอุบัติเหตุเกิดขึ้นจากความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการ หรือผู้ขับรถ สภาพรถที่ไม่ปลอดภัย และขาดการจัดการที่เป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับกรณีเพลิงไหม้รถบัสทัศนศึกษาของนักเรียนโรงเรียนวัดเขาพระยาสังฆารามที่เกิดขึ้น เมื่อเดือนตุลาคม 2567 นั้น เป็นรถโดยสารเช่าแบบไม่ประจำทาง ที่ขาดขั้นตอนการจัดทำสัญญาที่มีมาตรฐานความปลอดภัย นอกจากนี้รถบัสทัศนศึกษาของนักเรียนโรงเรียนวัดเขาพระยาสังฆาราม ยังเกิดยางระเบิดจนทำให้รถเสียหลักไปชนกับรถยนต์อีกคันหนึ่ง ก่อนที่จะพุ่งเข้าไปชน

และกระแทกกับกำแพงคอนกรีตที่อยู่บริเวณเกาะกลางถนน จนเป็นเหตุให้เกิดไฟไหม้และลูกกลมเข้าไปภายในห้องโดยสาร เพลิงที่ลุกลามเข้าไปในห้องโดยสารอย่างรวดเร็ว นั้น สาเหตุสำคัญมาจากการรั่วไหลของก๊าซเอ็นจีวีที่เป็นอีกหนึ่งระบบเชื้อเพลิงของรถบัส ประกอบกับวัสดุภายในห้องโดยสารมีคุณสมบัติติดไฟและลุกไหม้ได้ง่าย

เมื่อกรมการขนส่งทางบกตรวจสอบถึงมาตรฐานการติดตั้งระบบเชื้อเพลิงก๊าซเอ็นจีวีก็พบว่า รถบัสคันที่เกิดเหตุมีการลักลอบติดตั้งถังก๊าซเอ็นจีวีเพิ่มเติมรวมเป็น 11 ถัง จากที่มีการขออนุญาตกับกรมการขนส่งทางบกไว้เพียง 6 ถัง นอกจากนี้เมื่อตรวจสอบประวัติการจดทะเบียนของรถบัส พบว่า มีการจดทะเบียนครั้งแรกเมื่อปี 2513 แต่ภายหลังมีการปรับปรุงตัวถัง เปลี่ยนเครื่องยนต์ใหม่ และนำมาจดทะเบียนใหม่อีกครั้งเมื่อปี 2561 ซึ่งจากข้อมูลต่างๆ ข้างต้นนั้น ดูเหมือนว่า สภาพรถบัสหรือปัจจัยทางด้านยานพาหนะน่าจะเป็นสาเหตุหลักสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้

วิเคราะห์อุบัติเหตุรถบัสโดยสารในไทย

อุบัติเหตุรถบัสในประเทศไทยมีสาเหตุหลักมาจากหลายปัจจัย ดังนี้⁷

- 1 พฤติกรรมของผู้ขับขี่ ได้แก่ ความเร็วเกินกำหนด การขับขีที่ประมาท การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เช่น ในลักษณะที่ไม่ปลอดภัย
- 2 ปัญหาทางเทคนิค ได้แก่ ระบบเบรก ปัญหาสภาพรถไม่ได้รับการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสม
- 3 ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพถนน สภาพอากาศ ฝนตกหรือหมอกหนา

อนึ่ง สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก กรมการขนส่งทางบก ได้วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะ ในปี 2567 พบว่า รถโดยสารสองชั้นแม้จะมีจำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุไม่ต่างจากรถโดยสารชั้นเดียว แต่ “การเดินทางด้วยรถบัสสองชั้น มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากกว่ารถบัสชั้นเดียว ถึง 6 เท่า”⁸ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสืบค้นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุรถบัสโดยสารในช่วงปี 2548-2552 ของศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย (TARC) สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย (AIT) จากทั้งหมด 48 กรณี ได้ดังนี้^{9,10}

1 องค์ประกอบในการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่

- **ขนาด มิติ** ที่ส่งผลต่อเสถียรภาพของตัวรถ โดยรถบัสโดยสาร 2 ชั้น ที่มีความสูงมากกว่า 4.0 เมตร ทำให้มีค่าเสถียรภาพการทรงตัวของรถ ค่อนข้างต่ำ ดังนั้น ความเสี่ยงในการพลิกคว่ำของรถบัสโดยสารจึงมีโอกาสมากเมื่อเทียบกับรถประเภทอื่นๆ
- **ถนนและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม** ได้แก่ ทางโค้งลงเขา ซึ่งหากเข้าทางโค้งด้วยความเร็วจะเพิ่มโอกาสในการพลิกคว่ำของรถบัสได้ ทางลาดชันและการขับขึ้นลงทางลาดชัน อุปกรณ์กั้นถนน (barrier) ที่มีในปัจจุบันไม่สามารถป้องกันรถบัสโดยสารได้ ซึ่งมีความสูงมาตรฐานที่ 0.80 เมตรเท่านั้น แต่รถบัสโดยสารสูงมากกว่า 4 เมตร
- **การใช้ความเร็ว** ผลจากการสำรวจและติดตามพฤติกรรมการใช้ความเร็วของรถบัสโดยสาร สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ขับขีรถบัสโดยมากกว่าครึ่งหนึ่ง ใช้ความเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด

2 องค์ประกอบการบาดเจ็บและเสียชีวิต ได้แก่

- **โครงสร้างตัวรถ** ส่วนใหญ่เป็นการประกอบและต่อขึ้นเอง ความชำนาญของช่างที่มีแค่ประสบการณ์ ไม่มีการอ้างอิงหรือเป็นไปตามมาตรฐานสากล ทำให้โครงสร้างรถบัสโดยสารได้รับความเสียหายเป็นอย่างมากในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ
- **เบาะที่นั่ง** ส่วนใหญ่จะเป็นการยึดเข้ากับตัวรถและผนังด้านข้าง แต่ไม่แข็งแรงมั่นคง ในขณะที่เกิดอุบัติเหตุก็จะทำให้เบาะที่นั่งหลุดออกจากที่ยึดได้อย่างง่ายดาย
- **อุปกรณ์ยึดรั้งผู้โดยสาร** ไม่มีการติดตั้งเข็มขัดนิรภัย หรือมีการติดตั้งเข็มขัดนิรภัยไว้แต่ผู้โดยสารไม่ได้ใช้ แม้ประเทศไทยจะบังคับใช้ พ.ร.บ.จราจรทางบกกำหนดให้ผู้โดยสารต้องคาดเข็มขัดฯ ระหว่างเดินทางก็ตาม

การยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยรถบัสโดยสาร

ข้อมูลจากการประมวลผลความรู้จากการสืบค้นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุรถโดยสาร ที่ได้กล่าวถึงในข้างต้นนั้น ถือเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลรถบัสโดยสาร เช่น กรมการขนส่งทางบก ให้ออกมาตรการในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุรถโดยสารหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านรถ ด้านคนขับรถ ด้านการประกอบการขนส่ง และด้านการกำกับดูแล (ภาพที่ 4) เพื่อยกระดับความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ แก้ไขปัญหาและลดอุบัติเหตุ รวมทั้งสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในการใช้บริการรถโดยสารสาธารณะ ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2550 ส่งผลให้จำนวนอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาต้นตอความรุนแรงของอุบัติเหตุได้

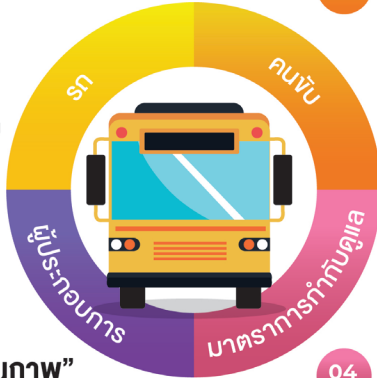
รถโดยสารสาธารณะปลอดภัย

มาตรฐานประเทศไทยความปลอดภัยระดับสากล

01

“มาตรฐานรถปลอดภัยระดับสากล”

- ยกระดับ**มาตรฐาน**ตัวรถเทียบเท่าสากล
- ผ่านการ**ตรวจสอบสภาพ**รถปลอดภัยพร้อมใช้ในการขนส่ง
- ได้รับการ**บำรุงรักษา**เพื่อให้รถอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน



03

“คนขับรถที่มีคุณภาพ”

- ใบอนุญาตขับรถตรงตามประเภทรถ
- ผ่านกระบวนการ**คัดกรอง**ด้านสุขภาพและสมรรถนะ
- มีความรู้ **ทักษะ**ในการขับรถ
- เรียนรู้อย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมต่ออายุใบอนุญาตขับรถ
- **ควบคุม**พฤติกรรมมารยาทขับขี่ด้วยระบบติดตามความปลอดภัย

02

“ผู้ประกอบการขนส่งที่มีคุณภาพ”

- **บริการดี มีคุณภาพ** ปฏิบัติตามมาตรฐาน
- ประวัติดี มีประสบการณ์สูง
- ยกระดับมาตรฐานคุณภาพ **Q-Bus**
- **บุคลากร**จัดการด้านความปลอดภัยในการขนส่ง บริการจัดการการขนส่งให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

04

“ปลอดภัย มีคุณภาพ ประสิทธิภาพสูง”

- **GPS** ติดตามรถ และพฤติกรรมมารยาท
- **Check point** การตั้งจุดตรวจรถโดยสารสาธารณะและพนักงานขับรถทั่วประเทศตลอด 24 ชั่วโมง

มาตรฐานความปลอดภัยรถโดยสารประเทศไทย

- การติดตั้ง CNG UN R 110
- การติดตั้ง CNG UN R 67
- กำลังเครื่องยนต์ UN R 85
- เข็มวัดนิรภัย
- การทรงตัวของรถ UN R 107
- ประตูฉุกเฉิน
- กระบอก UN R 43
- ทางออกฉุกเฉิน ค้อนทุบกระจก
- ติดตั้ง GPS
- ลดความสูงของรถโดยสารโดยรถสองชั้น ไม่เกิน 4 เมตรรถชั้นเดียว ไม่เกิน 3.8 เมตร
- จุดยึดเข็มวัดนิรภัย UN R 14
- ที่นั่ง จุดยึดที่นั่ง UN R 17
- วัสดุลามไฟ UN R 118
- การบำรุงรักษารถ
- ความแข็งแรงโครงสร้าง UN R 66
- ถังดับเพลิง



ภาพที่ 4: การยกระดับความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ
ที่มา: ปรับจากกรมการขนส่งทางบก

ข้อเสนอแนะในการลดอุบัติเหตุรถบัสโดยสาร

จากโศกนาฏกรรมความสูญเสียขนาดใหญ่ที่เกิดขึ้นหลายๆ ครั้งของอุบัติเหตุรถบัสโดยสาร โดยเฉพาะกลุ่มของรถบัสโดยสารไม่ประจำทางหรือรถทัศนจรนั้น หน่วยงานต่างๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รวมไปถึงภาคประชาสังคม ควรหันมาให้ความสำคัญและร่วมมือกันในการกำหนดแนวทางหรือออกมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุรถบัสโดยสารอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังนี้

- 1 กรมการขนส่งทางบก** ควรยกระดับความเข้มงวดในการตรวจสอบสภาพรถบัสโดยสาร โดยเฉพาะรถบัสโดยสารที่มีการใช้เชื้อเพลิงก๊าซเอ็นจีวี รวมไปถึงการตรวจสอบการใช้งานประตูทางออกฉุกเฉิน การตรวจสอบอุปกรณ์ด้านความปลอดภัยต่างๆ (คอนทูปกระจุก ถึงดับเพลิง เข็มขัดนิรภัย เป็นต้น) ยกระดับมาตรฐานพนักงานขับรถ โดยการสนับสนุนให้พนักงานขับรถบัสโดยสารเข้ารับการอบรมการเผชิญเหตุฉุกเฉิน และการช่วยเหลือผู้โดยสารในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตลอดจนการแนะนำการใช้อุปกรณ์ด้านความปลอดภัยให้แก่ผู้โดยสาร ยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยของตัวรถ โดยการนำข้อกำหนดของสหประชาชาติ (UN) มาบังคับใช้เพิ่มเติม เช่น มาตรฐาน UNECE 107 ที่ว่าด้วยการกำหนดให้รถบัสโดยสารต้องมีการติดตั้งระบบดับเพลิงอัตโนมัติ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงในกรณีที่เกิดเหตุไฟไหม้ บูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีความจำเป็นในการให้บริการรถบัสโดยสาร โดยการสนับสนุนเจ้าหน้าที่จากกรมการขนส่งทางบกในการตรวจสอบสภาพรถก่อนการใช้งาน สนับสนุนการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์แนะนำการใช้อุปกรณ์ด้านความปลอดภัย และข้อปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (เช่นเดียวกับการแนะนำเรื่องความปลอดภัยบนเครื่องบิน) และสนับสนุนช่องทางการรับเรื่องร้องเรียน หากประชาชนหรือผู้ใช้บริการพบเห็นรถบัสโดยสารที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ
- 2 กระทรวงศึกษาธิการ** กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการพานักเรียนไปทัศนศึกษานอกสถานที่ ให้เหมาะสมกับนักเรียนในแต่ละช่วงวัย เช่น การเลือกสถานที่แหล่งเรียนรู้ควรมีระยะทางที่เหมาะสม การพิจารณาความพร้อมและความสามารถในการดูแลนักเรียนในแต่ละช่วงวัย อาจจะต้องมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการเลือกใช้บริการรถบัสโดยสาร โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลักสำคัญ เช่น การตรวจสอบสภาพรถที่จะใช้บริการ การตรวจสอบประวัติผู้ขับขี่ ผู้ให้บริการต้องมีการรับรองการตรวจสอบสภาพความปลอดภัยของรถและผู้ขับขี่ การจัดทำแผนและซักซ้อมการเผชิญเหตุฉุกเฉิน ก่อนที่จะมีการเดินทางจริง และการจัดทำประกันภัยการเดินทาง
- 3 สำนักงานตำรวจแห่งชาติ** ควรยกระดับความเข้มงวดการบังคับใช้กฎหมายในกลุ่มรถบัสโดยสาร เช่น การตรวจสอบใบอนุญาตขับขี่ การตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ผู้ขับขี่ การใช้โทรศัพท์ในขณะขับขี่ การตรวจจับความเร็ว การใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้โดยสาร บูรณาการร่วมกับสถานศึกษา ในการสนับสนุนรณรงค์หาขบวนรถทัศนศึกษา เพื่ออำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในการเดินทาง
- 4 ภาคประชาสังคม และผู้ประกอบการหรือผู้ให้บริการรถบัส** สนับสนุนให้ความรู้ในการใช้อุปกรณ์ความปลอดภัยต่างๆ ให้แก่ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะการใช้งานอุปกรณ์ต่างๆ ในสถานการณ์ฉุกเฉินผู้ให้บริการควรตระหนักและให้ความสำคัญใน การปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือข้อแนะนำอย่างเคร่งครัด และสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการ ร้องเรียนหรือเรียกร้องสิทธิด้านความปลอดภัย

บทส่งท้าย

แม้ว่ามาตรการต่างๆ ที่ออกมาสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุรถบัสโดยสาร ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมาแล้ว ดูเหมือนว่าจะมีส่วนสำคัญทำให้จำนวนการเกิดอุบัติเหตุรถบัสโดยสารในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่สถานการณ์ความรุนแรงของอุบัติเหตุรถบัสโดยสารดูเหมือนว่าไม่มีท่าทีที่จะลดลง โดยจะเห็นได้จากความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับรถบัสทัศนจรนักเรียนในปี 2567 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วน ที่หน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม จำเป็นต้องร่วมมือกันเพื่อกำหนดแนวทางหรือมาตรการต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุรถบัสโดยสารให้ลดลงทั้งในแง่จำนวนและความรุนแรง โดยกรมการขนส่งทางบก กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ภาคประชาสังคม และผู้ประกอบการหรือผู้ให้บริการรถบัส เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาและกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในแบบสากล เข้มงวดกับการกำกับตรวจสอบ และคุ้มครองสิทธิด้านความปลอดภัยของผู้ใช้บริการอย่างจริงจัง

การจัดการน้ำท่วมในภาคเหนือ: ลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ



“สาเหตุหลักของน้ำท่วมใหญ่ในภาคเหนือมาจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การบุกรุกป่า การขยายของตัวเมือง ที่วางทางน้ำ การขาดกลไกร่วมมือ บริหารจัดการน้ำข้ามพรมแดน และการขาดข้อมูลงานวิศวกรรมทรัพยากรน้ำ อย่างเพียงพอ”

บทนำ

ในปี 2567 ภาคเหนือของประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่ที่สุดในรอบหลายทศวรรษ โดยเริ่มต้นตั้งแต่ต้นเดือนสิงหาคม ฝนตกหนักส่งผลให้น้ำในแม่น้ำสายและแม่น้ำกกล้นตลิ่ง น้ำท่วมพื้นที่ อ.แม่สาย และ อ.เชียงแสน ของ จ.เชียงราย เกิดดินถล่มในเส้นทางหลวงหมายเลข 1333 ทำให้การเดินทางบางส่วนต้องหยุดชะงัก ขณะเดียวกัน ฝนตกหนักต่อเนื่องยังสร้างความเสี่ยงต่อดินถล่มในพื้นที่ภูเขาหลายแห่ง ส่งผลกระทบต่อชุมชนการเกษตร และการค้าขายแดน ต่อมาในช่วงกลางเดือนกันยายน 2567 สถานการณ์น้ำท่วมกลับมารุนแรงอีกครั้ง โดยเฉพาะที่ อ.แม่สาย และตัวเมืองเชียงราย ฝนตกหนักจากอิทธิพลของพายุโซนร้อน Yagi ทำให้น้ำในแม่น้ำสายล้นตลิ่ง ท่วมพื้นที่ตัวเมืองแม่สายและชุมชนโดยรอบ ส่วนตัวเมืองเชียงรายได้รับผลกระทบอย่างหนัก การเดินทางในเขตเมืองถูกตัดขาด หลายครัวเรือนต้องอพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัย หน่วยงานท้องถิ่นและทีมกู้ภัยต้องเร่งแจกจ่ายถุงยังชีพและจัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราวเพื่อช่วยเหลือประชาชน ช่วงปลายเดือนกันยายนถึงต้นเดือนตุลาคม 2567 สถานการณ์น้ำท่วมยังคงรุนแรง โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ น้ำในแม่น้ำปิงล้นตลิ่งท่วมพื้นที่เทศบาลและถนนสายหลัก ส่งผลต่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจและชีวิตประจำวัน น้ำป่าจากภูเขาใน อ.แม่แตง ได้ท่วมป่าข้าง ทำให้ต้องอพยพข้างกว่า 100 เชือก และสัตว์อื่นๆ ในพื้นที่อนุรักษ์¹ เหตุการณ์นี้สร้างความเสียหายทั้งในแง่ของสิ่งแวดล้อม และการท่องเที่ยว

พื้นที่ จ.เชียงรายและเชียงใหม่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในด้านชีวิตและทรัพย์สิน ในเชียงรายเผชิญกับน้ำท่วมและดินถล่มใน 13 อำเภอ 64 ตำบล ส่งผลกระทบต่อ 56,587 ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิต 14 ราย บาดเจ็บ 3 ราย บ้านเรือน 112 หลังได้รับความเสียหายทั้งหมด และพื้นที่การเกษตรกว่า 18,587 ไร่ ไม่สามารถใช้งานได้² โดยเฉพาะ อ.แม่สาย ได้รับผลกระทบหนักที่สุด น้ำหลากจากต้นน้ำของแม่น้ำสายที่มาจากฝั่งเมียนมา (80% ของพื้นที่ต้นน้ำอยู่ในเมียนมา) ทำให้เกิดน้ำท่วมสูงถึง 3 เมตรในบางพื้นที่ สิ่งที่ทำให้สถานการณ์รุนแรงยิ่งขึ้นคือ ดินโคลนจำนวนมากที่ทับถมในชุมชน นอกจากนี้ น้ำที่ไหลมาจากแม่น้ำกกนอกจากท่วมตัวเมืองพื้นที่เศรษฐกิจแล้วยังท่วมสะพานข้ามแม่น้ำกกทั้ง 5 สะพาน ทำให้สนามบินแม่ฟ้าหลวงต้องปิดให้บริการชั่วคราว³ ส่วนในตัวเมืองเชียงใหม่ เกิดน้ำท่วมซ้ำหลายรอบ โดยน้ำป่าจากกลุ่มน้ำแม่แตงและแม่น้ำปิงที่ล้นตลิ่งได้ไหลเข้าสู่เขตเศรษฐกิจ ส่งผลให้การสัญจรหยุดชะงัก พื้นที่ตลาด วัด และสถานที่ท่องเที่ยวได้รับความเสียหายอย่างมาก สภาพการค้าขายและมหาวิทยาลัยหอการค้าไทยได้ประเมินว่า สถานการณ์น้ำท่วมในปี 2567 มีมูลค่าความเสียหายมากถึง 36,000 ล้านบาท⁴

สถานการณ์น้ำท่วมในภาคเหนือปี 2567 ได้สร้างความเสียหายร้ายแรงที่สุดในรอบ 30 ปี และสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการทรัพยากรน้ำและลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติอย่างเป็นระบบ น้ำท่วมในปีไม่ได้เกิดจากปริมาณฝนเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของลักษณะภูมิประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการน้ำในพื้นที่ จึงมีแนวโน้มว่าภัยพิบัติจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต บทความนี้เป็นกรอกรายถึงสถานการณ์น้ำท่วมที่เกิดขึ้น นโยบายของรัฐในการแก้ไขปัญหาสาเหตุของปัญหา และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาจากฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

นโยบายของรัฐในการบริหารจัดการน้ำในภาคเหนือ

ประเทศไทยได้กำหนดแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) เป็นกรอบแนวทางในการบริหารจัดการน้ำอย่างบูรณาการและยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหา น้ำท่วมและน้ำแล้ง รวมถึงป้องกันผลกระทบที่เกิดจากภัยพิบัติทางน้ำในระยะยาว โดยเน้นให้เกิดความสมดุลระหว่างการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การใช้ทรัพยากรน้ำอย่างยั่งยืน และการบูรณาการข้อมูลและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยกำหนดเป้าหมายและแผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำในแต่ละด้าน ดังนี้⁵

- 1 การจัดการน้ำเพื่อป้องกันและบรรเทาอุทกภัย รัฐบาลได้เน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสร้างเขื่อน อ่างเก็บน้ำ คลองระบายน้ำ และพื้นที่แก้มลิง ในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก เช่น จ.เชียงรายและเชียงใหม่ รวมถึงการฟื้นฟูระบบชลประทานและเพิ่มความจุของคลองส่งน้ำเพื่อระบายน้ำในเขตเมือง
- 2 การพัฒนาระบบพยากรณ์และเตือนภัยล่วงหน้า การใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบโทรมาตรและเรดาร์ตรวจวัดฝน รวมถึงแอปพลิเคชันสำหรับแจ้งเตือนประชาชน ในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมและดินถล่ม เพื่อช่วยให้การตัดสินใจและการอพยพเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที โดยเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างกรมอุตุนิยมวิทยา กรมทรัพยากรน้ำ และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.)
- 3 การบริหารจัดการน้ำในภาวะปกติ หน่วยงานอย่างกรมชลประทานและการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมปริมาณน้ำในเขื่อนและอ่างเก็บน้ำให้เกิดความสมดุล รวมถึงการจัดการน้ำเพื่อสนับสนุนภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และการอุปโภคบริโภคในพื้นที่ที่ประสบปัญหาขาดแคลนน้ำ
- 4 การพัฒนาข้อมูลและแผนที่ความเสี่ยงน้ำท่วม สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (สสน.) และกรมทรัพยากรน้ำรับผิดชอบการจัดทำแผนที่ความเสี่ยงน้ำท่วมในพื้นที่เสี่ยง เช่น ภาคเหนือ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ GIS และการวิเคราะห์พื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในเชิงพื้นที่และการจัดทำแผนป้องกันน้ำท่วมในระยะยาว
- 5 การเสริมสร้างความพร้อมของชุมชนในพื้นที่เสี่ยงภัย การฝึกอบรมการจัดการภัยพิบัติในชุมชน (Community-Based Disaster Risk Management: CBDRM) โดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รวมถึงการจัดตั้งศูนย์เตรียมพร้อมรับภัยพิบัติในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการรับมือกับสถานการณ์น้ำท่วม

แผนแม่บทฯ กับ สถานการณ์จริง

เหตุการณ์น้ำท่วมที่รุนแรงในปี 2567 ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงระบบบริหารจัดการน้ำให้ทันสมัยและสอดคล้องกับเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและสถานการณ์ในปัจจุบัน แม้แผนแม่บทการบริหารจัดการน้ำ 20 ปี (2561-2580) ได้วางแนวทางสำคัญ เช่น การเพิ่มพื้นที่แก้มลิง การฟื้นฟูป่าต้นน้ำ และการปรับปรุงระบบระบายน้ำในเขตเมือง แต่การดำเนินงานตามแผนดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ (โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการน้ำในภาคเหนือถึง 38 หน่วยงาน)⁶ การออกแบบโครงสร้างพื้นฐานที่ไม่สอดคล้องกับภูมิประเทศ และการขาดระบบข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อให้แผนแม่บทดังกล่าวเกิดผลในทางปฏิบัติจำเป็นต้องถอดบทเรียนจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาเพื่อนำมาปรับเข้ากับแผนแม่บท เช่น การปรับปรุงระบบเตือนภัยล่วงหน้าให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและตัดสินใจด้านการจัดการน้ำ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมกับพื้นที่เสี่ยง และการศึกษาบทเรียนการปรับตัวของชุมชนเพื่อนำมาปรับยุทธศาสตร์ระยะยาวเข้าด้วยกัน จะช่วยให้การจัดการน้ำสามารถตอบสนองต่อภัยพิบัติในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ทั้งนี้ สถานการณ์น้ำท่วมภาคเหนือในปี 2567 ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายหลายประการของแผนแม่บทฯ สรุปได้ ดังนี้

1 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน แผนแม่บทฯ เน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การสร้างเขื่อน ฝาย คลองระบายน้ำ และพื้นที่แก้มลิงในเขตน้ำท่วมซ้ำซาก เพื่อช่วยป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากน้ำท่วมในระยะยาว แต่สถานการณ์จริงในปี 2567 พบว่าหลายพื้นที่ในภาคเหนือยังคงขาดระบบระบายน้ำที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้น้ำท่วมขังในเขตเมือง เช่น ตัวเมืองเชียงใหม่และตัวเมืองเชียงราย พื้นที่แก้มลิงบางแห่งยังไม่ได้มีการพัฒนาหรือไม่เพียงพอต่อการรองรับปริมาณน้ำจากฝนตกหนัก ทำให้การระบายน้ำช้าลงและเกิดน้ำท่วมซ้ำซาก

2 ระบบพยากรณ์และเตือนภัยล่วงหน้า แผนแม่บทฯ มุ่งเน้นการพัฒนาระบบพยากรณ์และเตือนภัยล่วงหน้า เช่น การติดตั้งระบบโทรมาตร เรดาร์ตรวจวัดฝน และระบบ GIS เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเตรียมพร้อมรับมือได้ทันทั่วทั้งที่ แต่สถานการณ์จริงพบว่า ระบบเตือนภัยในพื้นที่ส่วนใหญ่ข้อมูลยังขาดความเป็นดิจิทัล หลายหน่วยงานส่งข้อมูลเตือนภัยในระบบโทรสาร อีกทั้งไม่ครอบคลุมบางพื้นที่ชนบท เช่น อ.เวียงแก่น อ.เวียงป่าเป้า และพื้นที่ภูเขา ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการแจ้งเตือนล่วงหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน และการแจ้งเตือนประชาชนบางครั้งไม่ทันต่อสถานการณ์จริง เช่น การแจ้งเตือนน้ำท่วมจากแม่น้ำทุกสายซึ่งเกิดขึ้นรวดเร็วเกินกว่าระบบจะตอบสนองได้

3 การจัดการน้ำในเขื่อนและอ่างเก็บน้ำ แผนแม่บทฯ กำหนดให้กรมชลประทานและการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) มุ่งเน้นการบริหารจัดการน้ำในเขื่อนและอ่างเก็บน้ำอย่างมีสมดุล เพื่อเตรียมรับปริมาณน้ำฝนในช่วงฤดูฝนและลดความเสี่ยง

จากน้ำท่วม แต่ในสถานการณ์จริง พบว่าปริมาณน้ำในเขื่อนบางแห่ง เช่น เขื่อนแม่กวง และอ่างเก็บน้ำขนาดเล็กในเชียงราย ถูกปล่อยออกมาช้าเกินไปในช่วงฝนตกหนัก ส่งผลให้น้ำล้นตลิ่งและเกิดน้ำท่วมในพื้นที่ท้ายเขื่อน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารน้ำในเขื่อนยังมีความล่าช้า ทำให้ไม่สามารถลดผลกระทบจากน้ำท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่เสี่ยง แผนแม่บทฯ เน้นการส่งเสริมการฝึกอบรมชุมชนด้านการจัดการภัยพิบัติ (CBDRM) และการสร้างศูนย์เตรียมพร้อมรับภัยพิบัติในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรับมือกับน้ำท่วม แต่ในสถานการณ์จริง หลายชุมชนในพื้นที่น้ำท่วมยังไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เช่น ในพื้นที่ชนบทของเชียงใหม่และเชียงราย ศูนย์เตรียมพร้อมรับภัยพิบัติในบางพื้นที่ขาดทรัพยากร เช่น งบประมาณ และเครื่องมือช่วยเหลือ ทำให้การช่วยเหลือประชาชนล่าช้าและไม่ครอบคลุม

5 การพัฒนาข้อมูลและแผนที่เสี่ยงภัยน้ำท่วม แผนแม่บทฯ กำหนดให้จัดทำแผนที่เสี่ยงภัยน้ำท่วมระดับท้องถิ่นโดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Geographic information system: GIS) เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดการน้ำ แต่ในสถานการณ์จริง การจัดทำแผนที่เสี่ยงภัยน้ำท่วมยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด โดยเฉพาะในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก เช่น เวียงป่าเป้า และแม่แตง ทำให้การวางแผนรับมือในพื้นที่เหล่านี้ยังขาดความแม่นยำ ข้อมูลน้ำท่วมในบางพื้นที่ยังขาดการปรับปรุงให้ทันสมัย เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำในแม่น้ำกก แม่น้ำปิง และแม่น้ำวาก

ภัยพิบัติน้ำท่วมภาคเหนือ



วิเคราะห์สาเหตุที่น้ำท่วมซ้ำซากในภาคเหนือ

สาเหตุหลักของน้ำท่วมใหญ่ในภาคเหนือมาจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การบุกรุกป่า การขยายตัวของตัวเมืองที่ขวางทางน้ำ การขาดกลไกร่วมมือบริหารจัดการน้ำข้ามพรมแดน และการขาดข้อมูลฐานวิศวกรรมทรัพยากรน้ำอย่างเพียงพอ ดังนี้



การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อภูมิภาคภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมซ้ำซากอย่างเชียงรายและเชียงใหม่ อุณหภูมิโลกที่สูงขึ้นส่งผลให้เกิดความแปรปรวนของสภาพอากาศ เช่น ปริมาณฝนที่เพิ่มขึ้นมากในช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลันและน้ำป่าไหลหลากในหลายพื้นที่ สถิติในช่วงปี 2567 ระบุว่าพายุฝนตกหนักทำให้แม่น้ำสายหลัก เช่น แม่น้ำกก แม่น้ำปิง มีระดับน้ำสูงกว่าปกติและเอ่อล้นตลิ่งเร็วกว่าที่คาดการณ์ไว้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้เป็นแค่เรื่องของปริมาณน้ำฝนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความไม่แน่นอนที่ยากจะพยากรณ์ ทำให้ชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมตัวรับมือได้ยากกว่าเดิม จึงส่งผลให้ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้นกว่าที่คาด



ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา พื้นที่ป่าภาคเหนือของประเทศไทยลดลงอย่างมากจากการบุกรุกเพื่อทำเกษตรกรรม โดยเฉพาะเกษตรเชิงเดี่ยว เช่น การปลูกข้าวโพดและพืชเศรษฐกิจบนพื้นที่สูง การทำการเกษตรลักษณะนี้ไม่เพียงแต่ทำลายความหลากหลายทางชีวภาพ แต่ยังลดความสามารถของดินในการดูดซับน้ำ เมื่อฝนตกหนัก น้ำจึงไหลบ่าลงสู่พื้นที่ลุ่มต่ำอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การเกษตรในพื้นที่ลาดชันยังส่งผลให้น้ำดินถูกชะล้างออกไป ทำให้พื้นที่นั้นกลายเป็นดินเสื่อมสภาพไม่สามารถรองรับการปลูกพืชได้ในระยะยาว ผลกระทบที่ตามมาไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงน้ำท่วม แต่ยังสร้างปัญหาฝุ่นละออง PM 2.5 ที่มาจากการเผาป่า และเศษพืชในฤดูเพาะปลูก ฝุ่นเหล่านี้ปกคลุมพื้นที่ภาคเหนือในฤดูแล้ง สร้างความเสียหายต่อสุขภาพของประชาชน และซ้ำเติมปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง



การเติบโตของอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและการขยายตัวของชุมชนเมืองในพื้นที่ภาคเหนือ โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดินอย่างรวดเร็ว รีสอร์ทและบ้านพักตากอากาศจำนวนมากถูกสร้างขึ้นบนภูเขาสูง ส่งผลให้พื้นที่ป่าต้นน้ำลดลงอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การขยายตัวของเมืองในเขตน้ำท่วมถึง ทำให้พื้นที่แก้มลิงธรรมชาติถูกแปรเปลี่ยนเป็นพื้นที่ของหน่วยงานราชการและเอกชน ระบบแม่น้ำและคลองระบายน้ำในเขตเมืองยังถูกปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ถนน สะพาน โดยไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพการระบายน้ำหลังการก่อสร้าง ส่งผลให้เกิดการอุดตันของท่อระบายน้ำหรือโครงสร้างชำรุดเมื่อเวลาผ่านไป เมื่อฝนตกหนัก น้ำไม่สามารถไหลลงสู่แม่น้ำได้อย่างรวดเร็ว จึงเกิดน้ำท่วมขังในเขตเมืองอย่างรุนแรงและสร้างความเสียหายเป็นวงกว้าง



แม่น้ำสายและแม่น้ำกกเป็นแม่น้ำสายสำคัญที่หล่อเลี้ยงชีวิตของชุมชนในจังหวัดเชียงราย แม่น้ำสายเชื่อมต่อกับแม่น้ำโขงและมีต้นน้ำอยู่ในรัฐฉาน ประเทศเมียนมา อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการน้ำในแม่น้ำทั้งสองสายนี้เผชิญกับความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากต้นน้ำตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีการปกครองแบบรัฐซ้อนรัฐ (State within a State) จากปัญหาการเมืองในเมียนมา ข้อมูลระดับน้ำและปริมาณฝนในพื้นที่ต้นน้ำจึงมีความไม่แน่นอนและยากที่จะเข้าถึง ส่งผลให้การพยากรณ์น้ำท่วมในปลายน้ำของประเทศไทยเป็นไปอย่างล่าช้าและขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การทำเหมืองแร่ทองคำในรัฐฉานยังส่งผลกระทบต่อสภาพสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศของป่าต้นน้ำ การระเบิดเหมืองและการขุดเจาะดินอย่างต่อเนื่องทำให้ดินเสื่อมสภาพและตะกอนดินถูกชะล้างลงสู่ลำน้ำ ผ่นกกับการลดลงของพื้นที่ป่าต้นน้ำซึ่งมีบทบาทสำคัญในการชะลอน้ำหลาก ทำให้น้ำไหลบ่าลงพื้นที่ปลายน้ำอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดน้ำท่วมรุนแรงและโคลนไหลบ่าในพื้นที่ลุ่มน้ำเชียงราย การขาดกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการทรัพยากรน้ำทำให้ปัญหาเหล่านี้ซับซ้อนและแก้ไขได้ยากขึ้น



ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือการขาดการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการน้ำในระดับลุ่มน้ำ การศึกษาด้านวิศวกรรมทรัพยากรน้ำ เช่น การสร้างแบบจำลองการไหลของน้ำ การออกแบบระบบระบายน้ำ หรือการวิเคราะห์ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในลุ่มน้ำต่างๆ การขาดข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์นี้ส่งผลให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการน้ำขาดความแม่นยำ และไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์น้ำท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำเพื่อความยั่งยืน

การบริหารจัดการน้ำที่ยั่งยืนไม่ใช่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แต่ต้องวางรากฐานเพื่อรองรับสถานการณ์ในอนาคต เหตุการณ์น้ำท่วมปี 2567 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูเยียวาลงน้ำท่วม ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบจัดการน้ำในระยะยาว หนึ่งในบทเรียนสำคัญจากการฟื้นฟูในปีนั้น คือการฟื้นฟูระบบสาธารณูปโภคและชุมชนที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงการซ่อมแซมเส้นทางคมนาคมที่สำคัญ สิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถรองรับปริมาณน้ำหลากได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต เช่น การสร้างระบบระบายน้ำที่เหมาะสม การเพิ่มพื้นที่แก้มลิงในเขตเมือง และการพัฒนาอ่างเก็บน้ำขนาดเล็กในพื้นที่เสี่ยง นอกจากนี้การจัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราวและการสนับสนุนชุมชนในการฟื้นฟู ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในพื้นที่เสี่ยงภัย การฝึกอบรมชุมชนเกี่ยวกับการรับมือภัยพิบัติ การสร้างเครือข่ายจิตอาสา และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น ดูกังชีพและอุปกรณ์ช่วยเหลือ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ชุมชนสามารถฟื้นตัวได้รวดเร็วและพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ในอนาคต¹⁰ ผศ. ดร.มงคลกร ศรีวิชัย ผู้เชี่ยวชาญด้านทรัพยากรน้ำและสิ่งแวดล้อม เสนอว่า การวางรากฐานเพื่อความยั่งยืนในระยะยาวต้องรวมถึงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้เหมาะสมกับลักษณะภูมิประเทศ การส่งเสริมความรู้และความพร้อมของชุมชน รวมถึงการสร้างระบบบริหารจัดการที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานและชุมชนให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางดังนี้¹¹

- 1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำอย่างยั่งยืน ระบบบริหารจัดการน้ำในประเทศไทยควรเน้นการพัฒนาและบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานด้านน้ำ เช่น ระบบระบายน้ำ คลองส่งน้ำ และอ่างเก็บน้ำขนาดเล็กในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วม นอกจากนี้การสร้างพื้นที่แก้มลิงในเขตเมืองและชนบทจะช่วยชะลอน้ำหลากและลดความเสี่ยงน้ำท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในจังหวัดเชียงรายสามารถพัฒนา “แก้มลิงชุมชน” เช่น บริเวณพื้นที่ลุ่มน้ำแม่สาย เพื่อช่วยกักเก็บน้ำหลากในช่วงฤดูฝนและนำไปใช้ในช่วงฤดูแล้ง ควรมีการจัดทำแผนที่เสี่ยงภัยน้ำท่วมที่ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงฐานข้อมูลน้ำแบบรวมศูนย์ที่ทุกหน่วยงานสามารถเข้าถึงได้ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวางแผนและบริหารจัดการน้ำ
- 2 การปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาน้ำท่วม การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการน้ำ ควรสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและแก้ไขปัญหา น้ำท่วมในพื้นที่ เช่น การสร้างเครือข่ายน้ำชุมชน นอกจากนี้ การฝึกอบรมและเพิ่มความรู้ในชุมชนเกี่ยวกับการจัดการน้ำ การรับมือภัยพิบัติ และการใช้ทรัพยากรน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยสร้างความตระหนักรู้และความพร้อมของประชาชน รวมถึงการส่งเสริมจิตอาสา ด้านน้ำในพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉินและเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน¹² อย่างไรก็ตามการเสริมศักยภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการฝึกอบรมและการสร้างเครือข่ายในระดับท้องถิ่นเพื่อเพิ่มความพร้อมของประชาชน รวมถึงการสร้างพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างชุมชนที่ประสบปัญหาด້านน้ำ
- 3 การจัดการน้ำร่วมกับชุมชนในพื้นที่ การบริหารจัดการน้ำในพื้นที่ควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่การจัดทำแผนบริหารจัดการน้ำในระดับตำบลและจังหวัด ไปจนถึงการดำเนินการในระดับลุ่มน้ำ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านน้ำที่เหมาะสมกับภูมิประเทศ เช่น คันกันน้ำในพื้นที่ลาดชัน และคลองส่งน้ำที่ออกแบบให้สามารถรองรับปริมาณน้ำหลาก จะช่วยลดผลกระทบจากน้ำท่วมในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการวางแผนการจัดสรรทรัพยากร เช่น อาหาร น้ำดื่ม และอุปกรณ์กู้ภัย ให้เหมาะสมกับความต้องการในพื้นที่ที่ประสบภัย การจัดอบรมการป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติในพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วม เพื่อให้ชุมชนมีความพร้อมและสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทหารเร่งช่วยเหลือดินโคลนออกจากบ้านเรือนประชาชน



ที่มา: rta.mi.th/ทหารนำกำลัง-ตักดินโคลน/

เสวนาเสียงท้องถิ่น แก้ปัญหาน้ำท่วมแม่สาย



ที่มา: Facebook อบจ.เชียงราย

- 4 การจัดการผังเมืองเพื่อป้องกันน้ำท่วม การจัดการผังเมืองในภาคเหนือของประเทศไทยเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชน แนวทางการจัดการสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน ได้แก่ การวางแผนผังเมืองอย่างครบถ้วน กำหนดการใช้ที่ดินอย่างมีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการพัฒนาพื้นที่ที่อยู่ในเขตเสี่ยงน้ำท่วม โดยเฉพาะพื้นที่แก้มลิง ซึ่งใช้รองรับน้ำในฤดูน้ำหลาก นอกจากนี้ การอนุรักษ์พื้นที่สีเขียวและพื้นที่ชุ่มน้ำซึ่งช่วยป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากน้ำท่วม จะมีบทบาทสำคัญในการรักษาสมดุลของระบบนิเวศ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม ออกแบบและก่อสร้างระบบระบายน้ำที่มีประสิทธิภาพ เช่น ท่อระบายน้ำ บ่อพักน้ำ และการพัฒนาเขื่อน ถือเป็นแนวทางที่ช่วยควบคุมระดับน้ำและป้องกันน้ำท่วมในพื้นที่เสี่ยง และการใช้เทคโนโลยีภูมิสารสนเทศ (GIS) ในการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์น้ำท่วม ทำให้สามารถคาดการณ์และวางแผนการจัดการได้อย่างแม่นยำ ช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจความเสี่ยงและสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงและสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาเมืองในภาคเหนือของประเทศไทย
- 5 การสนับสนุนงบประมาณ เทคโนโลยี และการศึกษา การจัดการน้ำที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยงบประมาณที่เพียงพอในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การฟื้นฟูพื้นที่หลังน้ำท่วม และการสร้างศูนย์เตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ GIS การใช้ข้อมูลจากดาวเทียมและระบบ GIS เพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงน้ำท่วมซ้ำซาก และจัดทำแผนป้องกันน้ำท่วมเฉพาะพื้นที่ แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ และปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อช่วยวางแผนและติดตามสถานการณ์น้ำอย่างแม่นยำ การศึกษาและวิจัย เช่น การสร้างแบบจำลองเพื่อตรวจสอบผลกระทบของมาตรการบริหารจัดการน้ำ จะช่วยให้การวางแผนมีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 6 การสร้างความร่วมมือระดับนานาชาติ ปัญหา น้ำท่วมในพื้นที่ลุ่มน้ำข้ามพรมแดน เช่น แม่น้ำสาย แม่น้ำกก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ การพัฒนากรอบการแลกเปลี่ยนข้อมูลระดับน้ำ ปริมาณฝน และการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำร่วมกันระหว่างไทยและประเทศเพื่อนบ้าน เช่น เวียดนาม ลาว จะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการพยากรณ์น้ำท่วมและการจัดการน้ำในลุ่มน้ำ นอกจากนี้ ควรจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการน้ำระดับภูมิภาคเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในด้านการอนุรักษ์ป่าต้นน้ำและการพัฒนาระบบข้อมูลน้ำร่วมกัน
- 7 การสร้างความยืดหยุ่นในระยะยาว การฟื้นฟูพื้นที่ธรรมชาติ เช่น ป่าต้นน้ำ พื้นที่ชุ่มน้ำ มีความสำคัญต่อการเพิ่มความสามารถในการกักเก็บน้ำและลดความเสี่ยงน้ำท่วมในพื้นที่ลุ่มน้ำ นอกจากนี้การส่งเสริมระบบเกษตรกรรมที่ยั่งยืน เช่น การปลูกพืชหลากหลายชนิดแทนเกษตรเชิงเดี่ยว จะช่วยลดการพังทลายของดินและเพิ่มความสามารถในการดูดซับน้ำ ควรมีการจัดตั้งศูนย์เตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติในท้องถิ่นที่มีทรัพยากรเพียงพอและบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์น้ำท่วมได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

บทส่งท้าย

น้ำท่วมใหญ่ที่ภาคเหนือในปี 2567 ไม่ได้เกิดจากปริมาณฝนที่มากในช่วงเวลาอันสั้น อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะภูมิประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการน้ำในพื้นที่ ดินน้ำที่เคยเป็นป่าไม้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการชะลอน้ำและกักเก็บตะกอน ได้ถูกเปลี่ยนเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ส่งผลให้น้ำไหลหลากอย่างรวดเร็วและพัดพาดินโคลนจำนวนมากไหลลงสู่พื้นที่ลุ่มต่ำ ส่วนพื้นที่สาธารณะที่เคยเป็นเส้นทางน้ำและแก้มลิงตามธรรมชาติก็ได้แปรสภาพเป็นสิ่งก่อสร้างที่ขวางทางน้ำ ปัญหาเหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นของการจัดการน้ำที่ครอบคลุมตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ การจัดการน้ำที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม และพื้นที่แก้มลิง ที่สามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของน้ำหลาก โครงสร้างเหล่านี้ควรออกแบบให้สอดคล้องกับลักษณะภูมิประเทศและความต้องการของพื้นที่ ในขณะเดียวกันการอนุรักษ์ป่าต้นน้ำและพื้นที่ชุ่มน้ำ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสมดุลของระบบนิเวศและลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบเตือนภัยล่วงหน้าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน การแจ้งเตือนล่วงหน้าจะช่วยให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมีเวลาเตรียมตัวและรับมือได้ทันเวลา การบริหารจัดการน้ำร่วมกับชุมชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ประชาชนสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างมั่นคงและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

“ปลาหมอคางดำ” กับการรับมือเอเลี่ยนสปีชีส์ในไทย

“ปัญหา “เอเลี่ยนสปีชีส์” (alien species) หรือสิ่งมีชีวิตต่างถิ่น กำลังส่งผลกระทบอย่างร้ายแรงต่อระบบนิเวศของไทย ถือเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดความสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพของระบบนิเวศ สัตว์ประจำถิ่นที่มีคุณค่าต่อการดำรงชีวิตถูกรุกราน สาเหตุสำคัญคือน้ำมือมนุษย์ที่นำเข้าสู่สิ่งมีชีวิตต่างถิ่นเหล่านี้ เพื่อความสวยงามและเพื่อวิจัยศึกษาแล้วปล่อยให้หลุดรอดออกมา



ที่มา: ปรับจาก www.komchadluek.net/news/general-news/579137

บทนำ

ในปี 2567 ได้มีข่าวใหญ่เรื่องการระบาดของปลาหมอคางดำ (หรือปลาหมอสีคางดำ) ซึ่งเป็นสัตว์ต่างถิ่นในแหล่งน้ำทั่วประเทศ จนสร้างความกังวลต่อระบบนิเวศของไทย โดยกรมประมงได้ออกประกาศลงวันที่ 16 สิงหาคม 2567 ว่า มีเขตพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของปลาหมอคางดำ (sarootherodon melanotheron) ถึง 19 จังหวัด ประกอบด้วย 1.จันทบุรี 2.ระยอง 3.ฉะเชิงเทรา 4.สมุทรปราการ 5.นนทบุรี 6.กรุงเทพมหานคร 7.นครปฐม 8.ราชบุรี 9.สมุทรสาคร 10.สมุทรสงคราม 11.เพชรบุรี 12.ประจวบคีรีขันธ์ 13.ชุมพร 14.สุราษฎร์ธานี 15.นครศรีธรรมราช 16.สงขลา 17.ชลบุรี 18.พัทลุง 19.ปราจีนบุรี¹ โดยเฉพาะจังหวัดชายฝั่งแถบอ่าวไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งระบบนิเวศและการประมงของประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากพืชและสัตว์ทะเลหลายชนิดทั้งแพลงก์ตอน ลูกปลา ลูกกุ้ง ลูกหอย และซากสิ่งมีชีวิตล้วนเป็นอาหารของปลาหมอคางดำทั้งสิ้น

ปลาหมอคางดำมีการแพร่ระบาดที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด เนื่องจากเป็นปลาที่ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี ทนความเค็มได้สูง ในขณะที่เดียวกันปลาสายพันธุ์นี้สามารถกินได้ทั้งพืช สัตว์ หรือซากของสิ่งมีชีวิต และสามารถย่อยอาหารได้ดี จึงทำให้มีอัตราการเติบโตที่รวดเร็ว โดยปลาหมอคางดำเพศเมีย 1 ตัว มีไข่ประมาณ 50-300 ฟอง หรือมากกว่านั้น ใช้เวลาตั้งท้องเพียง 22 วัน ใช้เวลาฟักไข่ในปากเพศผู้เพียง 4-6 วัน ก่อนจะดูแลตัวอ่อนประมาณ 2-3 สัปดาห์ไว้ในปากเช่นเดิม ส่งผลให้อัตราการรอดสูงกว่าปกติ และสามารถผสมพันธุ์ได้ทุกฤดูกาล²

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม คาดการณ์การระบาดของปลาหมอคางดำ

ในประเทศไทยว่า³ หากปล่อยให้เกิดการแพร่ระบาดของปลาหมอคางดำโดยไม่ได้ดำเนินการแก้ไขใดๆ ในอีก 5 ปีข้างหน้า จะพบปลาหมอคางดำใน 45 จังหวัด ในอีก 10 ปีข้างหน้า จะพบปลาหมอคางดำใน 60 จังหวัด และในอีก 20 ปีข้างหน้า จะพบปลาหมอคางดำในแหล่งน้ำทั่วประเทศไทยครบทั้ง 76 จังหวัด บทความนี้ เป็นการสรุปสถานการณ์การระบาดของปลาหมอคางดำ รวมถึงเอเลี่ยนสปีชีส์ในไทย วิเคราะห์สาเหตุการระบาดของปลาหมอคางดำ และแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

รู้จัก ปลาเอเลี่ยนสปีชีส์ ปลาหมอคางดำ

ลักษณะเด่น

1. ลักษณะภายนอกคล้ายคลึงกับปลาหมอเทศ
2. เพศผู้จะมีสีด้านบริเวณหัวและบริเวณแผ่นปิดเหงือกมากกว่าเพศเมีย

พบ “ปลาหมอคางดำ” ได้ที่ไหน?

