

การพัฒนาประชากรเพื่ออนาคตที่ยั่งยืน ของประเทศไทย



Ensuring rights and choices for all since 1969

United Nations Population Fund
4th Floor United Nations
Service Building, Rajadamnern Nok Avenue,
Bangkok 10200, Thailand
thailand.unfpa.org

UNFPAThailand
UNFPA_Thailand

การพัฒนาประชากรเพื่ออนาคตที่ยั่งยืนของประเทศไทย

25 ปีหลัง ICPD



ICPD25
International Conference on
Population and Development



การพัฒนาประชากรเพื่ออนาคตที่ยั่งยืน
ของประเทศไทย

25 ปีหลัง
ICPD

การพัฒนาประชากรเพื่ออนาคตที่ยั่งยืนของประเทศไทย : 25 ปีหลัง ICPD

(The International Conference on Population and Development)

รายงานฉบับนี้เป็นความร่วมมือของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงการต่างประเทศ, สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund : UNFPA)

บรรณาธิการบริหาร

วาสนา อิมเอม, จินางค์กูร โรจนนันต์

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการ: เกวิน ดับเบิลยู โจนส์, เกรทเชน ลูซซิงเกอร์, จิดาภา พันธุ์

ผู้ประสานงานการจัดพิมพ์: กุลวดี สุมาลัยนพ, จิดาภา พันธุ์

ผู้ออกแบบ: ไบหยก มาดาวิศิษฐ์

นักวิจัยและผู้เขียนแต่ละบท

บทที่ 1:

ดร.แอนโทนี่ ประมวลรัตน์

บทที่ 2:

อริสกา กนกวัฒนาวรรณ และดร.นพ.สรภพ เกียรติพงษ์สาร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันนโยบายสาธารณะและการพัฒนา
ดร. จิดาภา พันธุ์

บทที่ 3:

รศ. ดร. จตุรินทร์ เกรย์, ผศ.ดร. ภูเบศร์ สมุทรจักร, มาร์ค เฟิลแคร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทที่ 4:

ศ. ดร. รักษก คชานูบาล และ ศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะะวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5:

ดร.โรชาเลีย ซือออร์ติโน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้เขียนบทสัมภาษณ์

กุลวดี สุมาลัยนพ

ช่างภาพบทสัมภาษณ์

ไบหยก มาดาวิศิษฐ์

กิตติกรรมประกาศ

การสนับสนุนและข้อมูลเชิงเทคนิคจาก สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และ กระทรวงการต่างประเทศ และขอขอบคุณสำหรับการสนับสนุนงบประมาณและคำปรึกษาจากกระทรวงการต่างประเทศและสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ภาพ

ภาพปก: © UNFPA/ชลิต สภาภักดี

การอ้างอิงสำหรับฉบับ

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงการต่างประเทศ, สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund : UNFPA) (2562). การพัฒนาประชากรเพื่ออนาคตที่ยั่งยืนของประเทศไทย : 25 ปีหลังการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา.

ดาวน์โหลดได้ที่:

<https://thailand.unfpa.org/th/25-years-ICPD>



การปฏิเสธความรับผิดชอบ (Disclaimer)

รายงานฯ ฉบับนี้เป็นสิ่งพิมพ์ที่ได้รับมอบหมายในการจัดทำจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สทว.) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ขอแนะนำ การวิเคราะห์และนโยบายในรายงานฉบับนี้ไม่ได้หมายถึงการสะท้อนมุมมองของรัฐบาลไทยหรือของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติรวมถึงคณะกรรมการบริหารฯ และองค์กรฯ ที่จัดทำ

การพัฒนาประชากร เพื่ออนาคตที่ยั่งยืนของประเทศไทย

25 ปีหลัง ICPD

(The International Conference on Population and Development)

โดย

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund)

25 ปีหลัง ICPD

พ.ศ.
2507
-
2562

กระทรวงสาธารณสุขของ
ประเทศไทยริเริ่มโครงการ
วางแผนครอบครัวระดับชาติ

พ.ศ. 2507

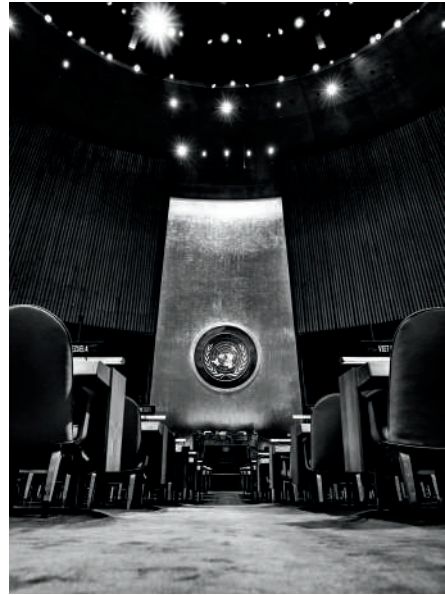


กองทุนประชากร
แห่งสหประชาชาติ
(United Nations Fund
for Population
Activities: UNFPA)
เริ่มดำเนินการ

พ.ศ. 2512



นายราฟาเอล ซาลา
ได้รับการแต่งตั้งเป็น
ผู้อำนวยการบริหารคนแรก



พ.ศ. 2514

สมัชชาใหญ่แห่ง
สหประชาชาติ
กำหนดให้ UNFP
มีบทบาทนำงาน
ด้านประชากร

จัดตั้งสำนักงาน UNFPA
ประจำประเทศไทย

พ.ศ. 2515



WORLD
POPULATION
4
BILLION

การประชุมประชากรโลก
ณ กรุงบูคาเรสต์

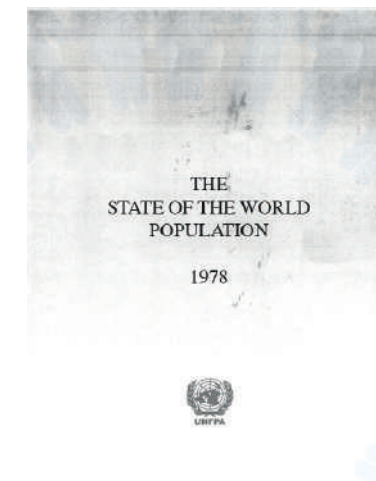
พ.ศ. 2517

การประชุมประชกรนานาชาติ
ณ กรุงเม็กซิโก ซิตี้

พ.ศ. 2527

UNFPA จัดพิมพ์รายงานสถานการณ์
ประชากรโลก (State of World
Population Report) ฉบับแรก

พ.ศ. 2521



พ.ศ. 2530

เปลี่ยนชื่อเต็มของ UNFPA
เป็น United Nations
Population Fund
(กองทุนประชากร
แห่งสหประชาชาติ)



Ensuring rights and choices for all since 1969



25 ปีหลัง ICPD

จำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้หญิงใน
ประเทศไทยลดจาก 6 เป็น 2.2 คน



ประเทศไทยทบทวนแผนผู้สูงอายุ
แห่งชาติฉบับที่ 2
(พ.ศ. 2545-2564)

ประเทศไทยดำเนินการจัดทำ
สำมะโนประชากรและเคหะครั้งที่ 10
ที่นับประชากรทุกคนตามที่อยู่อาศัย

ประเทศไทยนำเสนอรายงาน
“ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง
ทางประชากรในประเทศไทย”



ต้นคริสต์ทศวรรษ 90s
(พ.ศ. 2533)

พ.ศ. 2537

พ.ศ. 2543
(ค.ศ. 2000)

พ.ศ. 2548

พ.ศ. 2552

พ.ศ. 2553

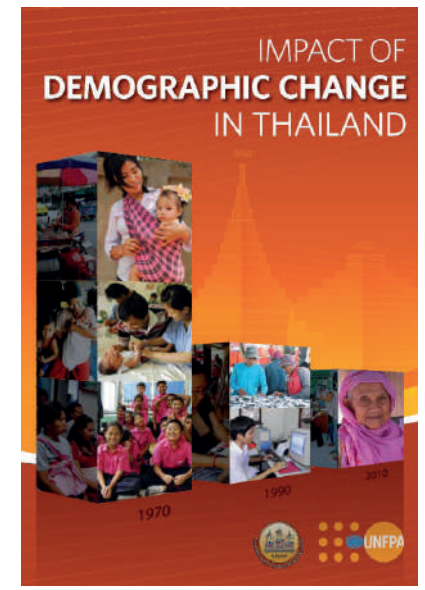
พ.ศ. 2554



การประชุมนานาชาติ ว่าด้วย
เรื่องประชากรและการพัฒนา
(International Conference
on Population and
Development: ICPD)
ณ กรุงไคโร

สมาชิกสหประชาชาติ
รับรองเป้าหมายการพัฒนา
แห่งสหัสวรรษ (Millennium
Development Goals: MDGs)

อนุมติให้เป้าหมาย
เพื่อการเข้าถึงอนามัย
การเจริญพันธุ์ถ้วนหน้า
ผนวกเข้าไปใน MDGs



25 ปีหลัง ICPD



UNFPA ร่วมกับกระทรวงต่าง ๆ เปิดตัวแผนชาติด้านการพัฒนาประชากรภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11

▲ การทบทวนความก้าวหน้าในรอบ 20 ปีของการดำเนินแผนปฏิบัติการ ICPD

UNFPA สนับสนุนประเทศไทยในการกำหนดพ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีสิทธิสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

