

สุขภาพคนไทย

2559



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



12 ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยต่างเจนอเรชัน
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย



ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2559 : ตายดี วิธีที่เลือกได้ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล. - - พิมพ์ครั้งที่ 1. - - นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559

(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 454)

ISBN 978-616-279-826-9

1. ความตาย. 2. ความตาย-จิตวิทยา. 3. วัยรุ่น. 4. สังคมออนไลน์. 5. คนรุ่นใหม่. 6. พฤติกรรมสุขภาพ. 7. คุณภาพชีวิต.
8. ดัชนีสุขภาพ. 9. ภาวะสุขภาพ -- ดัชนีชี้วัด. I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. ชื่อชุด.

WA100 ส743 2559

ออกแบบและศิลปะกรรม

กราฟฟิกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ

ออกแบบและจัดหน้าหมวด

10 สถานการณ์เส้นทางสุขภาพ และเรื่องเด่นประจำฉบับ

สุกัญญา พรหมทรัพย์

บ้านท้ายซอยดีไซน์ (facebook.com/bantaisoidesign)

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักพิมพ์

บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

โทรศัพท์ 0-2882-1010 โทรสาร 0-2434-1385

จำนวนพิมพ์

16,500 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-24415221

เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพฯ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

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

เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

เลขที่ 88/39 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02832-9000 โทรสาร 0-832-9001-2

เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สู่อนาคต
คนไทย
2559



บอกกล่าว

สังคมไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะการพัฒนาเทคโนโลยีและการสื่อสาร ซึ่งมีผลทั้งในเรื่องสุขภาพที่ทำให้คนไทยมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ใช้เวลาดำเนินงานนานขึ้น รวมทั้งทำให้พฤติกรรมและทัศนคติของเด็กที่เกิดและเติบโตมาในช่วงนี้มีความคิดและพฤติกรรมแตกต่างจากคนในรุ่นก่อนๆ ในรายงานสุขภาพคนไทย 2559 จึงหยิบยกตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยต่างเจเนอเรชันมานำเสนอ เพื่อให้เห็นมุมมองและมิติต่างๆ ของคนต่างเจเนอเรชันในด้านการทำงาน รายได้ การสร้างครอบครัว การอยู่อาศัย การให้คุณค่า พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ต่างๆ เพื่อให้คนต่างรุ่นที่ทำงานร่วมกัน หรืออยู่ในสังคมเดียวกันเข้าใจและอยู่ร่วมกันได้อย่างกลมเกลียวมากขึ้น

ส่วนที่สองของรายงาน ซึ่งรายงานถึง 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ โดยลำดับที่หนึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงของประชาชน คือ 1) ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อประชาชนถูกสั่นคลอน 2) ร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2558 ถูกคว่ำ สะดุดโรคแม่ป 3) ปฏิบัติการ “ยึด” คืนผืนป่า ปัญหาซับซ้อนกว่าที่คิด 4) วันน้ำที่รอคอย กฎหมายโดนดราม่า

และธนาคารที่ดิน 5) กองทุนการออมแห่งชาติ...หลักประกันยามเกษียณของแรงงานนอกระบบ
6) เมอร์ส : โรคอุบัติใหม่ที่พึงระวัง 7) คำนุชย์ชาวโรฮิงจา เมื่อผู้ลี้ภัยเป็นเหยื่อคำนุชย์ข้ามชาติ
8) ประมงไทยโดนแจกใบเหลือง IUU ชาวดี หรือ ชาวร้าย? 9) บัมราชประสงค์ สะท้อนโลก อุกุร์เอา
คืนไทย? 10) ถนนเลียบแม่น้ำเจ้าพระยา บททดสอบวิถีชุมชน ส่วน 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย
ได้แก่ 1) ยูเนสโกยกย่อง อ.ป๋วย และ ม.ร.ว.เปีย เป็นบุคคลสำคัญของโลก 2) สหประชาชาติยกย่อง
“ไทย ยุติการติดเฮโรอีนจากแม่สู่ลูก” 3) “ไทย” ได้รับเลือกให้เป็น “ประธานกลุ่ม G77” และ 4) มทิตล
ผลิตวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกทั้งสี่สายพันธุ์ ป้องกันได้ 100%

เรื่องพิเศษประจำฉบับปีนี้ ได้นำเรื่อง “ตายดี วิธีที่เลือกได้” มานำเสนอ เพื่อให้เห็นว่า ถึงแม้ความตาย
เป็นสิ่งที่ “เลือกไม่ได้” แต่เราสามารถ “เตรียมตัวและออกแบบ” การจากไปในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้
รายงานนี้นำเสนอ การเตรียมตัวอย่างไรให้ตายดี ในมิติทั้งด้านการแพทย์และจิตใจ และสร้างความ
เข้าใจในเรื่องสิทธิของคนไทยที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ขอรับการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความ
ตาย เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ เพื่อในวาระสุดท้ายของชีวิตสามารถจากไปได้อย่างสงบหรือที่พูดกันว่า
“ตายตาหลับ”

หนังสือรายงานสุขภาพคนไทย 2559 ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตามหนังสือนี้มาโดยตลอด ที่ผ่าน
มาเราได้รับเสียงตอบรับการนำข้อมูลในหนังสือไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการเรียน การสอน ขับเคลื่อน
สังคม และเผยแพร่ข้อมูลไปยังงานประชุมต่างๆ เป็นความรู้สึภาคภูมิใจและกำลังใจของคณะทำงาน
ที่หนังสือนี้ได้เป็นแหล่งข้อมูลที่เกิดประโยชน์ให้แก่ผู้อ่าน หากท่านใดต้องการหนังสือเพิ่มเติมสามารถ
ดาวน์โหลดและอ่านได้จากเว็บไซต์ www.thaihealthreport.com



สารบัญ

12 ตัวชีวิต

สุขภาพคนไทยต่างเจเนอเรชัน	6
1. ทำความรู้จักคนต่างรุ่นต่าง “เจเนอเรชัน”	10
2. เจเนอเรชันในประเทศไทย	12
3. การทำงาน	14
4. รายได้	16
5. พฤติกรรมการบริโภค	18
6. การสร้างครอบครัว	20
7. การอยู่อาศัยและย้ายถิ่น	22
8. การให้คุณค่า	24
9. เทคโนโลยี	26
10. ชีวิตออนไลน์	28
11. พฤติกรรมสุขภาพ	30
12. รุ่นประชากรไทยในอนาคต	32

10 สถานการณ์เด่น

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

ทางสุขภาพ	34	ตายดี วิถีที่เลือกได้	84
ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อประชาชนถูกสั่งคลอน	36	ภาคผนวก	109
ร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2558 ถูกคว่ำ สะดุดโรคแมป	42	เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2559”	109
ปฏิบัติการ “ยึด” คินผีนป่า ปัญหาซับซ้อนกว่าที่คิด	46	รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง	111
วันนี้ที่รอคอย กฎหมายโดนดชุมชนและธนาคารที่ดิน	50	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	112
กองทุนการออมแห่งชาติ...หลักประกันยามเกษียณ	55	รายชื่อทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ	112
ของแรงงานนอกระบบ	55	รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย	113
เมอร์ส : โรคอุบัติใหม่ที่พึ่งระวัง	60	เอกสารอ้างอิง	115
ค้ำมนุษย์ชาวโรฮีนจา เมื่อผู้ลี้ภัยเป็นเหยื่อค้ำมนุษย์ข้ามชาติ	64		
ประมงไทยโดนแจกใบเหลือง IUU ข้าวดี หรือ ข้าวร้าย?	68		
บีมราชประสงค์ สะท้อนโลก อยู่กรุงเอาคืนไทย?	72		
ถนนเลียบบแม่น้ำเจ้าพระยา บททดสอบวิถีชุมชน	76		

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย 80

ยูเนสโกยกย่อง อ.ป๋วย และ ม.ร.ว.เปีย เป็นบุคคลสำคัญของโลก	80
สหประชาชาติยกย่อง “ไทย ยุติการตัดเอชไอวีจากแม่สู่ลูก”	80
“ไทย” ได้รับเลือกให้เป็น “ประธานกลุ่ม G77”	81
มทิตลผลิตวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกทั้งสี่สายพันธุ์ ป้องกันได้ 100%	81

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2559. ชี้อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2559* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2559. ทำความรู้จักคนต่างรุ่นต่าง “เจเนอเรชั่น”.

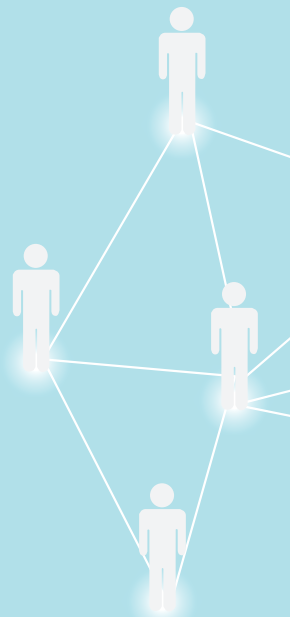
สุขภาพคนไทย 2559 (หน้า 10-11). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



12

ตัวชีวิตสุขภาพคนไทย
ต่างเจนเออร์ชัน

12 ตัวชีวิต สุขภาพคนไทยต่างเจนเนอเรชัน



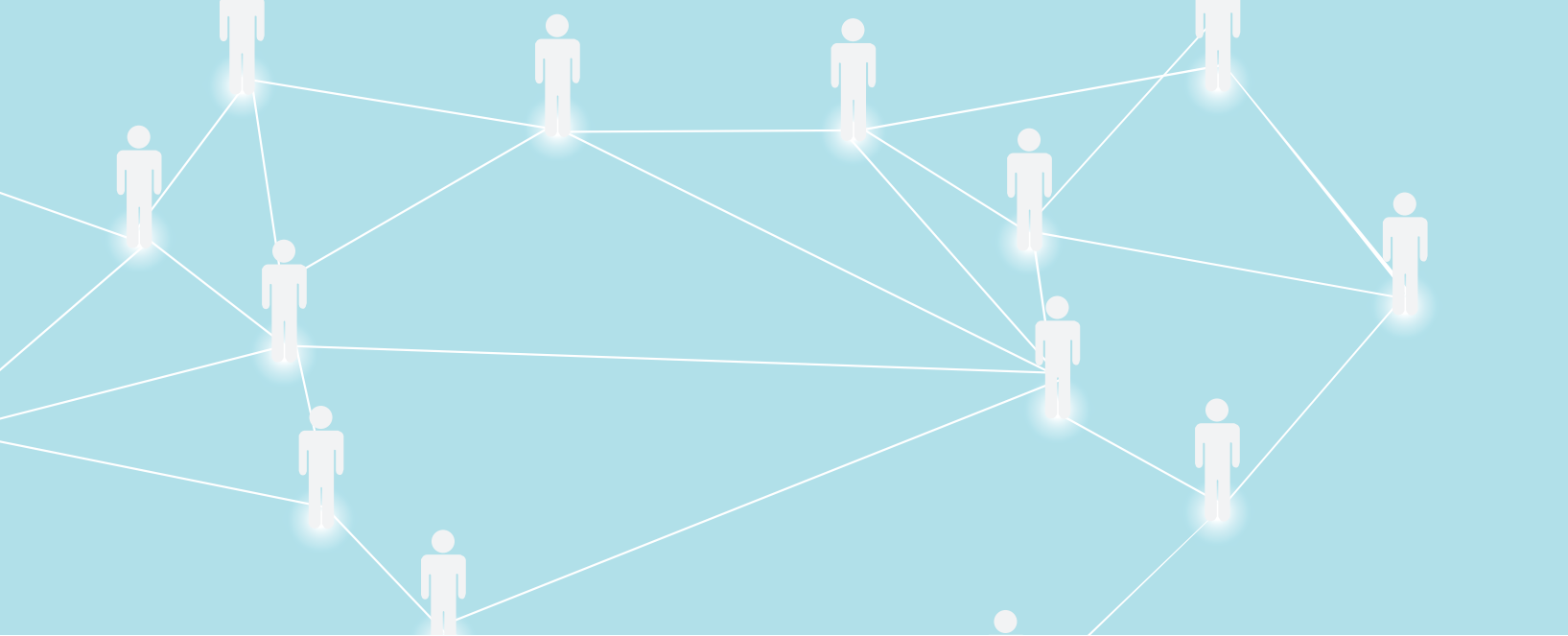
สังคมไทยประกอบด้วยประชากรหลากหลายรุ่น คนต่างรุ่นอาจมีอะไรแตกต่างกันมากกว่าเรื่องอายุ คนหนุ่มสาวสมัยนี้มีความคิดหลายอย่างที่ไม่เหมือนกับคนหนุ่มสาวสมัยก่อน การเติบโตภายใต้บริบทสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ที่มีความเฉพาะตัวในแต่ละยุค เป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้คนในแต่ละรุ่นมีอุปนิสัย และวิถีคิดที่แตกต่างกัน

สุขภาพคนไทย 2559 ฉบับนี้นำเสนอ “12 ตัวชีวิตสุขภาพคนไทยต่างเจนเนอเรชัน” เพื่อสร้างความเข้าใจคนต่างรุ่นต่างเจนเนอเรชันในระดับที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ตัวชีวิตแต่ละหมวดสะท้อนให้เห็นความแตกต่างของคนแต่ละเจนเนอเรชัน ตั้งแต่อุปนิสัย สภาวะแวดล้อมที่หล่อหลอมประสบการณ์ ในวัยเด็ก มุมมองด้านการทำงาน การให้คุณค่ากับเรื่องต่างๆ และพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละรุ่น

ปัจจุบันเจนเนอเรชันหลักของโลกถูกจัดเป็น 4 กลุ่มตามช่วงปีเกิด คือ ซิลেন্টเจเนอเรชัน (Silent generation) เบบี้บูมเมอร์ (Baby boomer) เจเนอเรชันเอกซ์ (Generation X) และเจนเนอเรชันวาย (Generation Y) ตามหลักทฤษฎีเจนเนอเรชัน คนรุ่นซิลেন্টเจเนอเรชันมีลักษณะนิสัยชอบความเป็นแบบแผน ไม่ชอบเสี่ยง เบบี้บูมเมอร์เป็นคนสู้งาน ส่วนเจนเอกซ์และเจนวายชอบความเป็นอิสระในการทำงานและมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี ลักษณะนิสัยต่างๆ ของคนแต่ละเจนเนอเรชัน เป็นผลพวงมาจากประสบการณ์ในแต่ละช่วงวัยของการเติบโตที่แตกต่างกัน รุ่นซิลেন্টเติบโตมาในช่วงสงครามโลกและภาวะที่เศรษฐกิจ

โลกตกต่ำ เบบี้บูมเมอร์เกิดในยุคหลังสงครามโลกและเป็นยุคฟื้นฟูทางเศรษฐกิจ เจเนเอกซ์เกิดมาในยุคที่เศรษฐกิจเฟื่องฟูแล้ว ส่วนเจนวายเติบโตมาในช่วงที่เทคโนโลยีพัฒนาอย่างก้าวกระโดด อย่างไรก็ตาม กลุ่มเจนเนอเรชันของคนไทยอาจแตกต่างจากกลุ่มเจนเนอเรชันของชาวตะวันตกตามที่ทฤษฎีกล่าวอยู่บ้าง เนื่องจากเจนเนอเรชันคนไทยไม่ได้มีประสบการณ์ในวัยเยาว์เช่นเดียวกันกับเจนเนอเรชันชาวตะวันตกในหลายเรื่อง แต่ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้โลกไร้พรมแดนยิ่งขึ้น ความแตกต่างของเจนเนอเรชันต่างๆ ของโลกในอนาคตมีแนวโน้มที่จะลดน้อยลง

ทฤษฎีเจนเนอเรชันได้รับการสนใจอย่างมากในแวดวงการทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มเจนวายที่ได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ และจะกลายเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อธุรกิจในอนาคต ประเทศไทยในอีก 20 ปีต่อจากนี้ เกือบครึ่งของกำลังแรงงานจะเป็นประชากรรุ่นเจนวาย ธุรกิจหลายแห่งจึงเล็งเห็นความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจกับคนเจนนี้ เพื่อดึงดูดและรักษาให้เป็นกำลังสำคัญขับเคลื่อนองค์กรต่อไปได้อย่างยาวนาน



ในด้านความมั่นคงทางการเงินในยามชราของคนไทย แต่ละเจเนอเรชัน ถึงแม้ว่าเจเนอเร็กซ์และเจเนวายมีแนวโน้มที่จะได้รับการคุ้มครองด้านหลักประกันรายได้ที่ดีกว่าเบบี้บูมเมอร์ที่เป็นผู้สูงอายุในปัจจุบัน แต่ความคุ้มครองนี้อาจจะยังไม่เพียงพอ และแม้เบบี้บูมเมอร์จะได้รับความคุ้มครองด้านหลักประกันรายได้ที่ดีกว่า แต่เบบี้บูมเมอร์จำนวนมากมีลูกหลานเป็นแหล่งพึ่งพาสำคัญ แตกต่างกับเจเนอเร็กซ์และเจเนวายที่แนวโน้มการมีบุตรลดลงมาก ผู้หญิงเจเนวายปัจจุบันเกือบ 2 ใน 5 ไม่ต้องการมีลูก เพราะต้องการมีชีวิตอิสระในอนาคตจึงมีแนวโน้มที่เจเนอเร็กซ์และเจเนวายจะไม่มีลูกหลานดูแลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นระบบหลักประกันทางรายได้ต้องสามารถทดแทนความช่วยเหลือทางการเงินที่จะลดลงจากบุตรได้ หรือไม่เช่นนั้นเจเนรุ่นหลังจะต้องหันมาพึ่งพาตนเองมากขึ้น การส่งเสริมการออมเงินเป็นเรื่องที่สำคัญ เจเนวายมีแนวโน้มเงินเดือนสูงกว่าเบบี้บูมเมอร์เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่าย ซึ่งหากมีการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสมตั้งแต่ยังหนุ่มสาว ก็จะมีเงินเก็บเพียงพอสำหรับอนาคตตนเองเมื่อถึงวัยเกษียณ

ค่านิยมของแต่ละเจนส่งผลต่อวิถีชีวิต ผู้หญิงเจเนอเร็กซ์และเจเนวายมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการสร้างครอบครัวลดลง ทำให้มีอัตราการการทำงานมากขึ้น คนยุคใหม่มีอิสระในการย้ายถิ่นเพื่อทำงานและสามารถเลือกการอยู่อาศัยที่คล่องตัวมากขึ้น ปัจจุบัน 3 ใน 5 ของเจเนวายในกรุงเทพฯ อาศัยในคอนโด อพาร์ทเมนต์ แฟลต แมนชั่น หรือหอพัก นับเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยแบบใหม่ที่เป็นปรากฏการณ์สำคัญสำหรับสังคมไทยยุคนี้

บทบาทของเทคโนโลยีและสื่อสังคมออนไลน์ปัจจุบันส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนทุกเจน ในรูปแบบที่ต่างกัน เบบี้บูมเมอร์ใช้เทคโนโลยีเพื่อติดตามข่าวสารและการอ่านหนังสือออนไลน์ เจเนอเร็กซ์เน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อการทำงาน ในขณะที่เจเนวายเน้นเรื่องความบันเทิง สนทนากับเพื่อน และเชื่อมต่อสังคม เจเนวายเป็นกลุ่มที่ใช้ชีวิตกับเทคโนโลยีมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น โดยใช้เวลากับชีวิตออนไลน์มากถึง 1 ใน 3 ของวัน พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เจเนวายมีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับเจนอื่นและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้

ในอนาคตจำนวนประชากรเกิดใหม่ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง การส่งเสริมคุณภาพของประชากรรุ่นใหม่จึงเป็นเรื่องที่ต้องตระหนัก ปัจจุบันเจเนอเร็กซ์และเจเนวายเป็นกำลังสำคัญของประเทศ แต่ประชากรหลังรุ่นเจเนวายจะเป็นกลุ่มที่กำหนดทิศทางของประเทศต่อไป ดังนั้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี ส่งเสริมสถาบันครอบครัวที่เข้มแข็ง และมุ่งเน้นการพัฒนาคนและทุนมนุษย์ตั้งแต่ช่วงปฐมวัยและเด็กจึงเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างประชากรรุ่นใหม่ให้มีคุณภาพเพื่ออนาคตประเทศไทยที่สดใสอย่างยั่งยืน



1

ทำความเข้าใจกับคนต่างรุ่นต่าง “เจเนอเรชัน”

ปัจจุบันประชากรโลกประกอบด้วยเจนวายสูงที่สุดที่ร้อยละ 39 ตามด้วยเจนเอกซ์ที่ร้อยละ 27

ประสบการณ์ในวัยเด็กมีผลสำคัญในการหล่อหลอมวิธีคิด โลกทัศน์ ค่านิยม มุมมองต่อสังคม และการใช้ชีวิตของคนในรุ่นนั้น คนที่เกิดในสมัยเดียวกันจึงมีอุปนิสัยบางอย่างคล้ายคลึงกัน

สังคมทั่วไปประกอบด้วยคนหลากหลายอายุ คนแต่ละกลุ่มอายุหรือแต่ละรุ่นมักมีลักษณะที่แตกต่างกันไป ความแตกต่างของคนแต่ละกลุ่มอายุนั้นไม่ได้เกิดจากวัยที่แตกต่างกันเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นความแตกต่างที่เกิดจาก “รุ่น” หรือ “เจเนอเรชัน” ที่ต่างกัน กล่าวคือ คนที่เกิดในยุคที่ต่างกันจะเติบโตมาในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้คนที่เกิดและเติบโตมาต่างยุคต่างสมัยมีลักษณะนิสัยที่แตกต่างกันไป

ทฤษฎีเจเนอเรชัน เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายความแตกต่างของคนต่างรุ่น โดยแบ่งเจเนอเรชันตามช่วงปีเกิด ทฤษฎีเจเนอเรชันประกอบด้วย 4 รุ่นหลัก ได้แก่ ไชเลนต์เจเนอเรชัน เบบี้บูมเมอร์ เจเนอเรชันเอกซ์ และเจเนอเรชันวาย โดยปัจจุบันคนเจนวายมีสัดส่วนสูงที่สุด คือร้อยละ 39 ของประชากรโลกทั้งหมด ตามด้วยเจนเอกซ์ที่ร้อยละ 27 ประเทศที่รายได้สูงมีสัดส่วนเจนวายน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงโครงสร้างอายุประชากรของแต่ละประเทศ

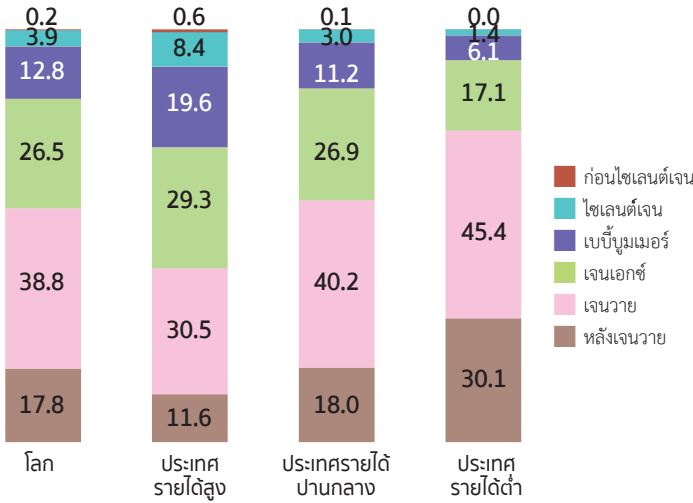
เจเนอเรชันหลักในปัจจุบัน

เจเนอเรชัน	ปี พ.ศ. เกิด	เหตุการณ์สำคัญ	คุณลักษณะ: นิสัย การให้คุณค่า
 ไชเลนต์เจเนอเรชัน Silent Generation	2468-2485	เศรษฐกิจโลกตกต่ำ สงครามโลก	ชอบความเป็นระเบียบแบบแผน ไม่ชอบความเสี่ยง อนุรักษ์นิยม
 เบบี้บูมเมอร์ Baby Boomer	2486-2503	สงครามโลกสิ้นสุด ยุคฟื้นฟูสังคมเศรษฐกิจ การเกิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว	ทุ่มเทชีวิตให้กับการทำงาน สู้งาน อดทน ชอบงานที่มีความมั่นคง มีความภักดีต่อองค์กร ให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่พลเมือง
 เจนเอกซ์ Generation X	2504-2524	เศรษฐกิจของโลกเริ่มมั่งคั่ง ผู้หญิงออกทำงานมากขึ้น วัฒนธรรมสมัยใหม่ เริ่มเฟื่องฟู	ไม่ชอบความเป็นทางการ ให้ความสำคัญกับสมดุลชีวิต มีความคิดสร้างสรรค์ แต่งงานช้าลง อยากทำงานที่มีความอิสระ อยากเป็นนายตัวเองมากกว่าการทำงานในบริษัทใหญ่ ชอบงานที่ท้าทายและได้ความรู้ใหม่ๆ งานที่ใช้ทักษะหลากหลาย ชอบช่วยเหลือสังคมด้วยการเป็นอาสาสมัคร มากกว่าการทำหน้าที่พลเมือง
 เจนวาย Generation Y	2525-2548	ยุคก้าวกระโดดทางเทคโนโลยี โดยเฉพาะ อินเทอร์เน็ต	มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถทำหลายสิ่งได้ในเวลาเดียวกัน ค่อนข้างกับเทคโนโลยีเป็นอย่างดี มุ่งมั่น แต่ไม่ค่อยมีความอดทน ทำงานเป็นทีมเก่ง ไม่ชอบเสี่ยง ไม่ได้แสวงหาความแปลกแหวกแนวเท่าเจนเอกซ์

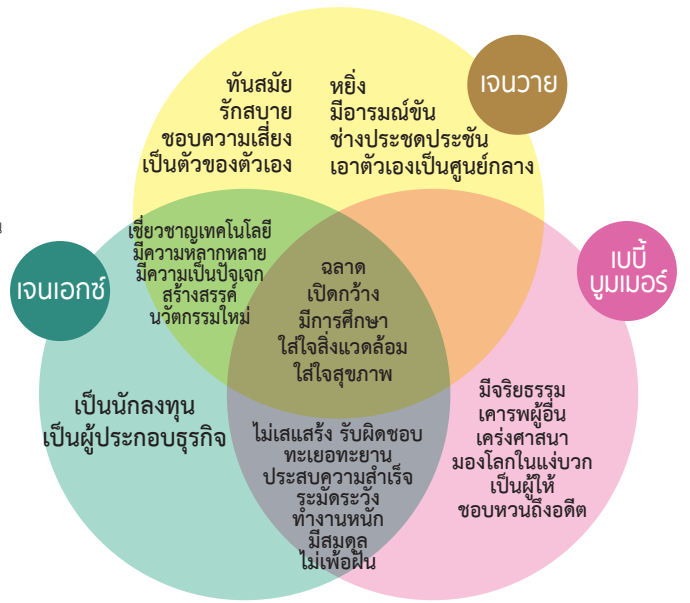
ที่มา: ปรับจาก Strauss & Howe, 2007

แต่ละเจนเนอเรชันมองตัวเองอย่างไร

ประชากรโลกในแต่ละเจนเนอเรชัน



ที่มา: World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nations



ที่มา: ปรับจาก BCG U.S. Millennial Supplemental Consumer Sentiment Survey, 2013

เจนเนอเรชันอื่นๆ ในปัจจุบัน

เจนเนอเรชัน	ลักษณะนิสัย
<p>เจนแซด Generation Z</p>	เป็นรุ่นที่คาบเกี่ยวและต่อเนื่องจากเจนวาย เด็กรุ่นนี้เกิดและเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี มีมือถือหรือแท็บเล็ตใช้ตั้งแต่เด็ก ไม่รู้จักโลกที่ไม่มีอุปกรณ์เทคโนโลยี เกิดมาในช่วงเศรษฐกิจเริ่มถดถอย มีการก่อการร้าย การเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครัวเรือน เรียนมากขึ้น อยู่ในร่มมากขึ้น พฤติกรรมนิ่งๆ นอนๆ มากขึ้น
<p>เจนแอลฟา Generation Alpha</p>	เกิดหลังเจนแซด เด็กรุ่นนี้เกิดและเติบโตมาพร้อมเทคโนโลยี มีความคุ้นชินกับอุปกรณ์เหล่านี้ ตั้งแต่เล็ก เป็นกลุ่มที่ถูกเรียกว่า “digital natives” โดยในบางการศึกษา กำหนดปีเริ่มต้นของเจนแอลฟา คือ ปีที่ไอแพด (iPad) เริ่มจำหน่ายเป็นปีแรก 2553
<p>เจนซี Generation C</p>	เป็นเจนเนอเรชันที่ไม่ได้แบ่งตามช่วงปีเกิด แต่แบ่งตามลักษณะนิสัยที่ต้องมีการเชื่อมต่อตลอดเวลา

หมายเหตุ: ปีเกิดของเจนเนอเรชันอื่นนี้ถูกกำหนดค่อนข้างหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา

การเติบโตมาในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้แต่ละเจนเนอเรชันมีลักษณะนิสัยที่แตกต่างกัน เบบี้บูมเมอร์เกิดมาในยุคที่สงครามโลกเพิ่งจบสิ้น สังคมอยู่ในยุคก่อร่างสร้างตัว เบบี้บูมเมอร์จึงมีนิสัยสูงชัน อดทน หุ่นเทกับการงาน ซึ่งแตกต่างกับเจนเอกซ์และเจนวายที่เกิดมาในยุคที่เศรษฐกิจกลับมารุ่งเรืองแล้ว จึงเป็นรุ่นที่ให้ความสำคัญกับการทำงานในมิติที่หลากหลายขึ้น เช่น การได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์ การมีอิสระ หรือความท้าทาย

ทฤษฎีเจนเนอเรชันเป็นที่แพร่หลายอย่างมาก โดยเฉพาะในแวดวงการตลาดและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ในองค์กรต่างๆ เพื่อเข้าใจถึงแรงจูงใจและพฤติกรรมของคนแต่ละรุ่น นอกจากเจนเนอเรชันหลักทั้งสี่ที่ได้นำเสนอมาข้างต้นแล้ว ปัจจุบันมีการจัดกลุ่มเจนเนอเรชันที่หลากหลายยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเจนเนอเรชันที่ตามหลังเจนวาย

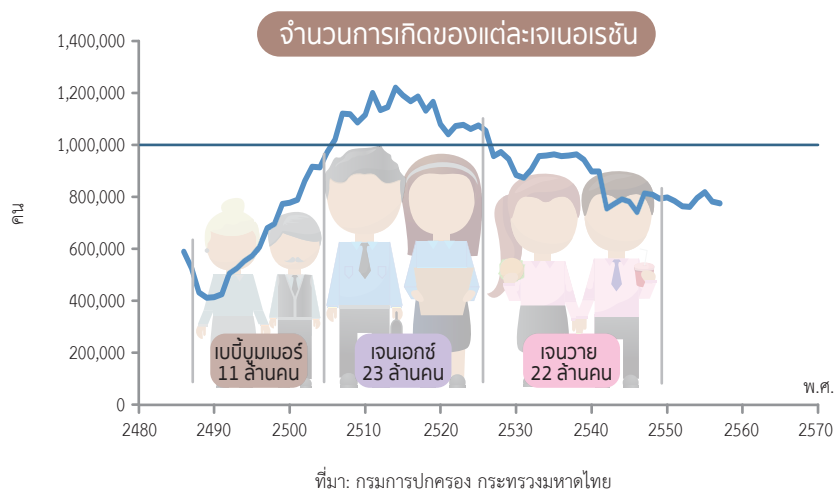


2 เจเนอเรชันในประเทศไทย

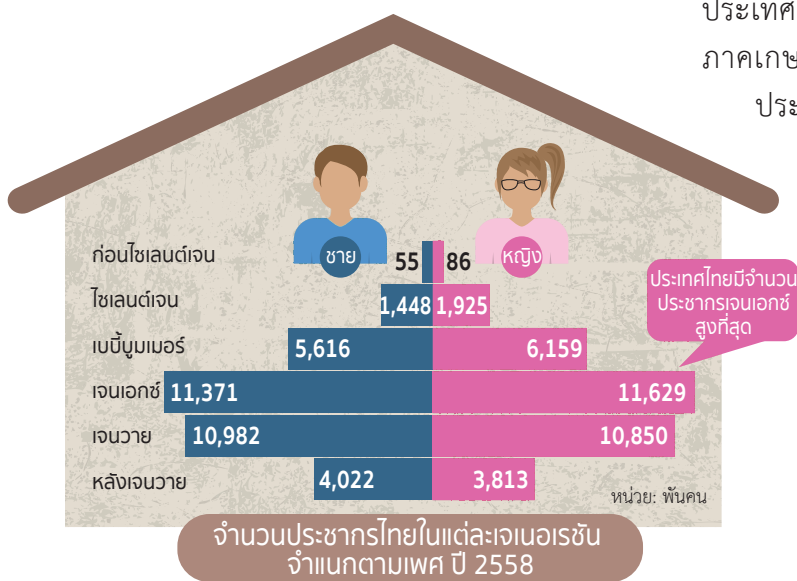
เบบี้บูมเมอร์เติบโตมาในช่วงที่เพียงร้อยละ 20 ของประชากรไทยอาศัยในเขตเมือง แตกต่างกับเจนวายที่เติบโตมาในช่วงที่ร้อยละ 44 อาศัยในเขตเมือง

เบบี้บูมเมอร์ไทยเกิดมาในสมัยที่ประเทศยังมีประชากรน้อย แต่จำนวนการเกิดกำลังอยู่ในช่วงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เจนเอกซ์ไทยเป็นรุ่นที่เริ่มได้รับอิทธิพลจากต่างชาติมากขึ้น ส่วนเจนวายไทยมีความคล้ายกับเจนวายของตะวันตกในแง่การได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากอินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยี

ประเทศไทยในสมัยของปู่ย่าตายาย พ่อแม่ หรือแม่กระทั่งสมัยของลูกหลาน เรานั้นแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง เนื่องจากประเทศไทยผ่านการเปลี่ยนแปลงมามากมาย ตามยุคสมัย ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ตามทฤษฎีเจเนอเรชัน ความแตกต่างของประสบการณ์ในวัยเยาว์ของคนแต่ละรุ่นส่งผลต่อวิธีการคิด มุมมอง โลกทัศน์ และค่านิยมต่างๆ คนไทยในแต่ละรุ่นจึงมีลักษณะอุปนิสัยที่แตกต่างกัน แม้จะเติบโตมาในประเทศเดียวกันก็ตาม



คนไทยรุ่นเบบี้บูมเมอร์เติบโตในบรรยากาศที่ประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเป็นสังคมชนบท ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเกษตรกรรม ในปี 2508 มีเพียงร้อยละ 20 ของประชากรที่อาศัยในเมือง ประชากรไม่หนาแน่นมาก (51 คนต่อหนึ่งตารางกิโลเมตร) ขนาดครัวเรือนเฉลี่ย 5.6 คน ในช่วงที่เบบี้บูมเมอร์ในประเทศไทยเกิด เป็นช่วงที่จำนวนการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ช่วงที่จำนวนการเกิดในประเทศไทยสูงสุดเป็นในช่วงปี 2506-2526 ซึ่งไปตรงกับเจนเอกซ์ ด้วยเหตุนี้เจนเอกซ์ไทยจึงได้ฉายาว่าเป็น “ประชากรรุ่นเกิดล้าน”



ที่มา: World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nations



ความเปลี่ยนแปลงสำคัญหนึ่งของประเทศไทยในยุคที่เจนเอกซ์ไทยเติบโตคือการเริ่มได้รับอิทธิพลจากตะวันตก การมีเคเบิลทีวีที่มีรายการต่างชาติ การเข้ามาของร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด และร้านสะดวกซื้อ เจนเอกซ์จึงเติบโตมาในวัฒนธรรมไทยที่เริ่มมีกลิ่นอายต่างชาติมากขึ้น

ความเป็นเมืองของประเทศไทยในแต่ละช่วงปี

	2508 (ช่วงเบบี้บูมเมอร์ อายุ 5-22 ปี)	2529 (ช่วงเจนเอกซ์ อายุ 5-25 ปี)	2553 (ช่วงเจนวาย อายุ 5-28 ปี)
ความเป็นเมือง (ร้อยละของประชากร)			
ประเทศไทย	20.22	28.36	44.08
ประเทศรายได้สูง	65.55	73.76	79.78
ประเทศรายได้ปานกลาง	24.19	32.55	46.53
ประเทศรายได้ต่ำ	13.01	20.58	28.03
โลก	35.52	41.49	51.55

ที่มา: World Development Indicators, 2015, The World Bank

ลักษณะทางประชากรและสังคมของประเทศไทย

ปีสำมะโนประชากร	ขนาดครัวเรือน (คน ต่อ 1 ครัวเรือน)	ความหนาแน่น (คน ต่อ 1 ตารางกิโลเมตร)	อัตราส่วน พึ่งพิงรวม	อัตราส่วน พึ่งพิงเด็ก	อัตราส่วน พึ่งพิงสูงอายุ
2503 (ช่วงเบบี้บูมเมอร์อายุ 0-17 ปี)	5.6	51.1	85.2	80.0	5.2
2523 (ช่วงเจนเอกซ์อายุ 1-19 ปี)	5.2	87.4	72.0	65.9	6.1
2543 (ช่วงเจนวายอายุ 5-23 ปี)	3.8	118.7	51.2	36.9	14.4

ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2523 และ 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับเจนวาย รุ่นนี้เติบโตมาในช่วงที่มีความเป็นเมืองสูงขึ้น ในปี 2553 ร้อยละ 44 ของประชากรอาศัยในเขตเมือง มีความหนาแน่นสูง (119 คนต่อหนึ่งตารางกิโลเมตร)

แต่ขนาดครัวเรือนมีขนาดเล็กลง (3.8 คน) แต่สิ่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงต่อประเทศไทยและคนเจนวายอย่างมากคือการเปิดบริการอินเทอร์เน็ตในปี 2538 ทำให้ประเทศไทยในยุคของเจนวายพลิกโฉมหน้าไปโดยสิ้นเชิง

อัตราส่วนพึ่งพิงเด็ก
ลดลงอย่างมาก
ในช่วงเจนวายเติบโต

ในขณะที่อัตราส่วน
พึ่งพิงสูงอายุเพิ่มขึ้นกว่า
เท่าตัวจากสมัยเจนเอกซ์



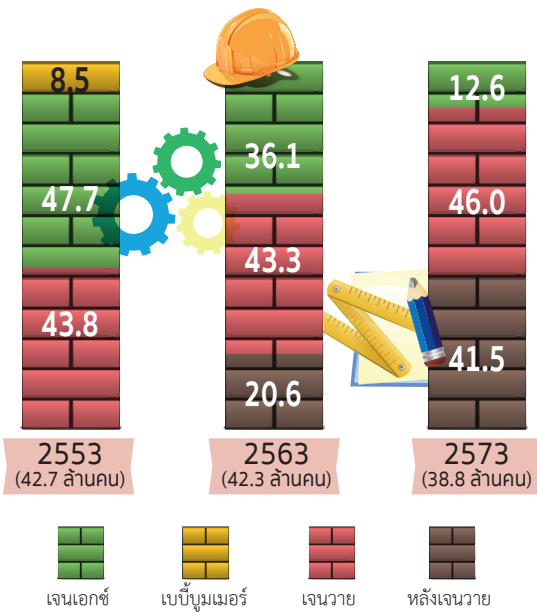
3

การทำงาน

ในระยะ 20 ปีต่อจากนี้ เกือบครึ่งของกำลังแรงงานไทยจะเป็นประชากรรุ่นเจนวาย

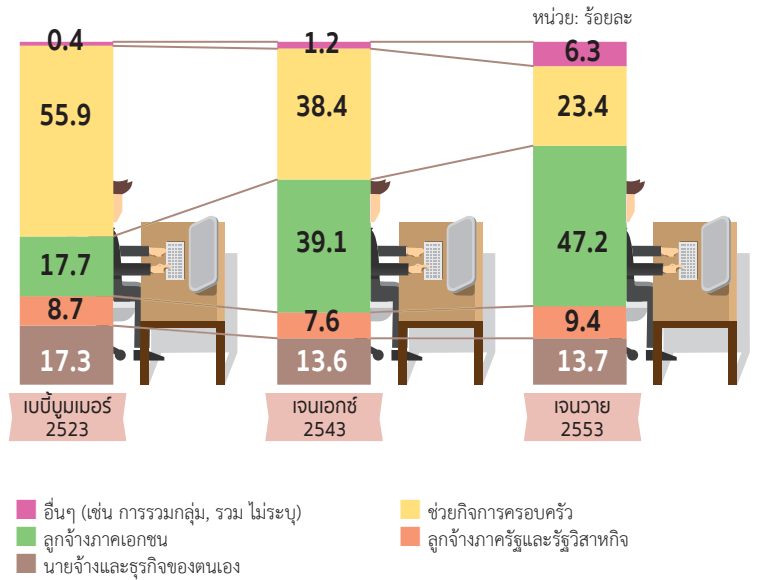
มุมมอง ทักษะ และพฤติกรรมการทำงานของคนแต่ละเจนมีลักษณะที่ต่างกันทั้งในเรื่องรูปแบบสถานที่ และเวลาในการทำงาน รวมถึงเรื่องค่าตอบแทน ความมั่นคง การมีส่วนร่วม และเป้าหมายชีวิตในการทำงาน

กำลังแรงงานไทย (อายุ 15-59 ปี) ปี 2553-2573



ที่มา: การคาดประมาณประชากรไทย 2553-2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

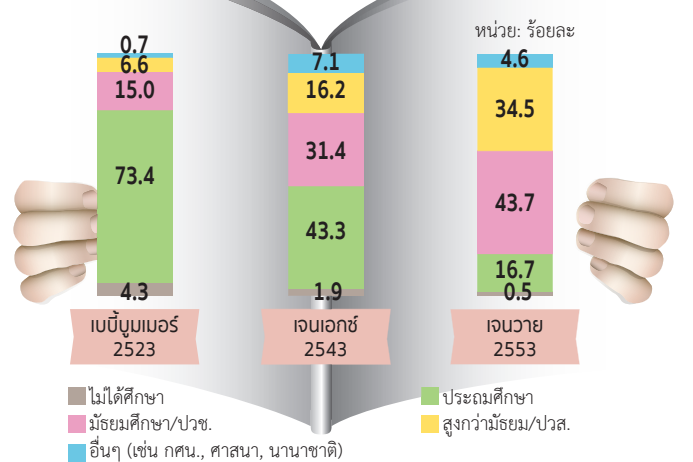
สภาพการทำงาน คน 3 เจน (ช่วงอายุ 20-28 ปี)



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ 2523, 2543, 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากนี้ กำลังแรงงานไทยช่วงอายุ 15-59 ปีจะเริ่มมีสัดส่วนลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด จนถึงอีก 20 ปีข้างหน้า เจนวายจะเป็นกลุ่มกำลังแรงงานหลักที่สำคัญ เป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 44-46 ของกำลังแรงงานทั้งหมด คนเจนรุ่นหลังมีแนวโน้มเข้าตลาดแรงงานช้าลงจากการใช้เวลาในการเรียนที่นานขึ้น การศึกษาที่สูงขึ้นนับเป็นผลดีต่อตลาดแรงงานและการพัฒนาประเทศในระยะยาว ในด้านสภาพการทำงาน เจนเอกซ์และเจนวาย ในวัยเริ่มต้นทำงาน (อายุ 20-28 ปี) มีสัดส่วนที่เข้าสู่ระบบการจ้างงาน หรือมีสภาพเป็นลูกจ้างเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในภาคเอกชน เมื่อเทียบกับกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ การทำงานในลักษณะช่วยกิจการในครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และการเริ่มทำธุรกิจเป็นของตนเองมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด

การศึกษาสูงสุด คน 3 เจน (ช่วงอายุ 20-28 ปี)



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ 2523, 2543, 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เจเนอรัลในทำงาน

เจเนอรัลมองเจเนอรัลอย่างไร

มารยาทไม่ดี ไม่สนใจเวลาผู้ใหญ่พูด เล่นแต่โทรศัพท์

ไม่ทำงาน ไม่อยากทำงานประจำ
เกลียดการมาออฟฟิศ
ตื่นสาย มาสายประจำ

อยู่ที่ไหนไม่ได้นาน (Job Hoppers)
องค์กรเสียเปล่า เดียวก็ไป เขื่อก็คงทำ
ไม่สนใจงานมันคง

ชอบเรียกร้อง เอาเงินเอาหนี้ ชอบต่อรอง ให้ทำแบบนี้
ก็จะทำแบบนี้ คิดว่าตัวเองวิเศษ ใช้เงินพ่อแม่
แต่ชอบใช้ของแพง บริโภคแบรนด์เนม



แล้วเจเนอรัลมองตัวเองอย่างไร

ไม่ได้มองเรื่องมารยาท แต่มองว่าสามารถทำอะไรหลายอย่างได้พร้อมกัน
ฟังไปค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตไป (Access info anytime Anywhere)

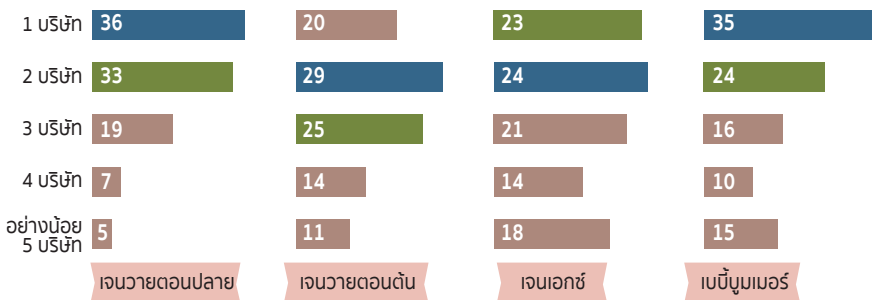
ประสบการณ์ที่สร้าง
ความหลากหลาย = ความมั่นคง ค้นหาโอกาสใหม่ๆ
สะสมประสบการณ์ ผูกพันกับคน ไม่จำเป็นต้องผูกติดกับองค์กร

โฟกัสที่การสร้างตัวเอง ค้นพบตัวเองได้เร็ว
และประสบความสำเร็จได้เร็ว

ยืดหยุ่น ไม่ถูกจำกัดด้วยเวลา สถานที่ เวลาไหนที่ไหนก็ทำได้
ยินดีทุ่มเทแรงกายและเวลา ถ้าจุดหมายมันใช่ และเวลาที่ทำงานไป
อาจจะมากกว่าเจเนอรัลๆ ที่ทำในช่วงเวลาทำงาน ไปชกสับเขินด้วยซ้ำ

ที่มา: ปรับจาก 2014 Connected World Technology Report

คุณเคยทำงานมาแล้วที่บริษัท (รวมบริษัทปัจจุบัน)



หน่วย: ร้อยละของผู้ตอบแบบสำรวจในแต่ละเจนเนอเรชัน

หมายเหตุ: การสำรวจนี้ กำหนดปีเกิดของรุ่นเบบี้บูมเมอร์ที่ปี 2489-2508 เจเนอรัลปีเกิด 2509-2523 และเจเนอรัลปีเกิด 2524-2543

ที่มา: ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์, 2557

หากมีโอกาสเปลี่ยนงานหรือองค์กรอื่นชวนไปทำงานด้วย จะไปหรือไม่?



หน่วย: ร้อยละ

■ ไม่ไปแน่นอน/คิดว่าไม่ไป

■ ไม่แน่ใจ

■ ไปแน่นอน/คิดว่าจะไป

หมายเหตุ: การสำรวจนี้ กำหนดปีเกิดของเจเนอรัลตอนปลายที่ปี 2532-2541 เจเนอรัลตอนต้นปี 2522-2531 เจเนอรัลที่ปี 2521-2502 เบบี้บูมเมอร์ก่อนปี 2502

ที่มา: ข้อมูลจากโครงการจับตาสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย 2555-2557, ศิริรินทร์ กิตติสุขสถิต และคณะ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

จากฝั่งของนายจ้างหรือสถานประกอบการ (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบบี้บูมเมอร์หรือเจเนอรัล) เจเนอรัลมักถูกมองเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มอยู่กับองค์กรไม่นานและเปลี่ยนงานบ่อย ผลการสำรวจเปรียบเทียบคนทำงานเบบี้บูมเมอร์กับเจเนอรัลพบว่า จำนวนสถานที่ทำงานที่เคยทำงานมาแล้วของคนทั้งสองรุ่นแทบไม่แตกต่างกัน ทั้งๆ ที่อายุการทำงานแตกต่างกันถึง 20-30 ปี เช่นเดียวกัน จากอีกผลการสำรวจ เมื่อถามเกี่ยวกับความต้องการในการเปลี่ยนงาน คนเจเนอรัลถึงประมาณ 1 ใน 4 มีแนวโน้มต้องการเปลี่ยนงานขณะที่เจเนอรัลและเบบี้บูมเมอร์มีเพียงร้อยละ 17 และ 10 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนงานบ่อยหรือมุมมองและพฤติกรรมการทำงานของเจเนอรัลที่ต่างจากเจเนอรัลไม่ควรถูกมองเป็นปัจจัยลบหรือข้อเสียของคนเจเนอรัลในที่ทำงาน แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงตามรุ่นประชากรที่เปลี่ยนไป ซึ่งนายจ้างและสถานประกอบการต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจและปรับตัวตาม เพื่อให้สามารถดึงคนทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีศักยภาพสูง (talent) ให้คงอยู่และทำงานอย่างทุ่มเทให้กับองค์กรได้นานขึ้น



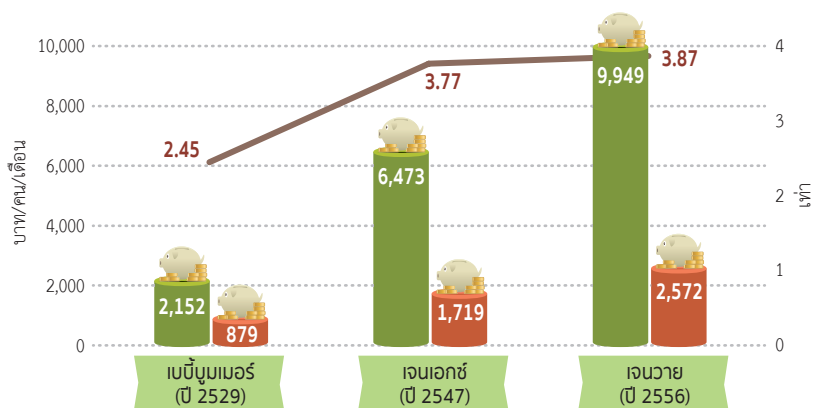
4 รายได้

เพียงร้อยละ 26.3 หรือ 1 ใน 4 ของเจนเอกซ์และเบบี้บูมเมอร์วัยทำงานเท่านั้น ที่มีหลักประกันทางรายได้ยามชรา

แม้เจนรุ่นหลังจะมีรายได้และกำลังซื้อสูงขึ้น แต่ส่วนใหญ่ยังคงขาดความมั่นคงและการคุ้มครองในเรื่องหลักประกันทางรายได้ยามชรา

ณ ช่วงอายุที่เท่ากัน เจนเอกซ์และเจนวายมีรายได้และกำลังซื้อสูงกว่าเบบี้บูมเมอร์ ในวัยเริ่มทำงานของคนทั้งสามรุ่น (อายุ 26-30 ปี) รายได้เฉลี่ยของเจนเอกซ์และเจนวายสูงกว่าเส้นความยากจนซึ่งสะท้อนกำลังซื้อขั้นต่ำที่สุดที่จำเป็นในขณะนั้นเกือบ 4 เท่า ขณะที่เบบี้บูมเมอร์มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจนประมาณ 2.5 เท่า

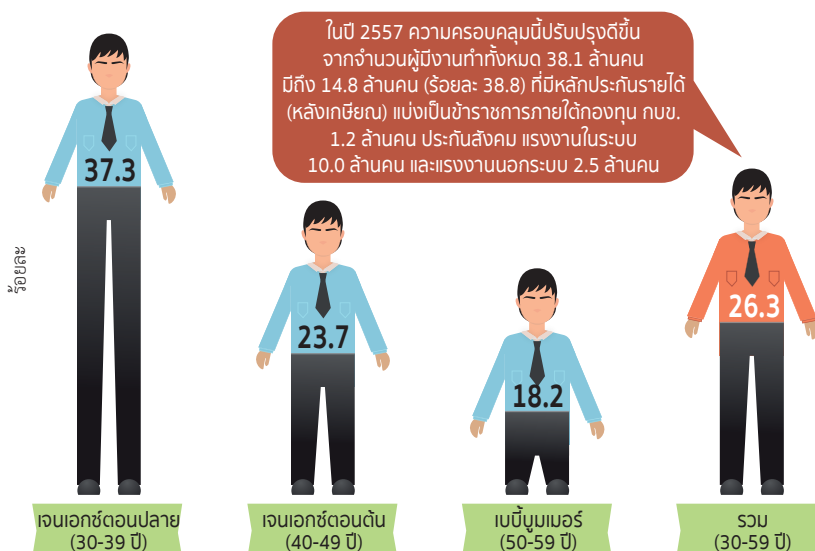
เปรียบเทียบรายได้คนไทย 3 เจน (อายุ 26-30 ปี)



- รายได้เฉลี่ยช่วงอายุ 26-30 ปี
- เส้นความยากจน
- รายได้เฉลี่ย (ช่วงอายุ 26-30 ปี) / เส้นความยากจน (เท่า)

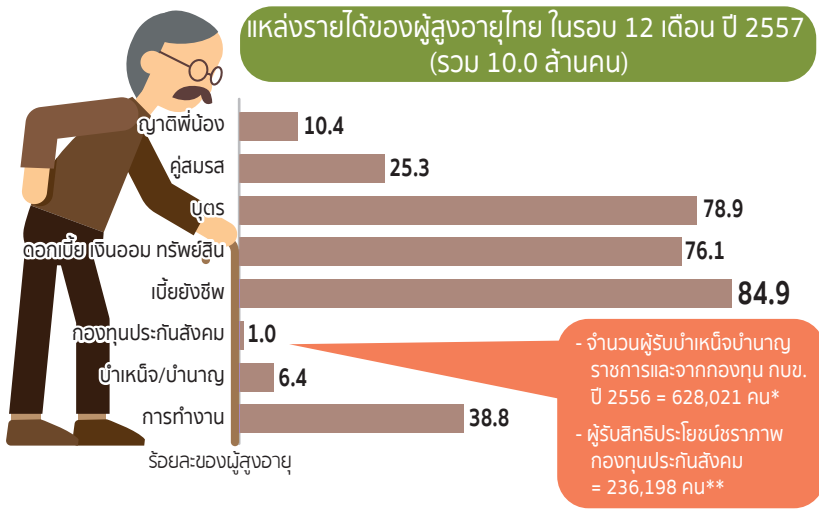
หมายเหตุ: เส้นความยากจนของเบบี้บูมเมอร์ (ปี 2529) เป็นข้อมูลปี 2531 ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2529, 2547 และ 2556; เส้นความยากจน (Poverty line) จำแนกตามภาคและเขตพื้นที่ ปี พ.ศ. 2531 - 2557 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ความครอบคลุมหลักประกันรายได้ (หลังเกษียณ) ภาคบังคับปี 2554



ในปี 2557 ความครอบคลุมนี้ปรับปรุงดีขึ้น จากจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมด 38.1 ล้านคน มีถึง 14.8 ล้านคน (ร้อยละ 38.8) ที่มีหลักประกันรายได้ (หลังเกษียณ) แบ่งเป็นข้าราชการภายใต้กองทุน กบข. 1.2 ล้านคน ประกันสังคม แรงงานในระบบ 10.0 ล้านคน และแรงงานนอกระบบ 2.5 ล้านคน

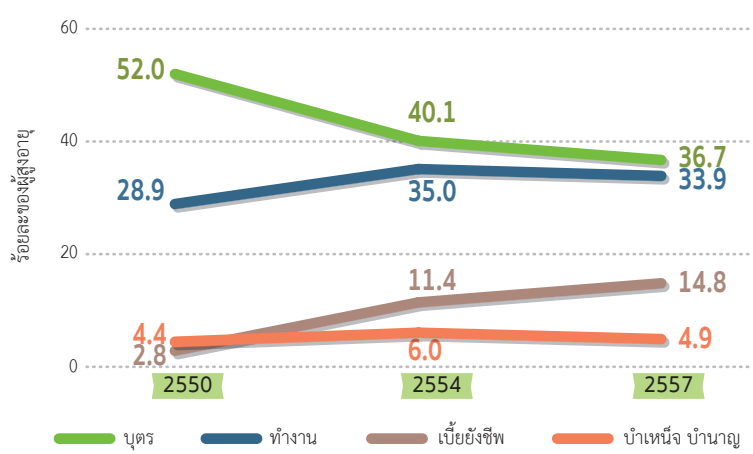
ที่มา: วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2557
สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน, 2557



ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556
 **รายงานประจำปี 2557 สำนักงานประกันสังคม

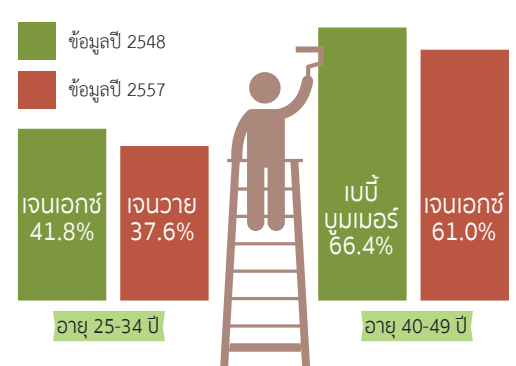
ภายใต้บริบทสังคมผู้สูงอายุของไทย ความมั่นคงทางรายได้ยามชราเป็นประเด็นความท้าทายสำหรับประชากรทั้งสามรุ่นปัจจุบัน เบี้ยบำนาญจำนวนมากทั้งที่เข้าสู่วัยสูงอายุแล้วและกลุ่มที่กำลังเคลื่อนเข้าสู่วัยสูงอายุยังไม่มีหลักประกันรายได้ยามชราที่มั่นคง ในปี 2556 ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิประโยชน์ชราภาพจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือจากกองทุนประกันสังคมมีจำนวนไม่ถึงร้อยละ 10 และจากข้อมูลปี 2554 เบี้ยบำนาญอายุ 50-59 ปีที่มีหลักประกันรายได้ยามชราภายใต้กองทุนใดกองทุนหนึ่งนั้น มีเพียงร้อยละ 18.2 หรือไม่ถึง 1 ใน 5

แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุไทย



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, 2554, 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนของแรงงานนอกระบบ จำแนกตามช่วงอายุ และเจเนอเรชัน ปี 2548 และ 2557



ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2548 และ 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับเจเนอเรชัน X และเจเนอเรชัน Y ซึ่งยังอยู่ในวัยทำงาน แม้ความครอบคลุมหลักประกันรายได้จะสูงกว่าเมื่อเทียบกับเบบี้บูมเมอร์โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยได้รับอานิสงส์จากมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคม และการดำเนินการของกองทุนการออมแห่งชาติ แต่การเข้าร่วมของผู้ประกันตนหรือผู้ออมส่วนใหญ่เป็นในลักษณะ “สมัครใจ” ทำให้ความครอบคลุมโดยรวมยังอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งมีแนวโน้มลดลงตามช่วงอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้เจเนอเรชัน X และเจเนอเรชัน Y มีแนวโน้มที่จะพึ่งพารายได้ยามชราจากลูกหลานซึ่งเคยเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุไทยในอดีตได้น้อยลง ต้องพึ่งพาตนเองด้วยรายได้จากการทำงาน จากเงินออม หรือพึ่งพาสวัสดิการจากภาครัฐเพิ่มมากขึ้น ภาครัฐควรมุ่งเน้นส่งเสริมเรื่องการออม การสร้างระบบประกันรายได้ยามชราถ้วนหน้า และการขยายอายุรวมถึงโอกาสการทำงานของคนไทยในช่วงอายุที่สูงขึ้นให้ดีขึ้น

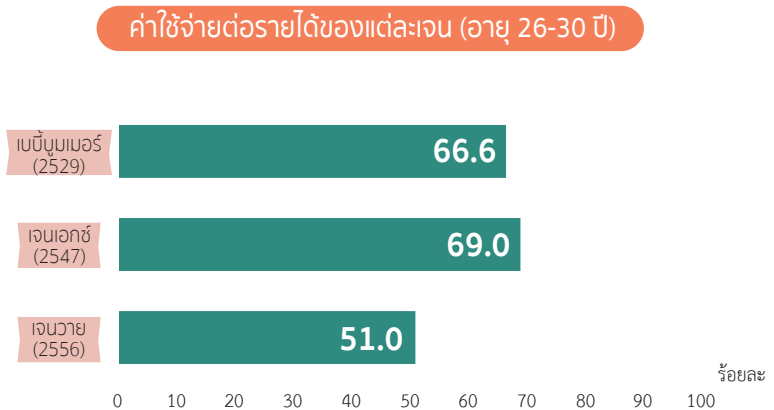


5 พฤติกรรมการบริโภค

เงินใช้จ่ายง่ายกับอาหารสูงถึงร้อยละ 77 ของรายจ่ายทั้งหมด

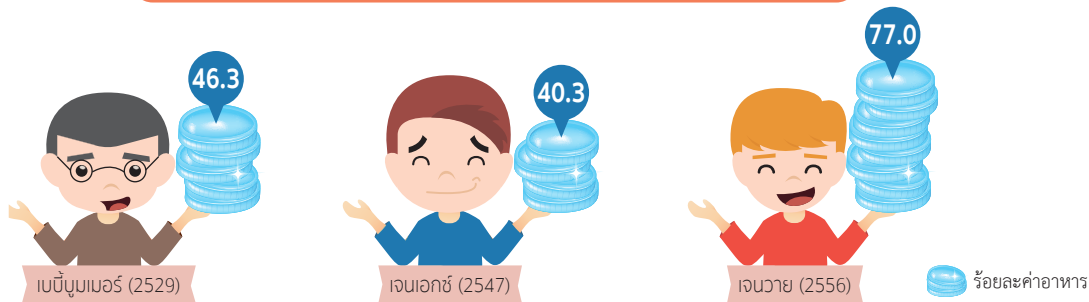
พฤติกรรมการบริโภคของเงินวัยสะก๊อน วิถีชีวิตคนสมัยใหม่ที่เน้นความสะดวกสบาย ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือการซื้อของออนไลน์

เงินวัยเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้น้อยที่สุด หากเปรียบเทียบกับเจนเอเรชั่นอื่นในช่วงเวลาที่อายุเท่ากัน (26-30 ปี) สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้ของเงินวัยอยู่ที่ร้อยละ 51 ซึ่งน้อยกว่าเบบี้บูมเมอร์และเจนเอกซ์ที่ร้อยละ 67 และ 69 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่ารายได้ของเงินวัยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วกว่ารายจ่าย



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2529, 2547 และ 2556, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

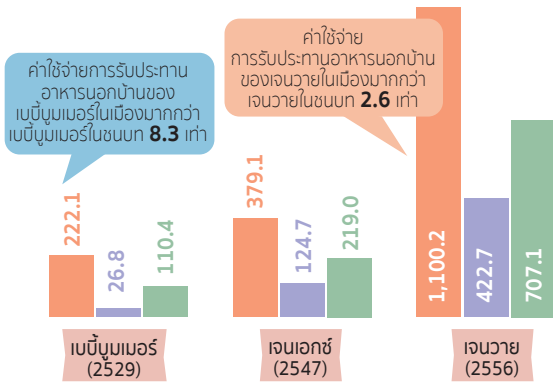
ค่าใช้จ่ายอาหารต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของแต่ละเจน (อายุ 26-30 ปี)



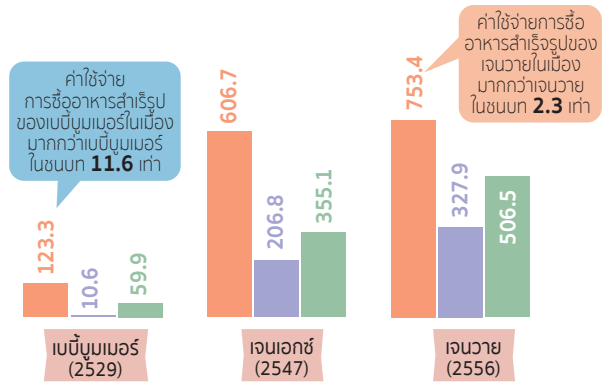
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2529, 2547 และ 2556, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ลักษณะการใช้จ่ายของเงินวัยมีความแตกต่างจากเบบี้บูมเมอร์และเจนเอกซ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายด้านอาหารที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มเงินวัย กลุ่มเบบี้บูมเมอร์และเจนเอกซ์ใช้จ่ายด้านอาหารที่ร้อยละ 46 และ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ในขณะที่เงินวัยสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านอาหารสูงถึงร้อยละ 77 ซึ่งสาเหตุที่ค่าใช้จ่ายด้านอาหารเพิ่มขึ้นสูงเช่นนี้ คาดว่าด้วยพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป วิถีชีวิตสมัยใหม่ทำให้การปรุงอาหารเองน้อยลง ในขณะที่มีการรับประทานอาหารนอกบ้านหรือการซื้ออาหารสำเร็จมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านอาหารจึงสูงตามไปด้วย นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจว่าคนในชนบทเริ่มมีค่าใช้จ่ายการรับประทานอาหารนอกบ้านและซื้ออาหารสำเร็จสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างผู้ที่อาศัยในเขตเมืองกับผู้ที่ย้ายมาอาศัยในเขตชนบทที่ลดน้อยลง

ค่าใช้จ่ายการรับประทานอาหารนอกบ้านของแต่ละเจน (อายุ 26-30 ปี) เปรียบเทียบในเมืองและชนบท