ทะเล น้ำจืด ป่าชายเลน ปากแม่น้ำกร่อย

อาหารของ “ปลาหมอคางดำ”

พืช สัตว์ แพลงก์ตอน ลูกปลา ลูกหอยสองฝา ลูกกุ้งทะเล กุ้งกุลาดำ กุ้งขาวแวนนาไม กุ้งแชบ๊วย

ส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำไทยระบบนิเวศและเกษตรกรอย่างไร?

- เป็นเอเลี่ยนสปีชีส์ สัตว์ต่างถิ่น ที่ทำลายระบบนิเวศอย่างรุนแรง
- เป็นสัตว์นักล่า นิยมถูกราย มักแย่งอาหารสัตว์น้ำในพื้นน้ำ ทำให้ปลาท้องถิ่นลดลงอย่างรวดเร็ว
- ในด้านผลกระทบต่อเกษตรกร หากมีการแพร่กระจายของ ปลาหมอคางดำ ก็จะส่งผลกระทบต่อปลาที่เลี้ยงไว้

การระบาดของ “เอเลียนสปีชีส์” ในไทย

เอเลียนสปีชีส์ ในประเทศไทยมีทั้งแบบรุกราน (invasive alien species) และไม่รุกราน โดยชนิดที่สร้างความเสียหาย ตามประกาศของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่องกำหนดชนิดสัตว์น้ำที่ห้ามเพาะเลี้ยงในราชอาณาจักร เมื่อปี 2564 ระบุสายพันธุ์ปลาที่ห้ามนำเข้าประเทศไทย โดยไม่ได้รับอนุญาต มีทั้งหมด 10 สายพันธุ์ ดังนี้⁴ ปลาหมอหางดำ ปลาหมอมาลัย ปลาหมอบัตเตอร์ ปลาทุกชนิดในสกุล Cichla และ ปลาลูกผสม ปลาเทราท์สายรุ้ง ปลาเทราท์สีน้ำตาล ปลากะพงปากกว้าง ปลาโกลแอทไทเกอร์ฟิช ปลาเก๋หายก และปลาที่มีการดัดแปลงหรือตัดแต่งพันธุกรรม (Genetically Modified Organisms: GMO) ทุกชนิด นอกจากนี้ยังมีสัตว์น้ำจำพวกอื่นอีก 3 ชนิด คือ ปูขนจีน หอยมุกน้ำจืด และหมึกสายวงน้ำเงินทุกชนิดในสกุล Hapalochlaena ส่วนสัตว์ต่างถิ่นที่ไม่รุกราน (non-invasive alien species)⁵ คือ สัตว์ที่เมื่อนำเข้ามาแล้วไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศ มีการดำรงชีวิตแบบไม่แข่งขันหรือขัดต่อการดำรงชีพของสัตว์น้ำท้องถิ่นและสมดุลของนิเวศ ตัวอย่างเช่น ปลานิล ปลาไน และปลาจีน รวมถึงปลาเศรษฐกิจต่างๆ ที่มีการปล่อยลงแหล่งน้ำ

จากฐานข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปี 2560 พบเอเลียนสปีชีส์ในประเทศไทยมากถึง 309 สายพันธุ์⁶ แต่ที่น่าตกใจคือ มีถึง 151 สายพันธุ์ หรือ 48.9% ที่อยู่ในชนิดที่ 1 (ชนิดพันธุ์ต่างถิ่นที่รุกรานแล้ว) โดยปลาหมอหางดำเป็นหนึ่งในเอเลียนสปีชีส์ชนิดที่ 1 ด้วยเช่นกัน โดยศูนย์วิจัยและพัฒนาเครื่องมือด้านการประเมินผลตอบแทนทางสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รายงานวิจัยเกี่ยวกับปลาหมอหางดำ⁷ ว่าระหว่างปี 2559-2561 ปลาหมอหางดำสร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจและระบบนิเวศในชุมชนตำบลแพรกหนามแดง อ.อัมพวา จ.สมุทรสงคราม เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยในปี 2559 สร้างความเสียหายทำให้รายได้ประมงของชุมชนลดลง 5% ต่อมาในปี 2560 และ ปี 2561 สร้างความเสียหายทำให้รายได้ประมงลดลงถึง 10% และ 15% ตามลำดับ ผลกระทบความเสียหายจากปลาหมอหางดำ เฉพาะในชุมชนตำบลแพรกหนามแดงเพียงตำบลเดียว มีมูลค่าความเสียหายไม่ต่ำกว่า 100 ล้านบาท/ปี⁸ สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้เลี้ยงกุ้งที่พบว่า บ่อเลี้ยงกุ้งถูกปลาหมอหางดำรุกรานอย่างหนักจากการสูบน้ำเข้าบ่อเลี้ยงกุ้ง นายสุนทร รอดบุญชัย ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 5 ต.แพรกหนามแดง อ. อัมพวา กล่าวว่า⁹ กว่า 10 ปีแล้วที่ตนประสบปัญหาปลาหมอหางดำที่กินกุ้งในบ่อเลี้ยงบนเนื้อที่กว่า 70 ไร่ กำจัดเท่าไรก็ไม่หมด ซื้อลูกกุ้งมาปล่อย 3-4 แสนตัว ผ่านไป 6 เดือนไม่เหลือกุ้งเลย มีแต่ปลาหมอหางดำ ส่วนในภาคใต้ การสำรวจของเจ้าหน้าที่ประมงจังหวัดสงขลา ก็พบว่า ผู้เลี้ยงกุ้งจำนวน 245 ราย มีปลาหมอหางดำในบ่อพักน้ำจำนวน 21 ราย¹⁰ ส่วนบ่อกุ้งร้างที่มีอยู่บนพื้นที่บ่อในพื้นที่นี้ ส่วนใหญ่ก็มีปลาหมอหางดำเข้าไปเติบโต นายภทรพล สังขไพฑูรย์ ประธานชมรมผู้เลี้ยงกุ้งจังหวัดสงขลา ประเมินว่ามีปลาหมอหางดำทั้งในบ่อพักน้ำ และบ่อกุ้งร้าง ประมาณ 50 ตัน

สาเหตุการระบาดของปลาหมอหางดำในไทย

จากรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่องสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงผลกระทบจากการนำเข้าปลาหมอหางดำ เพื่อการวิจัยและพัฒนาสายพันธุ์ในราชอาณาจักรไทยของคณะกรรมการการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สภาผู้แทนราษฎร พบว่ามีการแจ้งขออนุญาตนำเข้าปลาหมอหางดำ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2549 โดยบริษัท เจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน) ได้มีหนังสือถึงกรมประมง ประสงค์ขออนุญาตนำเข้าปลาตุกรัสเซีย (Claras Gariepinus) และปลาหมอหางดำ ซึ่งในขณะนั้นได้ระบุชนิดปลาที่นำเข้าเป็นปลานิล (Sarotherodon melanotheron) เพื่อปรับปรุงและรักษาอัตราการเจริญเติบโต เปรียบเทียบกับสายพันธุ์ปลานิลที่มีอยู่เดิมให้ทันต่อความเค็มที่สูงขึ้น จากนั้น วันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 กรมประมงอนุญาตให้นำเข้าได้ ต่อมาได้มีการนำเข้าจำนวน 2,000 ตัว ในวันที่ 22 ธันวาคม 2553 โดยตั้งศูนย์ทดลองที่ตำบลลิสา อ.เกาะอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จากนั้นพบว่าปลาทยอยตายอย่างต่อเนื่อง แต่ฟาร์มไม่ได้แจ้งให้กรมประมงทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

ต่อมา ในช่วงปลายปี 2554 ได้มีการพบการแพร่ระบาดของปลาหมอหางดำ ในบ่อเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำของเกษตรกรในพื้นที่ตำบลลิสา อ.เกาะอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และในช่วงต้นปี 2555 พบการแพร่ระบาดมากขึ้น จนสัตว์น้ำพันธุ์ที่ได้เพาะเลี้ยงตามบ่อ ฟาร์ม แหล่งน้ำธรรมชาติได้รับความเสียหายเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน จนนำมาสู่การตรวจสอบว่ามีที่มาจากแหล่งเดียวกันหรือไม่ เพื่อให้เอกชนที่เกี่ยวข้องร่วมรับผิดชอบต่อการจัดการที่เกิดขึ้น แม้บริษัทเจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน) จะมีการขออนุญาตนำเข้าอย่างเปิดเผย แต่มีข้อมูลเชื่อถือได้ว่า มีการลักลอบนำเข้าโดยไม่ขออนุญาตจากเอกชนรายอื่นด้วย เนื่องจากข้อมูลของกรมประมงพบว่า¹¹ ไทยมีการส่งออกปลาหมอหางดำ เป็นปลาสวยงามอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี 2556 - 2559 จำนวนมากกว่า 320,000 ตัว มูลค่าส่งออกรวม 1,510,050 บาท โดยมีปริมาณการส่งออกเฉลี่ยในแต่ละปีตั้งแต่ 10,000 - 100,000 ตัว ทำให้เกิดการตั้งข้อสังเกตว่า การส่งออกปลาหมอหางดำมาจากที่ไหน และใครเป็นผู้นำเข้า เนื่องจากมีการอนุญาตให้เอกชนนำเข้าเพียงรายเดียว

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เส้นทางการแพร่ระบาดของปลาหมอคางคกในเขตพื้นที่ชายฝั่งของไทยจากโครงสร้างพันธุกรรมของประชากรด้วยเครื่องหมายพันธุกรรม (Mitochondrial DNA) โดยกรมประมง พบว่า กลุ่มประชากรที่พบแพร่กระจายในพื้นที่ชายฝั่ง 6 จังหวัดของไทย ประกอบด้วย จ.เพชรบุรี ชุมพร สมุทรสงคราม สุราษฎร์ธานี ประจวบคีรีขันธ์ และระยอง ไม่มีความแตกต่างกันทางพันธุกรรมมากนัก โดยข้อมูลระยะทางทางพันธุศาสตร์และการจัดลำดับความสัมพันธ์เชิงวิวัฒนาการ ชี้ให้เห็นว่า ประชากรปลาหมอคางคกที่แพร่ระบาดในประเทศไทยมีแหล่งที่มาาร่วมกัน¹²

มาตรการของรัฐในการควบคุมการระบาด

สำหรับมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของปลาหมอคางคก กรมประมงได้ออกมาตรการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาด ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้¹³

- 1 มาตรการระยะเร่งด่วน** ประกอบด้วย การควบคุมและกำจัดปลาหมอคางคกในแหล่งน้ำทุกแห่งที่พบการแพร่ระบาด การนำปลาหมอคางคกที่กำจัดออกจากระบบนิเวศไปใช้ประโยชน์ เช่น ทำปลาป่น แปรรูปเป็นหลายเมนู การสำรวจและเฝ้าระวังการแพร่กระจายปลาหมอคางคกในแหล่งน้ำธรรมชาติตามพื้นที่กันชนต่างๆ การประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนัก และมีส่วนร่วมในการกำจัดปลาหมอคางคกของทุกภาคส่วน
- 2 มาตรการระยะกลาง** ประกอบด้วย การปล่อยปลาผู้ล่าที่เหมาะสมต่อสภาพพื้นที่ เช่น พื้นที่น้ำกร่อย ปล่อยปลากะพงขาว ปลาอังกะ ปลาช่อน ปลากดแก้ว เป็นต้น
- 3 มาตรการระยะยาว** การวิจัยการควบคุมประชากรปลาหมอคางคกไม่ให้เกิดผลกระทบต่อระบบนิเวศและสัตว์น้ำพื้นเมือง พร้อมทั้งฟื้นฟูระบบนิเวศภายหลังการกำจัดประชากรปลาหมอคางคก

แนวทางการควบคุมการระบาดของปลาหมอคางคก

ทำไม?! ต้องปล่อยปลาผู้ล่า เพื่อกำจัดปลาหมอคางคก

ปลากระพงขาว

รู้หรือไม่ว่า? ปลาผู้ล่า ขนาด 4 นิ้ว ช่วยควบคุมประชากรปลาหมอคางคกได้อย่างไร

ปลาอังกะ

ปลาผู้ล่าขนาด 4 นิ้ว จะช่วยควบคุมประชากรปลาหมอคางคกขนาดเล็ก 2-3 ซม. ปลาผู้ล่าไม่สามารถกินปลาหมอคางคกที่ใหญ่กว่า 3 ซม. ได้ เนื่องจากปลาขนาดใหญ่มีกล้ามเนื้อแข็งแรง

ดังนั้นการปล่อยปลาผู้ล่าขนาด 4 นิ้ว จึงเป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะช่วยกำจัดปลาหมอคางคกขนาดเล็ก ที่ปัจจุบันมีสัดส่วนการแพร่ระบาดมากที่สุด

เพื่อควบคุมประชากรลูกปลานขนาดเล็กไม่ให้เพิ่มจำนวนเป็นการตัดวงจรการแพร่พันธุ์ได้

1 ปลากระพงขาว และปลาอังกะ เป็นปลาประจำพื้นดิน ที่มีอยู่ในระบบนิเวศ อยู่แล้ว

2 ปลากระพงขาว และปลาอังกะ ขนาด 4 นิ้ว จะกินปลาขนาดเล็กที่มีขนาดไม่เกิน 3 ซม.

3 จากงานวิจัยของกรมประมง ปลากระพงขาว ขนาด 4 นิ้ว กินได้วันละ 5-12 ตัว ปลาอังกะ ขนาด 4 นิ้ว กินได้วันละ 3-4 ตัว

กรมประมง จะดำเนินการปล่อยปลาผู้ล่า ภายหลังการควบคุมกำจัดโดยเครื่องมือประมง ซึ่งการปล่อยปลาผู้ล่า คำนึงถึงชนิดของปลาผู้ล่า อัตราการปล่อยที่เหมาะสมต่อสมรรถนะของพื้นที่ โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสัตว์น้ำพื้นเมืองที่มีอยู่เดิม และเหมาะสมต่อการอยู่รอดของชนิดปลาผู้ล่าที่ปล่อย รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลการปล่อยปลาผู้ล่าในการควบคุมการแพร่พันธุ์ประชากรปลาหมอคางคกขนาดเล็ก

ที่มา: ประชาสัมพันธ์ กรมประมง กรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2567 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติงบประมาณ 450 ล้านบาท ให้กรมประมงดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหการแพร่ระบาดของปลาหมอคางคก พ.ศ. 2567-2570 โดยยกให้เป็น “ระเบียบวาระแห่งชาติ” ซึ่งประกอบด้วย 7 มาตรการ คือ¹⁴

1. ลดปริมาณปลาหมอคางคกในแหล่งแพร่ระบาด 4,000,000 กิโลกรัม หรือ 4,000 ตัน ภายในกลางปี 2568
2. ส่งปลาผู้ล่าหลังลดปลาหมอคางคก เช่น ปลากะพง
3. นำปลาหมอคางคกที่ได้ไปทำ ปุ๋ยหมักน้ำชีวภาพ น้ำปลา ร้า ปลาเพื่อให้ปลาที่จับมาไม่สูญเปล่า
4. ป้องกันการแพร่กระจายไปยังแหล่งน้ำข้างเคียง
5. ให้ความรู้กับพี่น้องประชาชนในการสังเกตป้องกันอันตราย หากระบบนิเวศถูกสัตว์น้ำต่างถิ่นเข้ามารุกราน
6. แผนระยะกลางและระยะยาวใช้เทคโนโลยีด้านการเหนี่ยวนำโครโมโซมของปลาหมอคางคกจาก 2N เป็น 4N จะทำให้เป็นหมัน เมื่อเข้าไปผสมกับธรรมชาติ ลูกปลาหมอคางคกที่ออกมาจะกลายเป็น 3N ซึ่งทำให้ได้ปลาหมอคางคกที่เป็นหมัน
7. การฟื้นฟูแหล่งน้ำที่โดนปลาหมอคางคกทำลายโดยกรมประมงจะนำสัตว์น้ำกลับคืนถิ่นเพื่อฟื้นฟูระบบนิเวศของแหล่งน้ำนั้นตามข้อมูลที่มีครบถ้วน

อย่างไรก็ตาม แนวทางการแก้ปัญหาของรัฐข้างต้น ถูกมองว่าเป็นการแก้ไขสถานการณ์ไปตามสภาพ และอาจอย่างจริงจัง เฉพาะช่วงที่เป็นกระแสน้ำเท่านั้น ที่สำคัญไม่ได้มีการพูดถึงการป้องกันหรือเฝ้าระวังแหล่งน้ำธรรมชาติที่ยังไม่มีปลาประเท็นเข้าไปอาศัย และไม่มีการสำรวจแหล่งน้ำเพื่อควบคุมการการระบาดของ แนวทางบางอย่างต้องทำอย่างระมัดระวังเพราะอาจทำให้ระบบนิเวศเสียหายเพิ่มขึ้น เช่น การเอาปลาผู้ล่าชนิดอื่นไปล่าปลาหมออาจมีความเสี่ยง ควรกลับมาให้ความสำคัญกับการป้องกัน มากกว่าการแก้ไข หลังจากที่มีผลกระทบ ซึ่งที่ต่างประเทศให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้มาก ทางด้าน ดร.ธรรณ อ่างนาวาสวัสดิ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านนิเวศทางทะเล และรองคณบดีคณะประมง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ระบุว่า¹⁵ การจัดการด้านพื้นที่ คือ ควบคุมการระบาดให้มากที่สุด แบ่งพื้นที่เป็นเขตหลัก เขตรอง โดยเขตหลักต้องเน้นการลดจำนวนปลาหมอ เขตรองต้องคุมไม่ให้ขยายออกไปข้างๆ เพิ่มขึ้น ส่วนเขตที่ไม่มีปลาไปถึงตามธรรมชาติ ต้องคุมไว้ให้ได้



บทบาทการแก้ปัญหาปลาหมออาจคำพุดต่างฝ่ายต่าง

จากสถานการณ์ปลาหมออาจคำพุดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการตื่นตัวของภาคประชาสังคมโดยประชาชนแต่ละจังหวัดรวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2568 เครือข่ายประชาชน 19 จังหวัด¹⁶ นำโดยมูลนิธิชีววิถี หรือ BIO THAI ได้เข้ายื่นหนังสือเรียกร้อง ที่ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ของรัฐบาล ทำเนียบรัฐบาล เพื่อขอให้เร่งรัดแก้ไขปัญหานี้ โดยได้ยื่นข้อเรียกร้อง 4 ข้อ ได้แก่ ขอให้แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนอิสระหาผู้กระทำความผิดให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ให้รัฐบาลเร่งรัดการเยียวยาเกษตรกรและผู้ที่ได้รับผลกระทบ พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติและคณะทำงานระดับจังหวัด ขจัดปลาหมออาจคำพุดให้เป็นศูนย์ภายในปี 2569 และฟ้องร้องผู้ก่อปัญหาให้ชดเชยเยียวยาความเสียหาย

แนวทางหนึ่งของการขจัดปลาหมออาจคำพุด คือ ต้องนำปลาหมออาจคำพุดไปใช้ประโยชน์ในปริมาณมาก เพื่อให้มีการจับปลาออกจากแหล่งน้ำต่างๆ โดยสำนักงานพัฒนาที่ดินเขต 10 สถานีพัฒนาที่ดินสมุทรสาคร สถานีพัฒนาที่ดินสมุทรสงคราม และ สถานีพัฒนาที่ดินเพชรบุรี ได้จัดการรณรงค์การใช้น้ำหมักชีวภาพคุณภาพสูง (สูตรไนโตรเจนสูง) เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2567¹⁷ โดยการนำปลาหมออาจคำพุดมาเป็นวัตถุดิบ ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตของพืช นวัตกรรมดังกล่าวทำให้หน่วยงานที่มีความต้องการปุ๋ยชีวภาพ เช่น คณะกรรมการการยางแห่งประเทศไทย หรือ กยท. ได้รับชื่อ “ปลาหมออาจคำพุด” เพื่อทำน้ำหมักชีวภาพในสวนยางพารา 1,000 ตัน ในราคากิโลกรัมละ 15 บาท ซึ่งจะสามารถทำน้ำหมักชีวภาพได้ราว 160,000 ลิตร¹⁸

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

สถานการณ์ “เอเลียนสปีชีส์” นับเป็นปัญหาที่ร้ายแรงต่อระบบนิเวศของไทยเป็นอย่างมาก และถือเป็นความท้าทายของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เพราะเป็นเรื่องที่ต่างฝ่ายต่างมีมุมมอง มีความสามารถในการจัดการปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ภาครัฐ มีความสามารถในการวิจัยทางชีววิทยา รวมถึงการมีอำนาจในการออกกฎระเบียบเพื่อแก้ไขปัญหา ภาคประชาสังคม มีบทบาทสำคัญในการสะท้อนปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้น และเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ขณะที่ภาคเอกชน ก็มีบทบาทในด้านนวัตกรรม การแก้ปัญหา เช่น การรับซื้อหรือแปรรูป “เอเลียนสปีชีส์” ให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สร้างรายได้เพื่อลดปริมาณ “เอเลียนสปีชีส์” โดยทั้ง 3 ฝ่ายควรมีความร่วมมือร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการบูรณาการที่มีหน่วยงานรัฐเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการ และควรยกเลิกคณะกรรมการที่กระจายแยกย่อยของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่มีความเป็นเอกภาพ และเป็นระเบียบวาระแห่งชาติจริงๆ

ส่วนการแก้ปัญหาในระยะยาวนั้น คณะกรรมาธิการการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สภาผู้แทนราษฎร ได้มีข้อเสนอแนะ ได้แก่

ควรมีการบัญญัติหรือแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด เพื่อบังคับในการกำหนดข้อห้ามมิให้นำสัตว์น้ำชนิดใดชนิดหนึ่งเข้ามาในราชอาณาจักร และเมื่ออนุญาตให้มีการนำเข้ามาแล้ว ควรระบุนกระบวนการหลังการนำเข้า เพื่อให้เกิดสภาพบังคับอันทำให้การปฏิบัติตามกฎหมายมีประสิทธิภาพ และมีมาตรการลงโทษหากผู้ขออนุญาตไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

- 2 | ควรมีการบัญญัติหรือแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด ในการนำเข้าสัตว์น้ำต่างถิ่นเพื่อการวิจัย ให้ผู้ขออนุญาต แสดงแหล่งที่มา ผู้ผลิต สถานที่ผลิต ผู้จัดจำหน่าย ข้อมูลทางพันธุกรรม และข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการตรวจสอบ โดยละเอียด
- 3 | ควรมีการตรวจสอบ สืบหาข้อเท็จจริงจากเหตุการณ์แพร่ระบาดของปลาหมอหางดำ ที่มาของการหลุดรอดในแหล่งน้ำ และเยียวยาต่อผู้ได้รับผลกระทบต่อไป
- 4 | กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ควรเป็นหน่วยงานหลักที่ประเมินมูลค่าความเสียหายของประเทศไทยในด้านต่างๆ และดำเนินการแก้ปัญหาการรุกรานของปลาหมอหางดำ เพื่อให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว

นอกจากมาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหาปลาหมอหางดำแล้ว การรับมือกับ “เอเลียนสปีชีส์” อื่นๆ ก็มีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป เพื่อรักษาและถ่วงดุลระบบนิเวศไม่ให้ถูกทำลาย โดยสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้สรุปมาตรการป้องกัน ควบคุม และกำจัดชนิดพันธุ์ต่างถิ่น¹⁹ ว่าควรขยายการดำเนินงานตามกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่แล้ว ให้ครอบคลุมกิจกรรมตามมาตรการนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ²⁰ แม้กรมประมงจะมีมาตรการควบคุมการนำเข้า “เอเลียนสปีชีส์”²¹ ซึ่งเป็นมาตรการทางกฎหมาย แต่ปัญหาสำคัญคือการลักลอบและฝ่าฝืนกฎหมาย ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีความเข้มข้น ขณะที่กฎหมายก็อาจล้าสมัย ไม่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันที่มีวิวัฒนาการทางเทคโนโลยี ทำให้การใช้ดุลยพินิจของผู้อนุญาตมีความหย่อนยาน ขาดการตรวจสอบอย่างรัดกุม จึงควรมีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

บทส่งท้าย

ปัญหาปลาหมอหางดำนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเอเลียนสปีชีส์ในระบบนิเวศไทย ปัญหานี้เป็นปัญหาระยะยาวที่กระทบเป็นวงกว้างทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ โดยส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบนิเวศ ทรัพยากรทางธรรมชาติ ความมั่นคงทางอาหาร สุขภาพ และกระทบต่อวิถีชีวิตของเกษตรกร ทุกภาคส่วนจึงควรตื่นตัวเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง โดยภาครัฐควรมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องทั้งการลดปริมาณปลาหมอหางดำในพื้นที่ที่มีการระบาด การตัดวงจรระบาดด้วยมาตรการทางชีววิทยา การสร้างอุปสงค์ การบริโภคปลาหมอสีในภาคอุตสาหกรรม เช่น ปู๋ อาหารแปรรูป การวางมาตรการป้องกัน การระบาดในพื้นที่อื่นๆ กำหนดมาตรการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ รวมทั้งบูรณาการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคมและเอกชนในการป้องกันและควบคุมปัญหาเอเลียนสปีชีส์อื่นๆ ที่อาจกลายมาเป็นภัยคุกคามของระบบนิเวศดังเช่นปลาหมอหางดำในปัจจุบันด้วย

ความซับซ้อนของมาตรการของรัฐในการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมและยะอันตราย



ที่มา: ปรินจาก www.freepik.com



ประเทศไทยมีโรงงานที่ก่อให้เกิดกากอุตสาหกรรมอันตรายกว่า 70,000 แห่ง ในปี 2565 มีปริมาณกากของเสียอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายถึง **2.7 ล้านตัน** ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ การลักลอบทิ้งในพื้นที่สาธารณะ การกำจัดไม่ถูกวิธี โรงงานรับกำจัดไม่เพียงพอ และการขนส่งที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นการลักลอบขนย้ายกากแคดเมียมในปี 2567



บทนำ

ปี 2567 ข่าวเรื่องกากของเสียอุตสาหกรรมปริมาณมหาศาลรั่วไหลในหลายพื้นที่มีให้เห็นตลอดทั้งปี และสร้างความตื่นตระหนกให้กับชุมชนต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียงอย่างมาก' เริ่มตั้งแต่ช่วงต้นปี กรณีกลุ่มโรงงานรีไซเคิลเถื่อนที่ ต.คลองกิว อ.บ้านโป่ง จ.ชลบุรี ลักลอบเปิดโรงงานจนประชาชนได้รับความเสียหายจากน้ำเสียที่รั่วไหลออกมา จนในที่สุดมีการจับกุมนายทุนชาวจีน ตาม พ.ร.บ.โรงงาน และ พ.ร.บ.วัตถุอันตราย และเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการในช่วงเดือนมีนาคม 2567 ในเดือนเดียวกันได้เกิดเหตุระเบิดที่โรงงานของบริษัท ที แอนด์ ที เวสต์ แมเนจเม้นท์ 2017 จำกัด และไฟไหม้โกดังที่ อ.ภาชี จ.พระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นที่เก็บกากสารเคมีของบริษัท เอกอุทัย จำกัด โดยเป็นการครอบครองวัตถุอันตรายโดยไม่ได้รับอนุญาต

ในเดือนเมษายน 2567 ได้เกิดเหตุระเบิดที่ขั้วฉนวนเมื่อตรวจพบกากแคดเมียมกว่า 15,000 ตัน ในโรงงานแห่งหนึ่งของ จ.สมุทรสาคร ต่อมา มีการสืบทราบว่า กากแคดเมียมดังกล่าวขนย้ายมาจากบริษัท เบาต์ แอนด์ บียอนด์ (มหาชน) จ.ตาก ซึ่งทำผิดเงื่อนไขการกำจัดเนื่องจากกากแคดเมียมเป็นของเสียอันตรายที่ต้องกำจัดโดยการฝังกลบเท่านั้น ไม่สามารถขนย้ายหรือทำการซื้อขายได้ ภายหลังยังพบกากแคดเมียมบางส่วนถูกนำมาที่กลุ่มโรงงานรีไซเคิลเถื่อน ต.คลองกิว ที่ลักลอบเปิดโรงงานด้วย ต่อมา มีเหตุไฟไหม้โรงงานของบริษัท วิน โพรเซส จำกัด ต.บางบุตร อ.บ้านค่าย จ.ระยอง ซึ่งต้องใช้เวลานานกว่าหนึ่งสัปดาห์จึงควบคุมสถานการณ์ได้ ภายในโรงงานเต็มไปด้วยกากสารเคมีอันตรายหลายหมื่นตันที่บริษัทวินโพรเซสฯ ลักลอบเก็บไว้ทั้งบนดินและใต้ดิน

เหตุไฟไหม้ที่โกดังลักลอบเก็บสารเคมีของบริษัท เอกอุทัยฯ



วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 เกิดเหตุไฟไหม้ขึ้นอีกครั้งที่โกดังลักลอบเก็บสารเคมีของบริษัท เอกอุทัยฯ โดยมีระยะเวลาห่างจากเหตุไฟไหม้ครั้งแรกเพียง 2 เดือน ต่อมาพบความเชื่อมโยงระหว่างบริษัท วินโพรเสสฯ กับบริษัท เอกอุทัยฯ ทั้ง 3 สาขา (จ.พระนครศรีอยุธยา จ.นครราชสีมา และ จ.เพชรบูรณ์) เมื่อมีการเข้าค้นบริษัท เอกอุทัยฯ จำกัด ช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2567 พบว่ามีการลักลอบฝังสารเคมีไว้ใต้ดินจำนวนมากทั้งที่ อ.ภาชี จ.พระนครศรีอยุธยา อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา และที่ อ.ศรีเทพ จ.เพชรบูรณ์

ในเดือนกันยายน 2567 มีการตัดสินใจคดีเกี่ยวกับการกระทำความผิดที่เข้าข่ายเป็น “อาชญากรรมทางสิ่งแวดล้อม” 2 คดี คือ

1 ศาลจังหวัดระยองตัดสินให้บริษัท วินโพรเสสฯ จ่ายค่าฟื้นฟูมลพิษแก่รัฐเป็นจำนวนเงิน 1,743 ล้านบาท

2 ศาลจังหวัดสิดัว (ปากช่อง) ตัดสินจำคุกผู้บริหารบริษัท เอกอุทัยฯ 2 ปี 6 เดือน ฐานก่อมลพิษในพื้นที่ ต.กลางดง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน 2567 ดำรวจได้ดำเนินคดีกับนายจาง โกว่ ต่ง ผู้ดูแลโรงงานที่ แอนด์ ที เวลท์ฯ ข้อหาครอบครองวัตถุอันตรายโดยไม่ได้รับอนุญาต มีการตั้งข้อสันนิษฐานว่าอาจเป็นกลุ่มทุนจีนเดียวกันกับกลุ่มโรงงานรีไซเคิลที่ ต.คลองกิว

ปัญหาของกากของเสียอุตสาหกรรมในประเทศไทย เป็นปัญหาที่วนเวียนซ้ำซากเป็นวงจรไปเรื่อยๆ เหตุที่ปัญหาขยะอุตสาหกรรมไม่สามารถแก้ไขได้นั้น ส่วนหนึ่งเป็นปัญหาเรื่องการบริหารจัดการในการกำจัดหรือการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมที่มีช่องโหว่ ทำให้ผู้รู้ขั้นตอนใช้เป็นช่องทางในการหลบหลีกกระบวนการกำกับและติดตามตามกฎหมาย นอกจากกากของเสียอุตสาหกรรมแล้ว ขยะอันตรายในชุมชนยังเป็นปัญหาหนึ่งที่ไม่มีการกล่าวถึงมากนัก เนื่องจากขยะอันตรายมีส่วนผสมหรือองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกับกากของเสียอุตสาหกรรม แต่ขยะอันตรายอยู่ใกล้ตัวประชาชนมาก โดยทุกครัวเรือนล้วนมีขยะอันตรายอยู่แทบทั้งสิ้น

ดังนั้น การทำความเข้าใจกฎหมายในการบริหารจัดการและการกำจัดขยะอันตรายและกากของเสียอุตสาหกรรม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถวางแผนในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น บทความนี้เป็นกรณีศึกษาถึงปัญหาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ถึงสาเหตุ และมาตรการในการแก้ปัญหา รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตรายในชุมชน

ทั้งกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตรายในชุมชนถือเป็นขยะที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมอย่างมาก เนื่องมาจากส่วนผสมหรือองค์ประกอบของขยะทั้งสองประเภทเหมือนกัน ต่างกันเพียงว่าขยะอันตรายเกิดขึ้นในชุมชน กากของเสียอุตสาหกรรมเกิดจากโรงงานอุตสาหกรรม

“กากของเสียอุตสาหกรรม” หมายถึง ของเสียหรือสิ่งที่ไม่ใช้แล้วที่เกิดจากการประกอบกิจการโรงงาน ตั้งแต่กระบวนการรับวัตถุดิบ การผลิต การตรวจสอบคุณภาพ การบำบัดมลพิษ การซ่อมบำรุงเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ ไปจนถึงการรีไซเคิลหรือก่อสร้างอาคารภายในบริเวณโรงงาน รวมทั้งกากตะกอน หรือสิ่งตกค้างจากสิ่งเหล่านั้น ทั้งนี้รวมถึงของเสียอันตรายที่เกิดจากอาคารสำนักงานและที่พักคนงานที่อยู่ภายในบริเวณโรงงาน²

ส่วนขยะอันตรายจากชุมชนนั้น คู่มือการขนส่งของเสียอันตรายจากชุมชนในท้องที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้กำหนดนิยาม ดังนี้³

“ของเสียอันตราย” หมายถึง เศษสิ่งของเหลือใช้หรือเสื่อมสภาพ และภาชนะบรรจุ เคมีภัณฑ์ต่างๆ ที่เป็นอันตราย อาทิ สารพิษ สารไวไฟ สารกัดกร่อน รวมทั้งสารที่ทำให้เกิดโรค หรือสิ่งอื่นใดที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อม

“ของเสียอันตรายจากชุมชน” หมายความว่า ของเสียที่เป็นอันตรายหรือมีส่วนประกอบของสารที่มีคุณสมบัติเป็นสารพิษ สารไวไฟ สารออกซิไดซ์ สารเปอร์ออกไซด์ สารระคายเคือง สารกัดกร่อน สารที่เกิดปฏิกิริยาได้ง่าย สารที่ระเบิดได้ สารที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม สารหรือสิ่งอื่นใดที่อาจก่อหรือมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากกิจกรรมต่างๆ ภายในที่อยู่อาศัย สถานที่ราชการ สถานศึกษา สถานประกอบการ รวมทั้งสถานที่อื่นในชุมชน เว้นแต่สิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว จากโรงงานตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน มูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข และของเสียกัมมันตรังสี

จากข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย พบว่า ของเสียอันตรายที่เกิดจากบ้านเรือน มีอยู่ด้วยกัน อย่างน้อย 15 ประเภท ได้แก่ หลอดไฟ หลอดฟลูออเรสเซนต์ ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่ โทรศัพท์มือถือ กระป๋อง สเปรย์ กระป๋องสีสเปรย์ เครื่องสำอางหมดอายุ น้ำยาทำความสะอาด แบตเตอรี่รถยนต์ น้ำมันเครื่อง น้ำมันเบรก น้ำยารักษาเนื้อไม้ น้ำยาขัดเงา สีทาบ้าน กาวทินเนอร์ แลคเกอร์ สารฆ่าแมลง สารกำจัด วัชพืช ภาชนะใส่ปุ๋ยเคมี ยารักษาโรคที่หมดอายุ

จากรายงานประจำปี 2566 กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย ได้ระบุเรื่องปัญหาของขยะอันตรายในชุมชนและกากของเสียอุตสาหกรรมไว้สรุปได้ดังนี้⁴

ปัญหาการลักลอบทิ้งกากของเสียอุตสาหกรรม ออกสู่สิ่งแวดล้อมและพื้นที่สาธารณะ สาเหตุส่วนใหญ่ มักเกิดจากโรงงานอุตสาหกรรมที่เป็นแหล่งกำเนิดกากของเสียอุตสาหกรรมละเลยหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนดและเงื่อนไขท้ายใบอนุญาต โดยการจงใจหลีกเลี่ยงการนำของเสียเข้าสู่ระบบบำบัดและกำจัด ผู้ประกอบการขนส่งและผู้บำบัดและกำจัดกากของเสียอุตสาหกรรม (โรงงานประเภทที่ 101 105 และ 106) รับกากของเสียอุตสาหกรรมที่ไม่ได้รับอนุญาตมาบำบัดและกำจัดอย่างไม่ถูกวิธี ก่อให้เกิดความเสียหายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นวงกว้าง และเป็นภาระของหน่วยงานภาครัฐที่ต้องสูญเสียงบประมาณในการติดตามตรวจสอบ การดำเนินคดี และการดำเนินการเพื่อการฟื้นฟูพื้นที่และสิ่งแวดล้อม

ใน ปี 2565 มีปริมาณกากของเสียอุตสาหกรรม (กากของเสียอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นอันตราย (non-hazardous waste) และกากของเสียอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย (hazardous waste) ที่มีการแจ้งการขนส่งในระบบและนำเข้าสู่ระบบการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมของกรมโรงงานอุตสาหกรรมรวม **ทั้งหมด 36.6 ล้านตัน** เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 96.8 (ในปี 2564 มีปริมาณ 18.6 ล้านตัน) จำแนกเป็นกากของเสียอุตสาหกรรมที่ไม่เป็นอันตราย 33.8 ล้านตัน และ **กากของเสียอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย 2.7 ล้านตัน** ซึ่งเป้าหมายการนำกากของเสียอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายเข้าสู่ระบบการจัดการอย่างถูกต้อง ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2565 - 2570) ในปี 2565 อยู่ที่ร้อยละ 50 เทียบกับปริมาณที่เกิดขึ้นและเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 ในปี 2570

สำหรับมูลฝอยนั้น ในปี 2565 ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 25.7 ล้านตัน ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร เท่ากับประชากร 1 คน ผลิตขยะมูลฝอย 1.07 กิโลกรัม/ วัน โดยขยะมูลฝอยถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 8.8 ล้านตัน และขยะมูลฝอยที่เหลือ 16.9 ล้านตัน ถูกนำไปกำจัด ณ สถานที่กำจัดขยะมูลฝอย สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนที่เปิดดำเนินการมีจำนวน 2,074 แห่ง โดยแบ่งเป็นสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการถูกต้องตามหลักวิชาการ 111 แห่ง (ร้อยละ 5) ที่เหลือเป็น **สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการไม่ถูกต้อง 1,963 แห่ง (ร้อยละ 95)** ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงมาก เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งมีงบประมาณในการกำจัดขยะมูลฝอยจำกัด ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ สถานที่กำจัดขยะหลายแห่งรองรับปริมาณขยะมูลฝอยมากเกินไปกว่าศักยภาพ การจัดหาสถานที่กำจัดแห่งใหม่ดำเนินการได้ยากขึ้น เนื่องจากปัญหาประชาชนในพื้นที่ต่อต้าน การกำกับและบังคับใช้กฎหมายกับสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของเอกชนเป็นไปได้ยาก ตลอดจนการกำกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจดำเนินการอย่างไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปัญหาซ้ำซาก เช่น ไฟไหม้ บ่อขยะมูลฝอย มลพิษจากการกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง และน้ำเสียจากบ่อขยะมูลฝอย

ปี 2565 มีการแจ้งการขนส่งในระบบ และนำเข้าสู่ระบบการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมของกรมโรงงานอุตสาหกรรม รวม **36.55 ล้านตัน**

● ไม่เป็นอันตราย
33.8 ล้านตัน

● เป็นอันตราย
2.7 ล้านตัน



1,963 แห่ง
เป็นสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย ที่ดำเนินการไม่ถูกต้อง คิดเป็น ร้อยละ **95**

ปี 2565 ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น **25.7 ล้านตัน**

1 คน ผลิตขยะมูลฝอย 1.07 กิโลกรัม/ วัน

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมขยะอันตรายและกากของเสียอุตสาหกรรม

การทำความเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกากของเสียขยะอุตสาหกรรม จะทำให้เข้าใจปัญหาในเชิงบริหารจัดการและปัญหาข้อกฎหมาย โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกากของเสียขยะอุตสาหกรรม สามารถสรุปเป็นลำดับได้ดังนี้

1 พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 ถือเป็นกฎหมายแม่บทในการจัดการสิ่งแวดล้อมของประเทศ กำหนดหลักการในการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมไว้ว่า การเก็บรวบรวม การขนส่ง และการจัดการด้วยประการใดๆ เพื่อบำบัดและขจัดขยะมูลฝอยและของเสียให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ในกรณีที่ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้โดยเฉพาะ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมมลพิษมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดแนวทางในการบำบัดหรือกำจัดขยะดังกล่าวให้ถูกต้อง⁵ ปัจจุบันไม่มีการออกกฎกระทรวงดังกล่าวแต่อย่างใด กฎหมายนี้ยังได้กำหนดหลักความรับผิดชอบแห่งของบุคคล เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษที่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมไว้ด้วย⁶ เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษนั้น มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายเพื่อการนั้น⁷

2 พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยและขยะอันตรายในประเทศไทย โดยกฎหมายฉบับนี้ได้แบ่งขยะออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่⁸

(2.1) การจัดการสิ่งปฏิกูล มูลฝอยในท้องถิ่นให้เป็นอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 กฎหมายทั้ง 2 ฉบับ กำหนดให้การจัดการขยะมูลฝอยเป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่นของแต่ละพื้นที่ (จัดเก็บ ขน และกำจัดขยะมูลฝอย) ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกประเภท⁹ ทั้งนี้คำนิยามของ “มูลฝอย” ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จะรวมถึงขยะอันตรายที่เกิดขึ้นในชุมชนด้วย¹⁰ โดยภาพรวมของกฎหมายนั้นกระทรวงมหาดไทยจะกำหนดหน้าที่ให้ อปท. ดำเนินการตามกฎหมายการสาธารณสุข¹¹ ส่วนกระทรวงสาธารณสุข^{12,13,14} หรือกรมควบคุมมลพิษ¹⁵ จะกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางในการดำเนินการในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ อปท. ทุกรูปแบบเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการขยะอันตรายในชุมชน¹⁶

(2.2) การจัดการของเสียอันตรายตามกฎหมายโรงงานเป็นอำนาจหน้าที่ของกรมโรงงานอุตสาหกรรม โดยใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 ในการออกกฎหมายลำดับรองในการกำหนดมาตรฐานและวิธีการควบคุมการปล่อยของเสีย มลพิษหรือสิ่งใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการโรงงาน ในแง่มุมต่างๆ หลายฉบับ

โดยสรุป ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จะแยกการจัดการขยะออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ การจัดการปฏิกูลมูลฝอยในท้องถิ่น กับการจัดการของเสียอันตรายตามกฎหมายโรงงาน ทำให้มีหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอันตรายหรือกากของเสียอุตสาหกรรมคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม

3 พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายหลักของประเทศในการบริหารจัดการและกำจัดกากอุตสาหกรรม โดยมีการออกกฎหมายลำดับรอง (กฎหมายลูก) ในการกำหนดมาตรฐานและวิธีการควบคุมการปล่อยของเสีย มลพิษหรือสิ่งใดๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการโรงงานในแง่มุมต่างๆ หลายฉบับ โดยมีกฎหมายลำดับรองที่เป็นหลักในการดำเนินการ อาทิ ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมเรื่อง กำหนดชนิดและขนาดของโรงงาน กำหนดวิธีการควบคุมการปล่อยของเสีย มลพิษ หรือสิ่งใดที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม กำหนดคุณสมบัติของผู้ควบคุมดูแลปฏิบัติงานประจำ และหลักเกณฑ์การขอขึ้นทะเบียนผู้ควบคุมดูแลสำหรับระบบป้องกันสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ พ.ศ. 2545 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมเรื่อง กำหนดให้โรงงานที่ต้องมีระบบบำบัดน้ำเสียต้องติดตั้งเครื่องมือหรือเครื่องอุปกรณ์พิเศษและเครื่องมือหรือเครื่องอุปกรณ์เพิ่มเติม พ.ศ. 2547 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่องมาตรการควบคุมปริมาณความสกปรกของน้ำทิ้งจากภาคอุตสาหกรรม เพื่อฟื้นฟูคุณภาพน้ำในแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ. 2551 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง การทำรายงานเกี่ยวกับการศึกษามาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย พ.ศ. 2552 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง การจัดทำรายงานชนิดและปริมาณสารมลพิษที่ระบายออกจากโรงงาน พ.ศ. 2558 ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากโรงงาน พ.ศ. 2560 เป็นต้น