▲ UNFPA และประเทศไทยร่วมกันเฉลิมฉลองห้าทศวรรษแห่งความร่วมมือว่าด้วยสุขภาพมารดาผ่านโครงการความร่วมมือไตรภาคีแบบใต้-ใต้ (South-South and Triangular Cooperation)

▲ ครบรอบ 25 ปี ICPD และ ครบรอบ 50 ปี UNFPA



พ.ศ. 2555

พ.ศ. 2557

พ.ศ. 2558

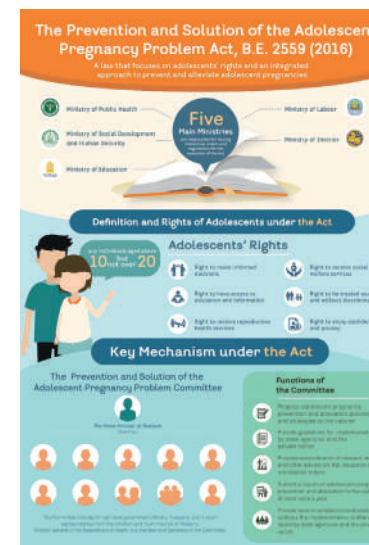
พ.ศ. 2559

พ.ศ. 2561

พ.ศ. 2562



ประเทศสมาชิกสหประชาชาติรับรองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ถ้วนหน้า





ประเทศไทย และ 25 ปี หลังการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยเรื่องประชากร และการพัฒนา

ดร.แอนโทนี่ ประมวลรัตน์

1

หน้า 12



พินิจประชากรไทย: ความเปลี่ยนแปลง และการคาดอนาคต

อริสา กนกวัฒนาวรรณ, ดร. จิตภา ปันชัย
และ ดร.นพ.สรภพ เทียรติพงษ์สาร

2

หน้า 26



สร้างอนาคตที่ยั่งยืน ด้วยการลงทุนพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์

รศ. ดร. สรินทร์ เกรย์, พศ.ดร. ภูเมศร์ สมุทรจักร
และมาร์ค เฟลแคร์

3

หน้า 58



เมื่อประเทศไทยสูงวัย: โอกาสและความท้าทาย

พศ. ดร. รักษนถ คชานูบาล และ
ศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

4

หน้า 92



นัยทางนโยบายจาก แนวโน้มทางด้านประชากร และการพัฒนาในประเทศไทย

ดร.โรชาเสี่ย ซอร์ติโน

5

หน้า 122



เพื่ออนาคตอันยั่งยืน สิทธิและทางเลือก จะต้องเป็นจริงสำหรับทุกคน

25 ปีนับจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development : ICPD) ใน พ.ศ. 2537 ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นความสำเร็จอันโดดเด่นด้วยการยึดถือสิทธิของประชาชนให้เป็นหัวใจของการพัฒนา ไทยได้ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ และอนามัยทางเพศและสร้างพลังความเข้มแข็งให้แก่เด็กและผู้หญิง ในฐานะที่เป็นศูนย์เฝ้าระวังทางสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว และประชาชาติ

ตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2503 (คริสต์ทศวรรษที่ 60) ประเทศไทยมุ่งมั่นให้บริการการวางแผนครอบครัวอย่างแข็งขัน การให้ทางเลือกแก่ผู้หญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ คือรูปแบบอันทรงพลังของการสร้างพลังอำนาจ ด้วยทางเลือกเหล่านี้เอง ผู้หญิงจึงสามารถตัดสินใจว่าตนต้องการจะมีลูกหรือไม่ เมื่อไร ที่คน และกับใคร ไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มี “ความเป็นเลิศ” ในการประกันสิทธิและทางเลือกของผู้หญิงในด้านนี้

บนฐานความสำเร็จดังที่กล่าวมา ประเทศไทยได้มุ่งหน้าต่อโดยริเริ่มประกาศใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นก้าวที่ยิ่งใหญ่สู่การให้ความสำคัญสูงสุด เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคน ความริเริ่มนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนที่ไทยจะบรรลุสถานะการเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับสูงใน พ.ศ. 2554 ด้วยผลของการสนับสนุนทางสุขภาพที่กล้าหาญนี้ ไทยจึงมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการคลอดที่ต่ำที่สุดเป็นอันดับที่สองของกลุ่มประเทศสมาชิกสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรืออาเซียน ความสำเร็จดังกล่าวคือข้อพิสูจน์ว่า การลงทุนและเจตจำนงที่ถูกต้องในการยึดถือประชาชนเป็นหัวใจของการพัฒนานั้น สามารถนำมาซึ่งผลตอบแทนอันสูงค่าจนประมาณมิได้

เมื่อกำลังจะก้าวเข้าสู่ทศวรรษที่สามของคำมั่นต่อ ICPD ไทยได้กลายเป็นหนึ่งในหลายประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางระดับสูงที่กำลังก้าวสู่สังคมสูงวัย หากในขณะที่ประเทศไทยกำลังกังวลกับอัตราการพึ่งพาที่สูงขึ้นอัน

เนื่องจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้น ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการอันเป็นรูปธรรมเพื่อตอบสนองต่อโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง อาจนำมาซึ่งโอกาสใหม่และวิธีคิดใหม่ๆ เพื่อการพัฒนาอีกวาระหนึ่งได้

ประเทศไทยสามารถใช้สถานการณ์การเปลี่ยนผ่านประชากรนี้ให้เป็นโอกาสสำหรับการลงทุนต่อสังคมใหม่ ที่ซึ่งพลเมืองทุกคน ทุกวัย จะได้รับประโยชน์จากนโยบายและการวางแผนทางเศรษฐกิจสังคม ด้วยจำนวนเด็กเกิดใหม่ที่ลดน้อยลง ประเทศไทยไม่อาจยอมสูญเสียศักยภาพของบุคคลใดไปได้อีกแม้แต่คนเดียว ไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือจน อยู่ในชนบทหรือในเมือง ดังนั้น เด็กและเยาวชนทุกคน รวมถึงผู้มีความพิการและผู้ที่ถูกกีดกัน จะต้องได้รับการลงทุนสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้มั่นใจว่าเขาหรือเธอจะสามารถมีสิทธิโดยสมบูรณ์ และตัดสินใจในชีวิตของตนได้อย่างมีข้อมูลครบถ้วน รวมถึงสิทธิและการตัดสินใจในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และอนามัยทางเพศเป็นพื้นฐาน เด็กและเยาวชนในประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อให้เติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งจะยังประโยชน์ต่อสังคมด้วยศักยภาพสูงสุดของตน

ด้วยการนี้ ประเทศไทยจึงจะสามารถคงความเป็นเลิศใน ICPD และทำให้สิทธิและทางเลือกเป็นจริงสำหรับทุกคนในขณะที่ยังคงเร่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป และนี่คือการนำพาสังคมไทยสู่อนาคตที่สดใสอย่างแท้จริง



Marcela Suazo
Country Director of UNFPA Thailand

ประชากรและการพัฒนา พื้นฐานอนาคตที่ยั่งยืน

25 ปีก่อน เมื่อ พ.ศ. 2537 ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 179 รัฐสมาชิกสหประชาชาติที่รับรองแผนปฏิบัติการของการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (Programme of Action of the International Conference on Population and Development: ICPD) นับจากนั้น ไทยก็ได้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นอันแรงกล้า ที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการพัฒนา และประชากรของแผนปฏิบัติการฯ เพื่อสร้างหนทางสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

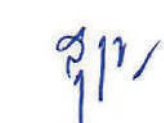
ด้วยความสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ซึ่งมุ่งสร้างพลังความเข้มแข็งให้แก่ประชาชนและชุมชน แผนปฏิบัติการ ICPD นี้ จัดวางความต้องการและความมุ่งมั่นมาปรารถนาของมนุษย์ไว้ให้เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ยั่งยืนเสมอ

ก่อนหน้านี้ประเทศไทยเป็นที่รู้จักและเป็นต้นแบบของนานาชาติทั่วโลกในด้านการดำเนินงานขยายบริการวางแผนครอบครัวและการเข้าถึงการคุมกำเนิดสมัยใหม่ การริเริ่มดังกล่าวตั้งแต่ พ.ศ. 2503 (คริสต์ทศวรรษที่ 60) ได้ส่งผลให้อัตราการคุมกำเนิดยังคงสูงอยู่อย่างต่อเนื่องถึงเกือบร้อยละ 80 ใน พ.ศ. 2558 การมุ่งมั่นให้ความสำคัญกับการลดการเสียชีวิตของอาสาเหตุที่ป้องกันได้หมายความว่า ร้อยละ 99.1 ของการคลอดได้อยู่ภายใต้ความดูแลของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ และอัตราการเสียชีวิตของแม่ในประเทศไทยก็ลดลงจนเหลือเพียง 21.8 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ท้ายสุด หากแต่สำคัญยิ่งก็คือ ประเทศไทยได้ก้าวข้ามไปเป็นผู้บุกเบิกของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาอย่างก้าวหน้าด้วยการประกาศใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันโครงการดังกล่าวเข้าถึงร้อยละ 99.9 ของประชากร และได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ประชาชนจ่ายเอง เพื่อการรักษาพยาบาลลงอย่างมาก เป็นการบรรเทาภาระของครัวเรือนที่ยากจนได้เป็นอย่างดี

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงบางตัวอย่างของมาตรการของรัฐบาลไทยและความ



กศพร ศิริสัมพันธ์
เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



สุกุน กาญจนพิมาย
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ปรเมธี วิมลศิริ
ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