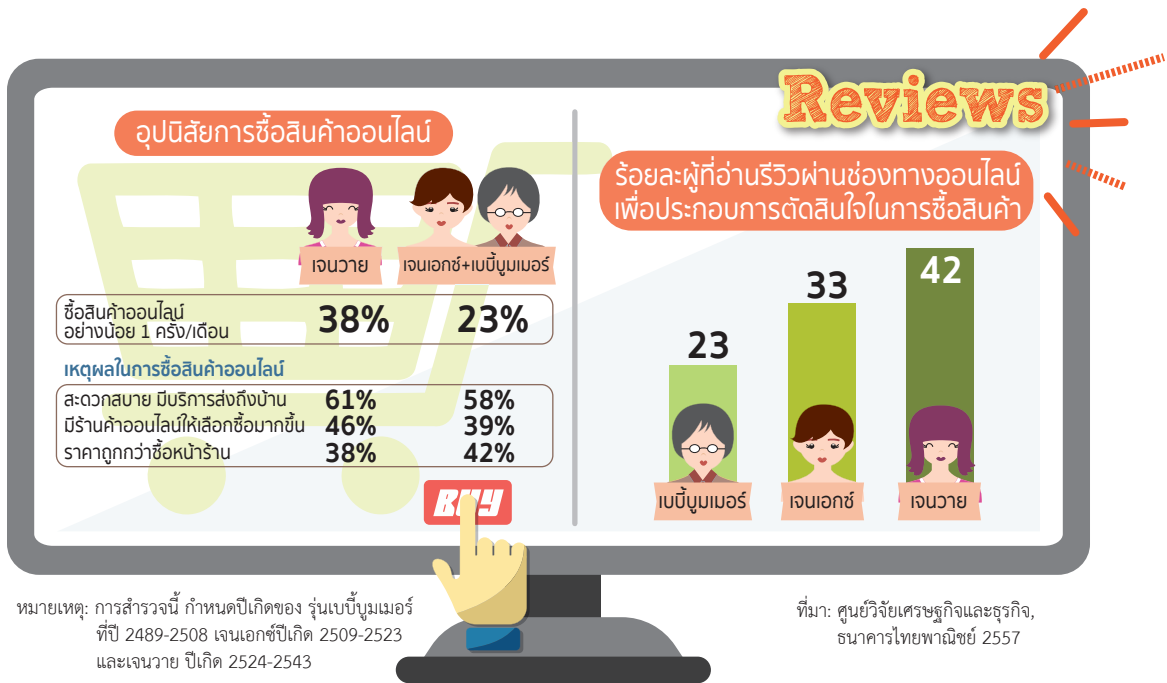


ค่าใช้จ่ายการซื้ออาหารสำเร็จรูปของแต่ละเจน (อายุ 26-30 ปี) เปรียบเทียบในเมืองและชนบท



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2529, 2547 และ 2556, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

■ ในเมือง ■ ชนบท ■ รวม



รูปแบบการจับจ่ายใช้สอยในปัจจุบันมีช่องทางที่หลากหลายมากขึ้นกว่าในอดีต โดยเฉพาะเมื่อมีอินเทอร์เน็ต การซื้อของออนไลน์จึงเป็นรูปแบบใหม่ในการเลือกซื้อและเป็นช่องทางที่เป็นที่นิยมในกลุ่มเจนวายเป็นพิเศษ การสำรวจพบว่าเจนวายร้อยละ 38 ซื้อสินค้าออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน ในขณะที่เจนเอกซ์และเบบี้บูมเมอร์เพียงร้อยละ 23 ที่มีพฤติกรรมเช่นนั้น นอกจากนี้เจนวายร้อยละ 42 จะอ่านรีวิวลินค้าประกอบการตัดสินใจซื้อ ในขณะที่เจนเอกซ์และเบบี้บูมเมอร์อ่านรีวิวน้อยกว่าที่ร้อยละ 33 และ 23 ตามลำดับ



6

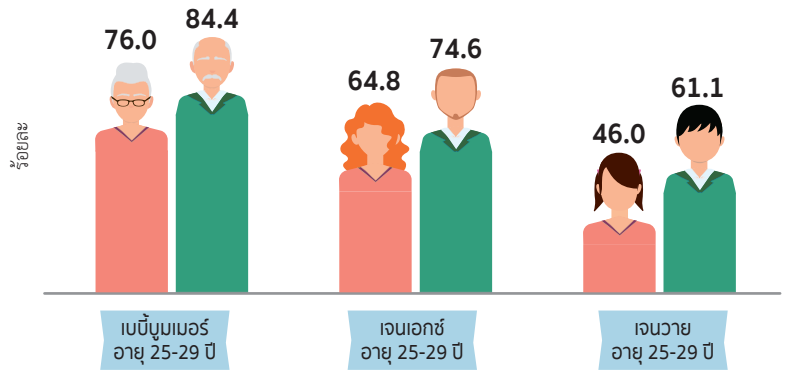
การสร้างครอบครัว

ร้อยละ 70-80 ของเบบี้บูมเมอร์แต่งงานก่อนอายุ 30 ปี เจนเอกซ์และเจนวาย มีแนวโน้มการแต่งงานที่อายุมากขึ้น

ทัศนคติที่เปลี่ยนไปของเจนเอกซ์และเจนวาย คือ ไม่อยากมีลูก หรือ คู่ที่แต่งงานแล้วก็มีลูกน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับคนรุ่นก่อน ดังนั้น การส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญ

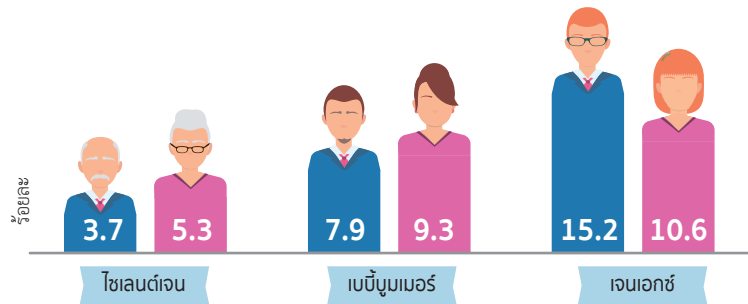
หากย้อนกลับไปในช่วงกว่าครึ่งศตวรรษคนรุ่นก่อนส่วนใหญ่แต่งงานเมื่ออายุยังไม่ถึง 30 ปี ครอบครัวมีลูกจำนวนมาก อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ เมื่อสังคมเปลี่ยนไป การยอมรับบทบาทและโอกาสทางสังคมของผู้หญิงมีเพิ่มขึ้นโดยลำดับ ผู้หญิงทำงานนอกบ้านและมีบทบาททางสังคมมากขึ้น อายุเฉลี่ยแรกสมรสเลื่อนขึ้นเจนเอกซ์เลื่อนอายุการแต่งงานช้าลงเมื่อเปรียบเทียบกับไซเลนต์เจนและเบบี้บูมเมอร์ (รุ่นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย) เช่นเดียวกับเจนวาย เมื่อผลการสำรวจความคิดเห็นที่จะแต่งงานของเจนวายอายุระหว่าง 15-24 ปี ผู้ชายและผู้หญิงคิดจะแต่งงานเมื่ออายุ 29 ปี และ 28 ปี ตามลำดับ

คนอายุ 25-29 ปีที่แต่งงานแล้ว



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513, 2533, 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

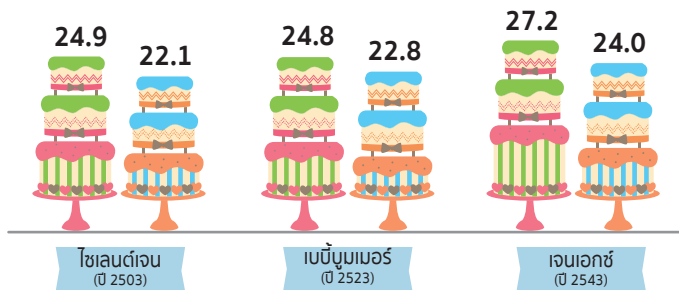
อัตราการครองโสดของคนอายุ 40-44 ปี เพิ่มขึ้นในเจนเอกซ์และเจนวาย



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2523, 2543, 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เจนเอกซ์มีแนวโน้มแต่งงานช้าลงเมื่อเปรียบเทียบกับไซเลนต์เจนและเบบี้บูมเมอร์ (รุ่นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย)

อายุเฉลี่ยแรกสมรส (ปี)



หมายเหตุ: ไซเลนต์เจน คำนวณที่อายุ 18-35 ปี
เบบี้บูมเมอร์ คำนวณที่อายุ 20-37 ปี
และเจนเอกซ์ คำนวณที่อายุ 19-39 ปี

ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503, 2523, 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



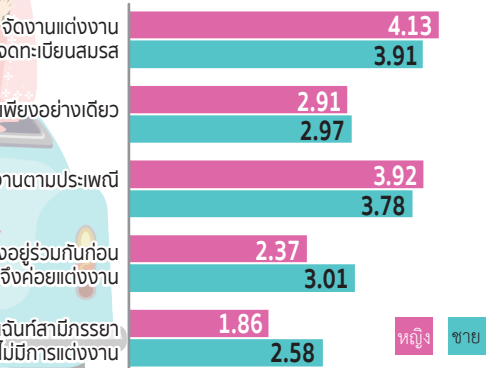
เจนวาย

หมายเหตุ: สำรวจผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 1,608 คน ทั่วประเทศ
ที่มา: พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2557

แม้ว่าเจนาวยจะเลื่อนอายุการแต่งงาน แต่ก็ยังคงให้ความสำคัญกับรูปแบบการแต่งงานที่ควรมีการจัดงานแต่งงานและจดทะเบียนสมรสมากกว่าที่จะใช้ชีวิตคู่ในรูปแบบใหม่ คือ อยู่กินกันก่อนแล้วค่อยตัดสินใจแต่งงาน หรืออยู่กินกันโดยไม่มี การจัดงานแต่งงาน ในด้านการมีลูกเพื่อให้ครอบครัวมีความสุขสมบูรณ์ ในครอบครัวรุ่นหลังมีลูกน้อยลงเรื่อยๆ จากที่คนรุ่นก่อนมีลูก 5 คนโดยเฉลี่ย ลดลงเป็น 3 คน และแนวโน้มเหลือเพียงลูกคนเดียวก็มีความเป็นไปได้สูง เหตุผลสำคัญที่ผู้หญิงเจนาวยไม่ต้องการมีลูกคือ ต้องการใช้ชีวิตอิสระสูงถึงร้อยละ 36 ขณะที่ผู้ชายเจนาวยร้อยละ 24 กังวลว่าสังคมปัจจุบันมีปัญหาไม่ต้องการให้ลูกต้องเผชิญกับปัญหาสังคมต่างๆ

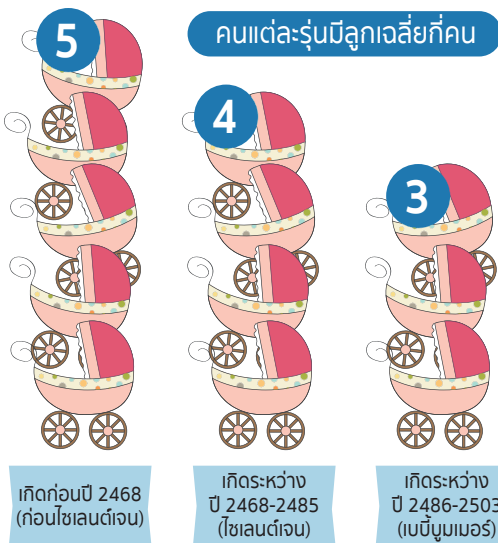


การให้ความสำคัญของรูปแบบการแต่งงานของเจนาวย



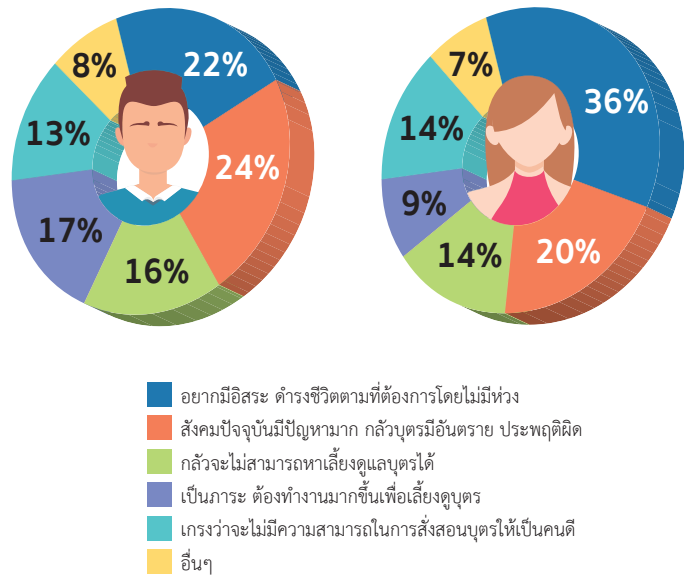
คะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ที่มา: ทิมลพพรรณ อิศรภักดี, 2557



ที่มา: จำนวนจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เหตุผลของคนเจนาวยที่ไม่ต้องการมีลูก



ภาวะการแต่งงานช้าลงของคนหนุ่มสาว หรืออยู่เป็นครอบครัวแล้วแต่ไม่ตัดสินใจมีลูก หรือครองโสดถาวร ตลอดจนวนรูปแบบการสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในคนเจเนอเรชันต่างๆ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ดังนั้น โจทย์ที่สำคัญของประเทศไทยคือ จะทำอย่างไรให้การเกิดน้อยของคนรุ่นปัจจุบันทุกการเกิดเป็น “การเกิดที่มีคุณภาพ”



7

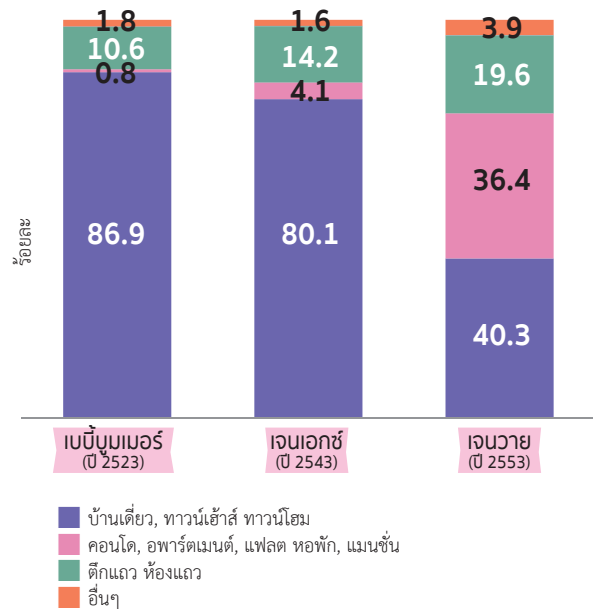
การอยู่อาศัยและย้ายถิ่น

3 ใน 5 ของเจนวายหนุ่มสาวในกรุงเทพฯ อาศัยอยู่ในคอนโด อพาร์ทเมนต์ แพลตแมนชั้นหรือหอพัก

การไม่มีลูกกวนตัว ไม่มีคู่ครองกวนใจของเจนวาย (หรืออาจจะแม้แต่ค่อนข้างช้า) เพิ่มอิสระในการครองชีพ การเลือกรูปแบบที่อยู่อาศัยและการโยกย้ายที่อยู่ของคนเจนนี้ให้คล่องตัวกว่าคนรุ่นก่อน

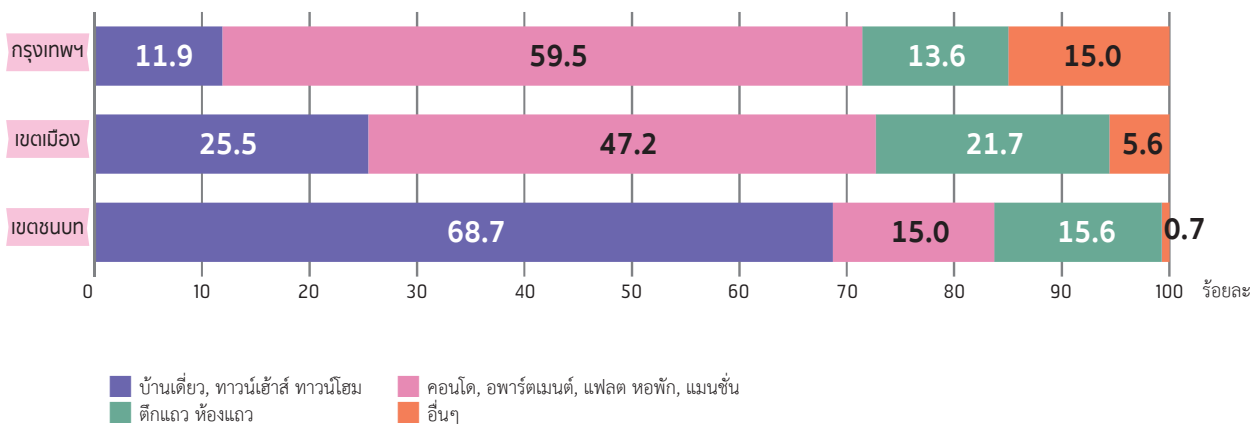
จากข้อมูลสำมะโนประชากรและการเคหะ (เปรียบเทียบปี 2523, 2543 และ 2553) ในด้านที่อยู่อาศัย คนเจนวายวัยหนุ่มสาวตอนต้น (อายุ 20-28 ปี) มากกว่า 1 ใน 3 ใช้ชีวิตอยู่ในคอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ หอพัก หรือห้องชุดลักษณะต่างๆ ซึ่งแตกต่างอย่างมากกับคนวัยเดียวกันในยุคเบบี้บูมเมอร์ และเจนเอกซ์ที่มากกว่าร้อยละ 80 อาศัยอยู่บ้านเดี่ยว ทาวน์เฮ้าส์ หรือทาวน์โฮม เหตุผลสำคัญคือความคล่องตัวและไม่เป็นภาระในการดูแลมากเกินไป ประกอบกับสภาพแวดล้อมความเป็นเมืองและข้อจำกัดของพื้นที่เพื่อการอยู่อาศัยที่มีน้อยลง การพักอาศัยในคอนโดหรือห้องชุดประเภทต่างๆ กลายเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยของคนเจนวายส่วนใหญ่วัยนี้ในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองทั่วประเทศถึงร้อยละ 59.5 และ 47.2 ตามลำดับ

ลักษณะการอยู่อาศัยของคนไทย 3 เจน (ช่วงอายุ 20-28 ปี)



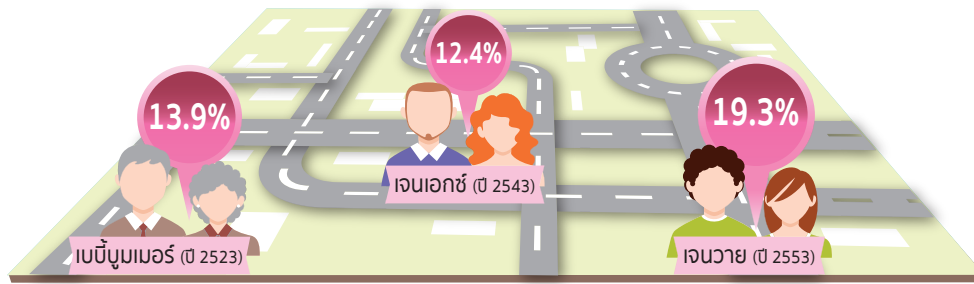
ที่มา: สำมะโนประชากร พ.ศ. 2523, 2543, และ 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ลักษณะการอยู่อาศัยของคนเจนวาย (ช่วงอายุ 20-28 ปี) ปี 2553



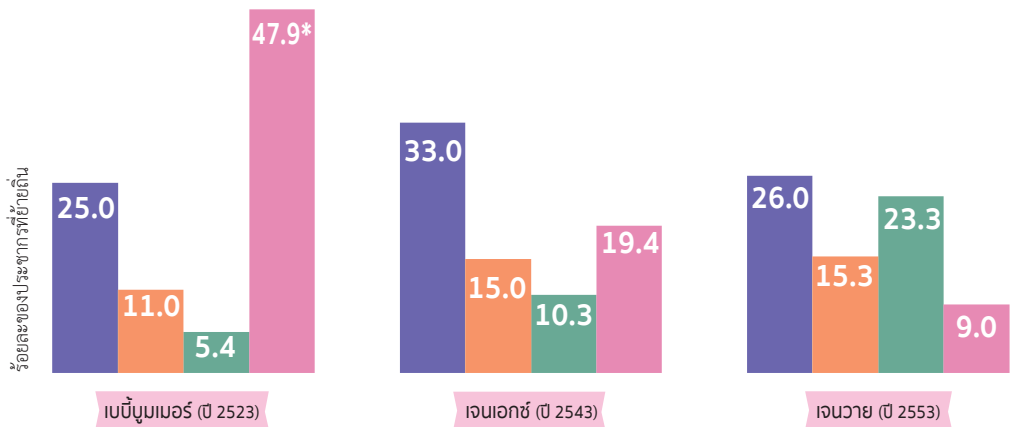
ที่มา: สำมะโนประชากร พ.ศ. 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การย้ายถิ่น (ในรอบ 5 ปี) ของคนไทย 3 เจน (ช่วงอายุ 20-28 ปี)



หน่วย: ร้อยละของประชากร
ที่มา: สำมะโนประชากร พ.ศ. 2523, 2543, และ 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เหตุผลการย้ายถิ่น (ในรอบ 5 ปี) ของคนไทย 3 เจน (ช่วงอายุ 20-28 ปี)



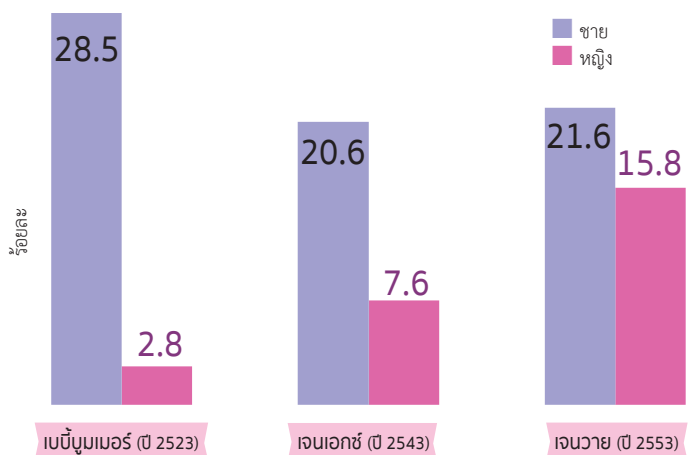
หมายเหตุ: * ข้อมูลปี 2523 รวมการย้ายถิ่นเพื่อเปลี่ยนสภาพสมรส (19.9% จาก 47.9%)
ที่มา: สำมะโนประชากร พ.ศ. 2523, 2543, และ 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

■ ทำงาน ■ หน้าที่การงาน ■ เพื่อการศึกษา ■ ติดตามครอบครัว

นอกจากจะเน้นความคล่องตัวในเรื่องที่อยู่แล้ว คนเจนวายมีอัตราการย้ายถิ่นสูงกว่าคนรุ่นก่อน เหตุผลในการย้ายถิ่นมีก็เปลี่ยนไป แม้การทำงานทำหรือการย้ายที่อยู่ตามอาชีพการงานจะยังเป็นเหตุผลหลัก เมื่อเทียบกับเบบี้บูมเมอร์และเจนเอกซ์ เจนวายมีการย้ายถิ่นเพื่อการเรียนการศึกษาในสัดส่วนสูงขึ้น ขณะที่การย้ายถิ่นเพื่อติดตามครอบครัวมีสัดส่วนน้อยลงอย่างมากจากร้อยละ 47.9 ในเบบี้บูมเมอร์เหลือเพียงร้อยละ 9 ในยุคเจนวาย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่ใช้ชีวิตที่อิสระหรือแยกตัวออกจากครอบครัวมากขึ้น นอกจากจะเป็นอิสระมากขึ้น ก็มีแนวโน้มพึ่งพาตนเองเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง ซึ่งผู้หญิงเจนวายในวัย 20-28 ถึงร้อยละ 15.8 มีสถานะเป็นหัวหน้าครัวเรือนสูงกว่าผู้หญิงเบบี้บูมเมอร์และเจนเอกซ์ในวัยเดียวกันอย่างมาก (ร้อยละ 2.8 และ 7.6 ตามลำดับ)



การเป็นหัวหน้าครัวเรือนของคนไทย 3 เจน (ช่วงอายุ 20-28 ปี)



ที่มา: สำมะโนประชากร พ.ศ. 2523, 2543, และ 2553, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

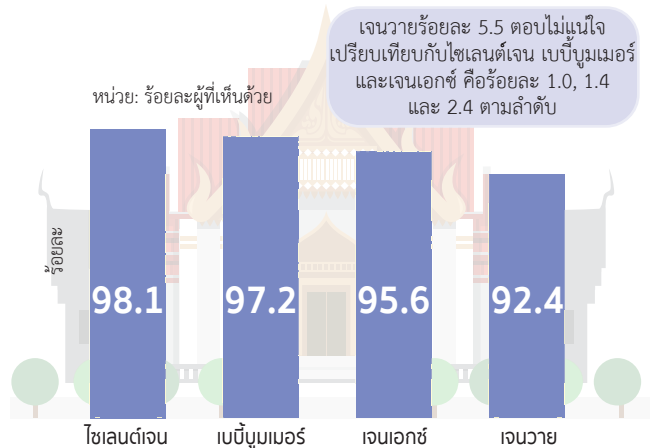
8 การให้คุณค่า

ศาสนายังคงมีบทบาทสำคัญในสังคมไทย มากกว่าร้อยละ 90 ของทุกเจน เห็นว่าศาสนาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยส่งผลต่อการให้คุณค่าของคนแต่ละเจนแตกต่างกันไป เจนเอกซ์และเจนวายเปิดกว้างกับความหลากหลายในสังคมมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันเจนวายเป็นกลุ่มที่เคารพศรัทธาสังคมน้อยที่สุด

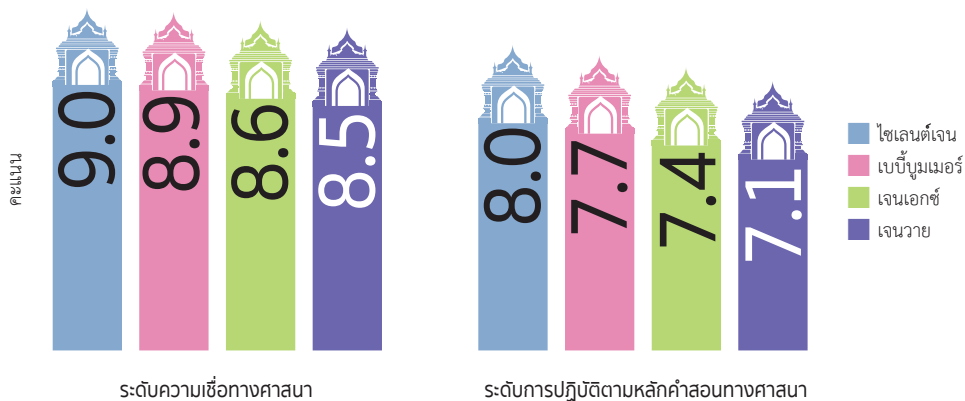
ปัจจุบันคนไทยทุกเจนเนอเรชัน ยังให้ความสำคัญยึดถือ ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา ระดับความเชื่อ และระดับการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาสูงสุดในกลุ่มเจนที่อายุมากและลดหลั่นลงตามเจนที่อายุน้อยลง ซึ่งความแตกต่างระหว่างเจนนี้อาจมีปัจจัยด้านอายุเป็นสาเหตุสำคัญ

หลักคำสอนทางศาสนาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต



ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ระดับความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักศาสนา



หมายเหตุ: จากคะแนน 0-10 โดยที่ 0 = ไม่เชื่อเลย/ไม่ปฏิบัติตามเลย และ 10 = เชื่อ/ปฏิบัติตามมากที่สุด
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

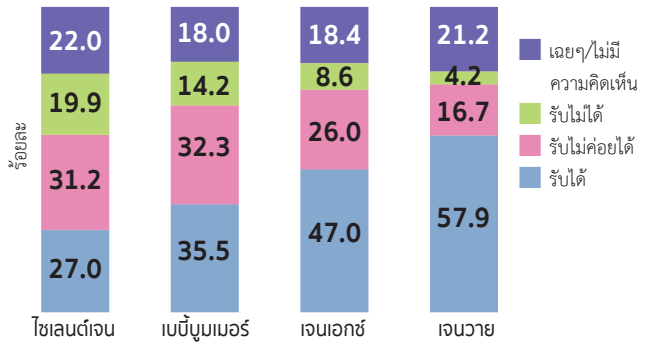
ในด้านวัฒนธรรมไทย คนเจนหลังมีระดับความยอมรับในการผสมผสานของวัฒนธรรมไทยและวัฒนธรรมต่างชาติมากขึ้น เช่น การยอมรับพฤติกรรมการพูดไทยคำฝรั่งคำ คนโซเลนต์เจนและเบบี้บูมเมอร์ยอมรับพฤติกรรมนี้ได้ราวร้อยละ 27 และ 35 ในขณะที่คนเจนเอกซ์และเจนวายยอมรับได้สูงกว่าที่ร้อยละ 47 และ 58 ซึ่งอาจสะท้อนจากการเปิดรับวัฒนธรรม

ต่างชาติของสังคมไทย ผ่านรายการโทรทัศน์จากต่างชาติ การนำเข้าของเทคโนโลยี และการใช้อินเทอร์เน็ต ทำให้คนรุ่นใหม่มองการใช้ศัพท์ต่างประเทศเป็นเรื่องปกติ นอกจากนี้ ความยอมรับในความหลากหลายของวิถีชีวิต เช่น การรักร่วมเพศ ไม่ว่าจะเป็นชายรักชายหรือหญิงรักหญิง มีมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเจนวายซึ่งเป็นเจนเดียวที่มีสัดส่วนคนที่ตอบว่ารับได้กับพฤติกรรมเหล่านี้สูงกว่าคนที่ตอบว่ารับไม่ได้

ในเรื่องการเคารพกฎกติกาสังคม พบว่าเจนวายเคารพกติกาสังคมน้อยสุด โดยยอมรับว่าตนไม่ปฏิบัติตามกฎทุกครั้ง เช่น การข้ามถนนทางม้าลาย การไม่แยงคิว หรือการไม่ทิ้งขยะในที่สาธารณะ ซึ่งอาจเป็นด้วยวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้น ทำให้เจนนี้เน้นความรวดเร็วสะดวกสบายมากกว่าคนเจนอื่น



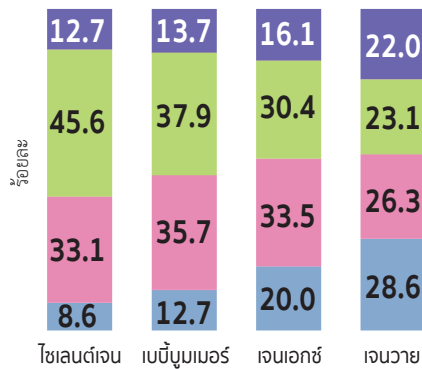
การยอมรับพฤติกรรมการพูดไทยคำอังกฤษคำ



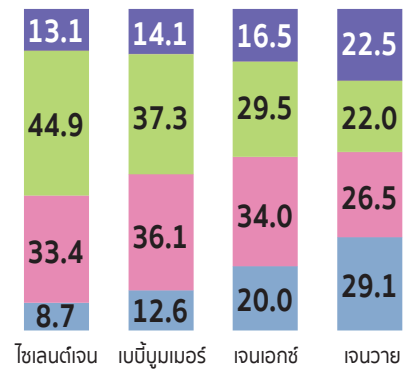
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การยอมรับพฤติกรรมทางเพศ

ชายรักชาย

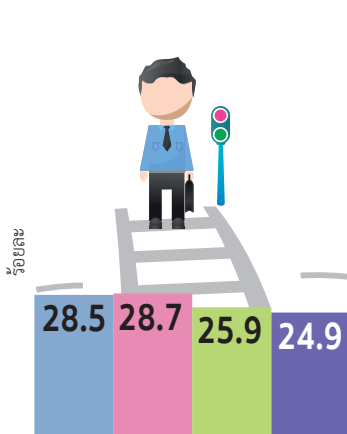


หญิงรักหญิง

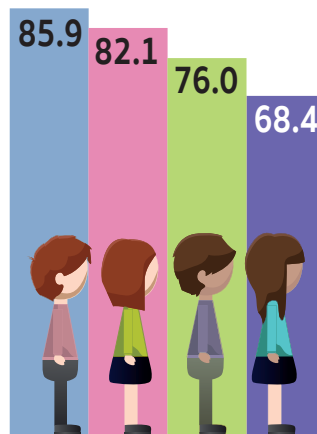


ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

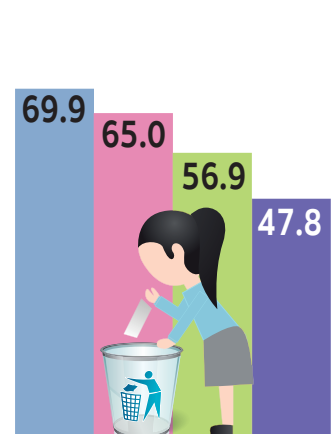
การเคารพกติกาสังคม



ข้ามถนนโดยใช้สะพานลอยหรือข้ามทางม้าลายทุกครั้ง



ไม่แยงคิว



ไม่ทิ้งขยะในที่สาธารณะ

หมายเหตุ: ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติตามกติกาสังคมทุกครั้ง ไม่รวมกลุ่มที่ตอบว่าไม่มีโอกาสที่จะทำ
ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ไซเลนตเจน เบบี้บูมเมอร์ เจนเอกซ์ เจนวาย

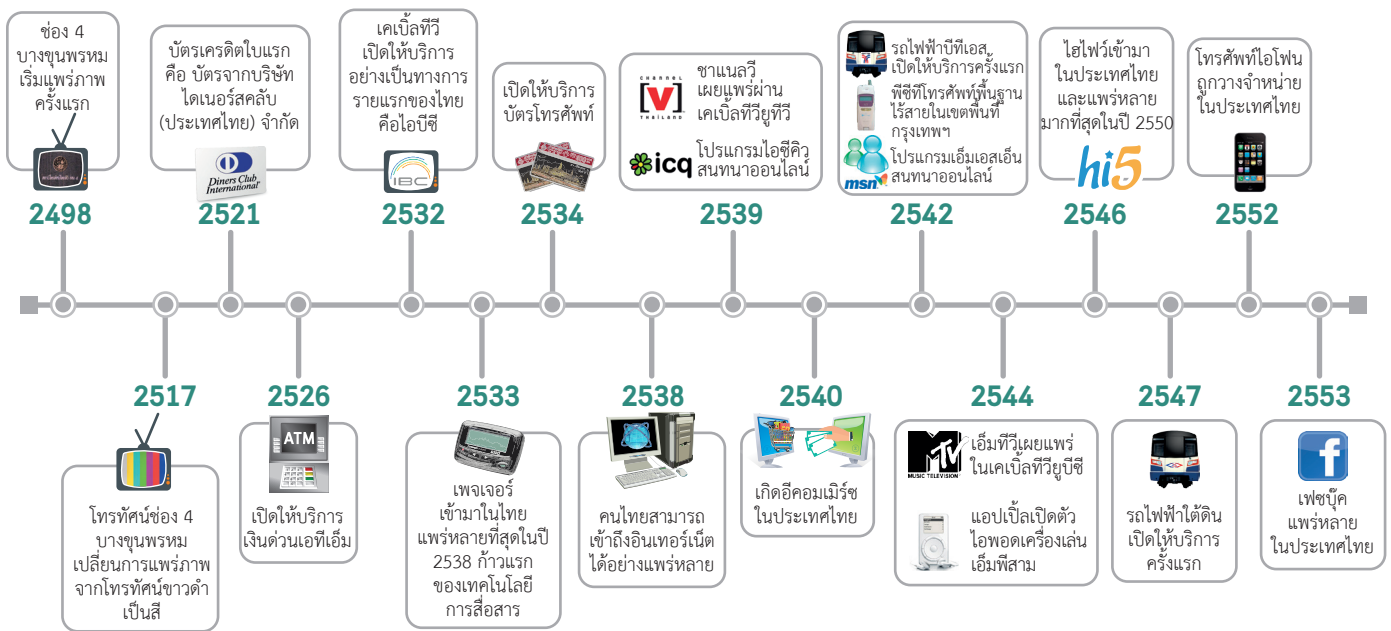
9

เทคโนโลยี

3 ใน 4 ของเจนวายพร้อมใช้เทคโนโลยีที่ติดมากับอุปกรณ์ เบบี้บูมเมอร์ยังพร้อมเรียนรู้หากเทคโนโลยีจะช่วยตอบสนองความต้องการ

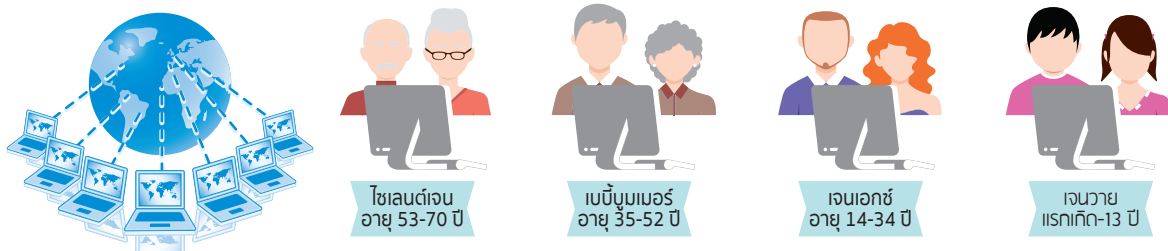
เทคโนโลยีส่งผลต่อการใช้ชีวิตของคนทุกรุ่น เจนวายและรุ่นหลังเจนวายที่โตมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี เป็นกลุ่มที่พร้อมเรียนรู้และสามารถใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่

การเข้ามาของเทคโนโลยีในประเทศไทย



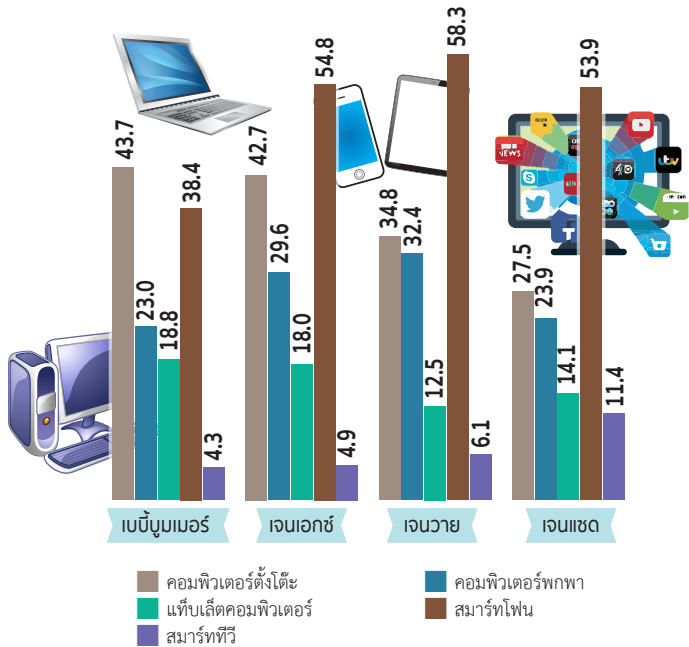
เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการใช้ชีวิตประจำวันในปัจจุบันอย่างมาก โดยเฉพาะด้านการสื่อสารที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โทรศัพท์มือถือถูกพัฒนาเป็น “สมาร์ทโฟน” ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ มาพร้อมโปรแกรมประยุกต์ ที่เรียกว่า แอปพลิเคชัน ช่วยให้โทรศัพท์มือถือสามารถทำได้หลายอย่าง เช่น รับส่งอีเมล ส่งข้อความผ่านแอปพลิเคชันแชท ทำธุรกรรมธนาคารออนไลน์ เป็นต้น

อายุของคนแต่ละรุ่นเมื่ออินเทอร์เน็ตเริ่มแพร่หลายในปี 2538



คนเจนวายเกิดมาพร้อมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างชัดเจน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วและคุ้นเคย และพร้อมจะยอมรับการใช้เทคโนโลยีใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น ทวีตอสังญาณอินเทอร์เน็ตหรือสมาร์ททีวี เปรียบเทียบกับคนรุ่นก่อนมีไม่ถึง 1 ใน 10 ของเบบี้บูมเมอร์ที่เคยใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน หรือ แท็บเล็ต

อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต



หมายเหตุ: เลือกตอบได้มากกว่า 1 อุปกรณ์ การสำรวจนี้ กำหนดปีเกิดของรุ่นเบบี้บูมเมอร์ที่ปี 2489-2507 เจนเอกซ์ปีเกิด 2508-2523 และเจนวายปีเกิด 2524-2543
ที่มา: รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2558, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

ประสบการณ์การใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับทางเทคโนโลยี

	เคยใช้คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	เคยใช้คอมพิวเตอร์พกพา (Notebook)	เคยใช้แท็บเล็ต (เช่น iPad, Galaxy Tab)	เคยใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน
โซลนต์เจน	1.3	0.3	0.6	1.2
เบบี้บูมเมอร์	9.3	5.1	2.6	6.9
เจนเอกซ์	22.2	13.5	7.6	22.6
เจนวาย	60.1	27.7	15.8	45.2
หลังเจนวาย	36.4	7.4	16.7	4.9

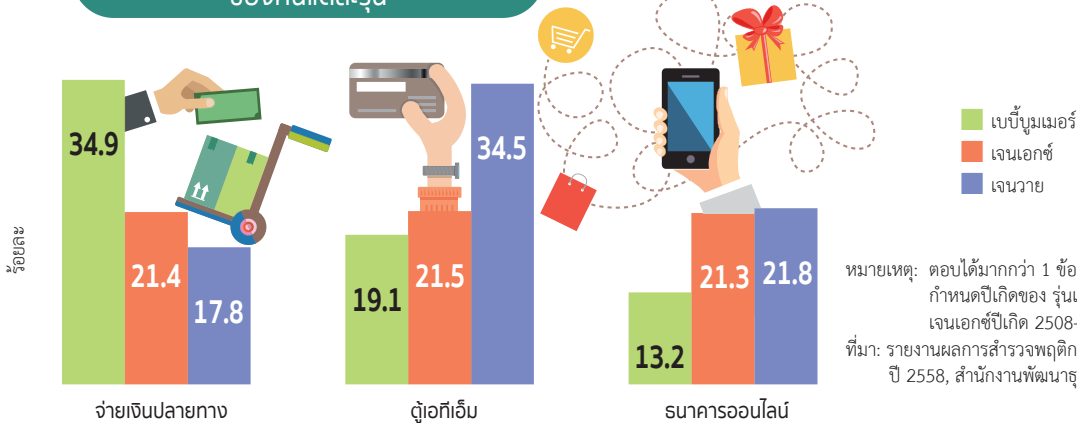
ที่มา: การสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พฤติกรรมการใช้บริการต่างๆ ผ่านทางโทรศัพท์มือถือของคนแต่ละรุ่น



ที่มา: การสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

วิธีการชำระเงินเมื่อซื้อสินค้าออนไลน์ของคนแต่ละรุ่น



หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ การสำรวจนี้ กำหนดปีเกิดของรุ่นเบบี้บูมเมอร์ที่ปี 2489-2507 เจนเอกซ์ปีเกิด 2508-2523 และเจนวาย ปีเกิด 2524-2543
ที่มา: รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2558, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์

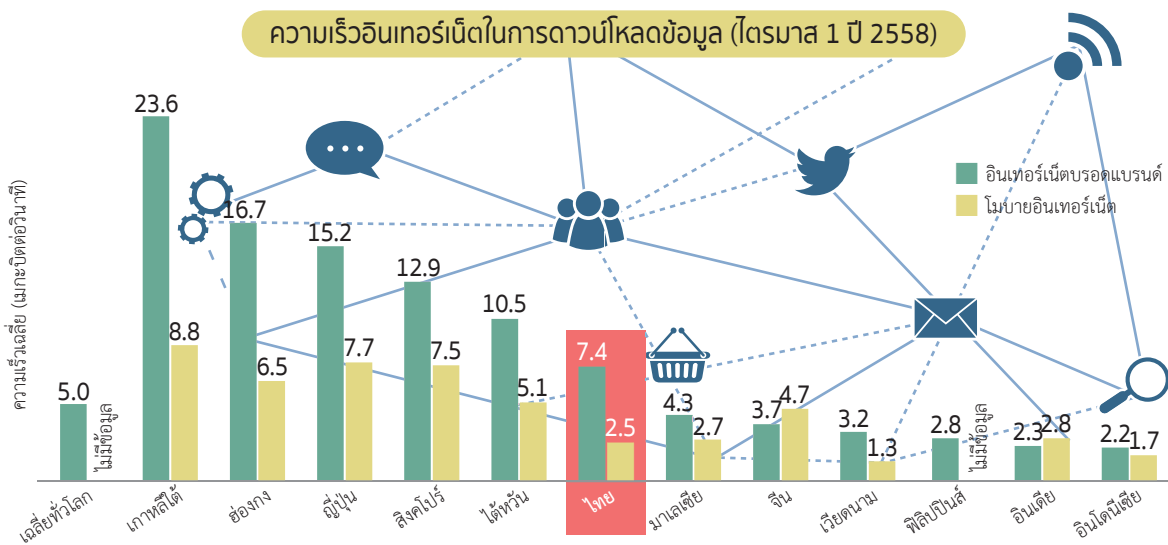
คนเจนวายยอมรับและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีมากกว่าเจนอื่น ไม่ว่าจะเป็นการใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ เช่น ธนาคารออนไลน์ หนังสือออนไลน์ ความคุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยีทำให้เจนวายมีแนวโน้มที่จะมีทักษะด้านการสร้างสรรค์และส่งเสริมนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์ ตอบสนองพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี



10 ชีวิตออนไลน์

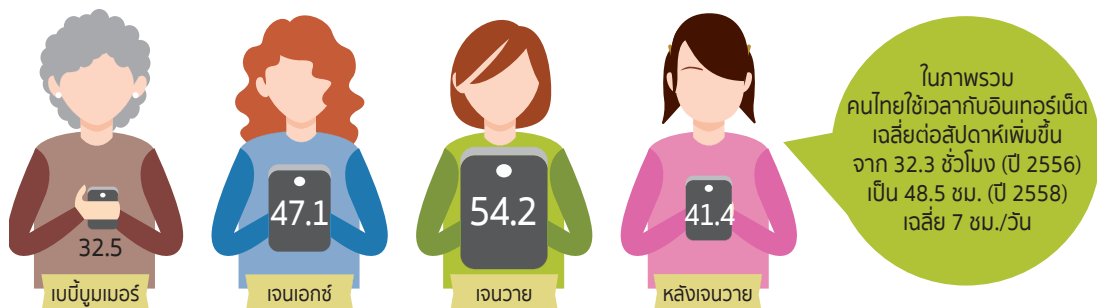
เจนวายของไทย ใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของวัน กับชีวิตออนไลน์บนโลกอินเทอร์เน็ต

ด้วยความเร็วอินเทอร์เน็ตและความสะดวกของอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยเฉพาะสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตที่พัฒนาขึ้น คนไทยทุกเจนอเรชันเชื่อมต่อโลกออนไลน์และมีวิถีชีวิตเคลื่อนที่ (connected and mobile lifestyle) มากขึ้น ตามไปด้วย



หมายเหตุ: ความเร็วอินเทอร์เน็ตบรอดแบนด์ของไทยในปี 2556 และ 2557 คือ 4.8 และ 6.6 Mbs ตามลำดับ
ที่มา: Akamai's the State of the Internet, Q1 2015 Report

จำนวนชั่วโมงการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยต่อสัปดาห์



ที่มา: รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2558, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์
เบบี้บูมเมอร์ (เกิด พ.ศ. 2489 - 2507), เจนเอกซ์ (พ.ศ. 2508 - 2523), เจนวาย (เกิด พ.ศ. 2524 - 2543)

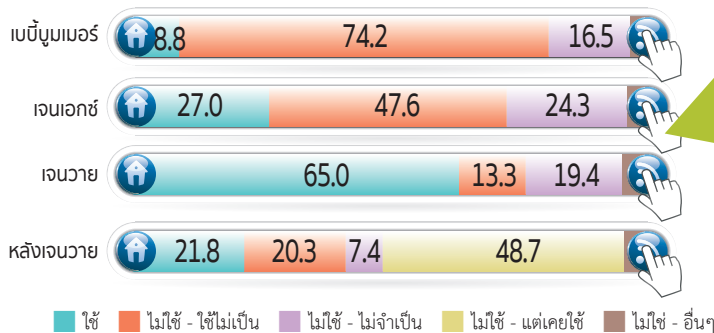
ระบบการสื่อสารผ่านโลกออนไลน์พัฒนาอย่างรวดเร็ว ในระยะเวลาเพียง 2 ปี (ปี 2556-2558) ความเร็วอินเทอร์เน็ตบรอดแบนด์ของไทยในการดาวน์โหลดข้อมูลเพิ่มขึ้น จาก 4.8 Mbs เป็น 7.4 Mbs ซึ่งเป็นความเร็วที่สูงเป็นอันดับสองในกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากสิงคโปร์ ทำให้คนไทยใช้ชีวิตกับกิจกรรมบนโลกออนไลน์เพิ่มมากขึ้นด้วย จาก 32.3 ชั่วโมง

ต่อสัปดาห์ ในปี 2556 เป็น 48.5 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ ในปี 2558 โดยที่ เจนวายเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด ทั้งในด้านร้อยละของจำนวนผู้ใช้และปริมาณการใช้ต่อคน เจนวายใช้ชีวิตบนโลกออนไลน์โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์เป็นเวลาถึง 54 ชั่วโมง (ประมาณ 8 ชั่วโมงต่อวัน) ขณะที่เจนเอกซ์และเบบี้บูมเมอร์ใช้เวลาประมาณ 47 ชั่วโมง และ 32.5 ชั่วโมง ตามลำดับ

ปัจจุบัน การเชื่อมต่อเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ บนอินเทอร์เน็ตสามารถทำได้เกือบทุกที่ทุกเวลาผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ โดยเฉพาะสมาร์ตโฟนและแท็บเล็ต กิจกรรมบนโลกออนไลน์ของคนไทย เมื่อแยกตามแต่ละเจนเนอเรชัน จะพบว่าค่อนข้างแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากช่วงวัยที่ต่างกัน สำหรับเจนเอกซ์ ซึ่งจำนวนมากกำลังอยู่ในวัยทำงานสร้างเนื้อสร้างตัว ชีวิตบนโลกออนไลน์ส่วนใหญ่จึงเป็นไปเพื่อการรับส่งอีเมล ติดต่อซื้อ-ขายของ ทำมาหากิน แตกต่างกับเจนวายที่ยังเป็นในเรื่องความบันเทิง การสนทนากับเพื่อนและเชื่อมต่อสังคมเสียมากกว่า ขณะที่เบบี้บูมเมอร์ซึ่งอยู่ในวัยใกล้เกษียณหรือวัยสูงอายุแล้ว ส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางในการติดตามข้อมูลข่าวสารทั่วไป โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพ และการอ่านหนังสือออนไลน์ (E-book)



ร้อยละของผู้ใช้ - ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต (ตามเหตุผล) ปี 2557



ร้อยละคนไทย (อายุ 6 ปีขึ้นไป) ที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.7 เป็นร้อยละ 39.3 ในช่วงระหว่างปี 2554 - 2558

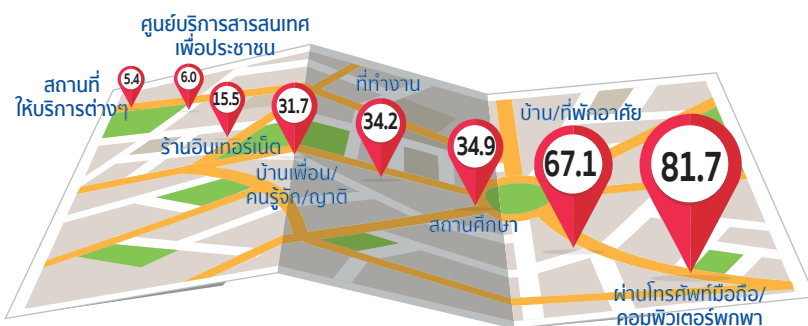
ที่มา: ข้อมูลจำแนกตามเจนเนอเรชันจาก สํารวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2557, สํานักงานสถิติแห่งชาติ, ข้อมูลเปรียบเทียบ 2554-2558 จาก สํารวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2558, สํานักงานสถิติแห่งชาติ

เจนเนอเรชันที่มีสัดส่วนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในแต่ละกิจกรรมสูงสุด



ที่มา: สํารวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2557, สํานักงานสถิติแห่งชาติ

สถานที่ที่ใช้หรือเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตของคนไทย



ที่มา: สํารวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี 2558, สํานักงานสถิติแห่งชาติ (หน่วย: ร้อยละของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตอายุ 6 ปีขึ้นไป)

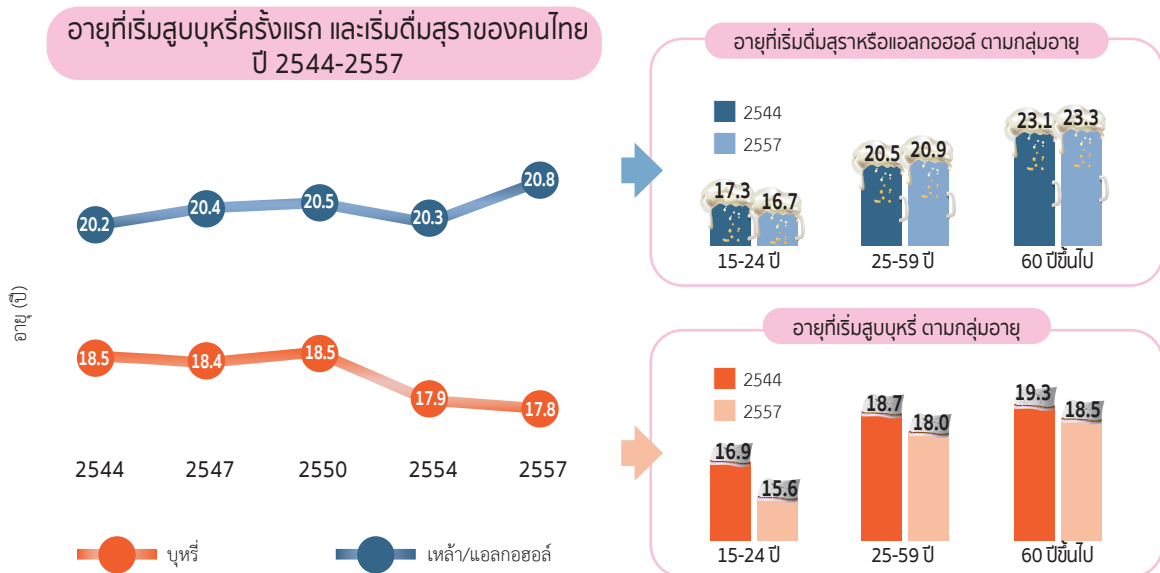
11 พฤติกรรมสุขภาพ

ในแต่ละวัน เจนวายมีกิจกรรมทางกายเพียง 1.14 ชั่วโมง น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ เจนอื่นๆ

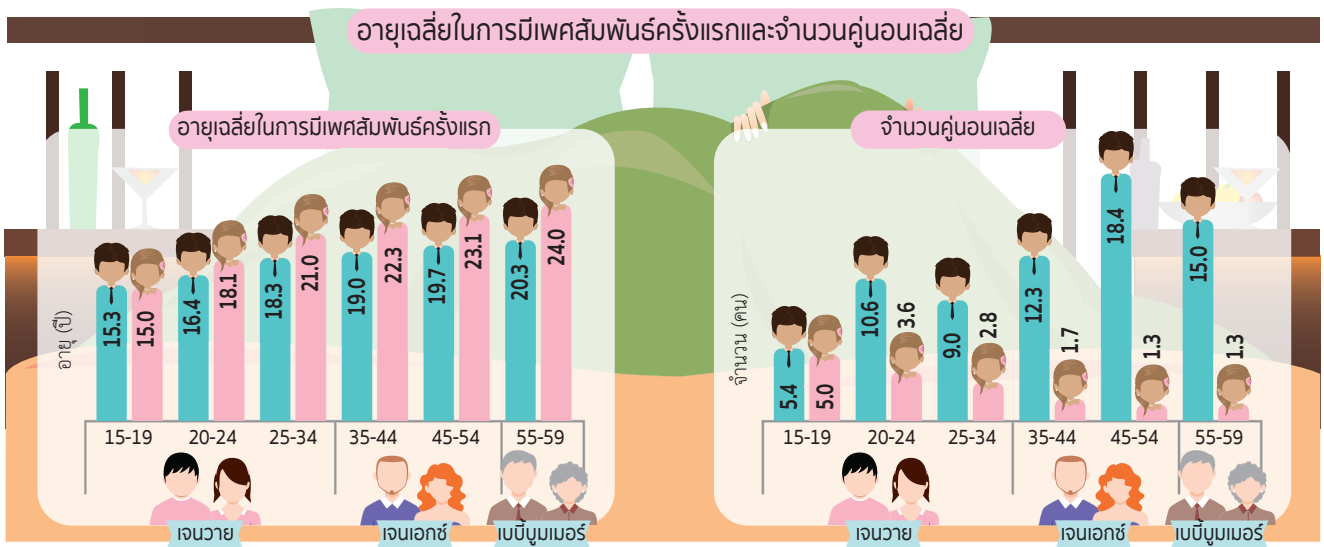
ภาพลักษณ์หนึ่งของเจนวายในประเทศตะวันตกคือ ประชากรที่ใช้ชีวิตแบบสนใจและรักสุขภาพมากกว่าประชากรรุ่นก่อน อย่างไรก็ตาม เจนวายของไทยอาจแตกต่างกับเจนวายตะวันตกในเรื่องนี้

หากใช้ “อายุเริ่มต้น” ของการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพด้านต่างๆ เป็นตัวชี้วัด จะเห็นว่าประชากรรุ่นหลังมีแนวโน้มเริ่มพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้นในช่วงอายุที่น้อยลง จากข้อมูลการสำรวจระหว่างปี 2544-2557 อายุเฉลี่ยเริ่มสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงจาก 18.5 ปี เป็น 17.8 ปี ขณะที่อายุเริ่มดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มดีขึ้น สูงขึ้นจากอายุ 20.2 ปี เป็น 20.8 ปี หากเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุ คนไทยรุ่นใหม่ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ที่อายุเพียง 15-17 ปี เร็วกว่าคนไทยรุ่นก่อนอย่างเห็นได้ชัด เช่นเดียวกัน ผลการสำรวจคนไทยในเขตเมืองเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศก็พบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์

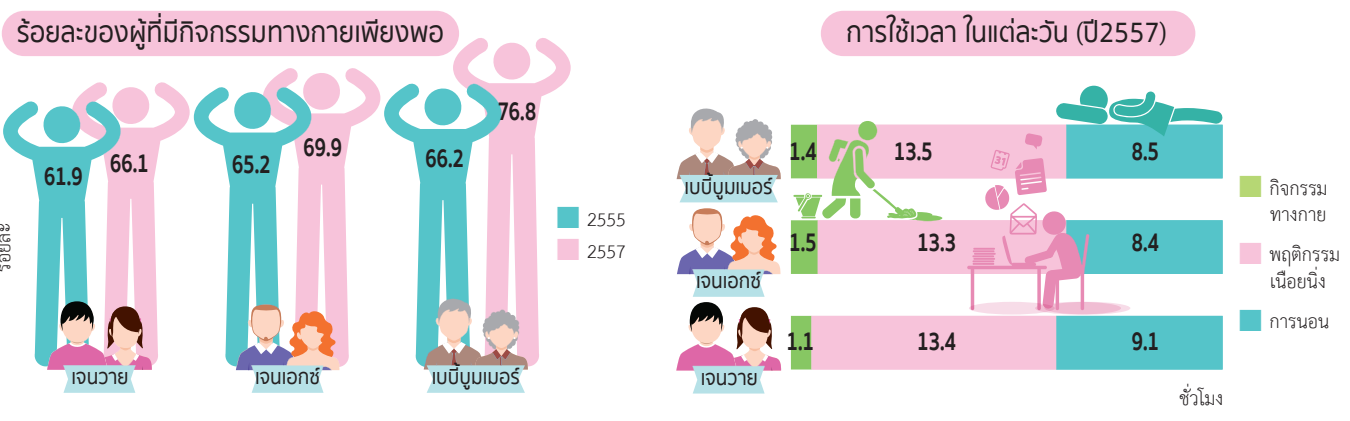
ครั้งแรกของคนรุ่นใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะที่จำนวนคู่นอนเฉลี่ย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้น ประเภทของคู่นอนคนแรกของผู้ชายเปลี่ยนจากหญิงบริการมาเป็นแฟน ส่วนผู้หญิงเปลี่ยนจากสามีหรือคู่สมรสมาเป็นแฟนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น มีคู่นอนจำนวนมากขึ้น หรือคู่นอนคนแรกจะเป็นใคร อาจไม่ใช่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเสมอไป หากเกิดขึ้นด้วยความพร้อมและการตระหนักรู้ป้องกันถึงผลที่ตามมาซึ่งอาจไม่พึงประสงค์ ทั้งในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544-2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



หมายเหตุ: ข้อมูลจากการสำรวจประชากรในเขตเมือง ปี 2555 รวมเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์
ที่มา: Teerane Techasrivichien et al, 2014



หมายเหตุ: ปี 2555 เจนวาย (อายุ 9-30 ปี) เจนเอกซ์ (อายุ 31-51 ปี) เบบี้บูมเมอร์ (อายุ 52-69 ปี); ปี 2557 เจนวาย (อายุ 11-32 ปี) เจนเอกซ์ (อายุ 33-53 ปี) เบบี้บูมเมอร์ (อายุ 54-71 ปี)
ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การมีพฤติกรรมทางกายที่เพียงพอเป็นหนึ่งในพฤติกรรมทางสุขภาพที่คนไทยจำนวนมากยังคงละเลย การสำรวจปี 2555-2557 พบว่าคนไทยที่มีพฤติกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 66.3 เป็น 68.3 เมื่อจำแนกตามเจนเนอเรชัน เจนวาย (อายุ 11-32 ปี ในปี 2557) ซึ่งจำนวนมากยังเป็นเด็กและเยาวชนกลับเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางกายน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับเจนอื่น ทั้งในด้านสัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมทางกายเพียงพอและจำนวนชั่วโมงในการมีพฤติกรรมทางกายในแต่ละวัน



12

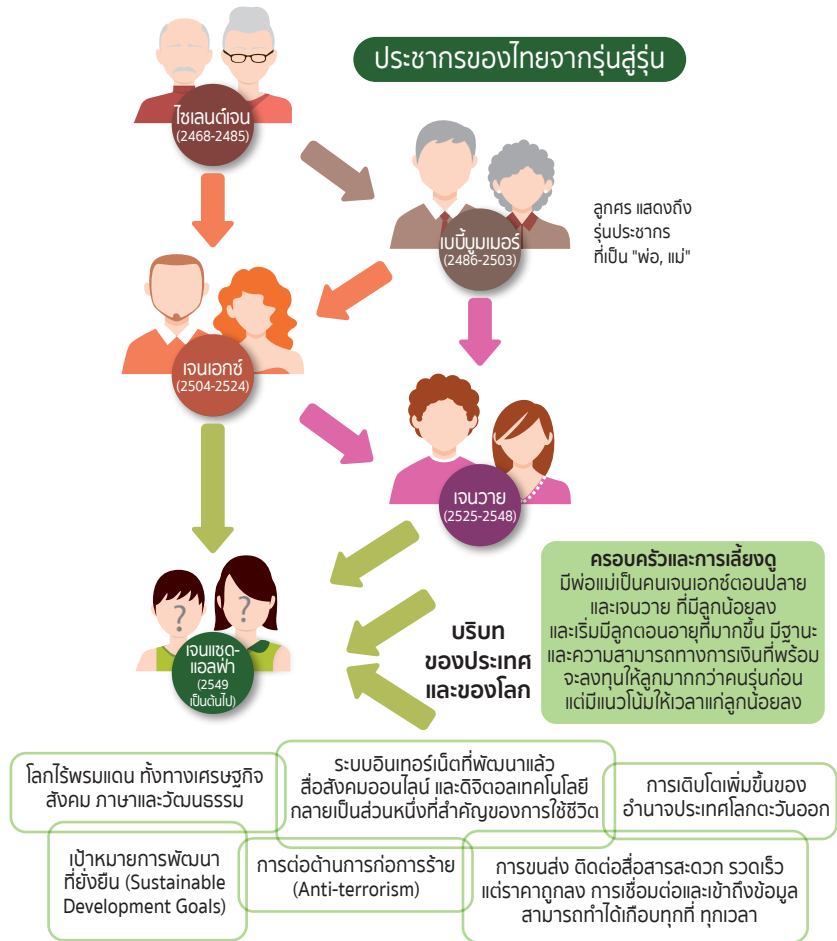
รุ่นประชากรไทยในอนาคต

อีก 10 ปีข้างหน้าประชากรไทยจะเริ่มลดลง คุณภาพของคนย่อมสำคัญกว่าปริมาณ

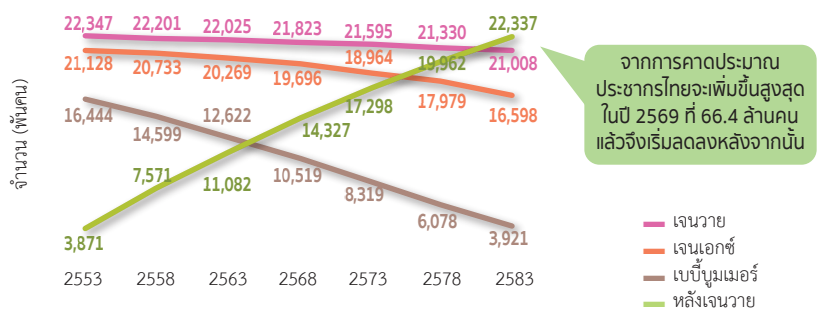
เจนวายและเจนเอกซ์ คือ “ปัจจุบัน” ของประเทศไทย แต่คนรุ่นต่อไป (เกิดหลังปี 2548) คือ “อนาคต” การพัฒนาคนและทุนมนุษย์โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยและวัยเด็กที่สอดคล้องและเท่าทันกับบริบทการเปลี่ยนแปลงของโลกในอนาคตจึงเป็นความท้าทายที่สำคัญยิ่ง

ประชากรรุ่นต่อไปจะมีลักษณะ วิธีคิด ความสามารถและทักษะ การให้คุณค่า พฤติกรรมการใช้ชีวิตรวมถึงมุมมองเรื่องต่างๆเป็นอย่างไรนั้น ปัจจัยที่มีส่วนหล่อหลอมสำคัญคือเงื่อนไขด้านครอบครัวและการเลี้ยงดู รวมถึง บริบททางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของประเทศและของโลกในช่วงเวลาที่พวกเขาเกิดและเติบโต

ในภาพรวม คุณภาพชีวิตของคนไทยพัฒนาดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านรายได้ การศึกษาและสุขภาพ ประกอบด้วยพ่อแม่รุ่นเจนเอกซ์และเจนวายมีบุตรน้อยลงและพร้อมที่จะลงทุนทุกด้านให้แก่บุตรของตนมากขึ้น “คนรุ่นหลังเจนวาย” ซึ่งเป็นประชากรในอนาคตจึงถูกคาดหวังจากคนรุ่นปัจจุบันว่าจะเป็นเจเนอเรชันที่มีทุนมนุษย์ระดับสูง มีความรู้ ความสามารถและศักยภาพที่หลากหลาย มีเทคโนโลยีต่างๆ เป็นตัวช่วยมาตั้งแต่เกิด ขณะเดียวกันก็เป็นรุ่นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ชีวิตที่พึ่งพาเทคโนโลยีมากเกินไป เสพติดความรวดเร็วและมีความกดดันต่อการรอคอยต่ำ เป็นตัวของตัวเองสูง แต่อาจขาดทักษะทางสังคมและมีรูปแบบหรือวิถีการใช้ชีวิตบางอย่างที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ



ประชากรไทย จำแนกตามรุ่นประชากร ปี 2553-2583



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556

คาดการณ์ลักษณะคนไทยหลังเจเนวาย จะเป็นอย่างไร??