4 พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 แม้จะความหมายของวัตถุอันตรายจะกว้างมาก แต่ไม่ได้หมายความว่าวัตถุทุกประเภทจะตกอยู่ภายใต้กฎหมายนี้ เพราะวัตถุที่อยู่ภายใต้กฎหมายนี้จะต้องเป็นชนิดที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการวัตถุอันตรายได้ประกาศรายชื่อไว้เท่านั้น¹⁷ ซึ่งเมื่อได้ประกาศกำหนดรายชื่อวัตถุอันตรายไว้แล้ว จะกำหนดรายชื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลวัตถุอันตรายดังกล่าว ซึ่งเมื่อเป็นเช่นนี้จะทำให้มีหลายหน่วยงาน หลายกรม และหลายกระทรวงที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการและเกี่ยวข้องกับการจัดการวัตถุอันตราย

ปัญหาการควบคุมกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตราย

จากการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการกำจัดกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตราย พบว่า มีความซับซ้อนกระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ ทั้งกฎหมายระดับ พ.ร.บ. และกฎหมายลำดับรองเป็นจำนวนมาก โดยกฎหมายเหล่านี้มีลักษณะเป็นกฎหมายเทคนิคมีความซับซ้อนทั้งในแง่ของเนื้อหาและการบังคับใช้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวมาพิจารณาและดำเนินการ นอกจากนั้นการบันทึกข้อมูลขยะอันตรายและกากของเสียอุตสาหกรรมตามที่กฎหมายกำหนดจะเป็นระบบปิด ที่ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทั้งแหล่งกำเนิดมลพิษ โรงงานที่ลงทะเบียนเป็นผู้ก่อกำเนิดขยะอันตรายหรือกากอุตสาหกรรม ผู้ที่ลงทะเบียนเป็นผู้ขนส่ง และผู้ที่ลงทะเบียนเป็นผู้รับกำจัด โดยข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในฐานข้อมูลของส่วนราชการต่างๆ ไม่มีการเผยแพร่ต่อบุคคลภายนอก โดยปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตราย ได้แก่

1) หน่วยงานที่สนับสนุนอุตสาหกรรมเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการการกำจัดกากของเสียอุตสาหกรรมด้วย โดยเมื่อพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกากอุตสาหกรรมทั้งหมดพบว่าเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับ พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 และกฎหมายลำดับรองโดยกฎหมายโรงงานกำหนดให้กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการขยะอุตสาหกรรมและกากของเสียอุตสาหกรรม ซึ่งกรมโรงงานอุตสาหกรรมยังมีการกิจหลักเพื่อพัฒนาธุรกิจอุตสาหกรรม โดยการส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแลการประกอบธุรกิจอุตสาหกรรมด้วย¹⁸ จึงเป็นเรื่องแปลกที่รัฐให้อำนาจกรมโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการสนับสนุนการก่อตั้งโรงงานอุตสาหกรรมเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมด้วย จึงมีลักษณะเป็นภารกิจที่ทับซ้อนและขัดแย้งกัน

2) หลักผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่ายตามกฎหมายไทยมีปัญหาในการบังคับใช้ เนื่องจาก พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ได้นำหลักผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่ายมากำหนดเป็นความรับผิดชอบทางแพ่งไว้ 2 รูปแบบ คือ

- ความรับผิดชอบที่เกิดจากการแพร่กระจายของมลพิษจากแหล่งกำเนิดมลพิษซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายเป็นอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย หรือ สุขอนามัย หรือเป็นเหตุให้ทรัพย์สินของผู้อื่น หรือของรัฐเสียหาย¹⁹ โดยความเสียหายจะต้องมีความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องพิจารณาว่าจงใจหรือประมาทเลินเล่อหรือไม่ เพียงแต่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนที่ได้รับความเสียหาย (แต่ก็ข้อยกเว้นความรับผิด แยกออกได้ 3 กรณี ได้แก่ เหตุสุดวิสัยหรือการสงคราม การกระทำตามคำสั่งของรัฐบาล และการกระทำของผู้เสียหายเอง)
- ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำให้เกิดความเสียหายจากมลพิษ²⁰ โดยกฎหมายได้วางหลักการไว้ว่า ต้องเป็นการทำลาย หรือทำให้สูญหายหรือเสียหายแก่ทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นของรัฐหรือสาธารณะสมบัติของแผ่นดิน ดังนั้นผู้ที่มีสิทธิฟ้องคดีนี้จึงต้องเป็นหน่วยงานของรัฐ ที่มีหน้าที่ดูแล ป้องกัน คุ้มครอง รักษาหรือสงวนไว้ซึ่งทรัพยากรธรรมชาติหรือสาธารณะสมบัติของแผ่นดินเท่านั้น²¹ และต้องมีการพิสูจน์ความเสียหายโดยตีเป็นมูลค่าให้ชัดเจน โดยศาลมีดุลยพินิจในการพิจารณาค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

ปัญหาสำคัญในการฟ้องร้องนี้คือ ค่าเสียหายทางแพ่งต้องใช้เวลายาวนาน โดยต้องมีการฟ้องร้องต่อศาลก่อน ซึ่งต้องใช้กระบวนการนำสืบพยาน การพิสูจน์พยานหลักฐานที่ต้องแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของความเสียหายและสาเหตุที่เกิดขึ้นตามหลักกฎหมายละเมิด ซึ่งเป็นเรื่องที่สร้างภาระและยากลำบากให้กับประชาชนทั่วไปและเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกระบวนการก่อให้เกิดมลพิษในโรงงานอุตสาหกรรมมีความสลับซับซ้อน เป็นระบบปิดที่บุคคลภายนอกไม่อาจรับทราบรายละเอียดได้ อีกทั้งยังใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทางศาลยาวนาน และจะต้องมีการพิสูจน์ถึงมูลค่าทั้งหมดของความเสียหายที่เกิดกับทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งไม่มีหลักเกณฑ์ในการประเมินมูลค่าดังกล่าวที่ชัดเจน เนื่องจากการฟ้องเรียกค่าเสียหายดังกล่าวค่อนข้างเป็นเรื่องใหม่ในระบบกฎหมายไทย

ปัญหาอีกประการหนึ่ง คือ ค่าปรับตามกฎหมายไม่ได้สัดส่วนกับความเสียหายที่เกิดขึ้น เมื่อพิจารณาค่าปรับตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและการกำจัดขยะอันตรายหรือกากของเสียอุตสาหกรรมฉบับต่างๆ ทั้ง พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หรือ พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 พบว่า ค่าปรับตามกฎหมายมีค่ามูลค่าน้อยกว่ามูลค่าในการกำจัดขยะอันตรายหรือกากอุตสาหกรรม ทำให้ผู้ประกอบการจยยอมที่จะทำผิดกฎหมายแล้วจ่ายค่าปรับแทนที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย²²

3) การจัดการขยะอันตรายในชุมชนอาจมีหลายมาตรฐานในการดำเนินการ เมื่อพิจารณาจากข้อเท็จจริงพบว่า มีขยะอันตรายที่เกิดจากการอุปโภคและบริโภคของประชาชนในชุมชนด้วย เช่น สารเคมีที่ใช้ภายในครัวเรือน หลอดไฟ สารเคมีกำจัดแมลง สารเคมีทำความสะอาดเตอรีเก่าจากยานยนต์ น้ำมันหล่อลื่นที่ใช้แล้ว อุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งของเสียอันตรายเหล่านี้บางส่วนก็สามารถนำกลับมาใช้ใหม่หรือรีไซเคิลได้ แต่ขยะอันตรายในชุมชนที่ไม่เป็นที่ต้องการของธุรกิจรีไซเคิลก็จะถูกทิ้งรวมกับขยะทั่วไปด้วย แม้กฎหมายจะกำหนดให้ อบท. มีหน้าที่ในการบริหารจัดการและการกำจัดขยะอันตรายในชุมชน แต่ อบท. มีหลายประเภทและหลายขนาด ทำให้มีศักยภาพในการจัดการขยะที่แตกต่างกัน หากมีการจัดการที่ไม่ถูกต้องแล้ว ก็อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นจึงควรกำหนดมาตรการในการตรวจสอบการดำเนินการของ อบท. ในการบริหารจัดการขยะอันตรายอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะ

แม้ประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับและมีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการและการกำจัดขยะอันตรายและกากของเสียอุตสาหกรรม แต่ก็ยังมีปัญหาในการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว จึงควรมีการปรับปรุงแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

- 1 ควรแยกอำนาจในการบริหารจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมออกจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม** เพื่อลดสภาพผลประโยชน์ทับซ้อนในแง่ภารกิจ แล้วให้หน่วยงานอื่น เช่น กรมควบคุมมลพิษ หรือหน่วยงานรัฐอื่นๆ ที่ไม่มีส่วนได้เสียในการก่อตั้งโรงงานอุตสาหกรรมเป็นผู้บริหารจัดการและทำหน้าที่ในการควบคุมหรือกำจัดกากของเสียอุตสาหกรรมแทน
- 2 ควรแก้ไขกฎหมายเพื่อจัดตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายด้านสิ่งแวดล้อม** เพื่อแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่กระทบถึงสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยแก้ไข พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 เพื่อให้มีกองทุนสิ่งแวดล้อมซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขหรือเยียวยาปัญหาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์ให้โรงงานอุตสาหกรรมที่ก่อให้เกิดมลพิษจ่ายเงินเข้าในกองทุนดังกล่าว และกำหนดวัตถุประสงค์ของกองทุนนี้ให้ขยายขอบเขตไปถึงการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพและอนามัยจากปัญหามลพิษ และการสังคมสงเคราะห์ที่เกี่ยวข้องด้วย
- 3 ควรปรับปรุงมาตรการลงโทษตามกฎหมายทั้งในส่วนค่าปรับและโทษอื่นๆ ให้เหมาะสมและได้สัดส่วนกับความเสียหาย และสภาพเศรษฐกิจและสังคม** โดยอาจพิจารณาเพิ่มค่าปรับตามกฎหมายให้มากขึ้นกว่าเดิม หรือมีมาตรการลงโทษอื่นๆ ที่ทำให้ภาคธุรกิจรู้สึกว่าการฝ่าฝืนกฎหมายไม่คุ้มค่ากับการปรับหรือโทษที่จะได้รับตามกฎหมาย
- 4 สร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการบริหารจัดการขยะอันตรายในชุมชนและกากของเสียอุตสาหกรรม** เมื่อพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอันตรายและกากอุตสาหกรรมพบว่าให้อำนาจส่วนราชการทั้ง อปท. และกรมโรงงานอุตสาหกรรมเป็นองค์กรหลักในการดำเนินการบริหารจัดการ ทั้งกำหนดมาตรฐานของผู้ดำเนินการ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง หรือการกำจัด รวมทั้งเป็นผู้เก็บรักษาฐานข้อมูลเกี่ยวกับขยะอันตรายหรือกากอุตสาหกรรมทั้งระบบ ดังนั้นจึงควรกำหนดให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าว รวมทั้งควรเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารจัดการและการกำจัด โดยอาจจะตัดข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลเกี่ยวกับความลับทางการค้าหรือการประกอบธุรกิจ เพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมการติดตามและตรวจสอบการดำเนินการมากขึ้น

บทส่งท้าย

ประเทศไทยประสบกับปัญหาการจัดการขยะอุตสาหกรรมและขยะชุมชนเป็นอย่างมาก สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทั้งในเรื่องของกฎหมายที่ไม่แยกอำนาจการกำกับดูแลการอุตสาหกรรมออกจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม และปัญหาการบังคับใช้กฎหมายที่ลงโทษผู้ก่อมลพิษให้เยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น อีกทั้งมาตรฐานการจัดการของแต่ละชุมชนก็มีความแตกต่างกัน ตามศักยภาพของ อปท. จึงควรปรับปรุงกฎหมาย เพื่อแยกอำนาจบริหารจัดการขยะอุตสาหกรรมออกจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม กำหนดบทลงโทษผู้ก่อให้เกิดมลพิษจากขยะอุตสาหกรรมที่สอดคล้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ก่อตั้งกองทุนเยียวยาความเสียหายจากสิ่งแวดล้อมเพื่อเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยรวดเร็วระหว่างการดำเนินคดีในชั้นศาล

นอกจากนี้ ควรปฏิรูปการขออนุญาตตั้งโรงงาน โดยโรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ตั้งควรเป็นโรงงานที่มีความเสี่ยงต่ำและมีประสิทธิภาพในการจัดการกากของเสียอันตราย รวมถึงการปฏิรูกระบบการอนุญาตเคลื่อนย้ายกากอุตสาหกรรม โดยเพิ่มความโปร่งใสและเปิดเผยข้อมูลเพื่อให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการดำเนินการของโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ของตนเองด้วย



ที่มา: ปรับมาจาก www.freepik.com

“ ปัญหาหนี้ครัวเรือนไม่ใช่ปัญหาในระดับปัจเจก แต่ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติโดยรวม และการก่อหนี้ก็ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมใช้จ่ายเกินตัวเท่านั้น แต่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องล้วนเป็นสมการที่สำคัญ ดังนั้น การแก้ปัญหาก็ต้องทำแบบครบวงจร ทั้งก่อนเป็นหนี้ ขณะเป็นหนี้ และเมื่อหนี้มีปัญหา โดยต้องร่วมมือกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ – เจ้าหนี้ – ลูกหนี้ – ภาคเอกชนและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ”

บทนำ

จากข้อมูลสถิติทางเศรษฐกิจและการเงินจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก (CEIC Data: Economic Database System) พบว่า สัดส่วนหนี้สินครัวเรือนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product - GDP) ของประเทศไทยอยู่ในอันดับต้นๆ ของโลก โดยอยู่ในอันดับที่ 3 จาก 21 ประเทศในภูมิภาคเอเชีย รองจาก สาธารณรัฐเกาหลี และเขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน และอยู่อันดับที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับ 65 ประเทศทั่วโลก¹ จากข้อมูลสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานว่า หนี้สินครัวเรือนของไทยในไตรมาสสอง ปี 2567 มีมูลค่ารวม 16.3 ล้านล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 89.6 ของ GDP ทั้งนี้ หนี้ครัวเรือนต่อ GDP ของไทยเกินร้อยละ 80 ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2558 โดยเกือบ 1 ใน 3 เป็นการก่อหนี้เพื่อการอุปโภคบริโภคอย่างสิ้นเชิงส่วนบุคคลและสิ้นเชิงบัตรเครดิต หรือเรียกได้ว่าเป็นหนี้ที่ไม่สร้างรายได้ (non-productive loan) ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศใกล้เคียงอย่างมาเลเซียและจีนที่ร้อยละ 14 และ ร้อยละ 13 ตามลำดับ หนี้ครัวเรือนไทยในระยะต่อไปมีความเปราะบางสูงจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่²

1 เศรษฐกิจและระดับรายได้ของคนไทยเติบโตช้า ทำให้ฐานะทางการเงินของผู้ประกอบการขนาดเล็กมีความอ่อนแอ ซึ่งกระทบต่อแรงงานที่มีมากถึง 71% ของแรงงานทั่วประเทศ

2 ต้นทุนทางการเงินของไทยสูงกว่าในอดีต เนื่องจากต้นทุนการกู้ยืมปรับตัวสูงขึ้นต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี 2566 โดยเฉพาะสินเชื่อรายย่อยที่มีความอ่อนไหวต่อการปรับขึ้นของอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการชำระหนี้ ทำให้ลูกหนี้มีแนวโน้มผิดนัดชำระหนี้ในอัตราสูง

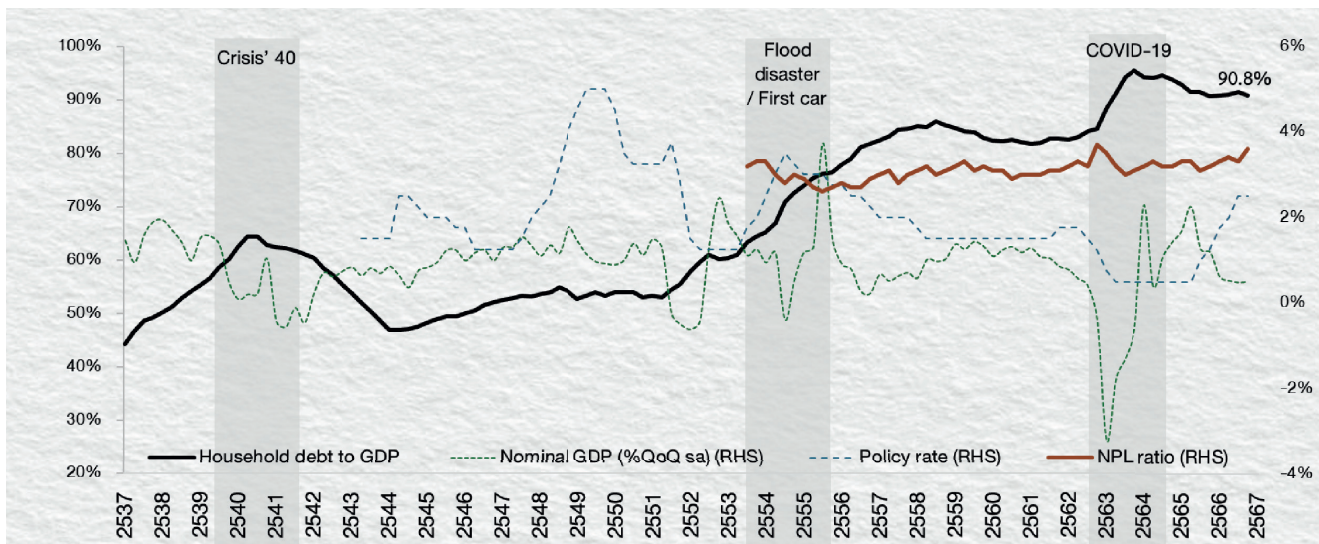
3 พฤติกรรมการก่อหนี้โดยขาดวินัยทางการเงินที่ดี การขยายตัวของสินเชื่อที่ไม่สร้างรายได้ รวมถึงความต้องการหนี้ในระบบที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนการสร้างหนี้อย่างผิดวัตถุประสงค์ และพฤติกรรมการก่อหนี้โดยขาดวินัยทางการเงินที่ดี ซึ่งหนี้ประเภทดังกล่าวจะต้องเผชิญกับอัตราดอกเบี้ยที่สูงมาก และเสี่ยงก่อให้เกิดเป็นกับดักหนี้ไม่สิ้นสุด ทำให้การลดลงของหนี้ครัวเรือนเป็นเรื่องค่อนข้างยาก

ทั้งนี้ หนี้ที่สูงเกินระดับ 80% ต่อ GDP ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อภาคธุรกิจ แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาคการเติบโตของเศรษฐกิจในระยะยาว และปัญหาสังคม ในระดับครัวเรือน ปัญหาหนี้ส่งผลให้มาตรฐานการครองชีพต่ำลง เกิดปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน ผลที่ตามมาคือ ความเครียด ปัญหาครอบครัว อาชญากรรม เป็นต้น

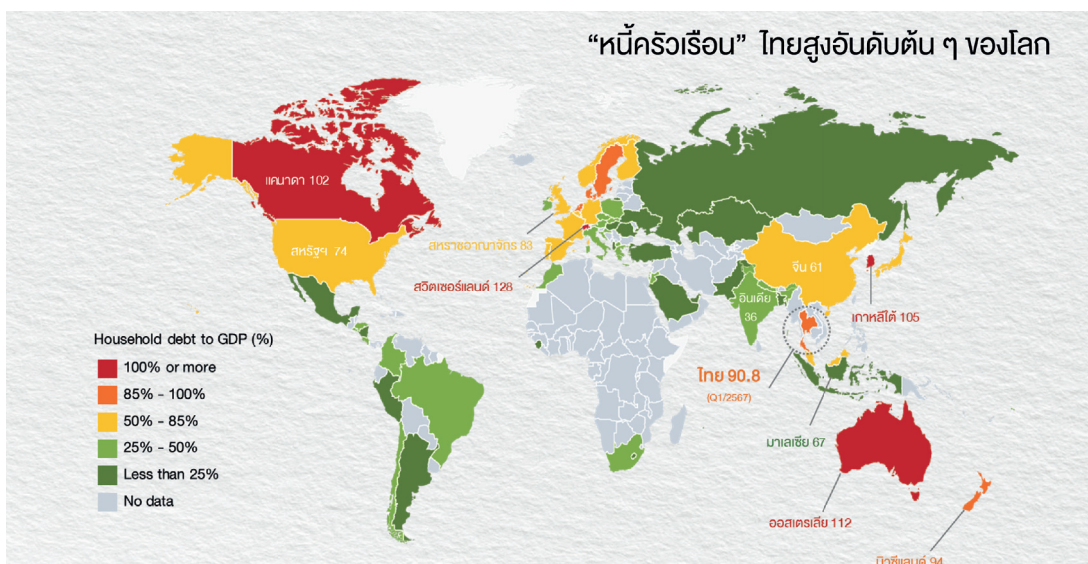
บทความนี้ เป็นการอภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงแนวทางแก้ไข
ปัญหาของรัฐ และภาคประชาสังคม อาทิ แนวทางความร่วมมือการลดรายจ่ายครัวเรือน ระหว่าง
ภาคีเครือข่ายต่างๆ เป็นต้น

สถานการณ์และแนวโน้มหนี้ครัวเรือนของไทย

สถานการณ์ “หนี้ครัวเรือน” ของประเทศไทยค่อยๆ ขยับตัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ตั้งแต่ปี 2537-2567 ทั้งสัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP อัตราหนี้เสีย (NPL) และจำนวนหนี้ต่อครัวเรือน ซึ่งปัญหาดังกล่าวเชื่อมโยงกับวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยครัวเรือนไทยได้รับผลกระทบจากวิกฤตต้มยำกุ้งในปี 2540 น้ำท่วมใหญ่ในปี 2554 และวิกฤตโควิด 19 ในปี 2563-65 ซึ่งยังคงส่งผลกระทบมาถึงปัจจุบัน ปัญหาที่ถาโถมมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้รายได้ของประชาชนเติบโตช้า ไม่ทันกับการก่อหนี้ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนในช่วงปลายปี 2566-ต้นปี 2567 หนี้ครัวเรือนได้ขึ้นมาสูงถึงร้อยละ 90.8 ของ GDP (ภาพที่ 1) ทำให้หนี้ครัวเรือนของไทยสูงเป็นอันดับต้นๆ ของโลก โดยมีสัดส่วนสูงกว่าประเทศตลาดเกิดใหม่ เช่น อินเดีย อินโดนีเซีย มาเลเซีย และสิงคโปร์ กับประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา (ภาพที่ 2) ที่สำคัญสัดส่วนหนี้ต่อ GDP ของไทยยังขยายตัวเร็วกว่าหลายประเทศในช่วงสิบปีที่ผ่านมา และส่วนใหญ่เป็นหนี้ครัวเรือนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ จึงเป็นอุปสรรคใหญ่ในการพัฒนาประเทศ



ภาพที่ 1: สัดส่วนหนี้ครัวเรือนของไทยต่อ GDP
ที่มา: ธปท.สภาพัฒนาฯ และเครดิตบูโร ประมวลข้อมูลโดย โสมวัศม์ จันทรัตน์และคณะ (2567)



ภาพที่ 2: สัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ของประเทศต่างๆ
ที่มา: IMF Global Debt Database, (Sep.2023)

แม้ว่า สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้รายงานไว้ว่าหนี้สินครัวเรือนของไทยขยายตัวชะลอลงในไตรมาสสองของปี 2567 โดยมีมูลค่ารวม 16.3 ล้านล้านบาท ขยายตัวร้อยละ 1.3 จากร้อยละ 2.3 ของไตรมาสที่ผ่านมา ทำให้สัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ปรับลดลงจากร้อยละ 90.7 ของไตรมาสก่อน มาอยู่ที่ร้อยละ 89.6 แต่ยังเป็นสัดส่วนที่สูงมาก โดยสูงเป็นอันดับที่ 3 จาก 21 ประเทศในภูมิภาคเอเชีย³ จึงมีคำถามว่า สัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ที่ทยอยปรับลดลงนี้ (หรือเรียกว่า กระบวนการ debt deleveraging) แสดงถึงภาวะหนี้ครัวเรือนของไทยดีขึ้นหรือไม่

ธนาคารไทยพาณิชย์ได้วิเคราะห์ว่า กระบวนการ debt deleveraging เคยเกิดขึ้นมาแล้วอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตั้งแต่ปี 2559 แต่มาสะดุดในช่วงที่เกิดวิกฤตโควิด-19 โดยกระบวนการ debt deleveraging ดำเนินมาอย่างช้าๆ ทำให้สัดส่วนหนี้ครัวเรือนของไทยต่อ GDP ลดลงจาก ณ สิ้นปี 2558 ที่ 85.9% เหลือ 84.1% ในช่วงก่อนเกิดโควิด-19 แต่กระบวนการนี้ต้องหยุดชะงักลงจากการระบาดของโควิด-19 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นประวัติการณ์ที่ 95.5% ณ ไตรมาส 1 ของปี 2564 กระบวนการ Debt deleveraging เริ่มเกิดขึ้นใหม่หลังวิกฤตโควิด-19 คลี่คลาย โดยสัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ลดลงต่อเนื่องเหลือ 89.6% ในไตรมาส 2 ปี 2567 อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่สัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ลดลงมาจากยอดคงค้างหนี้ครัวเรือนที่ขยายตัวลดลงเป็นหลัก เนื่องจากการปฏิเสธสินเชื่อของสถาบันการเงิน จากปัญหาคุณภาพสินเชื่อครัวเรือนในทุกประเภทสินเชื่อ⁴ แม้หนี้ครัวเรือนจะชะลอหรือหดตัวในเกือบทุกประเภทสินเชื่อ ยกเว้นสินเชื่อเพื่อซื้อสังหาริมทรัพย์ที่ยังขยายตัวเล็กน้อยในไตรมาส 2 ปี 2567⁵ ทั้งนี้ สินเชื่อรายย่อยที่มีความอ่อนไหวต่อการปรับขึ้นของอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ มีแนวโน้มผิวนัดชำระหนี้ในอัตราเร่งขึ้นอย่างชัดเจน⁶

หนี้ในระบบ พันธนาคารหนี้ที่น่ากังวล

นอกจากหนี้ครัวเรือนจากสถาบันการเงินแล้ว ครัวเรือนไทยจำนวนมากยังถูกพันธนาการด้วยหนี้ในระบบจำนวนมากที่ไม่สามารถล้มตา อ้าปากและฟื้นตัวได้ จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในปี 2566 พบว่า ครัวเรือนไทยก่อนหนี้ในระบบคิดเป็นมูลค่า 6.7 หมื่นล้านบาท โดยร้อยละ 47.5 เป็นการก่อหนี้เพื่อใช้จ่ายอุปโภคบริโภค สะท้อนให้เห็นถึงการขาดสภาพคล่องของครัวเรือน ทำให้ตกอยู่ในความเสี่ยงวงวนหนี้สินไม่รู้จบ ทั้งการถูกโกงจากสัญญาที่ไม่ชัดเจน และการใช้วิธีการทวงหนี้ที่ผิดกฎหมายและรุนแรง⁷

นัยยะสำคัญที่ส่งผลต่อสภาพคล่องทางการเงินในระดับครัวเรือน มาจากรายได้ที่ไม่สัมพันธ์กับรายจ่าย จากผลกระทบทางการเงินระยะยาวของโควิด-19 โดยลูกหนี้ที่เคยเข้าร่วมโครงการพักชำระค่าบ้าน ค่ารถ ในช่วงโควิด-19 ต้องแบกรับภาระดอกเบี้ยที่เพิ่มสูงขึ้นหลังจากมาตรการผ่อนปรนสิ้นสุดลง ทำให้ไม่สามารถผ่อนชำระคืนเงินต้นต่อสถาบันการเงินได้ ส่งผลต่อเครดิตบูโร และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งเงินทุนในระบบได้อีก สุดท้ายต้องหันไปพึ่งพาหนี้ในระบบจนเป็นลูกหนี้ไม่รู้จบ แม้เศรษฐกิจจะค่อยๆ ฟื้นตัวขึ้นภายหลังวิกฤตโควิด-19 แต่ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกธุรกิจ ขณะที่การเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรม การผลิตและเทคโนโลยี ส่งผลโดยตรงต่อการปิดกิจการและการเลิกจ้างในหลายอุตสาหกรรม แม้ภาพรวมเศรษฐกิจไทยปี 2567 จะดีขึ้นจากปีก่อน โดยได้รับแรงสนับสนุนจากการส่งออกที่กลับมาขยายตัว แต่ด้วยรายได้จากการส่งออกกว่า 90% กระจุยตัวอยู่ในธุรกิจขนาดใหญ่ ขณะเดียวกันภาคการท่องเที่ยวซึ่งส่วนใหญ่ขับเคลื่อนจากธุรกิจขนาดเล็ก มีการกระจุกตัวในบางพื้นที่เท่านั้น ทำให้ผู้ประกอบการขนาดเล็กและขนาดกลาง ซึ่งมีการจ้างงานมากถึง 71% ของแรงงานทั่วประเทศ มีแนวโน้มฟื้นตัวช้า ซึ่งกระทบต่อรายได้ของแรงงานไทยจำนวนมาก ส่งผลให้ครัวเรือนบางส่วนอาจต้องกู้ยืมเงินเพิ่มเติมเพื่อทดแทนสภาพคล่องที่หายไป

ผลกระทบของปัญหาหนี้ครัวเรือน

จากการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปี 2566 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชี้ให้เห็นว่า ครัวเรือนไทยกำลังเผชิญปัญหาการเงินรุนแรงขึ้น สาเหตุหลักมาจากครัวเรือนกลุ่มรายได้ต่ำมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เมื่อเทียบกับปี 2564 ขณะที่ครัวเรือนกลุ่มรายได้ปานกลางก็เริ่มเผชิญปัญหารายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายมากขึ้น ทำให้ครัวเรือนเหล่านี้ขาดภูมิคุ้มกันในการรองรับเหตุการณ์เลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น หากถูกเลิกจ้าง หรือค่าจ้างถูกปรับลดลง นอกจากครัวเรือนจะลดการบริโภคแล้ว ยังอาจส่งผลให้ครัวเรือนผิวนัดชำระหนี้ สร้างความเสี่ยงให้กับระบบสถาบันการเงินหรือผู้ให้กู้ยืม และในกรณีเลวร้ายหากเกิดการผิวนัดชำระหนี้ในวงกว้าง ระบบการเงินอาจได้รับความเสียหายไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ ซึ่งจะกระทบกิจกรรมทางเศรษฐกิจรุนแรง และอาจนำไปสู่วิกฤตเศรษฐกิจได้ในที่สุด ภาระหนี้จึงกลายเป็นปัจจัยฉุดรั้งการบริโภคและการฟื้นตัวของเศรษฐกิจ มองไปข้างหน้า แม้รายได้ของครัวเรือนจะมีแนวโน้มทยอยฟื้นตัวตามเศรษฐกิจ แต่คาดว่าภาระหนี้ที่สูงยังคงเป็นปัจจัยฉุดรั้งเศรษฐกิจต่อไป เนื่องจากครัวเรือนจำเป็นต้องนำรายได้ที่เพิ่มขึ้นไปชำระหนี้ที่มีอยู่เดิมก่อน ทำให้ไม่สามารถใช้จ่ายได้อย่างเต็มที่

ธนาคารไทยพาณิชย์ วิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับภาพรวมเศรษฐกิจเอาไว้ 2 กรณี ที่มีความแตกต่างกันมาก เช่น กรณีที่ 1 ระบบเศรษฐกิจโตมาก หนี้เพิ่มขึ้นช้า รายได้ครัวเรือนจะฟื้นตัว การปล่อยสินเชื่อครัวเรือนจะดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง เพราะครัวเรือนมีแนวโน้มสามารถชำระหนี้ได้ในอนาคต ซึ่งจะช่วยประคับประคองการบริโภคและการลงทุนของภาคครัวเรือน และทำให้เศรษฐกิจในภาพรวมขยายตัวได้อย่างยั่งยืน⁹ กรณีที่ 2 ระบบเศรษฐกิจโตช้า รายได้ครัวเรือนฟื้นตัวช้าต่อเนื่อง สถาบันการเงินระมัดระวังการปล่อยสินเชื่อใหม่ให้ภาคครัวเรือน ภาวะสินเชื่อหดตัวนี้จะส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังการบริโภคและการลงทุน ส่งผลต่อเศรษฐกิจโดยรวมในที่สุด กลไกนี้จะเกิดเป็นวัฏจักรของการแก้ไขปัญหาหนี้สินครัวเรือนจะทำให้ยากขึ้น¹⁰ สถานการณ์ของไทยในปัจจุบันเริ่มคล้ายกรณีที่ 2 กระบวนการลดหนี้เกิดจากการลดลงของสินเชื่อมากกว่าการเติบโตของรายได้ เศรษฐกิจไทยอาจถูกแรงกดดันจากการปล่อยสินเชื่อที่ลดลง และนำไปสู่การชะลอตัวของเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ยังทำให้การปรับโครงสร้างหนี้เก่าเป็นไปได้ยากขึ้น เนื่องจากปัญหาความสามารถในการชำระหนี้ของครัวเรือนไม่ดีขึ้น

ผลกระทบของหนี้ครัวเรือนต่อบุคคลพื้นฐานที่สุดคือ การส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงถ้ายังชำระหนี้ไม่หมดหรือมีหนี้สินล้นพ้นตัวส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต สุขภาพกายและความสัมพันธ์ต่อบุคคลรอบข้าง และอาจส่งผลกระทบต่อเป็นปัญหาในระดับสังคม เช่น ภาวะที่คนรุ่นใหม่ไม่ต้องการมีลูก เนื่องจากแบกรับภาระค่าใช้จ่ายไม่ไหว ซึ่งปัญหานี้จะยิ่งซ้ำเติมต่อโครงสร้างประชากรไทย ซึ่งมีแนวโน้มผู้สูงอายุมากขึ้นแซงทุกช่วงวัย กลายเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยผู้สูงอายุ ที่มีสวัสดิการรองรับไม่พอเพียง

นโยบายและมาตรการของรัฐในการแก้ปัญหาหนี้ครัวเรือน

หากดูนโยบายแก้หนี้ในอดีตที่ผ่านมา หลายรัฐบาลใช้นโยบายที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เช่น

ยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร (2544-2549) ประกาศ “โครงการพักชำระหนี้เกษตรกร” ให้เกษตรกรพักชำระหนี้กับ ธ.ก.ส. เป็นเวลา 3 ปี และมี “กองทุนหมู่บ้าน” ที่จัดสรรเงินหมู่บ้านละ 1 ล้านบาท เพื่อเป็น “แหล่งทุน” ให้ชาวบ้านกู้ยืมไปประกอบอาชีพ แต่หลายกองทุนประสบปัญหา “หนี้เสีย” และบางแห่งถึงขั้น “ล้มละลาย”



รัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (2551-2554) เผชิญกับ “วิกฤตแฮมเบอร์เกอร์” ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั่วโลก ใช้มาตรการ “พักชำระหนี้” และ “ปรับโครงสร้างหนี้” เพื่อช่วยประชาชนและวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (หรือที่เรียกว่า ธุรกิจ SMEs) แต่สิ่งที่น่าสนใจคือ รัฐบาลชุดนี้เริ่มให้ความสำคัญกับ “การเพิ่มความยืดหยุ่น” ในการชำระหนี้มากกว่าการ “ยกเว้น” หรือ “ปลดหนี้” แบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งอาจเป็นแนวทางที่ยั่งยืนกว่า แต่ก็มีข้อจำกัดด้วยวงเงินงบประมาณที่จำกัด

รัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (2554-2557) ใช้ “โครงการสินเชื่อเกษตรกร” ที่ให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ และ “โครงการคลินิกแก้หนี้” ที่พยายามจะเป็น “ศูนย์กลาง” ในการประสานงานระหว่างลูกหนี้กับสถาบันการเงิน แต่ปัญหาที่พบคือ การขาด “ความโปร่งใส” ในการบริหารโครงการ และการ “เข้าไม่ถึง” กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการความช่วยเหลือจริงๆ



รัฐบาลประยุทธ์ จันทร์โอชา (2557-2566) เผชิญกับ “วิกฤตโควิด-19” จึงกำหนดให้ปี 2565 เป็นปีแห่งการแก้หนี้ครัวเรือน ครอบคลุมลูกหนี้สินเชื่อประเภทต่างๆ อาทิ สินเชื่อบุคคล สินเชื่อบ้าน สินเชื่อธุรกิจ สินเชื่อภาคการเกษตร นาโนไฟแนนซ์ รวมถึงลูกหนี้บัตรเครดิต ตลอดจนบริการให้คำปรึกษาแก้ปัญหานี้ อย่างยั่งยืน ผ่าน 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

- (1) แก้ไขปัญหานี้สินที่มีอยู่เดิม เจาะจงกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ลูกหนี้ กยศ. ลูกหนี้สถาบันการเงิน ลูกหนี้เข้าซื้อ ลูกหนี้ข้าราชการ ลูกหนี้บัตรเครดิตและสินเชื่อส่วนบุคคล และผู้ที่ประสบปัญหาการเข้าถึงแหล่งเงินทุน
- (2) สร้างรายได้ ผ่านการให้สินเชื่อเพื่อประกอบอาชีพเพิ่มเติม สินเชื่อดอกเบี้ยต่ำผ่านสถาบันการเงิน เฉพาะกิจ
- (3) สร้างภูมิคุ้มกัน ด้วยการสร้างทักษะทางการเงิน (financial literacy) เป้าหมายครอบคลุมทุกช่วงวัย สร้างความตระหนักรู้ สร้างทักษะ และสร้างระบบนิเวศด้านการพัฒนาทักษะทางการเงิน¹⁰ นอกจากนี้ ยังมีโครงการแก้หนี้ที่เป็นรูปธรรม 3 โครงการ ได้แก่ คลินิกแก้หนี้ สำหรับหนี้เสียบัตรเครดิต สินเชื่อส่วนบุคคลไม่มีหลักประกัน และทางด่วนแก้หนี้สำหรับหนี้ทุกประเภท

รัฐบาลเศรษฐา ทวีสิน (2566) แลลงจะแก้หนี้ทั้งระบบ โดยยกเป็นระเบียบวาระแห่งชาติช่วงปลายปี 2566 ผ่านลูกหนี้ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีรายได้ประจำ แต่มีภาระหนี้จำนวนมาก จนเกินศักยภาพในการชำระคืนหนี้ กลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน ทำให้การชำระคืนหนี้ไม่ต่อเนื่อง และกลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่เป็นหนี้เสีย คงค้าง เป็นระยะเวลานาน รูปแบบการช่วยเหลือ โดยมีการพักชำระหนี้เพื่อผ่อนปรนภาระเป็นการชั่วคราว สำหรับบางกลุ่ม¹¹



รัฐบาลแพทองธาร ชินวัตร (2567-2568) โดยนโยบายแรกรัฐบาลจะผลักดันให้เกิดการปรับโครงสร้างหนี้สินทั้งระบบ โดยเฉพาะกลุ่มสินเชื่อบ้านและรถ ช่วยเหลือลูกหนี้ทั้งในระบบและนอกระบบ ภายใต้ปรัชญาที่จะไม่ขัดต่อวินัยทางการเงิน และไม่ทำให้เกิดภาวะภัยต่อศีลธรรม (moral hazard) ของผู้มีภาระหนี้สิน ควบคู่กับการเพิ่มความรู้ทางการเงินและส่งเสริมการออมในรูปแบบใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยจะดำเนินนโยบายผ่านสถาบันการเงินเฉพาะกิจของรัฐ ธนาคารพาณิชย์ และบริษัทบริหารสินทรัพย์ ทั้งนี้มาตรการ “คุณสู้เราช่วย” เป็นโครงการที่ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก คือ มาตรการที่ 1 “จ่ายตรง คงทรัพย์” เป็นการช่วยเหลือลูกหนี้สินเชื่อบ้าน รถ และวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ที่มีวงเงินหนี้ไม่สูงมาก ให้สามารถรักษาทรัพย์สินที่เป็นหลักประกันทั้งบ้าน รถ และสถานประกอบการไว้ได้ โดยเป็นการปรับโครงสร้างหนี้แบบลดค่างวดและลดภาระดอกเบี้ย โดยค่างวดที่จ่ายจะนำไปตัดเงินต้น¹² มาตรการที่ 2 “จ่าย ปิดจบ” เป็นการช่วยลูกหนี้รายย่อยที่มีหนี้เสียและยอดหนี้ไม่สูง ผ่านการปรับโครงสร้างหนี้แบบผ่อนปรนเพื่อเปลี่ยนสถานะจากหนี้เสียเป็นปิดจบหนี้ ลูกหนี้จะได้รับการปรับโครงสร้างหนี้แบบผ่อนปรน โดยลูกหนี้จะชำระหนี้บางส่วน เพื่อให้สามารถจ่ายและปิดจบหนี้ได้เร็วขึ้น¹³

จะเห็นว่ามาตรการแก้หนี้ของทุกรัฐบาลยังคงเน้นที่การแก้ปัญหาที่ตัว “หนี้” เป็นหลัก หลายมาตรการคือการบรรเทาลูกหนี้ในระยะสั้น เช่น มาตรการพักหนี้ ปรับโครงสร้างหนี้ การเข้าถึงสินเชื่อก้อนใหม่ในอัตราดอกเบี้ยที่ถูกลง ไม่ว่าจะเป็นการแก้ปัญหาหนี้นอกระบบหรือในระบบ แต่ความแตกต่างของมาตรการในยุคของพลเอกประยุทธ์ฯ กับนายเศรษฐาฯ และนางสาวแพทองธารฯ คือ รัฐบาลประยุทธ์ฯ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมแหล่งสินเชื่อสำหรับการพัฒนาอาชีพ ให้ความรู้ทางการเงิน และมีคลินิกแก้หนี้ ขณะที่ยุคนายเศรษฐาฯ พุ่งเป้าหวังผล คือพยายามแก้ไขในระดับสัญญาที่มีผลเชิงกฎหมาย เช่น การยกเลิกผู้ค้ำประกัน หนี้ยกยศ. การเปลี่ยนลำดับการตัดชำระหนี้ กำหนดดอกเบี้ยเช่าซื้อรถยนต์ และค่าติดตามทวงถามหนี้ ขณะที่มาตรการคุณสู้เราช่วย ในยุคแพทองธารฯ ถูกตั้งคำถามว่า การช่วยเหลือลูกหนี้ในลักษณะนี้อาจส่งผลให้เกิดหนี้เสียมากขึ้น และสร้างความบิดเบี้ยวให้กับวินัยในการใช้หนี้หรือไม่

นายอนุสรณ์ ธรรมใจ คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้า วิเคราะห์ว่า มาตรการพักหนี้ที่ทำกันมาเกือบทุกรัฐบาลทำได้เพียงแค่บรรเทาปัญหาวิกฤตหนี้สินครัวเรือน แต่ไม่ได้แก้ปัญหาที่รากฐานแห่งการเป็นหนี้ หากดำเนินการไม่รัดกุมและใช้มาตรการแบบนี้บ่อยๆ จะทำให้เกิดภัยอันตรายทางศีลธรรม ในระบบการเงินมากขึ้นเรื่อยๆ และจะสะสมความเสี่ยงของการเกิดวิกฤตของระบบสถาบันการเงินในอนาคต สิ่งที่ทุกรัฐบาลไม่สามารถทำได้ คือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจ เพื่อให้ระดับครัวเรือนมีขีดความสามารถในการชำระหนี้คืนได้ ด้วยการมีรายได้ที่มากขึ้นโดยแสดงทัศนะว่า

“มาตรการแก้หนี้สินนั้นต้องกระจายรายได้ และกระจายผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้เป็นธรรม สร้างโอกาสการทำงานด้วยรายได้สูงให้กับประชาชน ธุรกิจอุตสาหกรรมต้องสามารถเพิ่มมูลค่าด้วยความรู้และนวัตกรรม แปรรูปผลิตภัณฑ์ให้มีราคาและมูลค่าสูงขึ้น”¹⁴

ซึ่งเรื่องนี้นักวิชาการส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า เป็นโจทย์ใหญ่ของภาครัฐที่ต้องทำ หากจะแก้ปัญหาหนี้ครัวเรือนไม่ให้เกิดกลับมาอีกซ้ำ แม้ว่าหลายกิจการเกิดภาวะขาดแคลนแรงงาน แต่รายได้จากการจ้างงานไม่ปรับเพิ่มมากนัก ส่วนการปรับลดเพดานดอกเบี้ยก็อาจไม่ใช่การแก้ปัญหที่ตรงจุดนัก เนื่องจากสถาบันการเงินจะไม่ปล่อยกู้หากมีความเสี่ยง เท่ากับผลทำให้ผู้มีรายได้น้อยและฐานะการเงินอ่อนแอต้องไปกู้เงินนอกระบบแทนทางด้าน ดร.ณณริฏ พิศลยบุตร นักวิชาการอาวุโส สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ระบุว่า นโยบายของรัฐบาลในเรื่องแก้หนี้ “ยังไปไม่สุด” ส่วนที่ขาดหายไปเป็นเรื่องการสร้างวินัย การสร้างความเข้าใจถึงความเสี่ยงในการก่อหนี้ ซึ่งรัฐควรส่งเสริมเรื่องนี้เข้าไปด้วย¹⁵

แนวคิดต่อการแก้ปัญหาหนี้ครัวเรือน

ปัญหาหนี้ครัวเรือนไม่ใช่ปัญหาในระดับปัจเจก แต่ส่งผลต่อสังคมและประเทศชาติโดยรวม และการก่อหนี้ไม่ได้เกิดจากปัจจัยเดียว จากพฤติกรรมใช้จ่ายเกินตัวเท่านั้น แต่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องล้วนเป็นสมการที่สำคัญ ดังนั้นการแก้ปัญหา จึงต้องทำแบบครบวงจร ทั้งก่อนเป็นหนี้ ขณะเป็นหนี้ และเมื่อหนี้มีปัญหา โดยต้องร่วมมือกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ-เจ้าหน้าที่-ลูกหนี้-ภาคเอกชนและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ

สำหรับลูกหนี้ ต้องมีวินัยทางการเงิน เช่น สำรองสถานะทางการเงิน ความจำเป็นในการก่อหนี้ของตนเอง เป็นหนี้ให้ช้า เป็นหนี้ให้น้อย เป็นหนี้ให้ยาก ใช้เงินกู้ให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ชำระหนี้อย่างมีวินัย จ่ายคืนตรงเวลา และสำรวจรายรับรายจ่าย หากต้องขอปรับปรุงโครงสร้างหนี้ ก็ควรปฏิบัติตามเงื่อนไขใหม่อย่างมีวินัย

สำหรับเจ้าหน้าที่ ปลดปล่อยสินเชื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการชำระหนี้ของลูกหนี้ และไม่กระตุ้นให้ลูกหนี้ก่อหนี้เกินจำเป็น ให้ข้อมูลเพียงพอต่อการตัดสินใจ สร้างแรงจูงใจให้ลูกหนี้ที่ดีให้ชำระหนี้ได้เร็วขึ้น เช่น ลูกหนี้ดีได้รับดอกเบี้ยลดลง เหมาะกับความเสีย มีกลไกแก้หนี้สำหรับลูกหนี้ที่เริ่มมีปัญหาชำระหนี้ เช่น ปรับโครงสร้างหนี้ให้สอดคล้องกับรายได้ที่ลดลงของลูกหนี้