สุกฤษิณี จิตพิมลมาศ
ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

สำเร็จอันน่าจดจำ ทว่า เพื่อจัดการกับปัญหา ท่ามกลางที่ยังดำรงอยู่ จึงยังมีการทบทวนมากมายที่เราจำต้องเดินหน้า

ปัจจุบัน สังคมไทยกำลังสูงวัยอย่างรวดเร็ว ภายใน พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะได้เป็นบ้านของผู้สูงอายุจำนวนร่วม 21 ล้านคน หรือร้อยละ 31 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกำลังเป็นข้อห่วงใยเร่งด่วน ที่นำไปสู่การรับรองพ.ร.บ.การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กฎหมายดังกล่าวมุ่งส่งเสริมสิทธิของเยาวชนต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ และอนามัยทางเพศ ในฐานะที่เป็นพื้นฐานต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเยาว์

ด้วยตระหนักว่า บุคคลล้วนเป็นสินทรัพย์อันสูงค่าเกินกว่าจะประมาณได้อีกทั้งความต้องการจำเป็นของแต่ละกลุ่มประชากรก็มีความแตกต่างกัน ประเทศไทยจึงกำลังก้าวไปสู่การปูแนวคิดเส้นทางชีวิตสู่การพัฒนาทุนมนุษย์ตลอดช่วงวงจรชีวิต (life-course approach to human capital development) ไว้ในทุก ๆ นโยบายชาติ ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์เปลี่ยนเกมให้สังคมสูงวัยเจริญงอกงามขึ้นในระยะยาว

รัฐบาลไทยไม่อาจบรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวได้โดยลำพัง เราจึงหวังเป็นอย่างยิ่ง ที่จะทำงานร่วมกันกับหุ้นส่วนทั้งหลาย ซึ่งรวมถึงเยาวชน ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และ UNFPA โดยการใช้ทรัพยากร ความรู้ และภูมิปัญญาจากทุกภาคส่วนในสังคมนี้ จะนำมาซึ่งทางออกของความท้าทายได้อย่างทรงประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มอย่างแท้จริง การสร้างพลังอำนาจของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งของเยาวชน และการทำงานในลักษณะภาคีร่วมมือ ได้กลายเป็นเส้นทางที่ทั้งประเทศไทยและรัฐสมาชิกสหประชาชาติทั้งมวลควรก้าวเดินไปด้วยกัน เพื่อประกันอนาคตอันยั่งยืนที่มีได้ทั้งผู้เฒ่าผู้แก่วัยชรา



ประเทศไทยกับ 25 ปี หลังการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยเรื่องประชากร และการพัฒนา

ท่ามกลางปัญหาท้าทายมากมายที่ยังดำรงอยู่ เรา仍将คงพัฒนาต่อไป เราจะใช้ความพยายามอย่างถึงที่สุดที่จะคงไว้ซึ่งสิ่งที่เราได้บรรลุความสำเร็จไปแล้ว และจะเดินหน้าต่อไปเพื่อปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นอีกเพื่อประชาชนของเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการประกันคุณภาพการศึกษา และการเข้าถึงยากับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในราคาที่เหมาะสมอย่างเท่าเทียมสำหรับคนทุกวัย นอกจากนี้ เรายังพยายามทุกวิถีทางที่จะใช้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีสารสนเทศ และเพิ่มนวัตกรรมเทคโนโลยีสมัยใหม่อื่น ๆ ขึ้นมาอีกให้จงได้

ถ้อยแถลงพลีพร้องของประเทศไทย
การประชุมคณะกรรมการประชากรและการพัฒนา ครั้งที่ 52
โดย นาย วิทวัส ศรีวิหค
เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ
2 เมษายน 2562

การเติมเต็มสิทธิของผู้หญิงและเด็กหญิง คือหัวใจของการพัฒนา หลักการดังกล่าว คือสำนึกและคำมั่นภายใต้แผนปฏิบัติการ (Programme of Action) ซึ่งเป็นที่เห็นชอบ จากที่ประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากร และการพัฒนา (International Conference on Population and Development : ICPD) ณ กรุงไคโรเมื่อ พ.ศ. 2537 ประเทศไทย เป็นหนึ่งใน 179 รัฐบาลที่ได้ให้การรับรองแผน ปฏิบัติการฯ ซึ่งผลสัมฤทธิ์อันหลากหลาย ว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ประชากร อนามัยการ เจริญพันธุ์และอนามัยทางเพศ ความเสมอภาค ระหว่างเพศ และการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้กลายเป็นมิติเอกฉันท์ที่โดดเด่นในระดับโลก

ด้วยให้ความสำคัญกับสุขภาพ การศึกษา และการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้หญิง ที่ประชุม นานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการ พัฒนา (ICPD) จึงให้การรับรองกระบวนการ วิจัย ผลิต อนามัยการเจริญพันธุ์ที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านการวางแผนครอบครัวให้ เป็นส่วนหนึ่งของชุดการดูแลสุขภาพอนามัย ซึ่งครอบคลุมการฝากครรภ์ การคลอดอย่าง ปลอดภัย การดูแลหลังคลอด การป้องกัน และรักษาภาวะมีบุตรยาก (infertility) และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงเอชไอวี/ เอ็ดส์ และสุขอนามัยทางเพศ สิทธิเหล่านี้ตั้ง อยู่บนฐานของความตระหนักในสิทธิพื้นฐาน ของทุกคนและทุกคู่ครอง ที่จะตัดสินใจโดย อิสระและด้วยความรับผิดชอบต่อจำนวนบุตร ที่ต้องการ การเว้นระยะห่างระหว่างการมีบุตร แต่ละคน และเวลาที่จะมีบุตรตามต้องการ รวมถึงสิทธิที่มีข้อมูล การศึกษา และวิธีการที่จะ กระทำดังที่ตั้งใจ และสิทธิที่จะบรรลุมาตรฐาน สูงสุดของสุขภาวะทางเพศและอนามัยการ เจริญพันธุ์

ในการประชุมภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกว่า ด้วยเรื่องประชากรครั้งที่ 6 เมื่อ พ.ศ. 2556 ซึ่งจัดขึ้นก่อนการทบทวนวาระครบรอบ 20 ปี ICPD ประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคได้รวมตัว กันเพื่ออภิปรายถึงความสำเร็จของตน และ ระบุหนทางที่จะสร้างความก้าวหน้าต่อไป



© UNFPA/Lexicon Co., Ltd.

25 ปีหลัง ICPD: หญิงไทยจำนวนมากขึ้น สามารถพึงพอใจกับสิทธิและทางเลือกการ วางแผนครอบครัวที่เหมาะสมกับตน

สมมติฐานหลักจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (ICPD) ก็คือ ข้อพิจารณาด้านประชากรจะต้องเป็นส่วนสำคัญของทั้งความพยายามระดับชาติและนานาชาติ ทั้งหลายในการบรรลุการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนภายใต้บริบทของการพัฒนาที่ยั่งยืน

ภายหลัง ประเทศเหล่านี้ได้รับรองปฏิญญา รัฐมนตรีว่าด้วยประชากรและการพัฒนาแห่ง ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (Asian and Pacific Ministerial Declaration on Population and Development) ซึ่งได้ให้มุมมองรอบด้าน และตอบสนองต่อความท้าทายด้านประชากร และการพัฒนากับโอกาส สำหรับประเทศไทย คณะทำงานซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนจากภาค รัฐและเอกชนต่าง ๆ ได้ร่วมจัดทำ การสำรวจ ระดับโลกในหัวข้อ ICPD ภายหลัง พ.ศ. 2557 (Global Survey of ICPD Beyond 2014) ผล การสำรวจดังกล่าวได้รับการนำมาใช้เป็นข้อมูล อ้างอิงหลักสำหรับการอภิปราย และดำเนิน โครงการรวมถึงนโยบายประชากรและการ พัฒนาภายในเวลาต่อมา

รายงานฉบับนี้จะสรุปประเด็นความก้าวหน้าและ ความท้าทายที่ยังคงอยู่ในประเทศไทยภาย หลังที่มีการรับรองมติฯ ICPD แล้วเป็นระยะ เวลา 25 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้ได้รับการ จัดทำขึ้นล่วงหน้าก่อนการประชุมสุดยอด เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ณ กรุงไนโรบี (The Nairobi Summit) ซึ่งจะมีการพิจารณา แนวทางที่จะคงวาระ ICPD ไว้ให้ยั่งยืนต่อไป โดยตัวรายงานเน้นการเสนอภาพสะท้อนให้เห็น อนาคตด้านประชากรและการพัฒนา รวมถึง ข้อเสนอแนะในประเด็นดังกล่าวด้วย



© UNFPA

การมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญใน การรับฝากครรภ์และทำคลอดจำนวนมาก นำไปสู่ สุขภาวะที่ดีของมารดาในประเทศไทยในช่วงหลาย ทศวรรษที่ผ่านมา