+

คุณสมบัติสูงชันและมีความรอบรู้ จากโอกาสทางการศึกษาที่ดีขึ้นและการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้โดยง่าย

มัลติทาสกิง (Multitasking) (ทำอะไรมากมาย อย่างไม่พร้อมกัน) โดยมีเทคโนโลยีช่วย

ความสามารถในการทำงานและหารายได้สูง เป็นกลุ่มทำงานหนักกว่าเมื่อเทียบกับเจเนวาย (เนื่องจากเกิดในยุคที่เศรษฐกิจและสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลง ผันผวน)

-

เสพติดความเร็ว ความอดทนในการรอคอยต่ำ

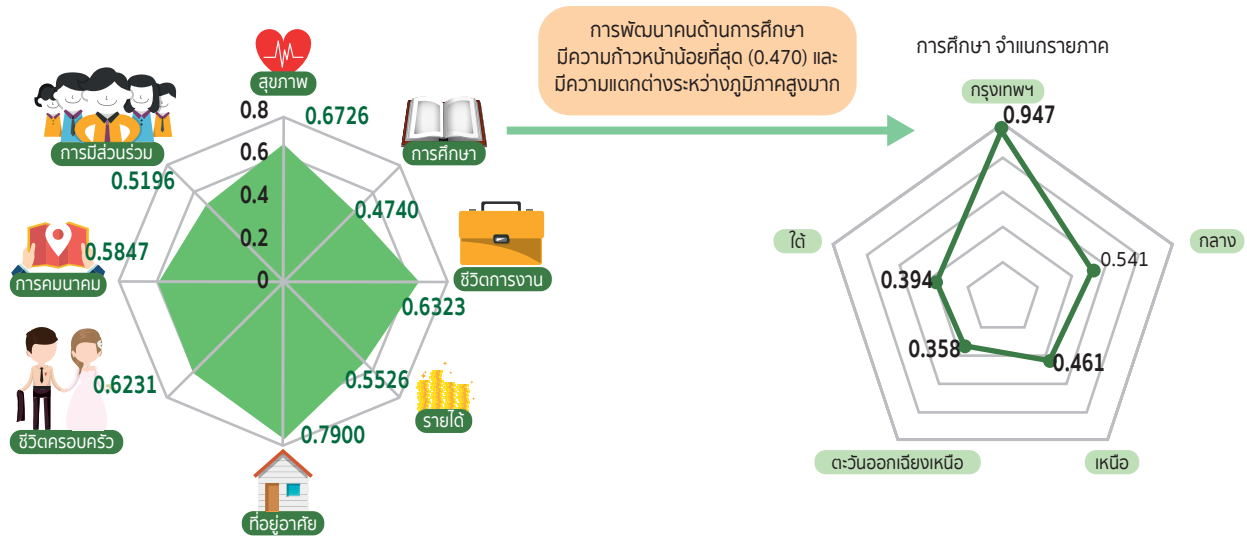
เป็นตัวของตัวเองสูง ขาดทักษะทางสังคมในบางเรื่อง (ผลจากการเสียใจและการใช้เทคโนโลยี)

วิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Unhealthy Lifestyle) ในบางด้าน (เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ)

ใช้ชีวิตพึ่งพาเทคโนโลยี (Technology Dependent)

อย่างไรก็ตาม คนไทยรุ่นต่อไปก็คงมีลักษณะเหล่านี้ ที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากการพัฒนา โดยเฉพาะการพัฒนาคนของประเทศไทย ที่ยังมีความเหลื่อมล้ำในเชิงพื้นที่หรือภูมิภาค เชียงเศรษฐกิจ และสังคมอยู่หลายมิติ

ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2558 (Human Achievement Index – HAI)



หมายเหตุ: ด้านการศึกษา ประกอบด้วย 3 มิติย่อย ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา การเข้าเรียนและคุณภาพการศึกษา ซึ่งชี้วัดโดย 4 ตัวชี้วัด คือ จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ปี) อัตราการเข้าเรียนรวมระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษา (%) ค่าเฉลี่ยเชาวน์ปัญญา (IQ) ของเด็กอายุ 6-15 ปี และคะแนนเฉลี่ยการทดสอบ O-Net ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (%)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558

ในปัจจุบันประชากรกลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงปฐมวัยและวัยเด็ก สังคมจึงต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพการเลี้ยงดู การพัฒนาคนและเสริมสร้างทุนมนุษย์ที่เหมาะสมและเท่าเทียมกันทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในเรื่องโอกาสและคุณภาพของการศึกษา ซึ่งพบว่าเป็นด้านที่ยังคงมีความก้าวหน้าต่ำที่สุดจากดัชนีความก้าวหน้าของคนไทย และจำเป็นต้องมีการปฏิรูปให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของตัวผู้เรียนและความต้องการของตลาดแรงงานในอนาคต ประเด็นสำคัญนี้นับเป็นทั้งความท้าทายและความรับผิดชอบของคนไทยรุ่นปัจจุบันทุกคน



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2559. ชื่อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2559* (เลขหน้าของบทความ). นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



10

สถานการณ์เดือนทางสุขภาพ

1

ระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อประชาชนทุกชั้นตอน



<http://ruraldoctor.or.th/upload/pics/nhs02.jpg>

ในช่วงปี 2558 มีเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบหลักประกันสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ โดย สปสช. ถูกตรวจสอบเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณกองทุน การจำกัดงบประมาณสนับสนุนของรัฐต่อระบบหลักประกันสุขภาพ และการตรวจสอบการทำงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ เช่น สสส. ซึ่งรัฐบาลให้เหตุผลว่า มีการใช้งบกองทุน สสส. ที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ จนนำไปสู่การปลดบอร์ด สสส. ส่งผลให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมได้รับผลกระทบ ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลาหนึ่ง สร้างความกังวลให้กับภาคประชาสังคมว่า รัฐบาลมีแนวโน้มจะควบคุมบทบาทภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพของไทย ซึ่งได้ปรับระบบการทำงานในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยหันมาเน้นการกระจายอำนาจและสร้างภาคีเครือข่าย เพื่อเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม หลายฝ่ายกำลังวิตกว่า หากภาครัฐพยายามดึงอำนาจในการบริหารจัดการระบบสุขภาพกลับเข้าสู่ระบบราชการแบบในอดีต ก็อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเพื่อประชาชน ที่พัฒนาขึ้นบนฐานสิทธิมนุษยชนและมุ่งสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมระบบสุขภาพของประเทศ

ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อประชาชน

นโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินับเป็นความก้าวหน้าของประเทศไทยที่พัฒนามาจากการขับเคลื่อนขององค์กรและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการกำหนดสิทธิของบุคคลเสมอกันในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานตามข้อกำหนดในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 การเริ่มดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยยากไร้ของกระทรวงสาธารณสุข

การผลักดันของนักวิชาการร่วมกับองค์กรเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อเสนอกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ของฝ่ายการเมือง จนนำไปสู่การออกกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มบังคับใช้เมื่อปี 2545 ทำให้คนไทยได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพโดยเสมอหน้ากัน

หลักการสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพคือ การได้รับบริการด้านสาธารณสุขในฐานะสิทธิของประชาชน¹ โดยรัฐมีหน้าที่จัดบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน สำหรับทุกคน² ตามหลักการปฏิญญาสากลด้านสิทธิมนุษยชน แห่งสหประชาชาติ³ เพื่อประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถ เข้าถึงบริการเพื่อการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพ โดยมีหลักประกัน คือ ความมั่นคงด้านสุขภาพ (security)⁴ ที่ให้แก่บุคคลด้วยการที่รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างหลัก ประกันดังกล่าวให้ได้อย่างเพียงพอเหมาะสม ขณะเดียวกันรัฐ ต้องบริหารจัดการให้ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น ตามภาวะสุขภาพของแต่ละคนอย่างเท่าเทียม (equity) โดย ไม่ให้ความสามารถในการจ่ายและค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการ ระบบหลักประกันสุขภาพจึงต้องเป็น ระบบเดียว มาตรฐานเดียว และมีคุณภาพต่อการดำรงชีวิต

การพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพจึงเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ของประเทศ โดยปฏิรูปหลักการ จากสิทธิด้านสุขภาพ ให้สิทธิด้านสุขภาพเป็นสิทธิของ ประชาชนโดยเสมอหน้ากัน และการปฏิรูปการบริหารการคลัง รวมหมู่โดยใช้ระบบภาษี⁵ การแยกบทบาทของกระทรวง สาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานเฉพาะด้านการกำกับดูแลและ จัดบริการสาธารณสุข ส่วนการบริหารด้านการเงินให้มีการ บัญญัติกฎหมาย พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ให้มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ในการบริหารงบประมาณ เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชน และการให้ประชาชนใน ภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม ในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ระบบหลัก ประกันสุขภาพเป็นระบบสุขภาพเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดการเปรียบเทียบกับระบบเดิมที่รัฐดำเนินการอยู่ คือการใช้เงินภาษีในการจัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับ ข้าราชการ ด้วยสัดส่วนเงินต่อหัวที่สูงกว่าที่จ่ายให้กับระบบ บริการสุขภาพถ้วนหน้า และมากกว่าที่รัฐจ่ายสมทบให้กับ ระบบประกันสังคม (โดยรัฐจ่ายให้ประกันสังคมเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น) อีกสองส่วนมาจากการจ่ายสมทบโดยลูกจ้างกับ นายจ้าง) ซึ่งก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้ภาษีเพื่อ จัดหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน นอกจากนี้ระบบหลัก ประกันสุขภาพ ยังเป็นการลดทอนอำนาจการบริหารจัดการ ในระบบสาธารณสุข คือการแยกบทบาทการบริหารงบประมาณ

เพื่อการดูแลรักษาประชาชนนอกจากความรับผิดชอบของ กระทรวงสาธารณสุข โดยให้กระทรวงฯ ทำหน้าที่เป็นผู้กำกับ และให้บริการเป็นหลัก ขณะเดียวกันบุคลากรของโรงพยาบาล ภาครัฐต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากการใช้สิทธิที่เพิ่มขึ้นของประชาชน นอกจากนี้ยังส่งผล ต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณ ของโรงพยาบาลที่ได้รับค่าใช้จ่ายตามจำนวนผู้ใช้บริการ ไม่ใช่ตามขนาดของโรงพยาบาลอีกต่อไป และที่สำคัญกฎหมาย หลักประกันสุขภาพสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคลากร ทางการแพทย์ เนื่องจากกำหนดให้มีภาระช่วยเหลือเยียวยา เบื้องต้นกรณีประชาชนได้รับความเสียหายจากการรับบริการ อาจส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น⁶ และทำให้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เปลี่ยนไป จากที่เคย เป็นแบบพึ่งพาระหว่างผู้รักษากับคนไข้ เป็นระบบผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการในเชิงพันธสัญญาแทน

ความเหลื่อมล้ำ ของระบบหลักประกันสุขภาพ

เมื่อ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ ในปี 2545 ทำให้ปัจจุบันประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ถึงร้อยละ 99.84 ของจำนวนประชากรทั้งหมด⁷ โดยมี หน่วยงานบริหารจัดการ 3 หน่วยงานคือ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดูแลประชาชนทั่วไป กรมบัญชีกลาง ดูแลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ สำนักงานประกันสังคม ดูแล ผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม อย่างไรก็ตามยังมี ประชากรบางส่วนที่ไม่ได้รับหลักประกันสุขภาพ คือกลุ่มที่เป็นคนไทยตกสำรวจ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการรอพิสูจน์ เพื่อได้รับสถานะบุคคล ในระหว่างนี้รัฐได้จัดสรรงบประมาณ แยกต่างหากให้กระทรวงสาธารณสุขดูแลคนกลุ่มนี้เป็นการ เฉพาะ แยกออกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นระหว่างการบริหารระบบ หลักประกันสุขภาพของ 3 หน่วยงาน ทำให้ประชาชนได้รับ บริการที่ต่างกัน ทั้งที่เป็นการใช้ภาษีเพื่ออุดหนุนเหมือนกัน โดยมีสาเหตุมาจาก

- 1) การที่ยังคงมีความคิดว่า สวัสดิการรักษายาบาล ของข้าราชการเป็นสิทธิพิเศษในฐานะเจ้าหน้าที่ ของรัฐ

- 2) การมีหน่วยงานบริหารที่เป็นอิสระต่อกัน มีกฎหมาย กฎระเบียบของแต่ละหน่วยงาน ก่อให้เกิดการจัดทำงานงบประมาณต่างกัน วิธีบริหารงบประมาณที่ต่างกัน การจัดชุดสิทธิประโยชน์ต่างกัน ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
- 3) ไม่มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่ด้านนโยบายและ กำกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน ให้ได้รับสิทธิโดยเท่าเทียมกัน และได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษาเดียวกัน

ระบบหลักประกันสุขภาพ กับกระด้างงบประมาณของประเทศ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่า ใช้งบประมาณสูงจนทำให้เป็นปัญหาต่องบประมาณโดยรวมของประเทศ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เคยกล่าวว่า โครงการ 30 บาท เป็นโครงการที่ทำให้งบด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ เป็นโครงการประชานิยม⁸ ซึ่งรัฐต้องจัดหางบอุดหนุนเพิ่มขึ้นตลอดเวลา นอกจากนี้ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา ได้มีการหารือร่วมกันระหว่างคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาแนวทางแก้ปัญหาทางงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีข้อเสนอให้ประชาชนในระบบหลักประกัน

สุขภาพร่วมจ่ายร้อยละ 30-50 ของค่ารักษา⁹ ทำให้เกิดกระแสคัดค้านจากภาคประชาชน ประกอบกับในช่วงปลายปี 2557 ได้เกิดความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. ในเรื่องการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงฯ วิचारณ์ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพทำให้โรงพยาบาลของรัฐเกิดวิกฤติทางการเงินอย่างรุนแรง¹⁰ ระบบหลักประกันสุขภาพต้องใช้งบประมาณที่สูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาต่อการจัดหางบประมาณของรัฐ แต่งบประมาณที่ได้รับก็ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาล

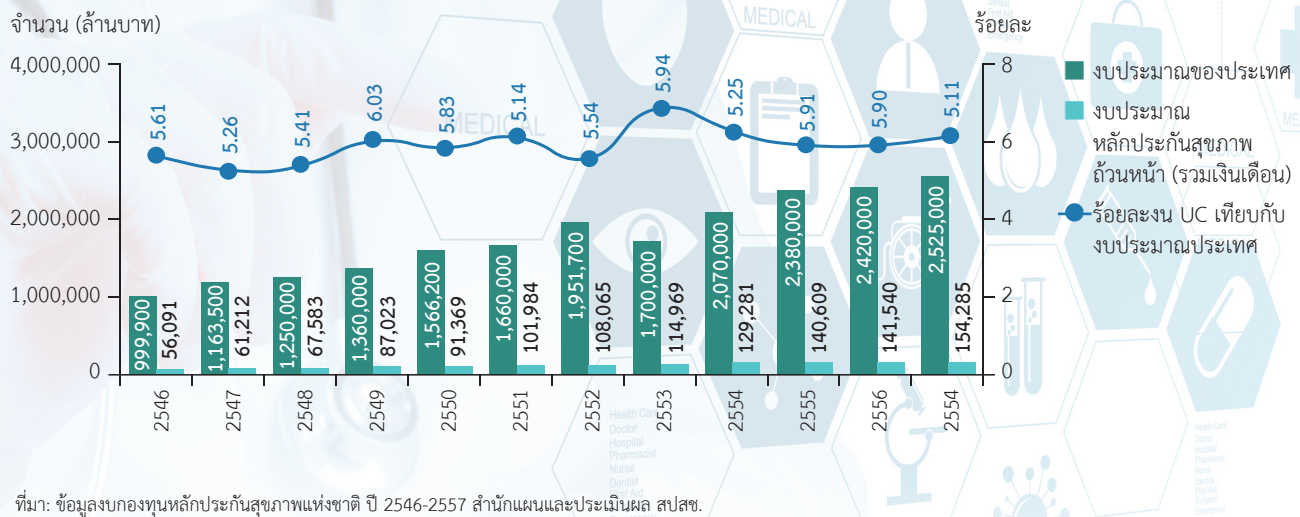
แต่โดยข้อเท็จจริง หากศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างงบของระบบหลักประกันสุขภาพ กับงบประมาณประเทศ จะพบว่าเมื่อเริ่มต้นในปี 2546 ใช้งบประมาณจำนวน 56,091 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของงบประมาณประเทศ แต่เมื่อปี 2557 ใช้งบจำนวน 154,285 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 6.1 ของงบประมาณประเทศ เท่ากับว่าในระยะเวลา 10 ปี สัดส่วนงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.5 ของงบประมาณประเทศ แต่จำนวนประชาชนที่ได้รับหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นประมาณ 3 ล้านคน จากจำนวน 47.34 ล้านคน ในปี 2547 เป็น 48.31 ล้านคน ในปี 2557

ในส่วนงบประมาณที่กรมบัญชีกลางจัดสรรให้กับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กลับเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากจำนวน 17,000 ล้านบาท ในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 30,000 ล้านบาท ในปี 2550 และ 62,000 ล้านบาท ในปี 2554 สำหรับในปี 2557 ได้ตั้งงบประมาณไว้ที่ 60,000 ล้านบาท¹¹ โดยมีจำนวนข้าราชการและครอบครัวที่มีสิทธิรักษายาพยาบาลจำนวนราว 4.28 ล้านคน โดยได้มีการตั้งงบประมาณคงที่มาตั้งแต่ปี 2556 ในส่วนค่าใช้จ่ายที่เกินงบประมาณนั้น ทางกรมบัญชีกลางจะนำเงินคงคลังมาชดเชยในปีถัดไป¹² คาดว่าในปี 2560 จำนวนผู้มีสิทธิจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.6 ล้านคน ดังนั้นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงจึงน่าจะยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง



[http://www.jvkorat.go.th/newsite/images/stories/Other/right1-1\[1\].jpg](http://www.jvkorat.go.th/newsite/images/stories/Other/right1-1[1].jpg)

เปรียบเทียบงบประมาณของประเทศกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2546-2557



สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพภายใต้ประกันสังคม ค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนที่เกี่ยวกับสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ค่ารักษาพยาบาลและค่าคลอด ซึ่งรัฐสมทบจากภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายนี้เป็น 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ตามประกาศอัตราสมทบของกฎหมายประกันสังคม¹³ ทั้งนี้ จำนวนผู้ประกันตนในแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับอัตราการเข้าสู่ระบบ ในปี 2552 มีผู้ประกันตนจำนวน 8.68 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายสุขภาพ 28,218.77 ล้านบาท¹⁴ รัฐร่วมจ่าย 1 ใน 3 อยู่ที่ประมาณ 9,400 ล้านบาท ในปี 2557 มีผู้ประกันตนจำนวน 13,625,658 คน มีค่าใช้จ่ายสุขภาพ 41,214.22 ล้านบาท¹⁵ รัฐร่วมจ่าย 1 ใน 3 อยู่ที่ประมาณ 13,700 ล้านบาท¹⁶ ในส่วนประกันสังคม รัฐใช้ภาษีร่วมจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนทั่วไปและกลุ่มข้าราชการ โดยผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็น คนเพียงกลุ่มเดียวที่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลและต้องจ่ายล่วงหน้าก่อนการใช้บริการ

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านหลักประกันสุขภาพของ 3 กลุ่มประชากร เป็นไปตามจำนวนประชากร และการบริหารจัดการงบประมาณสนับสนุนของรัฐที่แตกต่างกันไป

ตารางข้อมูลค่าใช้จ่ายจริง (ล้านบาท) ของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ

ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายจริง (ล้านบาท)
2547	17,000	26,043.11
2548	18,000	29,380.03
2549	20,000	37,004.45
2550	30,000	46,481.45
2551	38,700	54,904.48
2552	48,500	61,304.47
2553	48,500	62,195.57
2554	62,000	56,764.53*

ที่มา: กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง
*ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2554

การกำหนดค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมองภาพรวมของการใช้งบประมาณของทั้ง 3 กลุ่มประชากร บนหลักการสำคัญคือหลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน ไม่ใช่เป็นสวัสดิการพิเศษเฉพาะของกลุ่มคนใดกลุ่มหนึ่ง โดยต้องบริหารการใช้จ่ายงบประมาณ



บนมาตรฐานเดียวกันเพื่อประกันมิให้เกิดความเหลื่อมล้ำ ทั้งเรื่องจำนวนเงินงบประมาณ การกำหนดขอบเขต สิทธิประโยชน์ที่ได้มาตรฐานเหมือนกัน อีกทั้งกำหนดวิธีการ จ่ายเงิน และการจัดหางบประมาณเพิ่มขึ้นโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ประชาชนคนใดคนหนึ่งไม่สามารถเข้ารับบริการอันเนื่อง จากไม่มีเงินจ่ายค่าบริการที่จูดรับบริการ

การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาระของรัฐและประชาชนร่วมกัน

ในการรายงานผลการดำเนินงานของรัฐบาล ช่วงปลายปี 2558 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อมูลว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอยู่ในอัตราร้อยละ 4.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)¹⁷ โดยเป็น ค่าใช้จ่ายที่มาจากภาครัฐร้อยละ 78 นอกนั้นเป็นส่วนที่ ประชาชนร่วมสมทบและจ่ายเอง ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ของรัฐคิดเป็นร้อยละ 17 ของงบประมาณแผ่นดิน สิ่งที่ต้องดำเนินการในปี 2559 คือต้องทำให้ระบบสุขภาพมั่นคง และยั่งยืน โดยประชาชนต้องร่วมคิดหาทางช่วยเหลือระบบ จะปล่อยให้รัฐรับผิดชอบฝ่ายเดียวไม่ได้¹⁸ ท่าทีดังกล่าว ก่อให้เกิดความหวุ่นวิตกของประชาชนหลายกลุ่ม ทั้งกลุ่ม ที่เห็นด้วยเรื่องร่วมจ่ายและกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย โดยตัวแทน ข้าราชการให้ความเห็นว่า ข้าราชการร่วมจ่ายอยู่แล้วหาก ต้องการความสะดวกรวดเร็ว โดยจ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มี หรือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดก็ไม่ได้อยู่ในสิทธิ จึงต้อง จ่ายเพิ่ม ส่วนกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยมีความเห็นว่า ไม่ควรมีการ ร่วมจ่ายที่จุดบริการเพราะจะส่งผลกระทบต่อประชาชนที่มีราย ได้น้อย ถือเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ¹⁹

ต่อมาได้มีข้อเสนอแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อ ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยคณะกรรมการ ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ ครม. เมื่อ 20 เมษายน 2558²⁰ ได้เสนอแนวทางที่ ยึดหลักการความมั่นคงยั่งยืน ความพอเพียง ความเป็นธรรม และการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการตั้ง เป้าหมายภายในปี 2565 ให้มีการใช้งบประมาณด้านสุขภาพ ของรัฐไม่เกินร้อยละ 20 ของงบประมาณแผ่นดิน และ สัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่เกินร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์ มวลรวมภายในประเทศ โดยมีข้อเสนอหลัก 2 ด้าน คือ (1) การระดมทรัพยากรจากการเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่ม ส่วนการร่วมจ่ายของประชาชนนั้นต้องเสมอภาคในทุกกลุ่ม คือหากจะร่วมจ่ายหรือไม่ร่วมจ่าย ก็ต้องเหมือนกันเพื่อความ เป็นธรรม ทั้งประชาชนทั่วไป ข้าราชการ และผู้ประกันตน และหากจะมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ จะต้องดำเนินการ เฉพาะกรณีที่ต้องการบริการที่สะดวกเป็นพิเศษเท่านั้น รวมทั้งยังกำหนดเงื่อนไขไว้อีกหลายประการ (2) การบริหาร จัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการใช้ระบบ เดียวกัน ทั้งการจัดงบประมาณปลายปิด กำหนดมาตรฐาน การจ่ายเงินให้โรงพยาบาลในราคาเดียวทุกประเภทและ ทุกระดับบริการ และการกำหนดค่าใช้จ่ายรายหัวในอัตรา ที่ใกล้เคียงกัน ต่างกันไม่เกินร้อยละ 10 ของค่าเฉลี่ยทั้ง 3 กลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเรื่องการขยายและเทคโนโลยี อย่างเหมาะสม และการควบคุมราคา ยา จากนั้นรัฐมนตรี ว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการอีก ชุดหนึ่ง เพื่อศึกษาข้อเสนอข้างต้นในรายละเอียดต่อไป ทุกภาคส่วนจึงต้องติดตามต่อไปว่า รัฐจะเลือกแนวทางใด เพื่อคงไว้ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่มั่นคง ยั่งยืน และเป็นธรรม กับประชาชนทุกกลุ่ม²¹

กระแสการรวมศูนย์อำนาจรัฐสู่คนลด ระบบหลักประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ระบบสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องตระหนัก และมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสร้างเสริมสุขภาพตนเอง หลักการของระบบหลักประกันสุขภาพที่เปิดให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน การร่วมดำเนินกิจกรรม โครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยองค์กรปกครองท้องถิ่น และประชาสังคม จึงเป็นหลักการสำคัญและเป็นฐานในการ

ดูแลสุขภาพให้ลดภาวะพึ่งพิงหมอ และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ในด้านหนึ่ง การวิจารณ์ว่าระบบหลักประกันสุขภาพใช้งบประมาณสูง จำเป็นต้องจำกัดงบประมาณ หรือต้องให้ผู้ใช้บริการร่วมจ่ายมากขึ้น อีกทั้งการเรียกร้องให้คนรวยไม่ต้องใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่ควรจ่ายเงินเอง²² รวมทั้ง ข้อเสนอเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพเองนั้น สะท้อนให้เห็นว่า รัฐและหน่วยงานของรัฐต้องการให้เกิดการรวมศูนย์อำนาจในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ รัฐบาลยังเข้าตรวจสอบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยตรวจสอบความโปร่งใสของคณะกรรมการบริหารกองทุน การใช้คำสั่งตาม ม.44 ของรัฐธรรมนูญ 57 ย้าย เลขานุการ สปสช. การแทรกแซงอำนาจคณะกรรมการโดยอ้างว่าคณะกรรมการใช้อำนาจเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด²³ การออกคำสั่งของคณะกรรมการติดตามและตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐ (คตร.) ให้ระงับการใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์กรสาธารณประโยชน์ องค์กรประชาชน มูลนิธิ สถาบันวิชาการ ที่ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน โดยวินิจฉัยว่าเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถใช้ได้กับหน่วยบริการเท่านั้น รวมถึงการตีความโดยกฤษฎีกาว่าสามารถจ่ายเป็นค่าบริการโดยตรงกับบุคคลเท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐเมื่อรับเงินค่าบริการไปแล้วไม่สามารถนำไปจ่ายเป็นค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าล่วงเวลา ค่าจ้างพนักงานเจ้าหน้าที่ได้²⁴ ซึ่งเป็นการตีความที่ลดทอนอำนาจคณะกรรมการกองทุนฯ ต่างจากในอดีตที่ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการถือเป็นสิทธิของหน่วยบริการนั้นๆ

นอกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแล้ว ภาครัฐยังได้เข้าควบคุมองค์กรด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยปลดบอร์ดที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ²⁵ ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาตั้งแต่การที่ คตร. ตรวจสอบการใช้งบกองทุน สสส. ว่าไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ ทำให้ในเวลาต่อมา นายกรัฐมนตรีมีคำสั่งระงับการใช้งบประมาณดังกล่าว²⁶ ส่งผลให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมได้รับผลกระทบ ไม่สามารถดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติได้ ทั้งหมดนี้ส่งสัญญาณว่าบทบาทของภาคประชาสังคมที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมระบบสุขภาพกำลังถูกจำกัด คำถาม

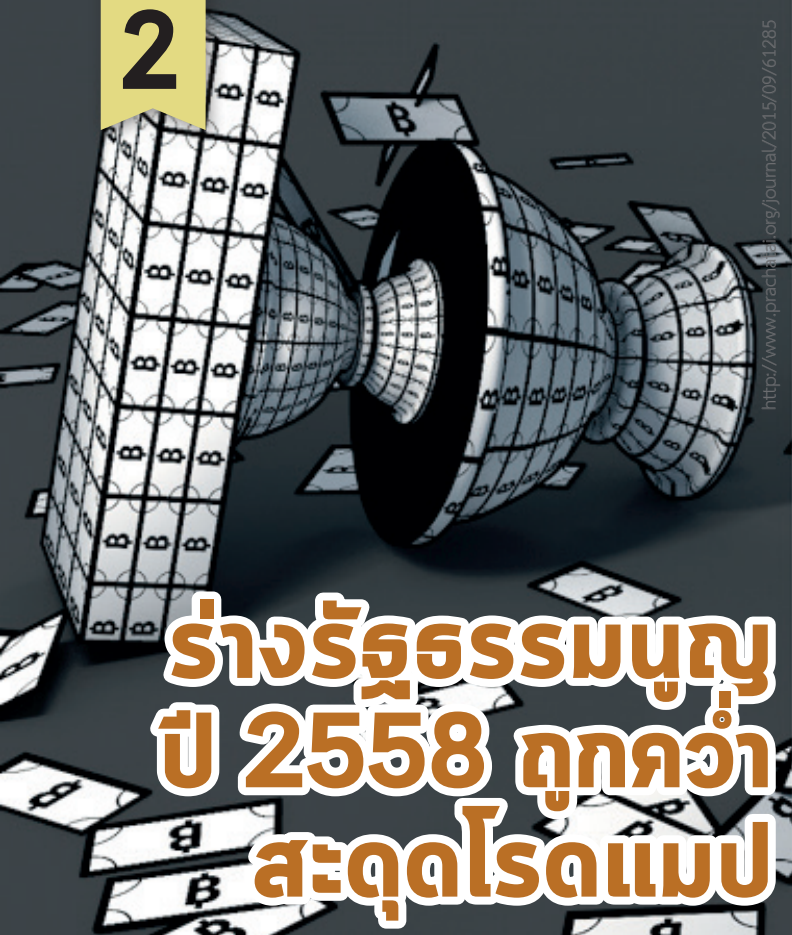
ในอนาคตคือ หากประเทศเข้าสู่การเลือกตั้ง ภาคประชาสังคมจะได้รับสิทธิในการมีส่วนร่วมพัฒนาระบบสุขภาพมากขึ้นเพียงใด ประเด็นนี้คงขึ้นอยู่กับเจตจำนงทางการเมืองที่ต้องเคารพสิทธิเสรีภาพและสิทธิด้านสุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชนของทุกคน

ทิศทางของหลักประกันสุขภาพ

ในระยะเวลาที่ผ่านมา ระบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนได้รับการพัฒนาให้มีความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จนทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการที่มีคุณภาพบนมาตรฐานใกล้เคียงกัน มีความมั่นคง ยั่งยืน และเป็นธรรม โดยประเทศไทยสามารถบริหารจัดการงบประมาณเพื่อสุขภาพด้วยงบประมาณที่จำกัด อย่างไรก็ตาม ประชาชนเองจำเป็นต้องมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีความยั่งยืน โดยต้องระดมทรัพยากรเพิ่มขึ้น ทั้งการร่วมจ่ายภาษีเพิ่มขึ้นตามความสามารถ การร่วมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเพื่อยืดระยะเวลาการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล การเตรียมตัวเข้าสู่ภาวะสูงวัยที่มีสุขภาพดี และการเข้ามีส่วนร่วมในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทั้งการเข้าเป็นกรรมการ และการดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

ในส่วนของภาครัฐเอง ก็ควรจัดการกับปัญหาท้าทายต่างๆ อย่างจริงจัง อาทิ การลดความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพของทุกกลุ่มประชากร การใช้งบประมาณรัฐกับประชาชนทุกกลุ่มอย่างเสมอภาคด้วยการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เดียวกัน การจัดเก็บภาษีครอบคลุมกิจการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การส่งเสริมการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและระบบส่งต่อที่เหมาะสม²⁷ และการมีหน่วยงานกลางเพื่อบริหารระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศตามข้อเสนอของคณะกรรมการประสานระบบสุขภาพแห่งชาติ 3 กองทุน²⁸ เป็นต้น อีกทั้งควรส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าสุขภาพกาย โดยหมายรวมถึงการจัดสภาวะแวดล้อมทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ ที่เอื้อให้ประชาชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพที่ดี





ร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2558 ถูกคว่ำ สะตุด์โรดแมป

สร้างระบบรัฐบาลผสม - ลดความขัดแย้ง

หลัง คสช. เข้ายึดอำนาจเมื่อเดือนพฤษภาคม ปี 2557 ได้มีการแต่งตั้งองค์กรต่างๆ และกำหนดแนวทางปฏิรูปประเทศไทยผ่านเครือข่ายองค์กรเหล่านั้น หรือที่เรียกกันว่าแม่น้ำ 5 สาย หนึ่งในนั้นคือ กมธ. ยกร่างรัฐธรรมนูญจำนวน 36 คน มี ดร.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เป็นประธาน องค์กรประกอบของ กมธ. มาจากหลายฝ่าย ทั้งจากการคัดเลือกของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) รวมถึงคณะรัฐมนตรี (ครม.) เป้าหมายสำคัญ คือการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญฉบับถาวรซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศเพื่อบังคับใช้ภายหลัง คสช. คั้นอำนาจให้กับประชาชนผ่านการเลือกตั้งทั่วไป โดยกำหนดไว้ว่าหากร่างรัฐธรรมนูญเสร็จแล้ว ต้องนำไปขอความเห็นชอบจากประชาชนในขั้นตอนการลงประชามติ จึงจะเป็นการจบกระบวนการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญโดยสมบูรณ์

สำหรับหลักการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญฉบับปี 2558 นี้ ดร.บวรศักดิ์ระบุว่าต้องแก้ปัญหาความขัดแย้งของประเทศ

หนึ่งในเหตุการณ์สำคัญทางการเมืองในรอบปี 2558 คือ การจัดทำร่างรัฐธรรมนูญ (รธน.) ฉบับใหม่ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ถูกกำหนดไว้ในโรดแมป (road map) ของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ภายหลังเข้ายึดอำนาจการปกครองประเทศเมื่อเดือนพฤษภาคม ปี 2557 จะเร่งคั้นอำนาจให้มีการเลือกตั้งใหม่ หากร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ผ่านความเห็นชอบในการลงประชามติ อย่างไรก็ตาม ร่างรัฐธรรมนูญที่ร่างขึ้นโดยคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ (กรธ.) จนเสร็จสมบูรณ์เมื่อเดือนเมษายน 2558 ที่เชื่อกันว่า น่าจะผ่านความเห็นจาก สปช. กลับต้องสะดุดลง เพราะ สปช. กลับลงมติคว่ำร่างรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว ทำให้ คสช. ต้องตั้งคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญขึ้นมาร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่อีกครั้งหนึ่ง ส่งผลให้กระบวนการเลือกตั้งต้องเลื่อนออกไปอีกราว 1-2 ปี และรัฐบาล คสช. ต้องอยู่บริหารราชการแผ่นดินต่อไปอีก ทำให้กระทบถึงโรดแมป และสร้างความไม่พอใจให้กับกลุ่มการเมือง รวมถึงเกิดการต่อต้านรัฐบาลของกลุ่มนักวิชาการและนักศึกษาบางกลุ่มเพิ่มขึ้น

ที่ดำเนินมาถึง 8 ปีให้ได้ เพื่อไม่ให้เกิดการชุมนุมปะทะกัน ซึ่งที่ผ่านมาได้สร้างความเสียหายให้กับประเทศเป็นมูลค่าถึง 2 ล้านล้านบาท โดยจะยึดเจตนารมณ์สร้างพลเมืองให้เป็นใหญ่ การเมืองใสสะอาด สมดุล หนุนสังคมที่เป็นธรรม นำชาติสู่สันติสุข¹ โดยการยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่เป็นที่ยึดจับตาของทุกฝ่าย โดยเฉพาะพรรคการเมืองที่เกรงว่าจะถูกลดทอนอำนาจลง นักการเมืองอาชีพเชื่อว่า คสช. มีแนวโน้มจะร่างรัฐธรรมนูญเพื่อเปิดทางไปสู่การสืบทอดอำนาจตัวเอง แม้ว่ากระบวนการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญจะเปิดรับฟังความเห็นประชาชนโดยเดินสายจัดเวทีในต่างจังหวัด และให้ตัวแทนพรรคการเมือง ภาคเอกชน และภาคประชาชน มาแสดงความเห็นต่อ กมธ. ยกร่างรัฐธรรมนูญด้วย

ในช่วง 3 เดือนแรก กมธ. ได้คลอดรัฐธรรมนูญ “ร่างแรก” ซึ่งมี 315 มาตรา เพื่อส่งไปที่ประชุม สปช. พิจารณาท่ามกลางเสียงวิจารณ์จากพรรคเพื่อไทยและพรรคประชาธิปัตย์ที่เห็นว่า เนื้อหาร่างรัฐธรรมนูญไม่ตอบโจทย์เรื่องประชาธิปไตย อาทิ ที่มาของนายกรัฐมนตรีที่เปิดช่องให้คนนอกที่ไม่เป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.)

มาเป็นนายกรัฐมนตรีนได้ ส่วนที่มาของวุฒิสภานั้นไม่ได้มาจากการเลือกตั้งโดยตรง แต่ให้มาจากการสรรหา โดยกำหนดที่มาไว้ 5 ช่องทาง และกำหนดให้วุฒิสภามีอำนาจค่อนข้างมาก เช่น สามารถตรวจสอบประวัติของคณะรัฐมนตรีก่อนให้นายกฯ นำรายชื่อขึ้นทูลเกล้าฯ ขณะที่การเลือกตั้ง ส.ส. ได้นำระบบแบบสัดส่วนผสมจากเยอรมนีมาใช้ ซึ่งอาจกระทบต่อจำนวน ส.ส. ในระบบปาร์ตี้ลิสต์ของพรรคขนาดใหญ่ที่จะลดลง ส่วน ส.ส. ระบบบัญชีรายชื่อแบบเปิด หรือ Open List ได้เพิ่มอำนาจให้กับประชาชนสามารถเลือก ส.ส. บัญชีรายชื่อด้วยตัวเองได้

ที่สำคัญร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2558 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปและการปรองดองแห่งชาติ (คป.) ดังนี้ “ภายใน 5 ปี นับตั้งแต่การประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ถ้ามีความจำเป็นเพื่อรักษาความเป็นเอกราชของชาติ หรือมีกรณีที่เกิดความขัดแย้งอันอาจนำไปสู่ความรุนแรงขึ้นในประเทศ คณะกรรมการยุทธศาสตร์ฯ มีมติด้วยคะแนนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 มีอำนาจใช้มาตรการที่จำเป็นสำหรับจัดการสถานการณ์ดังกล่าวแทนได้ หลังจากมีการปรึกษากับประธานศาลรัฐธรรมนูญและประธานศาลปกครองสูงสุด” ประเด็นนี้ได้ก่อให้เกิดกระแสการคัดค้านอย่างรุนแรงจากพรรคการเมืองต่างๆ นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รองหัวหน้าพรรคประชาธิปัตย์ได้ระบุว่า กมธ. ได้ออกแบบรัฐธรรมนูญที่พาทุกคนย้อนยุคไปสู่จุดที่เคยมีปัญหาและก้าวผ่านมาแล้ว ร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ต้องการให้เกิดรัฐบาลผสมและออกแบบสภาที่มี ส.ส. เป็นเบี้ยหัวแตก เช่นเดียวกับนายนิกร จานง ที่ปรึกษาหัวหน้าพรรคชาติไทยพัฒนา ที่กล่าวว่า รัฐธรรมนูญนี้ถือว่าเดินหน้าไปสู่ความล่มจม และจะยิ่งเกิดการใช้นโยบายกับรากหญ้า ทำให้การเมืองเสียดุลยภาพ โดยการเลือก ส.ส. ของประชาชนจะเป็นการเลือกแบบหวังน้ำบ่อหน้า²

ในการพิจารณาร่างรัฐธรรมนูญ เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 แม้ว่าภาพรวมจะเห็นด้วยกับร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ เพราะเชื่อว่าจะช่วยสร้างความสมดุลในทางการเมือง โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้เกิดการใช้เสียงข้างมากของพรรคการเมืองจนกลายเป็นเผด็จการรัฐสภา แต่อีกด้านหนึ่งได้ท้วงติงว่า อาจนำมาซึ่งความอ่อนแอในทางการเมือง เพราะทำให้เกิดรัฐบาลผสมจากระบบการเลือกตั้งแบบ “สัดส่วนผสม” ที่คณะ กมธ. ยกร่างฯ นำมาใช้ ซึ่งจะทำให้เกิดพรรคการเมืองหลายพรรคในสภา นำมาซึ่งรัฐบาลผสมแบบ

ในอดีตก่อนมีรัฐธรรมนูญปี 2540 นอกจากนี้ยังมีเนื้อหา มุ่งลดอำนาจรัฐบาล โดยเพิ่มอำนาจข้าราชการ ดังเช่น การให้มี “คณะกรรมการดำเนินการแต่งตั้งข้าราชการโดยระบบคุณธรรม” นอกจากนี้ยังมีเสียงท้วงติงจากนายสมบัติ อารังธัญวงศ์ ประธาน กมธ. ปฏิรูปการเมืองที่มองว่า จุดบกพร่องของร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ คือ การมีรัฐบาลผสม จะไม่สามารถขับเคลื่อนประเทศให้ประชาชนอยู่ดีกินดี ลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับเป็นชนชั้นกลางได้สำเร็จ³

กระแสนัก กมธ. กอปรังหาง

หลังเสร็จสิ้นขั้นตอนการรับฟังความเห็นจาก สปช. ที่ใช้เวลาอภิปราย 7 วัน 7 คืน กมธ. ยกร่างรัฐธรรมนูญ ได้ปรับแก้ร่างรัฐธรรมนูญอีกครั้ง โดยเปิดให้สมาชิก สปช. คณะรัฐมนตรี และ คสช. ยื่นขอแก้ไขเนื้อหา ก่อนที่ กมธ. จะนำเสนอร่างรัฐธรรมนูญฉบับสมบูรณ์ ให้ สปช. ลงมติ ในขั้นตอนสุดท้ายในเดือนกันยายน 2558 แต่ช่วงโค้งสุดท้ายของการร่างรัฐธรรมนูญ ได้เกิดกระแสคัดค้านกดดันอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ฝ่ายการเมืองที่ไม่เห็นด้วยกับเนื้อหา ร่างรัฐธรรมนูญ แต่ยังรวมถึงองค์กรต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากร่างรัฐธรรมนูญ เช่น องค์กรอิสระที่ถูกลดอำนาจลง อาทิ คณะกรรมการการเลือกตั้ง ผู้ตรวจการแผ่นดิน คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมถึงสถาบันตุลาการก็แสดงท่าทีคัดค้าน โดยนายศรีอัมพร ศาลิคุปต์ ผู้พิพากษาอาวุโสในศาลฎีกาได้นำจดหมายเปิดผนึกผู้พิพากษา 1,380 คน ที่ไม่เห็นด้วยกับร่างรัฐธรรมนูญในเรื่องการเพิ่มสัดส่วน คณะกรรมการตุลาการศาลยุติธรรม (ก.ต.) ที่มาจากฝ่ายการเมือง⁴ หรือแม้แต่กำนันผู้ใหญ่บ้านก็ประกาศจะเคลื่อนไหวต่อต้าน เนื่องจากร่างรัฐธรรมนูญกำหนดให้มีองค์กรบริหารท้องถิ่นเต็มพื้นที่จังหวัดภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันประกาศใช้รัฐธรรมนูญ ซึ่งจะทำให้บทบาทของกำนันและผู้ใหญ่บ้านด้านการพัฒนาท้องถิ่นลดลง

แรงกดดันเหล่านี้ทำให้ กมธ. ต้องยอมปรับแก้เนื้อหาบางส่วนออกเพื่อลดแรงเสียดทาน อาทิ ตัด “สภาตรวจสอบภาคพลเมือง” และ “สมัชชาคุณธรรมแห่งชาติ” ออก รวมทั้งไม่ให้ “กลุ่มการเมือง” สามารถส่งผู้สมัคร ส.ส. ได้ และยกเลิก “โอเพ่น ลิสต์” ที่ถือเป็นนวัตกรรมที่ กมธ. คิดค้นขึ้นมาใหม่ การประนีประนอมดังกล่าวทำให้ร่างรัฐธรรมนูญฉบับที่ผ่านการกลั่นกรองเป็นร่างสุดท้ายและใช้เวลายกร่าง

รวมทั้งหมด 9 เดือน ยังคงเนื้อหาสำคัญอยู่ เช่น ที่มานายกรัฐมนตรียังคงเปิดช่องให้คนนอกมาเป็นได้ แต่ต้องผ่านความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎร ระบบเลือกตั้ง ส.ส. ที่กำหนดให้มีจำนวน ส.ส. 450-470 คน และเป็นครั้งแรกที่จะนำระบบเลือกตั้งแบบสัดส่วนผสมจากประเทศเยอรมนีมาใช้ ส่วนที่มาของ ส.ว. ให้เป็นลูกผสมคือ จากการเลือกตั้ง 77 คน และจากการสรรหา 123 คน นอกจากนี้ ร่างรัฐธรรมนูญ ยังมีเครื่องมือป้องกันประชานิยม โดยกำหนดให้พรรคการเมืองต้องกำหนดแหล่งที่มาของเงินในการหาเสียงของตน รวมทั้งมีข้อกำหนดให้การแก้ไขรัฐธรรมนูญทำได้ยากกว่าเดิม อีกทั้งยังคงให้มีคณะกรรมการยุทธศาสตร์การปฏิรูปและการปรองดองแห่งชาติ (คปป.) ตามข้อเสนอเดิม

การปรับแก้ในลักษณะ “ถอยกลางซอย” นี้ ดร.บวรศักดิ์ ยอมรับร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้อาจมีเนื้อหาไม่เป็นประชาธิปไตยเต็มที่ เพราะการจัดทำครั้งนี้ต่างจากปี 2540 และ 2550 ที่จะเขียนตามใจชอบไม่ได้ แต่ถูกล๊อคให้เขียนตามที่รัฐธรรมนูญชั่วคราวกำหนดไว้ ที่สำคัญต้องร่างให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย ถ้า กมธ. เขียนให้เป็นประชาธิปไตยเจ้า เมื่อถึงปี 2559 ที่ประกาศใช้ความขัดแย้งก็อาจกลับมาอีก เพราะนักการเมืองยังพูดเหมือนเดิม จะกลับไปสู่วางจรเก่า คือประชาธิปไตยเต็มใบบวกความขัดแย้งจนอาจนำไปสู่การร่างรัฐธรรมนูญครั้งใหม่อีก⁵

แม้จะมีการปรับแก้ร่างรัฐธรรมนูญในลักษณะประนีประนอมแล้ว แต่เมื่อถึงวันลงมติชี้ขาดร่างรัฐธรรมนูญในวันที่ 6 กันยายน 2558 กลับปรากฏว่า สปช. เกินครึ่งไม่รับร่างรัฐธรรมนูญ ด้วยคะแนน 135 ต่อ 105 โดยงดออกเสียง 7 เสียง ส่งผลให้ร่างรัฐธรรมนูญต้องตกไป และต้องเริ่มกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญใหม่อีกครั้ง ท่ามกลางเสียงวิพากษ์วิจารณ์ของนักการเมืองว่า เหตุที่ สปช. ไม่เห็นชอบร่างรัฐธรรมนูญเพราะไม่อยากให้รีบเลือกตั้ง แต่ต้องการให้ พล.อ.ประยุทธ์ เป็นนายกฯ บริหารประเทศต่อไป เพราะถ้าต้องร่างรัฐธรรมนูญใหม่อีกรอบ ก็เท่ากับเป็นการยืดเวลาบริหารราชการแผ่นดินไปอีกอย่างน้อยหนึ่งปีครึ่ง รวมทั้งมีกระแสข่าวว่า การคว่ำร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ ก็เนื่องมาจากความกังวลของ คสช. ว่า ร่างรัฐธรรมนูญฉบับปี 2558 อาจไม่ผ่านการลงประชามติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อการสนับสนุนรัฐบาลและ คสช. โดยก่อนการลงมติของ

สปช. ได้มีกระแสข่าวว่านายทหารชั้นผู้ใหญ่ของ คสช. ได้ลี้ภัยไปสมัชชก สปช. ให้คว่ำร่างรัฐธรรมนูญ โดยอ้างว่ามีการต่อรองเพื่อแลกกับการเข้าไปนั่งในสภาขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศที่จะมีการตั้งขึ้นใหม่⁶ ขณะที่นายไพบูลย์ นิติตะวัน กมธ. ยกร่างฯ กล่าวภายหลังการลงมติว่า สปช. ส่วนใหญ่ที่ไม่เห็นด้วยกับร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ เพราะเห็นว่าสถานการณ์ทางการเมืองยังมีความขัดแย้ง จึงเห็นว่าควรไม่รับร่างรัฐธรรมนูญเพื่อลดความขัดแย้งและเร่งแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจให้กับประชาชนก่อน⁷

เมื่อร่างรัฐธรรมนูญไม่ผ่านความเห็นชอบจาก สปช. ทำให้ต้องนับหนึ่งเพื่อเริ่มกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญใหม่อีกครั้งหนึ่ง โดย คสช. ได้ตั้งกรรมการร่างรัฐธรรมนูญชุดใหม่ 21 คน มีนายมีชัย ฤชุพันธ์ ที่ปรึกษา คสช. เป็นประธานฯ กำหนดร่างรัฐธรรมนูญให้เสร็จภายใน 180 วัน จากนั้นจึงจะมีการลงประชามติและออกกฎหมายลูกให้เสร็จ ทำให้การเลือกตั้งต้องเลื่อนออกไปเป็นประมาณปี 2560 ซึ่งเป็นไปตามสูตร 6-4-6-4 ที่ นายวิษณุ เครืองาม รองนายกฯ ระบุไว้⁸ กล่าวคือใช้เวลาร่างรัฐธรรมนูญ 6 เดือน เตรียมการทำประชามติ 4 เดือน ถ้าผ่านประชามติจะมีการทำกฎหมายลูกและเสนอต่อ สนช. รวมถึงส่งให้ศาลรัฐธรรมนูญพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน จากนั้นก็จะรณรงค์หาเสียงเลือกตั้งอีกราว 4 เดือน รวมระยะเวลาทั้งหมด 20 เดือน

ร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับมีชัย ฤชุพันธ์

แม้การยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับแรกภายใต้ คสช. จะสะดุดลงกลางทาง แต่กลไกการร่างรัฐธรรมนูญก็ยังคงเดินหน้าต่อโดยเปลี่ยนจาก “คณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญ” มาเป็น “คณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญ” ที่มีนายมีชัย ฤชุพันธ์ เป็นประธาน โดยมีกำหนดเสร็จร่างฉบับสมบูรณ์ในเดือน เมษายน 2559 ซึ่งเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2559 ร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ (ร่างแรก) ได้ถูกนำเสนอให้กับสาธารณชนรับทราบเพื่อรับฟังความคิดเห็นของฝ่ายต่างๆ ก่อนจะนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยเค้าโครงของร่างรัฐธรรมนูญฉบับ “มีชัย” ได้ปรับปรุงเนื้อหาส่วนใหญ่มาจากร่างของ “บวรศักดิ์” และยังคงหลักการเดิมที่สำคัญคือ เปิดช่องให้คนนอกมาเป็นนายกรัฐมนตรีได้ ให้ ส.ว. มาจากเลือกตั้งทางอ้อม 200 คน ระบบเลือกตั้ง ส.ส. เป็นระบบ “จัดสรรปันส่วนผสม”

ใช้บัตรเดียนับคะแนนสองระบบ ซึ่งไม่ยุ่งยากเหมือนระบบ “สัดส่วนผสม” ในร่างชุด ดร.บวรศักดิ์ ส่วนเนื้อหาที่มีการปรับแก้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ไม่ให้มีคณะกรรมการ คปป. ดังในร่างแรก แต่ให้ศาลรัฐธรรมนูญเป็นผู้วินิจฉัยปัญหาเพื่อหาทางออกทางการเมืองจากมาตรา 7 ที่เคยเป็นปัญหาถกเถียงในช่วงวิกฤตการเมือง นอกจากนี้ยังปรับจำนวนมาตราในร่างรัฐธรรมนูญให้น้อยลงกว่าเดิม เหลือ 15 หมวด 270 มาตรา

อีกประเด็นหนึ่งที่เป็นเรื่องใหม่และมีความสำคัญคือ มาตรา 190 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยกระทรวงการคลังได้มีหนังสือถึงคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญตามคำสั่งของ คสช. ขอให้แก้ไขเพิ่มเติมร่างรัฐธรรมนูญในมาตรา 190 และมาตรา 204 วรรค 2 โดยมีเนื้อหาห้ามไม่ให้มีการออกกฎหมายเพื่อจัดเก็บและจัดสรรภาษีเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ (Earmarked Tax) รวมทั้งให้มีบทเฉพาะกาลให้หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยกฎหมายลักษณะนี้บังคับใช้ไปได้อีกไม่เกิน 4 ปี ทำให้ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณให้องค์กรสาธารณประโยชน์ เช่น สสส. องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ไทยพีบีเอส) และกองทุนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ แม้ว่าโดยความเป็นจริงแล้ว สสส. จะได้รับการจัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดเก็บ “ภาษีบาป” เพิ่มขึ้น 2% จากอัตราปกติ เพื่อนำมาใช้จ่ายในการกิจของ สสส. จึงไม่ได้ส่งผลกระทบต่อรายได้ของรัฐบาลแต่อย่างใด เช่น เดิมกรมสรรพสามิตเก็บได้ 100% ก็ให้เก็บเพิ่มเป็น 102% จึงหมายความว่า ภาษีที่รัฐเก็บได้จากผลิตภัณฑ์เหล่านี้ ยังอยู่ครบถ้วน 100% ไม่ได้หายไปไหน⁹ แต่หลายฝ่ายกลับเข้าใจผิดว่ากองทุนในลักษณะ Earmarked Tax จะทำให้รัฐไม่สามารถเก็บภาษีได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย

สำหรับความเคลื่อนไหวของสังคมต่อร่างรัฐธรรมนูญฉบับนายมีชัย นั้น มีความเคลื่อนไหวของกลุ่มต่างๆ ในหลายประเด็น เช่น นักการเมืองที่ได้รับผลกระทบจากร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้ออกมาวิพากษ์วิจารณ์อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับรูปแบบการเลือกตั้งและขั้นตอนการคัดเลือกสมาชิกวุฒิสภา ส่วนเครือข่ายองค์กรภาคีด้านสุขภาพ 579 องค์กร

ได้คัดค้านการยกเลิก Earmarked Tax เนื่องจากเป็นหลักปฏิบัติสากลและไม่ได้กระทบต่อการจัดเก็บภาษีรัฐ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนสำคัญทั้งหมดอยู่ที่การทำประชามติที่จะมีขึ้นกลางปี 2559 ซึ่งจะเป็นตัวชี้ว่า ร่างรัฐธรรมนูญที่ร่างมาถึงสองครั้งนี้ จะผ่านและนำมาบังคับใช้เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศต่อไปหรือไม่ และยังเป็นปัจจัยชี้ทิศทางของรัฐบาลว่า จะอยู่บริหารประเทศต่อเนื่องอีกกี่ปี เช่นเดียวกับกับการปฏิรูปประเทศ ที่สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) เป็นผู้รับไม้ต่อจาก สปช. จะสามารถผลักดันระเบียบวาระ และข้อเสนอต่างๆ ให้สำเร็จได้มากน้อยเพียงใด ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางการเมืองครั้งสำคัญของประเทศ

บทสรุป

กระบวนการร่างรัฐธรรมนูญเพื่อเป็นหนทางไปสู่การปฏิรูปประเทศ และนำพาประเทศเข้าสู่ระบอบการเมืองแบบประชาธิปไตย ผ่านการใช้อำนาจอธิปไตยของประชาชน โดยการเลือกตั้งนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายเลย การร่างรัฐธรรมนูญท่ามกลางกระแสความขัดแย้งทางการเมือง และการต่อต้านประเด็นการปฏิรูปที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรของรัฐ นักการเมือง และกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ นั้น ทำให้กระแสต่อต้านและวิพากษ์วิจารณ์ร่างรัฐธรรมนูญในประเด็นต่างๆ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตามร่างรัฐธรรมนูญปี 2558 ที่ถูกคว่ำไปและร่างฉบับปี 2559 นั้น มีข้อกำหนดการสรรหาผู้แทนประชาชน โดยเฉพาะ ส.ส. และ ส.ว. ที่แตกต่างไปจากรัฐธรรมนูญของไทยในอดีต ซึ่งย่อมจะส่งผลกระทบต่อระบอบการเลือกตั้ง และผลลัพธ์ทางการเมืองที่อาจแตกต่างออกไป จึงต้องจับตามองว่า ร่างรัฐธรรมนูญปี 2559 จะได้รับการแก้ไขในประเด็นใดบ้าง และจะผ่านขั้นตอนการลงประชามติจนนำไปสู่การออกกฎหมายลูก เพื่อให้เกิดการเลือกตั้ง และคืนอำนาจให้กับประชาชนตามโรดแมปของ คสช. หรือไม่ หากร่างรัฐธรรมนูญไม่ผ่านการลงประชามติ นายกรัฐมนตรีและหัวหน้า คสช. ก็อาจหยิบยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใดฉบับหนึ่งมาปรับปรุง เพื่อออกเป็นรัฐธรรมนูญและจัดการเลือกตั้ง โดยไม่ต้องทำการลงประชามติอีก ปี 2559 จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะกำหนดอนาคตทางการเมืองของไทย





ปฏิบัติการ “ยึด” คืบคืนป่า

ปัญหาซับซ้อนกว่าที่คิด

“ทวงคืนผืนป่า” คือหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล คสช. ภายใต้การนำของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่มีเป้าหมายเพื่อ “คืนความสุขและความเป็นธรรม” ให้กับประชาชนคนไทย เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ช่วงปลายปี 2557 นโยบายดังกล่าว เป็นอีกนโยบายหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจจากสังคมเป็นอย่างมาก โดยมีแนวคิดหลักจะเรียกคืนพื้นที่ป่าไม้ของประเทศ ที่ถูกบุกรุกแผ้วถาง หรือนำมาใช้ผิดวัตถุประสงค์ของการจัดสรรที่ดินเพื่อบรรเทาปัญหาการขาดแคลนที่ทำกิน ของเกษตรกรในอดีต

มูลเหตุสำคัญของการทวงคืนผืนป่ามาจากการที่สัดส่วน พื้นที่ป่าไม้ของประเทศไทยลดลงเหลือเพียงร้อยละ 32 ในปัจจุบัน ภาครัฐจึงกำหนดแผนแม่บทการพิทักษ์ทรัพยากร ป่าไม้ ที่มีเป้าหมายทวงคืนผืนป่าให้เพิ่มกลับมาเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 40 ภายใน 10 ปี โดยกำหนดวัตถุประสงค์ ในการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ

- 1) เพื่อหยุดยั้งการตัดไม้ทำลายป่าและทวงคืนผืนป่า จากผู้บุกรุก ครอบครอง ให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดภายใน 1 ปี
- 2) เพื่อให้มีระบบบริหารจัดการทรัพยากรป่าไม้ มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และยั่งยืน ภายใน 2 ปี
- 3) เพื่อฟื้นฟูสภาพป่าในพื้นที่ป่าเป้าหมายทั่วทั้ง

ประเทศให้มีสภาพที่สมบูรณ์ภายใน 2 – 10 ปี

ในระยะแรกของการดำเนินการจะมุ่งเป้าไปที่การจัดการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มนายทุนใหญ่ และผู้มีอิทธิพลที่เข้าไป บุกรุกพื้นที่ป่าไม้เพื่อสร้างรีสอร์ทที่พัก โรงแรม หรือกิจกรรม อื่นๆ เพื่อผลกำไรในเชิงธุรกิจ ซึ่งในที่นี่รวมถึงการบุกรุก จับจองพื้นที่ของนายทุน การบุกรุกขยายพื้นที่เพื่อทำ การเกษตรแบบพันธสัญญา และการออกเอกสารสิทธิ โดยมิชอบ¹

ปมปัญหาบุกรุกที่ดิน ไม่ง่ายอย่างที่คิด

หลังจากการประกาศเดินหน้านโยบาย “ทวงคืนผืนป่า” ก็ปรากฏข่าวที่เป็นประเด็นใหญ่ของสังคมเมื่อเจ้าหน้าที่รัฐ ได้เข้าไปทวงคืนพื้นที่ป่าหลายผืนที่ถูกพลิกผืนเป็นรีสอร์ท

และแหล่งท่องเที่ยวชื่อดัง และออกคำสั่งให้เจ้าของโรงแรม และรีสอร์ทต่างๆ รื้อถอนที่พักที่เข้าข่ายรุกป่าพื้นที่ป่าไม้หลายแห่ง ไม่ว่าจะในพื้นที่บริเวณเขาค้อ จ.เพชรบูรณ์ วังน้ำเขียวและปากช่อง จ.นครราชสีมา รวมถึงภูทับเบิก จ.เพชรบูรณ์ จากจุดแรกก็ได้ขยายวงกว้างออกไปยังพื้นที่ต่างๆ ในหลายจังหวัด เปรียบได้กับการค้นพบปัญหาบุกรุกที่ดินที่ซับซ้อนและถูกซ่อนไว้เป็นเวลานานให้คลายออกแต่ในเวลาต่อมา นโยบาย “ทวงคืนผืนป่า” ได้ขยายวงออกไปและเริ่มส่งผลกระทบต่อเกษตรกรจำนวนมากด้วยเช่นกัน

เหตุการณ์ใหญ่ที่ถูกประเมินว่า ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรและประชาชนจำนวนมากไม่น้อย คือการทวงคืนผืนป่าอย่างเข้มข้น หลังการประกาศคดีเคียเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2558 โดยคราวนี้รัฐบาลได้มุ่งไปที่สวนยางพาราที่รุกป่าพื้นที่ป่าไม้ใน 62 จังหวัดทั่วประเทศ โดยตั้งเป้าหมายที่ดินจำนวน 6 แสนไร่ ในปี 2558 และอีก 9 แสนไร่ ในปี 2559 ทำให้เกิดกระแสต่อต้านและการวิพากษ์วิจารณ์ในสังคมอย่างกว้างขวาง เพราะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินนโยบายคราวนี้ไม่ได้มีเพียงแต่กลุ่มนายทุนเท่านั้น แต่รวมถึงเกษตรกรและประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศจำนวนมาก โดยหลายฝ่ายตั้งข้อสังเกตว่า เพราะเหตุใดปฏิบัติการทวงคืนผืนป่าจึงเน้นไปที่พื้นที่รุกป่าที่ปลูกยางพาราเป็นหลัก ส่วนพืชผลอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ที่เชื่อกันว่าเป็นการผลิตเพื่อรองรับตลาดแบบเกษตรพันธสัญญา ซึ่งก่อปัญหาด้านมลพิษและสิ่งแวดล้อมมากกว่าพืชเศรษฐกิจอื่นๆ กลับไม่ถูกทวงคืนผืนป่าภายใต้นโยบายเดียวกัน นี่เองจึงกลายเป็นประเด็นร้อนและเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งรัฐบาลต้องหาคำตอบให้กับสังคม หากต้องการคลายปมปัญหาการบุกรุกผืนป่าของประเทศ และสร้างความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรป่าไม้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยเร่งการรุกป่าผืนป่า... เกษตรพันธสัญญาถูกจับตามอง

ที่จริงแล้ว การบุกรุกพื้นที่ป่าไม้ทั้งที่เป็นเขตหวงห้าม ลักษณะต่างๆ หรือพื้นที่ป่าไม้ทั่วไป ไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในสังคมไทย แต่วัตถุประสงค์ในการรุกป่าที่ผืนป่าในปัจจุบันดูเหมือนจะมีความสลับซับซ้อนมากกว่าในอดีต จากเดิมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการอยู่อาศัยและเพาะปลูกเพื่อความอยู่รอดของครอบครัวและเผ่าพันธุ์ ได้ขยายวงกว้าง

เป็นการเพาะปลูกเพื่อจำแนกจ่ายแจกและค้าขาย มาเป็นการเพาะปลูกเพื่อการพาณิชย์ทั้งที่เป็นทางตรงหรือเกษตรพันธสัญญา (Contract Farming) การเปลี่ยนผ่านนี้แสดงให้เห็นถึงการรุกคืบของลัทธิทุนนิยมบนผืนดินสาธารณะ โดยนายทุนตั้งใจเข้ามาควบคุมกลไกทางการตลาดแบบเบ็ดเสร็จโดยอาศัยเกษตรกรให้เป็นผู้ผลิตภายใต้ห่วงโซ่อุปทานของตน ขณะเดียวกันที่ดินที่ถูกบุกรุกบางส่วนก็ถูกปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับกลุ่มทุนประเภทอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยวตามกระแสเศรษฐกิจหลักของสังคมด้วย