สำหรับภาครัฐ ยกระดับการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน แก้ปัญหาการจัดเก็บรายได้ของรัฐและกำหนดระบบรัฐสวัสดิการที่เหมาะสมยกระดับความเชื่อมโยงของข้อมูลในประเทศ เพิ่มการเข้าถึงสินเชื่อของคนกลุ่มต่างๆ อย่างเหมาะสม ประมวลข้อมูลรายได้และข้อมูลพฤติกรรมชำระหนี้ของลูกหนี้ ยกระดับตัวช่วยลูกหนี้ทั้งในแง่กฎหมาย และบุคคล/เครือข่าย เช่น ปรับปรุงกฎหมายล้มละลาย/ฟื้นฟู และพัฒนาระบบเครือข่ายคนช่วยแก้หนี้ ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดวินัยทางการเงินและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของลูกหนี้ ยกระดับสถาบันการเงินให้ปล่อยสินเชื่อด้วยความรับผิดชอบ และครบวงจร ครอบคลุมทุกประเภทหนี้ สิ่งภาครัฐที่ไม่ควรทำ คือ พักชำระหนี้เป็นวงกว้างเป็นเวลานาน เพราะจะส่งผลให้ลูกหนี้มีการระดมดอกเบี้ยเพิ่มตลอดช่วงพักชำระหนี้ และลูกหนี้อาจเสียวินัยทางการเงินได้ เพราะชินกับการไม่ต้องจ่ายหนี้ อีกทั้งทำให้สถาบันการเงินมีสภาพคล่องไม่พอปล่อยสินเชื่อใหม่ เพื่อช่วยเหลือลูกหนี้รายอื่น และไม่ควรลบหรือแก้ประวัติข้อมูลเครดิตของลูกหนี้ เพราะจะทำให้สถาบันการเงินไม่มีประวัติผู้กู้จึงอาจไม่กล้าปล่อยสินเชื่อ หรือหากปล่อยก็จะคิดดอกเบี้ยในอัตราสูง ทำให้ลูกหนี้เข้าถึงสินเชื่อในระบบได้ยากขึ้น¹⁶

ภาคประชาสังคมกับโมเดลแก้หนี้ระดับชุมชน

นอกเหนือจากการแก้ปัญหาหนี้ในระดับมหภาคแล้ว ภาคประชาสังคมอาจศึกษา การแก้ปัญหาหนี้ในระดับชุมชน ที่มีโมเดลที่เป็นรูปธรรมและสำเร็จมาแล้วไม่น้อย โดยเฉพาะในรูปแบบของสหกรณ์ออมทรัพย์ชุมชน เช่น ศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงบ้านหนองเอะ-หนองลิม อ.ตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี เริ่มต้นจากการรวมกลุ่มสร้างระบบบริหารจัดการเงินฝากออมทรัพย์ที่เข้มแข็ง สร้างอาชีพรายได้ให้สมาชิกเพื่อให้มีรายได้ที่เพียงพอในการใช้จ่ายและออมได้สม่ำเสมอ มีแหล่งเงินทุนที่เข้าถึงได้ในยามฉุกเฉิน เร็ว และมีอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ และใช้ระบบความสัมพันธ์ในการติดตามสถานะทางการเงินในระดับครัวเรือน หากโมเดลลักษณะนี้ได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลก็จะเสริมความเข้มแข็งของระบบสินเชื่อในชุมชนได้ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้านที่ไม่ได้มีเครดิตที่จะเข้าถึงสถาบันการเงินได้ และยังช่วยลดการกู้ยืมในระบบได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีโมเดลแก้หนี้เฉพาะ “เกษตรกร” ซึ่งมีหลายโมเดลที่ดำเนินการอยู่ในหลายพื้นที่ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการแก้ปัญหา คือ ลดรายจ่าย มีรายได้สม่ำเสมอ และมีเงินออม ผ่าน 4 โมเดลซึ่งเสนอโดย ดร.รุ่งทอง ธรรมานนท์ นักวิชาการอิสระ ดังนี้

- 1 โมเดลที่หนึ่ง ‘เน้นการปรับวิถีคิดและวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดหนี้ที่แท้จริง’ ผ่านการทำบัญชีครัวเรือน มุ่งเน้นการปลดหนี้ โดยในช่วงเวลา 1-3 ปีจะไม่มีการเพิ่มหนี้ก้อนใหม่ และ ‘ลดต้นทุน’ เช่น การเปลี่ยนมาใช้สารอินทรีย์ที่สามารถปลูกได้ในพื้นที่แทนสารเคมี ‘ลดรายจ่าย’ ด้วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัวและเพิ่มรายรับ ‘ต่อยอดรายได้เสริม’ ด้วยแนวคิดการทำเกษตรแบบสร้างรายได้รายวันแทนรายได้ตามฤดูกาล เช่น การปลูกพืชแบบผสมผสาน หลังฤดูปลูกข้าว ปลูกพืชนอกฤดู หรือปลูกพืชตามบริบทพื้นที่ของตัวเอง ที่สำคัญคือ ต้องลงมือปฏิบัติในทันที พร้อมติดตามเพื่อเป้าหมายของการปลดหนี้ สร้างระบบเครือข่ายแบบกลุ่มเพื่อเปิดโลกทัศน์ และช่วยกันหาทางออกของการเป็นหนี้
- 2 โมเดลที่สอง ‘เน้นการลดรายจ่ายครัวเรือน’ แก้ปัญหาด้วยการพึ่งพาทรัพยากรที่ตัวเองมีอยู่และสามารถทำได้ เช่น ปลูกพืชผักกินเอง ผลิตสบู่ ยาสระผม น้ำยาอเนกประสงค์ รวมไปถึงมีวินัยในการชำระหนี้ และไม่สร้างหนี้เพิ่ม
- 3 โมเดลที่สาม ‘มุ่งสร้างเงินออม’ เช่น การสร้างรายได้เสริม หรือมีอาชีพที่สองตามความถนัด สำหรับเป็นบัญชีเงินออมแบบรายปี
- 4 โมเดลที่สี่ ‘เน้นการสร้างวินัยในการชำระหนี้’ ด้วยการแบ่งรายได้ส่วนหนึ่งไปชำระหนี้ให้ได้ แม้ว่ารายได้จะมากหรือน้อยก็ตาม ด้วยการหาอาชีพเสริม เพื่อให้เกิดรายได้และนำไปแบ่งชำระหนี้ในทันที

ขณะที่ ดร.โสภณ สุเมธรัตน์ สถาบันวิจัยเศรษฐกิจ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ธนาคารแห่งประเทศไทย เห็นว่า ระบบการวางแผนด้านการเงินที่ดีจะมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้เกษตรกรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ รวมทั้ง ‘ส่งเสริมให้เกิดการออม’ การทำบัญชีครัวเรือน การทำประกันภัยต่างๆ เช่น การประกันภัยข้าวนาปี และการทำประกันชีวิต อาทิ ประกันชีวิตคุ้มครองเงินกู้ ประกันชีวิตแบบออมทรัพย์ เป็นต้น โมเดลการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเป็นทางออกนี้ ชาวนาได้จริงนั้นคือ เกษตรกรเองจะต้องมีความรอบรู้ มีการศึกษาเพิ่มเติมจากการทำกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ จากทางภาครัฐ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มศักยภาพของตัวเองอย่างต่อเนื่อง เน้นลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ สามารถลุกขึ้นมาจัดการกับปัญหาการเงินของตัวเองได้ ประกอบกับการเลือกใช้นโยบายต่างๆ ของภาครัฐมาเป็นตัวเสริม เพื่อช่วยปลดหนี้ในที่สุด¹⁷



บทส่งท้าย

ปัญหานี้ครัวเรือนเป็นปัญหาใหญ่ที่เหนียวรั้งการพัฒนาทางเศรษฐกิจของไทย และเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่กัดกร่อนคุณภาพชีวิตของคนไทย แม้ว่ารัฐบาลที่ผ่านมาจะพยายามแก้ปัญหาโดยกำหนดมาตรการต่างๆ มากมาย เช่น การพักหนี้ ลดหนี้ ยืดหนี้ ขอความร่วมมือกับสถาบันการเงินเพื่อช่วยลูกหนี้ที่มีศักยภาพ แต่การแก้ปัญหาต่างๆ ล้วนเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ปัญหานี้ครัวเรือนเกี่ยวกันโดยตรงกับเศรษฐกิจมหภาคของประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ตลาดในประเทศไม่เติบโต แรงงานขาดแคลน และโครงสร้างอุตสาหกรรมของประเทศตกยุค ไม่สามารถยกระดับเทคโนโลยีและการลงทุนไปสู่อุตสาหกรรมสมัยใหม่ในยุคดิจิทัลได้ ทำให้เศรษฐกิจจะล่อตัวลง กระทบการจ้างงานและการเพิ่มขึ้นของรายได้ของประชาชน เมื่อรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ครัวเรือนต่างๆ จึงก่อหนี้เพิ่มขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่งปัญหานี้ก็เป็นผลมาจากการขาดวินัยทางการเงิน และการไม่สามารถปรับตัวของประชาชนให้เพิ่มพูนทักษะใหม่ๆ และพัฒนาตนเองเพื่อเป็นที่ยต้องการของตลาดแรงงานด้วย

ดังนั้นการแก้ปัญหาหนี้ครัวเรือนจำเป็นต้องปรับกระบวนการของรัฐเพื่อกำหนดนโยบายเศรษฐกิจที่มุ่งสร้างรายได้ให้กับประชาชน เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และทักษะแรงงาน และกระจายการลงทุนไปยังพื้นที่ต่างๆ เพื่อยกระดับรายได้ของประชาชน อีกทั้งเพิ่มโอกาสให้คนกลุ่มต่างๆ เข้าถึงสินเชื่อมากขึ้น โดยไม่เป็นการขัดต่อวินัยทางการเงิน เช่น ใช้กลไกสหกรณ์ออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน และกลุ่ม/องค์กรในชุมชนต่างๆ ในการขยายสินเชื่อ นอกเหนือจากการอัดฉีดสภาพคล่องให้กับสถาบันการเงิน โดยมีเป้าหมายให้เกิดผลในเรื่อง “การลดรายจ่าย มีรายได้สม่ำเสมอ และมีเงินออม” สำหรับครัวเรือนทั่วไทย

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. ยกย่องหมอสงวน เป็นรัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์



ที่มา: <https://www.gotoknow.org/posts/498802>

เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2567 มูลนิธิมิตรภาพบำบัด ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดงาน “รำลึก 16 ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” เพื่อยกย่องเชิดชู นายแพทย์สงวนฯ มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ทฤษฎีสถิตนิยมเชื่อมโยงมาเป็นยุทธศาสตร์หลักในการผลักดัน โดยใช้การสร้างองค์ความรู้เชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนทางสังคมและเชื่อมโยงกับภาคการเมือง¹ ในโอกาสนี้ นายเศรษฐา ทวีสิน นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้กล่าวไว้อาลัยแด่ นายแพทย์สงวนฯ **รัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย** จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สู่ 30 บาทรักษาทุกคน²

นายแพทย์สงวนฯ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จากนั้นได้เริ่มต้นอาชีพแพทย์ในชนบท ต่อมาได้เป็นประธานชมรมแพทย์ชนบท และเป็นผู้ร่วมก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท โดยเป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวทางสังคมของแพทย์ชนบทมากที่สุดคนหนึ่ง ก่อนจะก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งสำคัญในกระทรวงสาธารณสุข และเป็นเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) คนแรก โดยได้เป็นผู้ริเริ่มและผลักดันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียม³ มีโดยบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน

มรดกที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มอบให้กับประเทศไทย นอกจาก ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นมรดกที่สำคัญที่สุดที่นายแพทย์สงวนได้มอบให้กับคนไทยแล้ว ท่านยังสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ทำงานด้านสาธารณสุขคนอื่น ๆ ในการทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชน และเป็นแบบอย่างที่ดี ของบุคคลที่เสียสละเพื่อส่วนรวมและประเทศชาติอีกด้วย แม้ว่านายแพทย์สงวนฯ จะจากไปแล้ว แต่ผลงานของท่านยังคงเป็นแรงบันดาลใจให้คนรุ่นหลังในการทำงานเพื่อพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป ภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุขจึงได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อรำลึกถึงท่าน อาทิ

- วันที่ 18 มกราคม ของทุกปี (วันครบรอบการเสียชีวิต) ได้มีการจัดกิจกรรมรำลึกถึงคุณูปการของนายแพทย์สงวนในวงการสาธารณสุขไทย

- การตั้งชื่อห้องประชุมและอาคาร มีการตั้งชื่อห้องประชุมสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- การมอบรางวัลและทุนการศึกษา ให้บุคคลหรือองค์กรที่มีผลงานดีเด่นด้านสาธารณสุขหรือส่งเสริมระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- กิจกรรมเชิงวิชาการ การประชุมวิชาการและสัมมนา ด้านระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การผลิตสื่อสารคดีและหนังสือ

ทั้งนี้ ในงาน “รำลึก 16 ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” ได้มีเสวนา “ไปให้ถึง SAFE ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทุกคนบนแผ่นดินไทย” โดยก้าวต่อไปของหลักประกันสุขภาพไทยคือ SAFE หรือ sustainability, adequacy, fairness และ efficiency โดยตอบโจทย์ sustainability ด้วยการพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ เน้นที่การส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว ตอบโจทย์ adequacy หรือความเพียงพอด้วยนโยบาย กทม. 50 เขต 50 โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในเขตเมือง การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต มีแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลใกล้บ้าน การดูแล บำบัด รักษาผู้ติดยาเสพติดครบวงจร ในเรื่อง fairness ให้ความสำคัญกับพื้นที่ชายแดนและพื้นที่เฉพาะ ตลอดจนสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุข ส่วนเรื่อง Efficiency ก็จะเน้นการใช้จ่ายงบประมาณต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ด้วยการปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการในระดับเขตสุขภาพ เริ่มนำร่องการจัดบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) ในเขตสุขภาพ ตลอดจนปรับปรุงการจัดทำบัญชีต้นทุนสถานพยาบาล เป็นต้น

2. ขบวนการแพทย์ชนบทไทยได้รับรางวัลแมกไซไซ

เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2567 มูลนิธิรามอนแมกไซไซ แห่งประเทศฟิลิปปินส์ ได้ทำพิธีประกาศ มอบรางวัลรามอนแมกไซไซ (Ramon Magsaysay Award) ครั้งที่ 66 ให้กับผู้มีผลงานดีเด่นต่อมนุษยชาติในทวีปเอเชีย โดยผู้ที่มีผลงานดีเด่นดังกล่าว ได้แก่ Karma Phuntsho จากภูฏาน Miyazaki Hayao จากญี่ปุ่น Nguyen Thi Ngoc Phuong จากเวียดนาม Farwiza Farhan จากอินโดนีเซีย และขบวนการแพทย์ชนบทจากประเทศไทย โดยมูลนิธิรามอนแมกไซไซ อาจเรียกได้ว่าเป็น Nobel Peace Prize of Asia โดยเริ่มให้รางวัลมาตั้งแต่ปี 1957 เพื่อระลึกถึงคุณความดีและความตั้งใจของอดีตประธานาธิบดีรามอน แมกไซไซ ที่มอบให้แก่บุคคลหรือองค์กรที่ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมในทวีปเอเชีย ทั้งนี้ ขบวนการแพทย์ชนบทของไทยได้มีบทบาทขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยมาอย่างต่อเนื่องกว่าครึ่งศตวรรษ 48 ปี โดยกลไกสำคัญ 4 องค์การ คือ ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และกลุ่มสามพราน โดยผลงานที่เป็นที่ประจักษ์เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล คือการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย และการเฝ้าระวังป้องกันการคอร์รัปชัน¹ รางวัลแมกไซไซจึงถือเป็นพลังขับเคลื่อนที่สร้างแรงบันดาลใจครั้งสำคัญให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ที่ผ่านมามีประเทศไทยมีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับรางวัลแมกไซไซแล้วจำนวน 24 ท่าน/องค์กร อาทิ กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ศ.นพ. ประเวศ วะสี ศาสตราจารย์กฤษฎา ไกรสินธุ์

ต่อมา ในวันที่เสาร์ที่ 16 พฤศจิกายน 2567 ผู้แทนของขบวนการแพทย์ชนบทไทย 4 ท่าน คือ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ และ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ได้เดินทางไปรับรางวัลแมกไซไซ ณ Ramon Magsaysay Auditorium ที่ประเทศฟิลิปปินส์ โดยมีตัวแทนขบวนการแพทย์ชนบทไปร่วมเป็นสักขีพยานและร่วมแสดงความยินดี ประมาณ 30 คน ทั้งนี้ นับเป็นครั้งแรกในรอบ 66 ปีแห่งการมอบรางวัล ที่มูลนิธิรามอนแมกไซไซ มอบให้แก่ ขบวนการ (movement) เพราะงานนี้เป็นผลงานของกลุ่มบุคคลจำนวนมาก เป็นพลังร่วมของ “ขบวนการ” ที่นำโดยบรรดาแพทย์หนุ่มสาวและบุคลากรอื่นๆ ทั้งปฏิบัติงานในและนอกชนบทอีกเป็นจำนวนมาก ที่ลงมือ ขับเคลื่อน และเกิดผลประจักษ์จากอดีตยาวนานต่อเนื่องถึงปัจจุบันและอนาคต โดยอาศัยพลังร่วมของภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน อาจเรียกได้ว่าเป็น “ขบวนการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อคนจน”²

โดยในโอกาสนี้ มูลนิธิรางวัลแมกไซไซ ได้เชิญ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นผู้บรรยายสาธารณะ (public lecture) เรื่อง “เส้นทางสู่บริการสาธารณสุขก้าวหน้า ตามวิถีของขบวนการแพทย์ชนบทไทยด้วย

ขบวนการแพทย์ชนบท ได้รับการยกย่องจากความมุ่งมั่นทำงานจนประสบผลสำเร็จในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) **การพัฒนาระบบสาธารณสุขในชนบท** กลุ่มแพทย์ชนบทและบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทำงานอย่างเสียสละในพื้นที่ชนบทที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ เน้นการกระจายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ครอบคลุมถึงคนยากจนในพื้นที่ห่างไกล

(2) **การส่งเสริมความเสมอภาคในระบบสุขภาพ** ช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างเมืองกับชนบท และเป็นตัวอย่างสำคัญของการผลักดัน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) โดยทำงานกับทุกภาคส่วน รวมทั้งภาคประชาสังคมด้วย

(3) **การสร้างเครือข่ายการแพทย์ระดับชุมชน** ขบวนการแพทย์ชนบททำงานร่วมกับหน่วยงานในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชน และมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

(4) **การปกป้องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ** ขบวนการนี้เป็นกระบอกเสียงในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขและต่อต้านการแทรกแซงที่ไม่เหมาะสมของผู้เข้ามาแสวงประโยชน์อันมิชอบในระบบสุขภาพ ดังนั้น ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีบทบาทช่วยสร้างแรงบันดาลใจให้กับเครือข่ายสุขภาพในประเทศต่างๆ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุข การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตผ่านการรักษาและการป้องกันโรค และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยขยายโอกาสการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม³

(จากซ้าย) นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ผู้แทนของขบวนการแพทย์ชนบท เข้าร่วมรับรางวัล ณ ประเทศฟิลิปปินส์



ที่มา: https://theactive.thaipbs.or.th/news/public-health-202411167fbclid=IwY2xjawJsXvleHRuA2FlbQlxMAABHsRN19X-dt_e_JQjCUTHvJUAabmRlY1Y19wVSHMQB8NlRuzD3HrcWpU_h6j_oem_WYwOryRE60v1TVNjRgDLA

3. ยาอดยาบ้าไทย ได้รับรางวัลนวัตกรรมนานาชาติ

ยาอดยาบ้า



ที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2024/07/30970>

ประเทศไทยได้รับรางวัลนานาชาติจากนวัตกรรมทางการแพทย์แผนไทย โดย “ยาทำให้อดฝิ่น ชนิดเม็ดฟู” สำหรับการบำบัดผู้ติดยาเสพติด หรือที่เรียกว่า ยาอดยาบ้า (traditional Thai herbal medicine for methamphetamine addiction) ซึ่งได้ร่วมกันพัฒนาโดย ดร.ภก. ปรีชา หนูทิม ผู้อำนวยการกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร ภูมิธวัชร สันห่วย และ ผศ.ดร.ภญ. มาลีรักษ์ อัคร์สินทอง จากมหาวิทยาลัยพะเยา ได้รับรางวัลพิเศษ (special award) จากสมาคมการประดิษฐ์จากประเทศไต้หวัน (Taiwan invention association) จากนวัตกรรมที่มีศักยภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมนุษย์ และรางวัลเหรียญเงิน (silver Medal) ในงาน The 49th International Exhibition of Inventions Geneva ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เมื่อเดือนเมษายน 2567 รวมถึงรางวัล NRCT Honorable Mention Award จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติด้วย¹

จากการวิจัยในผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับยาอดยาบ้า 519 คน พบว่า ภายใน 7 วัน สามารถลดอาการอยากยาได้ 59.2% ลดอาการอ่อนเพลีย 57.4% ลดอาการนอนไม่หลับ 47.7% ลดอาการปวดศีรษะ 45.9% และลดอาการปวดเมื่อย 32.3% ในปี 2567 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ได้เริ่มนำตัวยา “ยาทำให้อดฝิ่น ชนิดเม็ดฟู” เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ติดยาเสพติดประเภทยา กลุ่มแอมเฟตามีน หรือยาบ้า ซึ่งพัฒนามาจากยาแผนไทย เพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดให้กลับมาเป็นประชากรที่มีคุณภาพ โดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องออกหน่วยให้บริการตรวจ คัดกรอง และจ่ายยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด

ยาอดยาบ้า หรือ ยาช่วยบำบัดการเสพติดยาบ้า เป็นหนึ่งในวิธีที่ใช้ช่วยเหลือนักเสพติดยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ที่มีการถอนยา (withdrawal symptoms) หรือมีความต้องการใช้ยาอย่างรุนแรง ยาเหล่านี้มุ่งเน้นลดผลกระทบจากการเสพติดและฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ยาอดยาบ้า มีความจำเป็น เนื่องจากปัญหาการระบาดของการใช้ยาบ้าในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

และสังคม ทำให้เกิดอาการหลอนประสาท และโรคทางจิตเวช รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาสังคม เช่น ความรุนแรง อาชญากรรม และการเสื่อมคุณภาพชีวิต เมื่อมีการเลิกยา หรือ หยุดใช้ยาบ้า ต้องอาศัยกระบวนการที่เหมาะสม เนื่องจากผู้เสพยาอาจมีอาการถอนยา เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หรือ อายากการกระตุ้น โดย ยาอดยาบ้า มุ่งเน้นที่การบำบัด 3 ด้านหลัก ได้แก่ ลดอาการถอนยา ลดความอยากยา และฟื้นฟูสมอง และระบบประสาท

ทั้งนี้ ยาอดยาบ้าที่ใช้ในประเทศไทย ได้แก่ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepines) ใช้เพื่อลดอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากอาจเกิดการเสพติด ยาฟลูมาเซนิล (Flumazenil) ใช้ในบางกรณีเพื่อลดผลกระทบของการเสพติด ยาช่วยฟื้นฟูสมอง (Nootropics) เช่น Piracetam หรือ Citicoline ช่วยปรับปรุงการทำงานของสมอง วิตามินและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ใช้ฟื้นฟูร่างกาย เช่น วิตามินบีรวม และกรดอะมิโน นอกจากการใช้ยาแล้ว ยังมีกระบวนการบำบัดร่วมกับยา ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดด้านจิตใจและสังคม เช่น การให้คำปรึกษา (counseling) เพื่อแก้ปัญหาเชิงพฤติกรรมและช่วยลดโอกาสการกลับไปเสพยาอีก การบำบัดกลุ่ม (group therapy) เพื่อสร้างแรงสนับสนุนในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน และการฟื้นฟูในชุมชน (community rehabilitation) เพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพในชีวิตด้วย²

อนึ่ง ยาอดยาบ้ามีส่วนประกอบหลักมาจากสมุนไพรไทยหลายชนิด เช่น ยาหอมนวโกฐ ยาขมิ้นชัน และยาสมุนไพรอื่นๆ ซึ่งมีสรรพคุณในการบรรเทาอาการอยากยาและช่วยให้ร่างกายฟื้นตัว โดยช่วยลดอาการอยากยา ลดอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ลดผลกระทบจากยาเคมี มีต้นทุนต่ำ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผลิตจากสมุนไพรธรรมชาติ เป็นการส่งเสริมการใช้ยาแผนไทย ช่วยอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทย จึงควรมีการนำยาอดยาบ้าไปใช้อย่างกว้างขวาง เพื่อช่วยบำบัดและฟื้นฟูผู้เสพยาบ้าที่มีเป็นจำนวนมากในประเทศไทย

4. ผลักดัน กองทุนสุขภาพจิตและจิตเวชดูแลสุขภาพจิตประชาชน

เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รองนายกรัฐมนตรี ได้แถลงหลังประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 ว่า รัฐบาลและคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ให้ความสำคัญในประเด็นการดูแลสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยนโยบายสำคัญ ได้แก่

1 การแก้ปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่นและผู้ที่มีความรุนแรงเองไม่ได้ โดยส่งเสริมเจตคติที่ดี การเคารพสิทธิ ส่งเสริมสถาบันครอบครัว เพิ่มมาตรการป้องกัน ลดสถานที่เสี่ยง บังคับใช้กฎหมาย เน้นการช่วยเหลือมากกว่าลงโทษ และมีมาตรการดูแลช่วยเหลือผู้มีความประพฤติรุนแรง

2 การจัดการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ค้นหา เฝ้าระวังเชิงรุก นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ มาตรการดูแลต่อเนื่อง และส่งกลับชุมชน

3 ปัญหาการข่มขืน กระทำชำเรา การค้นหา เฝ้าระวังเชิงรุก นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา เพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งกลับชุมชน

4 การแก้ปัญหาผู้ติดยาเสพติดและจิตเวช นอกจากจะป้องกันปราบปรามตามมาตรการกฎหมาย บูรณาการในการบำบัด รักษาฟื้นฟู ติดตามหลังจากกลับสู่ชุมชน ลดการเสพยา เพื่อป้องกันการก่อความรุนแรง รวมถึงตั้งกรรมการเพิ่มในส่วนของกรุงเทพฯ เนื่องจาก ปัญหาสุขภาพจิตมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ขณะที่กรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานที่ต้องเข้าไปรองรับการบำบัด ฟื้นฟู ซึ่งต้องใช้งบประมาณมาก แต่ยังไม่มียาเสพติดสำหรับดูแล

กรมสุขภาพจิต เห็นว่า ควรมีการทบทวน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และอนุบัญญัติ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านงบประมาณ ให้เพิ่มหมวดการจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านบุคลากรเสนอให้เพิ่มเติมพนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิตฯ และทบทวนบทบัญญัติ ที่สามารถออกอนุบัญญัติฯ ในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพจิต สำหรับกองทุนสุขภาพจิตดังกล่าว นั้น มีแนวคิดที่จะขอเงินจากการยึดทรัพย์สินในคดีเกี่ยวกับยาเสพติดในสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ซึ่งอาจคิดเป็นร้อยละ 50 ของมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการค้ายาเสพติด เพราะยาเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาใหญ่ที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต

เนื่องจากปัจจุบัน ประเทศไทยประสบปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มสูงขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล เพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต (2565)¹



ที่มา: www.freepik.com

พบว่า ประมาณ 10-15% ของประชากรไทยมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่ต้องได้รับการดูแล แต่ประเทศไทยมีข้อจำกัดในระบบบริการทั้งในด้านมีทรัพยากรและงบประมาณ และบุคลากรด้านจิตเวช เช่น จิตแพทย์ และนักจิตวิทยา ซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ปัญหาจึงส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในด้านผลิตภาพแรงงาน และคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงเกี่ยวพันกับปัญหาสังคมอื่นๆ เช่น การใช้สารเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว และอาชญากรรมด้วย

การจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีบทบาทช่วยสนับสนุนการรักษาและการฟื้นฟู ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลในระยะยาว ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มที่ขาดโอกาส เช่น ผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ หรือผู้ไร้ที่อยู่อาศัย ช่วยส่งเสริมการป้องกันปัญหาจิตเวช โดยการจัดกิจกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น การรณรงค์เรื่องสุขภาพจิตในโรงเรียน ชุมชน และสถานที่ทำงาน และส่งเสริมการเข้าถึงบริการจิตวิทยาในระดับปฐมภูมิ อีกทั้งยังช่วยพัฒนาบุคลากร โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อฝึกอบรมบุคลากรด้านจิตเวช และนักจิตวิทยาให้มีจำนวนมากขึ้น รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยขยายการให้บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนและลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ทั้งนี้ นโยบายการพัฒนาทางสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2568 ได้ระบุว่า จะผลักดันกลไกกฎหมายสุขภาพจิตในการขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต โดยผลักดันการแก้ไข พ.ร.บ.สุขภาพจิต เพิ่มสาระหมวดการจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตแห่งชาติ บูรณาการงานสุขภาพจิตผ่าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต ประมวลกฎหมายยาเสพติดและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง²

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2568. ชี้อบบทความ. สุขภาพคนไทย 2568 (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2568. เกิดน้อยๆไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร. สุขภาพคนไทย 2568 (หน้า 101 - 120).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

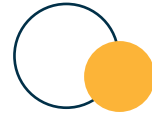


เกิดน้อยๆ ไม่กลับ
ต้องปรับและรับมืออย่างไร?



เกิดน้อยๆ ไม่กลับ

ต้องปรับและรับมืออย่างไร



ดูเหมือนว่าวิกฤตทางธรรมชาติที่มากับศตวรรษที่ 21 ล้วนแต่อยู่ในขั้นที่ “ถั่วไม่กลับ” (irreversible) ทั้งความรวนของโลกรซึ่งยืนยันโดยคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel on Climate Change: IPCC) แล้วว่าคงจะหวนกลับสู่โลกอันร่มเย็นอย่างในอดีตได้ยาก และอีกวิกฤตที่ยังไม่มีสถาบันหรือองค์กรใดออกมายืนยันว่าคงจะถั่วไม่กลับเหมือนสภาพภูมิอากาศ คือ **ภาวะอัตราเกิดที่ลดลง**

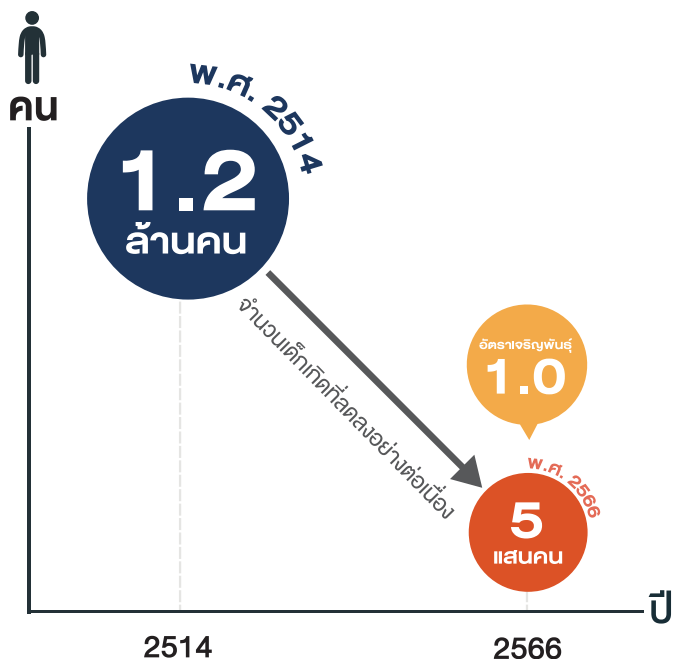
โลกใช้เวลาหนึ่งแสนเก้าหมื่นปีในการสร้างฐานประชากรให้มีมากถึง 1 พันล้านคน และใช้เวลาเพียง 200 ปีเติบโตจาก 1 พันล้านคน (ค.ศ. 1084) เป็น 8 พันล้านคน (ค.ศ. 2022) แต่อัตราการเติบโตนี้กำลังลดลงอย่างรวดเร็วและชัดเจน ในขณะที่องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประชากรโลกจะแตะระดับสูงสุดที่ 10.4 พันล้านคน ในช่วงกลางทศวรรษ 2080s และจะลดลงหลังจากนั้น¹ แต่ยังไม่มีการคาดการณ์ว่าจะลดลงไปถึงจุดต่ำสุดแค่ไหน

ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เด็กเกิดลดลงนี้ แม้จะไม่เท่าเทียมกันในทุกภูมิภาคและทุกประเทศ แต่ในภาพรวมระดับโลกแล้วได้สร้างความตระหนัก ทำให้เกิดการพาดหัวที่น่าสะพรึงกลัว ไม่ว่าจะเป็นหนี้สิน บทความ และการประชุมต่างๆ อย่างเช่น หนังสือ *Empty Planet: The Shock of Global Population Decline* โดย Darrel Bricker และ John Ibbitson ในปี 2562² การที่ Elon Musk นักธุรกิจระดับโลกที่ออกโรงเตือนว่า สังคมอเมริกันอาจสูญพันธุ์ในอนาคต และเรียกร้องให้สังคมอเมริกันมีลูกมากขึ้นเพื่อต่อสู้กับ “การล่มสลายของประชากร” (population collapse)^{3,4} รวมทั้งบทความที่ชื่อ “You can’t even pay people to have more kids” (ถึงจะจ่ายเงินเพิ่ม คุณก็ทำให้คนมีลูกไม่ได้หรอก)⁵ ซึ่งเล่าถึงนโยบายต่างๆ ที่หลายประเทศทดลองแล้ว ล้วนไม่สามารถทำให้คนมีลูกเพิ่มได้ และล่าสุดเมื่อสาธารณรัฐเกาหลี (เกาหลีใต้) ประกาศเมื่อต้นปี พ.ศ. 2566 ว่าอัตราเจริญพันธุ์ (fertility rate) ลดต่ำลงอย่างน่าตกใจ ต่อเนื่องจาก 0.78 ใน พ.ศ. 2565

มาเป็น 0.72 ทำให้สาธารณรัฐเกาหลีเป็นประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์ต่ำที่สุด ในโลก⁶ และพูดถึงมาตรการต่างๆ เพื่อการกระตุ้นประชากร รวมทั้งการเชิญชวนให้คนหนุ่มสาวที่มีความสามารถ (talent) เข้ามาลงหลักปักฐานสร้างครอบครัวที่เกาหลีใต้ ซึ่งได้รับการตอบโต้จากประเทศต่างๆ ว่าประชากรกลุ่มนี้ก็ล้วนเป็นความหวังของอนาคตของประเทศอื่นๆ เช่นเดียวกัน

ประเทศไทยไม่เพียงแต่จะร่วมชะตากรรมนี้ แต่ดูเหมือนว่าจะอยู่ในอันดับต้นๆ ในภูมิภาคด้วยซ้ำ ด้วยจำนวนเด็กเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2514 โดยมีการบันทึกจำนวนเด็กเกิดสูงสุดถึง 1.2 ล้านคน แล้วลดต่ำลงมาเรื่อยๆ จนกระทั่งเมื่อ พ.ศ. 2565 ที่จำนวนเด็กเกิดใหม่มีเพียงราว 5 แสนคน อัตราเจริญพันธุ์ใน พ.ศ. 2566 อยู่ที่ราว 1.1 น้อยที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากสิงคโปร์ ที่มีอัตราเจริญพันธุ์ 0.9 เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าหนึ่งเป็นครั้งแรก⁷ ในขณะที่ประเทศอื่นๆ อีก 9 ประเทศ (รวมติมอร์เลสเต) ล้วนมีอัตราเจริญพันธุ์ใกล้ 2 หรือมากกว่า

อย่างไรก็ตาม หากติดตามดูการรายงานสถานการณ์จากสื่อสารมวลชน บทวิพากษ์ การอภิปรายในเวทีต่างๆ จะวนเวียนอยู่กับการรายงานตัวเลขอัตราเกิดที่ลดลงในภูมิภาค และประเทศต่างๆ สาเหตุที่ทำให้คนรุ่นใหม่ไม่อยากมีลูก ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ และของมนุษยชาติ และการผลักดันมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีลูก รวมถึงการผลักดันให้รัฐบาลประกาศเรื่องการเกิดน้อยเป็น “วาระแห่งชาติ”



นักวิชาการหลายสาขา ไม่ว่าจะเป็นประชากรศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ และอื่นๆ ต่างพยายามรวบรวม และสังเคราะห์ มาตรการกระตุ้นการเกิดที่ได้ดำเนินการแล้วในหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการอุดหนุนทางการเงิน การให้ประโยชน์ทางภาษี การเพิ่ม สาธารณูปโภคต่างๆ เช่น ศูนย์เลี้ยงดูเด็กเล็ก สถานเลี้ยงเด็ก (เนอสเซอรี่) ในที่ทำงานต่างๆ การเพิ่มวันลาคลอดสำหรับแม่ วันลาเลี้ยงลูก สำหรับพ่อ ฯลฯ ซึ่งดำเนินการไปแล้วในประเทศต่างๆ บางประเทศใช้งบประมาณไปจำนวนมาก แต่ก็ล้วนไม่ได้ผล อัตราเกิดยังคง ลดลงอย่างไร้แนวโน้ม

ถึงกระนั้น สังคมก็ยังคงมุ่งค้นหามาตรการกระตุ้นการเกิดที่จะได้ผล ทั้งๆ ที่ตัวอย่างในหลายทศวรรษที่ผ่านมาเหมือนจะตะโกน บอกสังคมว่า “มาตรการใดๆ ก็ไร้ผล” แต่ดูเหมือนทุกคนอยู่ในขั้นตอนปฏิเสธความจริง (denial stage) และยังไม่พร้อมที่จะก้าวต่อไป

เด็กเกิดน้อย...วิกฤตการณ์ร่วม ระดับโลก

I don't want kids.

I just want pets.

I can't foresee that this will be one of my great regrets.

Your kids are fine.

'Cause they're not mine.

To me, a life lived without children sounds divine.

ฉันไม่อยากมีลูก

อยากมีแต่สัตว์เลี้ยง

และก็ได้รู้สึกว่าจะเสียใจ หรือเสียตาย

ลูกๆ ของคุณก็ดีนะ

แต่ไม่ใช่ลูกของฉันไง

สำหรับฉัน ชีวิตไม่มีลูก ก็ดูพิเศษจะตายไป

เนื้อเพลงบางส่วนจากเพลง “I don't want kids.” แต่งและขับร้องโดย Thomas Benjamin Wild ESQ เนื้อหาทั้งเพลงออกแนวชวนหัว เหน็บแนม จิกกัด ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของเขา แม้ทั้งเพลงและตัวศิลปินไม่ได้โด่งดังระดับโลก แต่เพลงนี้ก็ได้รับการตอบรับไม่น้อยในสื่อโซเชียลตั้งแต่ที่ปล่อยออกมาครั้งแรก ใน พ.ศ. 2561 ส่วนหนึ่งคงเพราะเหน็บได้โดนใจแฟนคลับวัยเจริญพันธุ์ ทั้งเรื่อง ที่พ่อแม่และเพื่อนๆ มักเข้าชี้ตามถึงอนาคตการมีลูก หรือความอึดอัดเวลาเพื่อนๆ หรือใครๆ ที่พาลูกมาแล้วยากให้คนอื่นอุ้มหรือเล่นกับลูก

เนื้อหาและความนิยมของเพลงนี้ ดูสอดคล้องกับแนวโน้มการลดลงของ อัตราเจริญพันธุ์ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ขณะนี้เป็นอย่างดี

แม้ว่าจริงๆ แล้วจำนวนประชากรโลกโดยรวมยังคงเพิ่มขึ้น คาดว่า จะแตะระดับ 8.2 พันล้านคนใน พ.ศ. 2567 นี้ และจะยังเพิ่มต่อไปเรื่อยๆ อีกราว 60 ปีข้างหน้า ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นไปสูงสุดราวหนึ่งหมื่นล้านคน⁹ แต่อัตรา เจริญพันธุ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด อย่างน้อยตั้งแต่ พ.ศ. 2493 สร้าง ความกังวลอย่างยิ่งเกี่ยวกับนโยบายประชากรที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจและสังคม

นโยบายประชากรของประเทศไทยกลับทิศทางการควบคุมจำนวนประชากรไม่ให้มีมากเกินไป ดังสะท้อนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่แผนฯ 8 (พ.ศ. 2540-2544)⁹ ที่สนับสนุนให้คนไทย “มีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม” และ “ชะลอการวางแผนครอบครัว ในพื้นที่ที่มีอัตราเจริญพันธุ์ของสตรีในระดับทดแทนหรือต่ำกว่า” แต่ในแผนดังกล่าว ก็ยังให้ “เร่งรัดส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ ที่มีอัตราการเกิดสูง” เช่นในพื้นที่ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เรียกว่ายังแบ่งรับแบ่งสู้กับการสนับสนุนการเกิด

ต่อมาในแผนฯ 11 (พ.ศ. 2555-2559) มีทิศทางนโยบายที่ชัดเจนขึ้น กล่าวคือ มีนโยบาย “ส่งเสริมคู่สมรสที่มีความพร้อมให้มีบุตร เพิ่มขึ้น” และขณะเดียวกันก็ “รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน”¹⁰ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการขับเคลื่อนที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก

Thomas Benjamin Wild ESQ



ที่มา : www.tombwild.com/press-kit/

แม้กระทั่งความตระหนักจากการที่สำนักงานการบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง รายงานจำนวนเด็กเกิดรอดชีพมีน้อยกว่าจำนวนคนตาย และทำให้จำนวนประชากรไทยที่ยังไม่นับรวมการย้ายถิ่น เริ่มลดลงแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2563¹¹

การขับเคลื่อนที่นับว่ามีความเป็นรูปธรรมมากที่สุดในการดำเนินการสนับสนุนการเกิด เห็นจะเป็นการที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เห็นชอบข้อเสนอ “การรักษาภาวะมีบุตรยาก” เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ บัตรทอง 30 บาท โดยให้มีการนำร่องก่อน 3 ปีก่อนการขยายผล และผลักดันให้การส่งเสริมการมีบุตรเป็น “วาระแห่งชาติ” ในการประชุมเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567¹²

นอกจากนั้นแล้ว ยังไม่มีการขับเคลื่อนที่เป็นมาตรการ หรือเป็นระบบที่ชัดเจนนัก!