ความสำเร็จอันโดดเด่น ความท้าทายยังดำรงอยู่

ตลอด 25 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยก้าวหน้าอย่างโดดเด่นในการปฏิบัติตามคำมั่นที่ให้ไว้ต่อที่ประชุม ICPD ไทยประสบความสำเร็จด้านการปันผลทางประชากร (demographic dividened) ในช่วงเวลาที่มีประชากรวัยทำงานจำนวนมาก ในขณะที่จำนวนผู้พึ่งพาทั้งวัยเด็กมีลดลงและจำนวนผู้สูงอายุยังไม่เพิ่มสูงมาก ส่งผลให้เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศเติบโตอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ ด้วยบริการการวางแผนครอบครัวที่ทั่วถึงทั้งประเทศมากกว่า 3 ทศวรรษ ผสมกับนโยบายพัฒนาชนบทอย่างทั่วถึง การสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้หญิง และการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการศึกษาและการจ้างงาน ครอบครัวไทยจึงผันแปรสู่ขนาดเล็กลง โดยมีมีจำนวนบุตรเฉลี่ยเพียง 1-2 คน คนหนุ่มสาวสามารถเข้าถึงการศึกษาและได้งานที่มีคุณค่า (decent jobs) หลายครอบครัวขยับเข้าสู่กลุ่มชนชั้นกลาง และผู้ที่ยังอยู่ในภาวะยากจนลดน้อยลงกว่าที่เคยเป็นมา

ผลความสำเร็จ หลักที่ผ่านมา

- สุขภาพอนามัยของประชากรไทยที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน อันเป็นผลจากระบบสาธารณสุขที่แข็งแกร่ง ไทยจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมทั่วทั้งประเทศตั้งแต่คริสต์ทศวรรษที่ 70 (พ.ศ. 2513) ตามมาด้วยการริเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ปัจจุบัน การบริการสุขภาพครอบคลุมประชากรถึงร้อยละ 99.2 อัตราความยากจนและการสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงอย่างมาก
- ความก้าวหน้าใหญ่หลวงของการส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย คืออัตราการตั้งครรภ์ในความดูแลของบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญสูงถึงร้อยละ 99.1 หญิงมีครรภ์ราวร้อยละ 98 ได้รับการดูแลจากการไปฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งและร้อยละ 71.3 ได้ไปฝากครรภ์ในช่วง 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์
- การเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ (preventable maternal death) ลดลงมาก ปัจจุบัน อัตราการเสียชีวิตของแม่อยู่ที่ 21.8 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)
- อัตราการคุมกำเนิดยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 70 ของหญิงวัย 15-49 ปีที่แต่งงานแล้วใน พ.ศ. 2530 มาเป็นร้อยละ 78.4 ใน พ.ศ. 2558
- ด้วยความมุ่งมั่นทางการเมืองและการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2536-2549 การติดเชื้อเอชไอวีจึงได้ค่อย ๆ เปลี่ยนจากการเป็นโรคติดต่อในหมู่ประชากรทั่วไป (generalized

epidemic) มาเป็นโรคติดต่อเฉพาะกลุ่ม (concentrated epidemic) ผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาโดยยาต้านไวรัสซึ่งครอบคลุมโดยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ

- อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ลดลงจากที่สูงถึงร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2538 มาเป็นร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2555 การติดเชื้อจากแม่สู่เด็กในครรภ์รายใหม่ลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 10.3 ในช่วง พ.ศ. 2543-2546 มาเป็นร้อยละ 1.68 ใน พ.ศ. 2560 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)
- ร้อยละ 99 ของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี ได้รับการจดทะเบียนการเกิดอย่างเป็นทางการ ไม่ว่าจะเด็กจะมีสัญชาติใดที่เกิดในประเทศไทย
- เด็กส่วนใหญ่ รวมถึงผู้อยู่ในชนบทห่างไกล สามารถเข้าถึงโรงเรียนประถมและมัธยม ร้อยละของเด็กหญิงที่ได้เรียนถึงระดับมัธยมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จำนวนแรงงานไทยที่จบปริญญาตรีเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในแต่ละทศวรรษ จาก 1.1 ล้านคนในช่วง พ.ศ. 2530 - 2539 มาเป็นหกล้านคนใน พ.ศ. 2560 ทั้งนี้ แรงงานหญิงที่มีการศึกษามีจำนวนมากกว่าชายในอนาคตอันใกล้ เนื่องจากปัจจุบันมีหญิงที่อยู่โรงเรียนมัธยม วิทยาลัยอาชีวศึกษา หรือมหาวิทยาลัยมากกว่าชายถึง 300,000คน (ทีดีอาร์ไอ, 2561)
- ภาวะยากจนลดลงอย่างชัดเจน ดังที่ธนาคารโลกรายงานว่า อัตราความยากจนรายหัวตามเส้นแบ่งระดับความยากจนระดับประเทศ (national poverty line) ได้ลดลงจากร้อยละ 21.9 ใน พ.ศ. 2549 มาเป็นร้อยละ 8.6 ใน พ.ศ. 2559

ความท้าทายบางประการ

- ประชากรของประเทศกำลังสูงวัยอย่างรวดเร็ว หากคนจำนวนมากกลับยังไม่ได้เตรียมตัวเข้าสู่ภาวะสูงวัย ในกลุ่มคนอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 34.3 มีรายได้อยู่ใต้เส้นแบ่งระดับความยากจน (poverty line) มีแรงงานในระบบเพียงจำนวน 15 ล้านจาก 40 ล้านคนที่มีบ้านอยู่หรือสวัสดิการ
- สัดส่วนที่สูงขึ้นของประชากรเมืองจากร้อยละ 35 ของประชากรทั้งหมดใน พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็นร้อยละ 48 ใน พ.ศ. 2558 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจำนวนมากเผยให้เห็นความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท
- ในหลายทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนแรงงานไร้ฝีมือไทยที่ลดลงได้รับการทดแทนด้วยแรงงานข้ามชาติที่หลั่งไหลมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเข้าเมืองและ/หรือทำงานโดยไม่ได้รับอนุญาต
- เป้าหมายที่กำหนดให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาภาคบังคับ 12 ปียังไม่บรรลุผลเนื่องด้วยยังมีการลาออกกลางคันและมีเด็กนอกระบบโรงเรียนอยู่อีกจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาและช่องว่างในการเรียนรู้ทักษะชีวิต แม้ในภาพรวม อัตราการว่างงานในประเทศจะลดเหลือเพียงร้อยละ 1-2 มาหลายปีแล้ว แต่กลับพบว่าในกลุ่มเยาวชนวัย 15-24 ปี ร้อยละ 13.7 หรือราว 700,000 คนยังว่างงานและไม่ได้กำลังอยู่ในสถานศึกษาหรือกำลังรับการฝึกอบรมใดๆ
- ความเสี่ยงทางสุขภาพของวัย

รุ่นเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่วัยรุ่นที่อยู่ในภาวะเปราะบาง แม้อัตราการเจริญพันธุ์ในหมู่ประชากรทั่วไปจะต่ำ กล่าวคือหญิงทั่วไปจะมีบุตรเฉลี่ย 1.5 คนในช่วงชีวิต อัตราการคลอดของวัยรุ่นกลับสูงถึง 53 จากการเกิดมีชีวิต 1,000 รายใน พ.ศ. 2555 ซึ่งสูงกว่าประเทศอื่น ในระดับการพัฒนาเดียวกัน โดยพบว่าหญิงไทยราวร้อยละ 22 แต่งงานหรืออาศัยอยู่กับคู่อีกก่อนอายุจะถึง 18 ปี

- ความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศยังคงดำรงอยู่ ผลกระทบประการหนึ่งก็คือ ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก หญิงที่เคยสมรสประมาณร้อยละ 16 รายงานว่ามีประสบการณ์ความรุนแรงหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นทางจิตใจ ทางกาย และ/หรือ ทางเพศ จากคู่อายุน้อยครั้งหนึ่งในช่วงชีวิต (เจมิจิตและคณะ, 2561) ปัจจุบัน แม้โดยทั่วไปแล้วจะมีผู้หญิงที่จบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยมากกว่าผู้ชาย หากผู้ชายก็ยังคงเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าในพื้นที่ทางการเมืองและเศรษฐกิจ อีกทั้งการเลี้ยงลูกก็ยังคงถูกพิจารณาว่าเป็น "หน้าที่" ของผู้หญิง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีผู้หญิงจำนวนมากขึ้นที่ก้าวเข้าสู่ภาคแรงงานในระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น สังคมไทยจึงอาจถูกท้าทายในการที่จะประกันว่า หญิงเหล่านี้จะสามารถใช้ชีวิตอย่างสมดุลระหว่างอาชีพการงานของตนกับแ่งมุมอื่น ๆ ของชีวิต และจะสามารถใช้ศักยภาพสูงสุดของตนได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ชายควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวและลูกมากขึ้นด้วย

แนวโน้มประชากรประเทศไทยกำลังพัฒนาไปในทิศทางที่ควรมีการริเริ่มนโยบายใหม่ ๆ ด้วยอัตราการเติบโตของประชากรที่ช้าลงมาก อีกทั้งคาดว่าจะลดลงอีกด้วยการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงจึงกำลังปรากฏเป็นวิกฤตที่จะมีผลกระทบระยะยาว



ไทยกำลังประสบกับภาวะโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมาก ผู้สูงอายุเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชากรวัยเยาว์ทั้งในด้านกายภาพและการเงิน/ค่าใช้จ่าย