การรุกเข้าและหลอกล่อจากนายทุน เพื่อกระตุ้นให้เกษตรกรผู้ใช้สิทธิบนที่ดินของตนยอมถ่ายโอนกรรมสิทธิ์ ถูกดำเนินการผ่านข้อเสนอเชิงผลประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวเงิน ส่วนแบ่งบนผลกำไร สิทธิโควตาในการส่งผลผลิตสู่ตลาด หรือแม้กระทั่งการเป็นหุ้นส่วนในกิจการ เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนดึงดูดใจเกษตรกรผู้มีเคยสัมผัสเงินก้อนโต หรือผลประโยชน์ก้อนใหญ่เช่นนี้ในที่สุดเกษตรกรจึงยินยอมพร้อมใจถ่ายโอนกรรมสิทธิ์ในที่ดินของตนให้กับกลุ่มนายทุน จากผืนที่หนึ่งไปสูผืนที่สอง และผืนถัดไปตามทฤษฎี Complexity ที่ให้คำอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมเกษตรกรรมทั่วโลกว่า กลุ่มสังคมใดสังคมหนึ่ง มักจะมีพฤติกรรมการตัดสินใจลงทุนเพาะปลูกในทิศทางตามกัน คล้ายกับนกและปลาที่ชอบบินหรือว่ายน้ำตามกัน เป็นฝูง พฤติกรรมดังกล่าวนี้จะตกเป็นเหยื่อของตลาดแบบทุนนิยมผูกขาดในที่สุด²

ตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงการลุกลามของปัญหาการรุกป่าพื้นที่ป่าไม้ ที่มีสาเหตุมาจากกิจกรรมการเพาะปลูกแบบเกษตรพันธสัญญา คือ กรณีการบุกรุกเผาพื้นที่ป่าไม้เพื่อดำเนินการเพาะปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ในพื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนบนหลายจังหวัด เช่น เชียงใหม่ แพร่ น่าน ลำพูน และลำปาง ข้อมูลจากรายงานของกรมพัฒนาที่ดินระบุว่า³ พื้นที่ปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ในภาคเหนือทั้งหมดมีจำนวนทั้งสิ้น 5,592,375 ไร่ อยู่ในเขตพื้นที่ป่า 3,025,959 ไร่ ขณะที่สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรชี้ให้เห็นว่า พื้นที่เพาะปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ในภูมิภาคหลัก ประกอบด้วยภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของภาคปศุสัตว์ โดยระหว่างปี 2545-2556 มีการทำไร่ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 109 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 61 เป็นพื้นที่ป่าไม้ หรือคิดเป็น

พื้นที่ประมาณ 30,000 ไร่ ผลผลิตเกือบทั้งหมดจะไหลเข้าสู่กระบวนการผลิตที่มีต้นน้ำอยู่ที่กลุ่มอุตสาหกรรมอาหารสัตว์ของนายทุนแบบผูกขาด⁴

ต่างมุมมอง...เสียงสะท้อนต่อนโยบาย “ทวงคืนผืนป่า”

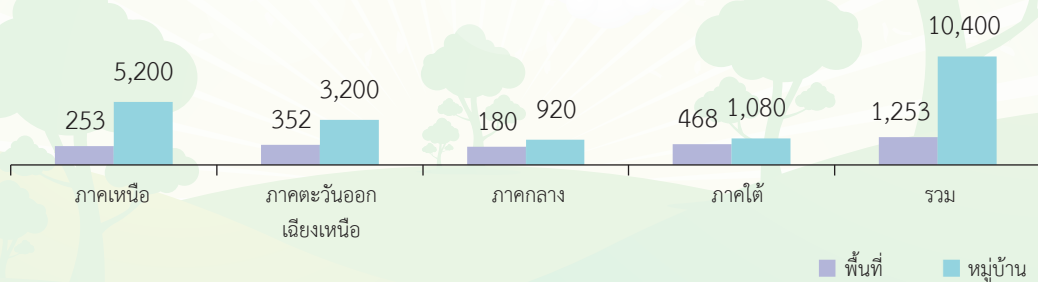
หลายหลากเสียงสะท้อนกับนโยบาย “ทวงคืนผืนป่า” ถูกเผยแพร่ผ่านสื่อประเภทต่างๆ หลากหลายช่องทาง ในวันนี้จะสรุปให้เห็นประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของคนไทยที่เกี่ยวข้องทางตรงและทางอ้อม ดังนี้

มาตรการทวงคืนผืนป่าได้สร้างความเดือดร้อนให้กับเกษตรกรรายย่อยจำนวนมาก แม้ว่าเป้าหมายของการทวงคืนผืนป่าจะมุ่งไปที่กลุ่มนายทุนก็ตาม ในช่วงเดือนมิถุนายน 2558 ผู้ได้รับผลกระทบจากการดำเนินนโยบายในพื้นที่ 12 จังหวัด ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รวมตัวกันออกมาร้องขอความเป็นธรรมเกี่ยวกับมาตรฐานในการดำเนินนโยบายโดยชุมชนความไม่เป็นธรรมเกี่ยวกับการนิยามคำว่า “นายทุน” ที่มีความคลาดเคลื่อน หลักฐานสำคัญที่ยืนยันคือจำนวนผู้ที่ถูกดำเนินคดี ในข้อหาไม้ไม้ไว้ในครอบครองกว่า 500 คดี มีคดีของนายทุนที่แท้จริงเพียง 10 ราย เท่านั้นที่เหลือเป็นคดีของเกษตรกรรายย่อย นอกจากนี้ยังมีข้อกล่าวหาว่า เจ้าหน้าที่ภาครัฐไม่ให้ความยุติธรรมในการเข้าถึงฐานทรัพยากร เนื่องจากไม่มีการแต่งตั้งพื้นที่สัมปทานเหมืองแร่ พลังงาน และอุตสาหกรรม ทั้งๆ ที่อยู่ในข่ายการรุกรานพื้นที่ป่าไม้เช่นเดียวกัน⁵

ข้อโต้แย้งสำคัญของผู้ได้รับผลกระทบจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว คือ นโยบายการทวงคืนผืนป่า ขาดความชัดเจนในแง่การจำแนกและระบุว่าจะเกษตรกรรายใดที่เป็นนายทุน เนื่องจากขาดหลักฐาน และแนวเขตป่าไม้ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ประชาชนจำนวนมากไม่ได้รับรู้ซึ่งได้รับการผ่อนผันให้อยู่อาศัยในเขตป่ามาก่อน กลับถูกบังคับให้รื้อถอนและอพยพออกจากพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและที่อยู่อาศัย ตลอดจนการไร้ที่ดินทำกินของประชาชนจำนวนมาก หน่วยงานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์นี้มีสาเหตุมาจากระบบข้อมูลและการบริหารจัดการที่ดิน สิทธิในที่ดินและเอกสารสิทธิในที่ดิน และระบบภาษีที่ดินที่ขาดประสิทธิภาพ⁶

ท่ามกลางบรรยากาศการเรียกร้องขอความเป็นธรรมจากเกษตรกร ข้อมูลที่ถูกเปิดเผยและตั้งคำถามจากคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชนบท (ก.ป.อพช.) คือ “รัฐจะบังคับอพยพชาวบ้านทั้งหมดนี้ไปไว้ที่ไหน และเมื่อบังคับอพยพชาวบ้านออกมาแล้ว จะทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้านหายจากความยากจนได้อย่างไร” เมื่อศึกษาในรายละเอียดในแง่จำนวนผู้ได้รับผลกระทบทางตรงในเรื่องดังกล่าว พบว่าจะต้องมีการอพยพชาวบ้านออกจากพื้นที่ป่าทั้งหมด 1,253 พื้นที่ รวม 10,400 หมู่บ้าน แบ่งเป็น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 352 พื้นที่ 2,300 หมู่บ้าน ภาคเหนือ 253 พื้นที่ 5,200 หมู่บ้าน ภาคใต้ 468 พื้นที่ 1,080 หมู่บ้าน และภาคกลาง 180 พื้นที่ 920 หมู่บ้าน⁷

จำนวนพื้นที่และหมู่บ้านที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากนโยบายทวงคืนผืนป่า



ที่มา: คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชนบท, 2558

ในช่วงปลายเดือนธันวาคม 2558 กลุ่มสหพันธ์เกษตรกรภาคเหนือ (สกน.) ได้ร่วมกับขบวนการประชาชนเพื่อสังคมที่เป็นธรรม (ขปส. หรือพีมูฟ) ก็ได้รวมตัวออกมาตอกย้ำถึงปัญหาดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลเร่งแก้ไขปัญหาเรื่องที่ดิน ทบพทวนนโยบายทวงคืนผืนป่า เดินหน้าพิจารณาการออกโฉนดชุมชนและธนาคารที่ดิน รวมถึงทบทวนการประกาศอุทยานฯ ทับที่ชุมชน เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ส่งผลให้ในเวลาถัดมา พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้ออกมายอมรับถึงผลกระทบจากการดำเนินนโยบาย “ทวงคืนผืนป่า” ที่มีต่อประชาชนราว 20 ล้านคน และสั่งการให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจัดระเบียบการอยู่อาศัย ไม่ต้องผลักดันชาวบ้านออกจากพื้นที่ โดยให้อยู่อาศัยแบบแปลงรวม แต่จะไม่มีการออกโฉนดหรือโฉนดชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียพื้นที่ป่าไม้ซ้ำซ้อน⁸

ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ การเผาป่า และปัญหาสุขภาพ

นอกเหนือจากผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตแล้ว เสียงสะท้อนอีกมุมหนึ่งได้เรียกร้องให้มีการจัดการที่เป็นธรรมเพื่อแก้ปัญหาการบุกรุกพื้นที่ป่าไม้ สำหรับเพาะปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์แบบเกษตรพันธสัญญา ที่ถูกปล่อยปละละเลยและขาดการจัดการอย่างเป็นระบบและจริงจัง จนกระทั่งนำมาซึ่งผลกระทบด้านสุขภาพในวงกว้างต่อประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่โดยรอบ เนื่องจากการปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ของเกษตรกรภาคเหนือจะใช้วิธี “เผาป่า” เป็นหลัก ด้วยข้อจำกัดในแง่สภาพภูมิศาสตร์ของพื้นที่เพาะปลูกที่เป็นที่เนิน ไม่สามารถไถกลบได้เหมือนกับพื้นที่ราบ การปลูกข้าวโพดเริ่มจากการบุกรุก แฉ้วถางป่ามาทำเป็นพื้นที่เพาะปลูก และหลังจากเก็บเกี่ยวก็มักมีการเผาตอซัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมลพิษ ทางอากาศที่เกิดขึ้นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายนตลอดหลายปีที่ผ่านมา

หากจะกล่าวโทษเกษตรกรผู้เพาะปลูกข้าวโพดเพียงฝ่ายเดียวอาจไม่ถูกต้องนัก เนื่องด้วยอีกสาเหตุที่เปรียบเสมือนปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการผลิตดังกล่าวก็คือการทำเกษตรแบบพันธสัญญาระหว่างเกษตรกรกับกลุ่มนายทุน ทำให้หลายพื้นที่ในภาคเหนือถูกเผาถาง จากพื้นที่ป่ากลับกลายเป็นหุบเขาแห่งข้าวโพด (corn valley) ส่งผลให้ทุกปี

พื้นที่หลายจังหวัดทางภาคเหนือต้องกลายเป็นเมืองแห่งหมอกควันสีเทา เนื่องจากเปลือกและตอซังของข้าวโพดเหล่านี้มากกว่า 3-5 พันตัน ถูกกำจัดด้วยวิธีการเผาทิ้งนั่นเอง

สถานการณ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ตั้งแต่ต้นปี 2558 ถึง 2 สัปดาห์แรก ของเดือนมีนาคม มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐ รวม 37,000 ราย หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 3,000 ราย ยังผลให้จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 9 เท่า มีผู้เข้ารับการรักษา โรคตาอักเสบและโรคผิวหนังอักเสบ วันละจำนวนมาก⁹ นอกจากนี้มีข้อห่วงใยว่า อัตราการป่วยของมะเร็งปอดของประชากรในเชียงใหม่สูงกว่ากรุงเทพมหานครและสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย และตั้งแต่มีปัญหาหมอกควัน อัตราป่วยของโรคทางเดินหายใจก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย¹⁰

สรุป

เสียงสะท้อนที่ดังก้องจากสังคมเกี่ยวกับนโยบาย “ทวงคืนผืนป่า” ของ คสช. นี้ นับเป็นเรื่องท้าทายที่ภาครัฐจำเป็นต้องใช้วิจารณญาณในการรับฟังอย่างจริงจัง เพราะหากโจทย์ใหญ่ของนโยบายนี้อยู่ที่ความตั้งใจที่จะ “คืนความเป็นธรรม” ให้กับประชาชนอย่างแท้จริงแล้ว ภาครัฐจะต้องพยายามอย่างหนักที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม ให้ความสำคัญกับประชาชนทุกฝ่ายที่ได้รับผลกระทบ ด้วยการกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการคุ้มครองสิทธิของเกษตรกรรายย่อย โดยเร่งทำความเข้าใจและกำหนดแนวทางรองรับกับกลุ่มเกษตรกรที่ถูกสั่งให้อพยพออกจากพื้นที่ ขณะเดียวกันก็ควรพิจารณาปัญหาการบุกรุกพื้นที่ป่าอันเนื่องมาจากการเกษตรระบบพันธสัญญา ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาหมอกควันที่เกิดจากการเผาป่า จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพของประชาชนในภาคเหนือ ภาคอีสานและภาคกลางตอนบน ทั้งนี้เพื่อให้ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายของรัฐส่งผลให้เกิดการ “คืนความสุขและความเป็นธรรม” ให้กับประชาชนคนไทยได้อย่างแท้จริง



4 วันที่รอคอย กฎหมายโฉนดชุมชน และธนาคารที่ดิน



ในปี 2558 มีการผลักดันร่างกฎหมายโฉนดชุมชนและธนาคารที่ดิน เพื่อเป็นทางออกหนึ่งของการแก้ไขปัญหาที่ดิน ได้อย่างยั่งยืน โดยที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ได้ลงมติเห็นชอบกับร่าง พ.ร.บ. โฉนดชุมชน (ร่าง พ.ร.บ. สิทธิชุมชนในการจัดการที่ดินและทรัพยากรธรรมชาติในรูปแบบโฉนดชุมชน) เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2558 และเห็นชอบกับร่างพระราชบัญญัติธนาคารที่ดิน ในวันที่ 9 มิถุนายน 2558 ตามข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและด้อยโอกาส จากนั้น จะมีการปรับปรุงร่าง พ.ร.บ. ทั้งสองฉบับและเสนอให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติเห็นชอบต่อไป

ร่าง พ.ร.บ. โฉนดชุมชนจะส่งเสริมให้ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นชุมชนได้มีสิทธิประโยชน์ในที่ดิน ช่วยแก้ปัญหาข้อพิพาทระหว่างรัฐกับประชาชนในที่ดินทำกินซึ่งเป็นทางตันในอดีต ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปให้ชุมชนร่วมรักษาทรัพยากรธรรมชาติ แต่จะต้องมีแนวทางในการป้องกันการขายสิทธิในที่ดินดังกล่าว ส่วนร่าง พ.ร.บ. ธนาคารที่ดินจะเป็นกลไกการกระจายการถือครองที่ดินอย่างเป็นธรรม สนับสนุนให้เกษตรกรผู้ยากไร้มีที่ดิน

ทำกินหรือที่อยู่อาศัย ส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดินร่วมกันของชุมชนในรูปแบบของโฉนดชุมชน และสนับสนุนการบริหารจัดการที่ดินของรัฐและที่ดินเอกชนเพื่อให้ใช้ประโยชน์ที่ดินอย่างเหมาะสม ยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยธนาคารที่ดินจะอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงการคลัง มีหน้าที่หลักคือให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่เกษตรกรที่ที่ดินกำลังจะหลุดมือ ตลอดจนช่วยผู้ยากจนในการเช่าซื้อที่อยู่อาศัย

ย้อนอดีต ปัญหาเรื่องสิทธิทำกิน

ที่ดินเป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลิตภาคเกษตร ดังนั้นปัญหาเรื่องสิทธิในการใช้ประโยชน์ที่ดินจึงเป็นปัญหาหลักของเกษตรกร เนื่องจากเกษตรกรจำนวนมากทำการเกษตรบนที่ดินสาธารณะ ที่ดินป่าสงวน หรือที่ดินซึ่งไม่มีเอกสารสิทธิมาเป็นเวลายาวนาน และได้เรียกร้องในเรื่องสิทธิทำกินเพื่อให้ภาครัฐเข้ามาแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายทศวรรษ ปัญหาดังกล่าวสืบเนื่องมาจากนโยบายของรัฐในอดีต ที่มีมุมมองว่าการบุกเบิกที่ดินของรัฐเป็นการช่วยพัฒนาประเทศและช่วยให้ประชาชนมีที่ดินทำกิน จึงส่งผลให้เกิดการแผ้วถางป่าเพื่อทำการเกษตรอย่างกว้างขวาง แต่ในเวลาต่อมาได้มีการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2506-2509) ซึ่งกำหนดให้รักษาพื้นที่ป่าไม้ไว้ร้อยละ 50 ของพื้นที่ประเทศ หรือประมาณ 160 ล้านไร่ แต่เมื่อประชากรขยายตัวเพิ่มขึ้นพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติได้ถูกแผ้วถางจนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 40 ของพื้นที่ประเทศ

ดังนั้น เมื่อมีการออกกฎกระทรวงกำหนดเขตป่าสงวนแห่งชาติทั่วประเทศ จึงทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งที่เข้าไปบุกเบิกพื้นที่ทำกินตามนโยบายเดิมของรัฐ กลายเป็นผู้บุกรุกป่าสงวนแห่งชาติโดยปริยาย รวมทั้งมีการให้สัมปทานป่าไม้ ทำให้มีการเปิดป่าและย้ายเข้าตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ต่างๆ ประกอบกับการส่งเสริมเกษตรเชิงพาณิชย์โดยเฉพาะพืชไร่อย่างกว้างขวาง ทำให้มีการจับจองพื้นที่เพาะปลูกจำนวนมาก¹ นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายอีกหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการสงวนหวงห้ามที่ดินของรัฐไว้ใช้ประโยชน์เพื่อกิจการอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่งผลให้ประชาชนที่อยู่ในเขตที่ดินดังกล่าวไม่ว่าจะอยู่มาก่อน หรือเข้าไปในที่ดินนั้นภายหลัง ก็ถือว่าเป็นผู้บุกรุกที่ดินของรัฐทั้งสิ้น เช่น พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช 2457 (ขึ้นทะเบียนที่ สาธารณประโยชน์เพื่อประชาชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน) พ.ร.บ. ว่าด้วยการสงวนหวงห้ามที่ดินรกร้างว่างเปล่าอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน พุทธศักราช 2478 (สงวนหวงห้ามที่ดินรกร้างว่างเปล่า) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามก่อนหน้าปี 2535 รัฐมีนโยบายค่อนข้างผ่อนปรนต่อการบุกรุกที่ดินของรัฐ แต่ต่อมาพิจารณาเห็นว่าการบุกรุกที่ดินดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการปกครอง นับวันปัญหายิ่งซับซ้อนและ

รุนแรงยิ่งขึ้น จึงได้ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่ดินของรัฐ พ.ศ. 2535 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2535 และตั้ง “คณะกรรมการแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่ดินของรัฐ” เรียกโดยย่อว่า “กบร.” ต่อมาแก้ไขเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่ดินของรัฐ พ.ศ. 2545 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่ดินของรัฐ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547 ตามลำดับ เพื่อพิสูจน์สิทธิการครอบครองที่ดินของบุคคลในเขตที่ดินของรัฐ แต่กระบวนการพิสูจน์สิทธิมีความล่าช้าและไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชน จึงไม่ทันต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้รายงานของคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาแก้ไขปัญหาที่ดินทำกิน กฎหมายเกี่ยวกับที่ดิน และเร่งรัดออกเอกสารสิทธิแก่ประชาชน สภาผู้แทนราษฎร ในปี 2552² ระบุว่า มีประชาชนที่อยู่ในเขตสงวนหวงห้ามที่ดินของรัฐประเภทต่างๆ เป็นจำนวนมาก ได้แก่ ป่าสงวนแห่งชาติประมาณ 450,000 ราย เนื้อที่ประมาณ 6.4 ล้านไร่ ป่าอนุรักษ์ (อุทยานแห่งชาติ เขตรักษาพันธุ์สัตว์ เขตห้ามล่าสัตว์ป่า) จำนวน 185,916 ราย เนื้อที่ 2,243,943 ไร่ ที่ราชพัสดุจำนวน 161,932 ราย เนื้อที่ประมาณ 2,120,196 ไร่ ที่สาธารณสมบัติของแผ่นดินที่ประชาชนใช้ประโยชน์ร่วมกันเนื้อที่ประมาณ 1,154,867 ไร่ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่านโยบายและมาตรการของรัฐที่ดำเนินการตามกฎหมายระเบียบ และมติที่มีอยู่ไม่สามารถลดหรือแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่ได้

นโยบายใหม่ โฉนดชุมชน

นโยบายของรัฐที่สำคัญเพื่อแก้ปัญหาในเรื่องสิทธิทำกินในช่วงห้าปีที่ผ่านมา คือการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิชุมชนในรูปของนโยบายโฉนดชุมชน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเรื่องที่ดินในแนวทางใหม่ที่แตกต่างจากเดิมอย่างชัดเจน โดยนโยบายนี้เกิดจากข้อเรียกร้องของเครือข่ายปฏิรูปที่ดินแห่งประเทศไทยให้รัฐบาลแก้ไขปัญหาที่ดินทำกิน ที่อยู่อาศัย และปัญหาความเดือดร้อนต่างๆ จนเป็นที่มาของการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดให้มีโฉนดชุมชน พ.ศ. 2553³ โดยคณะรัฐมนตรีในสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้แถลงนโยบายต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2551 ให้มีนโยบายปรับโครงสร้างเศรษฐกิจภาคเกษตร

ข้อ 4.2.1.8 มีใจความว่า “คุ้มครองและรักษาพื้นที่ที่เหมาะสมกับการทำเกษตรกรรมที่ได้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านชลประทานแล้ว เพื่อเป็นฐานการผลิตทางการเกษตรในระยะยาว พื้นฟูคุณภาพดิน จัดหาที่ดินทำกินให้แก่เกษตรกรยากจนในรูปของธนาคารที่ดิน และเร่งรัดการออกเอกสารสิทธิให้แก่เกษตรกรยากจนและชุมชนที่ทำกินอยู่ในที่ดินของรัฐที่ไม่มีสภาพป่าแล้วในรูปของโฉนดชุมชน รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาการเกษตรในรูปของนิคมการเกษตร”

ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดให้มีโฉนดชุมชน พ.ศ. 2553 กำหนดนิยามคำว่า “โฉนดชุมชน” หมายความว่า หนังสืออนุญาตให้ชุมชนร่วมกันบริหารจัดการ การครอบครอง และใช้ประโยชน์ในที่ดินของรัฐเพื่อสร้างความมั่นคงในการอยู่อาศัยและการใช้ประโยชน์ในที่ดินของชุมชน ซึ่งชุมชนมีหน้าที่ต้องดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้โดยกฎหมายและระเบียบ ดังนั้น คำว่า “โฉนด” กับ “โฉนดชุมชน” ตามระเบียบดังกล่าวมีความหมายไม่เหมือนกัน เพราะโฉนดที่ดิน หมายถึง หนังสือหรือเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในที่ดินของเจ้าของที่ดิน ตามประมวลกฎหมายที่ดิน แต่โฉนดชุมชน หมายถึง หนังสืออนุญาตให้ชุมชนร่วมกันบริหารจัดการ การครอบครอง และใช้ประโยชน์ในที่ดินของรัฐ

ดังนั้นการออกโฉนดชุมชนให้แก่ชุมชนใด จึงเป็นเพียงการอนุญาตให้ชุมชนใช้ประโยชน์ในที่ดิน โดยที่ที่ดินนั้นยังคงเป็นของรัฐ ซึ่งต่างกับการนำที่ดินของรัฐไปจัดให้แก่ประชาชนตามประมวลกฎหมายที่ดิน พ.ร.บ. จัดที่ดินเพื่อการครองชีพ พ.ศ. 2511 และ พ.ร.บ. การปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม พ.ศ. 2518 เพราะเมื่อผู้ได้รับการจัดที่ดินปฏิบัติตามเงื่อนไขของกฎหมายแล้ว จะได้รับกรรมสิทธิ์ในที่ดินขาดจากการเป็นที่ดินของรัฐ กลายเป็นที่ดินเอกชนภายใต้ระบบตลาดเสรี ที่อาจเปลี่ยนมือไปจากผู้ได้รับการจัดที่ดินได้

การมีโฉนดชุมชนคาดว่าจะทำให้ชุมชนที่อยู่อาศัยในที่ดินของรัฐมีความมั่นคงในการอยู่อาศัยและทำกิน ไม่ต้องหวาดระแวงต่อการจับกุมหรือผลักดันให้ออกจากพื้นที่ จะทำให้สภาพเศรษฐกิจและสังคมในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้คนจนเข้าถึงทรัพยากรที่ดิน ลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและสร้างความเป็นธรรมในสังคมอีกทางหนึ่ง ทำให้ภาคประชาชนหันมาร่วมมือกับรัฐ

ในการดูแลรักษา พื้นฟูและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน โดยมีการกำหนดเงื่อนไขต่างๆ เช่น การปลูกป่าเพิ่มเติมตามจำนวนที่กำหนด การดูแลให้ป่าคงอยู่และป้องกันไฟป่า การป้องกันมิให้มีผู้บุกรุกที่ดินของรัฐ เป็นต้น เท่ากับกำหนดหน้าที่ของชุมชนและลดภาระของเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2557 มีชุมชนยื่นขอ ดำเนินงานโฉนดชุมชนจำนวน 467 ชุมชน ในพื้นที่ 47 จังหวัด เนื้อที่ 1,599,029 ไร่ 55,495 ครัวเรือน ประชากร 211,228 คน ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการประสานงาน เพื่อจัดให้มีโฉนดชุมชน (ปจช.) แล้ว 60 ชุมชน มีการมอบโฉนดชุมชนฉบับแรกให้สหกรณ์บ้านคลองโยง อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2554 และอนุญาตให้ใช้ประโยชน์ในที่ดินของรัฐอีก 2 ชุมชน (ชุมชนบ้านแม่ลาว ต.นครเจดีย์ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน และชุมชนบ้านใหม่ป่าฝาง (ไร่ตง) ต.น้ำดิบ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน)

เครือข่ายภาคประชาสังคม ร่วมผลักดันกฎหมาย

ในการจัดสัมมนาปฏิรูประดับชาติครั้งที่ 1 พ.ศ. 2554 เมื่อวันที่ 24 - 26 มีนาคม 2554 ที่ประชุมได้มีมติให้แต่งตั้ง คณะกรรมการร่าง พ.ร.บ. โฉนดชุมชนโดยเร็วที่สุด โดยมอบหมายให้ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำโฉนดชุมชน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาชน จำนวนไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของคณะกรรมการ แทนการใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดให้มีโฉนดชุมชน พ.ศ. 2553 ต่อมาในการประชุมสัมมนาปฏิรูประดับชาติ ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 31 มีนาคม ถึง 1 เมษายน 2555 มีกฎหมายที่เวทีทุกภาคส่วน เห็นชอบร่วมกันเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปโครงสร้างด้านที่ดิน รวม 3 ฉบับ ประกอบด้วย ร่างกฎหมายว่าด้วยภาษีที่ดิน อัตราก้าวหน้า ร่างกฎหมายว่าด้วยธนาคารที่ดิน และ ร่างกฎหมายว่าด้วยโฉนดชุมชน

ทั้งนี้ ในปี 2553 ได้มีการก่อตั้งขบวนการประชาชนเพื่อสังคมที่เป็นธรรม (ขปส. หรือ P-Move) ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของเครือข่ายภาคประชาชนที่มีปัญหาที่ดินทั่วประเทศ

เช่น เครือข่ายสลัม 4 ภาค เครือข่ายชุมชนเพื่อการปฏิรูปสังคมและการเมือง (คปสม.) เครือข่ายปฏิรูปที่ดินภาคเหนือ เครือข่ายปฏิรูปที่ดินภาคอีสาน สหพันธ์เกษตรกรภาคใต้ เครือข่ายปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกร เครือข่ายเกษตรกรพันธสัญญา กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากโรงไฟฟ้าชีวมวล ฯลฯ โดยเสนอให้รัฐบาลตั้งคณะกรรมการร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องที่ดินทำกิน ที่อยู่อาศัย การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ อย่างยั่งยืนโดยชุมชน ตลอดจนยุติการไล่อื้อ จับกุมคุมขังประชาชนคนยากจนที่มีที่อยู่อาศัยและที่ทำกิน ซึ่งทางราชการประกาศเป็นเขตต่างๆ ทั้งที่ดินทำกินและที่อยู่อาศัยของประชาชนที่อยู่ดั้งเดิม รวมทั้งเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการจัดการที่ดินและทรัพยากรในรูปแบบโฉนดชุมชนและการจัดตั้งธนาคารที่ดินเพื่อให้คนจนได้มีที่อยู่อาศัยและที่ดินทำกิน

เครือข่ายภาคประชาชนได้ร่วมกันจัดทำร่าง พ.ร.บ. ว่าด้วยสิทธิชุมชนในการจัดการที่ดินและทรัพยากร ซึ่งปรับจากระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดให้มีโฉนดชุมชน พ.ศ. 2553 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดให้มีโฉนดชุมชน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 ภายใต้แนวคิดของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิชุมชนในการอนุรักษ์ ป่าไม้ และใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยนำหลักการสิทธิชุมชนที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญมาใช้ร่วมกับการบริหารจัดการที่ดิน เพื่อให้รัฐสามารถรักษาที่ดินของรัฐ และส่งเสริมให้ประชาชนที่รวมตัวกันเป็นชุมชนมีสิทธิใช้ประโยชน์ที่ดินตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต โดยควบคุมกันเอง เป็นการลดความขัดแย้งระหว่างภาครัฐและประชาชน อีกทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้สมดุลและยั่งยืน

เมื่อสิ้นสุดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูป พ.ศ. 2553 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะองค์กรที่ดูแลสำนักงานปฏิรูป (สปร.) ได้ปรับสำนักงานปฏิรูปเป็น สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปส.) มีหน้าที่ในการวางยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและสนับสนุนการผลักดัน (ร่าง) กฎหมายเกี่ยวกับที่ดินจำนวน 4 ฉบับ คือ ร่าง พ.ร.บ. ภาษีที่ดินอัตราก้าวหน้า



http://www.oknation.net/blog/home/blog_data/240/42240/images

ร่าง พ.ร.บ. ธนาคารที่ดิน ร่าง พ.ร.บ. ว่าด้วยสิทธิชุมชนในการจัดการที่ดินและทรัพยากร และร่าง พ.ร.บ. กองทุนยุติธรรม โดยมีคำขวัญในการเคลื่อนไหวว่า “Four Laws for the Poor”

ต่อมา คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายที่มี ศ.คณิต ณ นคร เป็นประธานกรรมการฯ ได้ปรับปรุงร่าง พ.ร.บ. ว่าด้วยสิทธิชุมชนในการจัดการที่ดินและทรัพยากรในรูปแบบโฉนดชุมชน เสนอต่อนายกรัฐมนตรี ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2558 โดยระบุว่า ร่าง พ.ร.บ. นี้มีสาระสำคัญในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการถือครองทรัพย์สินอันเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่นำไปสู่ความไม่เป็นธรรมในสังคม ทั้งยังสอดคล้องกับนโยบายของคณะรัฐมนตรี พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งได้แถลงไว้ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ จากนั้น สปช. ได้ลงมติรับหลักการการส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 เสาหลัก คือ การจัดการชุมชน การจัดการทุนและทรัพยากรชุมชน สวัสดิการสังคม และสัมมาชีพชุมชน และเสนอให้พิจารณาร่าง พ.ร.บ. โฉนดชุมชนไปพร้อมกับร่าง พ.ร.บ. ธนาคารที่ดิน เนื่องจากกฎหมายทั้งสองฉบับมีความเชื่อมโยงกัน

การผลักดันเรื่องธนาคารที่ดิน

ปัญหาการขาดแคลนที่ดินทำกินและการไม่สามารถเข้าถึงที่ดินของเกษตรกรรายย่อยและผู้ยากจน เป็นปัญหา

สำคัญของประเทศไทยที่เรื้อรังมาเป็นเวลานาน ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการกระจุกตัวของการถือครองที่ดิน เป็นเหตุให้ที่ดินถูกทิ้งร้างไม่ทำประโยชน์ รวมทั้งภายหลังการเกิดปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ ที่ดินจำนวนหนึ่งได้แปรสภาพเป็นพื้นที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NPLs) ทำให้ที่ดินทำกินของเกษตรกรต้องหลุดมือไป

แนวคิดเกี่ยวกับธนาคารที่ดินนั้นมีมาตั้งแต่การเสนอร่างกฎหมายการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรมในปี 2518 เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม ต่อมาคณะรัฐมนตรี (รัฐบาลสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน) มีมติเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2534 เห็นชอบแผนเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิรูปที่ดินให้ตั้ง “กองทุนที่ดิน” ขึ้นใน ธ.ก.ส. เพื่อเป็นฐานรองรับการจัดตั้ง “ธนาคารที่ดิน” ภายในระยะเวลา 5 ปี แต่การดำเนินการมีปัญหาจึงยุบเลิกไปในปี 2549

ในระยะเริ่มต้นของการเตรียมการจัดตั้งธนาคารที่ดิน มีการจัดตั้งสถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดินในรูปขององค์การมหาชนขึ้น เพื่อทำหน้าที่เสนอนโยบายและมาตรการเพื่อให้เกิดการกระจายการถือครองที่ดินที่เป็นธรรมและยั่งยืน รวมทั้งจัดทำร่างกฎหมายเพื่อจัดตั้งเป็นธนาคารที่ดินเต็มรูปแบบภายในระยะเวลา 3-5 ปี ระหว่างนี้ให้มีการจัดตั้งกองทุนธนาคารที่ดินเพื่อแก้ไขปัญหาที่ดิน ของเครือข่ายปฏิรูปที่ดินแห่งประเทศไทย (คปท.) ขึ้นในสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) และจัดทำโครงการนำร่องซื้อที่ดินให้แก่เกษตรกรรายย่อยในพื้นที่ที่ดินเอกชนปล่อยทิ้งร้างเพื่อนำมาจัดให้แก่เกษตรกรโดยการเช่า การเช่าซื้อ หรือจัดให้ทำประโยชน์ในรูปแบบของโฉนดชุมชนภายใต้นโยบายโฉนดชุมชนของรัฐบาล โดยพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดิน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2554 ออกประกาศใช้บังคับในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554⁴ แต่การจัดตั้งองค์การมหาชนยังไม่คืบหน้า เนื่องจากมีการยุบสภาและเปลี่ยนแปลงรัฐบาล

เมื่อมีการเข้าควบคุมอำนาจการปกครองประเทศโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา หัวหน้า คสช. ได้ใช้อำนาจตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 10/2557 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2557 ออกคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 70/2557 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม 2557 แต่งตั้งกรรมการ

ผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการผู้แทนองค์กรชุมชนในคณะกรรมการสถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดินในวาระเริ่มแรก และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีได้มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นกรรมการและเลขานุการในคณะกรรมการสถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดิน (องค์การมหาชน) ในวาระเริ่มแรก รวมทั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการเป็นการชั่วคราวไปพลางก่อน

ต่อมาคณะกรรมการปฏิรูปด้านสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส สปช. ได้นำร่าง พ.ร.บ. ธนาคารที่ดินของตัวแทนประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ร่าง พ.ร.บ. ธนาคารที่ดินของสถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดิน (องค์การมหาชน) รวมทั้งบันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับร่าง พ.ร.บ. ธนาคารที่ดิน ซึ่งคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) เสนอต่อประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2558 มาพิจารณา และมีความเห็นว่าควรผลักดันให้มี พ.ร.บ. ธนาคารที่ดิน เพื่อให้เป็นองค์กรสนับสนุนการบริหารจัดการที่ดินร่วมกันของชุมชนทั้งที่ดินทำกินและที่ดินสำหรับการอยู่อาศัยในรูปแบบโฉนดชุมชนขึ้น จนนำไปสู่การลงมติเห็นชอบของ สปช. ในเวลาต่อมา

บทส่งท้าย

แนวคิดเกี่ยวกับการให้สิทธิแก่ชุมชนที่รวมตัวกันอย่างถูกต้องได้ใช้ประโยชน์ที่ดินตามเงื่อนไขและระยะเวลาที่กำหนดโดยควบคุมกันเอง โดยเรียกว่าโฉนดชุมชน หรือสิทธิชุมชนในการบริหารจัดการที่ดิน เป็นการลดความขัดแย้งระหว่างภาครัฐและประชาชน อีกทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้สมดุลและยั่งยืน สามารถนำไปใช้ปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่ดินของรัฐ ขณะที่ธนาคารที่ดินก็จะ เป็นเครื่องมือแก้ไขปัญหาที่ดินทิ้งร้างหรือกระจุกตัว รวมทั้งป้องกันปัญหาที่ดินหลุดมือจากเกษตรกรและคนยากจน ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังไม่มีหน่วยงานของรัฐได้มีหน้าที่ดูแลโดยตรง การสนับสนุนร่างกฎหมายทั้งสองฉบับจะช่วยแก้ไขปัญหาที่ดินของชาติ ที่ยึดถือเรื้อรังมานาน ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมให้กับคนจนตลอดจนคนด้อยโอกาสที่ไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่ดินได้



กองทุนการออมแห่งชาติ ... หลักประกันยามเกษียณ ของแรงงานนอกระบบ

ประเทศไทยเข้าสู่สภาวะ “แก่ก่อนรวย” เพราะยังไม่ทันจะก้าวไปเป็นประเทศที่มีรายได้สูง ก็ต้องนับถอยหลังเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเสียแล้ว¹ ประชากรวัยแรงงานที่มีสัดส่วนลดลง จำเป็นต้องแบกรับหน้าที่ดูแลประชากรรุ่นพ่อแม่ ลูกป้าหน้าอา ปู่ย่าตายาย ที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาระที่เพิ่มขึ้นนี้จะทำให้ครัวเรือนจำนวนไม่น้อยต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากขึ้น หากไม่มีหลักประกันรายได้มาช่วยเหลือผู้สูงอายุ

กองทุนการออมแห่งชาติ เรียกสั้นๆ ว่า กอช.² เป็นอีกหนึ่งนโยบายสำคัญที่มุ่งบรรเทาปัญหาข้างต้น โดยมุ่งสร้างรายได้ที่แน่นอนในยามเกษียณให้แก่กลุ่มแรงงานที่ไม่มีรายได้ประจำ อาทิ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ เกษตรกร ลูกจ้างรายวันหรือลูกจ้างชั่วคราว รวมทั้งนักเรียนและนิสิตนักศึกษา คนเหล่านี้มีจำนวนมากถึงประมาณ 35 ล้านคน หรือกว่าครึ่งของประชากรไทยทั้งหมด กอช. มุ่งให้มีระบบการออมรองรับวัยเกษียณในลักษณะเดียวกับระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของแรงงานกลุ่มอื่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้นักไทยตกอยู่ในความยากไร้ในวัยชรา ทั้งนี้ในปัจจุบันการออมเงินเพื่อเกษียณนั้นมีเพียงรูปแบบการออมเงินภาคบังคับสำหรับกลุ่มมนุษย์เงินเดือนเป็นส่วนใหญ่ เช่น กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนประกันสังคม เป็นต้น

กำเนิด กอช.

แม้ว่ารัฐจะมีนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 600-1,000 บาทต่อเดือน (ตามช่วงอายุ) ซึ่งเป็นนโยบายหนึ่งที่ตอบสนองการเข้าสู่สังคมสูงวัยของไทย แต่เงินจำนวนดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการครองชีพ ภาครัฐจึงต้องการส่งเสริมการออมของแรงงานนอกระบบเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนเหล่านี้ อีกทั้งยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว รัฐบาลสมัยที่นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี และนายกรณ์ จาติกวณิช เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงได้ผลักดัน พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ขึ้น และจัดตั้งกองทุนการออมขึ้นตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง เพื่อส่งเสริมการออมสำหรับสมาชิกที่เป็นแรงงานนอกระบบกว่า 24.6 ล้านคน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีระบบสวัสดิการรองรับในวัยเกษียณอายุ

โดยก่อนหน้านั้นคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบตามมติสมัชชาผู้สูงอายุให้สร้างระบบดังกล่าวขึ้น รัฐบาลจึงได้มอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) ศึกษาแนวทางการสร้างเครื่องมือการออมเพื่อการชราภาพที่เหมาะสม และได้นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการผลักดันระบบการออมเพื่อวัยสูงอายุแห่งชาติ จนนำไปสู่การเสนอร่าง พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติให้สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาเห็นชอบในวันที่ 7 เมษายน 2554 และประกาศใช้เป็นกฎหมายเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2554³

ภายหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 เครือข่ายแรงงานนอกระบบได้ขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายให้เกิดกลไกการบังคับใช้กฎหมายไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม เวทีเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ การยกย่องอนุบัญญัติที่ออกตาม พ.ร.บ. (อาทิ ร่างข้อบังคับคณะกรรมการ กองทุนการออมแห่งชาติ และร่างระเบียบกองทุนการออมแห่งชาติ เป็นต้น) แต่ต่อมาในเดือนสิงหาคม 2554 พรรคเพื่อไทยชนะการเลือกตั้งและนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐบาลชุดใหม่ได้เพิกเฉยต่อ พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติ ภาคประชาชนจึงได้เรียกร้องต่อนายกิตติรัตน์ ณ ระนอง รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังในขณะนั้น ให้เร่งดำเนินการตาม

พ.ร.บ. กองทุนการออมแห่งชาติ แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยรัฐบาลชุดนี้เลือกที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่ทำงานนอกระบบซึ่งไม่มีสวัสดิการในวัยเกษียณอายุออมเงินตามมาตรา 40 ของ พ.ร.บ. ประกันสังคมแทน ทั้งนี้ในช่วงท้ายของรัฐบาลมีผู้สมัครเป็นสมาชิกตามมาตรา 40 ของ พ.ร.บ. ประกันสังคมประมาณ 1 ล้านคน⁴

การผลักดันกองทุนการออมแห่งชาติเกิดขึ้นมาอีกครั้งในสมัยรัฐบาล พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ซึ่งมอบหมายให้กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รวมถึงสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พิจารณาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน จนมีข้อสรุปว่า เห็นควรให้มีหน่วยงานเดียวที่ทำหน้าที่ดูแลหลักประกันด้านบำนาญของแรงงานนอกระบบ จึงตัดสินใจให้ยกเลิกมาตรา 40 กรณีบำนาญชราภาพ ตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม⁵ เนื่องจากเล็งเห็นว่า เป็นการทับซ้อนกับกองทุนการออมแห่งชาติ และเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ดังกล่าวสามารถสมัครเป็นสมาชิก กอช. ได้โดยเริ่มรับสมัครสมาชิกในวันที่ 20 สิงหาคม 2558 ผ่านสาขาธนาคารเฉพาะกิจของรัฐ 3 แห่งคือ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารออมสิน และธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.)⁶



สมาชิกออมเงินขั้นต่ำครั้งละ: 50 บาทขึ้นไป แต่สะสมได้ทั้งปีไม่เกิน 13,200 บาท/ปี
รัฐจะจ่ายเงินสะสมให้ตามช่วงอายุของสมาชิก

อายุตั้งแต่ 15 ปี แต่ไม่เกิน 30 ปี		รัฐจ่ายเงินสมทบให้ 50% ของเงินสะสม แต่ไม่เกินปีละ 600 บาท
อายุตั้งแต่ 30 ปี แต่ไม่เกิน 50 ปี		รัฐจ่ายเงินสมทบให้ 80% ของเงินสะสม แต่ไม่เกินปีละ 960 บาท
อายุตั้งแต่ 50 ปี แต่ไม่เกิน 60 ปี		รัฐจ่ายเงินสมทบให้ 100% ของเงินสะสม แต่ไม่เกินปีละ 1,200 บาท
อายุครบ 60 ปีขึ้นไป		รับบำนาญรายเดือน ตามเกณฑ์เกษียณอายุชีย

กอช. ทำงานอย่างไร

กอช. เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2558 มีสถานะเป็นหน่วยงานของรัฐแต่ไม่เป็นส่วนราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ มีวัตถุประสงค์ให้เกิดระบบการออมเพื่อวัยเกษียณ ที่ครอบคลุมแก่ทุกกลุ่มแรงงาน เพื่อให้แรงงานมีรายได้ พื้นฐานในวัยสูงอายุ สร้างความมั่นคงให้ชีวิตในวัยเกษียณ และส่งเสริมวินัยการออมของครัวเรือน ซึ่งจะเพิ่มเงินออมของประเทศในอนาคต โดย กอช. รับเงินสะสมจากสมาชิก และเงินสมทบจากรัฐบาล ซึ่งให้ตามระดับอายุของสมาชิก จากนั้น กอช. จะนำเงินดังกล่าวไปบริหาร และเมื่อสมาชิก มีอายุครบกำหนดเกษียณที่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สมาชิก จะได้รับเงินบำนาญรายเดือนสำหรับเป็นผลตอบแทนจากการออมตลอดช่วงอายุที่ผ่านมา โดยรัฐบาลจะค้ำประกัน ผลตอบแทนไม่ให้ต่ำกว่าอัตราดอกเบี้ยเงินฝากประจำ 12 เดือนเฉลี่ย ของธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร และธนาคารพาณิชย์ใหญ่อีก 5 แห่ง ดังนั้น กอช. จึงมุ่งลงทุนในหลักทรัพย์ที่มีความมั่นคงสูง โดยต้องมีสัดส่วนลงทุนในหลักทรัพย์ดังกล่าวไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 ของเงินกองทุน เนื่องจากสวัสดิการที่ กอช. ให้กับประชาชนผู้ออมนั้น เป็นสวัสดิการต่างหากจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ดังนั้นสมาชิก กอช. ที่อายุครบ 60 ปี ก็ยังสามารถรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้เช่นเดิม

ใครเป็นสมาชิก กอช. ได้บ้าง

กอช. ต้องการคุ้มครองแรงงานที่ไม่มีรายได้ประจำ (แรงงานนอกระบบ) และยกระดับการออมของแรงงาน กลุ่มนี้ให้เทียบเท่ากับกลุ่มอื่นๆ ทำให้คนไทยทุกคนมีโอกาส รับบำนาญบำนาญในวัยเกษียณ ผู้ที่จะเป็นสมาชิก กอช. ได้ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบุคคลสัญชาติไทย
2. อยู่ในวัยกำลังแรงงาน อายุ 15 ปีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์
3. ไม่อยู่ในระบบกองทุนตามกฎหมายอื่นที่ได้รับเงิน สมทบจากรัฐหรือนายจ้าง กล่าวคือ ต้องไม่เป็นผู้ประกันตน ตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมซึ่งส่งเงินเพื่อได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญ

ข้าราชการ ไม่เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ หรือสมาชิก กองทุนอื่นๆ ในลักษณะเดียวกันที่มีการจ่ายเงินสมทบฯ เพื่อกรณีชราภาพ

4. ไม่อยู่ในระบบบำนาญ ไม่ว่าจะเป็นระบบของภาครัฐ หรือเอกชน

จะเห็นได้ว่า กอช. มุ่งพัฒนาระบบสวัสดิการสังคม วัยเกษียณให้แก่บุคคลผู้ประกอบอาชีพอิสระ ซึ่งไม่มีรายได้ ประจำอย่างกว้างขวาง เช่น แม่ค้าพ่อค้า คนขับรถแท็กซี่ แม่บ้าน เกษตรกร นักแสดง สถาปนิก แพทย์ ทนายความ ลูกจ้างรายวัน ลูกจ้างชั่วคราว นักเรียน นิสิตนักศึกษา บุคคลใด ที่มีรายได้ประจำและมีสวัสดิการด้านการออมอื่นๆ คุ้มครอง อยู่แล้วจึงไม่มีสิทธิเป็นสมาชิกของ กอช. นอกจากนี้ ผู้ที่ เกษียณอายุราชการและไม่ได้ส่งเงินเข้าสู่กองทุนใดๆ สามารถ สมัครเป็นสมาชิกได้ภายในปีแรกที่ กอช. เปิดให้บริการ และ กำหนดให้ผู้สมัครที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีสิทธิเลือกออม กับ กอช. ได้สูงสุดถึง 10 ปี นับจากวันที่เป็นสมาชิก ซึ่งจะ ทำให้ได้รับเงินสมทบจากรัฐบาลอย่างเต็มที่ กล่าวคือหาก สมัครสมาชิกในขณะที่อายุ 57 ปี ก็สามารถมีเวลาออมเงิน ได้จนถึงอายุ 67 ปี และรับผลตอบแทนภายหลังสมาชิกมีอายุ 67 ปีขึ้นไป ต่างจากกรณีทั่วไปซึ่งมีเวลาออมเงินได้เพียงอายุ 60 ปี และจะเริ่มรับผลตอบแทนตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป

ข้อดีข้อเสียและผลกระทบของ กอช.

ข้อดีที่ชัดเจนของ กอช. คือทำให้แรงงานที่รายได้ ไม่แน่นอน มีโอกาสได้รับเงินบำนาญที่แน่นอนหลังเกษียณ เป็นการยกระดับสวัสดิการด้านการออมของแรงงานทุกกลุ่ม ให้มีโอกาสเข้าถึงหลักประกันสังคมได้ และช่วยจุนเจือค่าใช้จ่ายพื้นฐานในการดำรงชีวิตหลังเกษียณ โดยระบบของ กอช. มีความยืดหยุ่น รองรับการเปลี่ยนงานของประชาชนระหว่าง งานประจำในระบบกับอาชีพอิสระ โดยหากผู้ประกอบอาชีพ อิสระหรือแรงงานนอกระบบได้สมัครเป็นสมาชิก กอช. แล้ว ภายหลังได้เปลี่ยนไปทำงานในระบบ เช่น เปลี่ยนไปทำงาน ราชการหรือทำงานประจำกับบริษัท ก็ไม่จำเป็นต้องลาออก จากการเป็นสมาชิก กอช. อีกทั้งยังมีสิทธิส่งเงินสะสมได้ เช่นเดิม เพียงแต่ในช่วงเวลา ที่มีงานประจำในระบบและเป็น สมาชิกระบบกองทุนเพื่อการชราภาพอื่นๆ รัฐบาลจะไม่ส่ง เงินสมทบให้ และไม่คำนวณเงินสะสมรวมเป็นเงินบำนาญ

และหากเปลี่ยนกลับมาทำงานอาชีพอิสระอีกครั้ง ก็สามารถส่งเงินสะสมและได้รับเงินสมทบจากรัฐบาลได้ตามเดิม

อย่างไรก็ตาม สมาชิก กอช. ไม่สามารถสะสมเงินได้มากเท่าที่ต้องการ เนื่องจากรัฐบาลจำเป็นต้องส่งเงินสมทบเข้าสู่กองทุนจากงบประมาณของรัฐ จึงต้องกำหนดวงเงินที่สมาชิก กอช. สามารถสะสมเงินได้ โดยสูงสุดสามารถสะสมได้ปีละ 13,200 บาท เท่านั้น ทำให้ผลประโยชน์ที่จะได้รับในยามเกษียณถูกจำกัดไว้ด้วย โดยกรณีมากที่สุดหากสมาชิกเริ่มสะสมเงินเดือนละ 1,100 บาท ตั้งแต่อายุ 15 ปี คาดว่า จะได้รับบำนาญเดือนละ 10,795 บาท แต่หากสมาชิกมาเริ่มสะสมเงินจำนวนเดียวกันตอนอายุ 30 ปี คาดว่าจะได้รับบำนาญลดลงเหลือเดือนละ 4,821 บาท และถ้าเริ่มสะสมเงินจำนวนเดียวกันตอนอายุ 50 ปี จะเหลือเงินบำนาญที่คาดว่าจะได้รับเดือนละ 984 บาท สรุปได้ว่าระบบออกแบบมาให้สมาชิกต้องรีบตัดสินใจออมเงินตั้งแต่อายุยังน้อย เพื่อให้มีระยะเวลาออมยาวกว่า และตั้งใจให้ได้รับบำนาญหลังเกษียณจำนวนมากกว่า แต่ไม่เปิดโอกาสให้ออมชดเชยด้วยจำนวนมากขึ้นในยามที่อายุมากขึ้น นอกจากนี้ กอช. ครอบคลุมเฉพาะการประกันรายได้ในยามชราภาพ แต่ไม่ครอบคลุมสวัสดิการกักขังในลักษณะที่แรงงานกลุ่มอื่นๆ อาจได้รับจากนายจ้าง และไม่ครอบคลุมสิทธิรักษาพยาบาล เช่น กองทุนประกันสังคมกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ว่างงาน แต่แรงงานภายใต้ระบบ กอช. สามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ได้อยู่แล้ว

ในภาพรวม การมี กอช. เป็นการส่งเสริมวินัยการออมที่ดีให้ภาคครัวเรือน และจะช่วยกระตุ้นระบบตลาดการเงิน และช่วยพัฒนากองทุนรวมของไทย แต่การที่รัฐบาลผูกพันต้องส่งเงินสมทบเข้า กอช. ทำให้รัฐบาลจะต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น โดยสำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ประเมินว่าหากแรงงานที่ไม่อยู่ในระบบเงินเดือนประจำทั้งหมด (แรงงานนอกระบบ ไม่รวมนักเรียนนักศึกษา) ซึ่งมีอยู่ประมาณ 25 ล้านคน เข้าเป็นสมาชิก กอช. ทั้งหมด จะเพิ่มภาระงบประมาณปีละประมาณ 22.5 พันล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.18 ของ GDP⁷

ความสับสนของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ภายใต้กฎหมายประกันสังคม

ระบบสวัสดิการด้านการออมเพื่อยามเกษียณของไทย ในขณะนี้ แบ่งเป็น 4 ระบบหลักๆ แยกออกจากกัน ได้แก่ (1) ระบบบำเหน็จบำนาญและกองทุนบำเหน็จบำนาญของข้าราชการ (2) ระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจและเอกชน (3) ระบบประกันสังคมของหน่วยงานเอกชน และ (4) กอช. สำหรับประชาชนทั่วไปซึ่งไม่เข้าเงื่อนไขในระบบทั้งสามข้างต้น

ตารางแสดงสวัสดิการของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แยกตามทางเลือกที่สมัครไว้

ทางเลือกเดิม (จำนวนเงินสะสมสมาชิก+รัฐ)	สวัสดิการของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ภายใต้กฎหมายประกันสังคม				
	ประสบอันตราย/เจ็บป่วย	ทุพพลภาพ	เสียชีวิต	บำเหน็จ (กรณีชราภาพ)	บำนาญ (กรณีชราภาพ)
1 สมาชิก 70+รัฐ 30	✓	✓	✓		
2 สมาชิก 100+รัฐ 50	✓	✓	✓	✓	
3 สมาชิก 100+รัฐ 100					✓
4 สมาชิก 170+รัฐ 130	✓	✓	✓		✓
5 สมาชิก 200+รัฐ 150	✓	✓	✓	✓	✓

ก่อนจะมี กอช. หากประชาชนผู้ประกอบอาชีพอิสระหรือกลุ่มแรงงานนอกระบบต้องการออมเงินเพื่อยามเกษียณหรือยามชราภาพ อาจต้องเลือกเก็บออมเงินและลงทุนด้วยตนเอง หรือลงทุนผ่านกองทุนในเชิงพาณิชย์ต่างๆ หรือเลือกสมัครใจเป็นสมาชิกของกองทุนประกันสังคม ซึ่งกรณีสุดท้ายนี้จะเรียกว่าเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ภายใต้กฎหมายว่าด้วยประกันสังคม แต่เมื่อมี กอช. เกิดขึ้นเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ต้องตัดสินใจว่าจะเลือกใช้ระบบสวัสดิการใด จะอยู่ในระบบประกันสังคมต่อไป หรือย้ายมาเป็นสมาชิก กอช. และอาจเกิดคำถามว่า จะสามารถเลือกใช้สวัสดิการทั้งสองระบบได้หรือไม่

ในปัจจุบันมีผู้ประกันตนตามมาตรา 40 นี้เกือบ 2 ล้านคน โดยมีสิทธิประโยชน์หลายรูปแบบ ตามทางเลือกที่สมัครไว้ เมื่อมี กอช. จะทำให้สวัสดิการประเภทเงินบำนาญชราภาพของประกันสังคมถูกยกเลิกไปเนื่องจากซ้ำซ้อนกับหน้าที่ของ กอช. ทำให้สิทธิประโยชน์ใหม่ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 มีดังนี้

- **ทางเลือกที่ 1** ยังเป็นสมาชิกประกันสังคมต่อไปได้ และสามารถสมัครเป็นสมาชิก กอช. ได้ เนื่องจากไม่ได้ส่งเงินเพื่อได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ

- **ทางเลือกที่ 2** ยังเป็นสมาชิกประกันสังคมต่อไปได้ แต่ไม่สามารถเป็นสมาชิก กอช. ได้ เนื่องจากได้รับสวัสดิการกรณีชราภาพ (เงินบำเหน็จ) จากประกันสังคมแล้ว

- **ทางเลือกที่ 3** สิ้นสุดสภาพการเป็นผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคมและได้รับเงินคืนจากรัฐบาล โดยสามารถเลือกโอนย้ายไปสู่ระบบ กอช. ได้

- **ทางเลือกที่ 4** สิ้นสุดสภาพในส่วนสวัสดิการกรณีชราภาพ ทำให้มีสถานะเป็นสมาชิกทางเลือกที่ 1 โดยอัตโนมัติ ในส่วนสวัสดิการกรณีชราภาพสามารถเลือกรับเงินคืนเฉพาะส่วนนั้น หรือโอนเงินส่วนดังกล่าวไปเป็นสมาชิก กอช. ได้

- **ทางเลือกที่ 5** สิ้นสุดสภาพในส่วนสวัสดิการกรณีชราภาพเฉพาะเงินบำนาญ ทำให้มีสถานะเป็นสมาชิกทางเลือกที่ 2 โดยอัตโนมัติ ในส่วนสวัสดิการกรณีชราภาพสามารถเลือกรับเงินคืนเฉพาะส่วนนั้นได้ แต่หากต้องการโอนย้ายเงินส่วนดังกล่าวไปเป็นสมาชิก กอช. จำเป็นต้องลาออกจากการเป็นผู้ประกันตนฯ ทางเลือกที่ 2 ย้ายมาสมัครทางเลือกที่ 1 แทน เนื่องจากทางเลือกที่ 2 มีสวัสดิการกรณีชราภาพ (เงินบำเหน็จ) ซึ่งซ้ำซ้อนกับ กอช.