มีเพียงแนวทางกลางๆ ในการ “สนับสนุนการเกิดอย่างมีคุณภาพ” ซึ่งแฝงเป็นนัยว่า **อยากให้เกิดมากขึ้น** แต่ขอให้มีความพร้อมซึ่งดูมุ่งไปที่ความพร้อมของประชาชนมากกว่า แต่ความพร้อมของรัฐ สังคม และชุมชน ที่ให้การสนับสนุนจะมีทิศทางอย่างไร ดูจะยังไม่กระจ่าง

ในระดับประชาชน



ผู้ที่กำลังจะเป็นคนสูงวัยเริ่มวิตกเมื่อมองเห็นลูกหลานที่จะมาคอยดูแลในยามที่แก่ชรา มีอยู่ไม่กี่คน สำหรับบางครอบครัวแทบไม่มีใครเหลือเลยด้วยซ้ำ จึงเริ่มมองหา “โมเดล” ใหม่ ๆ เพื่อการอยู่รอดในวัยชรา เช่น การอยู่รวมกันกับกลุ่มเพื่อน ๆ ส่วนคนที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ การมีลูกก็คนเป็นความล้นเหลือที่ต้องการการตัดสินใจที่เด็ดเดี่ยว และการเตรียมการล่วงหน้ามากมาย ผิดกับแต่ก่อนที่การแต่งงานและการมีลูกเป็นวิถีชีวิตปกติทั่วไป

ในระดับชุมชน



ผู้คนเป็นห่วงเกี่ยวกับการสืบสานวัฒนธรรมจารีตประเพณีท้องถิ่น ความไร้ชีวิตชีวาเมื่อมองไม่เห็นคนรุ่นต่อไป ที่จะมารับช่วงต่อในด้านต่างๆ ที่คนรุ่นก่อนๆ ทำสั่งสมเอาไว้

ในระดับประเทศ



รัฐบาลและหน่วยงานราชการกังวลเกี่ยวกับจำนวนแรงงานที่จะสร้างผลผลิต เพื่อสร้างเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ รวมทั้งความมั่นคงของระบบสวัสดิการที่ล้วนตั้งอยู่บนสมมติฐานของการมีประชากรเพิ่มขึ้น และมีจำนวนแรงงานมากขึ้น



หลายคนอาจกลางแกลงสงสัยว่า โจทย์ใหญ่ที่กำลังท้าทายสังคมและเศรษฐกิจไทยอยู่นี้ เป็นโจทย์ที่ทุกคนและทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญพร้อมกันอยู่หรือไม่ มีประเทศใดบ้างที่ไม่ประสบปัญหาแบบนี้ และสิ่งที่ประเทศไทยกำลัง

ประสบอยู่นี้ **รุนแรงระดับไหน**



งานวิจัย “Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021” ของ The Lancet¹³ ได้รวบรวมข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) ซึ่งหมายถึงจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของสตรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2493 (ค.ศ. 1950) หรือเมื่อราว 70 ปีที่แล้ว จนถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) รวมทั้งได้คาดประมาณอัตราเจริญพันธุ์รวมใน พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) หรือในอีก 26 ปีข้างหน้า และ พ.ศ. 2643 (ค.ศ. 2100) หรือในอีก 76 ปีข้างหน้า ซึ่งจะเป็นช่วงเวลาสิ้นศตวรรษที่ 21 ของ 204 ประเทศทั่วโลก

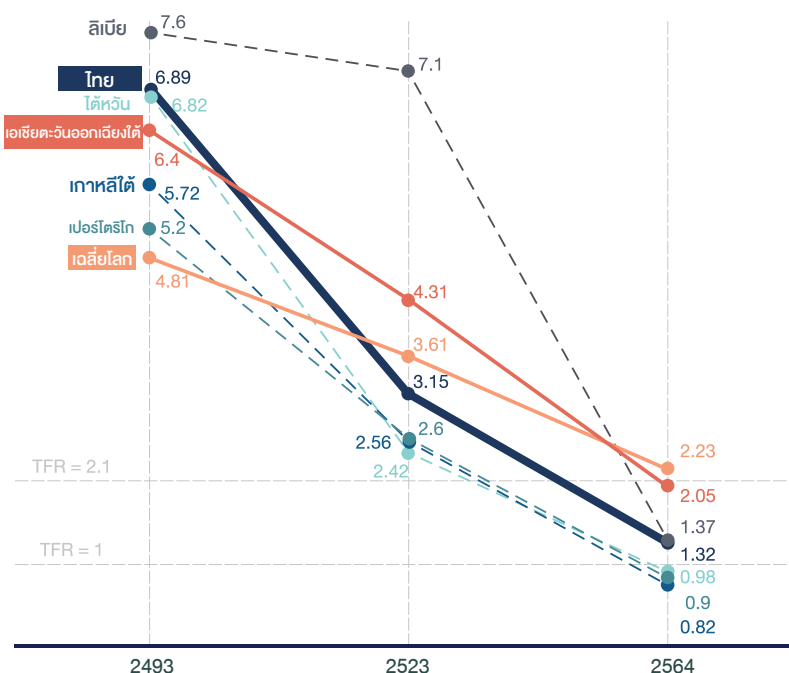
ในภาพรวม อัตราเจริญพันธุ์รวมของโลกลดลงเรื่อย ๆ จาก 4.8 ใน พ.ศ. 2493 ลงมาอยู่ที่ 2.2 ใน พ.ศ. 2564 และเป็นการลดลงในทุกประเทศ เพียงแต่จะลดมากหรือลดน้อยเท่านั้น

ในการเรียงลำดับการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมเมื่อจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภูมิภาคเอเชียตะวันออกมีการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์เร็วที่สุดคือลดลงร้อยละ 78.0 จาก 5.5 ใน พ.ศ. 2493 ลงมาที่ 1.2 ใน พ.ศ. 2564 รองลงมาคือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ลดลงร้อยละ 68.0 เอเชียใต้ ร้อยละ 67.0 และละตินอเมริกา ร้อยละ 66.0 ส่วนภูมิภาคที่มีอัตราการเกิดลดลงน้อยที่สุดคือ ภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮารา (Sub-Saharan Africa) ซึ่งลดลงราวร้อยละ 38.0 เท่านั้น

ในจำนวน 204 ประเทศนี้ มี 94 ประเทศที่ยังมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับหรือสูงกว่าระดับทดแทน (คือ 2.1 ซึ่งเป็นระดับที่จะสามารถรักษาสสมดุลของจำนวนประชากรไว้ได้) ส่วนอีก 110 ประเทศ ล้วนมีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าระดับทดแทนทั้งสิ้น และในจำนวนนี้มี 4 ประเทศที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำมาก (Ultra-low TFR) คือต่ำกว่า 1.0 ได้แก่ ประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งมีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำที่สุด คือ 0.7 รองลงมาคือเปอร์โตริโก 0.9 ไต้หวัน และ ออสเตรเลีย (ในทวีปยุโรปตะวันตก) มีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากันที่ 0.98 โดยเป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออก 2 ประเทศคือเกาหลีใต้ และไต้หวัน ซึ่งมีอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงเร็วที่สุด เช่นเดียวกับเปอร์โตริโก

เมื่อเรียงลำดับการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมจำแนกตามประเทศ พบว่าใน 4 ประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำมากนี้มีเพียงออสเตรเลียเท่านั้น ที่อัตราเจริญพันธุ์ไม่ได้ลดต่ำอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ ต่ำมาก่อนแล้วตั้งแต่เมื่อ 70 ปีที่แล้ว ในขณะที่ทั้งเกาหลีใต้ เปอร์โตริโก และไต้หวัน มีการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมรวดเร็วที่สุดในโลก โดยที่เกาหลีใต้ลดลงร้อยละ 87.4 ไต้หวันลดลงร้อยละ 85.6 ส่วนเปอร์โตริโก ลดลงร้อยละ 82.7

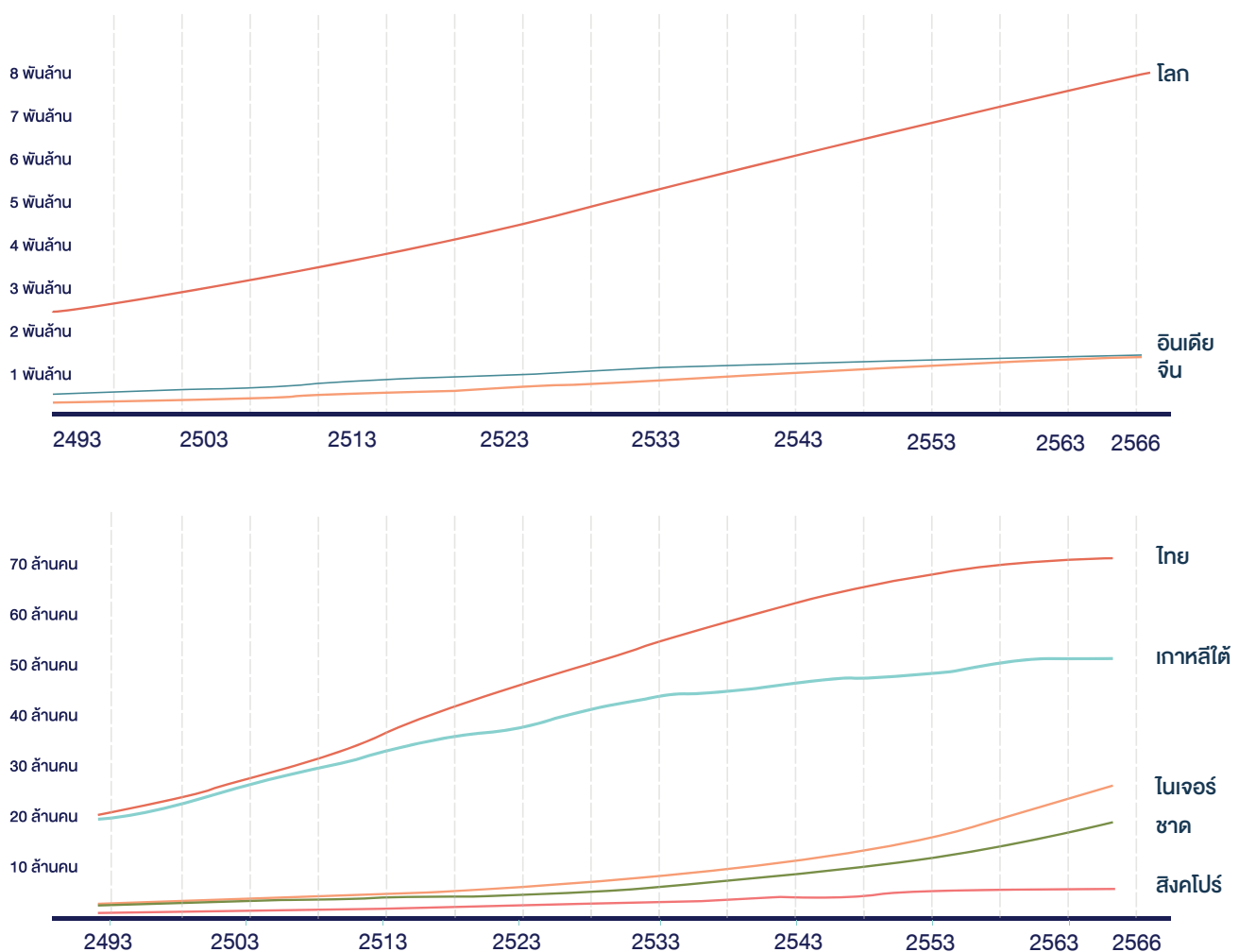
สำหรับประเทศไทย อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงรวดเร็วเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยลดลงจาก 3.1 ใน พ.ศ. 2493 มาเป็น 1.3 ใน พ.ศ. 2564 หรือลดลงร้อยละ 59.1 จึงไม่น่าแปลกใจที่เมื่อใดก็ตามที่มีการรายงานสถานการณ์การเกิดน้อย หรือวิกฤตจำนวนประชากรโดยสื่อต่างชาติ ประเทศไทยมักจะถูกยกเป็นกรณีตัวอย่างร่วมกับประเทศเกาหลีใต้อยู่เสมอ



ภาพที่ 1: แนวโน้มการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมของโลก และบางประเทศ ตั้งแต่ ค.ศ. 1950 - 2021
ที่มา: สังเคราะห์จาก Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021¹⁴

ที่จริงแล้ว แม้อัตราเจริญพันธุ์รวมจะลดลง แต่จำนวนประชากรจะไม่ได้ลดลงตามไปด้วยกันทันที ยังต้องใช้เวลาอีกหลาย เจเนอเรชันกว่าที่จำนวนประชากรในแต่ละพื้นที่ แต่ละประเทศและของโลกจะลดลง เพราะต้องรอให้ผู้หญิงที่เกิดมาในแต่ละ เจเนอเรชันทยอยพันธุ์ไปเสียก่อน จึงเกิดเป็นการทิ้งช่วงของเวลา (lag time) ระหว่างการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม กับเวลาที่จำนวนประชากรลดลง จึงไม่น่าแปลกใจที่จำนวนประชากรโลกจะยังคงเพิ่มขึ้นไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งตามที่ได้กล่าวไว้ตอนต้น ว่าอีกราว 60 ปี แม้แต่ประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำที่สุดอย่างเกาหลีใต้ จำนวนประชากรรวมก็เพิ่งลดลงเมื่อ พ.ศ. 2563 ขณะที่จีนก็เพิ่งรายงานจำนวนประชากรที่เริ่มลดลงไล่เลี่ยกับประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2566 ส่วนสิงคโปร์ แม้จะมีอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำ (ราว 1.2 ในขณะที่ประเทศไทยอยู่ที่ 1.3) และลดลงอย่างรวดเร็วไม่น้อยกว่าประเทศไทย แต่กลับรายงานการเพิ่มจำนวนประชากร จาก 5.6 ล้านคนใน พ.ศ. 2565 เป็น 5.9 ล้านคนใน พ.ศ. 2566 โดยเป็นการเพิ่มในส่วนของพลเมืองสัญชาติสิงคโปร์แท้ๆ (ราวร้อยละ 1.6) และส่วนที่เป็นผู้อยู่มีถิ่นที่อยู่ถาวร (Permanent resident) (ราวร้อยละ 3.5) สะท้อนนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทน (Replacement migration) อย่างน่าสนใจ¹⁴

ข้อมูลของ *Central Intelligence Agency*¹⁵ ณ พ.ศ. 2567 รายงานว่า มีประเทศที่จำนวนประชากรลดลงแล้ว 41 ประเทศ ส่วนที่มีอัตราเพิ่มร้อยละ 1.0 หรือต่ำกว่านั้นแต่ยังไม่ถึงกับลดลงมีจำนวน 105 ประเทศ ที่เพิ่มมากกว่าร้อยละ 1.0 แต่ไม่ถึงร้อยละ 2.0 มีจำนวน 50 ประเทศ ที่เพิ่มมากกว่าร้อยละ 2.0 แต่ไม่ถึงร้อยละ 3.0 มีจำนวน 32 ประเทศ และที่เพิ่มมากกว่าร้อยละ 3.0 ไปจนถึง ร้อยละ 4.6 ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มสูงสุดมีเพียง 8 ประเทศ คือ ชูแดน ไนเจอร์ แองโกลา เบนิน อิเควทอเรียลกินี ยูกันดา สาธารณรัฐประชาธิปไตย คองโก และชาด ทั้งหมดอยู่ในทวีปแอฟริกา



ภาพที่ 2: แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรโลก และบางประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2493 - 2566
ที่มา: Our world in data¹⁶



แนวโน้มนั่งที่ยังมองไม่เห็นจุดสิ้นสุด กับความจริงที่ต้องยอมรับ



อัตราเกิดตกถอย... คนรุ่นใหม่คิดอะไรอยู่?

คำถามนี้มีประเด็นแฝงที่ซับซ้อนและสะท้อน
สิ่งที่เปลี่ยนไปในสังคม สิ่งที่ใครๆ อยากรู้
ไม่ใช่แค่เพียง “อะไร” เท่านั้น แต่ยังถามต่อ
อีกว่า “ต้องคิดด้วยหรือ?”

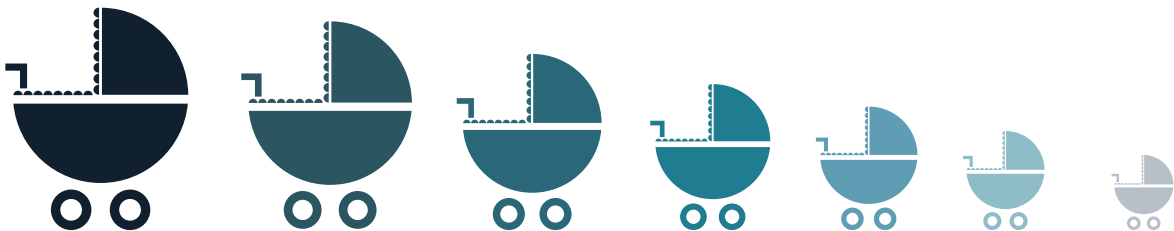
ในสังคมยุคจารีต การเติบโตมีเป้าหมายเมื่อถึงวัยอัน
ควรเป็นสิ่งที่แทบไม่ต้องคิด เพราะผู้ใหญ่ในครอบครัวต่างจะช่วยกัน
เป็นธุระจัดการให้หนุ่มสาวได้แต่งงานและเริ่มสร้างครอบครัว
การมีลูกก็จะตามมาเป็นแพ็คเกจเดียวกัน ที่จะไม่มีลูกเลยจริงๆ
ก็อาจเป็นเพราะความบกพร่องทางกายภาพบางอย่างของฝ่ายใด
ฝ่ายหนึ่ง และแม้ในยุคถัดมา ผู้ใหญ่ลดบทบาทจากการเป็นธุระ
จัดหาคู่ให้ เหลืออยู่เพียงแค่ถามอยู่เรื่อยๆ ว่า “มีแฟนหรือยัง” หรือ
“แต่งงานหรือยัง” ก็เป็นแรงกระตุ้นพอที่จะทำให้หนุ่มสาวเริ่มต้อง
ขยับดำเนินการตามครรลองของจารีตชีวิต

แต่ทุกวันนี้ การแต่งงานและการมีลูกกลายเป็น
เรื่องส่วนตัวที่ไม่ค่อยมีใครกล้าถามกัน แต่เป็นเรื่องที่หนุ่มสาว
มีอิสระในการตัดสินใจเองมากขึ้น และถือเป็นพื้นที่ส่วนบุคคลที่
ผู้อื่นไม่ควรละเมิด ทั้งการคบหา การมีเพศสัมพันธ์ การแต่งงาน
การมีลูก แยกเป็นอิสระจากกัน ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
รวมถึงความก้าวหน้าของการคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัว
หนุ่มสาวจึงมีทางเลือกในชีวิตมากขึ้น และเป็นเหตุผลว่าทำไม
คนรุ่นใหม่ “ต้องคิด” เรื่องการมีลูกมากกว่าแต่ก่อน

ปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงมากมายในหลายมิติที่ทำให้
คนรุ่นใหม่ต้องใช้เวลามากกว่าจะเริ่มคิดถึงเรื่องการสร้างครอบครัว
และถึงแล้วจะมีคู่ชีวิตหรือไม่ เมื่อมีคู่ชีวิตแล้วจะแต่งงานหรือไม่
แต่งงานแล้วจะมีลูกหรือไม่ และหากจะมีลูก จะมีกี่คน การตัดสินใจ
เหล่านี้เป็นภาระอันยิ่งใหญ่ของคนหนุ่มสาวในยุคปัจจุบัน

การใคร่ครวญ และความลังเลในการมีลูกของคนที่มี
คู่ชีวิต ขวนให้ตั้งคำถามสำคัญต่อไปอีกว่า คุณค่าของลูก (value
of children) ที่คนในยุคหนึ่งเคยมองว่าเป็นการสร้างแรงงานเพื่อ
ช่วยพ่อแม่ในการทำมาหากิน จนกลายมาเป็น “สิ่งที่เติมเต็ม” ให้
กับชีวิตแต่งงาน หรือเพื่อการสืบทอดวงศ์ตระกูลไม่ให้สูญสิ้นไป
หรือเพื่อสร้างความผูกพันให้ชีวิตคู่มีความมั่นคง ปัจจุบันนี้ “ไม่เป็น
เช่นนั้นแล้วหรือ?”

คนรุ่นใหม่ทุกวันนี้ มีเหตุผลมากมายที่ทำให้การมีลูก อาจ
ไม่ใช่คำตอบที่ดีที่สุดอีกต่อไป ปัจจัยใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่
ปัจจัยเดิมที่เปลี่ยนแปลงไปในวันนี้ ทำให้การมีลูกเป็นเรื่องที่ซับซ้อน
มากขึ้นกว่าแต่ก่อน



การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะบทบาทของผู้หญิง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลง โดยหลังจากที่ผู้หญิงมีการศึกษาสูงขึ้น มีเสรีภาพมากขึ้น มีความเท่าเทียมทางเพศ และทางเศรษฐกิจมากขึ้น รวมทั้งมีบทบาทเป็นผู้ที่ช่วยหาเลี้ยงครอบครัวมากขึ้นด้วย โดยมีอุปสรรคก่อกำเนิดเป็นจุดพลิกผันสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงสามารถควบคุมการมีลูกได้ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์รวมในสังคมไทยลดต่ำลง

ในขั้นแรก ระยะเวลาในระบบการศึกษาของผู้หญิงทำให้โอกาสในการเจริญพันธุ์หายไปไม่น้อย เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวร่างกายมีความพร้อมสูงสุดต่อการเจริญพันธุ์ และยิ่งในเวลาต่อมาผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะยืดระยะเวลาในการศึกษานานขึ้น เมื่อผู้หญิงได้รับการศึกษาดีขึ้นแล้วย่อมที่อยากจะใช้ความรู้ความสามารถในการเปิดโอกาสทางสังคมและทางเศรษฐกิจของตนเอง ด้วยการเข้าทำงานในระบบ การเปลี่ยนแปลงนี้จะลดทั้งการตัดสินใจแต่งงานและมีลูก ยิ่งโอกาสของความก้าวหน้าทางอาชีพการงานมีมากขึ้นเท่าใด ต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ของทั้งสามีและภรรยาจึงสูงมากขึ้นเท่านั้น ทำให้การตัดสินใจแต่งงานและมีลูกล่าช้าออกไป

นอกจากนี้ ค่าครองชีพที่สูงขึ้นตลอดเวลาเป็นปัจจัยสำคัญที่กดดันให้สามีภรรยาต้องช่วยกันทำมาหากิน ค่าครองชีพที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยหลักอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีลูก เพราะค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูลูก **การศึกษาที่ดี และการดูแลสุขภาพ “แพง” มากขึ้น** ทำให้หลายครอบครัวรู้สึกว่าการมีลูกเป็นภาระทางการเงินที่ยากต่อการรับมือได้ นอกจากนี้ ปัจจัยเรื่องการเพิ่มขึ้นของราคาที่อยู่อาศัย^{17,18} ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงลบต่ออัตราเจริญพันธุ์ในหลายประเทศ เพราะเมื่อราคาที่อยู่อาศัยสูงขึ้น ก็เป็นเรื่องยากที่คนโสดจะตัดสินใจแต่งงาน อีกทั้งคู่สมรสที่ยังไม่มีบ้านเป็นของตัวเองก็มักจะตัดสินใจไม่มีบุตร จากการศึกษาพบว่า คนเจนเนอเรชันวายมองว่า **ลูกเป็นภาระ** เพราะการมีลูกต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ทั้งเวลา เงิน และกำลังกาย ดังนั้น การมีลูกจึงต้องถูกดึงเอาเวลาและทรัพยากรที่เคยเป็นของตัวเองไปใช้ในการเลี้ยงดูลูกแทน¹⁹

การสำรวจของธนาคารหลายแห่ง และแหล่งข้อมูลต่างๆ พบว่า ทุนของการเลี้ยงลูก 1 คน ตั้งแต่เกิดจนโต อาจจะต้องใช้เงินจำนวนมาก และต้องทุ่มเทเวลามากด้วยเช่นกัน เริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์ก็ต้องดูแลแม่ที่อึดท้องให้ดี ต้องฝากครรภ์สม่ำเสมอ โดยมีค่าใช้จ่ายอย่างน้อย 1,500-2,000 บาทต่อเดือน สำหรับโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนใครฝากท้องกับโรงพยาบาลเอกชนก็อาจต้องจ่ายแพงกว่าถึง 10 เท่า²⁰ เพราะบางครั้งมีการนำเสนอเป็นแพ็คเกจทั้งการคลอดลูก ก็มีค่าใช้จ่ายในการคลอดที่แบ่งเป็นคลอดแบบธรรมชาติ หรือแบบผ่าคลอด หากคลอดปกติในโรงพยาบาลรัฐ มีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 5,000-15,000 บาท เอกชนอาจเพิ่มเป็น 30,000-90,000 บาท ส่วนการผ่าคลอด ในโรงพยาบาลรัฐ 15,000-30,000 บาท เอกชนแพงขึ้น 1-5 เท่า^{20,21} หลังจากนั้น ก็จะเป็นค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ เสื้อผ้า ค่าวัคซีน ค่ารักษาพยาบาลหากเจ็บป่วย ค่าอาหาร อาหารเสริม เมื่อลูกเข้าโรงเรียน ก็จะมีค่าใช้จ่ายเรื่องการศึกษาที่แตกต่างกันไปตามระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว

ผลสำรวจของ *Thairath Money Poll* ระหว่างวันที่ 5-30 สิงหาคม 2567 ซึ่งสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อการวางแผนการเงินและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงลูก 1 คน ของหญิงที่เป็นแม่จำนวน 1,637 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล และต่างจังหวัด พบว่า ร้อยละ 76.7 ของกลุ่มแม่ที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 25,000 บาทต่อเดือน มีค่าใช้จ่ายจ้างพี่เลี้ยงเด็กก่อนเข้าโรงเรียนไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.4 ของแม่กลุ่มนี้จ่ายค่าเทอมลูกวัยประถมไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี ร้อยละ 86.7 ค่าใช้จ่ายเรียนพิเศษไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน

ส่วนแม่ที่มีรายได้ 25,000-50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.7 ของกลุ่มนี้ จ้างพี่เลี้ยงเด็กก่อนลูกเข้าโรงเรียนไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.4 จ่ายค่าเทอมลูกวัยประถมไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี และ ร้อยละ 72.3 มีค่าใช้จ่ายเรียนพิเศษไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน กลุ่มแม่ที่มีรายได้สูง 50,000-100,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.4 มีค่าใช้จ่ายจ้างพี่เลี้ยงก่อนเข้าโรงเรียนไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.4 จ่ายค่าเทอมลูกวัยประถมไม่เกิน 30,000-100,000 บาทต่อปี ร้อยละ 56.3 มีค่าใช้จ่ายเรียนพิเศษลูกไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน²²





นอกจากนี้ ยังมีต้นทุนค่าเสียโอกาส (opportunity cost) เช่น เวลาที่พ่อแม่ต้องใช้ในการดูแลลูก ส่งผลต่อรายได้และโอกาสบางอย่างที่อาจจะหายไปหากเลือกทำงานนอกบ้านน้อยลงเพื่อดูแลลูก

การที่จะต้องแบกรับภาระทางการเงิน สร้างความลำบากในการตัดสินใจมีลูก แม้ว่าในหลายประเทศจะมีนโยบายสนับสนุนครอบครัวที่มีลูก เช่น การลางานเพื่อดูแลบุตร และการให้เงินสนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตร สวัสดิการต่างๆ ค่าเล่าเรียน แต่ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในเรื่องนี้ นโยบายเหล่านี้ยังไม่ได้มีการพัฒนาให้ครอบคลุมและเพียงพอ ทำให้หลายครอบครัวไม่สามารถรับภาระเพิ่มเติมจากการมีลูกได้

ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ พบว่า **การตัดสินใจมีลูก มักขึ้นอยู่กับจิตใจและความรู้สึกมากกว่าการวางแผน** หรือคำนวณอย่างละเอียดทุกขั้นทุกตอน ทุกบาททุกสตางค์ ความอยากมีลูกและการตัดสินใจมีลูกเกิดจากความรู้สึกอยากมีครอบครัวที่อบอุ่น หรือความรักในเด็ก ซึ่งกลายเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ การคิดมากอาจกลายเป็นอุปสรรค หากคำนึงถึงความพร้อมทางเศรษฐกิจ การงาน และเงื่อนไขต่างๆ มากเกินไป อาจทำให้เกิดความกลัวและลังเล จนสุดท้ายเลือกที่จะไม่มีลูก เพราะรู้สึกว่ามีวัน “พร้อม” อย่างสมบูรณ์

“มีเมื่อไหร่ก็พร้อมเมื่อนั้น” เป็นประสบการณ์ของคนรุ่นก่อนที่ส่งผ่านมายังคนรุ่นใหม่ ชี้ให้เห็นว่า ความพร้อมที่แท้จริงเกิดจากการปรับตัวและลงมือทำ ไม่ใช่การรอจนทุกอย่างพร้อมสมบูรณ์แบบ แต่ต้องมีความกล้าหาญและความมั่นใจเป็นตัวขับเคลื่อน การมองโลกในแง่ดีและเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง สามารถช่วยให้ตัดสินใจมีลูกได้ง่ายขึ้น แม้จะไม่มีความพร้อมในทุกด้านก็สามารถมีลูกและเลี้ยงลูกให้มีคุณภาพได้

แง่มุมดีๆ ที่ได้จากการมีลูก จึงเป็นประเด็นที่ควรนำมาพูดถึงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการมีลูกสามารถสร้างความสุขในครอบครัวได้ ทำให้ครอบครัวมีชีวิตชีวา แม้ว่าจะเหนื่อยจากการเลี้ยงลูก แต่รอยยิ้มของลูกสามารถช่วยคลายความเหนื่อยล้า และเติมเต็มความอบอุ่นในชีวิตครอบครัว ลูกช่วยเติมเต็มความสัมพันธ์ในครอบครัว และเป็นเป้าหมายชีวิตที่สำคัญ ซึ่งอาจต้องแลกมาด้วยความสำเร็จในหน้าที่การงาน การมีลูกคือโอกาสในการพิสูจน์ศักยภาพตนเองที่จะเลี้ยงดูและสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีให้กับลูกได้ หรือการมีลูกเป็นการสืบสานวัฒนธรรมและประเพณีของครอบครัว รวมถึงช่วยเพิ่มความเชื่อมโยงในครอบครัวขยาย การสะท้อนคุณค่าของการมีลูกในทางจิตใจและความรู้สึก อาจมีส่วนช่วยคนรุ่นใหม่หันมาให้ความหมายกับการสร้างครอบครัว และอาจตัดสินใจมีลูกได้บ้างไม่มากนักน้อย อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจขึ้นอยู่กับมุมมองและการให้คุณค่าของแต่ละบุคคล

ความสมดุลในชีวิต เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีหรือไม่มีลูก และเป็นคำที่ได้ยินมากขึ้นในคนหนุ่มสาวรุ่นใหม่ โดยในกลุ่มผู้หญิงทั้งเจนเนอเรชันเอกซ์ (เกิดระหว่าง พ.ศ. 2506-2526) และเจนเนอเรชันวาย (เกิดระหว่าง พ.ศ. 2527-2546)²³ ที่ยังโสดมองว่า การมีลูกคือการเสียสละ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสียสละเวลาในการทำงาน และเวลาส่วนตัว โดยผู้หญิงคาดการณ์ว่าคนเสียสละมักต้องเป็นฝ่ายหญิง ขณะที่กลุ่มเจนเนอเรชันวายโสด จะกังวลเรื่องการใช้เวลามากกว่าเจนเนอเรชันเอกซ์โสด อาจเป็นเพราะผู้หญิงเจนเนอเรชันวายยังมองว่าชีวิตในปัจจุบันยังไม่สมดุลเท่ากับเจนเนอเรชันเอกซ์ ในขณะที่เจนเนอเรชันเอกซ์โสดพูดถึงความกังวลด้านค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูลูกมากกว่าเจนเนอเรชันวายได้รับข้อมูลจากประสบการณ์ของคนรอบข้าง เช่น ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่มีลูก²⁴

นอกจากนี้ สถานการณ์ของสังคมในปัจจุบันที่มีพลวัตค่อนข้างสูง และมีความเปราะบาง ทำให้คนส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงในอนาคตและความไม่แน่นอนในชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนตัดสินใจไม่มีลูก เช่น ภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวน สภาพแวดล้อมและภัยพิบัติ การเปลี่ยนแปลงของตลาดงาน และความไม่มั่นคงทางสังคมหลายคนจึงลังเลที่จะมีลูก เพราะกลัวว่าลูกอาจต้องเผชิญกับปัญหาหรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเติบโตที่ดี รู้สึกเป็นห่วงเรื่องสวัสดิภาพความปลอดภัยของลูก และไม่ต้องการให้ลูกได้รับความกดดัน

อิสรภาพและความเป็นตัวของตัวเอง เนื่องจากคนรุ่นใหม่จำนวนมากให้ความสำคัญกับอิสรภาพและการทำตามความต้องการหรือความฝันของตนเอง การมีลูก อาจทำให้รู้สึกว่าต้อง “สูญเสีย” อิสรภาพบางส่วนไป เช่น การได้ท่องเที่ยว อิสรภาพในการใช้ชีวิตตามใจ การแสวงหาความหมายของชีวิตและทำความเข้าใจตัวเอง มากกว่าที่จะเดินตามเส้นทางที่สังคมกำหนดให้ เช่น อายุเท่านี้ต้องทำอะไร ต้องมีอะไร หรือเหมาะกับอะไร ทำให้การตัดสินใจไม่มีลูกกลายเป็นการรักษา “มูลค่า” ของอิสรภาพที่มีไว้

คนรุ่นใหม่ในปัจจุบันให้ความสำคัญอย่างมากกับชีวิตที่อิสระ การดูแลตนเองมากขึ้น และการรักตัวเองมากขึ้น การแต่งงานและการมีลูกไม่ได้เป็นเป้าหมายหลักของชีวิตอีกต่อไป หลายคนรู้สึว่าการใช้ชีวิตโดยไม่มีลูกทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีเวลาสำหรับตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการทำงานและความก้าวหน้าในอาชีพการงานมากขึ้น หลายคนจึงเลือกที่จะเลื่อนการมีครอบครัวออกไปหรือตัดสินใจไม่มีลูกเพื่อให้สามารถทุ่มเทให้กับงานและชีวิตส่วนตัวได้มากกว่า

อย่างไรก็ตาม อิสระภาพอาจต้องต่อสู้กับจารีตของสังคม เช่น ในบางสังคมที่มีความเชื่อและความคาดหวังต่อบทบาทของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถที่จะตัดสินใจทำตามที่ต้องการได้ การศึกษาของ Filipa Salgado & Sara Isabel Magalhaes (2024)²⁵ ที่ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของหญิงชาวโปรตุเกสที่ไม่ต้องการมีลูก ขณะที่สังคมโปรตุเกสคาดหวังให้ผู้หญิงต้องมีบทบาทเป็นแม่ เลี้ยงลูก หญิงกลุ่มนี้ต้องเผชิญความกดดันและปฏิกิริยาทางสังคมในทางลบ สังคมมองว่า หญิงกลุ่มนี้เป็นคนวิตกกังวล ไม่เป็นธรรมชาติ ไม่เป็นผู้ใหญ่ เบี่ยงเบน มีปัญหาทางจิตใจ เห็นแก่ตัว และไม่ใช่ผู้หญิง อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่เลือกจะไม่มีลูกได้พัฒนากลยุทธ์หลากหลายเพื่อจัดการกับความคาดหวังของการมีลูก รวมทั้งการแสดงจุดยืนสนับสนุนการไม่ต้องการมีลูกอย่างจริงจัง และยืนหยัดตามความต้องการแบบเงียบๆ²⁶

ความคาดหวังว่า เมื่อมีลูกจะได้พึ่งพิง มีลูกดูแลยามแก่เฒ่า ปัจจุบันวิธีคิดนี้ก็ลดลงมาก เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางมีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ในวัยชรา โดยการสนับสนุนจากนโยบายของรัฐบางอย่าง เช่น โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เบี้ยผู้สูงอายุ การขยายอายุเกษียณ และอื่นๆ ซึ่งช่วยเสริมแนวคิดที่ว่าคนปัจจุบันไม่จำเป็นต้องพึ่งพาบริการสุขภาพจากลูกหลาน ส่วนบริการที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ บางคนเชื่อว่าเมื่อมีเงินออมเพียงพอสำหรับการเกษียณอายุ ก็ไม่มีความจำเป็นต้องพึ่งพาลูกหลานในด้านการเงิน²⁷

การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด: การเลือกที่จะไม่มีลูกจึงเป็นการเลือกที่จะ “รักษา” หรือ “เพิ่ม” คุณค่าในชีวิตส่วนตัว ในขณะที่การเลือกมีลูกอาจหมายถึงการที่ทรัพยากรบางส่วนต้องถูกโยกไปสู่การเลี้ยงดูในลักษณะของเกมที่มีผลรวมศูนย์ (Zero-sum game) แต่การตัดสินใจไม่มีลูกกลับเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดทั้งทางเศรษฐกิจ เวลา และสิ่งแวดล้อมให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะในยุคที่ผู้คนให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตตามความต้องการของตนเอง มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และคำนึงถึงผลกระทบต่อโลก ดังนี้

ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ: การมีลูกต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงตั้งแต่เกิดจนโต ซึ่งครอบคลุมค่าอาหาร การศึกษา การดูแลสุขภาพ และความบันเทิง การเลือกที่จะไม่มีลูกทำให้คนรุ่นใหม่สามารถจัดสรรทรัพยากรทางการเงินไปใช้ในด้านที่ให้ผลตอบแทนต่อตนเองและสร้างความมั่นคงทางการเงิน เช่น การลงทุน การพัฒนาทักษะอาชีพ การท่องเที่ยว หรือการเก็บออมเพื่อเกษียณ การใช้ทรัพยากรในลักษณะนี้ช่วยให้สามารถวางแผนชีวิตได้อย่างอิสระและปลอดภัยในระยะยาว

การจัดสรรเวลา: การเลี้ยงดูลูกต้องใช้เวลาและความทุ่มเทสูง หากเลือกที่จะไม่มีลูกอาจจะสามารถจัดสรรเวลาไปใช้กับการทำงานที่สร้างคุณค่าหรือความพึงพอใจให้กับตนเองได้มากขึ้น เช่น การเดินทาง การทำงานอดิเรก หรือการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ การมีเวลาส่วนตัวมากขึ้นยังช่วยให้มีความสมดุลทางอารมณ์และพลังงานในการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีกว่า

สุขภาพกายและจิตใจ: การดูแลลูกต้องใช้พลังงานและมีความท้าทายทางจิตใจ รวมถึงมีความกดดันในการสร้างอนาคตที่ดีให้กับลูก การเลือกไม่มีลูกช่วยลดภาระและความกังวลในด้านนี้ได้ คนรุ่นใหม่หลายคนที่ทำให้คุณค่ากับสุขภาพจิตมองว่าการไม่มีลูกทำให้พวกเขามีความสุขส่วนตัวและความสงบทางอารมณ์มากกว่า

สำหรับคนรุ่นใหม่ที่ยังมองหาความหมายในชีวิต การไม่มีลูกอาจทำให้สามารถใช้ทรัพยากรไปกับการพัฒนาตนเอง หรือสร้างคุณค่าผ่านการทำงาน การสร้างสรรค์ผลงาน หรือการมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่ โดยไม่จำเป็นต้องแบ่งทรัพยากรเพื่อการเลี้ยงดูลูก



ปัจจุบันคนรุ่นใหม่จำนวนไม่น้อยพอใจที่จะอยู่ด้วยกัน หรือแต่งงานกันโดยไม่มีลูก ซึ่งเป็นเทรนด์ทำให้เกิดคู่ชีวิตแบบ Dual Income Earners, No Kid หรือ DINK (มีเงินใช้ มีกันและกัน แคนันพอ) ใช้เรียกคู่รักชายหญิง หรือคู่รัก LGBTQ+²⁸ ที่เน้นการทำงานหารายได้ สร้างฐานะ แต่ไม่มีลูก เก็บสะสมเงินที่มาจากรายได้ของ 2 คน จริงๆ แล้วคำนี้ ถูกเอ่ยถึงตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1980 ในนิตยสาร TIME มีบทความ “Living: Here Come the DINKs” เมื่อปี 1987²⁹ กระทั่งเมื่อโลกเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจถดถอยครั้งใหญ่ ระหว่างปี ค.ศ. 2007-2009 ผู้คนจึงเริ่มกลับมาให้ความสนใจกับคำนี้อีกครั้ง ตามมาด้วยในยุคนี้เองที่ DINK ได้กลับมาเป็นปรากฏการณ์สำคัญอีกครั้ง ทั้งยังปรับเปลี่ยนรูปแบบของวิถีชีวิตไปอีกหลากหลาย เช่น DINKWAC (Dual Income, No Kids, With A Cat) และ DINKWAD (Dual Income, No Kids, With A Dog)³⁰ ซึ่งมักเห็นชัดเจนในปัจจุบัน คือ อยู่ 2 คน มีรายได้ทั้งคู่ ไม่มีลูก แทนที่ด้วยแมวหรือหมา เป็นต้น

พ่อแม่ผู้รักชาติแห่งเกาหลีใต้ ในวันก้อตราเกิดต่ำที่สุดในโลก

ตีเค หญิงสาววัย 35 ปี รูปร่างสูงโปร่งหน้าตาดีแต่งานก็โอเคซีริสเกาหลีหลายเรื่อง ตอบรับให้สัมภาษณ์กับรายงานสุขภาพคนไทยผ่านชุมชนในฐานะคุณพ่อลูกสอง...ชายหนึ่ง หญิงหนึ่ง...ทวนกระแสอัตราเจริญพันธุ์รวมของเกาหลีใต้ที่วันนี้อยู่ที่ระดับ 0.7 ซึ่งต่ำที่สุดในโลก

ตีเค เปิดกล่องให้สัมภาษณ์ในขณะที่ลูกชายวัย 3 ขวบ กำลังเล่นชกบนสนามหญ้าหน้าบ้าน แม่จะบอกให้ไปเล่นกับแม่ที่อยู่หลังบ้านครั้งแล้วครั้งเล่าก็ตามจนต้องยอมแพ้และอยู่ร่วมในการสัมภาษณ์ ส่วนลูกสาวอายุได้ขวบกว่าๆ อยู่กับภรรยาหลังบ้าน

ตีเค เริ่มด้วยการเล่าติดตลกว่า คนเกาหลีใต้เรียกคนที่มีลูกโดยเฉพาะที่มีมากกว่า 1 คนว่า “เอ็กกจา” (애국가) แปลว่า “ผู้รักชาติ” ซึ่งเป็นคำที่ชาวเกาหลีมักใช้เรียกวีรบุรุษที่กอบกู้บ้านเมืองในยามสงคราม หรือเมื่อประเทศเผชิญวิกฤตภัยใดๆ ฟังดูแล้วก็เข้าใจถึงความวิตกกังวลและตั้งใจของชาวเกาหลีใต้ต่อวิกฤตอัตราเกิดลดต่ำได้ทันที

เมื่อถามว่าเขาและภรรยาไม่รู้สึกหรือว่าการเลี้ยงลูกสองคนที่เกิดห่างกันไม่กี่ปีในภาวะเศรษฐกิจเช่นนี้ และในช่วงเวลาที่ทั้งตัวเองและภรรยาต้องทำงานทั้งคู่เป็นความยากลำบาก ตีเค ตอบเพียงว่าก็ไม่ง่าย แต่ไม่ถึงกับจัดการไม่ได้ “เลี้ยงลูกไม่มีอะไรง่ายหรอก” ตีเคพูดด้วยท่าทีราวกับเลี้ยงลูกมาแล้วสัก 20 ปี แต่ก็เป็นท่าทีที่เป็นผู้ใหญ่และคุณพ่ออย่างเต็มตัว

เดิมที ตีเค ไม่ใช่คนที่อยากจะมีลูกมากนัก จัดอยู่ในกลุ่มมีก็ได้ไม่มีก็ได้ แต่เมื่อตอนคุยอย่างจริงจังกับภรรยา เรื่องจะแต่งงานเมื่อปีก่อนโควิด-19 ภรรยาเป็นฝ่ายที่พูดเสียงแข็งอย่างเด็ดขาดเลยว่ายังก็ก็ต้องมีลูก และอยากมีมากกว่า 1 คน ตีเค อธิบายว่าคงเป็นเพราะภรรยาอยากครอบครัวที่อบอุ่นมาก ภรรยาของเขารักพ่อ แม่ และน้องชายมาก โทรศัพท์คุยกับพ่อแม่ซึ่งอยู่อีกเมืองหนึ่งทุกวัน และบางวันก็โทรหลายครั้ง ก่อนให้สัมภาษณ์ ตีเค ก็ถามภรรยาอีกครั้งว่าทำไมถึงอยากมีลูก ภรรยาตอบเพียงว่า “มันเป็นธรรมชาตินะ แต่งงานแล้วก็ต้องมีลูก”

เมื่อแต่งงานได้เพียง 3 เดือน ภรรยาก็ตั้งท้อง ตีเค เล่าว่าเป็นการปรับตัวทั้งชีวิตการทำงาน และชีวิตครอบครัวครั้งใหญ่ ในแต่ละวันต้องรีบออกจากที่ทำงานให้ได้ตอน 5 โมงเย็นทุกๆ ที่เพื่อนร่วมงานยังทำงานกันอยู่ เพราะการขับรถกลับบ้านต้องใช้เวลาราว 1 ชั่วโมง เมื่อกลับมาถึงก็จะรับมาช่วยภรรยาในการดูแลลูก และงานบ้านต่างๆ เผลอแป๊บเดียวก็สามทุ่ม ได้เวลาเข้านอนแล้ว

เมื่อตอนมีลูกคนแรก ตีเค คิดไว้ในใจตลอดว่าจะมีลูกคนเดียว จนเมื่อเวลาผ่านไปไม่ถึง 2 ปี ภรรยาก็เริ่มพูดว่าอยากมีลูกอีกคน ตอนนั้น ตีเคกลับรู้สึกว้าว “ก็โอเค” เขาอธิบายว่าพอเวลาผ่านไปก็ปรับตัวได้ ทุกอย่างลงตัว รู้สึกสนุกและมีความสุขที่ได้เล่นกับลูก หากจะมีอีกสักคนก็ไม่แน่ว่าหนักหนาอะไร ทั้งๆ ที่พ่อแม่ของตีเคและของภรรยาอยู่ต่างเมืองและไม่สามารถมาช่วยเลี้ยงหลานได้ เงื่อนไขเดียวที่ ตีเค บอกกับภรรยาคือ ควรจะห่างจากลูกคนแรกสัก 3 ปี อย่างน้อยเพื่อให้ลูกคนโตพอจะช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง

ตีเค เล่าถึงสวัสดิการความช่วยเหลือจากภาครัฐว่าช่วยได้มาก โดยหลังคลอด สามีภรรยาสามารถขอยูคาโทมิ (육아 도우미) ซึ่งเป็นคล้ายผู้ช่วยเลี้ยงลูกและช่วยงานบ้านด้วย เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ลดความยากลำบากไปอย่างมากในช่วงแรกของการคลอด ตีเค อธิบายว่าคล้ายๆ เป็นแม่สามี ซึ่งส่วนใหญ่จะอายุราวๆ 50-60 ปี โดยรัฐบาลออกค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ให้ มีส่วนเกินที่สามีภรรยาต้องออกเองบ้างแต่ไม่มากนัก นอกจากนี้ยังมีเงินช่วยเหลือรายเดือนสำหรับครอบครัวที่มีลูกราว 24,000 บาทต่อเดือนในปีแรกหลังคลอด และแต่ละเมืองก็ยังมีเงินช่วยเหลือที่มาจากส่วนท้องถิ่นด้วย ยิ่งเมืองเล็กยิ่งให้มากเพราะเขาอยากให้มีประชากรเพิ่ม

เมื่อถามถึงการรับมือกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะตามมาอีกมากมายเมื่อลูกโตถึง ดีเค บอกว่าเป็นห่วงอยู่บ้าง ดีเค ไม่ได้มีตัวเลขในหัวละเอียดชัดเจนนัก แต่เขาเชื่อมั่นว่าจัดการได้ถึงแม้ตนเองจะเป็นคนชั้นกลางๆ ไม่ได้จัดเป็นคนร่ำรวย แต่อย่างใด ดีเค บอกว่าตัวเองและภรรยาไม่ใช่คนฟุ่มเฟือย ใช้จ่ายที่จำเป็นและสมเหตุผล ไม่ใช่คนวิ่งตามแบรนด์เนม หรือกินเที่ยวหรูหรา

ถามต่อไปอีกว่า “คิดว่าจะมีคนที่สามไหม” ดีเค ยิ้มและหยุดคิดอยู่นานก่อนสวดลมหายใจลึกใหญ่แล้วตอบว่า “ขอคุณที่สองไปอีกสักระยะ...แต่ก็คงไม่ถนัดนัก” ข้อกังวลแรกที่เขาพูดถึงคือ คงต้องย้ายไปพาร์ตเมนต์ที่ใหญ่ขึ้นกว่านี้

“ที่สำคัญคือผู้หญิง” ดีเค สรุปตอนท้าย โดยบอกว่าผู้หญิงเป็นคนที่รับภาระหนักในการตั้งท้องและการเลี้ยงลูก ผู้หญิงจะเป็นคนตัดสินใจ และจะตัดสินใจง่ายขึ้นหากเขารู้สึกมั่นใจว่าสามีจะช่วยเป็นที่พึ่งและแบ่งเบาภาระต่างๆ และรีบบอกปิดว่า “นี่ไม่ใช่ตอบให้คุณดีนะ ผมคิดอย่างนั้นจริงๆ” และยังพูดต่อไปอีกว่า “สวัสดิการต่างๆ ที่ได้จากรัฐบาลก็ดี ท้องถิ่นก็ดี มันช่วงแบ่งเบา แต่รับรองว่าไม่ใช่เหตุผลที่จะทำให้คนอยากมีลูกเพิ่มขึ้น”

หลากหลายนโยบายที่ยังไร้ผล

แม้ประเทศต่างๆ จะแสดงความพยายามในการกลับทิศกระแสนการลดลงของอัตราเกิด หรือหวังเพียงแต่ชะลอความเร็วของแนวโน้มดิ่งตัวของอัตราเกิด ด้วยการคิดและดำเนินนโยบายต่างๆ มากมายเพื่อสนับสนุนการเพิ่มประชากร แต่ก็ดูเหมือนว่าปรากฏการณ์เด็กเกิดน้อยจะเกิดอาการ “ดื้อนโยบาย” เสียแล้ว

นโยบายสนับสนุนการเกิด (pro-natalist policy) เท่าที่ประเทศต่างๆ ดำเนินการมาจะเห็นว่าจะสามารถจัดเป็น 4 นโยบายหลักๆ ได้แก่



นโยบายเกี่ยวกับสถานเลี้ยงเด็ก (childcare) ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวนด้วยการลงทุนของภาครัฐ หรือภาคเอกชน รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพของสถานเลี้ยงเด็ก



นโยบายให้สิทธิการลาคลอดและลาเพื่อดูแลลูก (parental leave) ซึ่งแต่ก่อนให้เฉพาะคุณแม่ แต่ภายหลังขยายให้กับคุณพ่อเพื่อช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระการเลี้ยงลูก



นโยบายการสนับสนุนทางการเงิน เช่น การสงเคราะห์ด้วยการให้เงินตรงๆ (cash transfer) หรือการลดหย่อนภาษี (tax deduction) สำหรับครอบครัวที่มีบุตร



นโยบายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาภาวะการมีบุตรยาก

ทั้งหมดนี้ สะท้อนว่านักนโยบายมองปัญหาที่ทำให้คนไม่ยอมมีลูกนั้นเกี่ยวกับการที่หาใครที่ไว้วางใจได้ช่วยเลี้ยงลูกในช่วงอายุก่อนวัยเรียน เนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลา ต้องไปทำมาหากินและไม่มีเวลามาเลี้ยงดูลูกทั้งในช่วงหลังคลอด และช่วงอื่นๆ เช่น ในเวลาที่ลูกไม่สบาย หรือยังดูแลตัวเองไม่ได้ และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะพอกพูนติดตามมาจนกว่าลูกพ้นจากอกและเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งกินเวลาไม่น้อยกว่า 15-20 ปี