© UNFPA/ชลิศ สภาภักดี

เพื่อแก้ไขปัญหาข้อห่วงใยทางประชากรที่เกิดขึ้นดังกล่าว ประเทศไทยจึงกำลังพัฒนาแผนประชากรชาติเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี สามเสาหลักของแผนประกอบไปด้วยการยกระดับคุณภาพการเกิดและคุณภาพชีวิตเด็ก การยกระดับกำลังแรงงานที่มีผลิตภาพ (productivity) และการสนับสนุนการก้าวสู่ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ นโยบายนี้ใช้แนวคิดการพัฒนามาบนฐานสิทธิตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้มั่นใจว่า บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะสามารถพึ่งพาตนเองได้ ภายในสภาพแวดล้อมที่มั่นคงปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เพื่อสนับสนุนนโยบายพัฒนาประชากรชาติฉบับใหม่ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งเน้นย้ำในสองประเด็นหลัก กล่าวคือ การลดอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นให้ได้ครึ่งหนึ่งภายใน พ.ศ. 2568 การสนับสนุนให้หญิงชายได้บรรลุเป้าหมายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (การมี/ไม่มีลูก) และการสร้างหลักประกันให้แม่และลูกได้เข้าถึงโอกาสที่ดีที่สุดในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตแม้ก่อนที่จะให้กำเนิดลูก นอกจากนี้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่นได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาใน พ.ศ. 2559 และตามมาด้วยยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติระยะ 10 ปี ซึ่งมุ่งลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ได้ภายใน พ.ศ. 2568

เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของเยาวชน ประเทศไทยได้สนับสนุนการเข้าถึงบริการที่ยังมิได้ผนวกเข้าในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยนำเสนอยุทธศาสตร์สุขภาพอนามัยแห่งชาติฉบับที่ 1 และกำลังพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพอนามัยแห่งชาติฉบับที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องปกติธรรมดามากขึ้น ทั้งเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ ยังมีมีการพิจารณาทบทวนเพศวิถีศึกษาครอบด้าน (comprehensive sexuality education) ซึ่งจะรวมถึงการศึกษาสำหรับกลุ่มเยาวชนนอกโรงเรียนเพื่อลดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ และลดความรุนแรงทางเพศสภาพ

ส่วนสำคัญหนึ่งของกรจัดการกับปัญหาท้าทายทางประชากรในระยะยาวจากการเข้าสู่ภาวะสูงวัยอย่างรวดเร็วและกำลังแรงงานหด

ตัวลง คือรัฐบาลให้ความสำคัญกับการลงทุนในวัยรุ่นและเยาวชน เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้สามารถบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดของตนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษาและการจ้างงานที่ใช้ทักษะ รัฐบาลไทยได้ดำเนินการหลายลำดับขั้นตอนเพื่อความเสมอภาคระหว่างเพศและการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้หญิง ซึ่งรวมถึงการเรียกร้องให้ผู้ชาย เด็กชาย ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ร่วมสร้างความเปลี่ยนแปลงด้วย มีนโยบายที่เหมาะสมมากมายที่ส่งเสริมความรับผิดชอบของผู้ชายและเด็กชายในการประกันว่า ทุกคนจะได้รับสิทธิสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์โดยสมบูรณ์

การพัฒนาในประเทศไทย ตั้งแต่รับรองข้อตกลง ICPD และมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

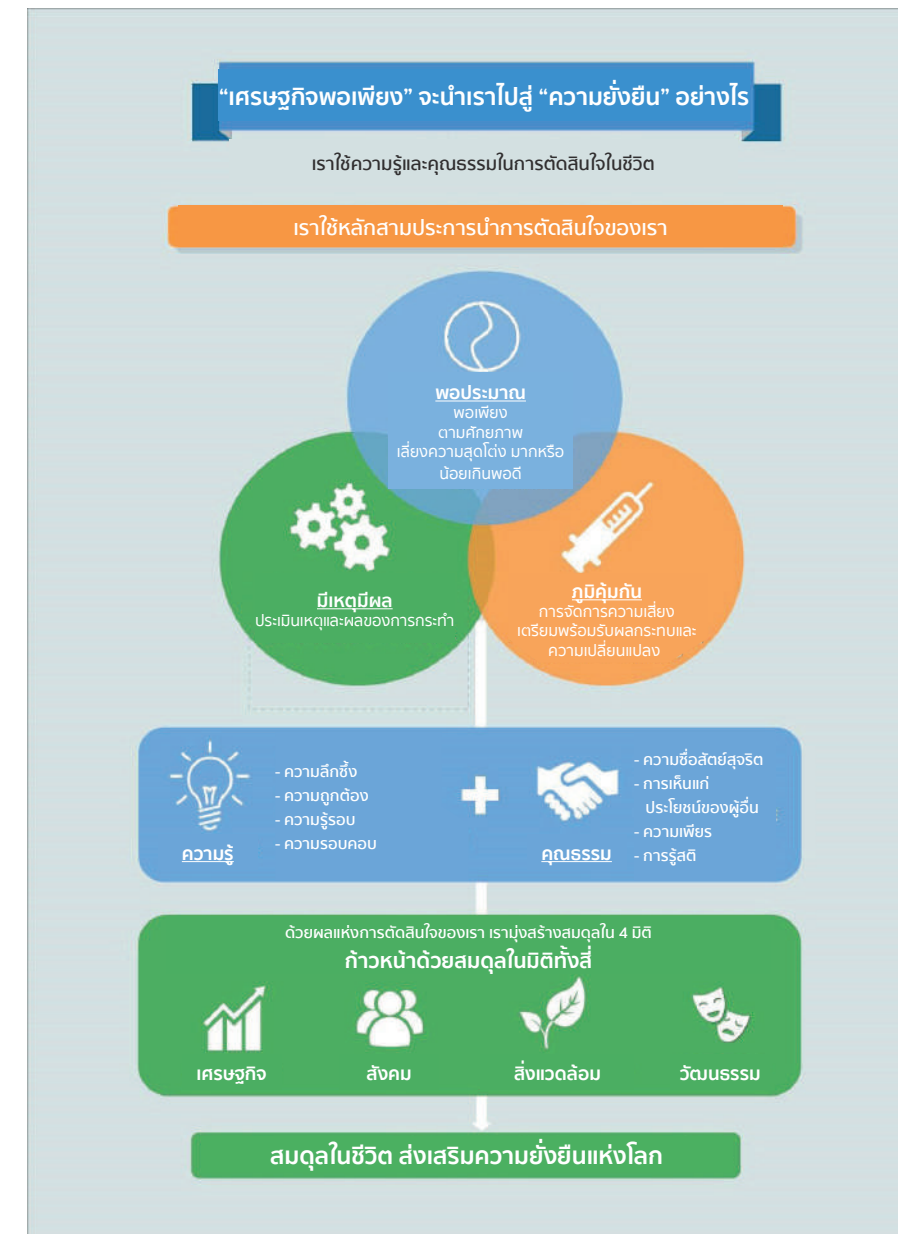
แม้จะมีความเปลี่ยนแปลงและไม่แน่นอนทางการเมืองมานับแต่คริสต์ทศวรรษที่ 70 (พ.ศ. 2513) ประเทศไทยก็ยังคงมีความก้าวหน้าอย่างมากในด้านการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม รายงานของธนาคารโลกชี้ว่า ไทยได้กลายเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง (upper-middle income economy) เมื่อ พ.ศ. 2554 (ธนาคารโลก, 2562) อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2541 อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงถึงร้อยละ 8-9 ต่อปีในช่วงปลายคริสต์ทศวรรษ 80 (พ.ศ. 2523) ถึงต้นคริสต์ทศวรรษ 90 (พ.ศ. 2533) ก็ลดลงโดยวิกฤตเศรษฐกิจ “ต้มยำกุ้ง” (Asian Crisis)

หลักการสำคัญ: ประชากรเศรษฐกิจพอเพียงและการพัฒนาที่ยั่งยืน

ประเทศไทยให้ความสำคัญมากกับการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลาง (people-centred development) โดยเดินตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร รัชกาลที่ 9 และยึดถือปรัชญาดังกล่าวเป็นหลักสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาตินับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสนับสนุนการพัฒนาที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางอย่างยั่งยืนและสมดุล บนฐานของความรู้คู่คุณธรรม เช่น ความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล และการมีภูมิคุ้มกันในตัวหรือความยืดหยุ่นปรับรับสถานการณ์

เมื่อประเทศไทยได้รับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 (2030 Agenda for Sustainable Development) ใน พ.ศ. 2558 จึงมีการบูรณาการปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีนี้เป็นกรอบการพัฒนาที่มุ่งให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้วตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” กรอบยุทธศาสตร์ประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ย่อย อันได้แก่ การสร้างความมั่นคง การสร้างความสามารถในการแข่งขัน การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน การสร้างโอกาสบนความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม การสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ แผนงานและงบประมาณของทุกหน่วยงานรัฐจะสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

แผนภาพ 1.1: ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและความยั่งยืน



แหล่งที่มา: กระทรวงการต่างประเทศ, 2560



แหล่งที่มา: กระทรวงการต่างประเทศ, 2561

ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจ "ต้มยำกุ้ง" การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางมาตลอด แต่ในช่วง พ.ศ. 2545-2550 เศรษฐกิจกลับมาเติบโตใหม่อย่างรวดเร็วอีกครั้งที่ราวร้อยละ 5 ก่อนจะลดฮวบลงเนื่องจากวิกฤตการเงินโลกในระหว่าง พ.ศ. 2551-2552 ผลกระทบจากความตึงเครียดทางการเมืองและความไม่มั่นคงในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 และมหาดูทุกภัยใน พ.ศ. 2554 อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยในปีหลัง ๆ จึงช้ากว่าประเทศเพื่อนบ้านที่อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP : gross domestic product) ของไทยขยาย