โดยสรุปแล้วเมื่อมี กอช. จะทำให้เหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เพียง 2 ทางเลือก และมีเพียงผู้ประกันตนทางเลือกที่ 1 ที่สามารถรับสวัสดิการจากทั้งระบบประกันสังคมด้านประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เสียชีวิต และรับสวัสดิการด้านการออมจาก กอช. พร้อมๆ กันได้ หากสมาชิกกองทุนประกันสังคมตามมาตรา 40 ต้องการโอนเงินจากกองทุนประกันสังคมในกรณีชราภาพไปยัง กอช. จำเป็นต้องแสดงความจำนงขอเป็นสมาชิก กอช. ต่อสำนักงาน

ประกันสังคมในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 26 กันยายน 2558 ถึงวันที่ 23 มีนาคม 2559 และหากไม่ประสงค์จะโอนเงินไป กอช. แต่ต้องการรับเงินสะสมและเงินสมทบกรณีชราภาพคืน ต้องแสดงความจำนงไม่เป็นสมาชิก กอช. และยื่นสำเนาสมุดบัญชีออมทรัพย์ต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อรับผลประโยชน์คืน ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมได้เตรียมพร้อมคืนเงินกรณีชราภาพให้สมาชิกดังกล่าวแล้ว ทั้งส่วนที่สมาชิกสะสมและเงินสมทบจากรัฐบาล โดยมีสมาชิกในเงื่อนไขดังกล่าวประมาณ 350,000 คน และคาดว่าจะต้องจ่ายเงินคืนประมาณ 2,000 ล้านบาท

สรุป

ถึงเวลาแล้วที่สังคมไทยจะต้องตระหนักและเตรียมความพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยนโยบายของการจัดตั้ง กอช. ได้ช่วยลดช่องว่างของคนในสังคมในส่วนที่เหลือนกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศให้ได้รับสิทธิในการดูแลจากรัฐในยามที่พ้นจากวัยแรงงาน ส่งเสริมให้ประชาชนมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในการออมเงินเพื่อการเกษียณเพียงความช่วยเหลือจากรัฐที่เป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 600-1,000 บาทนั้น ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบันและอนาคตแน่นอน ดังนั้น กอช. จึงช่วยสร้างหลักประกันทางรายได้ที่สูงขึ้นให้กับแรงงานนอกระบบและผู้ประกอบอาชีพอิสระจำนวนมากซึ่งอาจไม่ได้ออมเงินในระยะยาวมาก่อน ดังนั้น ผู้ที่อยู่นอกระบบสวัสดิการสังคมจึงควรใช้โอกาสของการจัดตั้ง กอช. เพื่อออมเงินในระยะยาวอย่างจริงจัง อันจะเป็นการสร้างหลักประกันในยามเกษียณในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามสวัสดิการของ กอช. นั้นเป็นเพียงรายได้พื้นฐานที่ป้องกันไม่ให้ประชาชนตกอยู่ในลำบากในช่วงบั้นปลายชีวิต หากใครต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเกษียณอายุอย่างแท้จริงแล้ว ก็จำเป็นต้องวางแผนการออมและการลงทุนของตนเองในระยะยาวด้วยอีกส่วนหนึ่งเพื่อสามารถรักษามาตรฐานการครองชีพตามที่พึงประสงค์ โดยหากเป็นไปได้คนไทยทุกคนควรเริ่มวางแผนการออมตั้งแต่วัยหนุ่มสาวเมื่อเริ่มประกอบอาชีพ เพื่อให้มีระยะเวลาในการออมมากพอที่จะสร้างรายได้ที่มั่นคงในระยะยาว





เมอร์ส: โรคอุบัติใหม่ที่ฟังระว่าง

ช่วงกลางปี 2558 เป็นต้นมา มีข่าวครึกโครมเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเมอร์ส (MERS: Middle East Respiratory Syndrome) ในหลายประเทศ โรคเมอร์สเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2012 (MERS-CoV หรือ HCoV-EMC/2012) ซึ่งมีสายพันธุ์ใกล้เคียงกับเชื้อไวรัสซาร์ส (SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) ซึ่งเคยระบาดเมื่อปี 2546 เดิมทีเชื้อไวรัสโคโรนาจะพบในสัตว์เสี่ยงลูกด้วยนมแถบประเทศตะวันออกกลาง อาทิ ค้างคาวและอูฐ เป็นต้น¹ ต่อมา โรคเมอร์สถูกค้นพบในมนุษย์ครั้งแรกที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย เมื่อปี 2555 โดยมีผู้ป่วยเป็นชายวัย 60 ปีที่เสียชีวิตด้วยอาการปอดอักเสบและไตวาย หลังจากนั้นเชื้อไวรัสเมอร์สก็แพร่กระจายไปยังประเทศแถบตะวันออกกลางอย่างรวดเร็ว และแพร่สู่ภูมิภาคอื่นของโลกในเวลาต่อมา

อาการเบื้องต้นของผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเมอร์สคล้ายไข้หวัดทั่วไป คือ มีอาการไอ จาม มีไข้สูง หอบเหนื่อย และอาจมีอาการท้องเสียและอาเจียนร่วมด้วย ในบางรายมีอาการรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ ไตวาย ระบบหายใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยที่เชื้อไวรัสเมอร์สมีระยะฟักตัวประมาณ 14 วัน ก่อนแสดงอาการ ทว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่แสดงอาการให้เห็น ทำให้กลายเป็นพาหะนำโรคไปสู่ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว² ในการรักษาผู้ป่วยโรคเมอร์ส แพทย์จะรักษาตามอาการ เนื่องจากยังไม่มียา วัคซีน หรือเครื่องมือใดๆ สำหรับการรักษาโรคเมอร์สโดยตรง

ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลสรุปแน่ชัดว่าเชื้อไวรัสมีการแพร่กระจายจากสัตว์ไปสู่คน หรือแพร่กระจายจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่งได้อย่างไร พบเพียงแต่ว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน หรือผู้ที่มีโอกาสสัมผัสคลุกคลีกับผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาโรคเมอร์ส

จากรายงานของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคของยุโรป (ECDC: European Centre for Disease Prevention and Control) เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2558 ระบุว่า ในช่วงมีนาคม 2555 – 13 ตุลาคม 2558 พบผู้ป่วยโรคเมอร์สแล้ว

ใน 26 ประเทศ ประกอบด้วย ซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับ เอมิเรตส์ กาตาร์ จอร์แดน โอมาน คูเวต อียิปต์ เยเมน เลบานอน อิหร่าน ตุรกี อังกฤษ เยอรมนี ฝรั่งเศส อิตาลี กรีซ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย ฟิลิปปินส์ สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ จีน และไทย รวมผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,616 คน มีผู้เสียชีวิต 624 คน³ ในจำนวน 26 ประเทศที่พบการแพร่ระบาดของโรคเมอร์สนั้น เกาหลีใต้ เป็นประเทศหนึ่งที่ถูกจับตามอง เนื่องจากการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก อธิบายสาเหตุว่า แพทย์ในประเทศเกาหลีใต้ยังไม่ตระหนักเกี่ยวกับโรคดังกล่าว ทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า⁴

การระบาดในเกาหลีใต้

เกาหลีใต้ประสบปัญหาการระบาดของโรคเมอร์ส อย่างหนักในช่วงเดือนพฤษภาคม 2558 พบว่า มีผู้ติดเชื้อดังกล่าวมากถึง 23 คน ภายในวันเดียว ทำให้สถานการณ์รุนแรง แต่ต่อมาด้วยมาตรการควบคุมด้านสาธารณสุขที่เป็นระบบระเบียบของประเทศเกาหลีใต้ ทั้งในด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ การคัดแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวัง ตลอดจนการให้ความรู้แก่ประชาชน ผลลัพธ์ที่ได้ก็คือช่วงวันที่ 24 – 25 มิถุนายน 2558 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงเหลือเพียง 1 คนต่อวัน และระหว่างวันที่ 26 มิถุนายน ถึง 1 กรกฎาคม 2558 ไม่พบผู้ติดเชื้อรายใหม่อีกเลย⁵ ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลก จึงได้แสดงความชื่นชมว่ามีศักยภาพในการจัดการกับโรคเมอร์สได้ดี และสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ก่อนเวลาที่คาดการณ์เอาไว้

จนถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2558 เกาหลีใต้ได้รายงานว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสเมอร์สทั้งหมด 183 คน และจากจำนวนดังกล่าวมีผู้ได้รับการรักษาจนหายป่วย และออกจากโรงพยาบาลแล้ว 102 คน แต่ถึงกระนั้นรัฐบาลเกาหลีใต้ก็ยังพยายามสร้างความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยว โดยร่วมมือกับสมาคมเกาหลีธุรกิจการท่องเที่ยว มอบประกันภัยโรคเมอร์สแก่นักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางมายังเกาหลีใต้ระหว่าง 22 มิถุนายน – 21 กันยายน 2558 หากนักท่องเที่ยวได้รับเชื้อโรคเมอร์สภายใน 20 วัน หลังจากเดินทางเข้าประเทศ จะได้รับค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 5 ล้านบาท (ประมาณ 142,587 บาท) และกรณีเสียชีวิตจากโรคเมอร์สจะได้รับค่าชดเชยรายละ 100 ล้านบาท (ประมาณ 2,857,142 บาท)⁶

การระบาดในไทย

ภายหลังการระบาดของโรคเมอร์สที่เกาหลีใต้ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนของไทยได้เตรียมรับมือกับการแพร่ระบาดที่อาจเกิดขึ้น โดยกรมควบคุมโรคได้เชิญหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเข้าร่วมประชุมเพื่อประเมินสถานการณ์และเตรียมพร้อมรับมือกับโรคเมอร์ส อุนายนายกสมาคมไทยบริการท่องเที่ยวระบุว่า การระบาดของโรคเมอร์สในเกาหลีใต้ส่งผลให้นักท่องเที่ยวไทยเดินทางไปประเทศดังกล่าวลดลงประมาณร้อยละ 30⁷ อีกทั้งยังมีผู้เลื่อนการเดินทางออกไป บางส่วนยกเลิกการเดินทาง หรือเดินทางไปประเทศอื่นแทน⁸ ส่วนนายกสมาคมไทยธุรกิจการท่องเที่ยว ได้แนะนำภาคเอกชนให้สังเกตอาการป่วยของลูกทัวร์ทุกคน หากพบอาการไอ จาม หรือมีไข้ให้รีบนำส่งแพทย์ทันที ขณะที่รองประธานกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพฯ ชี้แจงว่า นักแสวงบุญที่จะเดินทางไปยังประเทศซาอุดีอาระเบียนั้น ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้กาฬหลังแอ่น และใช้หวัดใหญ่ให้ก่อนเดินทาง พร้อมทั้งติดตามสุขภาพภายหลังกลับมาประเทศไทย

ภายหลังการระบาดของโรคเมอร์สที่เกาหลีใต้ไม่นาน ประเทศไทยก็ได้รับบททดสอบกับการจัดการปัญหานี้เช่นกัน โดยเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2558 กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ตรวจพบผู้ป่วยโรคเมอร์สรายแรกในประเทศไทย เป็นชายชาวโอมาน วัย 75 ปี ที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย พร้อมกับครอบครัว ทำให้มีผู้ที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวังจำนวน 66 ราย ต่อมาผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติและได้รับอนุญาตให้เดินทางกลับประเทศ ส่วนบุคคลที่เฝ้าระวังก็ไม่มีปัญหาการติดเชื้อเพิ่มเติม จากนั้น ประเทศไทยก็ว่างเว้นจากผู้ติดเชื้อเมอร์สไปนาน จนกระทั่งเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2559 ประเทศไทยได้พบผู้ป่วยโรคเมอร์สรายที่สอง เป็นชายชาวโอมานอีกเช่นกัน ผู้ป่วยอายุ 71 ปี ได้เดินทางมาพร้อมกับลูกชาย 1 คน แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ ทำให้การตรวจสอบจากเครื่องเทอร์โมสแกนที่สนามบินไม่พบสิ่งผิดปกติ อย่างไรก็ตามหน่วยงานของไทยได้ติดตามผู้อยู่ในข่ายเฝ้าระวังทั้งสิ้นจำนวน 37 ราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค⁹ และไม่พบการติดเชื้อเพิ่มเติม ส่วนผู้ป่วยก็หายเป็นปกติในเวลาต่อมา

มาตรการควบคุมโรคเมอร์สของไทย

ในการจัดการกับปัญหาการระบาดของโรคเมอร์ส กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการควบคุมการระบาดของโรค รวมทั้งเน้นการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลขนาดเล็ก เนื่องจากมีความเสี่ยงกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ในเบื้องต้นได้ดำเนินการ 6 ขั้นตอน คือ

1. สอบสวนและติดตามผู้สัมผัสโรค
2. รายงานสถานการณ์เกี่ยวกับโรคเมอร์สผ่านทางเว็บไซต์สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข
3. จัดทีมติดตามเฝ้าระวังอาการผู้สัมผัส
4. แจกเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ หน้ากากป้องกันโรค เอกสารคำแนะนำ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ให้กับประชาชน พร้อมทั้งจัดเตรียมเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษา
5. หากผู้สัมผัสมีอาการป่วยเข้าข่ายโรคเมอร์สสามารถโทรศัพท์แจ้งสายด่วน 1422 ได้ทันที กระทรวงสาธารณสุขจะจัดส่งรถไปรับผู้ป่วยที่มีอาการถึงที่บ้าน เพื่อจะได้ดำเนินการตรวจวินิจฉัยต่อไป
6. จัดทำข่าวสารประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเข้าใจสถานการณ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการแพร่ระบาดของโรคเมอร์ส

นอกจากนี้ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้เห็นสมควรให้เพิ่มอีก 4 มาตรการ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้การควบคุมและป้องกันโรคเมอร์ส ได้แก่¹⁰

1. มาตรการการประเมินความเสี่ยงและการป้องกัน มีการติดตามสถานการณ์การระบาดในต่างประเทศ และสถานการณ์ในประเทศอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งวิเคราะห์และประเมินข้อมูลทั้งหมด
2. มาตรการเฝ้าระวังและคัดกรอง โดยกำหนดให้มีการเฝ้าระวังคัดกรองผู้เดินทางที่ช่องทางเข้าออกระหว่างไทยและต่างประเทศ และติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อควบคุมโรค
3. มาตรการการวินิจฉัยดูแลรักษา การส่งต่อ และการตรวจที่ห้องปฏิบัติการ
4. การจัดทำคำแนะนำสำหรับผู้เดินทางและนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดของโรค

ยิ่งไปกว่านั้น ทางกรมไทยได้ประสานการทำงานอย่างใกล้ชิดกับสถานบริการของเอกชน โดยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้เรียกประชุมโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ประมาณ 100 แห่ง ให้มารับฟังแนวทางการรักษาผู้ป่วยต้องสงสัยโรคเมอร์ส กำหนดให้มีการติดป้ายไว้นิวส์สำหรับคัดแยกกลุ่มเสี่ยง จัดตั้งหน่วยคัดกรองเฉพาะ จัดทำเจล



<http://mpics.manager.co.th/pics/Images/558000007277601.JPG>

ล้างมือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเมอร์สแก่ประชาชน โดยเน้นว่าทุกหน่วยงานต้องมีจรรยาบรรณในการทำงาน หากพบผู้ป่วยต้องสงสัยต้องแจ้งกรมควบคุมโรคทันที และไม่ปฏิเสธการรักษาพยาบาล รวมทั้งไม่ส่งต่อผู้ป่วยโดยผิด พ.ร.บ. สถานพยาบาล และ พ.ร.บ. โรคติดต่อ โดยกรมฯ จะส่งตรวจสถานพยาบาลเอกชนว่าปฏิบัติตามแผนการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยต้องสงสัยอย่างถูกต้องหรือไม่¹¹ ทั้งนี้ “นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์” รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้กล่าวว่า กระทรวงฯ จะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยโรคเมอร์ส และมาตรการดังกล่าวนี้จะดำเนินไปจนกว่าประเทศที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะควบคุมสถานการณ์ของโรคได้¹²

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

การระบาดของโรคเมอร์สในเกาหลีใต้ช่วงกลางปี 2558 ทำให้ศูนย์วิจัยกสิกรไทยประเมินว่าอาจส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวของไทยในระยะสั้น เนื่องจากนักท่องเที่ยวเกาหลีใต้ซึ่งมากเป็นอันดับห้าของไทย ได้ระงับหรือเลื่อนการเดินทางชั่วคราวจำนวนหนึ่ง ทำให้ยอดนักท่องเที่ยวเกาหลีใต้ที่มาเยือนไทยในปี 2558 อาจไม่ขยายตัวเท่าที่ควร¹³ ส่วนการพบผู้ติดเชื้อในไทยไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ เนื่องจากมีการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) ประเมินว่า โรคเมอร์สในไทยสามารถควบคุมได้ และไม่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ดังเช่นสถานการณ์โรคซาร์สเมื่อปี 2546 เนื่องจากมีการเปิดเผยข้อมูลที่รวดเร็วชัดเจน รวมทั้งมีระบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งประเทศต่างๆ ไม่ได้ประกาศการยกระดับการเตือนการเดินทาง (Travel Alert) มายังประเทศไทย เหมือนกับที่ฮ่องกงประกาศเตือนการเดินทางไปยังเกาหลีใต้นอกจากนี้ ภาพรวมจำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาไทยในปี 2558 ก็ยังขยายตัวในระดับสูง¹⁴

บทสรุปของโรคเมอร์สในไทย

อาจกล่าวได้ว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาโรคเมอร์สเป็นอย่างดี โดยสามารถควบคุมป้องกันมิให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเมอร์ส แม้ว่าจะมีผู้ป่วยโรคเมอร์สเดินทางเข้ามาในประเทศ เนื่องจากมาตรการควบคุมโรคและการจัดการกับผู้ป่วยโรคเมอร์สอย่างรอบคอบและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการประสานการทำงานร่วมกันของภาครัฐและเอกชนอย่างใกล้ชิด และที่สำคัญหน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยมีประสิทธิภาพในการควบคุมและติดตามสถานการณ์โรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคติดต่ออุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจ อาทิ โรคซาร์ส โรคอีโบล่า โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคไข้หวัดนก โดยให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับลักษณะจำเพาะของแต่ละโรค อาการที่แสดงออก ระยะเวลาฟักตัว การแพร่ระบาด มาตรการป้องกัน และการรักษาในกรณีได้รับเชื้อโรค¹⁵ ประเทศไทยจึงมีความพร้อมในการรับมือกับโรคเมอร์สอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมการทำงานของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม แม้สถานการณ์ของโรคเมอร์สจะคลี่คลายลง แต่โรคอุบัติใหม่ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นการระบาดของไวรัสซิกาในแถบละตินอเมริกา ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยประเทศไทยเองก็พบผู้ติดเชื้อดังกล่าว แม้จะยังไม่ถึงขั้นมีการระบาด แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง¹⁶ ถึงแม้โลกของเราจะมีโรคอุบัติใหม่เป็นระยะๆ แต่ตราบดีที่มนุษย์ยังตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพและอนามัย ผู้คนในแต่ละสังคมก็ย่อมจะมีภูมิคุ้มกันที่ดี โดยการจัดการปัญหาเกี่ยวกับโรคติดต่อขึ้น อาจไม่จำเป็นต้องพึ่งแพทย์เสมอไป การให้ความรู้กับประชาชนต่างหากที่จะช่วยจรรโลงให้สังคมรอดพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจากประชาชนที่มีความรู้จะสามารถป้องกันและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่ตื่นตระหนก และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะเป็นการช่วยตัดตอนมิให้โรคติดต่อแพร่ระบาดออกไป





คำถามนุษย์ชาวโรฮีนจา เมื่อผู้ลี้ภัยเป็นเหยื่อคำถามมนุษย์ข้ามชาติ

วันที่ 1 พฤษภาคม 2558 ประเทศไทยต้องจดจำเหตุการณ์อันน่าสลด เมื่อมีผู้พบหลุมศพชาวโรฮีนจา จำนวน 33 หลุม ถูกฝังอยู่ภายในป่าบริเวณเทือกเขาแก้ว ต.ปาดังเบซาร์ อ.สะเตา จ.สงขลา ใกล้เคียงกันยังพบค่ายที่คาดว่าน่าจะใช้กักกันกลุ่มชาวโรฮีนจา ที่ตั้งใจจะเดินทางจากเมียนมาและบังกลาเทศผ่านไทยไปยังประเทศที่สาม โดยการชักนำของขบวนการค้ามนุษย์ที่หากินกับผู้ลี้ภัย จากนั้นได้เกิดเป็นข่าวครึกโครมอีกครั้ง ด้วยมีการพบศพจำนวนมากในอีกหลายพื้นที่ทั้งในไทยและมาเลเซีย จึงปฏิเสธไม่ได้ว่านี่คืออาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับขบวนการค้ามนุษย์ข้ามชาติที่เกี่ยวข้องพันกับไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

พบหลุมศพชาวโรฮีนจา

การพบหลุมฝังศพชาวโรฮีนจาบนเทือกเขาแก้ว มีที่มาจากกรณีที่ญาติของชาวโรฮีนจาได้ไปแจ้งความต่อ ตำรวจภูธรภาค 9 ว่าญาติ 2 คนถูกกักขังที่บริเวณดังกล่าว ซึ่งนายรอฟิต กับ นายคาซิน ซึ่งญาติได้ส่งเงินให้แก่ขบวนการเพื่อไถ่ตัว แต่ปรากฏว่านายคาซินถูกฆ่าตาย ส่วนนายรอฟิตหนีไปได้ ญาติจึงได้เข้ามาแจ้งความ เพื่อเข้าตรวจสอบ จนกระทั่งมีการขยายผลและตรวจพบแคมป์ที่กักกันชาวโรฮีนจา รวมทั้งสุสานบนยอดเขาแก้ว ปัญหานี้สร้างความวิตกกังวลให้กับรัฐบาลไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากก่อนหน้านี้ ไทยได้สูญเสียความน่าเชื่อถืออย่างรุนแรง หลังจากสำนักงานเพื่อการติดตามและการต่อสู้กับการค้ามนุษย์ของกระทรวงการต่างประเทศสหรัฐอเมริกา

ได้เผยแพร่รายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ของไทย และลดระดับความพยายามในการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาการค้ามนุษย์ของไทยให้อยู่ “Tier 3” ซึ่งเป็นอันดับต่ำสุด ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชาวโรฮีนจาจึงเป็นการตอกย้ำความรุนแรงของปัญหาการค้ามนุษย์ของไทยให้หนักเข้าไปอีก

พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี จึงสั่งการให้ทหารและตำรวจเข้าไปตรวจสอบเรื่องนี้อย่างเร่งด่วน กองอำนาจการรักษาคความมั่นคงภายในภาค 4 ส่วนแยก 1 (กอ.รมน.ภ.4 สย.1) กอ.รมน.ภาค 4 ส่วนแยกกองทัพเรือ (กอ.รมน.ภ.4 สย.ทร.) กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 8 และจังหวัดระนอง ได้รายงานสรุปผลตรวจสอบว่าการหลบหนีของชาวโรฮีนจาจากเมียนมามีจำนวนสูงอย่างต่อเนื่อง

และดำเนินการผ่านขบวนการค้ามนุษย์ โดยขบวนการค้ามนุษย์จะตัดแปลงเรือประมงบรรทุกชาวโรฮีนจาเพื่ออำพรางเจ้าหน้าที่ ก่อนจะลักลอบขึ้นฝั่งที่ระนอง และเดินทางเข้ามาในพื้นที่ขึ้นใน โดยแวะพักเพื่อรอการส่งต่อที่ชายแดนด้าน อ.สะเตา จ.สงขลา ซึ่งก็คือจุดที่พบแคมป์ชาวโรฮีนจาพร้อมหลุมฝังศพจำนวนมาก สนนราคาเพื่อแลกกับการนำพาไปประเทศที่สามอยู่ที่หัวละ 3,000 – 5,000 บาท แต่ถ้าไปเจอขบวนการเรียกค่าไถ่ก็จะสูงถึงหัวละ 5 – 6 หมื่นบาท ถ้าไม่มีเงินมาไถ่หรือแจ้งตำรวจก็จะถูกฆ่าตาย หรือบางครั้งก็อาจล้มตายเองจากการเจ็บป่วยหรือถูกบังคับให้อดอาหารและทำร้ายร่างกาย

ขยายผลขบวนการค้ามนุษย์สู่การจับกุมไฟฟ้า

พล.ต.ต.ปวีณ พงศ์สิรินทร์ รองผู้บัญชาการตำรวจภูธรภาค 8 หัวหน้างานสอบสวนคดีค้ามนุษย์โรฮีนจา ภายใต้การสั่งการของ พล.ต.อ. เอก อังสนานนท์ รองผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ (ตำแหน่งขณะนั้น) ใช้เวลาดำเนินการสอบสวนคดีดังกล่าวกว่า 5 เดือน กระทั่งนำไปสู่การออกหมายจับผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับคดีนี้ 153 คน ได้ตัว 91 คน ยังหลบหนีอีก 62 คน ส่วนคดีฟอกเงิน ออกหมายจับ 79 คน ได้ตัว 40 คน ยังหลบหนี 39 คน โดยมีการส่งสำนวนการสอบสวนทั้ง 2 คดี ให้อัยการจังหวัดนาทวี และนำส่งอัยการสูงสุดในวันที่ 1 ตุลาคม 2558 รวมเอกสาร 699 แฟ้ม จำนวน 271,300 แผ่น พร้อมกับมีความเห็นสั่งฟ้องผู้ต้องหาคดีค้ามนุษย์ในส่วนที่เหลือทุกคน ทั้งนี้ผู้ต้องหาบางส่วนในคดีค้ามนุษย์และคดีฟอกเงินมีความเชื่อมโยงกัน มูลค่าของทรัพย์สินที่ยึดได้จากเครือข่ายค้ามนุษย์ทั้งหมดมีมูลค่ากว่า 1 พันล้านบาท¹

การสอบสวนกรณีนี้ทำให้สังคมถึงกับต้องผงะเมื่อมีการออกหมายจับผู้ต้องหา 8 คนแรก ที่มีเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวข้อง คือ 1) นายประสิทธิ์ เหลี่ยมเหล๊ะ รองนายกเทศมนตรีตำบลปาดังเบซาร์ 2) นายอาสัน อินทรนุ (มุสัน) สมาชิกสภาเทศบาลตำบลปาดังเบซาร์ 3) นายยาหลี เซริม ผู้ใหญ่บ้านตะไล๊ะ ต.ปาดังเบซาร์ 4) นายร่อเอ สนยาแหละ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านตะไล๊ะ 5) นายอาหลี สำเมาะ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านตะไล๊ะ 6) นายอันวา สัญชาติเมียนมา 7) นายพรคพล เบ็ญล่าเต๊ะ 8) นายเจริญ ทองแดง ยิ่งไปกว่านั้นหนึ่งใน

รายชื่อของผู้ต้องหาที่ปรากฏในเวลาต่อมา คือ พล.ท.มนัส คงแป้น ผู้ทรงคุณวุฒิกองทัพบก ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ระดับสูงที่ถูกกล่าวหาว่ามีบทบาทสำคัญในขบวนการค้ามนุษย์ในภาคใต้

ข้อมูลจากชุดสอบสวนคดีค้ามนุษย์ชาวโรฮีนจา แสดงว่า ขบวนการค้ามนุษย์จะลักลอบนำชาวโรฮีนจาเข้ามาครั้งละประมาณ 200 – 300 คน โดยมีเม็ดเงินที่เกี่ยวข้องถึงครั้งละประมาณ 10 ล้านบาท ผู้เข้าร่วมขบวนการยังรวมถึงเจ้าของเรือและเจ้าของรถสองแถวที่ใช้ขนส่งชาวโรฮีนจา โดยมีกลุ่มผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ควบคุมทั้งหมด แม้จะไม่มีสถิติที่ชัดเจนถึงจำนวนชาวโรฮีนจาที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย แต่ข้อมูลจากสมาคมชาวโรฮีนจาระบุว่า อาจมีจำนวนสูงถึง 100,000 คน นับเป็นอันดับสี่ รองจากประเทศปลายทางสำคัญ ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย บังกลาเทศ และปากีสถาน (ไม่รวมเมียนมา ซึ่งเป็นประเทศต้นทาง) จากตัวเลขดังกล่าว คาดว่าจำนวนเงินที่เกิดขึ้นจากขบวนการค้ามนุษย์ในไทย น่าจะมีจำนวนมหาศาล

สรุปยอดผู้อพยพย้ายถิ่นชาวโรฮีนจาทั่วโลก (ทั้งในและนอกค่ายอพยพ)

ประเทศ	จำนวน (คน)
เมียนมา	800,000 - 1,500,000
ซาอุดีอาระเบีย	400,000
บังกลาเทศ	300,000
ปากีสถาน	200,000
ไทย	100,000
มาเลเซีย	40,000
อินเดีย	30,000
อินโดนีเซีย	1,200
สหรัฐอเมริกา/แคนาดา	1,000

ที่มา: จากสมาคมชาวโรฮีนจา²

ด้วยผลประโยชน์จำนวนมหาศาล ทำให้ขบวนการค้ามนุษย์ไม่สามารถปราบปรามได้โดยง่าย ภายหลังจากการสอบสวนคดีดังกล่าวและเรื่องเข้าสู่ศาลยุติธรรม พล.ต.ต.ปวีณ พงศ์สิรินทร์ รองผู้บัญชาการตำรวจภูธรภาค 8 หัวหน้าพนักงานสอบสวนคดีค้ามนุษย์โรฮีนจา ได้ลาออกจากราชการและขอลี้ภัยทางการเมืองไปยังออสเตรเลียภายหลังถูกคำสั่งโยกย้ายให้ไปดูแลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

โดย พล.ต.ต.ปวีณ ได้เปิดเผยผ่านทางสื่อของอังกฤษถึงการขอสิทธิ์ทางการเมือง โดยอ้างเหตุผลความไม่ปลอดภัยในชีวิตเนื่องจากคดีค้ำมนุษย์ชาวโรฮีนจา มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับกลุ่มอิทธิพลในภาครัฐ กองทัพ รวมทั้งตำรวจ ซึ่งกีดกันการทำงานของตนมาโดยตลอด และอาจจะสั่งเก็บตนเพื่อปิดปาก ตนเสียใจมากที่ถูกบีบให้ออกจากบ้านเกิดและไม่สามารถทำงานในหน้าที่ต่อไปได้³

ปราบปรามข้ามมนุษย์อย่างหนัก เพื่อให้โลกยอมรับ

พล.ต.อ.เอก อังสนานนท์ รอง ผบ.ตร.ในฐานะหัวหน้าพนักงานสอบสวนคดีค้ำมนุษย์ (ตำแหน่งและหน้าที่ในขณะนั้น) กล่าวว่า การปราบปรามอย่างจริงจังของตำรวจทำให้หลังจากเกิดเหตุพบหลุมศพราว 1 เดือน สามารถหยุดยั้งขบวนการค้ำมนุษย์ชาวโรฮีนจาได้แล้ว เพราะตำรวจนำกฎหมายฟอกเงินมาใช้ ตรงนี้ทำให้กลุ่มขบวนการเกิดความขยาดและหยุดเคลื่อนไหว จากนั้นก็เป็นหน้าที่ของตำรวจที่จะติดตามจับกุมตัว วางกำลังป้องกันในจุดอ่อนตามแนวชายแดนที่เป็นช่องทางการเคลื่อนขบวนการค้ำมนุษย์ โดยเฉพาะ จ.ระนอง ซึ่งเป็นพื้นที่หลักของเครือข่ายค้าชาวโรฮีนจา⁴

พล.ต.อ.เอก ย้ำว่าต้องดำเนินการ 3 หัวใจหลัก คือ ดำเนินคดี ปราบปราม และป้องกัน จึงจะสัมฤทธิ์ผล กระนั้นก็ต้องยอมรับว่าในเรื่องการช่วยเหลือและการคัดแยกเหยื่อชาวโรฮีนจานั้น ประเทศไทยยังไม่พร้อมจะช่วยเหลือไปไกลถึงขนาดช่วยให้ไปอยู่ประเทศที่สามได้ เมื่อเกิดเหตุขึ้นแล้วก็ไม่สามารถกลับไปแก้ไขอดีตได้ ตำรวจจึงต้องเดินหน้าเก็บกวาดเพื่อให้บ้านเมืองเรียบร้อยมากที่สุด แต่ก็ยังมีอีกหลายอย่างที่ควรทำให้ไทยลดระดับการถูกจัดอันดับประเทศค้ำมนุษย์ให้⁵

ประชุมนานาชาติแก้ปัญหาผู้ลี้ภัยโรฮีนจา

มาเลเซียและไทยได้ประสานความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาผู้ลี้ภัยโรฮีนจา โดยมาเลเซียได้จัดประชุมระดับรัฐมนตรี 4 ประเทศ ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประกอบด้วย ไทย มาเลเซีย เมียนมา และอินโดนีเซีย เพื่อหารือถึงความร่วมมือในการแก้ปัญหาการลี้ภัยของชาวโรฮีนจาจากเมียนมาสู่ประเทศเพื่อนบ้าน ผลของการประชุม

ครั้งนั้น มาเลเซียจับมือกับอินโดนีเซียให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมเบื้องต้นกับชาวโรฮีนจา โดยนายอะนิพะห์ อะมาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศมาเลเซีย และนางเรทโน มาร์ซูดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศอินโดนีเซีย เสนอจัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราวให้กับผู้พลัดถิ่นชาวโรฮีนจา 7,000 คน ที่ยังติดค้างบนเรือประมงที่ลอยลำอยู่กลางทะเลบริเวณน่านน้ำรอบช่องแคบมะละกาเพื่อดูแลด้านมนุษยธรรม โดยมีเงื่อนไขว่าประชาคมโลกจะต้องร่วมมือกันดำเนินการส่งผู้พลัดถิ่นกลับประเทศต้นทางภายใน 1 ปี นอกจากนี้มาเลเซียได้ประกาศว่าอาจใช้ฐานะของความเป็นประธานกลุ่มประเทศอาเซียน จัดประชุมฉุกเฉินแก้ไขปัญหามหาสมุทรอินเดีย

ต่อมาในวันที่ 29 พฤษภาคม 2558 ประเทศไทยก็ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมว่าด้วยการโยกย้ายถิ่นฐานแบบไม่ปกติในมหาสมุทรอินเดีย โดยมี พล.อ. ธนะศักดิ์ ปฏิมาประกร รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศ (ตำแหน่งขณะนั้น) เป็นประธานเพื่อหารือถึงการแก้ไขปัญหาผู้พลัดถิ่นทางทะเล รวมถึงชาวโรฮีนจา โดยมี 17 ประเทศ เข้าร่วม ได้แก่ ออสเตรเลีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ มาเลเซีย เมียนมา ปากีสถาน บังกลาเทศ กัมพูชา อินเดีย อินโดนีเซีย ลาว อิหร่าน ปาปัวนิวกินี ฟิลิปปินส์ ศรีลังกา ไทย และเวียดนาม รวมถึงผู้สังเกตการณ์และองค์กรระหว่างประเทศอีกจำนวนหนึ่ง

การหารือให้ความสำคัญกับ 3 หัวข้อหลัก เพื่อหาทางออกร่วมกัน คือ 1) การเร่งช่วยชีวิตผู้โยกย้ายถิ่นฐานแบบไม่ปกติที่ยังลอยลำอยู่ในทะเล 2) การขจัดปัญหาที่ต้นทางซึ่งรวมถึงการจัดการกับขบวนการค้ำมนุษย์ และ 3) การแก้ไขปัญหาที่ต้นทาง โดยเน้นหลักการร่วมแบ่งปันภาระระหว่างประเทศ และต้องไม่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างประเทศต่างๆ ในภูมิภาค นายณรงค์ สิงห์เสณี ปลัดกระทรวงการต่างประเทศได้สรุปผลการประชุมว่า สหรัฐอเมริกาจะร่วมมือกับประเทศในอาเซียนอย่างใกล้ชิดในการแก้ไขปัญหา และไทยอนุญาตให้สหรัฐฯ ทำการบินผ่านน่านฟ้าเพื่อสำรวจเรืออพยพในน่านน้ำได้ พร้อมกันนี้สหรัฐอเมริกา ยังมอบเงินช่วยเหลือให้จำนวน 3 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ส่วนออสเตรเลียประกาศให้ความช่วยเหลือเมียนมาเพิ่มอีก 5 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย จากที่เคยให้ความช่วยเหลือที่รัฐยะไข่ก่อนหน้านี้แล้ว 6 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ขณะที่ญี่ปุ่นรับพิจารณาเพิ่ม

ความช่วยเหลือ และสวิตเซอร์แลนด์ ประกาศให้ความช่วยเหลือหลายล้านฟรังก์สวิส รวมทั้งความร่วมมือด้านเทคนิค โดยเฉพาะการบริหารจัดการการโยกย้ายถิ่นฐาน

สหรัฐฯ ยังคงไทยที่ระดับTier 3

แม้ว่าในปี 2558 ทุกภาคส่วนจะบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาการค้ามนุษย์ทั้งการปราบปราม ขบวนการค้ามนุษย์ชาวโรฮีนจา และการแก้ปัญหาประมง แต่เมื่อเดือนกรกฎาคม 2558 กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐอเมริกาได้เผยแพร่ รายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ โดยยังคงจัดให้ไทยอยู่ในบัญชีกลุ่มที่ 3 (Tier 3) ซึ่งเป็นอันดับต่ำที่สุด โดยรายงานดังกล่าวครอบคลุมความพยายามต่อต้านการค้ามนุษย์ของรัฐบาลประเทศต่างๆ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2557 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2558 ทั้งนี้กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐฯ ให้เหตุผลว่าในช่วงเวลาของการจัดทำรายงาน ไทยยังไม่ได้ดำเนินการที่จำเป็นอย่างเพียงพอที่จะบรรลุผลความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ และชี้แจงว่าการจัดระดับประเทศในรายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ไม่ได้คำนึงถึงบริบททางการเมืองของประเทศนั้นๆ⁶

ไทยไม่ถือ มุ่งแก้ปัญหาค้ามนุษย์ ควบจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว

พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงในเวลาต่อมาว่าค่อนข้างพอใจกับการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ และจะดำเนินการต่อเนื่องไปยังขบวนการค้าแรงงานเถื่อนทั้งด้านประมง และแรงงานภาคส่วนอื่นๆ ที่มีขอบข่ายกฎหมาย พร้อมกับหวังว่าประชาคมโลกจะเปิดรับไทยมากขึ้นเกี่ยวกับความพยายามในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ พล.อ.ประยุทธ์ ได้กล่าวตอนหนึ่งในงานเสวนาว่า

“ปัญหาการค้ามนุษย์เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิเสรีภาพการเป็นมนุษย์ และละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างร้ายแรง⁷ รัฐบาลให้ความสำคัญกับการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ และมุ่งมั่นขจัด “คนค้าคน” ไม่ให้มีที่ยืนบนผืนแผ่นดินนี้อีกต่อไป

ทั้งนี้ รัฐบาลไม่ได้เน้นเพียงแต่การแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ แต่ยังรวมไปถึงการจัดการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกับปัญหาการค้ามนุษย์ด้วย เช่น การจัดระเบียบ

แรงงานต่างด้าว การดำเนินคดีกับทุกคนที่ประกอบธุรกิจหรือใช้บริการทางเพศกับเด็ก และปัญหาขบวนการ เป็นต้น โดยได้เร่งดำเนินการปรับปรุงกฎหมาย ข้อบังคับที่จำเป็น กฎกระทรวงต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการทำงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ และเพิ่มความเข้มงวดในการระงับตรวจสอบ ตลอดจนสั่งการให้ทุกส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเรื่องการต่อต้านและปราบปรามการค้ามนุษย์ด้วย”

ก้าวต่อไป

ปัญหาการค้ามนุษย์ชาวโรฮีนจาเป็นปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติประเภทหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในเมียนมาที่ผลักดันให้ผู้ลี้ภัยชาวโรฮีนจาเดินทางออกนอกประเทศ ทำให้ขบวนการค้ามนุษย์ในไทยและประเทศเพื่อนบ้านเข้าไปแสวงประโยชน์ โดยนำพาผู้ลี้ภัยเหล่านี้เดินทางมายังไทย มาเลเซีย และอินโดนีเซีย มีการทารุณกรรมผู้ลี้ภัยเหล่านี้ เพื่อเรียกค่าไถ่ รวมทั้งนำไปค้าแรงงานอีกด้วย ที่ผ่านมาไทยได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งการปราบปรามจับกุมดำเนินคดีเครือข่ายการค้ามนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ของรัฐบางส่วน รวมทั้งประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรมในเมียนมาเพื่อลดการลี้ภัยออกนอกประเทศของชาวโรฮีนจา อย่างไรก็ตามต้นตอของปัญหาที่แท้จริงคือปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองและชาติพันธุ์ในรัฐยะไข่ รวมทั้งการละเมิดสิทธิมนุษยชนของชนกลุ่มน้อยในเมียนมา หากปัญหานี้ยังมิได้รับการแก้ไข ปัญหาผู้ลี้ภัยชาวโรฮีนจาก็จะกลับมาอีก ในช่วงก่อนฤดูมรสุม และวงจรการค้ามนุษย์ก็อาจฟื้นคืนชีพ ดังนั้นรัฐบาลและทุกภาคส่วนจำเป็นต้องปราบปรามขบวนการค้ามนุษย์อย่างต่อเนื่อง และสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อเฝ้าระวังปัญหาการค้ามนุษย์ อีกทั้งขจัดเงื่อนไขต่างๆ ที่เป็นเชื้อไฟให้กับการค้ามนุษย์ การจัดระเบียบแรงงานข้ามชาตินับเป็นมาตรการสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาการค้ามนุษย์ลงได้

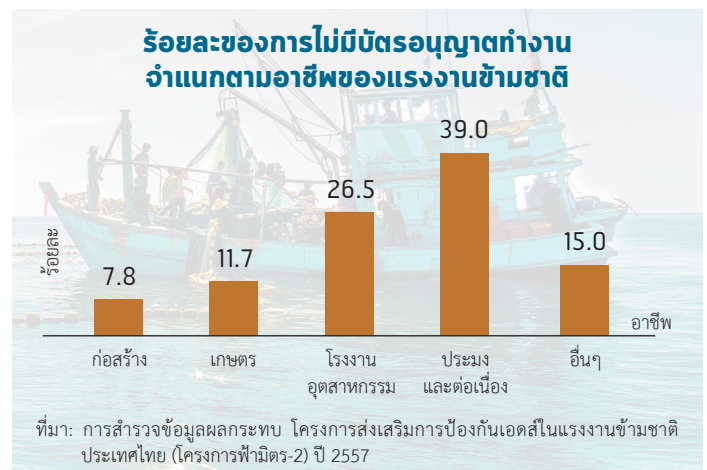


ประมงไทย โดนแจกใบเหลือง IUU ช่างดี หรือ ช่างร้าย?

ประเทศไทยประสบกับปัญหาสถานการณ์การค้ามนุษย์มานาน สหรัฐอเมริกาได้จัดอันดับให้ไทยอยู่ในบัญชีกลุ่ม 2 ของประเทศซึ่งต้องจับตามอง (Tier 2 Watch List) ในรายงานประจำปีของกระทรวงการต่างประเทศสหรัฐฯ เรื่องสถานการณ์การค้ามนุษย์ (Trafficking in Persons Report: TIP Report) มาตั้งแต่ปี 2553¹ และในปี 2557 ได้ถูกปรับลดอันดับมาอยู่ในกลุ่ม 3 (Tier 3) ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีสถานการณ์การค้ามนุษย์ในระดับเลวร้ายที่สุด² หมายถึงประเทศที่ดำเนินการไม่สอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำของกฎหมายการค้ามนุษย์ในสหรัฐฯ และไม่มี ความพยายามในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจัง

ประเทศไทยปฏิเสธไม่ได้เลยว่า ที่ผ่านมาระงงานข้ามชาติในไทยจำนวนหนึ่งตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ โดยส่วนใหญ่ถูกบังคับให้ทำงานบนเรือประมง ซึ่งการตรวจสอบเป็นได้ยากลำบาก จากการวิจัยประเมินผลกระทบโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย: โครงการฟ้ามิตร - 2 พบว่า อาชีพที่ไม่มีบัตรอนุญาตทำงานมากที่สุดคือ อาชีพประมงและต่อเนื่องประมง ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงได้รับการกดดันจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนยุโรปด้านประมงและทะเล (DG-MARE) ให้เร่งแก้ไขปัญหาวนการค้ามนุษย์ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาการทำประมงผิดกฎหมายมาตั้งแต่ปี 2554 นอกจากนี้ DG-MARE ได้ส่งตัวแทนมาตรวจสอบและพบว่าประเทศไทยยังไม่สามารถแก้ไขควบคุมประมงผิดกฎหมายได้ จึงให้ใบเหลือง IUU Fishing (Illegal, Unreported and Unregulated fishing) กับประเทศไทย (เมื่อวันที่ 21

เมษายน 2558) และกดดันว่าหากรัฐบาลไทยไม่สามารถดำเนินการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรมได้ จะพิจารณาให้ใบแดงกับไทยต่อไป³ ซึ่งอาจนำไปสู่การห้ามนำเข้าสินค้าประมงจากไทย และจะส่งผลกระทบต่ออย่างมากทางเศรษฐกิจทั้งในเรื่องการส่งออกและการจ้างงาน



IUU Fishing คือ อะไร?

การทำประมงที่ผิดกฎหมาย ขาดการรายงาน และไร้การควบคุม³ (Illegal, Unreported and Unregulated Fishing: IUU Fishing) เป็นกฎระเบียบที่ออกโดยกลุ่มสหภาพยุโรป (European Union: EU) ใช้บังคับกับสินค้าประมงที่วางจำหน่ายใน EU ทั้งหมด มีวัตถุประสงค์เพื่อต่อต้านการทำประมงที่ผิดกฎหมาย และอนุรักษ์ทรัพยากรทางทะเลไปพร้อมๆ กัน ระเบียบของ IUU แตกต่างจาก TIP Report คือ มีกฎระเบียบที่ชัดเจนและมีมาตรการคว่ำบาตรทางการค้าเข้ามาเกี่ยวข้อง หากประเทศนั้นๆ ไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง จะโดนแจกใบเตือน ซึ่ง IUU Fishing แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับ IUU Fishing 2) กลุ่มประเทศที่ได้รับ “ใบเหลือง” ตักเตือนให้มีการปรับปรุงแก้ไข 3) กลุ่มประเทศที่ได้รับ “ใบแดง” ซึ่งอาจโดนคว่ำบาตรการนำเข้าสินค้าประมง กรณีได้ใบแดงประเทศนั้นๆ อาจถูกระงับนำเข้าสินค้าประมงทุกประเภทที่จับโดยเรือที่ซักธงของประเทศนั้นๆ ยกเว้นสินค้าที่มาจาก การเพาะเลี้ยง เช่น กุ้งเลี้ยง ปลานิล ปลาสวยงาม เป็นต้น⁴

ผลกระทบการทำประมง IUU Fishing

นอกเหนือจากปัญหาการค้ำมนุษย์ในธุรกิจประมง และต่อเนื่องประมงแล้ว ประเทศไทยมีพฤติกรรมการทำประมงผิดกฎหมายมาเป็นเวลานาน จนก่อให้เกิดผลกระทบมากมายต่อทรัพยากรทางทะเล และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ดังนี้

ผลกระทบต่อความยั่งยืนทรัพยากรทางทะเล
จากรายงานของ FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nation) ค.ศ. 2014 พบว่าผลผลิตมวลรวมการจับปลาของประเทศไทยลดลงถึงร้อยละ 39 เมื่อเทียบย้อนกลับไป 10 ปี (ปี 2546 – ปี 2555)⁵ การลดลงดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการทำประมงที่เกินขนาด ใช้อุปกรณ์เกินมาตรฐานที่กำหนด โดยไม่คำนึงถึงปลาเล็กปลาน้อยที่มีโอกาสเจริญเติบโตต่อไป ซึ่งสื่อเค้านางว่า ระบบนิเวศกำลังเสื่อมโทรมลงไป และหากปล่อยให้เป็นเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ในอนาคตประเทศไทยคงต้องนำเข้าปลาจากต่างประเทศ

พฤติกรรมที่เข้าข่ายการทำประมง IUU Fishing

- 1 การทำประมงโดยที่เรือประมงไม่ได้จดทะเบียนเรือ ไม่มีอาชญาบัตร หรือจับสัตว์น้ำโดยที่ใบอนุญาตหมดอายุ หรือไม่ได้รับอนุญาตจากรัฐที่เข้าทำประมง
- 2 ไม่ทำตามข้อกำหนดที่อธิบายบันทึกและรายงานข้อมูลสัตว์น้ำที่จับได้ รวมไปถึงข้อมูลที่จากระบบติดตามเรือ
- 3 ทำประมงในพื้นที่ หรือฤดูที่ห้ามทำ จับเกินจำนวนหรือไม่ได้รับโควตา
- 4 ทำประมง หรือมีส่วนร่วมในการทำประมงผิดกฎหมาย
- 5 ใช้เครื่องมือประมงผิดกฎหมาย ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
- 6 ปลอมแปลง หรือปกปิดเครื่องหมาย รูปพรรณ หรือทะเบียนใดๆ
- 7 ปกปิด ยู่เกี่ยวข้องโดยไม่มีอำนาจ ทำลายหลักฐานในการสอบสวน
- 8 ขัดขวางการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่
- 9 นำสัตว์น้ำขนาดเล็กกว่ามาตรฐานขึ้นเรือ หรือขนถ่ายระหว่างเรือ
- 10 ขนถ่ายสินค้าจากเรือประมงที่ทำผิดกฎหมายประมง (เรือประมงอยู่)
- 11 ทำประมงไม่เป็นไปตามมาตรการอนุรักษ์ในระดับภูมิภาคที่ร่วมกัน หรืออัครวงประเทศที่ไม่ได้รับอนุญาต
- 12 เรือประมงไม่มีสัญชาติ ไม่มีสังกัดรัฐตามกฎหมายระหว่างประเทศ

http://ec.europa.eu/fisheries/documentation/eu_fisheries_key_facts/index_en.htm

**“อวนที่ใช้ลากปลา อย่าวว่าแต่ปลาเล็กปลาน้อยเลย
ไรหรือแม้แต่ทรายยังขึ้นมาได้เลย”**

เจ้าหน้าที่ NGO จังหวัดหนึ่ง ที่มา: โครงการฟาร์มิตร – 2

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ จากการที่ผลผลิตมวลรวมการจับปลาของประเทศไทยลดลง นอกจากจะแสดงให้เห็นว่าทรัพยากรทางทะเลค่อยๆ หมดไปแล้ว ยังสื่อแนวโน้มว่าการส่งออกสินค้าประมงของประเทศจะลดลงเรื่อยๆ ทำให้รายได้ของอุตสาหกรรมประมงของประเทศจะลดลงตามไปด้วย ฉะนั้นการที่ประเทศไทยได้ใบเหลือง IUU Fishing อาจจะทำให้เป็นการเตือน นับเป็นโอกาสที่ดีที่จะทำการปฏิรูประบบประมงของไทยให้มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานสากล และมาตรฐานของสหภาพยุโรปอย่างจริงจัง

การแก้ไขปัญหาของภาครัฐ

รัฐบาลไทยไม่ได้นิ่งนอนใจกับการได้รับใบเหลือง IUU Fishing โดยถือเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องแก้ไขโดยเร็ว จึงจัดตั้งศูนย์บัญชาการแก้ไขปัญหาการทำประมงผิดกฎหมาย (ศปมผ.) ขึ้น เพื่อเป็นแกนนำในการบูรณาการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน เพื่อปลดใบเหลืองให้ได้โดยเร็ว ศปมผ. ได้เสนอแผนงานเร่งด่วน 6 แผนงานหลัก

นอกจากแผนงานหลักดังกล่าว ศปมผ. มีแนวทางการบังคับใช้กฎหมาย 3 ระดับ คือ 1) การผ่อนปรน 2) การผ่อนปรนแบบมีเงื่อนไข และ 3) การบังคับใช้อย่างจริงจัง ปัจจุบันอยู่ในระดับการบังคับใช้อย่างจริงจัง โดยเริ่มมาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558⁶

แผนงานของ ศปมผ.

แผนงาน	ความก้าวหน้า
1. จัดทะเบียนเรือประมงและออกใบอนุญาตทำการประมง	ปัจจุบันจัดแล้ว 50,970 ลำ เพิกถอนทะเบียนเรือประมงที่ผิดกฎหมาย 8,024 ลำ
2. ควบคุมและเฝ้าระวังการทำประมง	กรมประมงจัดตั้งศูนย์ควบคุมแจ้งเข้า – ออก ครบทุก 22 จังหวัดชายทะเล
3. จัดทำระบบติดตามตำแหน่งเรือ (Vessel Monitoring System :VMS)	การติดตั้งระบบติดตามเรือประมงไทยนอกน่านน้ำและเรือประมงใหญ่กว่า 60 ตันกรอส โดยได้ติดตั้งในเรือทุกลำและเรือขนาดอื่นแล้วจำนวน 4,986 ลำ
4. ปรับปรุงระบบการตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability)	ออกระเบียบกรมประมงว่าด้วยการยื่นหนังสืออนุญาตนำเข้าสัตว์น้ำบางชนิดเข้ามาในหลักเกณฑ์และแนวทางให้กับผู้ปฏิบัติ เพื่อให้การตรวจสอบสัตว์น้ำที่ท่ามีความเข้มงวดและเป็นระบบมากขึ้น
5. ปรับปรุง พ.ร.บ. การประมงและกฎหมายระดับรอง	พระราชบัญญัติการประมงฉบับแก้ไขผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติแล้ว และประกาศในราชกิจจานุเบกษาไปเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2558
6. จัดทำแผนระดับชาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการทำประมงแบบผิดกฎหมาย ขาดการรายงาน และไร้การควบคุมขึ้น (National Plan of Action – IUU: NPOA-IUU)	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้ยกร่างแผน NPOA-IUU และได้จัดรับฟังความคิดเห็นจากภาครัฐและภาคเอกชนแล้ว 1 ครั้ง ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงร่างแผนงานให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

ที่มา: คณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ

มาตรการของรัฐกับผลกระทบ

การดำเนินงานของภาครัฐในการแก้ไขปัญหาการทำประมง IUU Fishing หากประสบผลสำเร็จอาจส่งผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกิจการประมง ทั้งเรือประมงพาณิชย์และกิจการเรือประมงชายฝั่งหรือประมงพื้นบ้าน ดังนี้

กิจการเรือประมงพาณิชย์ การทำประมง IUU Fishing ส่วนใหญ่เป็นการประมงพาณิชย์โดยกลุ่มนายทุนที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน ไม่คำนึงถึงทรัพยากรทางธรรมชาติที่สูญสิ้นไป นับตั้งแต่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจากรัฐบาล ได้เกิดการประท้วงหยุดเดินเรือเป็นระยะๆ ส่วนใหญ่เป็นธุรกิจเรือประมงพาณิชย์ นอกจากนี้จะมีกิจการเรือประมงขนาดใหญ่แล้ว ยังมีกิจการครอบครัวไปไม่ถึงแพปลาโรงงานน้ำแข็ง และโรงงานปลาป่นอีกด้วย เนื่องจากเป็นกิจการที่ครอบครัวเบ็ดเสร็จจึงทำให้มีอิทธิพลและอำนาจในการต่อรองในพื้นที่ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อเรือประมงชายฝั่งหรือประมงพื้นบ้าน ซึ่งค่อยๆ ถูกกลืนหายไปด้วยระบบผูกขาดแพปลาดังกล่าว หากรัฐบาลสามารถแก้ไขปัญหาการทำประมง IUU Fishing ได้ประสบผลสำเร็จ ก็จะเกิดผลกระทบต่อกลุ่มนายทุนขนาดใหญ่ทำให้เสียผลประโยชน์จำนวนมาก

กิจการเรือประมงชายฝั่ง การกำจัดเครื่องมือทำลายล้างในการทำประมง คือ เรืออวนลาก เรืออวนรุน เรือปั่นไฟ เป็นหนึ่งในแนวทางการแก้ไขปัญหาการทำประมง IUU Fishing ที่รัฐบาลต้องแก้ไขอย่างจริงจัง ซึ่งหากสามารถทำได้ อย่างเข้มงวดและจริงจังแล้วจะสามารถพลิกฟื้นระบบนิเวศทางทะเล รวมถึงทรัพยากรชายฝั่งให้กลับมาอุดมสมบูรณ์ได้อีกครั้ง ซึ่งจะมีผลด้านบวกต่อกลุ่มประมงชายฝั่งหรือกลุ่มประมงพื้นบ้าน ที่จะมีทรัพยากรทางทะเลให้ได้ดำรงเลี้ยงชีพต่อไป และไม่ถูกกลืนหายไปกับระบบนายทุนดังกล่าว

ขบวนการการค้ามนุษย์ นอกจากการแก้ไขปัญหา IUU Fishing แล้ว รัฐบาลจะต้องเร่งแก้ไขปัญหาการจัดลำดับของ TIP-Report ควบคู่ไปด้วย ปัจจุบันรัฐบาลมุ่งมั่นแก้ไขปัญหาโดยเร่งผลักดันแรงงานผิดกฎหมายเข้าสู่ระบบ โดยได้เปิดให้จดทะเบียนพิเศษสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในกิจการประมงขึ้น ระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2558 ถึง

22 กุมภาพันธ์ 2559 เป็นระยะเวลา 90 วัน⁷ แต่ยังคงขาดการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง ทำให้แรงงานประมงบางส่วนไม่ทราบว่ามีการเปิดจดทะเบียนเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติประมงขึ้น เนื่องจากแรงงานเหล่านี้มีวิถีชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนเรือประมง ระยะเวลาที่จะอยู่บนฝั่งค่อนข้างน้อย หรืออาจจะอยู่บนเรือประมงเป็นระยะเวลานาน เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี ระยะเวลาการเปิดจดทะเบียนอาจจะสั้นเกินไป รัฐบาลควรเปิดให้มีการจดทะเบียนให้นานขึ้น หรือเพิ่มจำนวนวันในการจดทะเบียน เช่น วันหยุดเสาร์-อาทิตย์ หรือพิจารณาขยายระยะเวลาในการจดทะเบียนเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม

บทส่งท้าย

แม้ว่าใบเหลือง IUU Fishing จะเป็นสิ่งที่ไทยไม่ประสงค์ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบด้านการค้าและอุตสาหกรรมประมงและต่อเนื่องประมงของไทย แต่ในอีกด้านหนึ่ง แรงกดดันดังกล่าวก็ได้ทำให้รัฐบาลไทยจริงจังกับการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์และการทำประมงผิดกฎหมาย ซึ่งถูกปล่อยให้ลุกลามจนสร้างผลกระทบต่ออย่างมหาศาลกับระบบเศรษฐกิจ สร้างปัญหาด้านสังคมและระบบนิเวศของไทย การจัดระบบการทำประมงใหม่จะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศของไทย และช่วยให้ประมงชายฝั่งและประมงพื้นบ้านมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เท่ากับเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจำนวนมาก เราควรพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส โดยให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ กับสหภาพยุโรปอย่างจริงจัง เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการประมงไทยให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานสากล หากทุกภาคส่วนร่วมมือกันก็คาดว่า นอกจากจะแก้ปัญหา IUU Fishing แล้ว ประเทศไทยอาจถูกถอดจากกลุ่ม 3 (Tier 3) จากการจัดลำดับของ TIP – Report ด้วย หากการดำเนินงานต่างๆ เกิดขึ้นพร้อมกับการปลูกจิตสำนึกให้ผู้ประกอบการทำประมงรักษาทรัพยากรทางทะเล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนไว้ให้ลูกหลาน วิกฤติใบเหลือง IUU Fishing ก็จะกลายเป็นการวางรากฐานใหม่ของอุตสาหกรรมประมงไทยให้มีความยั่งยืนและได้มาตรฐานสากลในที่สุด





บั้นราชประสงค์ สะท้านโลก อุยกูร์เอาคืนไทย?

ช่วงกลางเดือนสิงหาคม 2558 ประเทศไทยเป็นข่าวดังทั่วโลก เมื่อสื่อรายงานว่าเกิดเหตุระเบิดบริเวณแยกราชประสงค์ ศูนย์กลางธุรกิจใหญ่ของกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตถึง 20 ราย บาดเจ็บอีกนับร้อย สร้างความสะเทือนขวัญแก่ชาวโลกและคนไทยเป็นอย่างยิ่ง

ณ เวลานั้น หลายฝ่ายพุ่งเป้าว่า ปมระเบิดน่าจะเกิดจากความขัดแย้งทางการเมือง เพราะราชประสงค์แห่งนี้เป็นที่สัญลักษณ์ของกลุ่มคนเสื้อสีที่เคยชุมนุมขับไล่รัฐบาลและมีการจัดงานรำลึกทุกปี แต่การสอบสวนกลับพบว่า เป็นฝีมือของกลุ่มชาวอุยกูร์ที่ไม่พอใจรัฐบาลไทยที่ส่งตัวชาวอุยกูร์ที่ลี้ภัยเข้ามาในไทยกลับไปให้จีน สุดท้ายเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถจับกุมผู้ต้องสงสัยชาวจีนเชื้อสายอุยกูร์ 2 คน ที่ร่วมกันวางระเบิด และได้ส่งฟ้องศาลดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

หลังจากที่คนไทยแสดงพลัง “ปั่นเพื่อแม่ Bike for mom” เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2558 จนสร้างสถิติโลกที่มีจำนวนผู้ออกมาปั่นจักรยานสูงสุด กิจกรรมดังกล่าวเป็นบรรยากาศแห่งความสุขทั่วทั้งแผ่นดิน ทว่า ถัดจากนั้นเพียงวันเดียว ในคืนวันที่ 17 สิงหาคม 2558 เวลาประมาณ 19.00 น. สีแยกราชประสงค์กลับต้องนองเลือดสิ้นสะเทือนขวัญ

จากการที่คนร้ายได้ลอบวางระเบิดแสวงเครื่องบริเวณศาลท้าวมหาพรหมเอราวัณ เสียงระเบิดตั้งกึ่งกึ่งพร้อมเปลวเพลิงลูกใหม่รถยนต์ที่จอดอยู่บริเวณสี่แยก และที่สำคัญคือมีผู้เสียชีวิต 20 ราย แยกเป็นชาวไทย 6 ราย ชาวต่างชาติ 14 ราย ได้แก่ ชาวจีน 5 ราย มาเลเซีย 5 ราย ฮองกง 2 ราย อินโดนีเซียและสิงคโปร์ประเทศละ 1 ราย และยังมีผู้บาดเจ็บถึง 123 ราย เหยื่อระเบิดส่วนใหญ่เป็นนักท่องเที่ยวที่มาเยี่ยมชมและสักการะศาลท้าวมหาพรหมในช่วงบ่ายของวันต่อมาเกิดเหตุระเบิดขึ้นอีกใกล้ท่าเรือสาทร เบื้องต้นคาดว่าคนร้ายหวังโยนระเบิดลงที่ท่าเรือสาทร แต่พลาดตกลงแม่น้ำเจ้าพระยาช่วงใต้สะพานสมเด็จพระเจ้าตากสิน จึงไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ หลังเกิดเหตุไม่นาน คสช. แถลงว่าผู้ก่อเหตุทั้งสองเหตุการณ์น่าจะเป็นกลุ่มเดิมๆ ที่เสียประโยชน์ทางการเมือง เนื่องจากเคยประกาศว่าจะสร้างความวุ่นวายให้เกิดขึ้นในประเทศ¹

ตั้งรางวัลจับ ชายเสื้อเหลือง 12 ล้าน

การสืบสวนของเจ้าหน้าที่โดยอาศัยกล้องวงจรปิด พบชายต้องสงสัยคล้ายชาวต่างชาติ ใส่ชุดเสื้อเหลืองนั่งรถสามล้อมาลงที่ทางเข้าโรงแรมแกรนด์ไฮแอทเอราวัณ นำระเบิดใส่เป้ไปวางบริเวณที่นั่งภายในศาลท้าวมหาพรหม ก่อนเดินจากไปด้วยท่าทางพิรุช ส่วนการสืบหลักฐานจากฝึกแคทที่เป็นตัวจุดชนวนระเบิด พบว่าเหตุที่แยกราชประสงค์ กับท่าเรือสาทรมาจากกลุ่มก่อเหตุเดียวกัน

ช่วงแรกไม่มีทีท่าว่าจะจับตัวคนร้ายได้ มีการตั้งค่าหัวรางวัลจับรวม 12 ล้านบาท จาก พล.ต.อ.สมยศ พุ่มพันธุ์ม่วง ผบ.ตร. ในขณะนั้น อีกทั้งยืนยันว่ารู้ตัวฆวนการก่อเหตุแล้ว มีทั้งคนไทยและต่างชาติ แต่ไม่เกี่ยวข้องกับอาชญากรข้ามชาติหรือการก่อการร้าย² ส่วน โฆษก คสช. ได้ออกโทรทัศน์รวมการเฉพาะกิจชี้แจงความคืบหน้าของคดี และมาตรการรักษาความปลอดภัยเป็นระยะ เพื่อไม่ให้ประชาชนตื่นตระหนก เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้หลายประเทศทั่วโลกออกแถลงการณ์ประณามการกระทำดังกล่าวและแสดงความเสียใจต่อครอบครัวของผู้เสียชีวิต

สำหรับคดีราชประสงค์ เจ้าหน้าที่ตำรวจใช้เวลาอยู่นานถึง 12 วัน กว่าจะได้ตัวผู้ต้องสงสัยรายแรก คือ นายอาเดม คาราดัค หรือนายบิลาดิเรก มุฮัมหมัด อายุ 24 ปี ชาวอุยกูร์สัญชาติตุรกี หลังนำกำลังเข้าปิดล้อมพุลอนันต์ อพาร์ทเมนท์ ซอยเชื่อมสัมพันธ์ 11 เขตหนองจอก กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม ในการตรวจค้นที่พักสามารถตรวจยึดอุปกรณ์ และวัตถุที่ใช้ประกอบระเบิดจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็ลูกปรายชนิดเดียวกับที่พบบริเวณแยกราชประสงค์ สายชนวนฝึกแคสซิคมพู สารเกี่ยวกับระเบิด ท่อเหล็กขนาดต่างๆ ผ้าเย็บสำหรับพันรอบเอวติดตีนตุ๊กแก และยังพบพาสปอร์ตฉบับร้อยเล่ม ทำให้คาดว่าคนร้ายได้เตรียมการจะก่อระเบิดซ้ำอีกครั้ง แม้นายอาเดมจะปฏิเสธไม่รู้เห็น แต่อีกเดือนต่อมา เขายอมรับสารภาพว่าเป็นชายเสื้อเหลืองในกล้องวงจรปิด ที่เป็นผู้วางระเบิดแยกราชประสงค์ครั้งนี้

देंตำรวจพื้นที่ จัดระเบียบ ตม.