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์และการออกแบบนโยบาย โดยเฉพาะในประเด็นการกระตุ้นการเกิดนี้ ไม่ใช่เรื่องกล้วยๆ กลมๆ ที่จะเป็นแพ็คเกจสั้นๆ ให้เข้าใจได้ง่ายๆ แต่มีความซับซ้อน เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง อีกทั้งในการกำหนดเป็นนโยบายแต่ละครั้ง ย่อมต้องมีการบวนการทางนิติบัญญัติมากมาย เพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน และมั่นใจว่าได้ผล หรือไม่ส่งผลเสีย ต่อฝ่ายอื่นๆ เมื่อออกเป็นนโยบายแล้วต้องสนับสนุนด้วยงบประมาณ มหาศาลเพื่อให้เป็นไปตามที่นโยบายเหล่านั้นได้กำหนดไว้ และเกี่ยวข้องกับคนทั่วประเทศจำนวนมาก

เป็นต้นว่า นโยบายที่จะออกมานั้นตั้งเป้าที่จะกระตุ้น การเกิดกับคนทั่วไป หรือมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น มุ่งไปที่กลุ่ม ผู้มีรายได้ต่ำ หรือกลุ่มผู้มีรายได้ปานกลางขึ้นไป เพราะนโยบาย แม้จะเขียนอย่างเสมอภาคด้วยข้อกำหนดและผลประโยชน์แบบเดียว แต่ย่อมได้ผลกับคนแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน นอกจากนี้ ยังต้องคำนึง ด้วยว่านโยบายกระตุ้นการเกิดที่จะออกมานี้ จะให้น้ำหนักไปที่ การมีลูกคนแรก เพื่อให้สามี-ภรรยา ที่ยังไม่เคยมีลูกกล้าก้าวออกจาก ความกลัวและความกังวล (fear zone, safe zone) หรือจะเป็นไป เพื่อการมีลูกตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์ (Completed fertility) รวมทั้ง ความยั่งยืนของนโยบายที่จะสร้างผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว หรือจะเป็น ผลเพียงชั่วคราว ในระยะสั้น เพราะนโยบายบางฉบับได้ผลมากใน ช่วงระยะแรก และเป็นระยะเวลาสั้นๆ ไม่ว่าจะเนื่องจากเป็นประสบการณ์ แปรเปลี่ยน หรือจากการที่ผลกระทบต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ยังไม่เกิดขึ้น ในช่วงแรก พอเวลาผ่านไปนโยบายก็เสื่อมมดขาลง หรือกระทั่ง ถูกต่อต้านอย่างรุนแรง

กลุ่มประเทศตะวันตกนับเป็นกลุ่มประเทศแรกๆ ที่ตื่นตัว เกี่ยวกับการกระตุ้นการเกิด แม้จะไม่มีกรอบที่ไวแน่นอนว่าประเทศ ไດเริ่มใช้นโยบายกระตุ้นการเกิดก่อน แต่ในนโยบาย “Code de la famille” ที่รัฐบาลฝรั่งเศสประกาศใน พ.ศ. 2482 นับเป็นนโยบาย กระตุ้นการเกิดที่เก่าแก่มากที่สุดนโยบายหนึ่ง โดยสนับสนุน ทั้งการเงินแก่แม่ที่ต้องออกจากงานเพื่ออยู่บ้านเลี้ยงลูก ห้ามการขาย ยาและอุปกรณ์คุมกำเนิด (ภายหลังยกเลิกใน พ.ศ. 2510) รวมไปถึง การให้เงินอุดหนุนแก่พ่อแม่ที่มีลูกมากกว่า 3 คน (famille nombreuse) การเพิ่มรายได้เป็น 2 เท่าแก่ครอบครัวที่มีลูก 6 คน รวมทั้งผลประโยชน์อื่นๆ เช่น การลดหย่อนภาษี ลดอัตราค่าบริการ ขนส่งมวลชน และบำนาญแก่แม่ ฯลฯ เพื่อจูงใจให้คนมีลูกเพิ่มขึ้น หลังจากที่มีฝรั่งเศสเผชิญปัญหาอัตราตายสูงกว่าอัตราเกิดตั้งแต่ หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 เป็นต้นมา³¹ จะว่าไปแล้ว นโยบายกระตุ้น การเกิดในปัจจุบันไม่ได้แตกต่างไปมากนักจากเมื่อ 85 ปีที่แล้ว

ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Bergsvik, Fauske, และ Hart (2021)³² ซึ่งสังเคราะห์นโยบาย สนับสนุนการเกิดของประเทศแถบตะวันตก รวมทั้งงานวิจัย³³ ที่วิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ของนโยบายเหล่านั้น ทำให้เห็นว่่านโยบายต่างๆ ที่เคยใช้มาในอดีต และยังใช้อยู่ในปัจจุบันไม่ได้ผลเต็มที่อย่างที่คาดหมายไว้ โดยที่ต้องลงทุนค่อนข้างมาก และขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ

นโยบายการเพิ่มและพัฒนาคุณภาพสถานเลี้ยง เด็กก่อนวัยเรียน

การสนับสนุนพ่อแม่ให้มีลูกด้วยการมีคนช่วยดูแลลูก โดยเฉพาะในช่วงก่อนวัยเรียน (ต่ำกว่า 3 ขวบ) สะท้อนให้เห็นว่า สังคมปัจจุบันจะหาพ่อหรือแม่เต็มเวลาที่อยู่กับบ้านทำหน้าที่ เลี้ยงดูลูกอย่างในสมัยโบราณนั้นแทบจะไม่มีอีกแล้ว นโยบาย นี้มุ่งไปที่กลุ่มสามี-ภรรยาที่ต่างคนต่างต้องออกจากบ้าน ไปช่วยกันทำมาหากิน (dual earners) ไม่ว่าจะเนื่องจาก แรงกดดันทางเศรษฐกิจที่สามีออกจากบ้านไปทำมาหากิน เพียงคนเดียวเพื่อเลี้ยงดูทั้งครอบครัว (breadwinner) นั้น ไม่เพียงพออีกต่อไป หรือเนื่องจากผู้หญิงเองก็ต้องการ มีบทบาทในทางเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางอาชีพ การงานมากขึ้น มีศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมมากขึ้น หรือทั้งหมด ครอบคลุม

ประเทศนอร์เวย์มีนโยบายที่จะไม่ให้ครอบครัวที่มี ลูกต้องจ่ายเงินเกินเพื่อใช้บริการสถานเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน มากกว่าร้อยละ 6 ของรายได้ครัวเรือน และไม่ให้อายุเกินกว่า 3,000 โครนนอร์เวย์ต่อเดือน (ราว 250-300 ยูโร) นโยบายนี้ ยังเอื้อให้ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำสามารถใช้บริการดังกล่าว ฟรี 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และหากต้องจ่ายก็จะคิดค่าบริการ ที่ต่ำเป็นพิเศษ นอร์เวย์มีการปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับ สถานเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2523-2533 ต่อมาใน พ.ศ. 2552 มีการประกาศเพดาน ค่าบริการสถานเลี้ยงดูเด็ก และพัฒนามาตรฐานคุณภาพการ บริการ และใน พ.ศ. 2558 ก็ประกาศเงินอุดหนุนสำหรับ ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำเพื่อการใช้บริการสถานเลี้ยงดูเด็ก ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มจำนวน การพัฒนาคุณภาพ และ การเข้าถึงสถานเลี้ยงดูเด็กช่วยให้อัตราเกิดในนอร์เวย์เพิ่มขึ้น ราวร้อยละ 0.7



นโยบาย

ค่าใช้บริการสถานเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน

น้อยกว่า ร้อยละ 6.0 ของรายได้ครัวเรือน

ไม่เกิน 3,000 โครนนอร์เวย์ต่อเดือน

อัตราเกิด

ร้อยละ 0.7

NORWAY

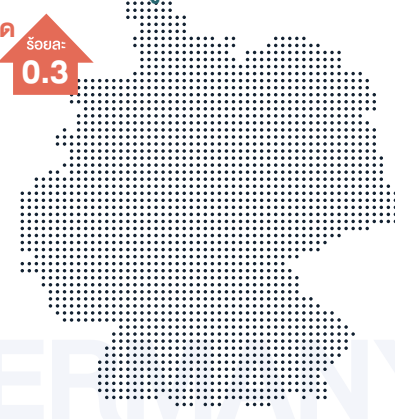
ส่วนในประเทศเยอรมนี มีนโยบายขยายสถานเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน (Kindertagesstätte หรือ Kita) ช่วง พ.ศ. 2523-2533 เป็นต้นมา โดยเฉพาะในฝั่งเยอรมนีตะวันออก ในขณะที่เยอรมนีฝั่งตะวันตกยังมีจำนวนสถานเลี้ยงดูเด็กเล็กก่อนวัยเรียนจำนวนจำกัดมากและแม่จำนวนไม่น้อยยังนิยมอยู่บ้านเพื่อดูแลลูกเต็มเวลา จนกระทั่งใน พ.ศ. 2551 นโยบายการขยายสถานเลี้ยงดูเด็กครอบคลุมทุกพื้นที่มากขึ้น และกำหนดให้เด็กอายุ 3-6 ขวบทุกคนมีสิทธิเข้ารับบริการสถานเลี้ยงดูเด็กของรัฐ ซึ่งเป็นการบังคับให้รัฐบาลท้องถิ่นทุกแห่งต้องจัดหาสถานเลี้ยงดูเด็กเล็กก่อนวัยเรียนให้เพียงพอ ต่อมาใน พ.ศ. 2556 ให้ครอบคลุมเด็กอายุตั้งแต่ 1 ขวบขึ้นไป ใน พ.ศ. 2561 ให้มีการกำหนดเพดานค่าบริการสถานเลี้ยงดูเด็ก และ พ.ศ. 2565 พัฒนามาตรฐานคุณภาพสถานเลี้ยงดูเด็กด้วยนโยบาย Gute-Kita-Gesetz (Good Daycare Act) การพัฒนาสถานเลี้ยงดูเด็กของเยอรมนีเพิ่มอัตราเกิดได้ราวร้อยละ 0.3

นโยบาย

การขยายสถานเลี้ยงดูเด็กครอบคลุมทุกพื้นที่โดยรัฐบาลท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบ

อัตราเกิด

ร้อยละ 0.3



GERMANY

นโยบาย

ค่าบริการปรับตามรายได้ของพ่อแม่ และขึ้นกับจำนวนชั่วโมงที่เข้ารับบริการ

อัตราเกิด

ร้อยละ 2.3



BELGIUM

ส่วนในเบลเยียมซึ่งมีกระทรวงครอบครัว (Ministerie van Gezin ในภาษาดัตช์ Ministère de la Famille ในภาษาฝรั่งเศส และ Ministerium für Familie ในภาษาเยอรมัน) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2489 ให้ความสำคัญกับคุณภาพและความเท่าเทียมในการรับบริการสถานเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมาก ผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงดูต้องได้เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตที่อนุมัติโดยองค์การเด็กและครอบครัว (Kind en Gezin) ค่าบริการปรับตามรายได้ของพ่อแม่ (Income-related pricing policy) และขึ้นกับจำนวนชั่วโมงที่เข้ารับบริการ และอัตราบริการแตกต่างกันตามอายุของเด็ก รวมทั้งเวลาเข้ารับบริการ เช่น ระหว่างเวลาเรียน หรือก่อนและหลังเวลาเรียน สำหรับครอบครัวที่มีลูกหลายคนจะได้รับส่วนลด³³ นโยบายสถานดูแลเด็กของเบลเยียมเพิ่มอัตราเกิดได้ราวร้อยละ 2.3

นอกจากนี้ยังพบว่า นโยบายการเพิ่มจำนวนสถานเลี้ยงดูเด็กของรัฐที่มีราคาไม่แพง และมีความเท่าเทียมในประเทศสวีเดนที่ประกาศใน พ.ศ. 2541 และเริ่มดำเนินการได้ใน พ.ศ. 2545 มีส่วนอย่างมากในการผลักดันในสวีเดนเพิ่มอัตราเกิดของลูกคนแรกได้ร้อยละ 9.8 ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 แม้เป็นปีที่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ จึงสะท้อนให้เห็นผลของการประกาศนโยบายอย่างจริงจังอย่างแท้จริง ทั้งนี้มีการรายงานเพิ่มเติมว่าอัตราเกิดมีความชัดเจนอย่างมากในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ³⁴

นโยบาย

การเพิ่มจำนวนสถานเลี้ยงดูเด็กของรัฐที่มีราคาไม่แพง

อัตราเกิด

ร้อยละ 9.8



SWEDEN

นอกจากนี้ สิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายต้องให้ความระมัดระวัง คือการเปลี่ยนแปลงนโยบายอื่น อาจส่งผลกระทบต่ออัตราเกิดได้อย่างคาดไม่ถึง ตัวอย่างเช่น นโยบายการชะลออายุเกษียณในอิตาลี เพื่อเปิดโอกาสให้คนอายุ 60 ปีในอิตาลียังสามารถทำงานต่อไปได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปเงินบำนาญ (pension reform) ในช่วง พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2544 ปรากฏว่าทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากที่เคยทำหน้าที่ช่วยเหลือหลานหายไป และทำให้ความต้องการของสถานเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนในอิตาลีเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งแผนการมีลูกของสามี-ภรรยาในอิตาลีต้องเลื่อนเวลาออกไป³⁵

นโยบายการขยายเวลาลาเพื่อคลอดและเลี้ยงดูลูก

นโยบาย

การขยายการลาคลอดและเลี้ยงดูบุตร

อัตราเกิด

ร้อยละ
5.7



AUSTRIA

ประเทศออสเตรีย ออกนโยบายใน พ.ศ. 2532 ขยายการลาคลอดและเลี้ยงดูบุตรจาก 12 เดือนเป็น 24 เดือน สำหรับเด็กที่เกิดตั้งแต่ 1 กรกฎาคม เป็นต้นไป ต่อมาใน พ.ศ. 2545 มีการให้เงินชดเชยสำหรับพ่อแม่ที่ลาเพื่อไปเลี้ยงดูลูก (*kinderbetreuungsgeld* หรือ *childcare allowance*) และใน พ.ศ. 2553 ยังเพิ่มความยืดหยุ่นในการลาด้วยการมีทางเลือกแบบ ลาระยะสั้น แต่ได้รับเงินชดเชยสูง หรือลาระยะยาว แต่ได้รับเงินชดเชยน้อย โดยขยายการลาจากเดิม 12 เดือนเป็น 36 เดือน และพัฒนารูปแบบความยืดหยุ่นต่อมาอีกใน พ.ศ. 2560 เพื่อให้ทั้งพ่อและแม่มีความเท่าเทียมกันในการภาระการเลี้ยงดูลูก³⁶ ซึ่งพบว่านโยบายของออสเตรียทำให้อัตราเกิดเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 5.7

นโยบาย

ขยายการให้เงินชดเชยแก่แม่ที่ลาคลอดจากเดิมในอัตราคงที่ถึง 13 ยูโรต่อวัน ตามรายได้ต่อเดือนที่เคยได้

อัตราเกิด

ร้อยละ
2.3



GERMANY

ส่วนในเยอรมนี มีการขยายการให้เงินชดเชยแก่แม่ที่ลาคลอดจากเดิมในอัตราคงที่ถึง 13 ยูโรต่อวัน เป็นเวลา 24 เดือน หลังจากคลอด มาเป็นการได้รับค่าชดเชยในจำนวนเต็มตามรายได้ต่อเดือนที่เคยได้ก่อนคลอด นานเป็นเวลา 12 เดือน เมื่อเปรียบเทียบอัตราเกิดก่อนและหลังนโยบายนี้ไม่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มแม่ผู้มีรายได้น้อยจะเป็นผู้เสียเปรียบจากนโยบายดังกล่าวเพราะการได้เงินชดเชยในอัตราคงที่แบบเดิมจะได้เงินสูงกว่า

นโยบาย

การรับรองที่จะจ้างงานต่อ และสามารถกลับเข้ามาทำงานได้ในตำแหน่ง ค่าจ้าง และผลประโยชน์ต่าง ๆ ในอัตราเทียบเท่า

อัตราเกิด

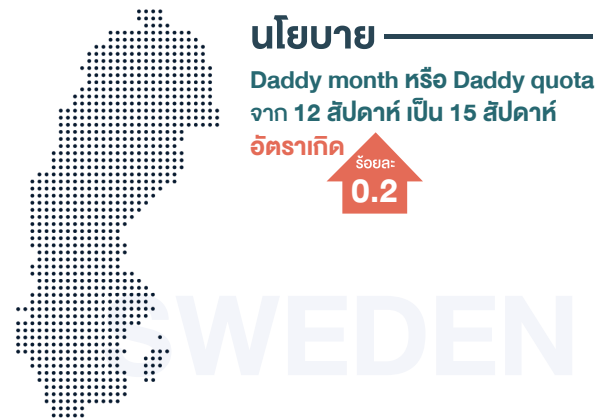
ร้อยละ
1.5



USA

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ออกกฎหมาย Family and Medical Leave Act (FMLA) พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นกฎหมายบังคับใช้ทุกรัฐ (federal policy) โดยให้สิทธิการลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรที่เพิ่งเกิด หรือบุตรบุญธรรมที่รับมาเลี้ยง หรือลาเพื่อไปดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย 12 สัปดาห์ต่อปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่นายจ้างให้การรับรองที่จะจ้างงานต่อ และสามารถกลับเข้ามาทำงานได้ในตำแหน่ง ค่าจ้าง และผลประโยชน์ต่าง ๆ อัตราเดิมหรือเทียบเท่า ซึ่งพบว่าทำให้การอัตราเกิดของลูกคนที่ 1 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.5 และอัตราเกิดลูกคนที่ 2 ราวร้อยละ 0.6 ทั้งยังได้ผลชัดเจนเฉพาะช่วงแรกๆ ที่นโยบายออกมา

ในประเทศนอร์เวย์ มีนโยบายการลาเพื่อดูแลลูกตั้งแต่ พ.ศ. 2520 แต่ให้เฉพาะแม่ ต่อมาขยายให้พ่อสามารถลาได้ด้วย (Paternity quota) ใน พ.ศ. 2536 โดยเป็นการลาที่ได้รับค่าตอบแทนจากเดิม 3 สัปดาห์เป็น 4 สัปดาห์ต่อปี แต่สิทธินี้ให้เฉพาะพ่อไม่สามารถโอนให้แม่ใช้ได้ (non-transferable leave) เพื่อให้ความสำคัญเกี่ยวกับการลดภาระการเลี้ยงดูลูกที่แต่เดิมไปหนักอยู่ที่แม่ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพบว่านโยบายนี้ได้ผลแต่เพียงเล็กน้อย คือ อัตราเกิดเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 1.6³⁷



ส่วนประเทศสวีเดนมีการขยายการลาของพ่อ เรียกว่า “Pappamånader” (daddy month หรือ daddy quota) ซึ่ง มีมาแต่เดิมแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2517 และนับเป็นประเทศผู้นำในการมี นโยบายเพื่อสนับสนุนครอบครัวและการสมดุลชีวิตและงาน (Work-life balance) โดยใน พ.ศ. 2538 ประกาศขยายเวลาการลา ของพ่อจาก 12 สัปดาห์ต่อปี เป็น 15 สัปดาห์ต่อปี อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ได้ผลเพียงราวร้อยละ 0.2 อีกทั้ง ได้ผลชัดเจน เพียงในช่วงแรกที่ประกาศนโยบาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีการศึกษาสูง³⁸

นอกจากนี้ ประเทศสเปนได้ประกาศนโยบายใน พ.ศ. 2550 ให้สิทธิการลาของพ่อเพื่อไปดูแลลูกเป็นเวลา 13 วัน หรือ 2 สัปดาห์ แบบได้รับค่าจ้างเต็ม โดยค่าจ้างดังกล่าวรัฐเป็นผู้อุดหนุนจากระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตามพ่อที่มีสิทธิลาต้องเป็นผู้อยู่ในระบบประกัน สังคม และมีการจ้างงานถูกต้องตามกฎหมาย ในการศึกษากลับพบว่าอัตราเกิดกลับลดลงราวร้อยละ 5 ซึ่งอาจเกิดจากต้นทุนค่าเสียโอกาส ของพ่อที่เพิ่มขึ้น³⁹

นโยบายการให้เงินอุดหนุน

การให้เงินอุดหนุนการเลี้ยงดูลูกของเมือง Quebec ประเทศแคนาดา เป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย Quebec Parental Insurance Plan (QPIP) ใน พ.ศ. 2531 มีการเพิ่มเงินอุดหนุนสำหรับเด็กเกิดใหม่ (Allowance for Newborn Children: ANC) การศึกษาพบว่า ทำให้เพิ่มอัตราเกิดได้ราวร้อยละ 1.7 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีลูกคนที่ 3⁴⁰ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาบางชิ้นที่มีการแบ่งข้อมูลออกเป็น ระยะสั้นและระยะยาว พบว่าการเพิ่มอัตราเกิดในระยะยาวมีแนวโน้มที่จะลดลง⁴¹

ส่วนนโยบายเพิ่มเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูในประเทศเยอรมนี ประกาศใน พ.ศ. 2539 เรียกว่า “Erziehungsgeld” (child-raising allowance) กลับพบว่าไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าใดนักในอัตราเกิดของลูกคนที่ 1 แต่ได้ผลในอัตราเกิดของลูกคนที่ 2 โดยเฉพาะ ในกลุ่มผู้มีรายได้สูง⁴² นอกจากนี้ ในการศึกษา นโยบายการให้เงินอุดหนุนโดยรัฐบาลท้องถิ่นของรัฐ Thuringia พบว่า การจ่ายเงิน อุดหนุนอย่างน้อยราว 150 ยูโรต่อเดือน แต่ไม่เกิน 300 ยูโรต่อเดือน โดยครอบครัวใดที่มีสมาชิกครอบครัวมากก็จะได้รับเพิ่มตามสัดส่วน เป็นการให้กับครอบครัวที่ไม่ได้ส่งลูกที่อายุน้อยกว่า 2 ขวบเข้าสถานเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนของรัฐ⁴³ การสนับสนุนดังกล่าว มีผลต่อการเพิ่ม อัตราเกิดโดยเฉพาะในช่วง 4 ปีแรกของการประกาศนโยบาย โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีแนวโน้มเลี้ยงดูลูกเองที่บ้าน เช่น กลุ่มครอบครัวขนาดใหญ่ กลุ่มผู้มีรายได้น้อย และพ่อแม่ชาวต่างชาติ นโยบายเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูลูกของเยอรมนีมีการปรับปรุงครั้งใหญ่ใน พ.ศ. 2550 เรียกว่า “Elterngeld” (parental allowance) ด้วยการให้เงินชดเชยมากถึงร้อยละ 67 ของรายได้เดิมก่อนมีลูก แต่ไม่เกิน 1,800 ยูโรต่อเดือน เป็นเวลาไม่เกิน 12 เดือน และหากทั้งพ่อและแม่ใช้ร่วมกัน สามารถขยายเวลาได้ถึง 14 เดือน เพื่อจูงใจให้ทั้งพ่อและแม่ช่วยกันแบ่งเบา ภาระในการเลี้ยงดู

การให้เงินอุดหนุนในประเทศสเปน ประกาศนโยบายใน พ.ศ. 2550 ให้เงินอุดหนุนสูงถึง 2,500 ยูโร จ่ายทันทีเมื่อคลอด โดยจ่ายให้กับแม่ที่อยู่ในประเทศอย่างน้อย 2 ปี ซึ่งพบว่านโยบายนี้เพิ่มอัตราเกิดได้ราวร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

นโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

การลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการด้านสาธารณสุขช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ในการสังเคราะห์การวิจัยเกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่ายต่างๆ ด้านสาธารณสุขที่มีผลต่ออัตราเกิดพบทั้งที่มีผลเชิงบวก เช่น ในการศึกษาของ Schmidt ทั้งใน พ.ศ. 2548⁴⁴ และ พ.ศ. 2550⁴⁵ ซึ่งใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกา ระหว่าง ค.ศ. 1985-1999 ใน 15 มลรัฐของสหรัฐอเมริกา สรุปว่าการที่ประกันสุขภาพครอบคลุมการรักษากะการมีบุตรยากที่มีราคาไม่แพงในหญิงที่ใกล้หมดวัยเจริญพันธุ์ช่วยเพิ่มอัตราเกิดได้ราวร้อยละ 32.0 ในกลุ่มสตรีผิวขาวที่อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาบางชิ้นที่พบว่าไม่ได้ผลแต่อย่างใด เช่น การศึกษาของ Machado และ Sanz-de-Galdeano ใน พ.ศ. 2553⁴⁶ ซึ่งใช้ข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2522-2530 จากหลายแหล่งข้อมูลรวมกัน

ในการศึกษาของ Leibowitz ใน พ.ศ. 2533 เป็นการทดลองใน 6 เมืองของมลรัฐวอชิงตัน แมสซาชูเซตส์ และเซาท์แคโรไลนา มีผู้เข้าร่วมการทดลอง 2,216 คนพบว่า การที่ประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของบุตรอย่างเต็มที่ (fully covered plan) ช่วยเพิ่มอัตราเกิดได้ราวร้อยละ 29.0 แต่ก็มีการศึกษาด้วยการทดลองบางชิ้นที่ระบบการประกันสุขภาพแม้จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายการดูแลครรภ์จนถึงหลังคลอด (Perinatal care) ก็อาจส่งผลให้อัตราเกิดลดลง เช่น การศึกษาของ Joyce และคณะ⁴⁷ ใน พ.ศ. 2541 ที่ใช้ข้อมูลการตั้งครรภ์ระหว่าง พ.ศ. 2530-2535 ของศูนย์วิจัยสุขภาพแห่งชาติ (National Center for Health Statistics) สหรัฐอเมริกา

นโยบายกระตุ้นอัตราเกิดในเอเชียตะวันออก

เอเชียตะวันออกเป็นภูมิภาคที่อัตราเกิดลดลงรวดเร็วที่สุด จึงไม่น่าแปลกใจที่ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้มีมาตรการต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นอัตราเกิด

หลังจากที่จีนยกเลิกนโยบายลูกคนเดียวไปเมื่อ พ.ศ. 2559 ขณะนี้จีนเริ่มเข้าสู่นโยบาย “ลูกสามคน” (孩政策: Sānhái Zhèngcè) แล้ว หลังจากที่มีประกาศให้เงินอุดหนุนครอบครัวที่มีลูก 3 คน ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งแต่เดิมใครมีลูกเกินกว่า 1 คน จะต้องเสียเงินและเสียสิทธิประโยชน์หลายอย่างของรัฐ ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระ และจูงใจให้คนมีลูกมากขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาของบุตรด้วยการให้สินเชื่อดำเนินพิเศษ การจ่ายเงินชดเชยสำหรับการลาคลอด ค่ารักษาพยาบาลของลูก มีมาตรการเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมทางเพศ ฯลฯ ใช้เงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 5.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อปี และอนุญาตให้รัฐบาลท้องถิ่นปรับและเพิ่มนโยบายต่างๆ ที่จำเป็นและเหมาะสมกับบริบทในท้องถิ่น⁴⁸

สำหรับประเทศเกาหลีใต้ซึ่งขณะนี้มียออัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำสุดในโลก ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านประชากร (demographic national emergency) เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เรียกร้องให้ทุกฝ่ายร่วมมือกัน และให้ทุกกระทรวงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขสถานการณ์อย่างครอบคลุม (comprehensive response) ที่สุด⁴⁹ ทั้งยังประกาศตั้งกระทรวงใหม่ขึ้นมาเพื่อดำเนินมาตรการต่างๆ ที่จำเป็นอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ เรียกชื่อเป็นการชั่วคราวว่า กระทรวงวางแผนยุทธศาสตร์ประชากร (Ministry of Population Strategy Planning) ทั้งที่มีกระทรวงความเสมอภาคทางเพศและครอบครัว (Ministry of Gender Equality and Family) อยู่แล้ว โดยรัฐมนตรีกระทรวงนี้จะดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีด้านกิจการสังคมอีกด้วย จากการประเมินแล้วว่ามาตรการต่างๆ ที่ดำเนินการมาล้วนไม่ได้ผล ไม่ว่าจะเป็นมาตรการสร้างสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตครอบครัว (work-life balance) การเพิ่มวันลาเพื่อเลี้ยงดูลูก การลดชั่วโมงการทำงานจากเดิมให้ผู้ที่มียออายุ 8 ปี เป็น 12 ปี เพิ่มวันลาของพ่อเพื่อช่วยเลี้ยงลูกจาก 10 วันเป็น 20 วัน และการลาระหว่างภรรยาตั้งครรภ์ ขณะนี้พ่อใช้สิทธิเหล่านี้เพียงร้อยละ 6.0 และตั้งเป้าว่าจะรณรงค์ให้พ่อใช้สิทธิเหล่านี้มากขึ้น ร้อยละ 50.0 เงินชดเชยการลาคลอด 2.5 ล้านวอน (ราว 6.6 หมื่นบาท) ต่อเดือน ใน 3 เดือนแรก จากเดิมได้เพียง 1.5 ล้านวอน (ราว 4 หมื่นบาท) ต่อเดือน และให้เงินอุดหนุนนายจ้างเพื่อลดแรงกดดันที่มีต่อพนักงาน การขยายเวลาบริการสถานเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 11 ขวบ และการเพิ่มจำนวนผู้ดูแลเด็กที่จะพิจารณานำเข้าผู้ดูแลเด็กจากต่างประเทศ⁵⁰

จากนโยบาย งบประมาณ และความพยายามที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ยังไม่ปรากฏว่ามีประเทศใดรายงานแนวโน้มที่ดีขึ้นของอัตราเจริญพันธุ์รวมเลย

เกิดน้อยไม่ได้เลวร้ายไปเสียทั้งหมด

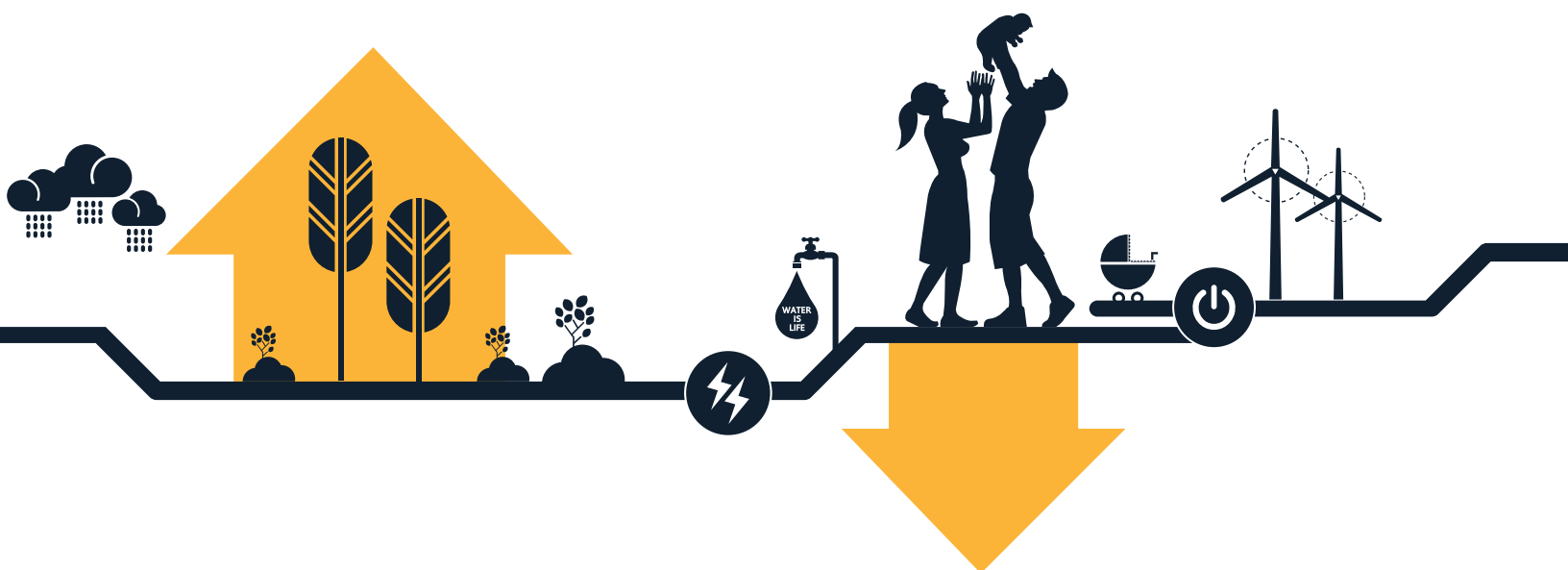
แม้สถานการณ์เกิดน้อยจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับการหดตัวทางเศรษฐกิจ การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และความสั่นคลอนของระบบประกันสังคม จนทำให้หลายประเทศต้องเร่งพัฒนานโยบายและกลไกต่างๆ เพื่อกระตุ้นการเกิดให้เพิ่มขึ้นดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น

แต่ก็ไม่ควรลืมว่า แต่ก่อนเราเคยมีนโยบายควบคุมจำนวนประชากร และในบางประเทศอาจจริงเอาจริงอย่างมาก สะท้อนให้เห็นว่าการมีจำนวนประชากรน้อยลงไม่ได้เป็นปัญหา หรือสถานการณ์ที่เลวร้ายไปเสียทั้งหมด...การเกิดน้อยก็มีข้อดีบางประการ

ประการแรก คือการลดแรงกดดันต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งในแง่ของการลดการบริโภค และการใช้ทรัพยากรต่างๆ รวมไปถึงการผลิตของเสียและมลพิษ จากรายงานของคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (IPCC) ระบุว่าในภูมิภาคที่มีการลดลงของประชากร ทำให้คุณภาพอากาศ และคุณภาพน้ำ ดีขึ้น การตัดไม้ทำลายป่า ปริมาณก๊าซคาร์บอนและก๊าซเรือนกระจกอื่นๆ ลดลง สอดคล้องกับทิศทางการแก้ไขการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลก^{51,52} พื้นที่ความหลากหลายทางชีวภาพ⁵³ ซึ่งเป็นผลดีต่อระบบนิเวศ และเกิดความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติ

ประการที่สอง เป็นผลดีต่อการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการจัดการที่ดินทำกิน ที่อยู่อาศัย แหล่งน้ำ แหล่งอาหาร รวมไปถึงทรัพยากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชีวิต ทั้งการเล่าเรียนศึกษา สถานพยาบาล การคมนาคม การหางานทำ ที่ปัจจุบันมีการแก่งแย่งกันอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีประชากรมาก และมีทรัพยากรเหล่านี้น้อย และขาดประสิทธิภาพในการจัดระเบียบ การแบ่งปันทรัพยากรเหล่านี้ ทำให้ประชากรบางกลุ่มเข้าไม่ถึง และเกิดการส่งต่อความเหลื่อมล้ำจากรุ่นสู่รุ่น และทวีความเหลื่อมล้ำมากขึ้นจนกลายเป็นรอยร้าวแห่งความแตกแยกในสังคม

ประการที่สาม เป็นผลดีต่อคุณภาพชีวิตของคนในสังคม ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นผลสืบเนื่องจากสองประการแรก กล่าวคือเรามีสุขภาพที่ดีขึ้นจากการที่มลพิษต่างๆ ในสภาพแวดล้อมลดลง และหากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศคลี่คลายไปในทางที่ดี ก็จะสามารถลดความเสี่ยงภัยต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ นอกจากนี้ การลดลงของการแก่งแย่งในสังคมเป็นผลดีต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การได้ “เวลา” คืนมาจากการทำงานหนัก เพื่อสวัสดิภาพทางเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว การไม่ต้องเดินทางในสภาพจราจรแออัด ไม่ต้องเข้าคิวรอเป็นเวลานานเพื่อรับบริการทางการแพทย์ และบริการสาธารณะอื่นๆ^{54,55}



บทส่งท้าย: สิ่งใดต้องรับทำ

แม้นโยบายกระตุ้นการเกิดด้วยวิธีต่างๆ ยังไม่เห็นผลชัดเจนนัก หรือเห็นผลในระยะสั้นๆ และผลลัพธ์ที่ได้ก็อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ถึงกระนั้นก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่า เรายังคงต้องกระตุ้นการเกิด และหาแนวทางที่จะจูงใจให้คนมีลูกกันเพิ่มขึ้นต่อไป แต่สุดท้ายแล้ว ไม่ว่าเราจะสามารถหาหนโยบายที่ทำงานได้ผลจริงๆ เจอหรือไม่ ก็ไม่อาจปฏิเสธได้เช่นกันว่าเราต้องเผชิญกับภาวะเด็กเกิดใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นระยะยาวหากไม่ตัดสินใจทดลองนโยบายใหม่ๆ ที่ตรงใจคนวัยเจริญพันธุ์ได้เสียที และแม้ที่สุดแล้วสามารถหาหนอยายนั้นพบ และเริ่มดำเนินการทันที ก็ยังต้องใช้เวลาอีกไม่น้อยกว่า 20 ปี กว่าเด็กเกิดใหม่ที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นจะเติบโตมาทันรับช่วงในการอุ้มชูดูแลสังคมได้

ในระหว่างนี้ สังคมต้องการนโยบายที่ต้องลงมือทำทันที เพื่อรับมือกับผลกระทบจากอัตราเกิดลดลงอย่างเร่งด่วน

1

การใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์ และปัญญาประดิษฐ์ เพื่อทดแทนทรัพยากรมนุษย์ที่ลดลง ซึ่งขณะนี้มีการดำเนินการมากอยู่แล้วทั้งในการผลิตสินค้า การบริการ และการดำเนินกิจการต่างๆ ในสำนักงาน และยิ่งจะกว้างขวางมากขึ้นจากพัฒนาการอย่างรวดเร็วของปัญญาประดิษฐ์ต่างๆ แต่ที่ต้องเน้นอย่างมากคือการนำเทคโนโลยีดังกล่าว เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้ได้ผลอย่างจริงจัง และทั่วถึง เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยี หรือให้ความเหลื่อมล้ำน้อยที่สุด ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีลูกน้อย และอยู่ห่างไกลจากลูก และญาติพี่น้องอันเนื่องมาจากการย้ายถิ่น รวมทั้งทุนทางสังคมที่น้อยลงอันเนื่องมาจากการพัฒนาเป็นเขตเมือง (urbanization) ของสังคมไทย

เทคโนโลยีเหล่านี้ ควรมุ่งไปที่การทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตพึ่งพาตัวเองให้นานที่สุด สร้างชีวิตชีวา และสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึงเพียงแต่เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพงอย่างเช่น หุ่นยนต์ (robot) ชีวจักร (bionics) และกายอุปกรณ์ (prosthetics) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีฐานะมักสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ได้มากอยู่แล้ว แต่รวมถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือเล็กๆ น้อยในชีวิตประจำวัน เช่น อุปกรณ์ช่วยยกของลงจากรถ การพยุงตัว ฯลฯ ที่มีราคาไม่สูงเกินไป ซึ่งรัฐจะต้องช่วยอุดหนุนให้ภาคเอกชนผลิตได้ในราคาที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางลงไปจนถึงผู้มีรายได้น้อยเข้าถึงได้ และมีนโยบายที่ภาครัฐทำงานร่วมกับภาคเอกชนในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในรูปแบบการสงเคราะห์ กึ่งสงเคราะห์ และกิจกรรมเพื่อสังคม (social responsibility)

2

การปรับตัวทางการเงินส่วนบุคคลสำหรับการเกษียณอายุ ที่จะต้องวางแผนดำเนินการให้เร็วขึ้นกว่าเจเนอเรชันก่อนๆ เพื่อให้มีเงินออมเพียงพอสำหรับการเกษียณ เนื่องจากรายได้และทรัพยากรที่มาจากลูกหลานจะลดน้อยลงอย่างมาก และสำหรับบางคนอาจจะไม่มีเลย และต้องคำนึงด้วยว่าเมื่อถึงวัยที่ไม่สามารถทำงานสร้างรายได้จริงๆ นั้นค่าครองชีพจริงยิ่งสูงขึ้นไปอีกมาก

ในประเด็นนี้ ควรจะต้องมีการรณรงค์ให้การใช้จ่าย และการใช้ชีวิตที่มีความรอบคอบ สมเหตุสมผล ลดความฟุ้งเฟ้อหรูหรา ซึ่งส่วนหนึ่งจะทำให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะมีลูกได้มากขึ้น รวมทั้งมีเงินทุนเพียงพอสำหรับชีวิตในวัยเกษียณ

3

การปรับนิยามของผู้สูงอายุใหม่ จะทำให้สังคมมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และโครงสร้างของสังคมเปลี่ยนไป จากเดิมที่คนอายุ 60 ขึ้นไปเป็นคนสูงอายุที่จะต้องหยุดทำงาน และเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทั้งๆ ที่ในปัจจุบันคนอายุ 60 และอาจเลยไปถึงคนอายุ 70-75 ปี ยังมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง มีกำลังวังชา มีสติปัญญา ประสบการณ์ และความสามารถ อันเป็นผลมาจากความเจริญทางการแพทย์และความก้าวหน้าทางการศึกษา

การเปลี่ยนทัศนคติที่ว่านี้ เป็นการเปลี่ยนทั้งทัศนคติของคนที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้มีพลังและกำลังใจในการเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพให้สามารถทำงานต่อไปได้ และทัศนคติของคนอื่นๆ ในสังคม เพื่อให้เกิดการยอมรับ สามารถทำงานร่วมกันได้ในบทบาทที่เหมาะสมและลงตัว ทั้งนี้ทำให้เกิดแรงงานกลุ่มใหม่ และผลผลิตทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น เกิดเป็นการปันผลทางประชากรระยะที่สาม (third demographic dividend)⁵⁶

4

การเร่งหาทางออกของระบบประกันสังคม ซึ่งเป็นระบบที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการมีจำนวนผู้จ่ายเงินเข้าระบบเพิ่มขึ้น (growth model) อย่างต่อเนื่องอันจะทำให้ระบบเดินทางต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การลดลงของอัตราเกิดทำให้จำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง และทำให้กระแสเงินที่จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมลดลงตามไปด้วย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่รอการอุดหนุนจากระบบมีจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้นกว่าแต่ก่อนซึ่งจะทำให้กระแสเงินที่จะไหลออกสูงกว่ากระแสเงินไหลเข้าจนระบบดำเนินการติดขัด หรืออาจถึงขั้น “ล่ม” ซึ่งปัญหาเรื่องนี้มีสถาบัน และหน่วยงานต่างๆ วิเคราะห์ให้เห็นไว้อย่างชัดเจนมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จึงควรได้มีการแก้ไขอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ “ขยายฐาน” ผู้จ่ายเงินเข้าระบบ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นและสร้างรายได้สูงขึ้น รวมทั้งเงินค้างจ่ายที่มียอดสูงราว 6-7 หมื่นล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการค้างจ่ายจากภาครัฐ⁵⁷

5

การพิจารณานโยบายดึงดูดประชากรที่มีความสามารถ (talent) ให้เข้ามาพำนักอาศัยและทำงานในประเทศไทย ซึ่งนโยบายนี้มีการดำเนินการแล้วโดยเฉพาะในระดับมหาวิทยาลัย และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (สทท.) แต่เน้นไปในรูปแบบโครงการแลกเปลี่ยน (exchange program)⁵⁸ มากกว่า แต่ถ้าจะให้ได้ประโยชน์มากขึ้น นโยบายดังกล่าวนี้ควรมุ่งไปที่การอยู่อาศัยระยะยาว (long-term resident) โดยทำงานและสร้างครอบครัวอยู่ในประเทศไทย ซึ่งต้องมึนโยบายและโครงสร้างต่างๆ รองรับเพื่อจูงใจวัยแรงงานที่มีความสามารถให้อยู่ในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มนักศึกษาแลกเปลี่ยน นักศึกษาต่างชาติเต็มเวลา อาจารย์ นักวิจัย คนทำงานวัยหนุ่มสาวในอุตสาหกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอุตสาหกรรมที่เป็นเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ของประเทศ แรงงานต่างชาติที่มีศักยภาพ⁵⁹ รวมทั้ง “ผู้พเนจรดิจิทัล” (digital nomad) ซึ่งเป็นกลุ่มคนทำงานอิสระที่ไปอาศัยในประเทศที่ตนเองหลงใหลชื่นชอบแล้วทำงานผ่านระบบดิจิทัลให้กับผู้จ้างงานจากที่ใดก็ได้ในโลก ซึ่งในการจัดอันดับเมืองและประเทศที่เป็นจุดหมายปลายทางของผู้พเนจรดิจิทัลเหล่านี้มักจะมีเชียงใหม่ และจังหวัดที่มีเกาะและหาดทรายสวยงาม เช่น ตรวต สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต พังงา ติดอันดับต้นๆ อยู่เสมอ^{60,61}

นโยบายเหล่านี้ ตอบสนองทันทีต่อภาวะอัตราเกิดที่ลดลง ไม่ใช่ในแง่ที่จะช่วยกระตุ้นการเกิดและเพิ่มจำนวนประชากร แต่ในแง่ที่สังคมจะต้องอยู่ในสภาวะที่คนเกิดน้อยไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งไม่จำเป็นระยะสั้นๆ ส่วนจะยาวนานแค่ไหนขึ้นอยู่กับผลสำเร็จของนโยบายกระตุ้นการเกิด ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีวามชัดเจน

ภาคผนวก

บรรณานุกรม

10 หมวด ตัวชี้วัด “สุขภาพจิตคนไทย”

หมวด 1 สถานการณ์และผลกระทบสุขภาพจิตในประเทศไทย

กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566).

สำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต

สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต.

คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567,

28 ธันวาคม). รายงานผู้ป่วยที่มีารับบริการด้านจิตเวช ปีงบประมาณ 2566. กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2566).

รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี 2566. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2562). การสูญเสียปีสุขภาวะ: รายงานการระ

โรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง

ประเทศ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2566.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental

disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*, 54, 101675. [https://doi.](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675)

[org/10.1016/j.eclinm.2022.101675](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675)

หมวด 2 ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ. Dataset -

DMH DATA CATALOG: <https://catalog.dmh.go.th/en/dataset/service-important>

กรมสุขภาพจิต. (2566). สถิติในการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ. DMH DATA CATALOG.

<https://catalog.dmh.go.th/en/dataset/service-important>

กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ส่วรจ

ระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต

สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต.

คลังข้อมูลสุขภาพ กรมสุขภาพจิต. (2567, 26 ธันวาคม). ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย.

Dashboard <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>

วรวรรณ จุฑา และ กมลลักษณ์ มากคล้าย. ความชุกของความผิดปกติทางอารมณ์: การสำรวจ

ระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

เข้าถึง 21 ธันวาคม 2567. <https://dmh-ellibrary.org/items/show/1681>.

หมวด 3 สถานะสุขภาพจิตเชิงบวกของคนไทย

กรมสุขภาพจิต. (2567). Dashboard ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย. กรมสุขภาพจิต.

<https://checkin.dmh.go.th/dashboards>

คลังข้อมูลสุขภาพ กรมสุขภาพจิต. (2567, 26 ธันวาคม). ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย.

Dashboard <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>

มลินี สมภพเจริญ, ณัฐนรี เอมยงค์ และสินชัย กิตติมงคลสุข. 2565. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการสำรวจสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตคนไทยประจำปี พ.ศ. 2565. กองส่งเสริม

และพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต. (2568). ผลสำรวจสุขภาพจิตทางจิตในสังคมไทย.

สถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต. <https://www.tims.psy.chula.ac.th/en/article/survey1/>

Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.). (2024).

World happiness report 2024. University of Oxford: Wellbeing Research Centre.

Phulkard, S., Thapsuwan, S., Soottipong Gray, R., Chamratrithirong, A., Pattaravanich, U.,

Ungchusak, C., & Saonnam, P. (2023). *Life satisfaction before and during COVID-19*

pandemic in Thailand. *International Journal of Public Health*, 68, 1605483. [https://](https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605483)

doi.org/10.3389/ijph.2023.1605483

หมวด 4 ความรุนแรงในครอบครัวและสังคม

กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น, สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2564).

รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข.

ณฐมน ลือแก้ว และคณะ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการ

เสี่ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยใน

จังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(3), 123-135.

มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล. (2564). ข้อมูลสถานการณ์ข่าวความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2563-2564.

มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล.

ศูนย์ปฏิบัติการกรมกิจการเด็กสตรีและครอบครัว, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

(2566). รายงานการช่วยเหลือผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ปีงบประมาณ

2560-2566. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

หมวด 5 เทคโนโลยีดิจิทัล

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2566). การสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตใน

ประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.

Cheng, C., Lau, Y. C., Chan, L., & Luk, J. W. (2021). *Prevalence of social media addiction*

across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes

and cultural values. *Addictive Behaviors*, 117, 106845. [https://doi.org/10.1016/j.](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106845)

[addbeh.2021.106845](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106845)

Kickbusch, I. (2024, November 21). *Digitalisation as a growing determinant of health*

and well-being: Getting it right (Keynote address). 14th Annual Global Forum on Health

Promotion, Geneva, Switzerland. [https://globalhealthpromotionhub.org/events/6140?](https://globalhealthpromotionhub.org/events/6140?network_id=who-health-promotion)

[network_id=who-health-promotion](https://globalhealthpromotionhub.org/events/6140?network_id=who-health-promotion)

Tuabor, S., Noraset, T., & Tawichsri, T. (2022). *Using large-scale social media data for*

population-level mental health monitoring and public sentiment assessment: A case

study of Thailand. *International Journal of Medical Informatics*, 163, 104738. [https://](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104738)

doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104738

We Are Social. (2024, December 15). *Digital Insights Thailand 2024*. Data Reportal.

<https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand>

หมวด 6 การใช้สารเสพติด

กรมสุขภาพจิต. (2566). ส่วรจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566.

กรมสุขภาพจิต.

คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567,

22 ธันวาคม). ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อ

จิตประสาท ปีงบประมาณ 2567. กระทรวงสาธารณสุข.

คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567,

2 ธันวาคม). ความผิดปกติและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติดในคนไทย ปีงบประมาณ

2566. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย

ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการดำเนินงานตาม

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2563 — 2567. สำนักงานสถิติ

แห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการดำเนินงานตาม

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2567. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 7 เมกะเทรนด์ กับสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต. (2567). การประเมินสุขภาพจิตคนไทย. กรมสุขภาพจิต. <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>

เนื่อแพร่ เล็กเฟื่องฟู และ วรรณภา นาควิริยะ. (2562). รายงานฉบับสมบูรณ์บทบาทของการค้าและเทคโนโลยีต่อการปรับเปลี่ยนของโครงสร้างตลาดแรงงานของไทย.

มูลนิธิช่วยเหลือนักเรียน ประเทศไทย. (2566). รายงานสุขภาพจิตและสุขภาพของเด็กรายงานหลากหลายทางเพศในประเทศไทย. มูลนิธิช่วยเหลือนักเรียน ประเทศไทย.

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. (2565). การสำรวจเยาวชนไทย 2565. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). *Mental health of LGBTQ+ communities in Thailand*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *ครอบครัวไทยในอนาคต: พ.ศ. 2583*.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. *เรื่องพิเศษประจำฉบับ*. รายงานสุขภาพคนไทย 2566 (หน้า 103)

หมวด 8 ความรอบรู้สุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต. (2565). คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2567). คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต.

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คุณภาพชีวิตคนไทยประจำปี พ.ศ. 2565*. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2565). *แนวทางเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต. สืบค้นจาก [https://mhcd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2025/03/แนวทางเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต.pdf?8203::contentReference\[oaicite:1\]}\(index=1\)](https://mhcd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2025/03/แนวทางเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต.pdf?8203::contentReference[oaicite:1]}(index=1))

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Pruksarunguang, J., & Rhein, D. (2022). *Depression literacy: An analysis of the stigmatization of depression in Thailand*. SAGE Open, 12(4), 21582440221132116. <https://doi.org/10.1177/21582440221132116>

หมวด 9 ระบบบริการ การคัดกรองสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต. (2566). *สำรวจระดับความวิตกกังวลของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566*. กรมสุขภาพจิต.

คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 2 ธันวาคม). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชประเภทผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2558 - 2567. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสที่ 1/2567*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *ไทยผลิตบุคลากรสนับสนุนไม่ได้ตามแผน*. 101Pub. <https://101pub.org/improve-access-to-mental-health-care/>

ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมสุขภาพจิต. (2566). *รายชื่อสถานพยาบาลที่มีบริการด้านจิตเวชในประเทศไทย*. <https://kidforkids.org/child-and-adolescent-mental-health-care-inaccessibility/>

กรมสุขภาพจิต. (2567). *นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2567*. กรมสุขภาพจิต.

Pangsapa, P. (2022). *Capacity building of Thai fortunetellers to engage in mental health counseling*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 30(3), 184.

Rocket Media Lab. (2567). *ผลสำรวจสุขภาพจิตเด็กไทย 2567*. Rocket Media Lab. <https://rocketmedialab.co/student-q4-2024/>

The Potential. (2022, October 28). *ทำไมต้องมู(เตลู) เช็คสุขภาพจิตคนรุ่นใหม่ในวันที่ดูเหมือนอะไรๆ ก็ไม่แน่ใจ*. The Potential. <https://thepotential.org/life/mutelu-and-mental-health/>

World Health Organization. (2020). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062884>

หมวด 10 นโยบายและมาตรการด้านสุขภาพจิต

คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 2 ธันวาคม). จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการ ปีงบประมาณ 2567. กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. (2566). *เห็นตัวเลข ไม่เห็นหัวใจ สถิติสุขภาพจิตไทยที่ต้อทบทวน*. ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. <https://kidforkids.org/child-mental-health-missing-out-numbers/>

World Health Organization. (2020). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

แก้ กม. สุรา: จับตาผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพ

- 1 ไทยรัฐออนไลน์. (2567, 15 มกราคม). *สภาผ่านกฎหมายปลดล็อกสุราชุมชน ก้าวแรกเพื่อลดการผูกขาด ประชาชนผลิตเหล้าได้ง่ายและหลากหลายกว่าเดิม*. <https://plus.thairath.co.th/topic/politics&society/105094>
- 2 World Health Organization. (n.d.). *Overview of Alcohol*. https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1
- 3 World Health Organization. (2010). *The global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Publications of the World Health Organization.
- 4 บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. (2548). *วิวัฒนาการนโยบายควบคุมปัญหาสุราของประเทศไทย*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. <https://doi.thaihealth.or.th/Media/Index/31857544-11ed-e711-80e3-00155d65ec2e>
- 5 มาตรา 6 วรรคหนึ่ง พ.ร.บ. สุรา พ.ศ. 2493
- 6 หมายเหตุแนบท้าย พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
- 7 จักรชัย ดวงรัตนพันธ์. (20 ธันวาคม 2567). *ร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. เพื่อสร้างสมดุลความเป็นธรรมการค้าและสุขภาพ*. กรุงเทพธุรกิจ. https://www.bangkokbiznews.com/blogs/business/business/1158582?utm_source=chatgpt.com
- 8 มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2567). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การทบทวนนโยบายและมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการส่งเสริมสมดุลด้านการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างยั่งยืน*. <https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2024/05/final-report-review-of-alcohol-act-revised-20082024.pdf>
- 9 HFocus. (2567, 15 พฤศจิกายน). *เปิดข้อเรียกร้องถึงพรรคการเมืองกรณีแก้ไข 'กฎหมายคุมเมาเมา' ฉบับใหม่ อะไรน่าห่วง!*. <https://www.hfocus.org/content/2024/11/32251>
- 10 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2567, 16 พฤศจิกายน). *เวทีประชุมวิชาการสุรา ยื่น 6 ข้อเสนอ แก้ไข พ.ร.บ.เหล้า เพิ่มโทษขายให้เด็ก-คนเมา*. <https://shorturl.asia/IKfAD>
- 11 ข่าวสดออนไลน์. (2567, 18 พฤศจิกายน). *เผยแพร่การพิจารณาร่างกฎหมาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - คืบหน้า 80%*. https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_9513960?utm_source=chatgpt.com

บุหรี่ไฟฟ้า กักคอกาณสุขภาพที่ทุกเกมรุก

- 1 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2566, 31 ธันวาคม). *เผยแพร่บุหรี่ไฟฟ้าไทยระบาดเพิ่ม 10 เท่าใน 1 ปี สถิติชี้ ปี 64 แด่ 7.8 หมื่น ปี 65 พุ่ง 7 แสนคน*. <https://shorturl.asia/pifB1>
- 2 กว่า 66.7% เป็นผู้ขายรายเก่าที่ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์มาก่อนปี 2567 รองมาคือ 33% เป็นผู้ขายรายใหม่ที่ลงทะเบียนใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ปี พ.ศ. 2567
- 3 แนวหน้า. (2567, 21 มีนาคม). *ผู้ปกครองระวัง! พบ 'บุหรี่ไฟฟ้า' ทำเลียนแบบ 'ตุ๊กตา-ของเล่น' ห่วงระบาดถึงมือเด็ก*. <https://www.naewna.com/likesara/794576> <https://www.naewna.com/likesara/794576>
- 4 กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค. (2567). *ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf>
- 5 ผู้จัดการออนไลน์. (2566, 19 เมษายน). *เครือข่ายผู้ใช้นิรโทษภัยกัญชาและกัญชง แยกบุหรี่ไฟฟ้า 1 ล้านคนเพื่อเลิกบุหรี่ แคมเปญบอกรัก 3 ล้านคนป้องกันเยาวชนเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า*. <https://mgronline.com/onlinesection/detail/966000036064>

- 6 Shaun Wooler. (2024, 20 November). *Dozens of kids hospitalised from vaping as NHS warns of Xmas flavours like mince pie*. <https://www.dailymail.co.uk/health/article-14211497/kids-hospitalised-vaping-NHS-Xmas.html>
- 7 ฉัตรสมุน พงศดิถีณู วัณ วิพัฒน์ฉัตร และ Stephen Harmann. (2562). *ภัยร้าย ซ่อนเร้น บุหรี่ไฟฟ้า (Hidden Dangers of E-cigarette)* พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- 8 หทัย ชิตานนท์. (2555). *การห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Cigarettes)*. เอกสารวิชาการสำหรับนักวิจัยและนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย.
- 9 อาศิย์อำนาจตามความในมาตรา 5 วรรค 1 (1) และมาตรา 25 แห่ง พ.ร.บ.การส่งออก ไปนอกและการนำเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. 2522
- 10 วดีน พิตพัฒน์ฉัตร. (2560). *การพัฒนากฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทยตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก*. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:141731
- 11 มุณิธิธรรมากรเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (ม.ป.ป.). *ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มลาซาดควันยาสูบประเทศไทยกับบริษัทบุหรี่ต่างชาติ*. https://www.ashthailand.or.th/old/content_attachment/attach/b6aeabfab05dcaba9b011c567afa720.pdf
- 12 มติชนออนไลน์. (2561, 15 กันยายน). *'กลุ่มลาซาดควันยาสูบ' ร้องผู้ตรวจการฯ สอบ ปมแบนบุหรี่ไฟฟ้า*. https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_1132236#google_vignette
- 13 ACNEWS 2012. (2563, 23 กุมภาพันธ์). *เครือข่ายผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าโวยพาณิชย์ ผลการศึกษาแบนบุหรี่ไฟฟ้าไม่โปร่งใส*. https://www.acnews.net/detailnews.php?news_id=N256339744
- 14 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565, 14 มกราคม). *"ชัยวุฒิ" ยันเดินหน้าตั้ง คณะทำงานบุหรี่ไฟฟ้าทุกม. เพื่อไม่กระทบการเมือง*. <https://shorturl.asia/1BD3m> <https://shorturl.asia/1BD3m>
- 15 นายอิชาน เจริญไชยเนาว์ เป็นคณะทำงานของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมด้วย ทั้งนี้ นายอิชานฯ ยังเป็นคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ ในคณะกรรมการการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญาอีกคณะหนึ่งด้วย
- 16 SANOOK. (2565, 29 เมษายน). *"ชัยวุฒิ" ไม่ยอมฯ เรียกกรองบอร์ดยาสูบฯ ทบทวนมติแบน บุหรี่ไฟฟ้า แนะเปิดเสรีนำเข้า*. <https://www.sanook.com/news/8553970/>
- 17 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (ม.ป.ป.). *รมา.ดีอีเอส เปิดงานเสวนา "กัญชาเสรี แล้วบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อไหร่จะเสรี"*. <https://www.mdes.go.th/news/detail/6692-รมา-ดีอีเอส-เปิดงานเสวนา--กัญชาเสรี--แล้วบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อไหร่จะเสรี>
- 18 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566, 9 มีนาคม). *"ชัยวุฒิ" ร่วมวงถกเด็กวัยรุ่น กัญชาเสรีแล้ว บุหรี่ไฟฟ้าควรถูกกฎหมายยัง? ย้ำกฎหมายต้องไม่ล้าหลัง*. <https://www.mdes.go.th/news/detail/6635-ชัยวุฒิ--ร่วมวงถกเด็กวัยรุ่น-กัญชาเสรีแล้ว-บุหรี่ไฟฟ้าควรถูกกฎหมายยัง-ย้ำกฎหมายต้องไม่ล้าหลัง>
- 19 คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ ในคณะกรรมการการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา ปรากฏรายชื่อของ กลุ่มลาซาดควันยาสูบ 2 คน ที่เข้ามาเป็นที่ปรึกษาของคณะอนุกรรมการฯชุดนี้ คือ นายอสา ศาลิคุต และนายมาธิษ กรณียวัฒน์ และรายชื่อนักการเมืองที่ให้การสนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย คือ นายเอกภพ เพียรพิเศษ และนายไอลาส อาลมัสรี โดยรายชื่อดังกล่าวยังไม่ปรากฏในคณะทำงานอีกด้วย
- 20 รายงานผลการพิจารณาการศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ของคณะกรรมการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา สภาผู้แทนราษฎร ปี พ.ศ. 2565
- 21 ข้อความใน FACEBOOK ของ นายไอลาส อาลมัสรี "พรรคเสรีรวมไทย เรายังคงทำตามคำมั่นสัญญาว่าจะนำบุหรี่ไฟฟ้าเข้ามาอยู่ในการควบคุมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันเยาวชนเข้าถึง เมื่อนำบุหรี่ไฟฟ้าเข้าสู่ระบบแล้วเราจะสามารถควบคุมผู้ซื้อ ผู้ขาย สถานจำหน่าย สถานสูบ รวมถึงปีละประชากรคอร์รัปชัน การลักลอบนำเข้าได้ดีกว่าที่เป็นอยู่" เมื่อ 24 มิถุนายน 2567
- 22 ผู้จัดการออนไลน์. (2567, 13 สิงหาคม). *"หมอเอก" เปิดเคล็ดลับสู้บุหรี่ไฟฟ้าอาจมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่*. <https://mgronline.com/politics/detail/9670000074300>
- 23 ในการประชุม คณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ และติดตามการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุข มีเนื้อหาในการสนับสนุนให้บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย

ในรายงานสรุปผลการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ 2 วันพฤหัสบดีที่ 9 มิถุนายน 2565 ระบุว่า "สำหรับกรณีผู้ที่ยังไม่เลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือยังไม่มีความคิดจะเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบการต่อต้านคัดค้านโดยการห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังเช่น กรณี บุหรี่ไฟฟ้าเป็นแนวคิดที่ถูกต้องอย่างแท้จริงหรือไม่ เนื่องจากในบางประเทศมีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบมวนที่จุดสูบ อีกทั้งสามารถจำหน่ายได้อย่างถูกกฎหมาย...." นายเอกภพ เพียรพิเศษ ในฐานะรองประธาน คณะอนุกรรมการฯ คนหนึ่งของคณะอนุกรรมการฯ ชุดนี้ ได้แถลงข่าวต่อสาธารณะว่า การควบคุมยาสูบ-บุหรี่ไฟฟ้า ล้มเหลวทุกด้าน การดำเนินการด้านการควบคุมยาสูบควรต้องมีการทบทวนทั้งในส่วนของการดำรงตำแหน่งของกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ และการจัดการขัดกันแห่งผลประโยชน์ โดยให้กรรมการฯ ป.ป.ช. สอบหาข้อเท็จจริงต่อไปแล้ว อีกทั้งต้องมีการทบทวนเรื่องข้อมูลทางวิชาการที่นำมาใช้อ้างอิง ที่ต้องเป็นไปตามหลักการที่ถูกต้องเชื่อถือได้ (เช่น Cochrane review ได้รับรวมทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบแล้วได้ข้อสรุปว่า บุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกบุหรี่มวนได้มีประสิทธิภาพกว่าการใช้โคโคตินทดแทนแบบเดิม อย่างมากมาย) แต่ผลการศึกษาในสหราชอาณาจักรพบว่า การทดลองควบคุมแบบสุ่มได้รับทุนจากบริษัทบุหรี่ และจำเป็นต้องมีการวิจัยอิสระเพื่อประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของอุปกรณ์

- 24 รัฐสภา. (2565, 9 มิถุนายน). *สรุปผลการประชุมของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ และติดตามการบังคับใช้กฎหมายด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 2*. https://cda.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/25_publichealth_sub5/ewt_dl_link.php?nid=281&filename=index
- 25 ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล. (2565, 26 พฤศจิกายน). *คณะอนุกรมธ. สภาผู้แทนฯ จวกการควบคุมยาสูบบุหรี่ไฟฟ้า ล้มเหลวทุกด้าน*. <https://www.thansettakij.com/news/general-news/548455>
- 26 Tobacco Tactics. (2024, 1 July). *Influencing Science Case Studies*. <https://tobaccotactics.org/article/influencing-science-case-studies/>
- 27 ผู้จัดการออนไลน์. (2567, 13 มิถุนายน). *กมธ.สภาฯ ร่วมวง 3 แนวทางเปิดทางบุหรี่ไฟฟ้า ไม่ผิดกฎหมาย*. <https://mgronline.com/politics/detail/9670000050870>
- 28 Thailand Plus. (2567, 16 มกราคม). *กมธ. บุหรี่ไฟฟ้า เผยผลโหวตเสี่ยงข้ามกหนุนคุมบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย ใช้ 2 พรบ. คุมเข้มปกป้องเยาวชน ย้ำโปร่งใสทุกขั้นตอน*. <https://www.thailandplus.tv/archives/893760>
- 29 Hfocus. (2567, 1 มีนาคม). *คกก.พัฒนานโยบายฯ พิจารณา 8 ข้อเสนอ ปกป้องเยาวชน รั้งันการลดละเลิกบุหรี่ไฟฟ้า*. <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29882>
- 30 สมัชชาสุขภาพ. (2567, 21 มิถุนายน). *สมัชชาสุขภาพฯ ได้ข้อสรุป 5 มาตรการเข้มข้นสกัด 'บุหรี่ไฟฟ้า' จ่อชม. ใช้เป็นนโยบายปกป้องเยาวชน*. <https://www.samatcha.org/site/news/62d89869-9ffe-4fe9-8363-e7708bdfbcb4/detail>
- 31 World Health Organization. (n.d.). *Health professionals against tobacco*. <https://www.emro.who.int/tfi-campaigns/2005/overview.html>
- 32 สถาบันวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยเพื่อการเรียนรู้และเตือนภัยภาคเหนือ. (2568, 8 มกราคม). *กรม. เห็นชอบร่างกฎกระทรวง ศธ. กำหนดความประพฤติของนักเรียน-นักศึกษาฉบับใหม่ คุมเข้มยาเสพติด เน้นบุหรี่ไฟฟ้า-บาราอู๋*. <https://edulampang.prd.go.th/th/content/category/detail/id/57/iid/353643>

กัญชาทางการแพทย์กับความสับสนทางนโยบาย

- 1 Hfocus. (2567, 31 กรกฎาคม). *เครือข่ายแพทย์ฯ 67 คน ร้องนายกฯ หากดันร่างพรบ.ฯ ส่งผลให้ "กัญชา" สิ้นหนทางการยาวถึง 4 ปี*. <https://www.hfocus.org/content/2024/07/31235>
- 2 สำหรับร่างประกาศนี้เป็นการเพิ่มกัญชา กัญชง ในส่วนข้อดอกและสารสกัดที่มีค่า THC มากกว่าร้อยละ 0.2 ให้เป็นยาเสพติด ยกเว้นกัญ ก้าน ราก ใบ เมล็ด
- 3 ชานูชัย เอื้อชัยกุล. (2560). *พืชกัญชา: ประโยชน์ โทษและข้อเสนองานพัฒนาการกำกับดูแล*. สมาคมเภสัชกรรมทะเบียนและกฎหมายผลิตภัณฑ์ (ประเทศไทย). https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=354
- 4 Hfocus. (2565, 14 มิถุนายน). *"ข้าพชาติ" เผยข้อมูล รพ.สังกัด กทม. พบผู้ป่วยใช้กัญชา มากเกินเสียชีวิต 1 ราย*. <https://www.hfocus.org/content/2022/06/25295>

- 5 The coverage. (2565, 29 กรกฎาคม). พบเยาวชน 'สูบกัญชา' สูงขึ้น 2 เท่า แพทย์ห่วงผลกระทบที่ผู้สูบ-สังคม ลั่นคืนสถานยาเสพติด ช่วงสูญญากาศ. <https://www.thecoverage.info/news/content/3815>
- 6 Hfocus. (2565, 4 กรกฎาคม). กทม.กำชับเขต-ผู้เกี่ยวข้องเฝ้าระวังอันตรายจากกัญชาภายใต้ พ.ร.บ.รักษาความสะอาดฯ ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ. <https://www.infoquest.co.th/2022/213740>
- 7 Thai PBS. (2565, 27 มิถุนายน). หลายชาติเตือนคนไทยห้ามนำ "กัญชา-กัญชง" เข้าประเทศ. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/317005>
- 8 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. (2565, 16 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 137 ง หน้า 9. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/137/T_0009.PDF
- 9 Thai PBS. (2567, 15 กรกฎาคม). เปิดข้อมูลใหม่ พิษกัญชา หลัง สายเขียวสะท้อน "คุณ-มากกว่าโทษ". <https://www.thaipbs.or.th/news/content/342047>
- 10 พงษ์มพ ประเสริฐ. (2567, 3 พฤษภาคม). หลัง "ปลดล็อกกัญชา" 1 ปีครึ่ง จุฑาชายพุ่งการใช้เพิ่ม แต่ผิดเป้าหลัก. กรุงเทพธุรกิจ. <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1125024>
- 11 สุกัญญา ดันวีเชียร. (ม.ป.ป.). ผลกระทบทางสังคมและมาตรการทางกฎหมายหลังปลดกัญชาออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษ. https://library.coj.go.th/pdf-view.html?fid=48758&table=files_biblio
- 12 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบประเทศไทย. (2567, 29 มีนาคม). "กัญชาไทย...จะไปทางไหน?" : ทิธอารีโอ เปิดผลประเมินทางสุขภาพ-เศรษฐกิจ-สังคม หลังปลดล็อกกัญชา 2 ปี พร้อมข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. <https://tdri.or.th/2024/03/seminar-cannabis-suggestion/>
- 13 มติชนออนไลน์. (2565, 8 มิถุนายน). 'ภูมิไจไทย' ไหว 8 มิ.ย.วันประวัติศาสตร์ 'กัญชา' เป็นยาเสพติดครั้งสุดท้าย ขอ ส.ส.หนุนร่าง. <https://www.matichon.co.th/politics/news-3388657>
- 14 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2565). ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.... นายอนุทิน ชาญวีรกูล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร กับคณะ. https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file_20220218082928_1_193.pdf
- 15 พรรคภูมิใจไทย. (2565, 31 สิงหาคม). ร่างพ.ร.บ.กัญชา กัญชง แล้วเสร็จทุกมาตรา คัด ส.ส. - สว. พิจารณากม.ฉบับนี้ออกมาให้เร็วที่สุด หวัง ยุติสูญญากาศ. <https://bhumjaithai.com/news/79711>
- 16 Hfocus. (2565, 14 กันยายน). ปชป. มีมติไม่หนุน "กัญชาเสรี" ขอ กมธ. ถอดร่าง พรบ. ทบทวนใหม่ ย้ำ เรื่องนี้ไม่เกี่ยวกับการเมือง. <https://www.hfocus.org/content/2022/09/25955>
- 17 Post Today. (2566, 22 กุมภาพันธ์). ภูมิไจไทย ทำคลอดร่างพ.ร.บ.กัญชาไม่สำเร็จ แท้งกลางสภา. <https://www.posttoday.com/politics/690991>
- 18 พรรคภูมิใจไทย. (2566, 20 กันยายน). พรรคภูมิใจไทย. เดินทางดันพ.ร.บ.กัญชา กัญชงต่อ. <https://bhumjaithai.com/news/88931>
- 19 The Standard. (2566, 5 พฤษภาคม). เลือกตั้ง 2566 : เพื่อไทยอย่าขัดใจเอากัญชาเสรี เดือนใครแจ้งเท็จโดนฟ้องกลับแน่ พรรคและผู้สมัคร ส.ส. พร้อมเคาะขั้ว 'เศรษฐกิจ'. <https://thestandard.co/pheu-thai-on-free-cannabis/>
- 20 PPTV HD 36. (2566, 21 กันยายน). "เศรษฐกิจ" ให้คำมั่น แก้นโยบายกัญชาใน 6 เดือนจำกัดเพื่อการแพทย์เท่านั้น. <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%87/206285>
- 21 Hfocus. (2567, 25 กรกฎาคม). เครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ 59 คนส่งเสียงถึง "นายกฯ" ออกนโยบายควบคุมกัญชา ดำเนินถึงปชช.มากกว่าพรรคร่วมรัฐบาล. <https://www.hfocus.org/content/2024/07/31177>
- 22 Hfocus. (2567, 26 มิถุนายน). จบแล้ว! รับฟังความคิดเห็นร่างประกาศ "กัญชา" กลับเป็นยาเสพติด กว่าแสนราย เห็นด้วย 80%. <https://www.hfocus.org/content/2024/06/30905>
- 23 ระบบกลางทางกฎหมาย. (2567, 27 มิถุนายน). ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษใน ประเภท 5. https://law.go.th/listeningDetail?survey_id=Mzc0OERHQV9MQVdFRUJTRIRfKQ=
- 24 การประชุมคณะกรรมการควบคุมยาเสพติด ครั้งที่ 32-8/2567 เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2567
- 25 Hfocus. (2567, 5 มิถุนายน). บอร์ดยาเสพติดฯ ไฟเขียว "กัญชา" เป็นยาเสพติด คัดสัปดาห์หน้า! ส่งไม้ต่อ คณะกรรมการ ป.ป.ส. <https://www.hfocus.org/content/2024/07/30996>

- 26 Hfocus. (2567, 30 ตุลาคม). "เดโชศิรม" นัดถกสายมาตราร่าง พ.ร.บ. กัญชา กัญชง ขณะทีใหม่โลนเสรีภายใน 1 ปี. <https://www.hfocus.org/content/2024/10/32099>
- 27 Hfocus. (2567, 18 กันยายน). สธ.เปิดรับฟังความเห็น พรบ.กัญชา กัญชง ผ่านเว็บไซต์ระบบกลางทางกฎหมาย. <https://www.hfocus.org/content/2024/09/31692>
- 28 Hfocus. (2567, 12 กรกฎาคม). "ปานเทพ" ยื่น 5 แนวทางคุม "กัญชา" เป็นยาเสพติดแบบมีเงื่อนไข หวัง "สมศักดิ์" รับติลยุติขัดแย้ง. <https://www.hfocus.org/content/2024/07/31063>
- 29 Hfocus. (2567, 31 กรกฎาคม). เครือข่ายแพทย์ฯ 67 คน ร้องนายกฯ หากดันร่างพรบ.ฯ ส่งผลให้ "กัญชา" สิ้นทางการยาวถึง 4 ปี. <https://www.hfocus.org/content/2024/07/31235>
- 30 Thai PBS. (2566, 14 กันยายน). "รู้ทันกัญชา" สกัทัศน์รายก่อนเข้าโรงเรียน. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/331638>

ประเทศไทยกับวันที่กาสินถูกกฎหมาย: อาจได้ไม่คุ้มเสีย

- 1 ไทยรัฐออนไลน์. (2568, 15 มกราคม). กรม.ไฟเขียวกาสินในคอมเพล็กซ์. <https://www.thairath.co.th/news/politic/2836043>
- 2 ไทยรัฐพลัส. (2566, 11 เมษายน). เมือง ขว เกิกโก เมืองกาสิน คำนุญย คอลเซ็นเตอร์ ขบวนการอาชญากรรมข้ามชาติ ที่รัฐไทย (ยัง) ไม่มีคำตอบ. <https://plus.thairath.co.th/topic/politics&society/103022>
- 3 คณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาศึกษาการเปิดสถานบันเทิงครบวงจร. (2567). รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง ศึกษาการเปิดสถานบันเทิงครบวงจร (Entertainment Complex) เพื่อแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมายและเพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของประเทศ. <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/620133>
- 4 The Standard. (2567, 9 เมษายน). 99 นักวิชาการ รวมชื่อค้านรัฐบาล Entertainment Complex ยกผลเสียด้านเศรษฐกิจ การแพทย์ และกฎหมาย. <https://thestandard.co/99-academics-collectively-object-to-entertainment-complex/>
- 5 Thai PBS. (2568, 22 มิถุนายน). 4 ผบ.ตร.ย้ำ กาสินในถูกกฎหมาย ลบข้อครหาตำรวจรับส่วย-ได้เงินช่วยเกษตรกร. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/2920>
- 6 สำนักข่าวอินโฟเควสท์. (2567, 22 กันยายน). เพื่อไทยชุด Entertainment complex ตั้งเศรษฐกิจได้ดินขึ้นบนดิน สร้างรายได้ใหม่ให้รัฐบาล. <https://www.infoquest.co.th/2024/431625>
- 7 ฐานเศรษฐกิจ. (2567, 17 ธันวาคม). กรม.อนุมัติ พื้นที่สถานบริการ EECa โซนนิ่งใหม่ระยะ 2.6 พันไร่. <https://www.thansettakij.com/business/economy/614764>
- 8 ระบบกลางทางกฎหมาย. (ม.ป.ป.). ร่างพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร พ.ศ. <https://shorturl.asia/bpa2Y>
- 9 สำหรับโครงสร้างการกำกับดูแล ร่าง พ.ร.บ. การประกอบธุรกิจสถานบันเทิงครบวงจร พ.ศ. กำหนดให้มีการกำกับดูแล 3 ระดับ ประกอบด้วย
 - (1). คณะกรรมการนโยบายสถานบันเทิงครบวงจร มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน พร้อมกรรมการโดยตำแหน่ง 9 คน
 - (2). คณะกรรมการบริหาร มีผู้ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นประธาน พร้อมกรรมการโดยตำแหน่ง 11 คน
 - (3). สำนักงานกำกับกำกับการประกอบสถานบันเทิงครบวงจร เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคล และไม่เป็นส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ โดยคณะกรรมการนโยบายแต่งตั้งผู้อำนวยการ โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ
- 10 ฐานเศรษฐกิจ. (2568, 15 มกราคม). เปิดร่าง พ.ร.บ.สถานบันเทิงครบวงจรล่าสุด เปิดทางตั้งกาสินในไทย. <https://www.thansettakij.com/business/economy/617005>
- 11 Henderson, J. C. (2011). *Integrated Resorts and Casino Gaming in Singapore*. Tourism Management
- 12 Simpson, T. (2014). *Macau: The Las Vegas of Asia*. Journal of Tourism Studies
- 13 Balid, R. (2018). *The Rise of Casino Tourism in the Philippines*. Asian Journal of Tourism Research
- 14 Chheang, V. (2013). *The Political Economy of Tourism in Cambodia*. Asian Journal of Political Science
- 15 Pholsena, V. (2017). *Casino Development in Laos: Challenges and Opportunities*. Journal of Southeast Asian Studies

- 16 มติชนออนไลน์. (2567, 13 กันยายน). *เผ่าภูมิ แจง ต้นทำกาสิโน หวังสร้างเงินใหม่ ตั้งตัวชาติลงทุน สร้างอาชีพในไทย*. https://www.matichon.co.th/politics/news_4788240
- 17 ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. (ม.ป.ป.). *ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเปิดสถานบันเทิงครบ*. https://cebf.utcc.ac.th/upload/analysis_file/file_th_931d10y2024.pdf
- 18 สำนักข่าวชายขอบ. (2567, 27 สิงหาคม). *กวาดล้างใหญ่แก๊งจีนเทาในดิงสิโรมัน จีน-ลาว จับมือหลายแหล่งอาชญากรรมของเจ้าเหว่ย แต่ไทยถูกกันไม่ให้ร่วม เผยโรงแรม-ห้องพักเชียงใหม่หมดเหตุต่างชาติหลบการจับกุม*. <https://transbordernews.in.th/home/?p=39714>
- 19 ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). *รายงานศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน 2566*. [https://www.gamblingstudy-th.org/imgadmins/book_file/\(ebook\)-2566-cgs-report-2023.pdf](https://www.gamblingstudy-th.org/imgadmins/book_file/(ebook)-2566-cgs-report-2023.pdf)
- 20 ประชาไท. (2567, 30 มีนาคม). *เครือข่ายภาคประชาสังคม 16 จังหวัด ขอพิจารณารอบด้านเปิดกาสิโนถูกกฎหมาย*. <https://prachatai.com/journal/2024/03/108622>
- 21 ประชาชาติธุรกิจ. (2567, 10 มิถุนายน). *Entertainment Complex หนุนจีดีพีโต 0.7% สร้างงานอีก 7 หมื่นตำแหน่ง*. <https://www.prachachat.net/economy/news-1582903>
- 22 ไทยรัฐออนไลน์. (2567, 11 เมษายน). *วงเสวนา นักวิชาการ จี้ รัฐบาลทวน เปิดกาสิโนถูกกฎหมาย ชี้ ได้ไม่คุ้มเสีย*. <https://www.thairath.co.th/news/politic/2777760>
- 23 101.world. (2567, 27 กันยายน). *กาสิโนถูกกฎหมาย บ่อนเงิน หรือ หลุมปัญหา?* <https://www.the101.world/nudnoi-treerat-on-casino-legalisation/>
- 24 ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (ม.ป.ป.). *กาสิโนถูกกฎหมาย ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม และแนวทางการลดผลกระทบด้านลบ*. <https://shorturl.asia/mDEhQ>

ถอดบทเรียน “ดีไอคอน” เพื่อไม่ตกเป็นเหยื่อแชร์ลูกโซ่

- 1 The Standard. (2567, 18 ตุลาคม). *สรุปความเคลื่อนไหวคดีดีไอคอนกรุปในรอบสัปดาห์ คลื่นลูกจริง (ขายตรงง) ที่ซัดกระทบคนทุกหย่อมหญ้า*. <https://thestandard.co/summary-of-the-icon-group-case-in-the-past-week/สรุปสำนวนส่ง>
- 2 The Standard. (2567, 15 ตุลาคม). *ตะลึง! บอสพล ดีไอคอน เผยมูลค่าความเสียหายกว่า 1.1 หมื่นล้าน มีสมาชิกกว่า 3 แสนราย*. https://www.matichon.co.th/local/news_4846452
- 3 PPTV HD 36. (2567, 17 ตุลาคม). *นอนคุก! ศาลไม่ให้ประกันตัว นำ 17 บอสดีไอคอนส่งเรือนจำ*. <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/234866>
- 4 ทรัพย์สินดังกล่าว ได้แก่ (1). ที่ดินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 13 แปลง เนื้อที่รวมประมาณ 3 ไร่เศษ ราคาประเมินมูลค่าประมาณ 60 ล้านบาท ประกอบด้วย ที่ดินและอาคาร ซึ่งเป็นที่ตั้งของบริษัท ดีไอคอนกรุป จำกัด จำนวน 8 แปลง เนื้อที่รวม 240 ตารางวา ในพื้นที่เขตบางเขน และที่ดินที่เป็นชื่อของนายรัตนพลฯ จำนวน 5 แปลง เนื้อที่ 282.20 ตารางวา ในพื้นที่เขตบางเขน บึงกลุ่ม บางกะปิ ลาดพร้าว (2). ที่ดินในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี จำนวน 3 แปลง รวมเนื้อที่กว่า 63 ไร่เศษ ราคาซื้อขายประมาณ 300 ล้านบาท (3).ทรัพย์สินที่ได้จากการที่คณะพนักงานสืบสวนได้ทำการตรวจค้นเป้าหมายห้องเช่าบริเวณถนนรามอินทรา ซอย 9 จากการตรวจค้นสิ่งของทรัพย์สินซึ่งจากข้อมูลการสืบสวนทราบว่า กลุ่มผู้บริหารบริษัท ดีไอคอนกรุป จำกัด บางคน ได้นำมาเก็บซุกซ่อนไว้เพื่อไม่ให้ตรวจสอบ พบก่อนที่ศาลอาญาจะอนุมัติหมายจับ เช่น นาฬิกามีเครื่องหมายการค้ายี่ห้อดัง สร้อยที่มีลักษณะเป็นสีทอง พระเครื่องเหลี่ยมสีทอง กระเป๋ามีเครื่องหมายการค้ายี่ห้อดัง และพยานหลักฐานอีกจำนวนหนึ่ง
- 5 กรมสอบสวนคดีพิเศษ. (2567, 24 ตุลาคม). *DSI แถลงรับคดีฟอกเงิน กรณี ดีไอคอนกรุป เป็นคดีพิเศษ*. <https://www.dsi.go.th/Detail/1e77e94700b52536d14c3160671a2cd2>
- 6 ไทยรัฐออนไลน์. (2567, 10 พฤศจิกายน). *ดีเอสไอ จัดทีมเข้าเรือนจำแจ้งข้อหาเพิ่ม 18 บอสดีไอคอน “แชร์ลูกโซ่-ขายตรง”*. <https://www.thairath.co.th/news/crime/2824787>
- 7 Thai PBS. (2565, 19 สิงหาคม). *ย้อนคดี Forex-3D มูลค่าความเสียหายเกือบ 2.5 พันล้าน*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/318566>
- 8 ไทยรัฐออนไลน์. (2567, 26 ธันวาคม). *คดี Forex-3D ศาลสั่งคุกแก๊งทุน “อริรักษ์” เกือบ 5 หมื่นปี คืน 2.4 พันล้าน*. <https://www.thairath.co.th/news/crime/2833139>
- 9 วิถีเพ็ญ. (2568, 5 มีนาคม). *คดีแชร์น้อย*. <https://shorturl.asia/xlPW>
- 10 Today line. (2567, 27 ธันวาคม). *ทนายดังเปรียบเทียบ “คดีดีไอคอน” กับ “forex3D” ยกเหตุผล 3 ข้อที่ศาลยกฟ้อง*. <https://today.line.me/th/v2/article/zNn1G3P>

- 11 กลุ่มการเวก สถาบันพัฒนาบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม สำนักงานกิจการยุติธรรม. (2560). *รายงานการศึกษา เรื่องปัญหาอุปสรรคในการป้องกันและปราบปรามการฉ้อโกงเงินที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน กรณีศึกษาแชร์ลูกโซ่*. <https://www.oja.go.th/wp-content/uploads/2023/04/YTS8-Karawek-2.pdf>
- 12 Thai PBS. (2567, 11 ตุลาคม). *ทำไม “ขายตรง (แฝง) แชร์ลูกโซ่” ยังมีอยู่ในสังคมไทย?*. <https://www.thaipbs.or.th/now/content/1707>
- 13 สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์. (ม.ป.ป.). *เจอบบนี้ต้องระวัง “แชร์ลูกโซ่” หลอกลงทุน*. <https://www.sec.or.th/TH/Pages/SCAMCENTER-01-03.aspx>
- 14 The Active. (2567, 1 พฤศจิกายน). *อยากรวย (บนโลกออนไลน์) ไม่ง่ายขนาดนั้น*. <https://www.youtube.com/watch?v=DBUJd7kJNCE>
- 15 สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์. อ้างแล้ว.

อุบัตินุเคราะห์โดยสภาระ: หลากหลายคำถามเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย

- 1 มติชนออนไลน์. (2568, 26 กุมภาพันธ์). *ย้อนรอย 18 ปี อุบัติเหตุบัส 2 ชั้น ดับหลายร้อยล่าสุดสังเวยอีก 18 ความสูญเสียที่ไม่เคยเรียนรู้*. https://www.matichon.co.th/economy/news_5066818
- 2 กลุ่มแผนความปลอดภัย สำนักสวัสดิการขนส่งทางบก. (ม.ป.ป.). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจากอุบัติเหตุสาธารณะ ประจำปีงบประมาณ 2566*. กลุ่มสถิติการขนส่ง กองแผนงาน กรมการขนส่งทางบก. <https://web.dlt.go.th/statistics/>
- 3 สำนักอำนวยความสะดวก กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม. (2567.). *อุบัติเหตุจากรถบนทางหลวงแผ่นดิน 2566*. สำนักอำนวยความสะดวก กรมทางหลวง. https://bhs.doh.go.th/files/accident/66/report_accident_2566.pdf
- 4 กลุ่มแผนความปลอดภัย สำนักสวัสดิการขนส่งทางบก. อ้างแล้ว
- 5 ฐานเศรษฐกิจ. (2567, 1 ตุลาคม). *เลื่อนออกเคาะติด รถบัสนักเรียนไฟไหม้ ชี้สถิติไทยอุบัติเหตุบนถนนสูงระดับโลก*. <https://www.thansettakij.com/news/608182>
- 6 Hfocus. (2567, 2 ตุลาคม). *เปิดตัวเลขอุบัติเหตุรถรับส่งนักเรียน ม.ค.-มี.ค. 67 เกิดเหตุ 15 ครั้ง นร.เสียชีวิต 1 คน*. <https://www.hfocus.org/content/2024/10/31837>
- 7 กลุ่มแผนความปลอดภัย สำนักสวัสดิการขนส่งทางบก. อ้างแล้ว
- 8 มติชนออนไลน์. (2568, 26 กุมภาพันธ์). *ย้อนรอย 18 ปี อุบัติเหตุบัส 2 ชั้น ดับหลายร้อยล่าสุดสังเวยอีก 18 ความสูญเสียที่ไม่เคยเรียนรู้*. https://www.matichon.co.th/economy/news_5066818
- 9 เอกลักษณ์ กาญจนพิญ ปรมศวร เเหลือเทพ และพิชัย อานิรณานนท์. (2566). *การสืบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากรถตู้และรถบัสสาธารณะ: กรณีศึกษาภาคใต้ การประชุมวิชาการวิศวกรรมโยธาแห่งประเทศไทยครั้งที่ 18 วันที่ 8-10 พฤษภาคม 2566 ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส เชียงใหม่*. <https://trsl.thairoads.org/FileUpload/1502/141004001502.pdf> https://www.roadssafetythai.org/edoc/doc_20181207134658.pdf วันที่ 10 มกราคม 2568
- 10 ศาลตรวจคดี พลบูรณ์. (ม.ป.ป.). *คู่มือนักสืบอุบัติเหตุรถโดยสารขนาดใหญ่*. https://www.roadssafetythai.org/edoc/doc_20181207134658.pdf

การจัดการน้ำท่วมในภาคเหนือ: ลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ

- 1 กรุงเทพธุรกิจ. (2567, 5 ตุลาคม). *คืบหน้า อพยพชาวไทย หนีน้ำท่วม พบขังล้นเพิ่ม คาดเป็น “ทั้งฟ้าโละ - ทั้งพลอยทอง”*. <https://www.bangkokbiznews.com/news/news-update/1147884>
- 2 สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดเชียงราย. (ม.ป.ป.). *ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ฯ รายงานสถานการณ์อุทกภัย และดินถล่ม ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ประจำวันที่ 15 ตุลาคม 2567*. <https://chiangrai.prd.go.th/content/category/detail/id/9/jid/332444>
- 3 Thai PBS. (12 ก.ย. 2567). *“แม่สาย” น้ำท่วมหนัก คำถามใหญ่แจ้งเตือนภัยหน้าใคร*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/344137>
- 4 มติชนออนไลน์. (2567, 10 ตุลาคม). *ม.หอการค้า ประเมิน ท่วม’67 เสียหาย 3.6 หมื่นล้าน กลบข่าวดีแจกเงิน 10,000 กระตุ้นเศรษฐกิจ*. https://www.matichon.co.th/economy/news_4838897

- 5 สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ. (2562). แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580). กรุงเทพฯ: สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ.
- 6 ผกามาต โกรนรา. (2567, 8 พฤษภาคม). น้ำท่วมภาคเหนือ: เปิดปัญหาน้ำท่วมภาคเหนือ พบหน่วยงานซ้ำซ้อนกว่า 38 หน่วยงาน. Lanner. <https://www.lannernews.com/05082567-01/>
- 7 รวบรวมประเด็นจาก Policy watch. (2567, 30 กันยายน). ท่วมเหนือรุนแรง จักรูทบทวนแผนบริหารจัดการน้ำ. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/environment-55> และ กรุงเทพฯ. (2567, 13 กันยายน). อุทกภัยปี 2567: ความเสี่ยง และผลกระทบ. <https://www.krungrsri.com/th/research/research-intelligence/flood-impact-2024>
- 8 The Matter. (2568, 11 ตุลาคม). วิกฤตน้ำท่วมภาคเหนือ ทำให้เกิดซ้ำซาก? มองปัจจัยน้ำท่วมภาคเหนือกับ ชารา บัวดำศรี แห่ง Greenpeace Thailand. <https://thematter.co/social/northern-thailand-floods/238252>
- 9 GISTDA. (2567). น้ำท่วมแม่น้ำสาย โคลนจำนวนมากมาจากไหน. สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน). <https://www.facebook.com/shore/p/1C2sLm1mX/>
- 10 สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเชียงราย. (2567). รายงานสรุปการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขอุทกภัยและดินถล่ม จังหวัดเชียงราย ปี 2567. เชียงราย: ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์อุทกภัยและดินถล่ม.
- 11 เชียงรายสทนพนา. (2567, 18 ตุลาคม). การจัดการทรัพยากรน้ำและการพัฒนาอย่างยั่งยืน. <https://cr-dialog.com/2024/10/18/de181067940/>
- 12 ตัวอย่างจากชุมชนบ้านทุ่งสะโตกในจังหวัดเชียงใหม่ที่ต้องเผชิญกับน้ำท่วมซ้ำซากทุกปี แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการปรับตัวของชุมชนในพื้นที่เสี่ยง ชาวบ้านในพื้นที่ได้เตรียมความพร้อมโดยการย้ายสิ่งของขึ้นที่สูงเมื่อได้รับการเตือนภัย อพยพผู้สูงอายุและผู้พิการไปยังพื้นที่ปลอดภัย และจัดเตรียมอาหารแห้งเพื่อรองรับเหตุการณ์น้ำท่วม การดำเนินการเหล่านี้สะท้อนถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“ปลาหมอคางคก” กับการรับมือเอเลียนสปีชีส์ในไทย