ขึ้นเพียงร้อยละ 2.8 ในไตรมาสแรกของ พ.ศ. 2562 ลดจากการเติบโตที่ปรับลดลงสู่ร้อยละ 3.6 ในไตรมาสก่อนหน้า นับแต่ พ.ศ. 2552 ประเทศไทยได้พัฒนาแผนและนโยบายอันหลากหลาย เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมที่สอดคล้องกับพันธสัญญาต่อ ICPD (ดูในกรอบหน้าถัดไป) และเพื่อมุ่งสู่การบรรลุวาระ พ.ศ. 2573 กับ 17 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งเป็นมติเอกฉันท์ของประเทศสมาชิกสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2560 ด้วยเหตุที่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตั้งเป้าที่จะเปลี่ยนแปลงแนวทางการพัฒนาในช่วง 15 ปีต่อไป จึงถือเป็นความทะเยอทะยาน

เป็นอย่างยิ่ง และจำเป็นต้องใช้ความพยายามอย่างใหญ่หลวงของนานาประเทศและความร่วมมือกับภาคีต่าง ๆ ในการที่จะทำให้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนบรรลุผลสำเร็จได้ ทั้งนี้ เพราะแผนปฏิบัติการ ICPD ได้ให้ข้อมูลและยึดโยงวาระและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายใน พ.ศ. 2573 เข้าด้วยกัน หากปราศจากการดำเนินการเพื่อบรรลุค้ำประกันต่อ ICPD ในด้านประชากรและการพัฒนา (unfinished business of the ICPD) การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนก็จะเป็นไปไม่ได้ยาก

นโยบายระดับชาติและการขับเคลื่อนเพื่อพันธสัญญาต่อ ICPD และ SDGs

- โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งริเริ่มใน พ.ศ. 2545
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 600 บาทต่อเดือนสำหรับผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- สวัสดิการสังคมต่อคนพิการ
- เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ 500 บาทต่อเดือนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน พ.ศ. 2547 โดยก่อนหน้านี้ใน พ.ศ. 2543 เป็นความช่วยเหลือจากกรมสวัสดิการสังคม
- แผนประชากรภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)
- ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)
- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1, 2 และ 3 (พ.ศ. 2525 – 2544, 2545 – 2564 และ 2565 – 2580)
- การกำหนดค่าแรงขั้นต่ำ 300 บาทต่อวันนับแต่ พ.ศ. 2556
- โครงการสวัสดิการแห่งรัฐสำหรับผู้มีรายได้น้อย นับแต่ พ.ศ. 2559
- พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ซึ่งระบุนำห้ามการอุ้มบุญบางกรณี และอนุญาตให้ในบางกรณีที่เป็นไปเพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่น
- ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการจัดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกเป็นอันดับที่สองของโลกจากการรับรองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ณ พ.ศ. 2559
- เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด 600 บาทต่อเดือนไปจนถึงอายุ 3 ปี

- สำหรับแม่ที่ยากจน เริ่มต้น พ.ศ. 2559 และใน พ.ศ. 2562 ได้ขยายอายุถึงเด็กอายุ 6 ปี
- นโยบายและยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 และ 2 (พ.ศ. 2555-2559 และ 2560-2569)
- ยุทธศาสตร์รณรงค์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 และ 2 ซึ่งส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อเอชไอวี (พ.ศ. 2558-2562 และ 2563-2567)
- พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
- พ.ร.บ. ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2550 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2560

นโยบายและ ปฏิบัติการสำคัญ

บทเรียนจากประสบการณ์ของประเทศไทยอาจเป็นประโยชน์ต่อประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association for Southeast Asian Nations : ASEAN) หรือ สมาคมอาเซียน สองทศวรรษที่ผ่านมา ก่อนที่ไทยจะกลายเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับสูงใน พ.ศ. 2554 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นอันกล้าหาญและแปลกใหม่เพื่อมุ่งสร้างความเสมอภาคในหมู่ประชาชน การให้บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้นำไปสู่การลดการเสียชีวิตของแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง ผู้หญิงในประเทศไทยปัจจุบันต่างทราบว่าการตั้งครรภ์และการคลอดของตนจะปลอดภัย ไม่ว่าตนจะมีสถานะเช่นไร สิ่งสำคัญในก้าวต่อไปก็คือ การให้ความรู้เด็กตั้งแต่ยังเยาว์วัยว่า ทั้งผู้ชายและเด็กชายควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้อื่น การศึกษาที่เน้นความเสมอภาคระหว่างเพศมีความสำคัญเทียบเท่ากับบทเรียนเกี่ยวกับชีวิต ความรัก และการตัดสินใจเลือกอย่างรับผิดชอบ เพศวิถีศึกษารอบด้าน (comprehensive sexuality education) ตั้งแต่เยาว์วัย จะเป็นกุญแจสำคัญอันนำไปสู่การจัดการกับวิกฤตการณ์ที่ตั้งครกในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพตามที่ได้ระบุไว้ใน พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในวัยรุ่น และถือเป็นก้าวอย่างสำคัญที่ถูกต้องที่ควรได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างยิ่ง

เพศวิถีศึกษาจะต้องสัมพันธ์กันกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชน เพื่อเสริมพลังอำนาจของเยาวชนให้สามารถใช้ชีวิตอย่างรับผิดชอบและมีศักดิ์ศรี ซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนให้เด็กสาวและหญิงสาวหลีกเลี่ยงการแต่งงานและมีลูกเร็วเกินไป แต่หากเด็กหญิง

จะต้องลงเอยด้วยการมีลูกแล้ว ก็จะต้องได้รับความช่วยเหลือให้สามารถเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนต่อไปได้ เพื่ออนาคตที่สดใสทั้งของตนเองและลูก

แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างชัดเจนและส่งผลให้อัตราการเกิดต่อบิลด์น้อยลงนั้นมีที่มาจากหลายปัจจัย ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงไม่จำเป็นต้องเป็นปรากฏการณ์เชิงลบ บุคคลสามารถใช้สิทธิการเจริญพันธุ์ของตนได้เมื่อมีทางเลือกและทางเลือกนั้นเป็นจริงได้ ในฐานะที่เป็นด่านหน้าในการทำให้สิทธิเหล่านี้เป็นจริง การรักษากวาระมีบุตรยากควรเข้าถึงได้ ร่วมกับได้รับข้อมูลและการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมให้ โดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายสูงเกินไป

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงมากมาย ประเทศไทยมีโอกาสที่จะลงทุนในสังคมใหม่ ที่ซึ่งพลเมืองทุกคนและทุกวัยจะได้รับประโยชน์ จากความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศ ไทยสามารถสร้างระบบการศึกษาให้แข็งแกร่งขึ้น พัฒนาการดูแลสุขภาพในระยยาว พัฒนาโครงการบำนาญที่ยั่งยืน และเพิ่มการลงทุนในบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการเข้าสู่ภาวะสูงวัยด้วยสุขภาพที่ดี

เช่นเดียวกับภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง การเข้าสู่ภาวะสูงวัยอาจถูกมองในแง่ลบได้เช่นกัน ทว่าผู้สูงอายุมักทรงคุณค่ามากกว่าจะเป็นภาระ ด้วยแม้จะตกอยู่ในสถานการณ์ยากลำบากเพียงไร ผู้สูงอายุหลายคนก็คือบุคคลสำคัญที่คอยดูแลสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลมากที่สุด การตระหนักและรู้จักใช้ประโยชน์จากศักยภาพดังกล่าว ขึ้นอยู่กับการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุตามที่ต้องการเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่า

ประโยชน์ทั้งในบ้านและที่ทำงาน ลดความยากลำบาก และลดความตึงเครียด

ทางเลือกและการลงทุนในขณะนี้กับอีกหลายปีข้างหน้า อาจนำไปสู่หนทางที่แตกต่างระหว่างการสร้างความมั่งคั่งและความเป็นอยู่ที่ดีอันยืนยาว หรือการปล่อยให้ประเทศติดอยู่กับสภาวะการเป็นประเทศรายได้ระดับปานกลางที่มีความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจอย่างยืดเยื้อวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 ให้ความสำคัญกับการก้าวข้ามความเหลื่อมล้ำและการถูกกีดกัน โดยหันมาสร้างสังคมที่เอื้อเพื่อ เสรีและยุติธรรมที่ข้ามผ่านความแตกต่าง หากทั้งหมดนี้ไม่อาจขึ้นอยู่กับเพียงบุคคลและครอบครัว จะต้องมีความมุ่งมั่นของรัฐและทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อสนับสนุนทุกคนที่แตกต่างหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยากจนและอยู่ในภาวะเปราะบางอย่างที่สุด เพื่อให้พวกเขาได้มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีนับแต่แรกเกิด

ประเทศไทยกำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านทางประชากรครั้งสำคัญ การตอบสนองต่อความคาดหวังและมุ่งมาดปรารถนาของประชากรที่หลากหลายตั้งแต่เยาว์วัยถึงวัยชราจึงเป็นเรื่องท้าทาย ด้วยข้อเท็จจริงที่ว่ามีจำนวนเด็กเกิดใหม่น้อยลงมาก ประเทศไทยจึงไม่อาจยอมสูญเสียศักยภาพของบุคคลใดไปได้อีกแม้แต่คนเดียว ไม่ว่าจะเป็นผู้ยากจนหรือร่ำรวย และเป็นคนชนบทหรือในเมือง ดังนั้น เด็กและเยาวชนทุกคนจึงควรได้รับโอกาสให้ได้เริ่มต้นชีวิตได้ดีที่สุด เพื่อให้มั่นใจว่าพวกเขาจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี มีการศึกษาดี และสามารถอำนาจประโยชน์ให้แก่สังคมได้สูงสุดต่อไปได้ การให้ความสำคัญกับเด็กและเยาวชนจะนำมาซึ่งความมั่งคั่งอันยืนยาว