การได้ตัวนายอาเดม ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานง่ายขึ้น สามารถขยายผลออกหมายจับเครือข่ายวางระเบิดได้อย่างรวดเร็ว ไม่กี่วันต่อมาทหารและตำรวจได้เข้าควบคุมตัวนายเมียร์ลี ยูซุฟ อายุ 26 ปี ชาวอุยกูร์สัญชาติจีน ที่ อ.อรุณประเทศ

จ.สระแก้ว ห่างจากชายแดนไทย-กัมพูชา 500 เมตร ขณะเตรียมเดินทางหนีไปยังกัมพูชา เจ้าหน้าที่เชื่อว่าน่าจะเป็นชายเสื้อเหลือง แต่ผลจากการตรวจดีเอ็นเอพบว่าไม่ใช่ เป็นเพียงผู้ร่วมขบวนการกับนายอาเดม

ช่วงเวลาไล่เลี่ยกัน เจ้าหน้าที่ได้ออกหมายจับผู้ต้องสงสัยรวม 8 คน ส่วนใหญ่เป็นชายสัญชาติตุรกี ถูกตั้งข้อหา มีวัตถุประสงค์ไว้ในครอบครอง ในจำนวนนั้นนอกจากชายเสื้อเหลืองแล้ว ยังมีชายเสื้อฟ้าที่โยนระเบิดที่ท่าหน้าสาทร รวมถึงคนไทยร่วมด้วย 1 ราย คือ นางวรรณมา สอนสัน ผู้ทำสัญญาเปิดเช่าห้องพักที่ ซ.ราชบุรุษอุทิศ 34 ย่านมีนบุรี ที่กลุ่มผู้ต้องสงสัยกับเหตุระเบิดแฉะเวียนเข้าออก ในห้องยังพบสารเคมีประกอบระเบิดจำนวนมาก ทั้งนี้ นางวรรณมา มีสามีเป็นชาวตุรกีซึ่งถูกออกหมายจับด้วย แต่ทั้งสองได้เดินทางออกนอกประเทศไปตุรกีแล้ว

ผลการสืบสวนสามารถแกะรอยผู้ร่วมขบวนการได้นับสิบ ซึ่งล้วนเป็นชาวตุรกีที่มาพักอาศัยย่านมีนบุรี หนองจอก ทำให้มีการสั่งย้าย 16 นายตำรวจ ระดับผู้กำกับ รองสารวัตร และ ผบ.หมู่ สน.มีนบุรี – หนองจอก เข้าศูนย์ปฏิบัติการบก.น.3 เนื่องจากปฏิบัติหน้าที่บกพร่องที่รายงานฯ ไม่พบชาวต่างชาติและอุปกรณ์ประกอบระเบิดในห้องที่รับผิดชอบ³ แต่หน่วยเฉพาะกิจ คสช. ที่เข้าตรวจสอบพบระเบิดในห้องพัก 2 แห่ง ขณะเดียวกัน พล.ต.อ.สมยศ ยังได้สั่งย้ายนายตำรวจจ.สระแก้วที่รับผิดชอบงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) 6 ราย ไปปฏิบัติราชการที่ศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ⁴ ซึ่งต่อมา พล.ต.อ.สมยศ ระบุว่าผู้ต้องหาคดีระเบิดสารภาพว่าได้จ่ายเงินให้เจ้าหน้าที่ ตม. ในการเดินทางเข้าออกประเทศมาแล้วมากกว่า 5 ครั้ง

ไม่เพียงเท่านั้น พล.ต.อ.สมยศ ยังถือโอกาสนี้จัดระเบียบเจ้าหน้าที่ตำรวจ ตม. โดยเรียกประชุมเจ้าหน้าที่ระดับสารวัตรขึ้นไปทุกด่าน ตม. จำนวน 259 ราย มอบนโยบายห้ามบกพร่องในหน้าที่พร้อมกำชับนโยบายด้านความมั่นคง ที่ฮือฮาคือ พล.ต.อ.สมยศ ได้แฉพฤติกรรมการรับประโยชน์ของตำรวจ ตม. ด้วยตัวเอง มีทั้งหมด 6 ประเภท ตั้งแต่เรียกรับเงินต่างด้าวเพื่อแลกเข้า – ออกประเทศ โดยเฉพาะที่ ตม. ดอนเมือง – สุวรรณภูมิ มีการเก็บค่าทำวีซ่าหน้าด่านคิดเป็นเงินกว่า 1.8 ล้านบาทต่อวัน โดยไม่ทราบว่าเป็นเงินดังกล่าวส่งไปให้ใครบ้าง⁵

ผลกระทบจากเหตุระเบิดที่ราชประสงค์ ทำให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาประเมินว่าประเทศไทยอาจสูญเสียเงินกว่า 6.43 หมื่นล้านบาท และนักท่องเที่ยวอาจหายไปถึง 1.33 ล้านคน เนื่องจากนักท่องเที่ยวจากจีน เอเชียใต้ สิงคโปร์ และญี่ปุ่น ได้ยกเลิกการเดินทางมาเที่ยวไทย ขณะที่ภาคเอกชนโดยสภาหอการค้าแห่งประเทศไทยมองว่าเหตุระเบิดอาจกระทบต่อจิตวิทยาระยะสั้น แต่จะไม่กระทบการท่องเที่ยวในไตรมาส 4 และเชื่อว่า จีดีพีไทยปี 2558 จะสามารถขยายตัวได้ร้อยละ 2.5 - 2.9%⁶ ส่วนรัฐบาลยืนยันว่าเหตุที่เกิดขึ้นไม่ใช่การก่อการร้าย แต่เกี่ยวข้องกับกลุ่มชาวอุยกูร์ที่เสียประโยชน์จากนโยบายรัฐ

กำหนดสารภาพ ผู้บงการอยู่ตุรกี

หลังจากใช้เวลาสอบสวนยาวนานกว่าหนึ่งเดือนที่ไม่มีแว่วว่าจะจับมือวางระเบิดได้ นายอาเดม คาราดัก ผู้ต้องหาที่ปฏิเสธมาตลอด ยอมรับสารภาพว่า เป็นผู้บงการเปิดไปวางที่ศาลท่าวมหาพรหม หลังจากรับภาพจากกล้องวงจรปิดที่ได้มาใหม่บริเวณสวนลุมพินีที่จับได้ว่าชายสี่ล้อสองได้เรียกรถจักรยานยนต์รับจ้างไปส่งที่สวนลุมพินี ก่อนเข้าห้องน้ำที่สวนสาธารณะ ในมือถือถุงใส่ของบางอย่าง ซึ่งเมื่อใช้เทคนิคตรวจดูก็พบว่า เป็นสี่ล้อสอง ทำให้เจ้าหน้าที่ตั้งข้อหาเพิ่มเติมคือ ทำให้เกิดระเบิดและมีผู้เสียชีวิต ต่อมา นายชูชาติ กันภัย ทนายความของนายอาเดม ระบุว่า นายอาเดม ยอมรับว่า นายอิซฮาน เป็นคนสั่งการให้วางระเบิด หากทำงานเสร็จนายอิซฮานจะประสานงานกับทางมาเลเซีย เพื่อให้ให้นายอาเดม เดินทางไปประเทศตุรกีเพื่อพบกับครอบครัว⁷ โดยอาเดม เกิดที่ตุรกี แต่มาอยู่ที่เขตปกครองตนเองซินเจียงอุยกูร์ ทางตอนเหนือของจีน ส่วนที่เข้ามาในประเทศไทยเพื่อจะเดินทางไปมาเลเซีย โดยมีค่าใช้จ่ายเริ่มต้นตั้งแต่อยู่ในจีน 1,200 ดอลลาร์ ก่อนที่จะเดินทางมาที่เวียดนาม เสียอีก 200 ดอลลาร์ และมาที่ลาวเสีย 600 ดอลลาร์ จนเข้ามาที่ประเทศไทย ก่อนที่จะมาอยู่ที่พูลอนันต์อพาร์ทเมนต์ ซึ่งเคยเข้าไปพบนายอิซฮานที่ห้อง 412 เพียงครั้งเดียว

ส่วนนายอุซฟูฟุได้ขีดทอด้ว่า ผู้บงการตัวจริง คือ นายอาบูดูซาดาเออร์ ดาบูคูร์ห์มาน หรือนายอิซฮาน สัญชาติจีน ซึ่งได้หลบหนีออกจากประเทศไทยไปตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ โดยผู้ร่วมขบวนการมี 6 คน ทั้งหมดไม่รู้จักกัน ในการประสานงานนั้นนายอิซฮานจะติดต่อผ่านแอปพลิเคชัน “วทส์แอฟ” พร้อมเป็นผู้สั่งการหาซื้อสารประกอบระเบิดผ่านอินเทอร์เน็ต และให้นายอุซฟูฟุ นำระเบิดใส่ไปให้ชายสี่ล้อสองที่สถานีหัวลำโพง สำหรับนายอิซฮานนั้น พล.ต.ท.ประวุฒิ ติการศิริ โฆษกสำนักงานตำรวจแห่งชาติในขณะนั้นระบุว่า ได้หลบหนีไปยังนครอิสตันบูล ประเทศตุรกีแล้ว โดยเดินทางไปบังกลาเทศ อินเดีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และไปจบที่ตุรกี ซึ่งไทยได้ประสานสถานเอกอัครราชทูตไทยที่ประเทศตุรกีให้ช่วยตรวจสอบข้อมูลแล้ว⁸

การทำแผนประกอบคำสารภาพของ 2 ผู้ต้องหาที่แยกราชประสงค์และท่าเรือสาทรรวมทั้งหมด 19 จุด ได้รับความสนใจจากประชาชนจำนวนมาก มีการเปิดเผยเส้นทางก่อเหตุอย่างละเอียด โดยสรุปเส้นทางที่ใช้ก่อเหตุคือ นายอาเดม มารับกระเป๋าใส่ระเบิดจากนายอุซฟูฟุริมคลองผดุงกรุงเกษมข้างหัวลำโพง จากนั้นก็ขึ้นสามล้อที่ริมรั้วสถานีรถไฟหัวลำโพง ระหว่างเดินทางไปโรงแรมเอราวัณ นายอาเดม ได้แวะเข้าไปที่มีสียอสัสสะละพียะห์ ระหว่างซอยเจริญกรุง 105 กับ 107 เพื่อเข้าไปละหมาด 20 นาที ก่อนจะไปเปลี่ยนเป็นสี่ล้อสองที่บีเอ็มแอกซ์แอลพีจีตรงข้ามมัสยิด และขึ้นรถแท็กซี่จากที่ทำการไปรษณีย์บางคอแหลมมายังจุดหน้าโรงแรมเอราวัณเพื่อวางระเบิด ก่อนจะเดินทางกลับโดยนั่งวินมอเตอร์ไซค์ให้ไปส่งที่สวนลุมพินี และถอดชุดสี่ล้อสองในห้องน้ำเป็นสี่ล้อเทาและเดินทางกลับโดยรถแท็กซี่ไปยังตลาดมินบุรี ก่อนเข้าห้องพักหมายเลข 412 ที่พูลอนันต์อพาร์ทเมนต์ ส่วนนายอุซฟูฟุได้นำรถมาลงที่บริเวณหน้าวัดปทุมวนาราม เดินเท้าต่อมายังหน้าห้างเซ็นทรัลเวิลด์ หัวมุมถนนพระราม 1 ตัดกับถนนราชดำริเพื่อบันทึกภาพเหตุระเบิดส่งให้นายอิซฮาน ซึ่งเป็นหัวหน้าชุดปฏิบัติการ จากนั้นได้นำโทรศัพท์ไปโยนทิ้งที่คลองแสนแสบ และขึ้นแท็กซี่ที่หน้าประตูน้ำเซ็นเตอร์ กลับเข้าที่พักที่พูลอนันต์อพาร์ทเมนต์

ปมระเบิด อพยร์แค้นไทย ถูกส่งกลับจีน

แรงจูงใจของคอนรายที่อยู่เบื้องหลังเหตุระเบิดครั้งนี้ พล.ต.อ.สมยศ แถลงว่า เกิดจากการที่รัฐบาลไทยส่งชาว อพยร์ 109 คน กลับไปยังจีน เท่ากับหลายขบวนการค้ามนุษย์ จากประเทศไทยไปตุรกี จึงเกิดความโกรธแค้นขึ้นมา ก่อนหน้านี้ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2558 ชาวอพยร์และชาวตุรกี ที่นครอิสตันบูล ก็ได้ประท้วงที่สถานกงสุลไทยเพื่อแสดงความไม่พอใจที่ไทยส่งผู้ลี้ภัยอพยร์ให้กับจีนมาแล้ว⁹ จากการที่ทางการไทยได้ส่งตัวชาวอพยร์ 109 คน กลับไปจีน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2557 โดยอธิบดีกรมสารนิเทศ (โฆษก กระทรวงการต่างประเทศ) ชี้แจงว่าชาวอพยร์ 300 กว่าคน ได้หลบหนีเข้าประเทศไทย รัฐบาลจีนเรียกร้องให้รัฐบาลไทย ส่งบุคคลเหล่านี้กลับไปยังจีน เพราะเกี่ยวข้องกับกรกระทำ ผิดกฎหมายในประเทศจีน รัฐบาลไทยได้จำแนกคนกลุ่มนี้ ออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรก 172 คน พบว่าไม่มีความผิดใดๆ ถูกส่งไปตุรกีตามความต้องการของชาวอพยร์และความยินยอม ของรัฐบาลตุรกี กลุ่มที่ 2 จำนวน 109 คน ถูกส่งไปยังจีน เพราะมีหลักฐานการกระทำผิด กลุ่มที่ 3 คือ ชาวอพยร์ ประมาณ 60 คน ยังอยู่ในไทย เนื่องจากอยู่ในขั้นตอน การพิสูจน์สัญชาติ

การส่งชาวอพยร์กลับจีนครั้งนั้นทำให้ชาวมุสลิมอพยร์ ในตุรกีและชาวตุรกีบางส่วนประท้วง ทูบทำลายหน้าต่าง และปลดธงชาติไทยที่สถานกงสุลไทยในนครอิสตันบูล ก่อนจะอ่านแถลงการณ์คัดค้านรัฐบาลไทย นอกจากนี้ยังไป ชุมนุมปิดล้อมสถานเอกอัครราชทูตไทยที่กรุงอังการาด้วย ส่วนรัฐบาลตุรกีก็ได้ออกแถลงการณ์ประณามการกระทำของ รัฐบาลไทย¹⁰ ต่อมาเหตุการณ์ได้ลุกลามไปยังประเทศเยอรมนี และสหรัฐอเมริกา โดยเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2558 สถาน เอกอัครราชทูตไทยที่กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมนี ได้แจ้ง เตือนคนไทยในกรุงเบอร์ลินให้หลีกเลี่ยงการติดต่อกับการ กับสถานเอกอัครราชทูตฯ ในวันที่ 10 กรกฎาคม 2558 เพราะมีผู้ยื่นขออนุญาตทำการประท้วงหน้าทำการของ สถานเอกอัครราชทูตฯ และเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม ก็ได้มี กลุ่มผู้ชุมนุมชาวตุรกีจำนวนหนึ่งออกมาประท้วงทางการไทย เกี่ยวกับปัญหาผู้ลี้ภัยชาวอพยร์หน้าสถานทูตเอกอัครราชทูต ไทยประจำกรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกาด้วย

ในการแถลงปิดคดีระเบิดราชประสงค์เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2558 สรุปรภาพรวมว่าศาลทหารออกหมายจับ ผู้ต้องหา 17 คน ข้อหาร่วมกันฆ่าและทำให้เกิดระเบิด จับกุม ได้ 2 ราย มีคนไทยเข้าร่วมขบวนการ 2 คน คือ นางวรรณภา และนายออด พยุงวงศ์ หรือพยุง พบบแก้ว ซึ่งเคยถูกออก หมายจับในคดีระเบิดปี 2557 พื้นที่ สน.มีนบุรี และมีความ เชื่อมโยงกับเหตุระเบิดที่สนามเมตตาแมนชั่น อ.บางบัวทอง โดย พล.ต.อ.สมยศ ยืนยันว่า มูลเหตุจูงใจในการก่อเหตุเชื่อ ว่า มาจากการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐไปหลายเครือข่ายการค้า มนุษย์ และอาจมีประเด็นอื่นที่มาจากปมการเมืองร่วมด้วย ทั้งนี้หากจับกุมนายออดได้ก็จะเป็นกุญแจสำคัญที่จะเชื่อม ต่อภาพการเมืองให้เห็นชัด แต่แกนนำ นปช. ตอบโต้ว่า นี่เป็นแผนของรัฐบาลเพื่อป้ายสีขบวนการเสื้อแดงว่า เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ระเบิดราชประสงค์¹¹

พนักงานสอบสวนได้ส่งคดีระเบิดราชประสงค์และ ทำเรือสาทร ต่ออัยการศาลทหารช่วงปลายเดือนตุลาคม 2558 จากสำนวน 40 แฟ้ม 1 หมิ่นหน้ากระดาษ เพื่อให้ส่ง ฟ้องผู้ต้องหาตามความผิด 7 ข้อหา คือ 1. ร่วมกันฆ่าผู้อื่น 2. ร่วมกันพยายามฆ่าผู้อื่น 3. ร่วมกันทำระเบิดจนเป็นเหตุ ให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย 4. ร่วมกันทำให้เสียทรัพย์ 5. ร่วมกัน มีวัตถุประสงค์ที่นายทะเบียนไม่ออกใบอนุญาต 6. ร่วมกัน พกพาอาวุธระเบิดไปในเมือง และ 7. ร่วมกันมียุทธภัณฑ์ ไว้ในความครอบครอง

ระเบิดราชประสงค์เป็นเหตุระเบิดที่รุนแรงที่สุดครั้ง หนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ครั้งนี้ มีทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ และเกี่ยวพันกับปมปัญหา การค้ามนุษย์ที่เชื่อมโยงกับความขัดแย้งทางการเมือง ต่างประเทศ แม้ว่าทางการไทยจะยืนยันว่าเหตุการณ์นี้ไม่ใช่ เป็นการก่อการร้ายสากล แต่รูปแบบและความรุนแรงที่เกิดขึ้น ซึ่งคร่าชีวิตผู้คนคราเดียว 20 ศพ และบาดเจ็บกว่าร้อย ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของไทยเป็นอย่างมาก สะท้อน ให้เห็นถึงความสุ่มเสี่ยงของประเทศไทยต่อการเป็นเป้าหมาย ของผู้ไม่หวังดี ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะของ ประเทศ และเตรียมรับมือกับภัยคุกคามในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งประสานงานอย่างใกล้ชิดกับต่างประเทศในเรื่องการข่าว เพื่อป้องกันเหตุร้ายต่างๆ ที่อาจคุกคามไทยได้อีกในอนาคต



ถนนเลียบบแม่น้ำเจ้าพระยา บททดสอบวิถีชุมชน

คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติโครงการก่อสร้างถนนเลียบบริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยาตั้งแต่สะพานพระราม 7 ถึงสะพานพระปิ่นเกล้าเพื่อเป็นเส้นทางจักรยานและเป็นสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนของประชาชน โครงการนี้ได้แรงบันดาลใจมาจาก “ชองเกยซอนโมเดล” ที่นายกรัฐมนตรี พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา เดินทางไปดูงานที่ริมแม่น้ำฮัน ของเกาหลีใต้ แต่โครงการซึ่งใช้เงินมหาศาลนี้ยังขาดการประชาสัมพันธ์ถึงรายละเอียด ข้อดี ข้อเสีย การศึกษาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม กฎหมาย สังคม ชุมชน การใช้ประโยชน์ และความคุ้มค่ากับการลงทุน รวมทั้งการออกแบบที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ทำให้ภาคประชาชน สังคม และนักวิชาการในหลายภาคส่วนต่างออกมาคัดค้านการดำเนินโครงการที่ขาดความชัดเจน โครงการนี้จึงถูกเลื่อนออกไป ในขณะที่ภาครัฐก็พยายามอย่างเต็มที่ที่จะผลักดันโครงการนี้ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม แต่จนถึงต้นปี 2559 แผนพัฒนาโครงการดังกล่าวก็ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ว่าจะออกมาในรูปแบบใด

ที่มาและรายละเอียดโครงการ

ในการประชุม ครม. เมื่อ 12 พฤษภาคม 2558 ครม. ได้มีมติอนุมัติตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอโครงการพัฒนาริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งเป็นแผนงานก่อสร้างถนนเลียบบริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา ตั้งแต่สะพานพระราม 7 ถึงสะพานพระปิ่นเกล้า ทั้ง 2 ฝั่ง ฝั่งละ 7 กิโลเมตร รวมระยะทาง 14 กิโลเมตร วงเงิน 14,006 ล้านบาท เพื่อจัดพื้นที่

บูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชน ส่งเสริมการใช้จักรยาน การพักผ่อนหย่อนใจ และนันทนาการด้านการกีฬาและการท่องเที่ยว รวมทั้งการเดินทางปลอดภัยริมแม่น้ำที่มีทัศนียภาพสวยงามและเป็นพื้นที่สัญลักษณ์ (landmark) ของประเทศ ในระยะแรกรัฐบาลวางแผนจะครอบคลุมเส้นทางตั้งแต่สะพานพระราม 3 ถึงสะพาน

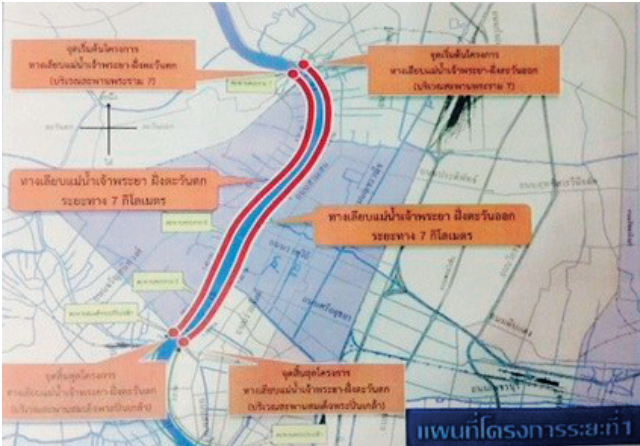
ภาพแนวคิดถนนเลียบบแม่น้ำเจ้าพระยา



http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1431424293

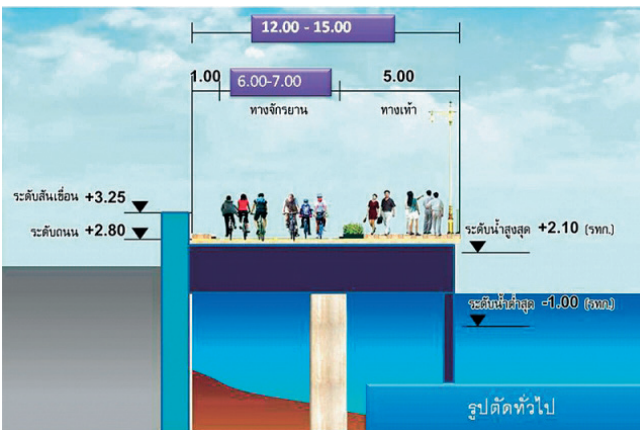
พระนั่งเกล้า ระยะทาง 50 กิโลเมตร (ฝั่งละ 25 กิโลเมตร) โดยมีแผนเริ่มก่อสร้างในเดือนมกราคม 2559 ใช้เวลาก่อสร้างรวม 18 เดือน¹ แต่ต่อมาโครงการนี้ถูกทักท้วงจากหลายฝ่าย ทำให้มีการทบทวนโครงการจนประสบปัญหาล่าช้า กรุงเทพมหานครจึงกำหนดกรอบเวลาใหม่ คือศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมให้เสร็จสิ้นในเดือนมิถุนายน 2559 ก่อนที่จะเริ่มก่อสร้างในเดือนตุลาคม 2559

แผนที่โครงการระยะที่ 1



<http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=9580000051658>

รูปแบบแนวจัดการออกแบบ



http://m.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1442390744

นายสัญญา ชีนิมิตร ปลัดกรุงเทพมหานครเปิดเผยว่า สะพานแต่ละฝั่งจะมีความกว้างประมาณ 19.5 เมตร ยกสูงกว่าระดับน้ำประมาณ 2.8 เมตร แต่ล่าสุดมีการปรับรูปแบบก่อสร้างใหม่ให้เล็กลงเหลือกว้างฝั่งละ 5 – 12 เมตร เพื่อลดแรงต้านจากชุมชนริมแม่น้ำ โครงสร้างสะพานจะถูกออกแบบให้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการไหลของน้ำ อยู่สูงกว่าระดับน้ำท่วม

สูงสุด และพัฒนาเป็นทางสัญจรที่ใช้ประโยชน์รองรับการเดินทางด้วยจักรยานและการชมทัศนียภาพริมแม่น้ำเจ้าพระยาตลอดแนวทั้งสองฝั่ง² งบประมาณในการก่อสร้างรวม 14,006 ล้านบาท แบ่งเป็นงบฯ ดำเนินการในปี 2558 จำนวน 500 ล้านบาท ได้แก่ การจ่ายค่าชดเชย ค่ารั้อย้าย ค่าจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ส่วนงบฯ ปี 2558-2559 เป็นค่าจ้างที่ปรึกษาสำรวจและออกแบบจำนวน 120 ล้านบาท และปีงบประมาณ 2559 – 2560 เป็นค่าก่อสร้างโครงการ 13,136 ล้านบาท และค่าจ้างที่ปรึกษาควบคุมงานก่อสร้าง 250 ล้านบาท เบื้องต้นพบว่าโครงการนี้จะส่งผลกระทบต่อวัด 8 แห่ง ทำเรือเอกชนและสาธารณะ 36 แห่ง โรงเรียนและร้านอาหาร 6 แห่ง สถานที่สำคัญ 19 แห่ง และชุมชนที่รุกล้ำริมฝั่งแม่น้ำอีก 268 หลังคาเรือน³

เสียงคัดค้าน

หลังจากที่รัฐบาลได้เปิดเผยรายละเอียดโครงการนี้หลายภาคส่วนต่างคัดค้านและเรียกร้องให้รัฐบาลพิจารณาทบทวนรูปแบบโครงการ เนื่องจากเกรงว่าโครงการนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบในหลายมิติ โดยภาคพัฒนาพื้นที่ริมแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของสถาบันการศึกษา ด้านการผังเมือง เช่น ผังเมืองจุฬาฯ ผังเมืองธรรมศาสตร์ ผังเมืองเกษตรศาสตร์ ผังเมืองศิลปากร และเครือข่ายสถาปนิก นักสิ่งแวดล้อม และเครือข่ายภาคประชาชนผู้ได้รับผลกระทบได้เสนอต่อรัฐบาลให้ทบทวนโครงการ โดยเห็นว่าจะต้องมีการศึกษาอย่างรอบคอบ และไม่ควรเร่งรีบทำโครงการจนเกินไป⁴ สรุปประเด็นที่คัดค้าน ได้แก่ 1) ทางเลียบบแม่น้ำไม่จำเป็นต้องกว้างถึงฝั่งละ 19.5 เมตร 2) รูปแบบโครงการขาดความเชื่อมโยงกับตลิ่งและการใช้ประโยชน์ที่ดินริมน้ำ 3) ขาดการศึกษาผลกระทบต่อด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม และ 4) ขาดกระบวนการสำรวจความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆ

ทั้งนี้ภาคพัฒนาพื้นที่ริมแม่น้ำเจ้าพระยาได้เสนอให้ทบทวนโครงการ ดังนี้ 1) โครงสร้างทางริมน้ำควรมีขนาดรูปแบบ และประโยชน์ใช้ที่ที่เหมาะสมและสอดคล้องต่อเนื่องกับประโยชน์การใช้งานของพื้นที่ริมฝั่งด้านใน ไม่ควรเป็นรูปแบบมาตรฐานเดียวกันตลอดเส้นทาง 2) โครงสร้างอาจอยู่ริมแม่น้ำ หรือวกเข้ามาด้านในก็ได้แต่ต้องบูรณาการกับเส้นทางสัญจร เช่น ตรอก ซอย ถนน รวมทั้งพื้นที่สาธารณะเดิมชุมชน เพื่อให้พื้นที่ริมน้ำต่อเนื่องกลายเป็นส่วนหนึ่งของ

ข้อดีและข้อเสียโครงการจากภาคีพัฒนาพื้นที่ริมแม่น้ำเจ้าพระยา

ข้อดี	ข้อเสีย
1. เพิ่มพื้นที่สำหรับการพักผ่อนและลานกิจกรรม ซึ่งเป็นที่โล่งที่มีทัศนียภาพงดงาม	1. ระดับถนน +2.8 เมตร และระดับสันผนัง +3.25 เมตร จะบดบังอาคารและพื้นที่ว่างสาธารณะชุมชน
2. เพิ่มทางเลือกของการสัญจรที่มีความสะดวกปลอดภัย และไม่ใช้น้ำมันเชื้อเพลิง	2. กีดขวางการไหลของน้ำ แม่น้ำมีขนาดแคบลงทำให้กระแสน้ำไหลเร็วขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการกัดเซาะตลิ่ง
3. แก้ปัญหาการบุกรุกพื้นที่ริมฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา	3. มีเจตนาารมณ์แอบแฝงที่จะปรับเปลี่ยนเป็นถนนเพื่อการสัญจรทางรถยนต์ต่อไปในอนาคต
	4. ทางเลียบริมน้ำเจ้าพระยามีเส้นทางเข้าช้อนกับระบบขนส่งมวลชนทางรางสายสีน้ำเงิน (ท่าพระ-บางซื่อ) และสายสีม่วง (เตาปูน-ราชบุรีบูรณะ)
	5. สิ้นเปลืองบุคลากรและงบประมาณในการดูแลและบำรุงรักษา อาจจะไปปิดกั้นการเข้าถึงและการมองเห็นจากชุมชน จึงอาจเป็นแหล่งอาชญากรรม ซ้ำขายยาเสพติดได้
	6. บดบังทัศนียภาพการตั้งถิ่นฐานซึ่งประกอบด้วยวัง วัด และชุมชนที่ตั้งเรียงรายตลอดแนวสองฝั่งแม่น้ำ ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของกรุงเทพมหานคร
	7. เกิดปัญหาน้ำเน่าเสียและเป็นที่สะสมขยะ

www.realist.co.th, www.change.org, www.manager.co.th, www.th.online-listing.com

โครงข่ายการสัญจรของเมือง 3) ควรออกแบบโครงสร้างทางริมน้ำ ควบคู่ไปกับโครงสร้างรอยต่อสัณฐานตลิ่ง ไม่ให้สูงจนบังกันในลักษณะกำแพง หรือถ้าต้องสูงควรมีชั้นเชิงลดหย่อนค่อยๆ ลาดขึ้นที่ละนิด

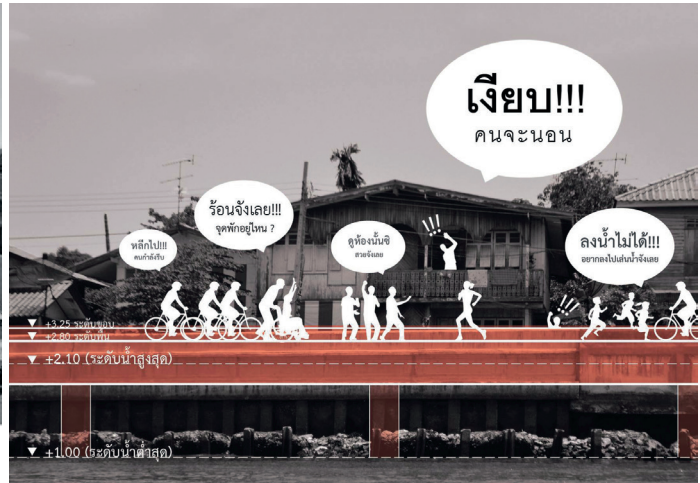
ส่วนเว็บไซต์ change.org โดยกลุ่ม Friends of the River (FOR) ได้คัดค้านโครงการถนนเลียบริมน้ำเจ้าพระยา โดย change.org เรียกร้องให้เริ่มต้นทั้งหมดใหม่ด้วยกระบวนการที่มีการศึกษาด้านต่างๆ โดยผู้เชี่ยวชาญ ประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาพื้นที่ริมน้ำอย่างบูรณาการมากกว่าเป็นเพียงทางเดินริมน้ำ⁵ โดยมีเหตุผล ดังนี้ 1) เป็นโครงการที่จัดทำอย่างเร่งด่วนโดยขาดการพิจารณาศึกษาอย่างรอบด้านโดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน 2) โครงการจะส่งผลให้ลำน้ำมีขนาดแคบลงร้อยละ 15-20 ทำให้กระแสน้ำไหลเร็วขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการกัดเซาะตลิ่งและน้ำยกตัวสูงขึ้นในฤดูน้ำหลาก 3) ระบบนิเวศเกิดปัญหาน้ำเน่าเสียและเป็นที่สะสมขยะใต้ทางเดินริมน้ำส่งผลให้คุณภาพน้ำแย่งลง 4) ทำลายการเชื่อมต่อระหว่างคนกับแม่น้ำเกิดผลกระทบเรื่องความปลอดภัยและเพิ่มจุดเสี่ยงของปัญหาอาชญากรรมและแหล่งมั่วสุ่ม 5) การพัฒนาที่เป็นรูปแบบเดียวตลอด 14 กม.ของโครงการไม่สอดคล้องกับความหลากหลายของการใช้ที่ดิน ไม่สอดคล้องกับโครงข่าย

คมนาคมและการเชื่อมต่อในพื้นที่ 6) เป็นการสร้างสิ่งแปลกปลอมในลำน้ำ ทำลายทัศนียภาพสองฝั่งของแม่น้ำเจ้าพระยา และบดบังสถาปัตยกรรมที่สำคัญ ส่งผลต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว 7) ความไม่โปร่งใสของการใช้เงินงบประมาณ

นักวิชาการร่วมสะท้อนเสียงคัดค้าน

รศ.ศรีศัคดี วัลลิโกดม นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ไม่เห็นด้วยกับโครงการนี้ เพราะทำลายวิถีชีวิตชุมชนริมน้ำเจ้าพระยาที่มีประวัติศาสตร์มายาวนาน รวมทั้งทำลายภูมิทัศน์ตลอดสองฝั่งริมแม่น้ำเจ้าพระยา เนื่องจากโครงการนี้ขาดการศึกษาข้อมูลอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะคุณค่าทางประวัติศาสตร์ ส่วนนายกสภามหาวิทยาลัยศิลปากร นายภราเดช พยัฆวิเชียร แสดงความคิดเห็นว่า รัฐบาลควรรับฟังเสียงของประชาชน เปิดโอกาสให้ชุมชนในพื้นที่มีส่วนร่วมจัดการกับโครงการตามความต้องการของสาธารณะ เพื่อให้เกิดกระบวนการเฝ้าระวังของสังคมและช่วยกันดูแล ไม่ควรดำเนินโครงการอย่างเร่งรีบ ขณะที่นายสุเมธ ชุมสาย ณ อยุธยา ศิลปินแห่งชาติ สาขาศิลปะสถาปัตยกรรม ปี 2541 กล่าวว่ารูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นทางเดินคอนกรีตเสริมเหล็กอาจไม่เอื้อกับความเป็นเมืองน้ำ และกีดขวางทางน้ำ ทำลายทัศนียภาพ จึงเสนอให้ดำเนินการลักษณะเป็นทางเดินลอยน้ำจะเหมาะสมมากกว่า⁶

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการสร้างทางเลียบน้ำเจ้าพระยา



เฟซบุ๊ก Friends of the River

แง่เทคโนโลยี ลาดกระบังศึกษาโครงการ

วันที่ 23 ธันวาคม 2558 พล.อ.อนุพงษ์ เผ่าจินดา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย กล่าวว่า โครงการก่อสร้างทางเลียบแม่น้ำเจ้าพระยาเป็นแนวความคิดของรัฐบาลที่ต้องการให้คนในกรุงเทพฯ สามารถเข้าถึงแม่น้ำเจ้าพระยาได้ ไม่ใช่เข้าถึงได้เฉพาะนั่งเรือขึ้นท่าพระจันทร์ ท่าศิริราชหรืออยู่บนสะพานจึงมองเห็นแม่น้ำ ทั้งนี้แม่น้ำเจ้าพระยาไหลผ่านสถานที่สำคัญในเขตเมืองกรุงเทพฯ เช่น พระบรมมหาราชวัง วัดอรุณราชวราราม ที่มีความสวยงาม จึงมีแนวคิดต้องการพัฒนาพื้นที่แนวฝั่งแม่น้ำดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการต้องสร้างการยอมรับจากประชาชนบนหลักข้อเท็จจริงด้วย แต่ขณะนี้การวิพากษ์วิจารณ์ที่ปรากฏในสื่อไม่ใช่ข้อเท็จจริง ปัจจุบันคณะกรรมการกำลังออกแบบอยู่ พร้อมยืนยันโครงสร้างทางเลียบแม่น้ำจะไม่สูงกว่าเขื่อนริมแม่น้ำ⁷ ต่อมาเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559 กทม. เปิดเผยว่า ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดจ้างมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ศึกษารูปแบบโครงการ และสำรวจผลกระทบสิ่งแวดล้อมของโครงการ ใช้งบประมาณ 120 ล้านบาท คาดว่าจะทำการศึกษาเสร็จสิ้นในเดือนมิถุนายน 2559 และจะออกแบบรูปแบบโครงการก่อสร้างทั้งหมดเรียบร้อยภายในเดือนกันยายน 2559 คาดว่าจะเริ่มดำเนินการก่อสร้างได้ในเดือนตุลาคม 2559⁸

กรณีศึกษาโครงการสาธารณะ

โครงการถนนเลียบแม่น้ำเจ้าพระยาเป็นโครงการที่ริเริ่มโดยกระทรวงมหาดไทยร่วมกับ กทม. เพื่อสร้างทางสัญจรริมแม่น้ำเจ้าพระยา แม้แนวคิดโครงการจะเป็นการเปิดพื้นที่ริมฝั่งแม่น้ำให้เป็นที่สาธารณะ ซึ่งเป็นเจตนาที่ดี แต่กระบวนการในการจัดทำโครงการจำเป็นต้องได้รับการศึกษาอย่างรอบด้านและให้ชุมชนตลอดจนภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการดังกล่าว เพื่อให้การพัฒนาทางกายภาพสอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตชุมชนริมฝั่งแม่น้ำ ซึ่งถือเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของคนกรุงเทพฯ ด้วย แต่โครงการกลับถูกผลักดันพร้อมการอนุมัติงบประมาณก่อสร้างอย่างเร่งรีบในขณะที่แผนโครงการยังไม่ชัดเจน อีกทั้งขาดกระบวนการศึกษาผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรอบด้าน ทำให้เกิดกระแสต่อต้านโครงการดังกล่าวจน กทม. ต้องกลับไปศึกษาโครงการในรายละเอียด จึงเป็นบทเรียนต่อภาครัฐที่ควรพิจารณาโครงการสาธารณะในอนาคตด้วยความรอบคอบ โดยคำนึงถึงมิติด้านสังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง เพื่อให้โครงการต่างๆ ได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของการยกระดับคุณภาพชีวิตของสังคมและชุมชนอย่างแท้จริง



4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ยูเนสโกยกย่อง อ.ป๋วย และ ม.ร.ว. เปีย เป็นบุคคลสำคัญของโลก

ที่ประชุมสมัชชาสามัญยูเนสโก ครั้งที่ 38 ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2558 ได้ประกาศยกย่อง ศ.ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ และเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี (ม.ร.ว.เปีย มาลากุล) เป็นบุคคลสำคัญของโลก ในปี 2558-2559 โดยทั้งสองท่านเป็นผู้มีผลงานดีเด่นทางด้านการศึกษา สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ สำหรับ ศ.ดร.ป๋วย เป็นอดีตผู้บริหารธนาคารแห่งประเทศไทย และอธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะครบรอบ 100 ปี ชาตกาล ในวันที่ 9 มีนาคม 2559 ส่วน ม.ร.ว.เปีย เป็นอดีตเสนาบดีกระทรวงธรรมการ ผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปการศึกษา และการวางรากฐานระบบอุดมศึกษาของไทย จะครบรอบ 100 ปีของการถึงแก่อสัญกรรม ในปี 2560 โดยยูเนสโกจะประกาศให้ประชาคมโลกร่วมเฉลิมฉลองไปพร้อมๆ กัน ซึ่งถือเป็นการเชิดชูเกียรติคุณบุคคลสำคัญของประเทศสมาชิกที่มีความโดดเด่นและเป็นแบบอย่างที่ดีงาม

ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2505 ถึงปี 2558 ยูเนสโกได้ประกาศยกย่องและร่วมฉลองบุคคลสำคัญ/เหตุการณ์สำคัญของไทยรวม 26 รายการ เช่น ฉลองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ฉลองวันพระราชสมภพครบ 100 พรรษา ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ฉลองครบรอบชาตกาล 100 ปี ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช และหม่อมงามจิตต์ บุรฉัตร เป็นต้น

สหประชาชาติยกย่อง “ไทย ยุติการตัดเชือกไอวีจากแม่สู่ลูก”

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระดับต้นๆ ของโลก โดยอัตราการติดเชื้อลดจากร้อยละ 20-45 ในปี 2531 เหลือเพียงร้อยละ 2.1 ในปี 2557 โกล์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 2 ภายในปี 2560 ซึ่งถือว่าไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่กำลังจะยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ ทำให้สหประชาชาติเสนอชื่อประเทศไทยเข้าสู่กระบวนการขอการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นประเทศแรกๆ ในโลก การประเมินดังกล่าวประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) ระบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) การดำเนินงานด้านสิทธิมนุษยชน โดยมีเป้าหมายในภาพรวมคือ สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้น้อยกว่าร้อยละ 2

สำหรับปี 2558 ไทยได้เพิ่มกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อลดการติดเชื้อ โดยดูแลติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อให้ได้รับยาสูตรรวม 3 ตัวที่มีประสิทธิภาพสูง ให้กินยาหลังคลอดต่อเนื่อง และตรวจเลือดทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อโดยเร็วที่สุด อีกทั้งพัฒนาศักยภาพศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในการตรวจอย่างครบวงจร และเริ่มให้ยาทารกที่ติดเชื้อตั้งแต่แรกเกิด มีระบบติดตามให้กินยาต่อเนื่อง และให้เด็กกินนมผสมจนกระทั่งอายุ 18 เดือน รวมทั้งขยายความคุ้มครองสิทธิมนุษยชนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้ออีกด้วย

“ไทย” ได้รับเลือกให้เป็น “ประธานกลุ่ม G77”

ที่ประชุมระดับรัฐมนตรีของกลุ่ม 77 (Group of Seventy-Seven : G77) ครั้งที่ 39 เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2558 ที่นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ได้รับรองให้ประเทศไทยดำรงตำแหน่งประธาน G77 สำหรับวาระปี 2559 สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นต่อประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศและบทบาทนำของไทยในการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศกำลังพัฒนา นับเป็นครั้งแรกที่ไทยได้รับเลือกให้เป็นประธาน G77 หลังจากไทยที่เป็นสมาชิกร่วมก่อตั้งเมื่อ 51 ปีก่อน โดยก่อนหน้านี้ บังกลาเทศและสหรัฐอเมริกาได้แสดงความจำนงขึ้นดำรงตำแหน่งประธาน G77 เช่นกัน ทั้งนี้ G77 คือกลุ่มพันธมิตรของประเทศกำลังพัฒนาที่ร่วมมือกันด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ และร่วมมือกันเพื่อเพิ่มบทบาทการเจรจาต่อรองในเวทีสหประชาชาติ นับเป็นกลุ่มการเจรจาที่ใหญ่ที่สุดในสหประชาชาติ โดยเริ่มแรกนั้นมี 77 ประเทศเข้าร่วม ซึ่งประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในสมาชิกผู้ก่อตั้ง ปัจจุบันกลุ่ม G77 มีสมาชิกทั้งสิ้น 134 ประเทศ แต่ยังคงชื่อกลุ่มเดิมไว้

การที่ไทยเป็นประธานกลุ่ม G77 ส่งผลให้มีบทบาทในเวทีระหว่างประเทศสูงขึ้น โดยไทยจะทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างสมาชิก G77 และระหว่าง G77 กับองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ตลอดจนช่วยส่งเสริมความร่วมมือเหนือ - ใต้ (North - South Cooperation) หรือความร่วมมือระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ความสำเร็จด้านการพัฒนาของไทยในด้านต่างๆ เช่น การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ความเท่าเทียมทางเพศ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฯลฯ มีส่วนสำคัญให้ไทยได้รับความไว้วางใจให้ทำหน้าที่ประธาน G77 ดังกล่าว

มหิดลผลิตวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก กึ่งสายพันธุ์ ป้องกันได้ 100%

นักวิทยาศาสตร์ไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันไข้เลือดออกกึ่งสายพันธุ์ได้ในเข็มเดียว จากการวิจัยพบว่าสามารถสร้างภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสได้ร้อยละ 100 โดย นพ.สุธี ยกสำน หัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล แถลงว่าได้เริ่มพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกมาตั้งแต่ปี 2552 โดยภูมิคุ้มกันจะเกิดขึ้นภายใน 14-28 วัน และมีภูมิคุ้มกันยาวนานประมาณ 5-10 ปี ขณะนี้อยู่ระหว่างการวิจัยในคน คาดว่าน่าจะเสร็จสมบูรณ์พร้อมใช้ในอีก 5 ปีข้างหน้า (ประมาณปี 2563) โดยมอบให้บริษัทยาในญี่ปุ่นเป็นผู้ผลิตเชิงอุตสาหกรรม นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกมาตั้งแต่ปี 2555 ได้ผลประมาณร้อยละ 60 คาดว่าจะสามารถนำมาใช้ได้ประมาณเดือนกรกฎาคม 2559 เป็นต้นไป

ในต่างประเทศก็ได้มีความก้าวหน้าในเรื่องนี้ด้วยเช่นกัน โดย ดร.โทมัส แชมเบอร์ส จากมหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ สหรัฐอเมริกา ได้ค้นพบวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกมาตั้งแต่ปี 2540 โดยมหาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นเจ้าของสิทธิบัตรและบริษัทซาโนไฟ ปาสเตอร์ ที่ฝรั่งเศสทำหน้าที่เป็นผู้ผลิตวัคซีน Dengvaxia ซึ่งเป็นวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกชนิดแรกของโลก ใช้เงินลงทุน 1,600 ล้านดอลลาร์ วัคซีนนี้มีประสิทธิภาพป้องกันโรคได้ร้อยละ 60 และลดความรุนแรงโรคได้ร้อยละ 80 ขณะนี้ประเทศไทยกำลังพิจารณาเพื่อขึ้นทะเบียนยา ดังกล่าวหลังจากที่ได้ขึ้นทะเบียนแล้วในหลายประเทศ เช่น เม็กซิโกและฟิลิปปินส์ โดยซาโนไฟคาดว่าจะสามารถจำหน่ายวัคซีนนี้ได้ใน 20 ประเทศ ซึ่งมีประชากรรวมกันราว 2,000 ล้านคน

เราต้องมีสิทธิกำหนดด้วยตัวเอง
ทั้งชีวิตและความตาย
เพราะทั้งสองอย่างนี้แยกกันไม่ออก

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2559. ตายดี : วิธีที่เลือกได้. *สุขภาพคนไทย 2559* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



ตายดี
วิถีที่เลือกได้

ตายดี: วิถีที่เลือกได้

“ทั้งเด็ก ทั้งผู้ใหญ่ ทั้งคนพาล ทั้งบัณฑิต ทั้งคนมี ทั้งคนจน ทั้งหมดล้วนเดินทางไปหาความตาย”

พระไตรปิฎกเล่มที่ 10 ข้อ 108

“การตายเป็นหน้าที่ของสังขารอย่างไม่มีทางเปลี่ยนแปลงแก้ไขนอกจากการต้อนรับให้ถูกวิธี”

พุทธทาสภิกขุ

เปิดประเด็น

ธรรมชาติหนีบยีนความตายให้เราตั้งแต่เกิด ความตายเป็นสิ่งเดียวที่มนุษย์ทุกคนมีเหมือนกัน ไม่ว่าจะเศรษฐีหรือยาก สูงศักดิ์หรือต่ำต้อย มหาบุรุษหรือสามัญชน นักบุญหรือซาดาน ฯลฯ นี่คือสัจธรรม แต่สิ่งที่ต่างกันคือสภาพการตายของแต่ละคนว่าจะเป็นการจากไปตามธรรมชาติอย่างสงบ หรือจากไปในสภาพที่ทุกข์ทรมานทั้งจากความเจ็บป่วยและจากกระบวนการรักษาที่มุ่งแต่จะยื้อชีวิตเอาไว้แรมเดือนแรมปี

ความตาย นั้นเราเลือกไม่ได้ เพราะทุกชีวิตต้องตายอย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยง แต่ **การตาย** เป็นสิ่งที่เรามีสิทธิจะเลือกได้ และเราทุกคนควรจะเลือกว่าเมื่อวันนั้นมาถึงเราต้องการจากไปในสภาพอย่างไร

แต่ในยุคที่การแพทย์มีวิทยาการและเทคโนโลยีก้าวหน้า สามารถต่อสู้กับความตายได้มากขึ้นอย่างทุกวันนี้ คนจำนวนมากปล่อยให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตตนเป็นหน้าที่ของคนอื่น ไม่ว่าจะแพทย์หรือญาติใกล้ชิดก็ตาม การรักษาในช่วงสุดท้ายของ

การเจ็บป่วยจึงมักเป็นไปเพียงเพื่อประวิงเวลาตายออกไปในสภาพที่ชีวิตต่อคุณภาพ เป็นความทุกข์ทรมานชนิดที่ *พิน* *ก็ไม่ได้* *ตายก็ไม่ลง* และเป็นภาระต่อครอบครัวที่อยู่ข้างหลัง อีกทั้งสิ้นเปลืองทรัพยากรของส่วนรวมเกินความจำเป็น

แล้วทำไมเราต้องปล่อยให้คนอื่นมาตัดสินใจแทนเราในเรื่องสำคัญของชีวิตอย่างเช่นการรักษาในยามเจ็บป่วยและการตาย ในเมื่อเราคือผู้มีสิทธิในชีวิตของเราเอง เราควรจะมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อลมหายใจไว้ชั่วคราวไม่นานแต่ทรมานเราแสนสาหัส เรามีสิทธิที่จะได้ปลดฉากชีวิตของตัวเองลงอย่างเป็นธรรมชาติและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จะดีขนาดไหน ถ้าเราออกแบบการตายของตัวเอง โดยแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ยังแข็งแรงและมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ *ว่าเมื่อเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้าย* เราจะไม่ขอรับการรักษาเพียงเพื่อยื้อชีวิตเอาไว้ แต่จะขอจากไปโดยสงบตามธรรมชาติในแบบของเราเอง ในเมื่อถึงอย่างไรก็ต้องตายอยู่แล้ว จะดีขนาดไหนถ้าเราจะเตรียมใจให้พร้อมที่จะยอมรับความตายให้ได้ด้วยดีเมื่อวันนั้นมาถึง แทนที่จะมุง *“หนีตาย”* อย่างเดียว และจะเป็นการดีกว่าไหมถ้าเราจะเตรียมพร้อมสำหรับความตายที่อาจจะมาถึงเมื่อใดก็ได้ โดยการดำรงชีวิตอยู่ในความไม่ประมาท เพื่อว่าเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงจะได้จากไปด้วยดี

แต่จะทำเช่นนั้นได้อย่างไรในยุคที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากเสียชีวิตในสถานพยาบาลซึ่งมีทั้งเครื่องมือ

และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้รับการบ่มเพาะมาเพื่อให้ทำทุกวิถีเพื่อสู้กับโรคและยื้อชีวิตของผู้ป่วยไว้ และจะทำเช่นนั้นได้อย่างไร ในเมื่อหลายกรณีญาติผู้ป่วยเองก็คาดหวังที่จะให้แพทย์ผู้รักษา ยื้อชีวิตผู้ป่วยไว้อย่างเต็มที่ โดยยอมทุ่มเงินอย่างสุดกำลัง เพื่อที่จะบอกตัวเองว่าได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว

คนไทยจำนวนมากในวันนี้แม้เจ็บป่วยจนถึงขั้นสุดท้ายของชีวิตแล้วก็ไม่ได้จากไปโดยสงบอย่างเป็นธรรมชาติ แต่จากไปหลังจากกระบวนการรักษาพยาบาลได้ทำให้ร่างกายบอบช้ำโดยไม่จำเป็น นี่คือสภาพการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวนมากไม่น้อยในปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะดีและคนดังในสังคม

การตายที่ดี เป็นสิทธิของทุกคนมิใช่หรือ?

บทความนี้ต้องการเสนอว่า การรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยืดเวลาความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วยออกไปโดยไม่ได้ทำให้ชีวิตสามารถคืนสู่สภาพที่มีคุณภาพได้ เป็นสิ่งที่เรามีสิทธิปฏิเสธได้ และควรปฏิเสธ โดยการแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า หรือเตรียมสร้างความเข้าใจและการยอมรับของญาติมิตรที่ใกล้ชิดและคนรอบข้าง และโดยการเตรียมชีวิตไว้ให้พร้อม เพื่อว่าเมื่อวันนั้นมาถึง เราจะได้จากไปอย่างสงบโดยไม่ฝืนธรรมชาติของชีวิต

ศาสนา การแพทย์ และความตาย

ในบรรดาศาสตร์ทั้งหลายที่มนุษย์สร้างขึ้นมา คงไม่มีศาสตร์ไหนที่ให้ความสำคัญกับความตายมากเท่ากับศาสนา และการแพทย์ ศาสนานั้นแม้จะไม่ใช่ศาสตร์ที่เกี่ยวกับการเยียวยาความเจ็บป่วยอันเป็นสาเหตุของความตายโดยตรง แต่ก็ยังเป็นแหล่งสำคัญที่ให้ความเข้าใจว่า *ความตาย* คืออะไร และตายแล้วไปไหน รวมถึงเรื่อง *การตาย* ที่ดีด้วย ทศนะทางศาสนาจึงส่งผลต่อการปฏิบัติในเรื่องความตายและการตายอย่างมาก ส่วนทศนะทางการแพทย์ซึ่งเป็นศาสตร์ที่เกิดขึ้นเพื่อต่อสู้กับความตายโดยตรงก็มีผลอย่างมากต่อความตายและการตายของผู้คน อย่างน้อยก็ในประเด็นที่ว่าความตายควรจะเกิดขึ้นเมื่อไร และสภาพการตายจะเป็นอย่างไร

ทศนะทางศาสนาเกี่ยวกับความตายอาจจำแนกเป็น 2 แบบใหญ่ๆ แบบแรกมองความตายเป็นการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง ทศนะเช่นนี้เป็นความเชื่อที่แพร่หลายในศาสนาฮินดูและศาสนาพุทธ ในมุมมองของพุทธนั้น ชีวิตประกอบด้วยส่วนที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม (เรียกโดยรวมว่า *เบญจขันธ์*) คือ รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ ขณะที่ความตายเป็นการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบทั้งหมดที่ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยต่างๆ トラบาใดที่ยังมีเหตุปัจจัย หรือมี *“เชื้อ”* อยู่ ชีวิตก็ยังมีอยู่ และเมื่อตายแล้วก็เกิดใหม่ได้ แต่จะเกิดเป็นอะไร อย่งไร นั้นขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยหรือกรรมคือการกระทำ ซึ่งอาจจะดีหรือไม่ดี

ของแต่ละคน ตามหลักแล้วการเกิดใหม่สามารถจะมีได้ไม่รู้จบ ครอบงำที่ยังมีเหตุปัจจัยให้เป็นเช่นนั้น จะไม่มีการเกิดใหม่อีกก็ต่อเมื่อเหตุปัจจัยดับสิ้นไม่มีเหลือ ซึ่งในทางพุทธหมายถึง การดับกิเลสทั้งมวลจนบรรลุพระนิพพานแล้ว

ทัศนะอีกแบบหนึ่งมองว่า คนเรามีชีวิตในโลกนี้ได้ ครั้งเดียว ตายแล้วก็จบ ไม่มีโอกาสกลับมาเกิดใหม่ในโลกนี้อีก เมื่อตายแล้วต้องรอวันที่พระเจ้าจะพิพากษาว่าจะได้ไปสวรรค์ หรือไปนรกตามระดับความดีความชั่วที่ตนทำไว้เท่านั้น ในทัศนะดังกล่าวโลกนี้เป็นเรื่องชั่วคราว แต่ก็มีความสำคัญ เพราะเป็นสิ่งที่บอกชีวิตในโลกหน้าซึ่งเป็นสิ่งนิรันดร์นั้น จะได้ไปสู่สวรรค์ในดินแดนของพระเจ้าหรือไปนรก ความเชื่อ เช่นนี้แพร่หลายอยู่ทั่วไปในกลุ่มศาสนาที่นับถือพระเจ้าองค์เดียว อย่างเช่นศาสนาคริสต์และอิสลาม

มุมมองสองแบบนี้มีอิทธิพลต่อทัศนะของคนเกี่ยวกับ ความตายต่างกัน แบบแรกนั้นเอื้อต่อการยอมรับความตาย ได้ค่อนข้างมาก เพราะเชื่อว่าความตายไม่ใช่จุดจบจริงๆ ของชีวิต หากจะคิดอย่างทีคนทั่วไปในศาสนาพุทธและฮินดูเชื่อกันก็คือ ยังมีโอกาสที่จะเกิดมาแก้ตัวใหม่ได้อีก¹ แบบที่สอง ซึ่งไม่เชื่อในเรื่องการเกิดใหม่นั้น มีแนวโน้มทำให้คนเอาจริง เอาจังกับชีวิตปัจจุบันนี้มาก เพราะมีโอกาสครั้งเดียวเท่านั้น ดังนั้นความตายจึงเป็นสิ่งที่ต้องต่อสู้และ “ประวิงเวลา” เอาไว้เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด แม้จะรู้ว่าถึงอย่างไรก็หนีความตายไปไม่พ้นก็ตาม แต่อย่างน้อยก็จะได้มีโอกาสอยู่ทำความดีเพิ่มขึ้น เพื่อว่าเมื่อตายไปพระเจ้าจะพิพากษาให้ไปสวรรค์

ภายในกรอบทัศนะแบบที่สองนี้เองที่การแพทย์สมัยใหม่ (การแพทย์แบบตะวันตก) พัฒนาขึ้นมา กระบวนทัศน์สำคัญที่อยู่เบื้องหลังพัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ จึงเป็นเรื่องของการต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อให้คนมีสุขภาพดี และมีชีวิตอยู่ได้นานที่สุด ซึ่งในความหมายแล้วก็คือเพื่อต่อสู้

กับความตายนั่นเอง แน่นนอนว่าทัศนะเช่นนี้มีคุณูปการอย่างยิ่ง เพราะได้ช่วยให้การแพทย์เจริญก้าวหน้า ทำให้ชาวโลกทั่วไป มีอายุยืนยาวขึ้น ที่สำคัญคือกระบวนทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ ตรงกับธรรมชาติของคนทั่วไป นั่นคือการรักชีวิตและกลัวความตาย แม้จะรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ตาม ดังนั้นการยื้อชีวิตเอาไว้ด้วยกระบวนกรการรักษาจึงเป็นสิ่งที่วงการแพทย์สมัยใหม่แทบจะไม่ตั้งคำถามถึงผลข้างเคียงเลย ไม่ต้องพูดถึงประชาชน เพราะส่วนมากก็พร้อมที่จะยอมรับการยื้อชีวิตเอาไว้ หรือจำต้องยอมรับอยู่แล้ว แม้จะเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากกระบวนกรการรักษาเพียงใดก็ตาม ทั้งนี้ เพื่อแลกกับความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ต้องยอมรับว่ามุมมองต่อความตายแบบการแพทย์สมัยใหม่นั้น แม้จะมีคุณูปการอย่างมาก แต่ก็มีผลต่อ “การตาย” ของคนจำนวนมากในปัจจุบัน ในด้านหนึ่ง แพทย์ผู้ให้การรักษามีหน้าที่ต้อง “ทำอย่างเต็มที่” เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยตามที่ได้รับการฝึกฝนอบรมมาในวิชาชีพ แต่อีกด้านหนึ่ง ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติส่วนมากก็ส่งเสริมการ “ทำอย่างเต็มที่” ของแพทย์ด้วยเหมือนกัน เพราะมีธรรมชาติรักชีวิตและกลัวความตายอยู่แล้ว ผลที่ตามมา ก็คือ ในกระบวนกรรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแพทย์มักจะใช้เครื่องมือต่างๆ สอดใส่เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยซึ่งก็อยู่ในสภาพยาแ่ยอยู่แล้ว เพื่อยื้อลมหายใจเอาไว้ในช่วงเวลาที่อยู่ในสภาพ *ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง* นี้ผู้ป่วยจะได้รับความทรมานสาหัส อีกทั้งภาระด้านค่าใช้จ่ายสำหรับครอบครัวก็จะหนักหนาмаก ทั้งนี้ ไม่ต้องกล่าวถึงค่าใช้จ่ายส่วนที่ตกอยู่กับสถานบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ในบ้านเราเป็นค่าใช้จ่ายของภาครัฐ มองในแง่นี้การใช้ทรัพยากรส่วนรวมจำนวนมากเพื่อยื้อลมหายใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ยาวนาน เป็นฝักอยู่ นับเดือนนับปีอาจจะไม่เกิดประโยชน์คุ้มค่าเท่าใดนัก

ตายดีนั้น อันใด

มนุษย์เราควรมีโอกาสได้ตายดี เช่นเดียวกับโอกาสที่จะดำรงอยู่อย่างสุขสบายตามอัตรภาพเมื่อยังมีชีวิตอยู่ แต่คำถามคือ การตายดีนั้นมีด้วยหรือ ในตัวของมันเอง

ความตายทำให้เกิดการสูญเสีย พลัดพราก และเป็นสิ่งที่เจ็บปวดน่าหวาดกลัว มิใช่หรือ เช่นนี้แล้วการตายดีจะเป็นไปได้ อย่างไร

¹ ชาวพุทธบางคนอาจปลอบใจตัวเองว่า พระพุทธเจ้ายังเกิดใหม่ได้ตั้ง 500ชาติ บุคคลอย่างเราอาจจะต้องเกิดนับแสนชาติกว่าจะดับกิเลสได้หมด

คำถามข้างต้นมาจากการมองความตายเพียงด้านเดียว หรือไม่ก็อาจจะมาจากความเข้าใจที่ยังไม่ตีพอกเกี่ยวกับธรรมชาติของชีวิต การมองความตายว่าเป็นความสูญเสียและเป็นสิ่งที่น่ากลัวทำให้เห็นแต่ด้านที่เป็นวิกฤตของความตายเท่านั้น แต่วิกฤตนั้นสามารถจะเปลี่ยนให้เป็นการได้ถ้าเราเข้าใจชีวิตตีพอก ความตายที่คนส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นความสูญเสียและเป็นสิ่งที่น่ากลัวนั้นสามารถจะทำให้กลายเป็นการจากไปที่ดี ให้เป็นความตายที่สงบ หรือแม้แต่เป็นความตายที่สว่างได้ด้วย แม้ยังไม่ตายเราก็มียังมีโอกาสใช้ความตายเป็นเครื่องเตือนสติให้ตั้งอยู่ในความไม่ประมาทหมั่นทำความดี แก้ไขสิ่งที่ผิด และตั้งมั่นอยู่ในทางที่ชอบเพื่อว่าเมื่อวันสุดท้ายของชีวิตมาถึง จะได้จากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ คือตายดี

แต่อย่างไรเรียกว่าการตายที่ดี? คำถามนี้อาจจะตอบได้หลายแบบ ขึ้นอยู่กับกระบวนทัศน์หรือมุมมองของเราที่มีต่อความตาย นอกจากนี้ยังมีเรื่องความเชื่อและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

ในสายตาของผู้ที่เสพติดวัตรนิยมและบริโภคนิยม การตายที่ดีอาจเป็นการตายหลังจากได้เสพสุขทางเนื้อหนังอย่างเต็มอิมแล้ว แต่คำถามคือ ถ้าอย่างนั้นการตายที่เกิดขึ้นจากการเสพยาเสพติดเข้าไปอย่างเต็มที่ รวมถึง “การตายคาอก” จากการเสพสมทางเพศ เป็นการตายที่ดีหรือไม่ บางคนอาจจะบอกว่าตายดีคือการตายแบบไม่รู้สึกรู้สึบปวดและทรมาน ถ้าเช่นนั้นการไหลตาย การถูกไฟฟ้าช็อตตายคาที่ การตายทันทีเพราะหัวใจวายเฉียบพลัน เป็นการตายที่ดีหรือไม่ และบางคนอาจจะบอกว่า ตายดีคือการตายจากการได้พลีชีพเพื่อชาติหรือเพื่ออุดมการณ์ที่ตนยึดถือ แต่ก็ยังมีข้อสงสัยว่า ถ้าเช่นนั้นการตายในสนามรบของนักรบ หรือการตายของคนที่ใช้ระเบิดพลีชีพในการก่อการร้าย เป็นการตายที่ดีหรือไม่ นอกจากนี้ยังอาจจะมีคนจำนวนหนึ่งที่เชื่อว่าการตายอาจจะเกิดขึ้นในสภาพอย่างไรก็ไม่สำคัญ แต่เมื่อตายแล้วขอให้ได้ขึ้นสวรรค์หรือได้เข้าสู่ดินแดนแห่งพระเจ้าเป็นเจ้าก็ถือว่าเป็นการตายที่ดี แต่การตายเช่นนั้นจะเป็นไปได้หรือหากผู้ตายไม่ได้เตรียมชีวิตให้พร้อมที่จะได้ไปสวรรค์ตั้งแต่เมื่อยังมีชีวิตอยู่

สำหรับผู้เข้าใจสัจธรรมของชีวิตแล้ว การตายที่ดีควรเป็นการตายตามธรรมชาติโดยไม่ต้องฝืน เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงก็ “ตายตาหลับ” ได้โดยไม่ห่วงกังวล จากไปในบรรยากาศ



การตายที่ดีควรเป็นการตายตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องฝืน เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงก็ “ตายตาหลับ” ได้โดยไม่ห่วงกังวล จากไปในบรรยากาศที่อบอุ่น ในสภาพที่จิตเป็นอิสระ สงบ โปร่งเบา และปล่อยวางจากความยึดมั่นทั้งปวง

ที่อบอุ่น ในสภาพที่จิตเป็นอิสระ สงบ โปร่งเบา และปล่อยวางจากความยึดมั่นทั้งปวง

1) ตายตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องฝืน

ธรรมชาติของชีวิตนั้น มีเกิดก็มีตาย เกิดแล้วไม่ตายนั้นไม่มี ถ้าจะไม่ให้ตายก็มีทางเดียวเท่านั้นคือต้องไม่ให้เกิด เราเคยได้ยินกันมาเรื่อง เกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต แต่เราก็มักเข้าใจว่า เกิด กับ ตาย เป็นปลายสุดคนละขั้วของชีวิตที่แยกจากกันเด็ดขาด เกิดเป็นจุดเริ่มต้นตายเป็นจุดสิ้นสุด แต่ความจริงถ้ามองอย่างไม่แยกส่วนแล้ว เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นกระบวนการหนึ่งเดียวที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไปด้วยกันตลอดเวลาของการมีชีวิต

เมื่อชีวิตเราเริ่มต้นขึ้น ความแก่ ความเจ็บ และความตายต่างก็ทำหน้าที่ของมันเกือบจะทันที ความแก่ก็คือ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากสภาพหนึ่งสู่อีกสภาพหนึ่ง จากทารก เป็นเด็ก เป็นวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา หรือแม้แต่ จากสภาพที่เป็นอยู่ในวันนี้เปลี่ยนเป็นสภาพที่ต่างออกไปในวันพรุ่งนี้ มองในมุมนี้ร่างกายที่เติบโตขึ้นนั้นก็มิใช่อะไรอื่น แต่คือความแก่ ไม่ต้องรอจนถึงอายุ 60-70 เราก็แก่อยู่ทุกวัน ขณะเดียวกันความเจ็บก็ทำหน้าที่ของมันอยู่ทุกวันเช่นกัน ตลอดเวลาที่เรามีชีวิตอยู่ ถ้าเรามองความเจ็บก็คือสภาพที่ทนได้ยากทั้งทางกายและใจแล้ว เราก็จะเข้าใจได้ว่าไม่ต้องรอจนถึงวันที่มีความเจ็บไข้เราก็มีความเจ็บอยู่ทุกวัน นิ่งนานๆ เราก็เจ็บ ยืนนานๆ เราก็เจ็บ ไม่กินอาหารเมื่อถึงเวลาที่ควรจะกินเราก็เจ็บ หนาวมากร้อนมากก็เจ็บ แม้นอนพักผ่อนไม่พอเราก็อาจจะเจ็บ (ปวดหัว) ฯลฯ แต่ที่เราไม่รู้สึกรู้ว่า สิ่งเหล่านี้เป็นความเจ็บก็เพราะเราสมมติเอาว่าความเจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้นคือความเจ็บ เราจึงมองไม่เห็นว่ามี ความเจ็บอยู่ตลอดเวลา

ความตายก็เช่นเดียวกัน เกิดขึ้นกับเราอยู่ตลอดเวลา ในทางชีววิทยาเซลล์ในร่างกายที่เติบโตเต็มที่ (แก่) แล้วก็ตายไป เม็ดเลือดแดงของเรามีอายุ 120 วัน หลังจากนั้น ก็สลายไปที่ตับ เม็ดเลือดแดงใหม่ที่สร้างจากไขกระดูก ก็เกิดมาแทนที่ ทดแทนหมุนเวียนกันไป เราจึงเกิดทุกวันและตายอยู่ทุกวัน แม้ยังมีลมหายใจอยู่ก็ตาม ตายและเกิด ดำเนินไปด้วยกันอย่างนี้ตลอดชีวิตของเรา หรือจะมองทางด้านจิตใจ เราก็เกิดและตายอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน เมื่อใดที่เราประสบ สิ่งที่ยิ่งปรารถนา หรือสิ่งที่ไม่เป็นที่สบอารมณ์ เราเกิดความ รู้สึกชอบ รัก ยึดมั่น โกรธ เกลียด ฯลฯ นั่นคือเกิดกิเลสในใจ เรา แต่เมื่อใดที่เรามีสติรู้ทันอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง ปล่องวางได้ ทำใจได้ ละความยึดมั่นได้ เมื่อนั้นเราก็ตายจากกิเลส คือสิ่งที่ไม่ดี มองในแง่ดีแล้ว ชีวิตเราทั้งชีวิตจึงไม่ใช่ อะไรอื่น นอกจากกระบวนการของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ที่ทำหน้าที่ของมันไปตามเหตุปัจจัยของธรรมชาติ

บังเอิญการตายที่ร่างกายแตกดับปราศจากลมหายใจ เป็นการตายที่เห็นได้ชัด เราจึงถือว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก แต่เนื่องจากชีวิตเกิดมาและดำรงอยู่ได้ตามเหตุปัจจัยอันเป็นธรรมชาติ การตายก็ควรจะเป็นไปตามธรรมชาติเช่นเดียวกัน การตายที่ดีไม่ควรเป็นการตายที่ต้องฝืนธรรมชาติ เมื่อวาระสุดท้ายมาถึงก็ไม่ต้องพยายามประวิงเวลาเอาไว้จนเกินเหตุ โดยวิธีการรักษาที่เข้มข้นและใช้เครื่องมือแพทย์สมัยใหม่ จนเกินจำเป็น แม้ว่าการทำเช่นนั้นอาจจะยืดลมหายใจและ

ชีพจรไว้ได้บ้างก็ตาม แต่ยื้อได้ไม่นาน และคุณภาพชีวิตที่ยื้อไว้เช่นนั้นก็จะตกต่ำอย่างรุนแรง

น่าสังเกตว่าการพยายามยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายแล้วนั้นส่วนใหญ่มักไม่ใช่การตัดสินใจของผู้ป่วยเอง หากแต่เป็นการตัดสินใจของแพทย์ ญาติ หรือคนใกล้ชิด ดังกรณีการมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุ เมื่อกว่า 20 ปีมาแล้ว หรือกรณีการตายของบุคคลที่ได้รับความชื่นชอบ จากสาธารณชนบางคน สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว การพยายามยื้อการตายไว้เช่นนั้นมิแต่จะเพิ่มความทุกข์ทรมาน ให้มากขึ้นโดยไม่จำเป็น

ความตายนั่นเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นเมื่อถึงเวลาที่ชีวิตจะจากไปก็ควรให้จากไปอย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่ต้องฝืน จึงจะถือว่าเป็นการตายที่ดี

2) “ตายตาหลับ” โดยไม่มีความหวาดกลัว หรือห่วงกังวล

โดยธรรมชาติคนเราไม่อยากจะตาย ความตายจึงกลายเป็นสิ่งที่น่ากลัว แต่สิ่งที่คนกลัวมากในความตายคือความเจ็บปวดทรมานและการพลัดพรากจากคนที่ตนรัก รวมทั้งทรัพย์สินเงินทองที่ตนหามาตลอดชีวิต มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายยิ่งกลัวตายมากเท่าไร ก็จะยิ่งทรมานทรมายและมีความเจ็บปวดทรมานจากโรคมามากเท่านั้น เหมือนคนที่กลัวเข็มฉีดยา ยิ่งกลัวมากเท่าไร เวลาฉีดยาก็จะยิ่งรู้สึกเจ็บมากเท่านั้น