- 1 ประกาศกรมประมง เรื่อง กำหนดเขตพื้นที่การแพร่ระบาดปลาหมอสีคางคกหรือปลาหมอคางคก พ.ศ. 2567. (2567, 16 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 141. ตอนพิเศษ 223 ง หน้า 6. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/40529.pdf>
- 2 ไทรัฐ. (2567, 19 กรกฎาคม). “ปลาหมอคางคก” คืออะไร มาจากไหน ปลาสายงานที่มาพร้อมปัญหาใหญ่. <https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/2801885>
- 3 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2567, 11 กันยายน). มาตรการจัดการระบาดของปลาหมอคางคกในประเทศไทย. https://www.facebook.com/story.php?story_fbid=949907807178578&id=100064781013895
- 4 ประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่อง กำหนดชนิดสัตว์น้ำที่ห้ามนำเข้า ส่งออก หรือนำผ่านราชอาณาจักร พ.ศ. 2564. (2564, 17 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138. ตอนพิเศษ 130 ง หน้า 8.
- 5 สุวิมล สิริธิราชวงศ์. (2563). คู่มือจัดการชนิดพันธุ์ต่างถิ่นในประเทศไทย. กรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. https://www4.fisheries.go.th/local/file_document/20200623153716_1_file.pdf.
- 6 รุ่งโรจน์ สมบุญเก่า. (2567, 17 กรกฎาคม). เนียนเขียนะ!! 10 สายพันธุ์ สัตว์-พืช ที่นี้ไม่ถึงถึงเลย! เป็น ‘เอเลียนสปีชีส์’ คุกคามไทย. Thai PBS. <https://theactive.thaipbs.or.th/data/alien-species>
- 7 มติชน. (2567, 26 กรกฎาคม). วิจัยมธ. เผย ปลาหมอคางคก สร้างความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ ตำบลเดียว 100 ล้านบาท. https://www.matichon.co.th/economy/news_4701178
- 8 Thai PBS. (2567, 20 สิงหาคม). ปลาหมอคางคกระบาด 19 จังหวัด นักวิชาการแนะประเมินมูลค่า เรียกเรื่องเยียวยา. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/343263>
- 9 มติชน. (2567, 16 กรกฎาคม). หมอคางคกเปลี่ยนชีวิต จากเจ้าของบ่อกุ้ง 20 ไร่ เจอระบาดขาดทุนยับเยิน ต้องเก็บกวาดขายประทีปชีวิต. https://www.matichon.co.th/region/news_4683848
- 10 ข่าวสด. (2567, 12 สิงหาคม). กังวลนักพบ ปลาหมอคางคก ในบ่อพักน้ำเลี้ยงกุ้ง กว่า 50 ตัน เผยสาเหตุรู้เท่าไม่ถึงการณ์. https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_9357763

- 11 กรุงเทพฯธุรกิจ. (2567, 11 กรกฎาคม). เปิดตัว ‘ปลาหมอสีคางคก’ ลักลอบนำเข้าในไทยมานานกว่า 10 ปี. <https://www.bangkokbiznews.com/corporate-moves/business/economic/1135316>
- 12 อภิวิทย์ หันพงศ์กิตติกุล วงศ์ปฐม กมลรัตน์ ทิวรัตน์ เถลิงเกียรติสิลา และ สุภาภรณ์ ชาวสวน. (2565). การวิเคราะห์เส้นทางการแพร่ระบาดของปลาหมอสีคางคก ในเขตพื้นที่ชายฝั่งของไทยจากโครงสร้างพันธุกรรมของประชากร. กองวิจัยและพัฒนาประมงน้ำจืด กรมประมง. https://www4.fisheries.go.th/local/file_document/20221018152857_1_file.pdf
- 13 กรมประมง. (ม.ป.ป.). มาตรการแก้ไขปัญหามาตรการแพร่ระบาดปลาหมอคางคก. https://www4.fisheries.go.th/local/index.php/main/view_blog/1389/223239
- 14 PPTV HD 36. (2567, 30 กรกฎาคม). ครม. ทุ่มงบ 450 ล้านบาท แก้ปัญหาปลาหมอคางคก 7 มาตรการ. <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/229470>
- 15 ไทยโพสต์. (2567, 17 กรกฎาคม). ‘ดร.ธรณ์’ รับกักจัด ‘ปลาหมอคางคก’ ไม่หมด ต้องพยายามลดความเสียหายให้มากที่สุด. <https://www.thaipost.net/environment-news/621656/>
- 16 ฐานเศรษฐกิจ. (2568, 13 มกราคม). เครือข่ายประชาชนยื่นหนังสือรัฐ-บริษัทเอกชนเร่งเคลียร์ปัญหา ปลาหมอคางคก. <https://www.thansettakij.com/business/trade-agriculture/616894>
- 17 Theworldbizs. (2567, 15 พฤษภาคม). พต.เร่งผลิตน้ำหมักจากปลาหมอคางคก เพิ่มผลผลิตรักษาระบบนิเวศ. <https://theworldbizs.com/2024/05/15/15794/>
- 18 Thai PBS. (2567, 25 กรกฎาคม). เปิดตัว ‘ปลาหมอคางคก’ กยท. ทุ่มงบฯ ซื้อมา “ปลาหมอคางคก” ทำน้ำหมักชีวภาพ. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/342374>
- 19 กองจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2567). ทะเบียนชนิดพันธุ์ต่างถิ่นที่รุกราน. <https://shorturl.asia/9lv5D>
- 20 ประกอบด้วย มาตรการ 5 ด้าน ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบาย แผน กฎหมาย และงบประมาณ สำหรับการบริหารจัดการชนิดพันธุ์ต่างถิ่น (2) การบริหารจัดการชนิดพันธุ์ต่างถิ่น (3) การเฝ้าระวังและติดตามชนิดพันธุ์ต่างถิ่น (4) การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับชนิดพันธุ์ต่างถิ่น (5) การเผยแพร่ สร้างความตระหนักและให้ความรู้ในเรื่องของชนิดพันธุ์ต่างถิ่น
- 21 สำนักวิจัยและพัฒนาประมงน้ำจืด กรมประมง. (2553). ชนิดพันธุ์สัตว์น้ำต่างถิ่น. สำนักวิจัยและพัฒนาประมงน้ำจืด กรมประมง. https://www4.fisheries.go.th/local/file_announce/202402211229571_announce.pdf

ความซับซ้อนของมาตรการของรัฐในการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรมและขยะอันตราย

- 1 รวบรวมข้อมูลจากเพจเฟซบุ๊กของมูลนิธิบูรณะนิเวศ ณ วันที่ 2 มกราคม 2568
- 2 ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารกรมโรงงานอุตสาหกรรม
- 3 กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. (2563). คู่มือการขนส่งของเสียอันตรายจากชุมชนในท้องที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปยังสถานที่กำจัด. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. https://www.pcd.go.th/wp-content/uploads/2020/10/pcdhew-2020-10-05_02-14-17_440441.pdf
- 4 กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ. (2567). รายงานประจำปี 2566 กองจัดการกากของเสียและสารอันตราย. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. <https://www.pcd.go.th/publication/31609/>
- 5 มาตรา 78-79 พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535
- 6 มาตรา 97 พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 บัญญัติว่า ผู้ใดกระทำ หรือละเว้นการกระทำด้วยประการใดโดยมิชอบด้วยกฎหมายอันเป็นการทำลาย หรือทำให้สูญหาย หรือเสียหายแก่ทรัพยากรธรรมชาติซึ่งเป็นของรัฐ หรือเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบชดเชยค่าเสียหายให้แก่รัฐตามมูลค่าทั้งหมดของทรัพยากรธรรมชาติที่ถูกทำลาย สูญหาย หรือเสียหายไปนั้น
- 7 มาตรา 96 พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 บัญญัติว่า แหล่งกำเนิดมลพิษใดก่อให้เกิด หรือเป็นแหล่งกำเนิดของการรั่วไหล หรือแพร่กระจายของมลพิษอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพอนามัย หรือเป็นเหตุให้ทรัพย์สินของผู้อื่น หรือของรัฐเสียหายด้วยประการใดๆ เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่ง



กำเนิดมลพิษนั้น มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบใช้คำสินไหมทดแทน หรือค่าเสียหายเพื่อการนั้น ไม่ว่าการรั่วไหล หรือแพร่กระจายของมลพิษนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจ หรือประมาท เลินเล่อของเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่ในกรณีที่พิสูจน์ ได้ว่ามลพิษเช่นนั้นเกิดจาก (1) เหตุสุดวิสัยหรือการสงคราม (2) การกระทำตามคำสั่งของ รัฐบาลหรือเจ้าพนักงานของรัฐ (3) การกระทำหรือละเว้นการกระทำของผู้ที่ได้รับอันตราย หรือความเสียหายเอง หรือของบุคคลอื่น ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงหรือโดยอ้อม ในการ รั่วไหลหรือการแพร่กระจายของมลพิษนั้น คำสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหาย ซึ่งเจ้าของหรือ ผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบตามวรรคหนึ่ง หมายความว่ารวมถึงค่าใช้จ่าย ทั้งหมดที่ทางราชการต้องรับภาระจ่ายจริงในการขจัดมลพิษที่เกิดขึ้นนั้นด้วย

8 มาตรา 18 แห่งพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 บัญญัติว่า "การเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูล หรือมูลฝอยในเขตราชการส่วนท้องถิ่นใดให้อยู่ในอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่นนั้น" ในการ ดำเนินการตามวรรคหนึ่ง ราชการส่วนท้องถิ่นอาจร่วมกับหน่วยงานของรัฐ หรือราชการส่วน ท้องถิ่นอื่นดำเนินการภายใต้ข้อตกลงร่วมกันก็ได้ แต่ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยส่วนรวม รัฐมนตรีมีอำนาจออกกฎกระทรวงโดยคำแนะนำของคณะกรรมการกำหนด หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการร่วมกันได้ ในกรณีที่มีเหตุอันสมควรราชการ ส่วนท้องถิ่นอาจมอบให้บุคคลใดดำเนินการตามวรรคหนึ่งแทนภายใต้การควบคุมดูแล ของราชการส่วนท้องถิ่น หรืออาจอนุญาตให้บุคคลใดเป็นผู้ดำเนินการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามมาตรา 19 ก็ได้ บทบัญญัติตามมาตรานี้ และมาตรา 19 มิให้ใช้บังคับกับการจัดการของเสียอันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน แต่ให้ผู้ดำเนินการ โรงงานที่มีของเสียอันตราย และผู้ดำเนินการรับทำการเก็บ ขนหรือกำจัดของเสียอันตราย ดังกล่าว แจ้งการดำเนินการเป็นหนังสือต่อเจ้าพนักงานท้องถิ่น"

9 กรุงเทพมหานคร พัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล

10 มาตรา 4 แห่ง พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 บัญญัติว่า มูลฝอย หมายความว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัตถุ ดึงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหาร แก้ว มุสลั้ว ขากลั้ว หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์ หรือที่อื่น และ หมายความว่ารวมถึงมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน

11 ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง การจัดการมูลฝอย พ.ศ. 2567

12 กฎกระทรวงการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563

13 กฎหมายลำดับรองในการจัดการขยะอันตราย ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานที่ตั้งสำหรับการฝังกลบอย่างปลอดภัยและมาตรการป้องกัน และแก้ไขเพื่อ ไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2566 ประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง สถานที่ตั้งและขนาดพื้นที่สำหรับกระบวนการเผามูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชนและแสงสว่าง และการระบายนอกอากาศภายในอาคารที่เพียงพอต่อการ ปฏิบัติงาน พ.ศ. 2566 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้ยาและเวชภัณฑ์ วัตถุที่ ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ใช้ในทางการแพทย์เป็นมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2565 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมการขนมูลฝอยที่เป็นพิษ หรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2565 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักสูตรและระยะ เวลาการฝึกอบรมการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนอย่างปลอดภัย สำหรับ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ พ.ศ. 2564 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักสูตรและระยะ เวลาการฝึกอบรมการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนอย่างปลอดภัยสำหรับ ผู้ปฏิบัติงาน พ.ศ. 2564

14 กฎหมายลำดับรองในการจัดการขยะติดเชื้อ ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรการควบคุมกำกับการณ์ขนมูลฝอยติดเชื้อเพื่อป้องกันการกลบทั้งมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2565 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบเกณฑ์ มาตรฐานทางชีวภาพภายหลังการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2565 ประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง กำหนดประเภทมูลฝอยหรือแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้ออื่นที่ถือว่าเป็น มูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2565 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง วิธีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ด้วยวิธีอื่น พ.ศ. 2564 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ ร้ายแรง พ.ศ. 2563 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะและเงื่อนไขของ ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ตราหรือสัญลักษณ์สำหรับ พิมพ์บนภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2564 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนด หลักเกณฑ์และเงื่อนไขว่าด้วยการขนและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในท้องที่เทศบาลตำบลและ องค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2558 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะ ของบริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักสูตร การฝึกอบรมการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ

15 ประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่อง แนวทางการกำหนดอัตราค่ากำจัดมูลฝอยที่เป็นพิษ หรืออันตรายจากชุมชนสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2566

16 สรุปแนวทางการจัดการขยะของ อปท. ได้ดังนี้

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องออกข้อกำหนดหรือข้อบัญญัติของท้องถิ่นในการกำหนด วิธีการถ่าย เท ทิ้งมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนในที่หรือทางสาธารณะ หรือ จัดให้มีสถานที่ถ่าย เท หรือ ทิ้งมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนในที่หรือทาง สาธารณะเพื่อประโยชน์สำหรับประชาชนโดยทั่วไปที่อาจก่อให้เกิดมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องควบคุมและกำกับดูแลกิจกรรมในเขตราชการส่วนท้อง ถิ่นของตนเองให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการเก็บ ขน หรือกำจัดมูลฝอย ที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถมอบให้ผู้อื่นดำเนินการแทนหรืออนุญาตให้เอกชน ดำเนินการแทนในการจัดการขยะอันตรายได้ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้อง กำหนดระยะเวลาและเส้นทางในการเก็บขน ตลอดจนเงื่อนไข หรือข้อปฏิบัติ ใดๆ เพื่อให้เป็นไป ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ต้องกำหนดช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมในการเก็บขนหรือการ กำจัดขยะอันตรายในชุมชน และกำหนดให้มีใบกำกับมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจาก ชุมชนตลอดเส้นทางจนถึงขั้นตอนการกำจัด

17 มาตรา 18 วรรคสองแห่งพ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.2535

18 กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมโรงงานอุตสาหกรรมกระทรวงอุตสาหกรรม พ.ศ. 2560

19 มาตรา 96 แห่งพ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 (อ้างแล้ว) คำสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหาย ซึ่งเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษมีหน้าที่ต้อง รับผิดชอบตามวรรคหนึ่ง หมายความว่ารวมถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ทางราชการต้องรับภาระจ่ายจริง ในการขจัดมลพิษที่เกิดขึ้นนั้นด้วย"

20 มาตรา 97 แห่งพ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 บัญญัติว่า "ผู้ใดกระทำ หรือละเว้นการกระทำด้วยประการใดโดยมิชอบด้วยกฎหมายอันเป็นการทำลาย หรือทำให้สูญหาย หรือเสียหายแก่ทรัพยากรธรรมชาติซึ่งเป็นของรัฐ หรือเป็นสาธารณ สมบัติของแผ่นดิน มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้แก่รัฐตามมูลค่าทั้งหมดของ ทรัพยากรธรรมชาติที่ถูกทำลาย สูญหาย หรือเสียหายไปนั้น"

21 อายูกร บุญอากาศ. (2566). ความรับผิดชอบของเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิด มลพิษ. <https://library.coj.go.th/th/media/61961/importanttoday.html>

22 Thai PBS. (2567, 28 ธันวาคม). คลิป! ทุนจีนขยะจีนแรงงงานพม่าไทยเดือดโร I Big Story เรื่องใหญ่ Thai PBS. <https://www.youtube.com/watch?v=uNqNPk6xJsk&t=1491s>

ชีวิตติดหนี้: ปัญหาใหญ่ครัวเรือนไทย

- 1 Policy watch. (2567, 25 พฤศจิกายน). คนไทยชำระหนี้ได้ลดลง ปีนี้กู้เงินถนอกรบ มากขึ้น. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/economy-122>
- 2 สมาคมธนาคารไทย. (ม.ป.ป.). หนี้ครัวเรือนไทยจ่อเร่งแตะ 91.4% ต่อ GDP ภายใน สิ้นปี 2567 หนี้บัตรเครดิต สลัดชิง และสินเชื่อส่วนบุคคล โตเร็วสุดในรอบทศวรรษ. <https://www.tba.or.th>
- 3 Policy watch, อ้างแล้ว.
- 4 ธนาคารไทยพาณิชย์. (2567, 21 พฤศจิกายน). Debt deleveraging แบบใดเศรษฐกิจไทย จะไปต่อได้. <https://www.scbeic.com/th/detail/product/debt-deleveraging-211124>
- 5 สำหรับสินเชื่อเพื่อยานยนต์ หดตัวร้อยละ 5.8 ต่อเนื่องสามไตรมาสติดต่อกัน ตามความกังวล ของประชาชน ต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ภาพรวมยอดจำหน่ายรถยนต์และรถจักรยานยนต์ ในประเทศหดตัว และจากสถานการณ์หนี้ เสียที่เพิ่มขึ้น ทำให้สถาบันการเงินระมัดระวัง ในการพิจารณาสินเชื่อหรือให้วงเงินกู้ยืมลดลง ส่วนกลุ่มสินเชื่อเพื่อการอุปโภคบริโภค ส่วนบุคคลอื่น ขยายตัวชะลอลงอยู่ที่ร้อยละ 4.1 จากร้อยละ 5.0 ของไตรมาสที่ผ่านมา โดยสินเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 70 ของสินเชื่อเพื่อการอุปโภคบริโภค ส่วนบุคคลทั้งหมด มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 เทียบกับร้อยละ 4.2 ของไตรมาส ก่อนหน้า ขณะที่สินเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้การกำกับ ขยายตัวชะลอลงจากร้อยละ 10.4 เหลือร้อยละ 6.3 และสินเชื่อบัตรเครดิต หดตัวร้อยละ 1.1 ทั้งนี้ แม้ภาพรวมการก่อหนี้ ของสินเชื่อกลุ่มนี้จะขยายตัวชะลอลง แต่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มเติบต่อเนื่อง จากการกู้ยืมของครัวเรือน เนื่องจากเป็นสินเชื่อที่ไม่มีหลักทรัพย์ค้ำประกัน (Unsecured Loan) และปัจจุบันสัดส่วน ของสินเชื่อประเภทนี้ ต่อหนี้ครัวเรือนทั้งหมดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 25.0 ในไตรมาสหนึ่ง ปี 2555 มาเป็นร้อยละ 27.9 หรือ เกือบ 1 ใน 3 ของหนี้ครัวเรือนทั้งหมด

- 6 สมาคมธนาคารไทย, อ้างแล้ว.
- 7 Policy watch, อ้างแล้ว.
- 8 ธนาคารไทยพาณิชย์. (2567). อ้างแล้ว.
- 9 Policy Watch. (2567, 269 พฤศจิกายน). แก้นี้แล้วเรื้อรังอย่างยั่งยืน ต้องใช้นโยบายเพิ่มรายได้. <https://policywatch.thaibps.or.th/article/economy-123>
- 10 มาตรการแก้หนี้ ของประชาชนรายย่อย เช่น พักหนี้และปรับปรุงโครงสร้างหนี้ระยะยาว การรวมหนี้สินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัยและสินเชื่อ รายย่อยประเภทอื่น, ผ่อนปรนเงื่อนไขการ ผ่อนชำระ แก้อีซี พ.ร.บ. กยศ. ให้สามารถช่วยเหลือหนี้ ที่มีค่าพิพาทแล้วได้ไกลเกลี่ยหนี้ ร่วมกับกรมบังคับคดี และกรมคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ, ปรับลดอัตราดอกเบี้ยเงินกู้สหกรณ์ครู เหลือไม่เกินร้อยละ 5 ปรับปรุงหลักเกณฑ์การตัดจ่ายเงินเดือน ให้ครูเหลือเงินเดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30, ปรับปรุงสัญญาเกี่ยวกับธุรกรรมเช่าซื้อ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม กำกับดูแลธุรกรรมเช่าซื้อใน ส่วน Macro Prudential และการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection), ดำเนินการขึ้นเด็คขาดกับเจ้าหนี้ในระบบ และผลักดันให้จดทะเบียนเป็น เจ้าหนี้ในระบบ ไกลเกลี่ยประนอมหนี้ ให้ได้มูลหนี้ที่เป็นธรรม เพิ่มช่องทางทางเข้าถึงสินเชื่อ ในระบบ ผ่านสินเชื่อพิโกไฟแนนซ์หรือสินเชื่อในไฟแนนซ์ ขณะที่การสร้างรายได้เพิ่มเติม เพื่อลดปัญหานี้แล้วเรื้อรังในระยะเวลา สำหรับผู้ประกอบการอาชีพอิสระ ได้แก่ โครงการสินเชื่อ ดอกเบี้ยต่ำ Re-open ธุรกิจโรงแรมและ Supply Chain ของโรงแรม ให้สินเชื่อเพื่อปรับปรุง ธุรกิจ ดอกเบี้ย 1.99% ใน 2 ปีแรก ระยะเวลา 7 ปี, โครงการสินเชื่อฟื้นฟูท่องเที่ยวไทย ให้สินเชื่อแก่ SMEs ภาคการท่องเที่ยว ดอกเบี้ย 3.99% ระยะเวลา 7 ปี ประชาชนทั่วไป, โครงการสร้างงานสร้างอาชีพ ผู้ที่ตกงานเข้าอบรมอาชีพและ ให้สินเชื่อดอกเบี้ย 3.99% ระยะเวลา 5 ปี, สินเชื่อ Pico-finance หรือ สินเชื่อ Nano-finance เพื่อประกอบอาชีพ เกษตรกร และผู้ผลิตสินค้าชุมชน, โครงการสินเชื่อธุรกิจชุมชนสร้างไทย ให้สินเชื่อเพื่อ ปรับเปลี่ยนการผลิต พัฒนา การตลาด ดอกเบี้ย 0.01% ระยะเวลา 3 ปี
- 11 ลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 พักชำระหนี้เพื่อผ่อนปรนภาระเป็นการชั่วคราว ส่วนลูกหนี้ SMEs สถาบันการเงินของรัฐจะเข้าไปช่วยเหลือผ่านการปรับปรุงโครงสร้าง หนี้ และพักชำระหนี้ให้กับลูกหนี้ SMEs ที่อยู่กับแบงก์รัฐ ทั้งบุคคลธรรมดาและนิติบุคคล กลุ่มครัวเรือนการ และ ที่เป็นหนี้บัตรเครดิตจะได้รับการช่วยเหลือผ่าน 3 แนวทาง คือ การลดดอกเบี้ยสินเชื่อไม่ให้สูงเกินไป โอนหนี้ทั้งหมดไปไว้ในที่เดียว เพื่อให้ลูกหนี้มีเงินเดือน เหลือเพียงพอต่อการดำรงชีพอย่างมีศักดิ์ศรี สำหรับลูกหนี้บัตรเครดิตและสินเชื่อส่วนบุคคล หากเป็นหนี้เสีย ก็จะสามารถเข้าร่วมโครงการคลินิกแก้หนี้ ปรับปรุงโครงสร้างหนี้ให้กับ ลูกหนี้ โดยนำเงินต้นคงค้าง มาทำตารางผ่อนชำระใหม่ให้ยาวถึง 10 ปี และลดดอกเบี้ย จากร้อยละ 16-25 เหลือเพียงร้อยละ 3-5 ปรับโครงสร้างหนี้ กยศ การลดดอกเบี้ย ลดเบี้ย ปรับเปลี่ยนลำดับการตัดชำระหนี้ และยกเลิกผู้ค้ำประกัน คุมดอกเบี้ยรถยนต์-จักรยานยนต์ โดยออก ประกาศเพื่อกำหนดดอกเบี้ยเช่าซื้อ เช่น ในกรณีเช่าซื้อรถใหม่ต้องคิดดอกเบี้ยไม่เกินร้อยละ 10 ต่อปี และกรณีรถจักรยานยนต์ต้องไม่เกินร้อยละ 23 ต่อปี และลดดอกเบี้ยผิดนัด ให้ต่ำลง รวมทั้งให้ส่วนลดหากลูกหนี้สามารถปิดบัญชีได้ก่อนกำหนด โอนหนี้แบงก์รัฐไป AMC สำหรับกลุ่มหนี้เสียคงค้างกับสถาบันการเงินของรัฐ มาเป็นระยะเวลานาน กลุ่มนี้ จะโอนไปยังบริษัทบริหารสินทรัพย์ (AMC) ที่เกิดจากการร่วมทุนระหว่างสถาบันการเงิน ของรัฐ และบริษัทบริหารสินทรัพย์
- 12 รูปแบบการให้ความช่วยเหลือ (1) ลดค่าวงเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยลูกหนี้ชำระค่าวงขั้นต่ำที่ 50% 70% และ 90% ของค่าวงเดิม ในปี 1 ปีที่ 2 และปีที่ 3 ตามลำดับ ซึ่งค่าวงทั้งหมด จะนำไปตัดเงินต้น (2) พักดอกเบี้ยเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยดอกเบี้ยที่พักไว้จะได้รับยกเว้น ทั้งหมด หากลูกหนี้ปฏิบัติตามเงื่อนไขได้ตลอดช่วงระยะเวลา 3 ปีที่อยู่ภายใต้มาตรการ
- 13 ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2568, 13 กุมภาพันธ์). โครงการ “คุณสู้ เราช่วย” ขยายระยะเวลา การสมัครเข้าโครงการฯ ถึงวันที่ 30 เมษายน 2568 เพื่อช่วยให้ลูกหนี้มีหนี้ได้ไว ไม่ต่อได้เร็ว. <https://www.bot.or.th/th/news-and-media/activities/khunsoo.html>
- 14 Infoquest. (2566, 26 พฤศจิกายน). นักวิชาการชี้วิกฤตหนี้จากคดียกฟ้องคดีทางเศรษฐกิจ ในปีหน้า. <https://www.infoquest.co.th/2023/354535>
- 15 The Active. (2567, 13 ธันวาคม). นักวิชาการ TDR ชี้ รัฐบาล ‘แก้หนี้’ ทำดี แต่ทำ ไม่ถึง - ไม่เห็นด้วย แจกเงินหมื่น เฟส 2-3. <https://theactive.thaibps.or.th/news/economy-20241213>
- 16 The Active. (2566). ภูมิทัศน์ปัญหาหนี้สินของครัวเรือนฐานรากไทย และทางออกที่ยั่งยืน. <https://theactive.thaibps.or.th/video/economy-20221207-2>
- 17 โสมรัตน์ จันทรัตน์ ลัทธพร รัตนวรารักษ์ และชญาณี ขวະโนทัย. (2565, 20 ตุลาคม). กับดักหนี้ กับการพัฒนาเศรษฐกิจการเงินครัวเรือนฐานราก. <https://www.pier.or.th/abridged/2022/15/>

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ยกย่องหมอสงวน เป็นรัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย

- 1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567, 19 มกราคม). รำลึก 16 ปี “หมอสงวน” นายกฯ ยกย่องให้เป็น “รัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุขไทย”. <https://www.nhso.go.th/news/4307>
- 2 มติชนออนไลน์. (2567, 18 มกราคม). เศรษฐา รำลึก ‘นพ.สงวน’ ผู้วางรากฐาน 30 บาท รักษาทุกโรค ยกเป็นรัฐบุรุษแห่งวงการสาธารณสุข. https://www.matichon.co.th/politics/news_4382758
- 3 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2562, 10 มิถุนายน). นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ บิดาแห่งการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ. https://www.bangkokbiznews.com/social/837384#google_vignette

ขบวนการแพทย์ชนบทไทยได้รับรางวัลแมกไซไซ

- 1 Hfocus. (2567, 31 สิงหาคม). “ขบวนการแพทย์ชนบท” ได้รับ “รางวัลแมกไซไซ ประจำปี 2567”. <https://www.hfocus.org/content/2024/08/31511>
- 2 สำนักข่าวอิสรา. (2567, 11 พฤศจิกายน). ขบวนการที่สาธารณสุขเพื่อคนจน : แพทย์ชนบท ไทยแมกไซไซ. <https://www.isranews.org/article/isranews-article/133277-Health.html>
- 3 The Lancet. (2000). Thailand's health care reform and rural doctor movement: An inspiration for other nations.

ยาอดยาบ้าไทย ได้รับรางวัลนวัตกรรมนานาชาติ

- 1 ช่อง 7 HD. (2567, 6 มิถุนายน). ยาอดยาบ้า สมุนไพรจากภูมิปัญญาไทยคว้ารางวัลในเวทีโลก. <https://news.ch7.com/detail/731835>
- 2 กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด โดยใช้ชุมชน เป็นศูนย์กลาง. สมุทรสาคร: บริษัท บอรัณ ฟู บี พับลิชชิง จำกัด.

ผลักดัน กองทุนสุขภาพจิตและจิตเวช ดูแลสุขภาพจิตประชาชน

- 1 Hfocus. (2567, 5 กุมภาพันธ์). รองนายกฯ “สมศักดิ์” ดันตั้ง ‘กองทุนสุขภาพจิตและจิตเวช’ เล็งใช้งบยัดทรัพย์จากยาเสพติดของ ป.ป.ส. <https://www.hfocus.org/content/2024/02/29682>
- 2 กิตติศักดิ์ อักษรวงศ์. (2567, 15 ตุลาคม). นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2568. <https://dmh.go.th/intranet/p2568/policyDMH2568.pdf>

เกิดน้อยๆ ไม่กลับ ต้องปรับและรับมืออย่างไร?

- 1 UN Chronicle. (2023, 11 July). *As the world's population surpasses 8 billion, what are the implications for planetary health and sustainability?* Retrieved on May 9, 2023, from <https://www.un.org/en/un-chronicle/world-population-surpasses-8-billion-what-are-implications-planetary-health-and>
- 2 Bricker, D., & Ibbitson, J. (2019). *Empty planet: the shock of global population decline*. Hachette UK.
- 3 Naysmith, C. (2024, 6 May). *Elon Musk Warns 'America is headed towards extinction' and urges people to 'have more children' to fight off 'Population Collapse'*. AOL. Retrieved on May 9, 2024 from <https://www.aol.com/finance/elon-musk-warns-america-headed-164957223.html>
- 4 The UnMusking Show (2024, 26 April). *Population Collapse*. YouTube. Retrieved on May 10, 2024 from <https://www.youtube.com/watch?v=jLKGHraGgQ&t=50s>
- 5 North, A. (2023, 27 November). *You can't even pay people to have more*. Vox. Retrieved on May 9, 2023, from <https://www.vox.com/23971366/declining-birth-rate-fertility-babies-children>
- 6 Kim, C. & Lee, J. (2024, 28 February). *In South Korea, world's lowest fertility rate plunges again in 2023*. Reuters. Retrieve on May 9, 2024, from <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/south-koreas-fertility-rate-dropped-fresh-record-low-2023-2024-02-28/>
- 7 The Straits Times, (2024, 11 March). *Singapore's total fertility rate hits record low in 2023 falls below 1 for first time*. Retrieved on May 9, 2023, from <https://www.straitstimes.com/singapore/politics/singapore-s-total-fertility-rate-hits-record-low-in-2023-falls-below-1-for-first-time>
- 8 United Nations. (2024, 11 July). *Growing or shrinking? What the latest trends tell us about the world's population*. Retrieved on August 18, 2024, from <https://news.un.org/en/story/2024/07/1151971>
- 9 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2540). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)*. สำนักนายกรัฐมนตรี. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567, จาก https://www.nesdc.go.th/ewf_dl_link.php?nid=3783
- 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555-2559)*. สำนักนายกรัฐมนตรี. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567, จาก https://www.nesdc.go.th/ewf_news.php?nid=5748&filename=develop_issue
- 11 ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2566, 10 กุมภาพันธ์). *ประชากรไทยเริ่มลดลงแล้ว*. The Prachakorn. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=720>
- 12 Hfocus. (2567, 24 มีนาคม). *บอรัล สปสช. เคาะแนวทาง "ส่งเสริมการมีบุตร" เป็นวาระแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.hfocus.org/content/2024/03/30068>
- 13 Schumacher, A. E., Aali, A., Abate, Y. H., Abbasgholizadeh, R., Abbasian, M., Abbasi-Kangevari, M., ... & Arafa, E. A. (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The lancet*. 2024;403 (10440):2057–99.
- 14 Singapore Statistical Department. (2023). *Population trend 2023*. Retrieved on August 20, 2024, from https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/visualising_data/infographics/population/population-trends2023.ashx
- 15 CIA. (2024). *Population growth rate*. Retrieved on August 20, 2024, from <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/population-growth-rate/country-comparison/>
- 16 Our world in data. (2024). *Population growth*. Retrieved on August 10, 2024, from <https://ourworldindata.org/population-growth>
- 17 Yoon Min-sik. Why won't S. (2024, 3 January). Koreans have kids? Costly housing, report says. *The Korea Herald*. Retrieved from <https://www.koreaherald.com/view.php?ud=20240103000728>
- 18 M. H. Lee. (2024, 4 January). Housing Prices and Private Education Costs Significantly Influence Birth Rates in South Korea, Study Finds. *The Korea Bizwire*. Retrieved from <http://koreabizwire.com/housing-prices-and-private-education-costs-significantly-influence-birth-rates-in-south-korea-study-finds/269305>
- 19 มนสิการ กาญจนจิตรา, กัญญาพัชร สุทธิเกษม และริษา ต๊ะดี. (2560). *เมื่องานรัดตัว จะสร้างครอบครัวได้อย่างไร: สมดุลชีวิตและงานของคนรุ่นใหม่*. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์ เดือนตุลา จำกัด
- 20 พรูเดนเชียล. (2567). *ถ้ามีลูก 1 คนใช้เงินเท่าไร ต้องวางแผนการเงินอย่างไร*. Prudential. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/article/cost-to-have-one-child/>
- 21 Krungsri The COACH. (2566, 31 สิงหาคม) *ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงลูก 1 คนจนโต มีอะไรบ้าง?*. Krungsri.com. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567, จาก <https://www.krungsri.com/th/krungsri-the-coach/life/children/cost-of-raising-children>
- 22 Thairat Money. (2567, 3 กันยายน). *เปิดผลสำรวจ คุณแม่ยุคใหม่ เลี้ยงเด็ก "Gen Alpha" 1 คน ต้องจ่ายอะไรบ้าง*. Thairat. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567, จาก https://www.thairath.co.th/money/personal_finance/banking_bond/2812215
- 23 ภูเบศร์ สมุทรจักร กมลชนก ขำสุวรรณ และกัญญาพัชร สุทธิเกษม. (2563). *โลกที่ 3 ของ ซี-แอลฟา*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- 24 มนสิการ กาญจนจิตรา, กัญญาพัชร สุทธิเกษม และริษา ต๊ะดี. *ยั้งแล้ว*.
- 25 Salgado and S.I. Magalhaes. (2024). I am my own future" representations and experiences of childfree women. *Women's Studies International Forum*. 102 (2024). Retrieved from <https://tinyurl.com/yc2up8wd>
- 26 Bimha, P. Z. J., & Chadwick, R. (2016). Making the childfree choice: Perspectives of women living in South Africa. *Journal of Psychology in Africa*, 26(5), 449–456. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/14330237.2016.1208952>
- 27 Thailand Development Research Institute. (2023, 19 November). *How low birth rate will affect Thailand's economy*. Retrieved from <https://www.thailand-business-news.com/opinion/112591-how-low-birth-rate-will-affect-thailands-economy>
- 28 LEARN. (2566, 19 เมษายน). *เทรนด์ใช้ชีวิตของคนยุคใหม่ เราอยู่กลุ่มไหนกัน*. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567, จาก <https://tinyurl.com/ys8pzkee>
- 29 Martha Smilgis. (1987, 20 April). *Living: Here Come the DINKs Double-income, no-kids couples are the latest*. TIME. Retrieved from <http://content.time.com/time/subscriber/article/0,33009,964062,-1,00html>
- 30 บุษกร บุษปารัง. (2566). *เปิดเหตุผลทำไมทุกวันนี้คู่รักมัก "DINK" แบบมีเงิน มีกัน แต่นั่นพอ*. สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2567 จาก https://www.creativethailand.org/article-read?article_id=34024
- 31 De Luca Barrusse, V. (2005). Restoring the Notion of Family in France Pronatalist and Pro-Family Propaganda in Schools and Army Barracks (1920-1940). *Population*, 60(1), 11–35. (english edition)
- 32 Bergsvik, J., Fauske, A., & Hart, R. K. (2021). Can policies stall the fertility fall? A systematic review of the (quasi) experimental literature. *Population and Development Review*, 47(4), 913–964.
- 33 SPLASH-db.eu (2014): Policy: "Family Policies: Belgium" (Information provided by François Levrau, Jonas Loos, Karel Neels, Inge Pasteels, Katrien Swartel, & Helga A.G. de Valk). Retrieved on November 3, 2024 from <https://splash-db.eu>
- 34 Mörk, E., Sjögren, A., & Svaleryd, H. (2013). Childcare costs and the demand for children—evidence from a nationwide reform. *Journal of Population Economics*, 26, 33–65.
- 35 Battistin, E., De Nadai, M., & Padula, M. (2015). *Roadblocks on the road to grandma's house: fertility consequences of delayed retirement* (No. 748). Working Paper.
- 36 Austria Institute for Family Studies (2018). *Austria. Leave Network*. Retrieved on November 3, 2024, from https://www.leavenetwork.org/fileadmin/user_upload/k_leavenetwork/country_notes/2018/FINAL.Austria2018.pdf
- 37 Dahl, G. B., Løken, K. V., Mogstad, M., & Salvanes, K. V. (2016). What is the case for paid maternity leave?. *Review of Economics and Statistics*, 98(4), 655–670.
- 38 Liu, Q., & Skans, O. N. (2010). The duration of paid parental leave and children's scholastic performance. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 10(1).
- 39 Farré, L., & González, L. (2019). Does paternity leave reduce fertility? *Journal of Public Economics*, 172, 52–66.
- 40 Milligan, K. (2005). Subsidizing the stork: New evidence on tax incentives and fertility. *Review of Economics and statistics*, 87(3), 539–555.
- 41 Parent, D., & Wang, L. (2007). Tax incentives and fertility in Canada: quantum vs tempo effects. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économique*, 40(2), 371–400.

- 42 Riphahn, R. T., & Wijnck, F. (2017). Fertility effects of child benefits. *Journal of Population Economics*, 30, 1135-1184.
- 43 Gathmann, C., & Sass, B. (2018). Taxing childcare: Effects on childcare choices, family labor supply, and children. *Journal of Labor Economics*, 36(3), 665-709.
- 44 Schmidt, L. (2005). Infertility insurance mandates and fertility. *American Economic Review*, 95(2), 204-208.
- 45 Schmidt, L. (2007). Effects of infertility insurance mandates on fertility. *Journal of Health Economics*, 26(3), 431-446.
- 46 Machado, M. P., & Sanz-de-Galdeano, A. (2015). Coverage of infertility treatment and fertility outcomes. *SERIEs*, 6, 407-439.
- 47 Joyce, T., Kaestner, R., & Kwan, F. (1998). Is Medicaid pronatalist? The effect of eligibility expansions on abortions and births. *Family Planning Perspectives*, 108-127.
- 48 TNN. (2565). จีนเกิดน้อยนโยบายลูกคนที่ 3 ยังไม่จูงใจ, Business Watch. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://www.youtube.com/watch?v=RrQ0kXwp-Ig>
- 49 The Korea Times (June 19, 2024). Yoon declares 'demographic national emergency,' vows all-out efforts to tackle low birthrate. Retrieved on November 3, 2024, from https://www.koreatimes.co.kr/www/nation/2024/10/113_377011.html
- 50 TNN. (23 มิถุนายน 2567). เกาหลีใต้ประกาศสงครามวัยเด็กเกิดน้อย. TNN World. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2567, จาก <https://www.youtube.com/watch?v=Dq68ykQWa18>
- 51 IPCC. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability*. Retrieved on February 18, 2025, from <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>
- 52 Spears, D. (2015). Smaller human population in 2100 could importantly reduce carbon emissions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(33), 8252-8259.
- 53 Diaz, S., Settele, J., Brondizio, E. S., Ngo, H. T., Agard, J., Armeth, A., ... & Zayas, C. N. (2019). Pervasive human-driven decline of life on Earth points to the need for transformative change. *Science*, 366(6471), eaax3100.
- 54 Glaeser, E., & Gyourko, J. (2018). The economic implications of housing supply. *Journal of Economic Perspectives*, 32(1), 3-30.
- 55 Lee, R., Mason, A., NTA network, Lee, R., Mason, A., Amporfu, E., ... & Zhang, Q. (2014). Is low fertility really a problem? Population aging, dependency, and consumption. *Science*, 346(6206), 229-234.
- 56 ปิยะชาติ ภิรมย์สวัสดิ์ เกื้อ วงศ์บุญสิน และพัชรวิทย์ วงศ์บุญสิน. (2567). การปันผลทางประชากรระยะที่ 3 ของประเทศไทย: โอกาสจากสังคมสูงวัยที่สร้างได้ด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 57 วรารณ ขาญด้วยวิทย์. (2 ตุลาคม 2023). เหลือมล้ำ - สอสมั กู้ระเบิดเวลา ปัญหากองทุนประกันสังคม. TDRI: Thailand Development Research Institute. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2568, จาก <https://tdri.or.th/2023/10/interview-socialsecurity-reform/>
- 58 ไทยรัฐ. (15 มกราคม 2568). ปรับเกณฑ์ LTR Visa ชนิดพิเศษ ดึงต่างชาติ "คนรวย - คนเก่ง" เข้าไทย หวังเป็นศูนย์กลาง Talent. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2568, จาก https://www.thairath.co.th/money/economics/thailand_econ/2836274
- 59 Human Rights and Development Foundation (2023). *สรุปปรากฏการณ์อนาคตแรงงานข้ามชาติในสังคมสูงวัย โดย ดร. อภิชาติ จารุสฤทธิรงค์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม*. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2568, จาก <https://hrdfoundation.org/?p=3394>
- 60 Insured nomads. (2024). *The Ultimate Digital Nomad Travel Guide: Where to Roam in 2024*. Retrieved on January 24, 2025, from <https://insurednomads.com/the-ultimate-digital-nomad-travel-guide-where-to-roam-in-2024/>
- 61 The Broke Backpacker. (January 6, 2025). *Best places for digital nomads in 2025*. Retrieved on January 24, 2025, from <https://www.thebrokebackpacker.com/best-places-for-digital-nomads/>

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน สுகภาพคนไทย 2568

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดสุภาพ

กระบวนการทำงาน

การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัด ทางด้านประชากร โดยผ่าน คณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมกันกับคณะทำงานโครงการฯ

ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรอบรู้ในดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่ง ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย

1. กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
2. ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุภาพ
3. ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานทีมสุภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางสุภาพคนไทย
4. ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านบททบทวนหมวดตัวชี้วัดสุภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

1. ค้นหาสาระสำคัญ (key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
2. ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
3. เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2 10 สถานการณ์เด่นในรอบปี และ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุภาพคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดี ๆ เพื่อสุภาพคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2567 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย

1. เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
2. เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
3. เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
4. เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดี ๆ ของคนไทย เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิชาการด้านสุภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

ส่วนที่ 3 เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องที่นำเสนอสลับไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์ในการเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ คือ

1. เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
2. เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
3. เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางสุภาพคนไทยประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. ทีมงานสุภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูล ประกอบการจัดทำรายงาน
4. คณะทำงานสุภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบททบทวนร่างเนื้อหา รายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ที่ปรึกษา
นพ.ศิริวัฒน์ ภัทย์ธราดล	ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ประธานกรรมการ
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	กรรมการ
รศ. นพ.สนธิ์ ศิลธรรม	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา สสส.	กรรมการ
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
คุณสุรียนต์ รัญกิจจานุกิจ	ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)	กรรมการ
คุณทภัยชนก ชินอุปราชวัฒน์	ผู้อำนวยการกองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
ดร.กพิชา ไปษยานนท์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	กรรมการ
คุณเบญจมาภรณ์ ลิ้มปิยะเชียร	รองผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สสส.	กรรมการ
รศ. ดร. ญ.จรรยา ศรีวิริยานุกาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
คุณวิเชษฐ์ พิชัยรัตน์	คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 8, สสส.	กรรมการ
คุณสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขามจีน อำเภอเสนา	กรรมการ
คุณสมพร เพ็งคำ	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
คุณยุวดี คาคการณโก	ศูนย์ศึกษามหาชนและเมือง วิทยาลัยธุรกิจ	กรรมการ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ. ดร.ชาย โพธิ์สีดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ
รศ. ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
รศ. ดร.มนสิการ กาญจนจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ. ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ทบพวนรายงานทั้งเล่ม

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชันทักย์ กาญจนะจิตรา

ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา

ทบพวนเรื่องพิเศษประจำฉบับ

คุณสุรียนต์ ธีรกิจงานุกิจ

ทีมเขียนสถานการณ์เส้นทางสุขภาพร่างแรก

คุณณฐาภพ สังเกต

คุณณัฐพงศ์ บุญตอบ

คุณธรรทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ

คุณธีรวัฒน์ ช้วนตัน

คุณพิสิษฐ์ ศรีอัคคโคโคติน

ผศ. ดร.มงคลกร ศรีวิชัย

ดร.วศิน พิพัฒน์ฉัตร

คุณอรรณพ สุขโข

คณะทำงานจัดทำโครงการสุขภาพคนไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาทีมวิชาการ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชันทักย์ กาญจนะจิตรา

รศ. ดร.ชาย โพธิ์สีตา

ผู้อำนวยการโครงการ

รศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ตัวชี้วัดสุขภาพ

รศ. ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา

รศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

กัญญา อภิพรชัยสกุล

สถานการณ์เส้นทางสุขภาพ

ผศ. ดร.ลักขรินทร์ นิยมศิลป์

กาญจนา เทียนลาย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ. ดร.อนุสรณ์ สมุทรจักร

รศ. ดร.ชาย โพธิ์สีตา

กัญญาพัชร สุทธิเกษม

ขอบคุณจากใจ

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 2568 ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมและให้ความอนุเคราะห์อย่างยิ่ง ในการจัดทำหนังสือฉบับนี้ ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชินอุทัย กาญจนะจิตรา ที่กรุณาทบทวนบทความต้นฉบับทั้ง 3 ส่วน พร้อมทั้งให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงภาษาและเนื้อหาให้มีความถูกต้องเหมาะสม

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในส่วนของ 10 หมวด ตัวชี้วัดทางสุขภาพปีนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาเขียนเนื้อหาร่างแรก ในหมวด 10 สถานการณ์เด่น ทางสุขภาพของคนไทย ทำให้ 10 สถานการณ์เด่นๆ ปีนี้ มีประเด็นที่ทันต่อเหตุการณ์และชวนติดตามเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ คุณสุรียนต์ ธัญกิจจานุกิจ กรรมการชี้ทิศทางโครงการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย และบุคลากรของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ผู้ให้ข้อมูลและความคิดเห็น เกี่ยวกับสถานการณ์และนโยบายการเพิ่มประชากร

รวมทั้งขอขอบคุณ คุณดีเค ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติของชาวต่างชาติในเรื่องการมีลูกและการเลี้ยงดู ทำให้เนื้อหาในเรื่องพิเศษประจำฉบับมีความครอบคลุมทุกมิติ และกระตุ้นให้ขบคิดต่อไป

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนสม่ำเสมอตลอดมา

ที่สำคัญ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน ที่ติดตาม “รายงานสุขภาพคนไทย” มาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นกำลังใจและแรงผลักดันที่สำคัญ ทำให้คณะทำงานมีพลังในการพัฒนาหนังสือรายงานสุขภาพคนไทย ให้มีคุณภาพต่อไป

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย



ติดตามรายงานสุขภาพคนไทย ได้ที่

  สุขภาพคนไทย  30 วิ สุขภาพคนไทย  @ThaiHealthReport  www.thaihealthreport.com

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



www.thaihealthreport.com