การเปลี่ยนผ่านของประเทศไทยจากการเป็นประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางเป็นประเทศของสังคมชนชั้นกลางซึ่งเป็นเรื่องที่ถูกมองข้าม ไทยก็ยังสามารถใช้โอกาสดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ ด้วยการขยายการเข้าถึงประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสร้างอำนาจในการซื้อหากความท้าทายก็คือการชะลอความเห็นห่างระหว่างคนต่างวัยต่างรุ่นซึ่งมักเกิดขึ้นพร้อมกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและขนาดครอบครัวที่เล็กลงนั่นเอง

ยี่สิบปีนับแต่เริ่มไปคือช่วงเวลาอันสำคัญสำหรับการทำให้ความมั่งคั่งของประชาชนทุกคนในประเทศเป็นรูปเป็นร่าง การลงทุนกับครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง หากครอบครัวต่าง ๆ มีทุนทรัพย์เพียงพอ เด็กทุกคน รวมถึงเด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กกำพร้า เด็กที่ถูกปล่อยให้ญาติพี่น้องดูแล หรือแม้กระทั่งลูกของแรงงาน

ข้ามชาติ ก็จะสามารถเข้าถึงโภชนาการ การศึกษา สุขภาพอนามัยที่ดี การคุ้มครอง และการเลี้ยงดูอย่างเป็นกลางตามเพศภาวะที่หลากหลายได้ หากพ่อแม่มีวิถีทางการเงินการจัดการที่จะประกอบอาชีพพร้อมๆ กับการมีลูก และหากผู้หญิงได้รับการประกันว่าการมีลูกและการเลี้ยงดูจะมีได้หมายถึงจุดจบของอาชีพการงาน อัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยอาจไม่ลดลงไปอีก หากมีแรงจูงใจให้เด็กชายได้เรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนต่อ และหากมีโครงการที่จะสลายอคติทางเพศที่ฝังอยู่ในบรรทัดฐานและแนวทางการเลี้ยงดูเด็กซึ่งมักกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงทางเพศ อัตราการแต่งงานก็อาจเพิ่มสูงขึ้น และอัตราการหย่าร้างก็อาจลดลงได้

ความสำเร็จของการรณรงค์เพื่อการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยเมื่อ 40 ปีก่อนมา

จากการผลักดันแนวคิดที่ว่า การวางแผนครอบครัวคือการวางแผนชีวิต มิใช่เพียงแค่การวางแผนแต่ครอบครัวของตน หากวันนี้แนวทางการณรงค์จะต้องทำให้ครอบครัวนั้นคือ การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องของครอบครัว และมีแค่เรื่องแต่ละบุคคล ท้ายที่สุดแล้ว บุคคลและการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต การเจริญพันธุ์และการมีบุตรของตน จะกำหนดภาพของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจว่าจะแต่งงานหรือไม่ จะแยกกันอยู่ไหม จะมีลูกหรือไม่ และจะมีกี่คน เป็นต้น การสร้างพลังอำนาจให้บุคคลสามารถตัดสินใจและใช้สิทธิมนุษยชนของตนได้ ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคนในสังคม ทั้งรัฐบาล นักการเมือง นายจ้าง สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน และผู้พิทักษ์บรรทัดฐานของสังคมด้วยเช่นกัน



© UNFPA/ชลิศ สุภาพภักดิ์

เมื่อประเทศไทยก้าวสู่ระยะเปลี่ยนผ่านทางประชากรครั้งสำคัญ การตอบสนองความคาดหวังและความมุ่งมาดปรารถนาของประชากรที่หลากหลายจากวัยเยาว์สู่วัยชรา จึงคือความท้าทาย

บทที่ 2

พินิจประชากรไทย ความเปลี่ยนแปลง และภาพอนาคต

การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

โครงสร้างประชากรไทยได้ผ่านความเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษที่ 70 (พ.ศ. 2513) โดยก่อนหน้านั้น อัตราการเพิ่มของประชากรพุ่งสูงขึ้นรวดเร็วเนื่องจากความสำเร็จในการลดอัตราการเสียชีวิต แต่ภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงมากขึ้นก็ไม่อาจปรับเข้ากับโอกาสการรอดชีวิตของการที่เพิ่มขึ้นได้เร็วนัก การขาดแคลนบริการการวางแผนครอบครัวในเวลานั้นยังทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ไม่ได้ลดลง ใน พ.ศ. 2515 คาดว่ามีประชากรวัยทำงานจำนวน 89 คนจาก 100 คนที่ต้องดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (สศช., 2515) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อทั้งคุณภาพการเลี้ยงดูเด็กและผลิตภาพรวมของกำลังแรงงาน นอกจากนี้ ขนาดประชากรที่เพิ่มขึ้นเริ่มถูกมองว่าเป็นปัญหาท้าทายต่อโครงสร้างการศึกษา การจ้างงาน และการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอีกด้วย

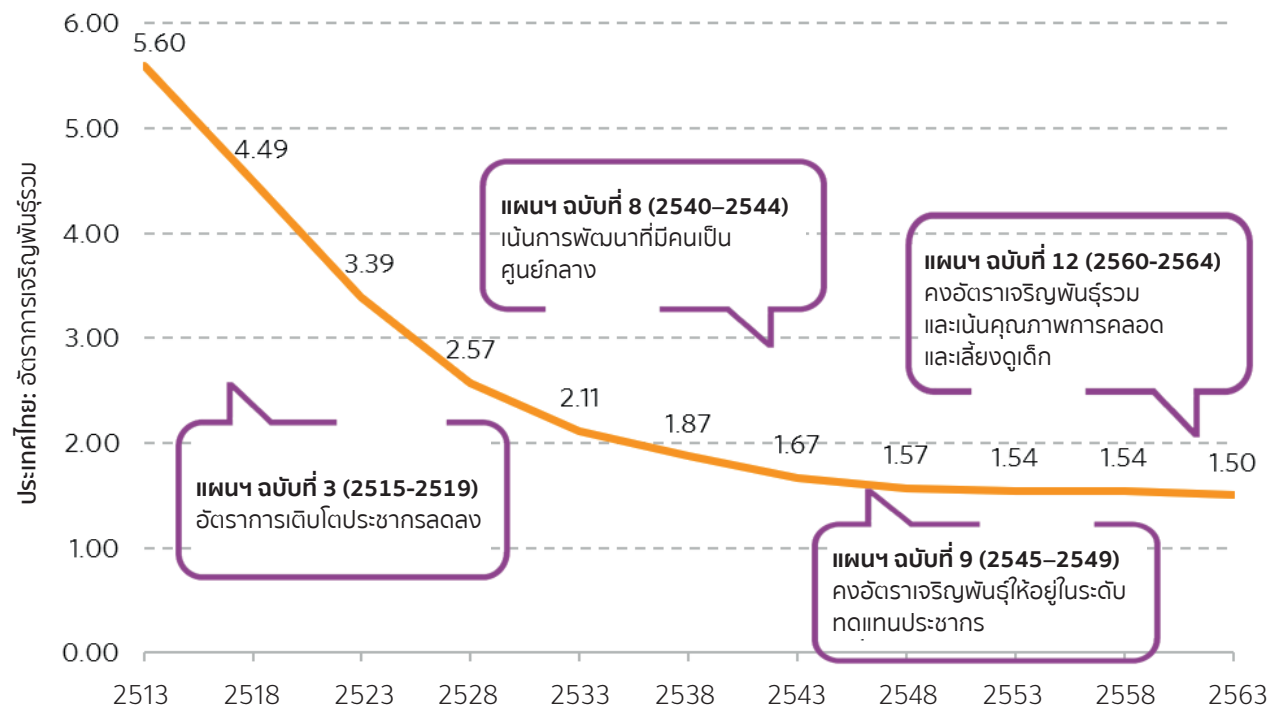


นับจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2515 – 2519 รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับการลดการเติบโตของประชากร ด้วยการเสนอบริการการวางแผนครอบครัวทั่วประเทศ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวประสบผลสำเร็จ (แผนภูมิ 2.1) ในระหว่างคริสต์ทศวรรษที่ 70 -90 (พ.ศ. 2513-2533) โดยอัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงจากบุตร 5.6 มาเป็น 2.1 คนต่อหญิง 1 คน ถือเป็นผลสำเร็จที่รวดเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (องค์การสหประชาชาติ, 2562)

เมื่อถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งครอบคลุมระหว่าง พ.ศ. 2540 – 2544 หลังจากการประชุม ICPD พ.ศ. 2537 มาได้เพียง 3 ปี อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศได้ลดลงต่ำกว่าระดับการทดแทนประชากร (population replacement level) ซึ่งคือ บุตร 2.1 ต่อหญิง 1 คน รัฐบาลไทยจึงลดความสำคัญของนโยบายชะลอการเติบโตของประชากรโดยไม่มีเป้าหมายจะลดลงต่อไปอีก เมื่อถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ระหว่าง พ.ศ. 2545 – 2549 หลังจากที่ได้มีเวลาตระหนักแล้วว่าภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยได้ลดลงมากเพียงใด เป้าหมายจึงได้เปลี่ยนไปเป็นการคงระดับภาวะเจริญพันธุ์ไว้ดังเดิมแทน