ความห่วงกังวลก็เช่นเดียวกัน เนื่องจากคนส่วนมาก มองความตายว่าเป็นการสูญเสียและพลัดพราก ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายส่วนมากจึงมักจะมี ความห่วงกังวล ไหนจะห่วงคนที่ตนรัก ห่วงทรัพย์สิน ห่วงมรดกที่ยังไม่ได้จัดการ ห่วง การงานที่ยังทำไม่เสร็จ ห่วงหนี้สินที่ยังไม่ได้ชำระสะสาง ฯลฯ คนไทยเรียกการตายทั้งที่ยังมีห่วงกังวลอยู่มากว่า “ตายตาไม่หลับ” ไม่ใช่การตายที่ดี ตรงกันข้ามกับการจากไปโดยไม่มีห่วงกังวลใดๆ เลย ซึ่งถือว่าเป็นการ “ตายตาหลับ” คือตายดี

นอกจากนี้ ในขณะใกล้จะสิ้นลมอาจเกิดนิมิต คือภาพที่ปรากฏในใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ในทางพุทธเชื่อว่ามีนิมิตสองอย่าง ที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงเวลาเช่นนั้น คือ *กรรมนิมิต* หรือภาพปรากฏในใจที่สะท้อนการกระทำที่ตนได้ทำตั้งแต่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะการกระทำที่ฝังใจอยู่ไม่รู้ลืม ซึ่งอาจจะมีทั้งดีและไม่ดี ที่ไม่ดี เช่น บาปกรรมที่เคยทำกับคนหรือ

สัตว์อื่น หนี้สินที่ยังไม่ได้ชำระ ความผิดหรือการล่วงเกินต่อผู้อื่นที่ยังไม่ได้จัดการให้เรียบร้อย หรือยังไม่ได้ขอโทษกรรมให้เลิกแล้วกัน ฯลฯ ภาพการกระทำที่ไม่ดีเช่นนั้นอาจจะทำให้เกิดความหวาดกลัวทรมานทรมายขณะที่จิตกำลังจะดับ นิमित्तอีกอย่างหนึ่งที่จะเกิดขึ้นได้คือ *คตินิมิต* หรือภาพในใจที่บอกว่าหลังจากตายจะไปสู่ภพหน้าที่ดีหรือไม่ดีอย่างไร แน่แน่นอนว่าถ้าคตินิมิตไม่ดีก็จะทำให้เกิดความหวาดกลัว จิตใจไม่สงบ ในช่วงเวลาจนจะสิ้นลมนั้น กรรมนิมิตหรือคตินิมิตที่ไม่ดีอาจทำให้คนบางคนมีอาการทรมานทรมายหรือแพ้อึด

พระไพศาล วิสาโล ซึ่งมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมาเยอะ พบว่าผู้ป่วยที่ใกล้ตายนั้นยังมีความห่วงกังวลในใจมากเท่าใด จิตใจก็จะยิ่งไม่สงบ และกระวนกระวาย ยิ่งกระวนกระวายทรมานทรมายมากเท่าใด ก็จะมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยมากเท่านั้น ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีใจสงบ ซึ่งจะมีสติรู้ทันความเจ็บปวด และสามารถควบคุมอาการเจ็บปวดได้ดีกว่าคนที่วิตกกังวลมากๆ และขาดสติ ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว การรักษาทางการแพทย์จะต้องควบคู่ไปกับการช่วยให้เกิดความผ่อนคลายทางจิตใจ เพื่อให้เขาพร้อมที่จะเข้าสู่การตายได้อย่างสงบและเป็นธรรมชาติที่สุด

การที่คนเราจะจากไปในสภาพที่ไม่หวาดกลัวและไม่วิตกกังวลได้ ก็เพราะมีความเข้าใจถูกต้องในธรรมชาติของชีวิตและความตาย มองเห็นความจริงว่าความตายเป็นธรรมชาติที่มีอยู่แล้วในชีวิต มุมมองเช่นนี้จะช่วยให้ยอมรับความตายได้มากและเห็นว่าความตายไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวเสมอไป แต่ถ้ามองความตายว่าเป็นสิ่งที่ทำลายทั้งชีวิตและทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับชีวิต ความตายก็จะเป็นสิ่งที่น่ากลัวอย่างยิ่ง ขณะใกล้จะสิ้นลมผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลให้คลายความกังวลและความหวาดกลัว เพื่อจะได้จากไปด้วยดีในสภาพที่ผ่อนคลาย เหมือนการนอนหลับไปพร้อมกับลมหายใจที่แผ่วนิ่งและสงบลง

3) ตายในบรรยากาศที่อบอุ่น

ถ้าจะสรุปสั้นๆ นี้คือมิติทางสังคมของการตาย ผู้ตายควรจะได้จากไปในบรรยากาศที่อบอุ่น บรรยากาศที่อบอุ่นเมื่อใกล้ตาย คือบรรยากาศที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ตนรัก เช่น สมาชิกครอบครัว ญาติมิตรได้อย่างเป็นปกติหรือเกือบเป็นปกติ เท่าที่สภาพของเขาจะมีได้

ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นบ่อยๆ จะเห็นได้ เช่น ผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาอาการป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อมีคนในครอบครัวหรือคนที่ตนรักหมั่นไปเยี่ยม มักจะมีอาการสดชื่นขึ้นขึ้นอย่างเห็นได้ชัด บรรยากาศเช่นนั้นต่างจากการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักที่คนในครอบครัวหรือญาติมิตรเข้าไม่ถึง มีแต่แพทย์และพยาบาลกับเครื่องมือแพทย์ที่ระโยงระยางเต็มไปหมดในบรรยากาศที่เขาไม่คุ้นเคย การติดต่อกับแพทย์และพยาบาลก็มีแต่เฉพาะในบริบทของการรักษาเท่านั้น บางรายอาจจะถูกมัดมือมัดเท้า (เหมือนถูกจองจำ) ไว้ด้วยซ้ำ เพื่อกันไม่ให้ดึงเครื่องมือแพทย์ที่ใส่ไว้ออก การตายในบรรยากาศเช่นนี้ต่างจากการตายที่บ้านอย่างมาก เพราะเหตุนี้เองคนไทยในสมัยก่อนที่พาญาติที่ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาล พอเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างแน่นอนแล้วก็มักพากลับบ้านเพื่อจะได้จากไปในแวดล้อมของญาติมิตรและคนที่เขารัก ในบรรยากาศทางสังคมที่เต็มไปด้วยมิตติความเป็นมนุษย์ สมัยนี้การปฏิบัติเช่นนั้นอาจจะลดลงมากแล้ว

การจากไปในบรรยากาศที่มีความอบอุ่นทางสังคมเป็นการตายที่ดี เพราะความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4) ตายด้วยจิตที่เป็นอิสระจากสิ่งยึดมั่นทั้งปวง ผ่อนคลาย สงบ และปล่อยวาง

การจากไปในขณะที่จิตอยู่ในสภาพเป็นอิสระ ปล่อยวางทุกอย่างแล้ว ในทางพุทธศาสนาถือว่าเป็นยอดของการตายที่ดี ถ้าเทียบกับการตายที่ตายไม่มีจิตผูกพันอยู่กับสิ่งอื่นใดเลย นอกจากพระผู้เป็นเจ้าที่เขานับถือเท่านั้น ท่านพุทธทาสภิกขุสอนว่า ในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ควรปล่อยวาง ไม่ยึดติดใน *ตัวกูของกู* คือ ทำจิตให้ว่างจากสิ่งยึดเหนี่ยวทั้งปวง ไม่ว่าจะดีหรือไม่ดีก็ตาม จิตที่อยู่ในสภาพเช่นนั้นคือจิตที่เป็นอิสระ โปร่งเบา และผ่อนคลาย ถ้าตายไปในสภาพจิตเช่นนั้นนับว่าเป็นการตายที่ดี

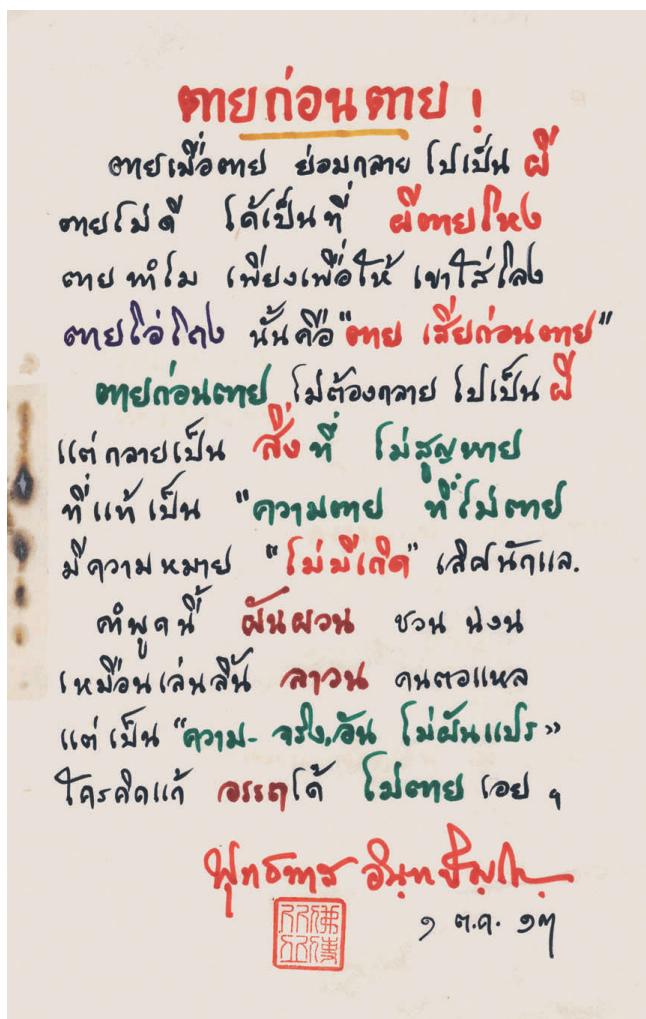
การปล่อยวางเช่นนั้นอาจจะทำได้ยากสำหรับคนทั่วไป แต่ท่านพุทธทาสภิกขุ ซึ่งมีประสบการณ์มาจากการปฏิบัติของท่านเองได้สอนไว้ว่า การตายในสภาพที่จิตเป็นอิสระอย่างนี้ผู้ตายไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เรียนรู้หรือปฏิบัติธรรมมาเยอะ เพราะ “ไม่ว่าจะเป็นคนชั่วคนดีอย่างไร ถ้าอยากตาย

ดีแล้ว ในนาที่สุดท้ายต้องตั้งสติให้ได้ และปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่าง ดับความเป็นตัวกู้อย่างหมดสิ้น แล้วก็จะตายดีได้”² แต่ถ้าจะให้แน่นอนกว่าก็ควรมีการฝึกการปล่อยวางอยู่ตลอดเวลา เพื่อเป็นการ *เตรียมตัวตาย* ตั้งแต่วันนั้นยังมาไม่ถึง

การเตรียมตัวตายนั่น ถ้าจะกล่าวตามคำสอนของท่าน พุทธทาสภิกขุและสิ่งที่ท่านได้ทำเป็นตัวอย่างเอาไว้ก็คือ การ *ตายก่อนตาย* ซึ่งอาจฟังดูเหมือนกับเป็นการเล่นสำนวน แต่ความหมายอันลึกซึ้งของการตายก่อนตายคือการละวาง *ความชั่วหรือสิ่งที่ไม่ดี* ทั้งปวงตั้งแต่ตัวยังไม่ตาย สูงขึ้นไปกว่านั้นคือการ *ละให้หมดไม่ว่าจะเป็นความชั่วหรือความดีก็ตาม* ไม่ยึดมั่นในอะไรเลย นั่นคือภาวะที่จิตว่าง *ไม่มีตัวกู้อย่าง* สำหรับผู้ที่ไม่สามารถทำเช่นนั้นได้ตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ ท่านให้พยายามทำจิตให้ว่างให้ได้เมื่อใกล้ถึงวาระสุดท้าย อย่างน้อยก็ให้ยอมรับความจริงได้ว่า ความตายเป็นของธรรมดา และเป็นธรรมชาติของชีวิต การฝึกเช่นนี้เป็นนิมิต จะทำให้ *ไม่รู้สึกตระหนก ไม่หวาดกลัว* เมื่อความตายมาถึง และยอมรับความตายได้อย่างสงบก่อนจะสิ้นลมหายใจ

การตายที่ดีเช่นนี้เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ผู้ที่จากโลกนี้ไปแล้วหลายคนได้ทำแบบอย่างไว้แล้ว ในกรณีท่านพุทธทาสภิกขุ ท่านได้เตรียมตัวไว้ตั้งแต่ก่อนมรณภาพเป็นเวลาหลายปี ท่านได้แสดงเจตจำนงอย่างชัดเจนและเปิดเผยว่าต้องการตายในสภาพที่ไม่ต้องให้มีการยื้อชีวิตท่านไว้ด้วยเทคโนโลยี และวิธีการรักษาที่ “พิสดาร” เพราะท่านได้ปลงสังขาร คือยอมรับว่าถึงเวลาที่จะปล่อยให้ธรรมชาติทำหน้าที่ของมันแล้ว แม้ว่าเจตนาของท่านจะไม่ได้รับการตอบสนองเต็มตามันนั้นก็ตาม แต่นั่นเป็นสถานการณ์ที่สุดิวสัย เพราะทั้งหมดได้เกิดขึ้นเมื่อท่าน อยู่ในสถานะที่ไม่อาจทำอะไรได้แล้ว

ไม่ว่าจะมองจากมุมไหน การตายอย่างสงบเป็นสิ่งสำคัญ ท่าน *โซเกียล ริมโปเช* พระทิเบตผู้คงแก่เรียน ผู้แต่งหนังสือเรื่องชีวิตและความตายที่เผยแพร่ไปทั่วโลก กล่าวไว้ อย่างหนักแน่นว่า การตายอย่างสงบนั้น “เป็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญโดยแท้ อาจสำคัญกว่าสิทธิในการลงคะแนนเสียงหรือสิทธิที่จะได้รับความยุติธรรมเสียอีก”³



คนเรานั้นควรมีชีวิตแบบที่เรียกว่า “อยู่ก็สบาย ตายก็เป็นสุข”⁴ แต่จะตายอย่างเป็นสุขได้ก็ต้องมีการเตรียมตัวไว้ตั้งแต่ยังไม่ตาย เช่นเดียวกับการมีชีวิตที่สุขสบายซึ่งก็ต้องมีการเตรียมตัวมาตั้งแต่วัยเยาว์ การเตรียมเพื่อการตายที่เป็นสุข จำเป็นต้องทำตั้งแต่ก่อนตายเมื่อชีวิตและร่างกายยังแข็งแรงอยู่ นั่นคือต้องเตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลา ไม่ต้องรอจนถึงใกล้วันตาย

แต่จะเตรียมตัวอย่างไร? การเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดีทำได้ 2 วิธีต่อไปนี้

- (1) ทำหนังสือแสดงเจตนา ไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ยังมีสุขภาพดีและมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ เพื่อบอก

² การเสวนาเรื่อง “ความตายในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ” โดย นพ. สันต์ หัตถิรัตน์ ในหนังสือ *ความตายในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2) จัดพิมพ์โดยเครือข่ายพุทธิกา 2557.

³ โซเกียล ริมโปเช. 2558. *ประตูสู่สถานะใหม่: คำสอนทิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย* เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 6). พระไพศาล วิสาโล แปล จากเรื่อง *The Tibetan Book of Living and Dying: Part 2*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลมคิมทอง.

⁴ พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). 2542. *อยู่ก็สบาย ตายก็เป็นสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

(2) เตรียมชีวิตให้พร้อมก่อนวันตายจะมาถึง โดยการดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท หลีกให้ไกลจากสิ่งที่เป็นโทษทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ฝึกทำความรู้จักความตายตามที่เป็นจริง จนเกิดความเข้าใจ

และยอมรับได้ โดยมองเห็นความตายว่าเป็นธรรมชาติของชีวิต ไม่มีทางเป็นอื่นได้ ทั้งนี้เพื่อจะได้ไม่กลัวตายจนเกินเหตุเมื่อเวลานั้นมาถึง

ความปรารถนาแห่งชีวิต (Living Will)

บางคนเขาเห็นว่า เขาตายโล่งๆ ดีกว่าตายแบบถูกเสียบโน้นเสียบนี่ แล้วยังตายคาเสียบจะนั่นลองคิดดู คนที่เขาป่วยควรจะให้สิทธิเขา ถ้าเขาไม่ต้องการก็ไม่ควรเสียบ แต่ถ้าเขาต้องการก็ไม่ใช่เป็นไร เขาสั่งไว้ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าเขาสั่งไว้ว่าเขาไม่ต้องการอย่างนี้ มันเป็นชีวิตเขา:

พระราชธรรมนิเทศ (พระพยอม กัลยาโณ) เจ้าอาวาสวัดสวนแก้ว
(รายการสถานีความคิด สถานีวิทยุโทรทัศน์ ช่อง 11 วันที่ 8 มิถุนายน 2554)

คนไข้เจ้าของชีวิตต้องมีสิทธิและสามารถแสดงความจำนงของเขาไว้ได้ว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของเขาแล้ว เขาต้องการให้เป็นอย่างไร ญาติและแพทย์ควรจะตอบสนองเจตจำนงของคนไข้ เพราะเป็นความปรารถนาของเขาว่าเขาต้องการจากไปในสภาพเช่นไร

ศ. นพ. สันต์ หัตถิรัตน์ อดีตอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
บทสัมภาษณ์ รายการทรงสถานการณฺ์ สถานีโทรทัศน์ ช่อง 11 ในหนังสือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

จากประเพณีสู่ข้อบัญญัติทางกฎหมาย

ในอดีต คนไทยนิยมให้ผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตายที่บ้าน เพราะทำให้ผู้ตายได้ “เห็นหน้า” คนที่ตนรักและญาติมิตรก่อนจากไป แม้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อถึงเวลาที่เห็นว่ารักษาไปก็ไม่รอดแล้ว (เช่นเมื่อหมอบอกว่าผู้ป่วยอาจอยู่ได้อีกไม่นาน) ชาวบ้านทั่วไปมักจะพาผู้ป่วยกลับบ้าน การทำเช่นนี้ในแง่หนึ่งก็เหมือนกับการปฏิเสธไม่ขอรับการรักษาต่อไป แต่ในอีกแง่หนึ่งก็คือการเลือกที่จะให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี อาจจะเป็นเพราะเห็นว่าถึงรักษาต่อไปก็ไม่หาย หรือเพราะยอมรับได้ว่าใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ถ้าจะตายก็ขอให้ตายที่บ้าน ซึ่งเป็นที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและได้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว สิ่งที่ทำให้หลายคนปรารถนาคือการตายในสภาพที่ไม่อ้าแงวิตโหดเตี้ยวจากคนที่ตนรัก

สำหรับผู้ป่วยที่ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตเช่นนั้น ในหลายท้องถิ่นคนในครอบครัวอาจจะทำพิธีทางศาสนา

อย่างใดอย่างหนึ่งให้ เช่น ครอบครัวที่นับถือพุทธศาสนาอาจสวดบทโพชฌนคปริต หรือนิมนต์พระมาทำพิธีสวดบังสุกุล ครอบครัวที่นับถือศาสนาคริสต์อาจเชิญนักบวชหรือบาทหลวงมาทำพิธีไถ่บาปให้ผู้ป่วยและให้ศีลสุดท้าย (absolution) แก่ผู้ป่วยที่กำลังจะจากไป โดยเชื่อว่าจะเป็นการนำวิญญาณผู้ป่วยที่ใกล้ตายไปสู่อ้อมกอดของพระเจ้า ชาวมุสลิมจะให้ผู้ป่วยเปล่งวาจา “ลาอิลลาฮะ อิลลัลลอฮฺ มุฮัมมัดุรรอซซูลุลลอฮฺ” (ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากพระเจ้าอัลลอฮฺ และมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของอัลลอฮฺ) หรืออ่านคัมภีร์อัลกุรอานให้ฟัง โดยเฉพาะบท “ยาซีน” (ซูเราะฮฺ ยาซีน) บางท่านอาจจะอ่านบท “ซูเราะฮฺ อัลฟะลัก” (บทรุ่งอรุณ) และ “ซูเราะฮฺ อันนาส” (บทมนุษย์ชาติ) ด้วย พิธีเหล่านี้ทำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีใจสงบและน้อมจิตไปในทางที่ดีงาม ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะได้มีเวลาสั่งเสียหรือมอบหมายภาระที่ตนยังทำไม่เสร็จให้ผู้ที่ยังอยู่จัดการกันต่อไป บรรยากาศเช่นนั้น



Roger Harmon

แม้จะเศร้าแต่ก็มีความอบอุ่น ปราศจากความหวงกัวจน
การจากไปในสภาพเช่นนั้นเชื่อว่าเป็นการ “ไปดี”

ปัจจุบันเชื่อว่าการปฏิบัตินี้อาจจะน้อยลง เพราะ
คนส่วนมากเวลาเจ็บป่วยก็ไปรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้น
การตายที่โรงพยาบาลทุกวันนี้จึงมีจำนวนมากขึ้น การตาย
ที่โรงพยาบาลแม้จะมีข้อดีแต่ก็มีข้อเสีย เนื่องจากใน
กระบวนการรักษาผู้ป่วยขั้นสุดท้ายนั้นผู้ป่วยมักจะถูกโดดเดี่ยว
อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ขาดการติดต่อกับคนที่ตนรักและญาติมิตร
และการรักษาที่ได้รับก็มักจะมี “รักษาโรค” มากกว่า “รักษา
คน” ในสภาพการรักษาเช่นนั้นสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็น
มนุษย์ของผู้ป่วยมีโอกาสจะถูกมองข้ามได้ เพราะผู้ป่วยแทบ
จะไม่มีส่วนในการกำหนด หรือเลือกที่จะรับ/ไม่รับวิธีการ
รักษาเลย

เมื่อกว่าสองทศวรรษมาแล้ว เริ่มมีการเคลื่อนไหว
ระดับนานาชาติเรื่องสิทธิของผู้ป่วย หนึ่งในสิทธิผู้ป่วย
ที่สำคัญคือสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องการรักษา
พยาบาล โดยถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง ตามปฏิญญา

ลิสบอนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ. 1981 (แก้ไข ค.ศ. 2005)
ซึ่งให้การรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ
บริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ว่าเป็นสิทธิใน
การตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right of self-determination)
สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติโดยไม่ถูก
เหนี่ยวรั้ง⁵

ในประเทศไทยความตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและสิทธิ
ในการปฏิเสธบริการสาธารณสุขเริ่มมีมานาน อย่างน้อยก็
ตั้งแต่หลังการรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุเมื่อ พ.ศ. 2536
(หรืออาจจะก่อนนั้น) การเคลื่อนไหวเริ่มเข้มข้นขึ้นในปี
2543 เมื่อเริ่มกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ
อย่างเป็นทางการ ด้วยการจัดทำร่าง “พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ....” กระบวนการทางรัฐสภาเพื่อการนี้ใช้เวลาเกือบ 10 ปี
“พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550” จึงเกิดขึ้น
โดยมีมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. นี้เป็นมาตราที่ว่าด้วยเรื่องนี้
โดยเฉพาะ

⁵ น่าสังเกตว่าใน “คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย” ที่ให้การรับรองโดย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม
ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ไม่มีเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในระยะ
สุดท้ายโดยตรง มีแต่เรื่องสิทธิในการได้รับทราบข้อมูลตามที่เป็นจริงเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับการรักษาเท่านั้น

ความเป็นมาของมาตรา 12

1 มีนาคม พ.ศ. 2543 คณะกรรมาธิการสาธารณสุขวุฒิสภา ได้เผยแพร่ รายงาน “ระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540” โดยคาดหวังให้รายงานนี้เป็นเสมือนคัมภีร์เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีการเสนอให้จัดทำร่าง พ.ร.บ. สุขภาพประชาชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับระบบสุขภาพของประเทศ รายงานฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 8 หมวด ในหมวดที่ 2 เรื่องสิทธิหน้าที่ ความเสมอภาคและหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน ได้เสนอคุณลักษณะที่พึงประสงค์ไว้รวม 11 ข้อ โดยข้อที่ 8 เขียนไว้ว่า “ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นการทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและสังคมโดยรวม”

ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) ได้เผยแพร่ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยในเนื้อหา มี 13 ระบบย่อย ในระบบที่ 2 เรื่องสิทธิหน้าที่ ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ ในข้อ 2.2.10 ระบุว่า “ในบั้นปลายของชีวิต บุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และไม่เป็นการทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและสังคมโดยรวม” จากนั้น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ได้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกรอบความคิดฯ ฉบับนี้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ รวม 550 เวที มีผู้เข้าร่วมให้ความเห็นประมาณ 40,000 คน ประชาชนส่วนใหญ่ต่างสนับสนุนการจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในทิศทางที่เป็นไปตามกรอบความคิดนี้

หลังจากนั้นในเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2545 คณะอนุกรรมการร่าง “พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” ได้นำข้อคิดเห็นต่างๆ มาประกอบกับกรอบความคิดดังกล่าว แล้วร่างออกมาเป็นร่าง “พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” ในมาตรา 24 ของร่าง พ.ร.บ. นี้ระบุว่า “บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของตน เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” โดยมีการเขียนคำชี้แจงไว้ว่า “เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิต หรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการใน ทุกๆ ด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (living will) ได้ หลังจากนั้นได้มีการจัดเวทีสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ เฉพาะพื้นที่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้มีสิทธิแสดงความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และหลังจากได้มีการฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางแล้ว คณะอนุกรรมการฯ ได้ปรับปรุงร่าง พ.ร.บ. เสนอเข้าสู่การพิจารณาของที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมฯ ต่อมาคณะรัฐมนตรีได้รับร่าง พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าว หลังจากนั้นได้มีการพิจารณาร่างและการระดมความคิดเห็นต่อร่างฯ อีกหลายครั้ง จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2549 สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้พิจารณาร่าง “พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” โดยบัญญัติเรื่องการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ในมาตรา 12

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2550 มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2550 เป็นต้นมา ใจความของมาตรา 12 กำหนดว่า :

บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2554



นัยยะในทางปฏิบัติของข้อกฎหมายนี้ไม่ใช้การปล่อยปลະเลยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยไม่ได้รับการดูแลรักษาอันสมควรหรือปล่อยให้ตายไปอย่างทุกข์ทรมาน... ผู้ป่วยยังคงต้องการ และต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อมีโอกาสได้เตรียมตัวเตรียมใจ.... และได้จากไปอย่างสงบ

shutterstock.com

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รับรองสิทธิของบุคคลในการ “ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” โดยที่การทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น “ให้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง” และเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลดังกล่าวแล้วก็ “มิให้ถือว่า การกระทำนั้น เป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ” ด้วย

สิ่งที่กำหนดไว้ในมาตรา 12 อาจจะมีประเด็นเป็นเรื่องใหม่ แต่ความจริงแล้วก็ไม่ใช่อะไรใหม่เสียทีเดียว สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนอยู่แล้ว และที่ผ่านมามีคนจำนวนไม่น้อยที่ใช้สิทธินี้ไปแล้ว จะเห็นได้เช่น เมื่อเจ็บป่วยเราไปรักษาที่โรงพยาบาล แพทย์อาจจะแนะนำให้เรารักษาด้วยการผ่าตัดหรือด้วยวิธีอื่นที่เราไม่ประสงค์จะเราก็มีสิทธิปฏิเสธได้ แต่เมื่อป่วยหนักจนอยู่ในภาวะที่สติสัมปชัญญะไม่ปกติ สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของเราหายไป ผู้อื่นซึ่งได้แก่แพทย์หรือญาติพี่น้องกลายเป็นผู้ตัดสินใจแทนเรา สิ่งนี้อาจถือว่าเป็นเรื่องใหม่ในมาตรา 12 นี้ คือ การรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานตามธรรมชาติที่มนุษย์ทุกคนมีอยู่แล้ว โดยกำหนดระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสมไว้ แต่ไม่ใช่การกำหนดสิทธิอย่างใหม่ขึ้นมาแต่อย่างใด

บทบัญญัติของกฎหมายมาตรา 12 มีเจตนารมณ์ชัดเจนที่จะให้บุคคลใช้สิทธิแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า ตั้งแต่ตอนที่ยังมีสุขภาพปกติดีอยู่ หรือหากไม่ได้ทำไว้ล่วงหน้า เช่นนั้น จะทำเมื่อเริ่มเจ็บป่วยแต่ยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ก็ได้ โดยแสดงเจตจำนงไว้ว่า หากถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและไม่มีทางรักษาให้หายได้แล้ว จะขอปฏิเสธวิธีการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายออกไปเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อให้ การตายของตนเป็นการตายที่ไม่ฝืนธรรมชาติ เป็นการตายที่มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และไม่เกิดความสูญเสียทางทรัพยากร ทั้งแก่ครอบครัวและสังคมเกินความจำเป็น

นัยยะในทางปฏิบัติของข้อกฎหมายนี้ไม่ใช้การปล่อยปลະเลยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตไปโดยไม่ได้รับการดูแลรักษาอันสมควร หรือปล่อยให้ตายไปอย่างทุกข์ทรมาน แต่เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา รวมทั้งญาติผู้ป่วยด้วย ร่วมมือกันทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้แล้ว โดยมีความเข้าใจตรงกันว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตเขาจริงๆ ก็ไม่ต้องฝืนด้วยการใช้วิธีการรักษาแบบก้าวร้าวที่อาจจะยืดลมหายใจได้ชั่วเวลาไม่นาน หรืออาจบรรเทาความทรมานจากการเจ็บป่วยได้เพียงเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงต้องการ และต้องได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อมีโอกาสได้เตรียมตัวเตรียมใจเพื่อให้ความตายซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้นั้น เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และได้จากไปอย่างสงบ

จากกฎหมายสู่แนวทางการปฏิบัติ

ความในวรรคสองของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดว่า การทำ “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกสั้นๆ ว่า “หนังสือแสดงเจตนา”) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เพื่อให้เป็นไปตามที่กำหนดในมาตรา 12 ได้มีการออกกฎกระทรวงว่าด้วยกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา กฎกระทรวงนี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553 โดยให้มี

ผลบังคับเมื่อพ้นกำหนด 210 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป นั่นคือเริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2554 ในระหว่างที่กฎกระทรวงยังไม่มีผลบังคับนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยอาศัยอำนาจตามความในข้อ 7 ของกฎกระทรวง ได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข แนวทางการปฏิบัติงานฯ นี้ประกาศให้มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 (วันเดียวกับที่กฎกระทรวงมีผลบังคับใช้)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

เขียนที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
กรุงเทพมหานคร

วันที่ 15 เมษายน 2554

ข้าพเจ้า นายไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม ปัจจุบัน อายุ 70 ปี (เกิด 24 มีนาคม 2484) ขณะทำหนังสือนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แต่ร่างกายเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเกิดสภาพไตสภาพหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจของแพทย์และญาติผู้ใกล้ชิด เกี่ยวกับการรักษาไว้ซึ่งชีวิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าจึงแสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าถือว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา มนุษย์ทุกคน รวมถึงการมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต ล้วนเป็นอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา การมีชีวิตหรือไม่มีชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงของสสารและพลังงาน จากสภาพหนึ่งไปเป็นอีกสภาพหนึ่ง ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักธรรมคำสอนของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้ศึกษาและพยายามปฏิบัติมาเป็นเวลานาน
2. ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงไม่มีความทุกข์ความกังวลหรือความวิตกกังวลใดๆ เกี่ยวกับการมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต และเมื่อสถานการณ์เป็นในลักษณะที่ชีวิตของข้าพเจ้าจะจบสิ้นลง ข้าพเจ้ายินดี เต็มใจ และประสงค์ที่จะให้ชีวิตของข้าพเจ้าจบสิ้นไปตามธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะให้มีการใช้วิธีการหรือเทคโนโลยีที่ยุ่ยากซับซ้อน หรือผิดธรรมชาติจนเกินสมควร เพียงเพื่อยืดการมีชีวิตอยู่ของข้าพเจ้าให้นานที่สุด ซึ่งอาจจะทำให้ข้าพเจ้ายังมีชีวิตอยู่แต่ในสภาพที่ด้อยคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรงหรืออย่างทนทุกข์ทรมานต่อตนเองหรือเป็นภาระอย่างมากต่อญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการให้เกิดขึ้น
3. หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนา นี้ เกิดขึ้นในช่วงที่ข้าพเจ้าไม่มีสติสัมปชัญญะหรือไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ ข้าพเจ้าขอให้ผู้ใกล้ชิดของข้าพเจ้าคือ คุณหญิงขมา วัฒนศิริธรรม ซึ่งเป็นภรรยาของข้าพเจ้า เป็นผู้ทำหน้าที่อธิบายเจตนาของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และลงนามไว้ท้ายหนังสือนี้แล้ว

(ลงชื่อ)	นายไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม	ผู้แสดงเจตนา
(ลงชื่อ)	คุณหญิงขมา วัฒนศิริธรรม	บุคคลใกล้ชิดหรือญาติ
(ลงชื่อ)	นายพิชา วัฒนศิริธรรม	พยาน
(ลงชื่อ)	นางชมพรรณ กุลนิเทศ	พยาน

หมายเหตุ: เผยแพร่โดยได้รับอนุญาตจากบุคคลใกล้ชิดของเจ้าของหนังสือแสดงเจตนาแล้ว

แต่หลังจากที่กฎกระทรวงและแนวทางการปฏิบัติงานฯ มีผลบังคับใช้ได้ไม่นาน ในวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ได้มีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งที่ยังมีความห่วงกังวลบางประการยื่นฟ้องต่อศาลปกครองสูงสุด ขอให้ยกเลิกกฎกระทรวงดังกล่าว โดยให้เหตุผลหลายข้อ เช่น สิ่งที่กำหนดในกฎกระทรวงขัดกับหลักการในทางวิชาชีพ เอื้อต่อการปล่อยให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษา เป็นการุณยฆาต และไม่เป็นประโยชน์ต่อทุกภาคส่วนของสังคม คดีนี้ศาลปกครองสูงสุดมีคำพิพากษาเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2558 ว่า กฎกระทรวงดังกล่าวชอบด้วยกฎหมาย ทั้งในส่วนของการระวางและเนื้อหาสาระ

เป็นอันว่าสิทธิและการปฏิบัติตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีความชัดเจนและแนวทางปฏิบัติที่กำหนดในกฎกระทรวงก็มีความชอบธรรมสมบูรณ์ ปัจจุบันเรื่องนี้เริ่มได้รับความสนใจจากสาธารณะ ดังจะเห็นว่ามิบุคคลสำคัญบางคนรวมทั้งประชาชนผู้สนใจ

ในความหมายของชีวิตและความตายอีกจำนวนหนึ่งได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้แล้ว

สมควรจะเน้นในที่นี้ว่า มาตรา 12 เพียงแต่เปิดโอกาสให้เรา *ทำหนังสือแสดงเจตนา* ได้ แต่ความจริงการแสดงเจตนาเราจะทำเป็นหนังสือไว้หรือไม่ทำก็ได้ ถ้าได้มีการสื่อสารกับคนใกล้ชิดและแพทย์ให้เข้าใจกันอย่างชัดเจน แม้จะไม่ทำเป็นหนังสือก็ไม่ใช่ปัญหา เพราะจุดมุ่งหมายที่แท้จริงที่สะท้อนออกมาจากมาตรา 12 ของกฎหมายนี้ต้องการให้เราได้คิดและเตรียมตัวสำหรับการตายที่ดี และเป็นเครื่องมือให้เราและญาติใกล้ชิดรวมทั้งแพทย์ได้สื่อสารสร้างความเข้าใจร่วมกันขณะที่เรายังมีสติสัมปชัญญะติดอยู่ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม หนังสือแสดงเจตนาไม่ใช่สิ่งที่เขียนขึ้นเพื่อนำไปสู่การดำเนินการทางกฎหมายแต่อย่างใด นั่นหมายความว่าบุคคลมีสิทธิที่จะทำหรือไม่ทำหนังสือแสดงเจตนาก็ได้ แต่การทำไว้จะเป็นประโยชน์มากกว่า เพราะจะช่วยให้เกิดความชัดเจนในการรักษาของแพทย์

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

61/76 เสนานิเวศน์ 2 จระเข้บัว
ลาดพร้าว กรุงเทพฯ 10230

1 พฤศจิกายน 2551

เรื่อง แสดงเจตนากรณีปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

เรียน แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่เคารพ

1. ในขณะที่เขียนหนังสือแสดงเจตนากรณีนี้ ผมมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติดีทุกประการ โดยมีญาติของผมเป็นพยาน
2. ผมขอใช้สิทธิตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยขอยืนยันสิทธิของผม ดังนี้
 - 2.1 ในกรณีที่ผมป่วยด้วยสาเหตุใดก็ตาม จนตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรักษาให้หายกลับมาใช้ชีวิตได้อีก และผมไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะพิจารณาเกี่ยวกับแผนการรักษาของผมได้แล้ว
 - หากหัวใจผมหยุดเต้น ผมขอไม่รับการกระตุ้นหัวใจด้วยวิธีต่างๆ
 - หากการหายใจของผมล้มเหลวลง ผมขอไม่รับการเจาะคอหรือใช้เครื่องช่วยหายใจผมขอรับการรักษาเพียงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยทุกข์ทรมาน ไม่ขอรับการรักษาหรือรับหัตถการใดที่จะยืดการตายของผมออกไปโดยไม่จำเป็น เพื่อให้ผมเสียชีวิตไปโดยธรรมชาติ
 - 2.2 หากมีกรณีความไม่ชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาความจำนนนี้เกิดขึ้นในช่วงที่ผมไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ขอให้ภรรยาของผม (นางวงเดือน จินดาวัฒนะ) และบุตรที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เป็นผู้ร่วมพิจารณากับแพทย์เจ้าของไข้ และให้ดำเนินการไปตามนั้นได้
3. ผมขอขอบคุณแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ให้การดูแลผมด้วยความเมตตากรุณาและให้ความเคารพสิทธิของผมเป็นอย่างดี ขอให้ทุกท่านมีความเจริญและมีความสุข

ลงชื่อ	นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ	ผู้แสดงเจตนากรณี
ลงชื่อ	นางวงเดือน จินดาวัฒนะ	ภรรยา - พยาน
ลงชื่อ	ทพญ. ประทุม จินดาวัฒนะ	พี่สาว - พยาน

หมายเหตุ: เผยแพร่โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของหนังสือแสดงเจตนาแล้ว

เมื่อจันทาย

รสรวรรณ ม่วงมิ่งสุข หรือกัญญ์ ป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เมื่อแรกรู้ว่าเป็นมะเร็งนั้นอายุเพียง ๓๓ ปี และหมอระบุว่า เป็นระยะที่ ๔ แล้ว กัญญ์จากไปเมื่ออายุ ๓๕ ปี เมื่อปี ๒๕๕๘

กัญญ์ไม่ได้ปฏิเสธการรักษา เธอผ่านการผ่าตัดหลายครั้ง ผ่านการให้คีโมที่ทรมาณ จนในที่สุดเข้ารับการดูแลระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อความมั่นใจว่า จะได้รับการดูแลที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด และได้รับการดูแลด้านจิตใจ ที่จะช่วยประคองชีวิตสู่ความตายอย่างสงบ

กัญญ์ได้ทำบันทึกความประสงค์ของตนไว้ ครั้งแรกเมื่อวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖ หลังจากรู้ว่าเป็นมะเร็ง และได้แก้ไขครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๘ ในบันทึกนั้นเธอได้ระบุชัดเจนถึงความประสงค์ไม่ขอรับการถูกยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือแพทย์ หากมีอาการ ที่หมอวินิจฉัยแล้วว่าไม่มีประโยชน์ที่จะยื้อต่อไป แต่ก็ปฏิเสธการช่วยบรรเทาความเจ็บปวด

“...กัญญ์ตัดสินใจว่า หากอาการแทรกซ้อนอันใดที่ทำให้ตายได้ กัญญ์ยินดีจากไปทันที โดยไม่ต้องพยายามสู้ขึ้นมา แต่หากอาการ ใดที่สร้างความเจ็บปวดทรมานแต่ไม่ทำให้ตาย ยินดีให้แพทย์ช่วยทำการลดบรรเทาปวด ยกตัวอย่างเช่น หากเกิดอะไรขึ้นกับไต กัญญ์น่าจะจากไปใน ๓ วัน ก็ให้เป็นไปตามนั้น แต่หากเจ็บปวดจากมะเร็งที่กินกระดูกไม่ทำให้ตาย ก็ยินดีรับมอร์ฟีนเต็มทีเพื่อลดปวด ทั้งนี้ยังมีความเป็นไปได้อีกหลายกรณี ขอให้คุณหมอเป็นคนบอก ในช่วงสุดท้ายของชีวิตกัญญ์ไม่ต้องการถูกยื้อด้วยเครื่องมือแพทย์ เพียงเพื่อให้ได้รับความทรมานมากขึ้น เธอเป็นว่า ถ้ากัญญ์ต้องอยู่เพราะสายหรือยาอะไรก็ตาม ไม่ขอรับทั้งนั้น “ไม่ชอบเจ็บ ทรมาน” หากกินไม่ได้ก็ไม่ขอกินอีก หากหายใจไม่ได้ ก็ให้จบตามนั้น”

กัญญ์เล่าว่า หลังจากทำใจได้สงบโดยอาศัยธรรมะช่วย ได้เรียนรู้ปฏิบัติธรรม อีกทั้งกำลังใจจากคนรอบข้างและกัลยาณมิตร กัญญ์เริ่มมองเห็นว่า สิ่งที่ดีนักกลัวนั้นยังมาไม่ถึง ขณะที่ปัจจุบันยังสามารถทำสิ่งดีๆ ได้อยู่ เธอจึงเริ่มยอมรับในสิ่งที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อ ยอมรับได้แล้ว การเดินทางต่อไปจึงดำเนินไปอย่างระมัดระวัง และเป็นไปอย่างมีคุณประโยชน์ เพชฌกูฏแฟนเพจชื่อ “มะเร็งพลิกชีวิต” ของกัญญ์ที่แบ่งปันข้อมูล ประสบการณ์และกำลังใจให้กับและกันของผู้เป็นมะเร็ง จึงได้รับการตอบรับอย่างมากมาย รวมถึงการออกไป ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยตนเอง

กัญญ์ได้วางแผนการจัดการต่างๆ หลังการเสียชีวิตของตนอย่างครบถ้วน เช่น การไม่ต้องแต่งดำ การจัดการงานศพที่เรียบง่าย การจัดการกับเด็กกระดูก อีกทั้งยังคำนึงถึง “แม่” “อย่าปล่อยให้แม่กัญญ์เหนื่อยนะ” “เงินที่เหลือรวมกับเงินส่วนตัวของฉันทองเอง ขอยกให้แม่ทั้งหมด” และสุดท้าย ได้ขอบคุณผู้ช่วยเหลือตั้งแต่การดูแลรักษา และการช่วยเหลือต่างๆ เป็นการเขียนความต้องการสุดท้าย และคำสุดท้ายเอง ไม่ต้องอาศัยใครมาช่วยเขียนให้ เป็นการเตรียมพร้อมก่อนตายอย่างสมบูรณ์

รสรวรรณ ม่วงมิ่งสุข (กัญญ์)

ที่มา: เอกสาร “เมื่อจันทาย” ในงานฉาบปก รสรวรรณ ม่วงมิ่งสุข-กัญญ์ และบทความ “ยิ้มกว้างบนทางสายปาย” โดยเอกภพ สิทธิธรรมธนะ ใน อาทิตย์อัสดง ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๒๓ ประจำเดือน มกราคม-มีนาคม ๒๕๕๘ หน้า ๓๗-๔๐)

ประเด็นน่ารู้เกี่ยวกับมาตรา 12

ตัวบทของมาตรา 12 และกฎกระทรวงที่ออกตามความในมาตรานี้ยังมีรายละเอียดที่ผู้ปฏิบัติและประชาชน อาจพบว่าเข้าใจยากในบางเรื่อง แต่บทความนี้ไม่สามารถนำมาเสนอได้ทั้งหมด ในที่นี้จึงเลือกนำมาเสนอเฉพาะเรื่องสำคัญบางประเด็นที่เห็นว่าประชาชนควรทราบเท่านั้น⁶

1) ความหมายของคำ/ข้อความสำคัญในมาตรา 12

หนังสือแสดงเจตนา คือหนังสือซึ่งบุคคลเขียนขึ้นเพื่อแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย แต่ที่ต้องทำไว้

⁶ ผู้ประสงค์จะทราบรายละเอียดมากกว่าที่นำเสนอในที่นี้โปรดดู เอกสาร *กว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้* ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, กรกฎาคม 2554

ล่วงหน้าก็เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนาจะได้รับการรักษาตามที่ตนต้องการ โดยเฉพาะในกรณีที่เจ็บป่วยจนไม่อาจสื่อสารได้ หนังสือแสดงเจตนาจะช่วยให้อำนาจหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการได้ถูกต้อง หนังสือแสดงเจตนาจะระบุบริการสาธารณสุขที่ *ไม่ประสงค์จะรับ* อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างต่อไปนี้ได้ คือ (1) บริการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต นั่นคือเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วไม่ต้องการได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยื้อชีวิตไว้โดยใช้เครื่องมือแพทย์ แต่ต้องการตายตามธรรมชาติ หรือ (2) บริการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อหายใจ ฯลฯ

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึงวิธีการที่แพทย์ผู้รักษาใช้กับผู้ที่ทำหน้าที่แสดงเจตนา เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่แสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย วิธีการเช่นนั้นเป็นการรักษาที่เกินความจำเป็น และไม่ใช่วิธีการที่มุ่งหมายเพื่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว แต่มีผลเพียงยืดการตายออกไปเท่านั้น *แต่ทั้งนี้ผู้ที่ทำหน้าที่แสดงเจตนายังคงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ตามความจำเป็น*

วาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่าภาวะของผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคอันไม่อาจรักษาให้หายได้ และแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาได้วินิจฉัยโดยใช้หลักการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นจะนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความถึงภาวะที่ผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนามีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ จนทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีก็แต่เพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่าสภาพผักถาวร (persistent / permanent vegetative state – PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายถือว่าในสภาพผัก

ถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพุงชีวิตไว้ การใช้ชีวิตอยู่แบบนี้ นอกจากเป็นการลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แล้ว ยังเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเป็นภาระต่อญาติเกินจำเป็นด้วย

การทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึงความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจของผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ด้วยอย่าง เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

2) สิทธิปฏิเสธการรักษากับภารุณฆาต

ความเข้าใจผิดลำดับต้นๆ อย่างหนึ่งเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษา ตามที่บัญญัติในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ สิทธินี้เป็นอย่างเดียวกับกับ “การุณฆาต” หรือไม่

คำตอบคือ ไม่ใช่ การุณฆาต หรือ mercy killing หมายถึงการช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น เช่น ด้วยการฉีดยาหรือให้ยาเพื่อเร่งการตาย แต่การใช้สิทธิตามมาตรา 12 นี้ ไม่ใช่การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่ใช่อะไรที่ปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตไปโดยไม่มีการแทรกแซงทางการแพทย์ใดๆ ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย การุณฆาตนั้นต่างจากการที่แพทย์ยุติการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายหรือเพียงเพื่อยุติความเจ็บปวดทรมานตามที่มีผู้ป่วยได้ใช้สิทธิแสดงเจตนาจนไว้มาก่อนแล้ว ในกรณีหลังนี้แพทย์ผู้รักษาจะหยุดเฉพาะการรักษาที่ใช้เครื่องมือแพทย์เกินความจำเป็นเท่านั้น เช่น การเจาะคอใส่เครื่องช่วยหายใจ ใส่ท่อส่งอาหาร เป็นต้น ซึ่งแม้จะยืดการตายออกไปได้บ้างแต่ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายก็จะตกอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมานมาก ชีวิตที่มีอยู่จะด้อยคุณภาพอย่างรุนแรง การยุติการรักษาเพียงเพื่อยืดการตายตามกฎหมายนี้ไม่ได้ห้ามแพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นสุดท้ายได้จากไปอย่างเป็นธรรมชาติ เรื่องการให้การรักษาแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยที่ทำหน้าที่แสดงเจตนามีกำหนดไว้ชัดเจนแล้วในกฎกระทรวง ซึ่งออกตามความในมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁷

⁷ ดู กฎกระทรวง เรื่อง “กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 65 ก 22 ตุลาคม 2553, หน้า 18-21.

3) ประเด็นเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์

ผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานบางคนอาจสงสัยว่า การปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย จะขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์หรือไม่

คำตอบคือ *ไม่ขัด* เรื่องนี้ต้องทำความเข้าใจจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) ซึ่งมีหลักสำคัญ 4 ประการ⁸ คือ

- (1) **หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficence)**
ผู้ประกอบวิชาชีพพึงกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย แพทย์จะต้องมีความจริงใจต่อผู้ป่วย และต้องไม่ให้การรักษาที่เกินความจำเป็นหรือปราศจากเหตุผล แพทย์จะต้องเปลี่ยนทัศนคติที่คิดว่าตนมีความรู้มากกว่าผู้ป่วย
- (2) **หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence)**
กระบวนการรักษาจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ แพทย์ควรจะรักษาผู้ป่วยต่อไปก็ต่อเมื่อมีโอกาสสูงที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่สมควร
- (3) **หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy)**
กระบวนการรักษาต้องยอมรับสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งถือเป็นการยืนยันเจตนาของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาต่างๆ ด้วยตนเอง มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่จำเป็นและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจ และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ
- (4) **หลักความยุติธรรม (justice)**
กระบวนการรักษาต้องจัดหาบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมตามความจำเป็น โดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ชั้นทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา หรือสีผิว เป็นต้น

จากหลักจริยธรรมข้างต้นจะเห็นว่า การที่แพทย์ตัดสินใจตามผู้ป่วยร้องขอถือว่าแพทย์ทำตามหลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (หลักจริยธรรมข้อ 3) แพทย์จะต้องทำการวินิจฉัยก่อนว่าผู้ป่วยนั้นได้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ สามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ได้อีก (อยู่ในภาวะสมองตาย) หรือไม่ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์แทรกแซงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จะตายโดยไม่มีทางกู้ชีวิตให้กลับคืนมาได้อยู่แล้วนั้น ถือว่าเป็นการรักษาที่เกินความจำเป็น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานยาวนานขึ้น (หลักจริยธรรมข้อที่ 1) และการรักษาที่เกินความจำเป็นนั้นอาจก่อให้เกิดภาระหนี้สินแก่ตัวผู้ป่วยและญาติเกินสมควร การยืดชีวิตผู้ป่วยหรือที่บางครั้งเรียกว่าการยืดความตาย (prolonged death) นั้นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้ป่วยในระยะท้ายและไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ การแทรกแซงทางการแพทย์ยังอาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา การยุติการรักษาจึงไม่ขัดต่อหลักจริยธรรม (ข้อที่ 2) แต่อย่างไร

แม้ว่าข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมในวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 ข้อ 28 จะระบุไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม” แต่หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ก็สามารถหารือกับญาติเพื่อขอความเห็นชอบในการยุติการรักษา แต่ถ้าหากผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษาไว้ แพทย์และพยาบาลก็ต้องยึดถือตามนั้น การปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยไม่ถือว่าแพทย์ละทิ้งหน้าที่ของตนในการรักษาผู้ป่วยแต่อย่างไร

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกล่าวว่า ความคิดปฏิเสธการตายและความต้องการที่จะยืดชีวิตด้วยการรักษาเป็นผลมาจากการรับเอาแนวคิดการแพทย์ตะวันตกซึ่งมุ่งเน้นการรักษาผู้ป่วยให้ถึงที่สุด แพทย์เป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการตัดสินใจความเป็นความ

⁸ ภาคผนวกใน “ก่อนวันผลิตใบ” หน้า 262

ตายของผู้ป่วย ในบางกรณีแพทย์อาจให้การรักษาโดยขัดกับเจตจำนงของผู้ป่วย เนื่องจากถือว่าตนมีความรู้ มีอำนาจที่ได้จากวิชาชีพ ซึ่งทำให้แพทย์มีอำนาจพิเศษในการเข้าไปดูแลชีวิตของผู้ป่วย การยื้อชีวิตอาจทำให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่มีศักดิ์ศรี ทั้งๆ ที่เขาอาจจะอยากจากโลกนี้ไปโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน เจตจำนงของแพทย์บางครั้งจึงไปกระทบกับเจตจำนงของผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้ เพราะมีหลายกรณีที่การรักษานั้น อาจทำให้ต้องเสียชีวิตเป็นอันมากและยังเป็นการสร้างภาระให้กับญาติของผู้ป่วยด้วย หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายประสงค์ไม่ขอรับการรักษาเพราะเห็นว่าหากรักษาต่อไปจะเป็นการสร้างคามทรมานให้ทั้งกับตนเองและญาติ ก็มีสิทธิปฏิเสธที่จะรับการรักษาจากแพทย์ได้

สรุปว่า การที่แพทย์ยุติการรักษาตามเจตจำนงของผู้ป่วยไม่ได้เป็นการขัดต่อจริยธรรมของแพทย์แต่อย่างใด แต่กลับเป็นการทำตามหลักจริยธรรม เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเป็นการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยอีกด้วย

4) การทำหนังสือแสดงเจตนา

ประชาชนทั่วไปอาจมีคำถามว่าใครบ้างมีสิทธิแสดงเจตนาไม่ขอรับการรักษา และการแสดงเจตนา นั้นทำอย่างไร จะไม่ทำเป็นหนังสือ แต่บอกด้วยวาจาได้หรือไม่

คำตอบคือ คนทุกคนมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาได้ตามกฎหมาย โดยเฉพาะผู้ที่มีความตระหนักในความสำคัญของการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วต้องการจากไปในสภาพที่เป็นธรรมชาติ ไม่มีการยื้อชีวิตไว้ด้วยการรักษาที่เกินความจำเป็น และไม่ต้องการให้เป็นภาระสำหรับครอบครัวเกินไป

หนังสือแสดงเจตนา นั้นจะทำเมื่อไรก็ได้ แต่ถ้าจะให้ดีควรทำตั้งแต่ตอนที่ยังมีสุขภาพดี ไม่ว่าจะทำเมื่อไรผู้ทำหนังสือต้องอยู่ในสภาพที่มีสติสัมปชัญญะปกติ ถ้ามีอายุต่ำกว่า 18 ปี (ผู้เยาว์) จะต้องได้รับความยินยอมจากบิดามารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูก่อน แต่ก็ต้องเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่สามารถทำได้ด้วย แม้ผู้ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว ก็ควรปรึกษาสมาชิกในครอบครัวก่อนเพื่อความเข้าใจตรงกัน หากไม่มั่นใจว่าจะทำได้ถูกต้อง

ทุกคนมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาได้ตามกฎหมาย โดยเฉพาะผู้ที่มีความตระหนักในความสำคัญของการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย... และต้องการจากไปในสภาพที่เป็นธรรมชาติ ไม่มีการยื้อชีวิตไว้ด้วยการรักษาที่เกินความจำเป็น



ควรขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือนักกฎหมายที่มีความเข้าใจเรื่องนี้ก่อน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ทำตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไว้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่สนใจ ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าดูหรือคัดลอกมาใช้ได้จากเว็บไซต์⁹ ใดๆก็ตาม หนังสือแสดงเจตนาไม่จำเป็นต้องใช้แบบฟอร์มที่ให้ไว้ก็ได้ ผู้แสดงเจตนาจะเขียนคล้ายจดหมายโดยระบุชนิดของการรักษาที่ไม่ประสงค์จะรับ เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อให้อาหาร การให้เคมีบำบัด การผ่าตัดหรือการตัดอวัยวะบางส่วนก็ได้ (ดูตัวอย่างหนังสือ

⁹ ผู้สนใจดูได้ที่ http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/024_livingwill.pdf

แสดงเจตนาหน้า 96, 97, 98) ทั้งนี้ เพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติของแพทย์ผู้รักษา นอกจากนี้จะระบุรูปแบบการรักษาที่ขอรับไว้ด้วยก็ได้ เช่น ขอรับเฉพาะการรักษาแบบประคับประคอง หรือการเยียวยาทางจิตใจเท่าที่จำเป็น

กรณีที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่ จะมอบหมายให้ผู้อื่นเขียนแทนก็ได้ แต่ต้องระบุให้ชัดว่ามีผู้อื่นเขียนให้ด้วยความรู้เห็นและยินยอมของตน และต้องระบุด้วยว่าผู้เขียนแทนนั้นเป็นใคร เกี่ยวข้องกับเจ้าของหนังสือแสดงเจตนาอย่างไร หนังสือแสดงเจตนาที่สมบูรณ์ต้องระบุสถานที่เขียน (ที่อยู่) วัน เดือน ปี ที่เขียนลงนามเจ้าของหนังสือ และพยานหรือบุคคลที่รู้เห็นการทำหนังสือด้วย

การใช้สิทธิไม่ขอรับการรักษาจะไม่ทำเป็นหนังสือแต่ใช้วิธีบอกด้วยวาจาจากกับแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ได้ โดยที่ผู้แสดงเจตนาต้องมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ และมีญาติและ/หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลคนอื่นรับรู้ร่วมอยู่ด้วย เพื่อความรอบคอบควรแสดงเจตนาภายหลังจากได้ทราบว่าการเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยง และแพทย์ได้อธิบายให้เข้าใจแล้วว่าถ้าทำการรักษาต่อไป ผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการรักษาต่อไปนั้นจะเป็นอย่างไร อยากรู้ก็ตาม การแสดงเจตนาเป็นหนังสือย่อมดีกว่าแสดงเจตนาด้วยวาจาอย่างเดียว เพราะทำให้มีหลักฐานที่ชัดเจนกว่า ซึ่งจะทำให้แพทย์ผู้รักษาและโรงพยาบาลปฏิบัติตามด้วยความสบายใจมากกว่า อีกทั้งผู้ป่วยเองก็จะมั่นใจได้ว่าเจตนาของตนจะได้รับการสนองตอบตามสมควร

ไม่ว่าจะมีหนังสือแสดงเจตนาไว้ก่อนหรือแสดงเจตนาด้วยวาจาเมื่อเข้ารับการรักษา ในทางปฏิบัติแล้วควรมีการปรึกษาและทำความเข้าใจกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย คือ ผู้แสดงเจตนา ญาติ และแพทย์ผู้ให้การรักษา ทั้งนี้ ทั้งสามฝ่ายต้องมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือการได้จากไปอย่างเป็นธรรมชาติและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้แสดงเจตนา

5) การทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้อย่างไร

มีเหตุผลที่ดีหลายประการที่เราควรจะทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า เพื่อการรักษาความเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประการแรก เพราะความตายของเราเป็นเรื่องเฉพาะตัวของเรา เราจึงควรจะเป็นผู้กำหนดว่าเมื่อเวลาจะตายเราควรจะได้ตายในสภาพอย่างไร *ความตาย* นั้นเป็นสัจธรรมของชีวิต เราเลือกที่จะไม่ให้เกิดกับตัวเราไม่ได้ เพราะชีวิตเราได้เกิดมาแล้ว วันหนึ่งเราต้องตาย จะเร็วหรือช้าก็แล้วแต่เหตุปัจจัย แต่ *การตาย* คือสภาพที่เราจะจากไปนั้น เราควรมีสิทธิจะเลือกได้ หรือวางแผนไว้ล่วงหน้าได้ แม้จะไม่อาจรู้ล่วงหน้าได้ว่า การเจ็บป่วยที่จะทำให้เกิดเสียชีวิตในวาระสุดท้ายนั้นคืออะไรและจะเกิดขึ้นเมื่อไร แต่เราก็ไม่ยากทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาเพียงเพื่อยื้อลมหายใจและชีพจรเอาไว้เท่านั้น สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายโดยไม่มีทางจะกู้ชีวิตคืนมาได้แล้วนั้นการรักษาเพื่อยืดเวลาตายออกไป อาจถือว่าเกินความจำเป็น ถึงแม้จะยื้อลมหายใจและชีพจรเอาไว้ได้แต่ก็ไม่ทำให้ชีวิตที่ยื้อไว้นั้นมีคุณภาพแต่อย่างใด ในเมื่อไหนๆ ก็จะต้องจากไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้แล้ว เราควรจะได้จากไปในสภาพที่ร่างกายและจิตใจไม่บอบช้ำและทุกข์ทรมานมากเกินไป ข้อนี้เป็นสิทธิของเรา

หนังสือแสดงเจตนาที่ทำไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ยังแข็งแรงคืออยู่จะเป็นเอกสารที่ช่วยให้แพทย์ผู้รักษาตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่เราต้องการได้ถูกต้อง และสิทธิในการตายที่ดีของเราก็จะไม่ถูกละเมิดในกระบวนการรักษา แม้ว่าการรักษานั้นจะไปตามหลักวิชาการทางการแพทย์และมีความปรารถนาดีอย่างไรก็ตาม

ประการที่สอง เพราะการรักษาเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตมีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากเกินไป ในสมัยที่การแพทย์มีวิทยาการและเทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างทุกวันนี้ การรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีแนวโน้มที่จะเน้น “การรักษาโรค” เพื่อยืดการตายออกไป มากกว่า “รักษาคน” เมื่อโรคดำเนินมาจนถึงระยะสุดท้ายแล้วการรักษาสมัยใหม่มักใช้ “ยาแรง” เพื่อต้านอาการบางอย่าง แต่มีผลข้างเคียงต่อระบบร่างกายส่วนอื่นมาก ตัวอย่างจะเห็นได้จากการรักษาแบบเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากนี้แพทย์อาจใช้วิธีการใดๆ ก็ได้เพื่อจะยื้อชีวิตของผู้ป่วยไว้ เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายยางให้อาหาร เจาะคอ เจาะช่องท้อง ผ่าตัด ฯลฯ วิธีการเหล่านี้แม้จะยืดความตายออกไปได้บ้าง แต่โดยมากยืดได้ไม่นาน ในที่สุดก็ตาย ในกระบวนการรักษาเช่นนั้นผู้ป่วยอาจ

ได้รับความทรนทานทั้งกายและใจอย่างมาก อีกทั้งการติดต่อสื่อสารกับญาติมิตร ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในสถานการณ์วิกฤตเช่นนั้น ก็จะทำไม่ได้ หรือทำได้น้อยที่สุด ผู้ป่วยจึงถูกแยกออกจากความสัมพันธ์ตามปกติไปอยู่อย่างโดดเดี่ยว อังว้างในยามที่จะจากไป การเสียชีวิตในสถานพยาบาลส่วนใหญ่จึงเป็นการจากไปโดยที่ผู้ป่วยกับญาติมิตรไม่มีโอกาสได้เห็นหน้ากันก่อนสิ้นลม

การทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุไว้ชัดว่าจะไม่ขอรับการรักษาเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย แต่จะขอรับการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยจะไม่ต้องทุกข์ทรมานทางกายมากเกินไป และจิตใจจะสงบลงได้เมื่อยามจะจากไป

ประการที่สาม เพราะการรักษาผู้ป่วยเพื่อยืดการตายออกไปในวาระสุดท้ายของชีวิตมีค่าใช้จ่ายสูงมาก มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่า ประมาณร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทั้งประเทศเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของการรักษาก่อนเสียชีวิต¹⁰ แม้ในประเทศไทยจะไม่มีตัวเลขในเรื่องนี้ แต่ก็เชื่อว่าค่าใช้จ่ายในช่วงสุดท้ายของชีวิตนี้จะสูงมาก ทั้งนี้ไม่นับรวมค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ หลังจากตายแล้ว ซึ่งในสังคมไทย (โดยเฉพาะชาวไทยที่นับถือพุทธทั่วไป) ก็สูงมากเช่นกัน แน่แน่นอนว่าค่าใช้จ่ายที่มากมายนั้นมีผลกระทบต่อทรัพยากรของครอบครัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละคน สำหรับครอบครัวรายได้น้อย การมุ่งจะยึดลมหายใจของผู้ป่วยไว้อย่างเดียว อาจลงเอยด้วยการมีหนี้สิน บางครอบครัวอาจจะ

แทบหมดตัว เรื่องทำนองนี้มีตัวอย่างให้เห็นอยู่ไม่น้อย

ค่าใช้จ่ายสูงที่ทุ่มลงไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายชีวิตผู้ป่วยนั้น อาจจะทำให้ญาติเกิดความรู้สึกว่าได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด แม้จะรู้ว่าในที่สุดก็ไม่อาจยื้อชีวิตไว้ได้ก็ตาม ลูกบางคนก็ทุ่มเทค่าใช้จ่ายเพื่อยืดชีวิตของพ่อหรือแม่ในวาระสุดท้ายเช่นนี้ อาจรู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ลูกกตัญญูอย่างดีแล้ว แต่ในมุมมองกลับ การแสดงความกตัญญูของลูกอาจกลายเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่พ่อแม่จากการรักษาที่มากเกินไปจนความจำเป็นก็ได้ สภาพที่ทรนทานในยามที่กำลังจะจากไปนั้นอาจทำให้พ่อแม่เสียโอกาสที่จะได้จากไปด้วยดีในภาวะเช่นนั้นการประคองให้พ่อแม่ได้จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติอาจจะเป็นการแสดงความกตัญญูที่ดีกว่า

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ขอรับบริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็นในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากจะไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทรนทานก่อนตายมากเกินไปแล้ว ยังจะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ด้วย เรื่องนี้มีความหมายอย่างยิ่งสำหรับคนที่อยู่ข้างหลัง นอกจากนี้ ถ้ามองในแง่ของส่วนรวมแล้ว ทรัพยากรจำนวนมหาศาลที่ทุ่มไปเพื่อยืดการตายของคนจำนวนน้อย ควรจะถูกนำไปใช้ประโยชน์สำหรับคนอื่นหรือเรื่องอื่น การยื้อชีวิตคนคนหนึ่งให้นอนเป็นผักอยู่อย่างนั้นไม่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมมากนัก

ประการที่สี่ เพราะหนังสือแสดงเจตนาจะทำให้แพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานพยาบาล มีความสะดวกใจในการที่จะวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่พึงปรารถนามากกว่าการมุ่งรักษาเพื่อยืดการตายออกไปเท่านั้น

เตรียมพร้อมก่อนวันนั้นจะมาถึง

แม้ว่าธรรมชาติจะหยิบยื่นความตายให้เราพร้อมกับชีวิตแล้ว แต่ธรรมชาติไม่ใช่ผู้กำหนดว่าเราจะตายในสภาพอย่างไร ในฐานะที่เป็นเจ้าของชีวิตเรามีสิทธิที่จะตามกฎหมายและสิทธิในฐานะเป็นมนุษย์ ที่จะกำหนดว่าเราควรจะได้จากไปในสภาพเช่นใด

เราว่าการจากไปในสภาพที่ไม่มีคามเจ็บปวดทรมาน (หรือมีน้อยที่สุด) เป็นสิ่งที่พึงปรารถนา เราว่าการได้

“ตายตาหลับ” โดยไม่มีห่วงกังวลและไม่หวาดกลัวเป็นสิ่งที่ดี เราจึงว่าเป็นการดีกว่าที่จะจากไปโดยไม่ต้องทิ้งภาระทางการเงินจำนวนมหาศาลให้แก่ครอบครัวที่อยู่ข้างหลัง เราอยากจากไปอย่างที่ไม่มียุทธการกับใครเหลืออยู่เพราะทุกอย่างได้สะสางหมดแล้ว และเราอยากปิดฉากสุดท้ายของชีวิตแล้วจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสงบ ผ่อนคลายทั้งกายและใจ เราอยากให้การตายของเราเป็นการตายที่ดี

¹⁰ พระไพศาล วิสาโล. 2556. *เหนือความตาย: จากวิกฤตสู่โอกาส*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.



เราไม่มีทางรู้ว่า พรุ่งนี้หรือชาติหน้าอะไรจะมาถึงก่อนกัน

(องค์ทะไลลามะ)

ในเมื่อเราต้องตายอย่างแน่นอน ไม่มีอะไรดีไปกว่าการยอมรับความตาย และเตรียมตัวเตรียมใจ พร้อมรับความตายทุกขณะ ทำที่ดังกล่าวไม่เพียงช่วยให้เราเผชิญความตาย ได้ด้วยใจสงบเท่านั้น หากยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเราด้วย

(พระไพศาล วิสาโล)

แต่การตายที่ดีจะเป็นไปได้อย่างไรถ้าไม่มีการเตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้า?

เราต้องเตรียมพร้อม เพราะเราไม่รู้ว่าความตายจะมาถึงวันไหน เราต้องเตรียมพร้อมและตั้งอยู่ในความไม่ประมาท เพราะเราไม่รู้ว่าความตายจะมาถึงเมื่อไร องค์ทะไลลามะ ผู้นำทางจิตวิญญาณสูงสุดและองค์ประมุขพุทธศาสนา มหายานแบบทิเบตกล่าวไว้อย่างแหลมคมว่า “เราไม่มีทางรู้ว่า พรุ่งนี้หรือชาติหน้าอะไรจะมาถึงก่อนกัน” ถ้าวันนั้นมาถึงในสภาพที่เรายังไม่พร้อม ก็มีโอกาสนั้นที่เราจะไม่ได้จากไปในสภาพที่ดีอย่างที่ต้องการ หากจะเปรียบให้เห็นง่าย ๆ การตายที่ไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน ก็เหมือนกับนักกีฬาที่ลงสนามแข่งโดยไม่ได้เตรียมตัวด้วยการฟิตซ้อมมาอย่างดี ใน

สภาพเช่นนั้นโอกาสแพ้ย่อมมีสูง

การทำหนังสือแสดงเจตนาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นวิธีการเตรียมพร้อมที่ค่อนข้างหนึ่ง วิธีนี้นอกจากจะช่วยให้ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาที่เกินความจำเป็นแล้ว ยังจะช่วยลดปัญหาอื่นๆ ไปด้วย โดยเฉพาะปัญหาด้านการเงิน นอกจากนี้เมื่อร่างกายไม่ต้องทุกข์ทรมานจากรักษาที่ก้าวร้าวรุนแรงจนเกินความจำเป็น ก็จะเอื้อต่อการมีใจสงบเมื่อใกล้เวลาจะสิ้นลมได้ส่วนหนึ่งด้วย

การเตรียมพร้อมที่ดีอีกอย่างหนึ่งคือการเตรียมชีวิตให้พร้อม เป้าหมายหลักคือการมีชีวิตที่ดี เพราะชีวิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การตายที่ดี ไม่ว่าจะความตายจะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ตาม

แต่อะไรคือชีวิตที่ดี สำหรับคนที่มีมุมมองแตกต่างกัน คำตอบอาจแตกต่างกันไป แต่สิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้สำหรับการมีชีวิตที่ดีคือ ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม การเตรียมพร้อมทั้งสี่ด้านนี้ทำให้มีโอกาสสูงที่เมื่อวันตายมาถึงจะได้จากไปอย่างสงบ

การเตรียมทางกายอาจทำได้หลายวิธี แต่หัวใจสำคัญอยู่ที่การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และทำเฉพาะสิ่งที่ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจะได้ห่างไกลจากโรคร้าย ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าเมื่อมีสุขภาพดีแล้วจะไม่แก่ ไม่เจ็บและไม่ตาย ความแก่ เจ็บ และตายเป็นธรรมชาติของชีวิตที่เกิดขึ้นมาอยู่แล้ว แต่การมีชีวิตที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์จะช่วยยืดเวลาที่จะเจ็บป่วยและตายออกไป โดยไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์มาช่วยเกินความจำเป็น ผู้ที่มีสุขภาพกายสมบูรณ์มีความเสี่ยงน้อยที่จะป่วยด้วยโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานอย่างรุนแรง และมีความเป็นไปได้สูงที่จะตายจากสาเหตุทางธรรมชาติ คือการตายเพราะร่างกายสิ้นอายุขัย (ตายเมื่อแก่) ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของเหตุแห่งการตายตามหลักศาสนาพุทธ¹¹ การตายตามธรรมชาติเช่นนี้อาจเปรียบได้กับใบไม้ที่แก่เต็มที่แล้วเมื่อถึงเวลาก็มร่วงลงสู่พื้น

จิตใจเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของชีวิตคู่กับร่างกาย จิตใจที่พร้อมสำหรับการมีชีวิตที่ดีจะต้องมีการฝึกฝน นับตั้งแต่การฝึกให้มีความเข้มแข็งอดทน ขยันไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคในชีวิต และมุ่งมั่นทำในสิ่งที่ไม่เกิดโทษทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น ไปจนถึงการฝึกใจให้มีเหตุผล สุขุมเยือกเย็นเมื่อเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะนำยินดีหรือชวนให้ยินร้ายก็ตาม จิตใจที่ฝึกแล้วเช่นนี้เป็นจิตใจที่ “ควรแก่การงาน” พร้อมทั้งจะสร้างสรรค์ ทำให้ชีวิตอยู่สบายและผาสุก เป็นจิตใจที่ไม่หวั่นไหวง่าย แม้ความตายจะมาเคาะประตูเรียกก็เปิดใจรับได้

สังคมที่ดีเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งของชีวิตที่ดี สังคมที่ดีเริ่มที่ครอบครัว การมีครอบครัวอบอุ่น สมาชิกใน

ครอบครัวและญาติพี่น้องมีความรักความเข้าใจที่ต่อกันเป็นส่วนสำคัญเบื้องต้น ความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนก็เป็นอีกส่วนหนึ่ง และที่สำคัญมากอีกส่วนหนึ่งคือการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้ครอบครัวด้วยการประกอบสัมมาชีพ มีความขยัน อดออม ใช้จ่ายไม่ฟุ่มเฟือย หลีกเว้นอบายมุข และให้การอบรมกล่อมเกลาบุตรหลานในทางที่ชอบ เพื่อว่าเมื่อต้องจากไปจะได้ไม่ต้องห่วงกังวล และ “ตายตาหลับ” ได้

การดำรงชีวิตด้วยการใช้ปัญญา เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งของการมีชีวิตที่ดี ทุกวันนี้คนส่วนมากมักจะยึดติดในทรัพย์สมบัติ เกียรติยศชื่อเสียง ความรู้ คำสรรเสริญ และความสุขสบายทางวัตถุ จนลืมไปว่าสิ่งเหล่านั้นเมื่อตายไปก็ไม่สามารถนำติดตัวไปได้สักอย่างเดียว การลืมนึกถึงความจริงข้อนี้ทำให้เกิดความยึดมั่นจนไม่สามารถปล่อยวางอะไรได้เมื่อความตายมาถึง และเพราะการยึดมั่นถือมั่นนั่นเองเมื่อเวลาเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายคนส่วนมากจึงพยายามจะยืดความตายออกไป โดยอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ยื้อลมหายใจเอาไว้ ผลที่ตามมามักจะลงเอยด้วยความทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษาโดยไม่จำเป็น

การดำรงชีวิตด้วยปัญญาไม่ได้หมายความว่าต้องปฏิเสธสิ่งเหล่านั้นอย่างสิ้นเชิง แต่หมายถึงการรับและ “บริโภค” สิ่งเหล่านั้นอย่างมีสติ ไม่ยึดติด เข้าใจด้วยปัญญาว่าสิ่งทั้งหลายไม่เที่ยง ไม่มีตัวตนและไม่ใช่อะไรที่ควรยึดถือว่าเป็น *ตัวกู* ของกู ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือการตระหนักด้วยปัญญาอยู่เสมอ ว่าความตายจะต้องมาถึงอย่างแน่นอน ไม่เร็วก็ช้า พร้อมกับค่อยๆ เรียนรู้ที่จะยอมรับให้ได้ว่าความตายเป็นธรรมชาติของชีวิต (เจริญมรณสติ) เพื่อการดำรงอยู่อย่างไม่ประมาท

“ในเมื่อเราต้องตายอย่างแน่นอน ไม่มีอะไรดีกว่าการยอมรับความตาย และเตรียมตัวเตรียมใจพร้อมรับความตายทุกขณะ ทำที่ดังกล่าวไม่เพียงช่วยให้เราเผชิญความตายได้ด้วยใจสงบเท่านั้น หากยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

¹¹ ตามหลักคำสอนในคัมภีร์ทางพุทธศาสนา การตายอาจเกิดเพราะเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ (1) หมดอายุ หรือตายเพราะชรา เรียกว่า “อายุขยมรณะ” (2) หมดบุญหรือกรรมดี คือไม่มีพละกรรมที่ส่งผลต่อการดำรงอยู่ของชีวิตอีกแล้ว เรียกว่า “กัมมิกขยมรณะ” (3) หมดทั้งอายุและบุญ เรียกว่า “อุกยักขยมรณะ” และ (4) มีเหตุอย่างอื่นมาตัดรอนทำให้ชีวิตสิ้นสุดลงอย่างกระทันหัน ทั้งๆ ที่น่าจะดำเนินต่อไปได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุ หรือหัวใจวายกระทันหัน เรียกว่า “อุปปัจเจกขยมรณะ” เหตุที่ทำให้ตายทั้งสี่ประการนี้เปรียบได้กับตะเกียง ซึ่งอาจจะดับไปเพราะไส้หมด (หมดอายุ) น้ำมันหมด (หมดบุญ) หมดทั้งไส้ทั้งน้ำมัน (หมดทั้งอายุและบุญ) หรือเพราะมีลมแรงกระโชกมาจนทำให้ดับ (เหตุตัดรอน)

ของเราด้วย ทำให้ไม่ในการทำความดี หลีกหนีความชั่ว ไม่หลงมัวเมาในทรัพย์สมบัติ และเกียรติยศชื่อเสียง เพราะรู้ว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นของชั่วคราว ไม่สามารถเอาติดตัวไปได้เวลาตาย อีกทั้งไม่สามารถทำให้จิตใจสงบเย็นได้เลยเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง การระลึกถึงความตายอยู่เสมอทำให้เราคลายความยึดติดทั้ง

สิ่งที่น่ายินดีและสิ่งที่น่าหวาดกลัว (เช่น ความสูญเสีย ความบาดเจ็บ) จึงช่วยให้เรามีชีวิตที่ผาสุก โปร่งเบา และสงบเย็น กล่าวอีกนัยหนึ่ง หากเราารู้วิธีตายดี ก็ย่อมรู้ว่าจะมีชีวิตที่ดีได้อย่างไร ในทางกลับกัน การมีชีวิตที่ดีย่อมช่วยให้เราตายดี ในที่สุดชีวิตที่ผาสุกกับความตายที่สงบหาได้แยกจากกันไม่”¹²

เปลี่ยนกระบวนการทัศนเพื่อการตายที่ดี

มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็น “เครื่องมือ” ที่เปิดโอกาสให้คนไทยใช้สิทธิเลือกได้ว่าต้องการการรักษาพยาบาลแบบไหน และเมื่อถึงเวลาอยากจะทำอะไรในสภาพเช่นใด โดยทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า สิทธิอันนี้เป็นสิทธิของทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ได้รับการรับรองในสากล ในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนมากประชาชนใช้สิทธินี้กันเป็นเรื่องปกติมานานแล้ว

การใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาที่สะท้อนให้เห็นว่าทัศนหรือกระบวนการทัศนเกี่ยวกับความตายที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกำลังจะถูกท้าทายด้วยกระบวนการทัศนใหม่ ดังแสดงในตาราง “กระบวนการทัศนเกี่ยวกับความตาย” หน้า 105 ซึ่งได้สรุปให้เห็นว่ากระบวนการทัศนปัจจุบันกับกระบวนการทัศนใหม่ในเรื่องความตายต่างกันอย่างไร



shutterstock.com

¹² พระไพศาล วิสาโล, ใน “1+Add ความตายเป็น friend”: คู่มือเพื่อการเรียนรู้เรื่องความตายฉบับเริ่มต้น. กรุงเทพฯ: แผนงานเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคม.

กระบวนการเกี่ยวกับความตาย

กระบวนการปัจจุบัน	กระบวนการใหม่
ความตายแยกขาดจากชีวิต และอยู่คนละช่วงกับชีวิต	ความตายไม่ใช่สิ่งที่แยกขาดจากชีวิต แต่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ความตายมีอยู่แล้วในชีวิต
ความตายเป็นความสูญเสียพลัดพราก น่ากลัวและต้องหลีกเลี่ยงให้ไกลที่สุด	ความตายไม่ใช่สิ่งเลวร้ายที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ไกลที่สุด เพราะถึงอย่างไรก็หลีกเลี่ยงไม่ได้
ความตายเป็นสิ่งที่ต้องประวิงเวลาไว้ ให้มาช้าที่สุด	ถ้าเตรียมพร้อมอยู่ตลอดชีวิต ความตายจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ยอมรับได้ ไม่มีความจำเป็นต้องประวิงเวลาไว้
ความตายถูกลดทอนลงให้เหลือแค่มิติเดียว คือมิติทางร่างกาย	ความตายไม่ได้หมายความว่าความเพิกการแตกดับของร่างกายเท่านั้น หากยังมีมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณด้วย
ความตายเป็นความทุกข์ทรมานและเป็นสิ่งเลวร้ายที่สุดเท่าที่จะเกิดกับบุคคลคนหนึ่ง	ความตายไม่ใช่สิ่งเลวร้ายที่สุดของชีวิตเสมอไป บุคคลสามารถใช้ประโยชน์จากความตายให้เกิดคุณค่าแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะด้านจิตวิญญาณ
การตายดี คือตายอย่างกระทันหัน ไม่ต้องทนทุกข์หรือเจ็บปวดอยู่นาน และตายในสภาพที่ไม่น่าเกลียด	การตายดี มิใช่ตายแบบกระทันหัน ไม่รู้เนื้อรู้ตัว การที่บุคคลมีเวลาเตรียมรับความตายไม่ว่าจะมาในลักษณะใดก็ตามต่างหาก คือการตายดี
ความตายเป็นสิ่งที่เข้าไปแทรกแซง ควบคุมจัดการได้ และเป็นเรื่องต้องเข้าไปควบคุมจัดการด้วย	วิธีการจัดการความตายที่สำคัญมีได้อยู่ที่การเข้าไปแทรกแซงร่างกายของผู้ป่วย หรือทำเสมือนผู้ป่วยเป็นวัตถุรองรับการกระทำของแพทย์ หากอยู่ที่การสื่อสารสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยก็มีส่วนร่วมในการจัดการความตายของตนเองด้วย
การช่วยผู้ป่วยไม่ให้ตายคือหน้าที่สำคัญที่สุดของแพทย์ ผู้ทำการรักษา ดังนั้นจึงต้องทำทุกวิถีทางไม่ให้ผู้ป่วยตายหรือให้ตายช้าที่สุด ต่อลมหายใจไว้ให้นานที่สุด	หน้าที่สำคัญของแพทย์มีได้อยู่ที่การช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้เท่านั้น หากยังอยู่ที่การช่วยให้ความตายของผู้ป่วย (กรณีหมดหวังที่จะรักษาแล้ว) เป็นไปได้ด้วยดีด้วย

ที่มา: สรุปจากแนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล ในหนังสือ เหนือความตาย: จากวิกฤตสู่โอกาส, หน้า 63-79.

โดยสรุปข้อมูลในตารางข้างต้นบอกว่าทัศนคติที่เป็นอยู่ในสังคมปัจจุบันมองความตายแบบแยกขาดจากชีวิต ความตายถูกมองว่าเป็นความแตกดับทางร่างกาย เป็นภาวะที่น่ากลัว(และน่ารังเกียจด้วย) ดังนั้นจึงต้องพยายามผลักออกไปให้ห่างไกลที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยอาศัยความสามารถของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และเทคนิคการรักษาโรคที่ก้าวหน้า บุคคลมีบทบาทน้อย (หรือไม่มีบทบาทเลย) ในการควบคุมจัดการความตายของตน หน้าที่ในการรักษาชีวิตไม่ให้ตายอยู่ในมือของแพทย์ ดังนั้นจึงมีความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อจะประวิงเวลาและต่อลมหายใจไว้ให้นานที่สุด แต่ในมุมมองของกระบวนการใหม่ ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งมีทั้งมิติทางร่างกายและจิตใจ บุคคลมีสิทธิและควรมีส่วนร่วมในการควบคุมจัดการความตายของตน เพื่อบรรลุการตาย

ที่ดี การแทรกแซงทางการแพทย์เพื่อรักษาอาการป่วยต้องไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อโอกาสที่จะได้จากไปด้วยดีของผู้ป่วย แม้ว่าความตายจะเป็นวิกฤต แต่ในวิกฤตนั้นก็ยังมีโอกาส ถ้าเรามีทำที่ถูกต้องในเรื่องนี้เราสามารถให้ความตายให้เป็นประโยชน์ในการสร้างคุณค่าให้แก่ชีวิต ก่อนที่ความตายจะมาถึงได้

ขณะนี้อาจจะยังเร็วเกินไปที่จะประเมินว่า การมีกฎหมาย (มาตรา 12) รับรองสิทธิในเรื่องนี้ไว้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายอย่างดีของคนไทยในวงกว้างได้เพียงใด แต่ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะเอื้อต่อความสำเร็จเรื่องนี้คือการเปลี่ยนกระบวนการในทุกระดับ ทั้งในระดับบุคคล สังคม และสถาบันที่ทำหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์และ

สาธารณสุข แต่เท่านั้นอาจจะยังไม่พอหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายด้วยการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นในเรื่องนี้คือการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง ซึ่งปัจจุบันยังมีอยู่จำกัดให้แพร่หลายและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างกว้างขวางขึ้น โดยส่งเสริมความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย ทั้งในระดับสถานพยาบาล โดยจัดให้มีบริการรักษาพยาบาลแบบประคับประคองที่เหมาะสม และในระดับชุมชนและครอบครัว โดยจัดให้มีบริการดูแลแบบประคับประคองที่ทำได้โดยญาติมิตร เน้นมิติด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดี

สรุป

ถ้าคิดอย่างคนที่ยังยึดติดอยู่กับตัวตน (ซึ่งส่วนใหญ่แล้วคนเราก็เป็นอย่างนั้น) ว่าชีวิตเป็นของเรา และเรามีสิทธิลิขิตชีวิตของเราเอง เราก็ต้องไม่ลืมที่จะบอกตัวเองด้วยความตายก็เป็นของเราและเรามีสิทธิกำหนดได้ว่าเราควรจะตายในสภาพเช่นไรเมื่อวันนั้นมาถึง เราต้องมีสิทธิกำหนดด้วยตัวเองทั้งชีวิตและความตาย เพราะทั้งสองอย่างนี้แยกกันไม่ออก ถ้าเราต้องการให้ชีวิตของเราเป็นชีวิตที่ดี เราก็ต้องการให้การตายของเราเป็นการตายที่ดีและมีศักดิ์ศรีด้วย

ในอดีต แม้ว่าคนไทยจะไม่มีระบบสุขภาพที่มาช่วยให้มีชีวิตที่สะดวกสบายและยืนยาวได้เท่าในวันนี้ แต่คนจำนวนมากก็ให้ความสำคัญแก่การได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรีในสภาพที่ร่างกายไม่ต้องถูกกระทำจากกระบวนการรักษาที่เกินความจำเป็น ในบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบทางจิตใจและจิตวิญญาณ ในวันนี้คนไทยมีระบบการรักษาที่ทันสมัยมากขึ้น แม้การต่อลมหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิตก็สามารถทำได้มากขึ้น แต่เรากลับถูกอิทธิพลของการแพทย์สมัยใหม่ครอบงำจนทำให้เข้าใจว่าความเจ็บป่วยและความตายของเราอยู่ในมือของแพทย์และสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น ในวาระสุดท้ายเรายินดีให้แพทย์ทำทุกอย่างเพื่อยื้อชีวิตไว้ แม้จะรู้ว่าจะทำให้เจ็บปวดทรมานและมีค่าใช้จ่ายมากเท่าไรบางคนก็ยอม ทั้งที่รู้ว่าแทบไม่มีโอกาสที่จะคืนสู่สภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามควรแก่อัตภาพ เราลืมตระหนักว่าเรื่องนี้เป็นสิทธิของเรา ลืมไปว่าเมื่อสมควรตายเราก็ควรจะได้ตายโดยสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องยื้อชีวิตไว้ด้วยวิธีการและเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ให้มากเกินไปจนความจำเป็น เพราะการทำเช่นนั้นนอกจากเป็นความทุกข์ทรมานก่อนสิ้นลมแล้ว ยังเป็นการสร้างภาระทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว และใช้ทรัพยากรของส่วนรวมอย่างไม่เกิดประโยชน์คุ้มค่า

มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้สิทธิคนไทยทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ขอรับการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดความตาย เปิดโอกาสให้เราได้ตระหนักถึงคุณค่าของการตายที่ดี และทำให้การตายที่ดีเป็นจริงได้ แต่ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นเราควรใช้ประโยชน์จากความตายเพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ชีวิต โดยการตระหนักอยู่เสมอว่าความตายจะมาถึงเราเมื่อใดก็ได้ ไม่มีทางจะหลีกเลี่ยงหรือเป็นอื่น การตระหนักอยู่เป็นนิจเช่นนี้จะทำให้เราดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสติและไม่ประมาท ขวนขวายทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ ละเว้นสิ่งที่เป็นโทษทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ฝึกจิตใจให้ยอมรับความตายได้ รู้จักปล่อยวาง ไม่ยึดติด เพื่อทำจิตใจให้เป็นอิสระโปร่งเบา ชีวิตเช่นนี้เป็นชีวิตที่มีคุณค่า การมีชีวิตที่ดีมีคุณค่าก็มีโอกาสสูงที่จะได้จากไปด้วยดีเมื่อวันนั้นมาถึง

คนไทยพูดกันต่อๆ มาตั้งแต่อดีตว่า เกิดมาทั้งทีอย่าให้เสียชาติเกิด ถ้าจะไม่ให้เสียชาติเกิดก็ต้องทำชีวิตนี้ให้มีคุณค่า ชีวิตที่มีคุณค่าคือชีวิตที่ “อยู่ก็สบาย ตายก็เป็นสุข” ถ้าอย่างนั้นจะเป็นการดีไหมที่เราจะไม่ลืมนึกถึงความตายของเราที่ธรรมชาติหยิบยื่นให้มาพร้อมกับชีวิตนั้นจะต้องเป็นการจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี สงบ และเป็นธรรมชาติ เพื่อจะได้ไม่เสียทีที่เกิดมาชาติหนึ่ง





เกณฑ์การจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2559”

ส่วนที่ 1

ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

- การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัด ทางด้านประชากร โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางการร่วมกันกับคณะทำงานโครงการฯ
- ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรอบรู้ในดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย
- กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียนวัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
- ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
- ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานที่มีสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางการสุขภาพคนไทย
- ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านบททวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

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

ส่วนที่ 2

10 สถานการณ์เด่นในรอบปี และ 4 ผลงานดี ๆ ของคนไทย

สถานการณ์เด่นในรอบปี

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

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2558 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย
- มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนั้นชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

ส่วนที่ 3

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทย

เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณืต้น

- สำรวจความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีความสำคัญในสังคมไทย ทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2558 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ โดยให้คณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทยให้คะแนน โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 อันดับ คือ มากที่สุด (คะแนน = 5) มาก (คะแนน =4) ปานกลาง (คะแนน =3) น้อย (คะแนน = 2) และน้อยที่สุด (คะแนน =1)
- การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ:

คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ คือ

- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

- คณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทยประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
- ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
- ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลประกอบการจัดทำรายงาน
- คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
- ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหา รายงานและปรับแก้ไข



รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง “สุขภาพคนไทย 2559”

คณะกรรมการชี้ทิศทาง

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ประธานกรรมการ
นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
นพ.พินิจ ฟ้าอำนาจผล	สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบสุขภาพ	กรรมการ
พิภพ ธงไชย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
ปาริชาติ ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	กรรมการ
ดร.รุจน์ โกมลบุตร	คณะกรรมการศาสตร์และสื่อสารมวลชน ม.ธรรมศาสตร์	กรรมการ
นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	กรรมการ
ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์	มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย	กรรมการ
ดร.ภญ.วัลย์พร พัทธนฤมล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	กรรมการ
รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์	แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	กรรมการ
ยุวดี คาคการณีกุล	ศูนย์ศึกษามหานครและเมือง วิทยาลัยรัฐกิจ	กรรมการ
สุรินทร์ กิจนิตยชีวี	องค์กรชุมชนคลองขมนมเงิน อำเภอเสนา	กรรมการ
สุรียนต์ ัญญกิจจานุกิจ	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักสถิติพยากรณ์	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนพัฒนาระบบสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2559 ทบทวนรายงานทั้งเล่ม

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

ปาริชาติ ศิวะรักษ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ ทบทวนบทความ
“ตายดี : วิถีที่เลือกได้”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้สัมภาษณ์
ประเด็น “ตายดี : วิถีที่เลือกได้”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

คุณหญิงจันทรี หาญเจนลักษณ์

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพร่างแรก

กัญญา อภิพรชัยสกุล

กัณติพิชญ์ ใจบุญ

ชนาภรณ์ เสรีวรัววิทย์กุล

ชัยฤทธิ์ ยนเปี่ยม

อาจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา

วุฒิชัย จังไฟโรจน์

สุรรัตน์ ตริมรรคา

อภิสุข เวทยวิศิษฐ์

ผศ. อธิพิพล ศรีเสาวลักษณ์





คณะกรรมการจัดทำโครงการ สุขภาพคนไทย

คณะกรรมการจัดทำโครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ผู้อำนวยการโครงการ

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สีดา

ผศ.ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์

ภัทราภรณ์ จิ่งเลิศศิริ

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

อาจารย์ ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์

กาญจนา เทียนลาย

ตัวชี้วัดสุขภาพ

ผศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา

สุภรต์ จรัสสิทธิ์

ขอบคุณจากใจ



สุขภาพคนไทย 2559 เล่มนี้ ได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่ายอย่างดียิ่งมาโดยตลอด ทีมงานขอขอบคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือนี้ ได้แก่ นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และคุณปาริชาติ ศิวะรักษ์ ที่กรุณาอ่านบททวนบทความต้นฉบับทั้ง 3 ส่วน และนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ที่กรุณาอ่านบทความต้นฉบับ “ตายดี วิถีที่เลือกได้” พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะชี้ทิศทางการนำเสนอ งานให้เนื้อหาที่น่าสนใจและน่าอ่านมากขึ้น

ขอขอบคุณ คุณหญิงจันทรี หาญเจนลักษณ์ ที่ได้ช่วยให้ข้อมูลและความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์สำคัญในเรื่องพิเศษประจำฉบับ “ตายดี วิถีที่เลือกได้” ทำให้ได้เนื้อหาเชิงลึก ที่มีค่าและน่าสนใจ

ขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่กรุณาให้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2557 การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557 การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2553 เพื่อวิเคราะห์ในส่วนตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยต่างเจเนอเรชัน ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีประโยชน์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณะนักเขียน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ที่เรียบเรียงข้อมูล และร่างเนื้อหาให้ชวนอ่าน

และสุดท้ายที่สำคัญ คือ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตาม “สุขภาพคนไทย” มาโดยตลอด และให้ข้อคิดเห็นแก่คณะทำงานได้ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพหนังสือให้ดีขึ้นกว่าเดิม



บรรณานุกรม

12 ตัวชี้วัด “สุขภาพคนไทยต่างเจเนอเรชัน”

1. ทำความรู้จักคนต่างรุ่นต่าง “เจเนอเรชัน”

The Boston Consulting group. (2013). *BCG U.S. Millennial Supplemental Consumer Sentiment Survey, 2013*. Retrieved from <https://www.bcgperspectives.com>.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. New York: UN.

2. เจเนอเรชันในประเทศไทย

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2558). *รายงานสถิติข้อมูลการเกิด*. สืบค้นออนไลน์จาก <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statTDD/>.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2503*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

The World Bank. (2015). *World Development Indicators*. Washington DC: The World Bank.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. New York: UN.

3. การทำงาน

โครงการจับตาสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย 2555-2557, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *ฐานข้อมูลโครงการจับตาสถานการณ์ความสุขคนทำงานในประเทศไทย 2555-2557*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์. (2557). *กลยุทธ์มัดใจผู้บริโภค Gen Y. Insight*. กรุงเทพฯ: ธนาคารไทยพาณิชย์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Cisco Systems Inc. (2015). *Cisco Connected World Technology Report 2014*. Retrieved from <http://www.cisco.com/c/en/us/solutions/enterprise/connected-world-technology-report/index.html>

4. รายได้

กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ. (2557). *รายงานประจำปี 2557*. กรุงเทพฯ: กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ.

ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2557). *โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2546) ระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2554)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานประกันสังคม. (2557). *รายงานประจำปี 2557 (สำนักงานประกันสังคม)*. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2548*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2529*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

5. พฤติกรรมการบริโภค

ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์. (2557). *กลยุทธ์มัดใจผู้บริโภค Gen Y. Insight*. กรุงเทพฯ: ธนาคารไทยพาณิชย์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2529*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

6. การสร้างครอบครัว

พิมพ์พรพรรณ อิศรภักดี. (2557). *ทัศนคติของคนรุ่นใหม่เกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร*. ใน ยุพิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน และ พงณา หันจางสิทธิ์. (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม*. หน้า199-212. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

7. การอยู่อาศัยและการย้ายถิ่น

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

8. การให้คุณค่า

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

9. เทคโนโลยี

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2558). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

10. ชีวิตออนไลน์

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2558). Thailand Internet User Profile 2015. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Akamai. (2015). Akamai's the State of the Internet: Q1 2015 Report. Retrieved from <https://www.akamai.com/us/>

11. พฤติกรรมสุขภาพ

โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2558). ฐานข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารุสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารุสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารุสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารุสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (มปป.). รายงานการสำรวจพฤติกรรมมารุสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Teeranee Techasrivichien et al. (2014). Changes in Sexual Behavior and Attitudes Across Generations and Gender Among a Population-Based Probability Sample From an Urbanizing Province in Thailand. In Archives of Sexual Behavior; 45(2):367-82.

12. รุนประชากรไทยในอนาคต

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

10 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

1. ระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อประชาชนถูกสั้นคลอน

1 มาตรา 52 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

2 มาตรา 82 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540

3 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก กระทรวงการต่างประเทศ เว็บไซต์: <http://www.mfa.go.th/humanrights/images/stories/book.pdf> สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค.59

4 สุรจิต สุทธิธรรม (บรรณาธิการ). 2555. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

5 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2555. รายงานประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก(2544-2553).นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

6 “หมอชุดดำ” ฮีตใหม่ันต์ตั้ง “สหพันธ์”. 3 กันยายน 2545. ไทยโพสต์.

7 จากรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2557 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สรุปความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาจากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่น ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งของการเพิ่มความ เป็นธรรม พบว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชาชนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 71.00 ใน ปีงบประมาณ 2544 เป็นร้อยละ 99.84 ในปีงบประมาณ 2557 โดยสัดส่วนของสิทธิ UCS คิดเป็นร้อยละ 73.80, สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 16.90 และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7.39

8 “บึกตูด” ท่วงความขัดแย้งใน สส. ชี้ ประชาชนนิยมน “บัตรทอง30บาท” ทำ รพ. เจ๊งทั่วประเทศ! 1 กรกฎาคม 2558. มติชน.

9 คสช. ยังไม่เคยร่วมจ่าย เอนจีโอชี้ สธ. รับผิดชอบ. 14 กรกฎาคม 2557. โพสต์ทูเดย์.

10 “หมอรัชตะ” สั่งแก้ปัญหา รพ. ขาดทุนรุนแรง มอบ สปสช. ทหารือ รพ. 136 แห่ง. 9 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000141668>

11 พระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. 11 ตุลาคม 2556. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก สำนักงบประมาณ เว็บไซต์: <http://www.bb.go.th/iWebTemp/25590322/hjhx155jrdgnt-e4zq2yz1qp103026.PDF>

12 กรมบัญชีกลาง เตรียมของบฯ ปี 58 เพิ่มเงินรองรับค่ารักษาพยาบาล. 25 พฤษภาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 มกราคม, จาก ผู้จัดการออนไลน์เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/iBizChannel/ViewNews.aspx?NewsID=9570000058069>

13 กฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555. 13 มกราคม 2555. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก Powervision เว็บไซต์: <http://www.powervision.co.th/powernet/Gov/ssNews/SSO2555-001.pdf>

14 สำนักงานประกันสังคม. 2552. รายงานประจำปี 2552. กรุงเทพฯ

15 สำนักงานประกันสังคม. 2557. รายงานประจำปี 2557. กรุงเทพฯ

16 เป็นค่าใช้จ่ายประมาณการ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในส่วนนี้นอกจากค่ารักษา ค่าคลอดบุตรแล้ว ยังรวมถึงค่าทุพพลภาพ และค่าทำศพด้วย

17 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ รวมถึงค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้ง 3 กลุ่มประชาชน ค่าใช้จ่ายที่ประชาชนควักจ่ายเอง ค่าใช้จ่ายจากภาคเอกชน

18 บัตรทองจ่อถึงแตก!! ใช้งบสูง 16-17% ดันแนวทาง ‘ประชารัฐ’ร่วมจ่าย ป้อนกัน รพ. ล้ม. 24 ธันวาคม 2558. มติชน

19 หนุนปฏิรูป “3 กองทุน” จ่ายแบบภาษีประกันสุขภาพ. 2 มกราคม 2559. ค้นเมื่อ 22 มกราคม 2559, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1451741023

- 20 คณะกรรมการจัดทำแนวทางการระดมทรัพยากรเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1020/2558 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2558
- 21 ปรับปรุง “บัตรทอง” ยังไม่จบ ตั้ง กก. อีกชุด เคาะหลังปีใหม่. 29 ธันวาคม 2558. *มติชน*.
- 22 นายกา ขอนรวัย หรือกลางๆ สละสิทธิ์ใช้ 30 บาท ยกให้คนยากจน ซึ่งเป็น กุศล. 25 เมษายน 2558. ค้นเมื่อ 22 มกราคม 2559, จาก HfOCUS เว็บไซต์: <http://www.hfocus.org/content/2015/04/9814>
- 23 เลขาฯ สปสช. ขอความเป็นธรรม หลังถูก ม.44 สั่งพักงาน ไม่รู้ถูกสอบเรื่องอะไร – รมว. ยุติธรรม ยันทุกข้อมีเอี่ยวทุจริต พร้อมปลดล็อกถ้ามีหลักฐานแย้ง. 26 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 21 มกราคม 2559, จาก Thai-publica เว็บไซต์: <http://thaipublica.org/2015/06/ncpo-watch-22/>
- 24 กฤษฎีกาตีความ สปสช. ใช้เงินผิดวัตถุประสงค์. 4 มกราคม 2559. *คมชัดลึก*.
- 25 ‘บิกตู’ ปลดบอร์ดสสส.7คน ‘หมอวิชัย’ ด่วย. 5 มกราคม 2559. *คมชัดลึก*.
- 26 คดร. สอ.ปใช้เงินผิดวัตถุประสงค์ บิกตูแปรงบก สสส. สดง. พบพิรุช ส่อทุจริต เทียบ. 11 ตุลาคม 2558. ค้นเมื่อ 21 มกราคม 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9580000114102>
- 27 ถาวร สกุลพาณิชย์. 2555. ความยั่งยืนด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพ. ใน *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- 28 เปิดร่างแรก กฎหมาย ‘สภาประกันสุขภาพ’ คุม 3 กองทุน มีมาตรฐานเดียว. 19 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 21 มกราคม 2559, จาก HfOCUS เว็บไซต์: <http://www.hfocus.org/content/2015/07/10440>
- 29 มาตรา 3 พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ให้ความหมายของคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2558 ถูกคว่ำ สะดุดโรดแมป

- 1 บวรศักดิ์ ชี้ 8 ปี แห่งความขัดแย้ง เสียหาย 2 ล้านล้านบาท ร่าง รธน. ก้าวข้ามขัดแย้ง. 18 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 23 มกราคม 2559, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.matichon.co.th/>
- 2 วิชญ์ สข. แก่เม็ด กมธ. ตีตก รธน! ชี้ไม่รู้จัก ‘ตายตกตามกัน’. 25 เมษายน 2558. ค้นเมื่อ 23 มกราคม 2559, จาก แนวหน้า เว็บไซต์: <http://www.naewna.com/politic/155226>
- 3 “สมบัติ” ซ้ำแหละ 5 จุดเสี่ยงร่าง รธน.. 21 เมษายน 2558. ค้นเมื่อ 23 มกราคม 2559, จาก โพสต์ทูเดย์ เว็บไซต์: <http://www.posttoday.com/politic/360280>
- 4 2,079 ตูลากรขวางร่าง รธน. ชี้ถูกแทรกแซง. 13 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 23 มกราคม 2559, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: <http://www.www2.ryt9.com/s/tpd/2203208>
- 5 บวรศักดิ์ สารภาพรัฐธรรมนูญปชต.ไม่เต็มใบ. 1 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 23 มกราคม 2559, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/522108>
- 6 คสช. ส่งชีกคว่ำรธน. ผวา! ‘ประชาเมติ’ ล่มพาเจิง ‘ประยูรค์’ ลั่นไม่ชื่อน่าสข. 5 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: <http://www.thaipost.net/?q=node/6604>
- 7 สข.โหวตคว่ำ 21 อรหันต์ ร่างรธน.ใหม่. 7 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/523451>
- 8 นศ. จัด 19 กย. คิก เมิ่น คสช. ชุมนุมอนุสาวรีย์ ปชต. 20 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก ข่าวสด http://daily.khaosod.co.th/view_news.php?newsid=TUROd01ERXdNVEL3TURrMU9BPT0=§ionid=TURNd01RPT0=&day=TWpBeE5TMHdPUzB5TUE9PQ==

- 9 ยกเลิกภาษีบาป สสส.-ไทยพีบีเอส ความมั่งคั่งของผู้มีอำนาจ? 9 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2559, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/517196>

3. ปฏิบัติการ “ยึด” คินผินป่า ปัญหาซับซ้อนกว่าที่คิด

- 1 “บิกเต่า” ทวงคืนผืนป่าแล้ว 2.8 แสนไร่ พื้นที่นยางอีก 20,000 กว่าไร่. 2 ธันวาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2558, จาก มติชน เว็บไซต์: 2558; http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1449058490
- 2 Hans Schiere. 19 October 2001. *Chaos and Complexity in Agriculture and Society: Metaphors in Prose and Rhyme*. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2559, จาก CiteSeerX
- 3 เว็บไซต์: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.91.6415&rep=rep1&type=pdf>
- 4 จับตา: “ปัญหาที่ดินภาคอีสานหลังการทวงคืนผืนป่า”. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2558, จาก ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง เว็บไซต์: <http://www.tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=5658>
- 5 คสช. อนุมัติแผนแม่บทบริหารจัดการทรัพยากรป่าไม้อย่างยั่งยืน สังก.ธรม.-ทส. เดินหน้าขับเคลื่อน ตั้งเป้าหมายยุติการตัดไม้ทำลายป่าใน 1 ปี. 6 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2558, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: <http://www.dailynews.co.th/politics/257531>
- 6 ปัญหาที่ดินภาคอีสานหลังการทวงคืนผืนป่า. 2 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2558, จาก ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง เว็บไซต์: <http://tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=5658>
- 7 ชาวบ้านกว่า 8 พันหมู่บ้าน ถูกทวงคืนผืนป่า จนท. หาเป็น ‘นายทุน’ แต่ตัวจริงลอยนวล. 2 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2558, จาก ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง เว็บไซต์: <http://tcijthai.com/tcijthainews/view.php?ids=5659>
- 8 ‘ดาวพงษ์ รัตสุวรรณ’ นำทัพทวงคืนผืนป่า. 28 พฤษภาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2558, จาก คมชัดลึก เว็บไซต์: <http://www.komchadluek.net/detail/20150528/207042.html>
- 10 วาระประเทศไทย: ผลกระทบมาตรการทวงคืนผืนป่า. 30 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2558, จาก สำนักข่าวไทยพีบีเอส เว็บไซต์: <https://www.youtube.com/watch?v=6zA9qA4JlBU>
- 11 “หมอกควันพิษ ปกคลุมเมืองเชียงใหม่”. 2 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 18 มกราคม 2559, จาก เนชั่น เว็บไซต์: <http://www.nationtv.tv/main/content/social/378446434/>
- 12 ความก้าวหน้าของรัฐธรรมนูญฉบับปฏิรูป หมวดปฏิรูป ส่วนที่ ... การปฏิรูปด้านการเกษตร. 26 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2559, จาก เฟสบุ๊ก เว็บไซต์: https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=842647049104942&id=399199096783075

4. วันนีที่รอคอย กฎหมายโฉนดชุมชนและธนาคารที่ดิน

- 1 ไทโรจน์ โลกนิยม และคณะ. (2551). *รายงานฉบับสมบูรณ์ มาตรการแก้ไขปัญหาการบุกรุกที่ดินในเขตพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติและเขตพื้นที่ป่าไม้*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- 2 คณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาแก้ไขปัญหาที่ดินทำกิน กฎหมายเกี่ยวกับที่ดิน และเร่งรัดออกเอกสารสิทธิ์แก่ประชาชน สภาผู้แทนราษฎร ตั้งขึ้นตามมติของสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 23 ปีที่ 2 ในการประชุม ครั้งที่ 30 (สมัยสามัญทั่วไป) วันพุธที่ 20 พฤษภาคม 2552
- 3 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดให้มีโฉนดชุมชน พ.ศ. 2553 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนพิเศษ 73 ง วันที่ 11 มิถุนายน 2553 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 12 มิถุนายน 2553
- 4 สข. หนุนรายงานปฏิรูประบบสร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง. 23 กุมภาพันธ์ 2558. ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2559, จาก ASTV ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=958000022124>

- 5 พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันบริหารจัดการธนาคารที่ดิน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2554. 3 พฤษภาคม 2554. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2559, จาก ราชกิจจานุเบกษา เว็บไซต์: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/A/033/1.PDF>
- 6 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอน 33 ก ลงวันที่ 10 พฤษภาคม 2554 ให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดสามสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

5. กองทุนการออมแห่งชาติ ... หลักประกันยามเกษียณของแรงงานนอกระบบ

- 1 Prasartkul, P., Vapattanawong, P., Thongthai, V. (2011). "Fertility Transition and Its Impact" in Jones. G. and Im-em, W. (editors). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Bangkok: UNFPA Thailand.
- 2 พระราชบัญญัติ กองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554. 11 พฤษภาคม 2554. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2559, จาก กองทุนการออมแห่งชาติ เว็บไซต์: <http://www.nsf.or.th/images/nsf/pr/knowledge/nsf2554.pdf>
- 3 สถานการณ์ความก้าวหน้าการขับเคลื่อนกองทุนการออมแห่งชาติ (ณ เดือนกรกฎาคม 2556). 23 สิงหาคม 6552. ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 259, จาก voicelabour เว็บไซต์: <http://VOICELABOUR.ORG/?P=16999>.
- 4 รัฐปิ่น "กองทุนการออมแห่งชาติ" ให้บำนาญสูง ไล่จีประกันสังคม. 7 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2559, จาก ASTV ผู้จัดการ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=958000089453>
- 5 กว่าจะมีทางเลือกออม. 6 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2559, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: <http://www.thaipost.net/?q=กวาง-จะมีทางเลือกออม>
- 6 กองทุนการออมแห่งชาติ (กอกช.) คืออะไร? พร้อมกฎเกณฑ์, เงื่อนไข, ผลตอบแทน และคุณสมบัติผู้สมัคร. 20 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2559, จาก ZcooBy เว็บไซต์: <http://www.zcooby.com/national-savings-fund-thailand-and-conditions-benefits-qualified-apply/>
- 7 สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. (2558). *เอกสารสรุปเหตุผล ความจำเป็น ความเป็นมา และความคืบหน้าของกองทุนการออมแห่งชาติ (กอกช.)*

6. เมอร์ส: โรคอุบัติใหม่ที่พึงระวัง

- 1 โรคเมอร์ส ไวรัสเมอร์ส (Mers) คืออะไร อาการ วิธีรักษา และวิธีป้องกันโรคเมอร์ส. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก เกร็ดความรู้. net เว็บไซต์: <http://www.xn--12cg1cxchd0a2gzc1c5d5a.net/mers/>
- 2 เรื่องเดียวกัน.
- 3 Severe respiratory disease associated with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). 21 ตุลาคม 2558. ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2558, จาก European Centre for Disease Prevention and Control เว็บไซต์: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/MERS-rapid-risk-assessment-update-october-2015.pdf>
- 4 WHO สรุปสาเหตุ ทำไม ? "เมอร์ส" จึงระบาดในเกาหลีใต้. 14 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก Popcornfor2 เว็บไซต์: <http://www.popcornfor2.com/content/who-สรุปสาเหตุ-ทำไม-เมอร์ส-จึงระบาดในเกาหลีใต้-news-90082>
- 5 ไวรัสเมอร์ส ระบาดน้อยลง เกาหลี ผนวมาตรการเพิ่มความมั่นใจให้นักท่องเที่ยว. 7 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก HISO เว็บไซต์: http://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news2.php?names=13&news_id=7847
- 6 เรื่องเดียวกัน.

- 7 พิช "เมอร์ส" กระทบท่องเที่ยว ไทยไปเกาหลีลดลง 30% จับตากลูทัวร์ป่วย. 16 มิถุนายน 2558 ค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=958000067962>
- 8 กรมควบคุมโรค ภูมิภาคธุรกิจท่องเที่ยว วางมาตรการคุมเมอร์ส เผยออกประกาศ 2 ฉบับ มีผลแล้ววันนี้ แนะ 6 มาตรการป้องกันเชื้อระบาด. 16 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: <http://www.dailynews.co.th/politics/328594>
- 9 สธ. พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางรายที่ 2 ของประเทศไทย เป็นชาวโอมาน. 24 มกราคม 2559. ค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2559, จาก กระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์: <http://www.moph.go.th/index.php/news/read/50>
- 10 ครม. รับทราบเพิ่ม 4 มาตรการควบคุมการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรค 'เมอร์ส'. 2558. 23 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: <http://www.thaihealth.or.th/Content/28691-เพิ่ม%204%20มาตรการควบคุมไวรัส'เมอร์ส'.html>
- 11 สธ. เรียก รพ. เอกชน-คลินิก ทหารเรือสกัด-รับมือโรคเมอร์ส. 2558. 22 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก สถานีโทรทัศน์สีกองทัพบกช่อง 7 เว็บไซต์: http://news.ch7.com/detail/128724/สธ.เรียก_รพ.เอกชนและคลินิกทหารเรือสกัดเมอร์ส.html
- 12 เรื่องเดียวกัน.
- 13 ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทยวิเคราะห์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสเมอร์ส: กระทบตลาดไทยเที่ยวเกาหลีใต้. 9 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2559, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: <http://m.matichon.co.th/readnews.php?newsid=1433856354>
- 14 ประเมินสถานการณ์โรคเมอร์ส และผลทางเศรษฐกิจต่อประเทศไทย. 23 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2559, จาก รัฐบาลไทย เว็บไซต์: <http://www.thaigov.go.th/index.php/th/news-ministry/2012-08-15-09-16-10/item/92964-ประเมินสถานการณ์ โรคเมอร์ส-และผลทางเศรษฐกิจต่อประเทศไทย.html>
- 15 ตารางเปรียบเทียบโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ โดย: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ ณ 18 มิถุนายน 2558. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2558, จาก สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ เว็บไซต์: http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/knowledge_eid_18_jung_15_0.pdf
- 16 ไวรัสชิคาโกชิคาโก โรคติดต่อที่ไร้วัคซีนป้องกัน ภัยเงียบจากยูกลาย. 3 กุมภาพันธ์ 2559. ค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2559, จาก Kapook เว็บไซต์: <http://health.kapook.com/view139846.html>

7. คำนุชย์ชาวโรฮีนจา เมื่อผู้ลี้ภัยเป็นเหยื่อคำนุชย์ข้ามชาติ

- 1 แกล้งปิดคดีคำนุชย์คดีฟอกเงิน หลังดำเนินการมา 5 เดือน. 29 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2558, จาก กรุงเทพธุรกิจ เว็บไซต์: <http://www.bangkokbiznews.com/mobile/view/news/667708>
- 2 เปิดตัวเลขผู้อพยพโรฮีนจาจากทุกมุมโลก. 22 พฤษภาคม 2558. ค้นเมื่อ 12 มกราคม 2559, จาก สำนักข่าวอิสรา เว็บไซต์: http://www.isranews.org/isranews-all-data/isranews-data-south/item/38744-no_38744.html
- 3 'ปวีณ' หวั่นเครือข่ายคำนุชย์เอาคืน ยื่นขอลี้ภัยไป 'ออสเตรเลีย'. 10 ธันวาคม 2558. ค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2559, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/547267>
- 4 พล.ต.อ.จักรทิพย์ กล่าวผ่านรายการวิทยุในหัวข้อสัมภาษณ์พิเศษเกี่ยวกับขบวนการคำนุชย์ เมื่อวันที่15 พฤศจิกายน 2558
- 5 Trafficking in Persons Report 2015 ซึ่งเป็นรายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ จัดทำโดยกระทรวงการต่างประเทศสหรัฐอเมริกาภายใต้ Trafficking Victims Protection Act 2000 ดูเพิ่มเติมจาก <http://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/2015/index.htm>

6 นายกรัฐมนตรีเปิดงานวันต่อต้านการค้ามนุษย์ ประจำปี 2558. 5 มิถุนายน 2558. ค้นเมื่อ 5 มกราคม 2559, จาก รัฐบาลไทย เว็บไซต์: <http://www.thaigov.go.th/>

8. ประมงไทยโดนแจกใบเหลือง IUU ข้าวติ หรือ ข้าวร้าย?

- 1 สถานะของประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาการค้ามนุษย์. 2556. สุชาติ ทวีสิทธิ์. จดหมายข่าวประชากรกับการพัฒนา ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2556
- 2 TIP Report และ IUU สำหรับแก้ไขปัญหาสินค้าประมงไทยในตลาดโลก. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2559, จาก กรมประมง เว็บไซต์: <http://www.fisheries.go.th/quality/TIP%20Report%20.pdf>
- 3 การทำประมงผิดกฎหมาย (Illegal) คือ การทำประมงที่ไม่ได้รับอนุญาต หรือ ละเมิดกฎหมายของรัฐ ละเมิดมาตรการอนุรักษ์ที่ทำร่วมกับประเทศอื่น หรือละเมิดกฎหมายระหว่างประเทศ ฝ่าฝืนกฎหมายระหว่างประเทศ หรือพันธกรณีระหว่างประเทศ ส่วนการทำประมงโดยไม่รายงาน (Unreported) คือ ไม่มีรายงาน หรือ รายงานไม่ถูกต้องระดับชาติ ทำในพื้นที่ความร่วมมือ แต่ไม่มีรายงาน หรือ รายงานไม่ถูกต้อง และการทำประมงโดยไร้การควบคุม (Unregulated) คือ ทำประมงโดยไม่มีสัญชาติ ไม่ได้ อนุญาต ทำประมงที่ขัดต่อการอนุรักษ์
- 4 สหภาพยุโรปแจกใบเหลืองเตือนไทยแก่ปม IUU Fishing. 22 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2559, จาก SCB เว็บไซต์: <https://www.scbec.com/th/detail/product/1436>
- 5 FAO. 2014. *The State of World Fisheries and Aquaculture 2014*. Rome. pp 223.
- 6 อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ วาทีนิ บุญชะลิกษ์ จรัมพร โห้ถ้อย เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ กัญญา อภิพรชัยสกุล. (2558). *การสำรวจข้อมูลผลกระทบ โครงการส่งเสริมการป้องกันแอดดัลในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการพหุ มิตร-2) ปี พ.ศ. 2557*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 7 เปิดจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในกิจการแปรรูปสัตว์น้ำ (ทะเล) ตั้งแต่บัดนี้ - 22 กุมภาพันธ์ 2559. 3 ธันวาคม 2558. ค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2559, จาก กระทรวงแรงงาน เว็บไซต์: <http://www.mol.go.th/anonymouse/news/46078>

9. บัมราชประสงค์ สะท้านโลก อุยกูร์เอาคืนไทย?

- 1 ไก่กู ซึ่มแนวน้ำมันกลุ่มเสียผลประโยชน์บัมราชประสงค์สร้างสถานการณ์. 18 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1439825920
- 2 คำหิว 12 ล้านลำมือระเบิด. 12 ธันวาคม 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก บ้านเมือง เว็บไซต์: <http://www.banmuang.co.th/news/crime/24603>
- 3 ย้ายจุด 16 ตำรวจมินบุรี-หนองจอก เช่นพบแหล่งพักพิงต่างชาติดูกระเบิด. 1 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Crime/>
- 4 เด็งกราวรูต “บก.น.3-ตม.” เช่นระเบิด “ราชประสงค์”. 1 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก เดลินิวส์ออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.dailynews.co.th/crime/345236>
- 5 ‘สมยศ’ แฉเอง! ตม. แฉผลประโยชน์ ย้ายอีกทีมสระแก้วรับเงิน ‘ยูซุฟ’. 10 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2558, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: www.thairath.co.th/content/524259
- 6 บัมกรุงดับเครื่องยนต์เศรษฐกิจ “นักธุรกิจ” หวังกระทบสั้น-หนักฟื้นเชื่อมั่น. 21 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม, จาก ประชาชาติออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1440134525

7 หนาย้อาเดมรับสารภาพ อับดุลเลาะห์บงการ. 9 ตุลาคม 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID...>

- 8 โฆษก ตร. เผย “อิซาน” ผ่นไปตุรกีแล้ว. 14 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก โพสต์ทูเดย์ เว็บไซต์: <http://www.posttoday.com/crime/388051>
- 9 ผบ.ตร.รับปมบิม เหตุส่งอุยกูร์ให้จีน. 16 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2558, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/525560>
- 10 มือบตุรกีบุกทุกท่าหลายสถานกงสุลไทย ไม่พอใจส่งมุสลิมอุยกูร์ให้จีน. 9 กรกฎาคม 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx?NewsID=958000077726>
- 11 เลี้ยวมาลงเลือดแดง จตุพรมีน จี้ ตร.แจง “อืดลี้ลับ” โดนคดีถึง 9 หน-ดัน ไร้เลขบัตร อนุมัติเดือน-ทั่วโลกจับตายอยู่. 30 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2558, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: <http://www.khaosod.co.th/>

10. ถนนเลียบบแม่น้ำเจ้าพระยา บททดสอบวิถีชุมชน

- 1 ครม.ไฟเขียว 1.4 หมื่นลบ. ก่อสร้างทางเลียบบเจ้าพระยา. 12 พฤษภาคม 2558. ค้นเมื่อ 18 มกราคม 2559, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1431424293
- 2 ลดแรงต้านทางเลียบบเจ้าพระยา! กทม.ปรับแบบขูสิ่งแวดลอมเอาใจนักวิชาการ ฟังเมือง-สถาปนิก. 25 พฤษภาคม 2558. ค้นเมื่อ 18 มกราคม 2559, จาก ประชาชาติธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1432541518
- 3 สรุปลานด์มาร์กเจ้าพระยา สนองนโยบาย “บิ๊กตุ” ใช้เงิน 1.4 หมื่นล้าน. 6 พฤษภาคม 2558. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2558, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/Politics/ViewNews.aspx?NewsID=958000051658>
- 4 หลากลายเส้นเสียงสะท้อนทางเลียบบเจ้าพระยา. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2558, จาก Realist เว็บไซต์: <http://www.realist.co.th/blog/ทางเลียบบเจ้าพระยา/>
- 5 ยับยั้งการสร้างทางเลียบบแม่น้ำเจ้าพระยา 14 กม. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2558, จาก Change เว็บไซต์: <https://www.change.org/p/พล-อ-ประยุทธ์-จันทร์โอชา-ยับยั้งการสร้างทางเลียบบแม่น้ำเจ้าพระยา-14-กม-2>
- 6 นักวิชาการชี้ “ทางเลียบบเจ้าพระยา” ทำลายชุมชน-ประวัติศาสตร์ ระบุต้อง ฟังเสียงประชาชน. 14 ตุลาคม 2558. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2558, จาก Online-listing เว็บไซต์: <http://www.th.online-listing.com/2015/09/14/220219/>
- 7 มท.1 ยันทางเลียบบเจ้าพระยา งบฯ ไม่ถึง 1.4 หมื่นล้าน โครงสร้างสูงน้อยกว่าเขื่อนริมฝั่ง. 23 ธันวาคม 2558. ค้นเมื่อ 29 ธันวาคม 2558, จาก สำนักข่าวอิสรา เว็บไซต์: <http://www.isranews.org/isranews-news/item/43596-river23125811.html>
- 8 กทม. ยัน ต.คต. นี้สร้างแนวทางเดินเลียบบ 2 ฝั่ง “เจ้าพระยา” 14 กม. จ้าง เทคโนโลยีการะบ่งศึกษาผลกระทบ. 21 มกราคม 2559. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2559, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: <http://www.dailynews.co.th/bangkok/374545>

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ยูเนสโกยกย่อง อ.ปวย และ ม.ร.ว. เปีย เป็นบุคคลสำคัญของโลก

ยูเนสโกยก 2 คนไทย “ดร.ปวย-ม.ร.ว.เปีย” บุคคลสำคัญของโลก. 19 พฤศจิกายน 2558. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2559, จาก โพสต์ทูเดย์ เว็บไซต์: <http://www.posttoday.com/social/edu/400650>.

อภิศรา มธ.เผย ‘ยูเนสโก’ ลงมติยกย่อง ‘ป่วย อังภาภรณ์’ เป็นบุคคลสำคัญ โลกแล้ว หลังครบรอบ 100 ปี ได้รับเสียงสนับสนุนจากฟิลิปปินส์ – เวียดนาม. 19 พฤศจิกายน 2558. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2559, จาก สำนักข่าวอิสรา เว็บไซต์: http://www.isranews.org/isranews-news/item/42809-news02_42809.html

UNESCO เห็นชอบอย่างเป็นทางการให้ อาจารย์ป่วย อังภาภรณ์ เป็นบุคคลสำคัญของโลกในวาระ 100 ปี ชาตกาล. 19 พฤศจิกายน 2558. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2559, จาก Voice TV เว็บไซต์: <http://news.voicetv.co.th/thailand/287817.html>

สหประชาชาติยกย่อง “ไทย ยุติการติดเอชไอวีจากแม่สู่ลูก”

ไทยลดอัตราการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกสำเร็จ. 5 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 11 มกราคม 2559, จาก Voice TV เว็บไซต์: <http://news.voicetv.co.th/thailand/241482.html>

ยูเอ็นเสนอชื่อ “ไทย” ประเทศแรกๆ ยุติแพร่ “เอดส์” จากแม่สู่ลูก. 5 สิงหาคม 2558. ค้นเมื่อ 11 มกราคม 2559, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9580000088449>

“ไทย” ได้รับเลือกให้เป็น “ประธานกลุ่ม G77”

ไทยขอบคุณประเทศสมาชิกกลุ่ม G77 ที่รับรองให้ดำรงตำแหน่งประธานกลุ่มวาระปี 2559 แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นต่อประเทศไทย. 25 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 11 มกราคม 2559, จาก สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ เว็บไซต์: http://thainews.prd.go.th/website_th/news/news_detail/TNPOL5809250010019

ไทยนั่งประธานจี 77 ความร่วมมือกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาปี 59. 25 กันยายน 2559, ค้นเมื่อ 11 มกราคม 2559, จาก ThaiNews เว็บไซต์: <http://www.tnamcot.com/content/291934>

สัญญาณโลกรับไทย ปธ.G77 ครั้งแรกในรอบ 51 ปี. 28 กันยายน 2558. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2559, จาก BrightTV เว็บไซต์: <http://www.brighttv.co.th/th/news/สัญญาณโลกรับไทย-ปธG77ครั้งแรกในรอบ-51ปี>

มหิตลผลดีวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกทั้งสี่สายพันธุ์ ป้องกันได้ 100%

รอลุ้น “วัคซีนไข้เลือดออก” ..เข็มแรกของโลก ปรบยยุทธศาสตร์...ภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ. 10 ตุลาคม 2558. ค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2559, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: <http://www.thairath.co.th/content/531087>

เสวนา Science Cafe เรื่อง “ไขความจริงทางวิทยาศาสตร์ ของ ไข้เลือดออก”. 13 พฤศจิกายน 2558. ค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2559, จาก คณะวิทยาศาสตร์ เว็บไซต์: <http://www.sc.mahidol.ac.th/tha/news/activity/2558/nov58-13.htm#sthash.LvXRkQoj.dpuf>

ตายดี: วิถีที่เลือกได้

แหล่งข้อมูลบุคคล

คุณหญิงจันทรี หาญเจนลักษณ์, นักเขียน นักวิชาการอิสระ
นายแพทย์อ้อพล จินดาวัฒนะ, เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

ชาย โพธิ์สิตา. (2549). ชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา. ใน กฤตยา อวานิจกุล และวรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ), *ภาวะการตาย: ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เครือข่ายพุทธิกา. (ม.ป.ป.). *คู่มือเพื่อการเรียนรู้เรื่องความตายฉบับเริ่มต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา เพื่อพุทธศาสนาและสังคม.

โซเกียล ริมโปเช. (2558). *เหนือห้วงมรรตพ คำสอนนิเบตเพื่อเตรียมตัวตาย และช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย เล่ม 1*. พระไพศาล วิสาโล, แปล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดคิมทอง.

โซเกียล ริมโปเช. (2558). *เหนือห้วงมรรตพ คำสอนนิเบตเพื่อเตรียมตัวตาย และช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย เล่ม 2*. พระไพศาล วิสาโล, แปล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดคิมทอง.

ประเวศ วะสี. (2554). *บนเส้นทางชีวิต*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

พรทิว ยอดมงคล. (2557). *คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง (Palliative Care)*. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

พระศุภกวี เมธังกูโร และคณะ. (2557). *ความตาย ในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

พระไพศาล วิสาโล. (2556). *ธรรมะข้างเตียง คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2556). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 2: ข้อคิดจากประสบการณ์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

พระไพศาล วิสาโล. (2556). *เหนือความตาย จากวิกฤตสู่โอกาส*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

พระไพศาล วิสาโล. (2558). *ระลึกถึงความตายสบายนัก การเจริญมรณสติในชีวิตประจำวัน*. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (ม.ป.ป.). *เพื่อรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม* รำลึกงานประชุมเพลิงสรีระสังขาร สมถวิล ลือชาพัฒนพร ณ เมรุวัดพุทธบูชาทุ่งครุ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2558.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (ม.ป.ป.). *How to ตามรอยธรรม*. พิมพ์แจกในวาระคล้ายวันเกิด 18 พฤษภาคม 2558 ของศาสตราจารย์ นายแพทย์นิพนธ์ พวงวรจันทร์.

สง่า ลือชาพัฒนพร. (2554). *เพื่อรอยยิ้ม เมื่อสิ้นลม ประสบการณ์ของ กานดา ศรี ตูลาธรรมกิจ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกาเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555). *กว่าคนไทยจะได้ใช้สิทธินี้*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุขกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) หนังสือแสดงเจตนา ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คำพาดพิงศาลปกครองสูงสุด สิทธิการตายอย่างธรรมชาติ กรณีกฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: สำนักงานส่งเสริมสิทธิและสร้างสังคมสุขภาวะ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

อ้อพล จินดาวัฒนะ. (2552). *ปฏิเสธการรักษา กับ การดูแล ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will & Palliative Care)*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

อ้อพล จินดาวัฒนะ และคณะ. (บรรณาธิการ). (2553). *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).



ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2559 : ตายดี วิธีที่เลือกได้ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 454)
ISBN 978-616-279-826-9

1. ความตาย. 2. ความตาย--จิตวิทยา. 3. วัยรุ่น. 4. สังคมออนไลน์. 5. คนรุ่นใหม่. 6. พฤติกรรมสุขภาพ. 7. คุณภาพชีวิต.
8. ดัชนีสุขภาพ. 9. ภาวะสุขภาพ -- ดัชนีชี้วัด. I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. ชื่อชุด.

WA100 ส743 2559

ออกแบบและศิลปกรรม

กราฟิกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ

ออกแบบและจัดหน้าหมวด

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และเรื่องเด่นประจำฉบับ

สุกัญญา พรหมทรัพย์

บ้านท้ายซอยดีไซน์ (facebook.com/bantaisoidesign)

จัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักพิมพ์

บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

โทรศัพท์ 0-2882-1010 โทรสาร 0-2434-1385

จำนวนพิมพ์

16,500 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-24415221

เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

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

เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

เลขที่ 88/39 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02832-9000 โทรสาร 0-832-9001-2

เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ