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 มีการคาดการณ์อัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2558 -2563 ไว้ว่าน่าจะอยู่ในระดับการมีลูก 1.53 ต่อหญิง 1 คน ซึ่งหากไม่มีความเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ แนวโน้มการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมก็อาจจะดำเนินต่อไปจนถึงการมีลูก 1.51 คนต่อหญิง 1 คนใน พ.ศ. 2593 ได้ สถานการณ์เช่นนี้ทำให้รัฐบาลปัจจุบันหันมาให้ความสำคัญกับการรักษาอัตราเจริญพันธุ์รวมให้อยู่ในระดับที่ไม่ต่ำกว่า 1.6 ให้ได้ภายใน พ.ศ. 2569 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และให้ความสำคัญกับสุขภาพของเด็กแรกเกิดและมารดาเป็นอย่างมาก

แผนภาพ 2.1: อัตราการเจริญพันธุ์รวมและเหตุการณ์สำคัญระหว่าง พ.ศ. 2513 – 2563



แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



© UNFPA/ชลิศ สภาภักดิ์

ผู้หญิงไทยมีบทบาทสำคัญในสังคมมากขึ้น ด้วยเหตุที่มีการศึกษาที่ดีขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และอนามัยทางเพศ และมีความสามารถที่จะเรียกร้องวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนได้มากขึ้น ด้วยเหตุนี้ ผู้หญิงจึงมีเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตนได้มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่สำคัญอื่น ๆ เกิดขึ้นในระหว่าง พ.ศ. 2537 ที่มีการริเริ่มแผนปฏิบัติการ ICPD จนถึงปัจจุบันใน พ.ศ. 2562 ดังที่ปรากฏในตาราง 2.1 ในช่วงระยะเวลา นี้ มีความก้าวหน้าในการตั้งอัตราการเติบโตประชากรให้ลดลง การยืดอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) และการลดอัตราการเสียชีวิตของทารก การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างอายุประชากรซึ่งมีสัดส่วนคนวัยทำงานสูงขึ้นขณะที่มีผู้เยาว์ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงลดลง ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับประโยชน์จากการปันผลทางประชากร (demographic dividend) นี้

ความสำเร็จอันควรบันทึกไว้ของประเทศไทย ยังได้แก่การพัฒนาชนบท โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คุณภาพและการเข้าถึงการศึกษาที่ดีขึ้น และการพัฒนาความเสมอภาคระหว่างเพศ ผู้หญิงไทยมีความก้าวหน้าในระดับการศึกษา ร้อยละ 54.7 ของหญิงวัย 25-29 ปีจบปริญญาตรีเป็นอย่างน้อย ขณะที่ผู้ชายในวัยเดียวกันที่เรียนจบปริญญาตรีเพียงร้อยละ 35.7 เท่านั้น ผู้หญิงจึงอยู่ในตลาดแรงงานในระบบมากขึ้น และได้ก้าวขึ้นมามีบทบาทสำคัญในสังคมมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาที่ดีขึ้นยังนำไปสู่ความรู้ด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีขึ้น พร้อม

ด้วยศักยภาพที่จะเรียกร้องวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตน อัตราการคุมกำเนิดในประเทศไทยจึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 15 ใน พ.ศ. 2513 มาเป็นมากกว่าร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2520 (UNFPA, 2560) ด้วยเหตุนี้ ผู้หญิงจึงมีเสรีภาพในการตัดสินใจในภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองมากขึ้น

¹ คำนวณจากข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ, สถิติการศึกษาของประเทศไทย, พ.ศ. 2559-2560

ปัจจัยทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การลดลงของการเกิดในช่วง 25 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 31 กล่าวคือ จากการเกิดมากกว่า 1 ล้านคนต่อปีได้ลดลงเหลือเพียงไม่ถึง 7 แสนคนต่อปี แผนภาพ 2.2 แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างอายุประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว และจะยังคงเปลี่ยนต่อไปได้อีกในทศวรรษที่กำลังจะมาถึง การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยเป็นที่เห็นได้ชัดเจน เนื่องจากอัตราการ

เจริญพันธุ์ที่สูงขึ้นมากในยุค"เบบี้บูม"ผนวกกับอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ในขณะเดียวกัน การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่องส่งผลให้สัดส่วนประชากรเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 14 ปีและกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-60 ปีลดลงไป องค์การสหประชาชาติได้ประมาณการประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปว่าจะมีจำนวน 23.5 ล้านคน ภายในพ.ศ. 2593 ซึ่งมากกว่าหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้กำลังเกิดขึ้น และจะยังคงเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของไทยต่อไปได้อีก

ตาราง 2.1: บันทึกความสำเร็จต่อเนื่องนับจาก พ.ศ. 2537

ตัวชี้วัดทางประชากร		
ปี	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2562
ขนาดประชากร ('000)	58,875	69,626
จำนวนการเกิดต่อปี ('000)	1,028	707
อัตราการเติบโตประชากร	1.0%	0.25%
อัตราเจริญพันธุ์รวม (จำนวนการคลอดต่อหญิง 1 คน)	1.91	1.51
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ปี)	70.2	77.2
อัตราการตายของการก (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	24.3	7.3
สัดส่วนผู้พึ่งพิง (อายุ 0-14 ปีและ อายุ 65 ปีขึ้นไปต่อจำนวนประชากรวัย 15-64)	49.1	41.3
สัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง (อายุ 65 ปีขึ้นไปต่อจำนวนประชากรวัย 15-64)	7.8	17.5
ร้อยละของประชากรวัยมากกว่า 60 ปี	8.2	18.5
แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562		
ปี	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2558
อัตราการเสียชีวิตของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย)	40	21.8
แหล่งที่มา: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2558 และ สส., 2562		
ปี	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2558
อัตราการคุมกำเนิด (ร้อยละ)	75.0	78.4
แหล่งที่มา: สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์, 2553; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559.		

ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจสังคม		
ปี	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2559
ระดับการศึกษา ร้อยละของประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไปที่จบชั้นประถมเป็นอย่างน้อย (ส:สม)	12.2	65.7
แหล่งที่มา: UNESCO, 2562.		
ปี	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2561
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว (\$ ความเสมอภาคของอำนาจซื้อ หรือ PPP)	6,290	19,018
แหล่งที่มา: World Bank, 2562		
ปี	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2559
ค่าใช้จ่ายตามจริง (ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปัจจุบัน)	34.2	12.1
แหล่งที่มา: World Bank, 2562		
ปี		พ.ศ. 2558
ดัชนีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (SDG 3.8.1) ²		79.8
ประชากรที่มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือรายได้ (SDG 3.8.2)		
สัดส่วนประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามจริงของครัวเรือนสูงกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมดหรือรายได้		2.2%
สัดส่วนประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามจริงสูงกว่าร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมดหรือรายได้		0.4%
แหล่งที่มา: WHO, 2562ก		
ปี	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2559
สัดส่วนประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามจริงสูงกว่าร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนทั้งหมดหรือรายได้	42.3	8.6
แหล่งที่มา: World Bank, 2562ง		
ปี	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2560
สัดส่วนคนยากจน ที่ \$1.90 ต่อวัน (2554 PPP) (ร้อยละของประชากร)	3.2	0.0
สัดส่วนคนยากจน ที่ \$5.50 ต่อวัน (2554 PPP) (ร้อยละของประชากร) ความไม่เสมอภาค : สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค	50.9	7.8
สัดส่วนคนยากจนภายใต้เส้นความยากจนของประเทศ (ร้อยละของประชากร)	43.5	36.5
แหล่งที่มา: World Bank, 2562, 2562ก, 2562ข		

² ดัชนีความคุ้มครองของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงการคุ้มครองบริการสุขภาพตามที่จำเป็นบนพื้นฐานของการแทรกแซงและติดตาม ซึ่งรวมถึงอนามัยแม่และเด็ก อนามัยการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ศักยภาพการบริการและการเข้าถึงการบริการ สำหรับกลุ่มประชากรทั่วไปและประชากรด้อยโอกาส (https://www.sdg.org/datasets/f6c3182a119748dcb8db841cfce94e95_0)

ประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงของประชากร

การบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืน จะต้องทำให้มั่นใจว่า หญิง ชาย เด็กหญิง และเด็กชายทุกคนมีชีวิตอยู่ด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และถือครองสิทธิมนุษยชนได้อย่างสมบูรณ์ รวมถึงสามารถพัฒนาสมรรถภาพ รักษาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ และมีงานทำที่มีคุณค่า การพัฒนานโยบายและการลงทุนเพื่อให้ได้มาซึ่งอนาคตเช่นนั้นจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ในด้านขนาด เพศ ภูมิภาค และโครงสร้างอายุประชากรทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ประเทศต่าง ๆ ที่ก้าวสู่ระยะที่ประชากรวัยทำงานมีสุขภาพดี มีการศึกษาที่มีคุณภาพ และมีงานที่มีคุณค่า โดยมีสัดส่วนผู้เยาว์ที่ต้องพึ่งพิงน้อย จะได้รับประโยชน์จากการปีนพลทาง ประชากรเป็นการเติบโตทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วขึ้น สัดส่วนต่อครัวเรือนที่น้อยลง มักนำไปสู่การลงทุนที่เพิ่มต่อดีก เป็นรายคน เสรีภาพที่มากขึ้นของผู้หญิงในการเข้าสู่ภาคแรงงานในระบบและเงินออมสำหรับวัยชราที่มากขึ้น ส่วนคือผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจอันมหาศาลของประเทศ

แหล่งที่มา: UNFPA, 2562

แผนภาพ 2.2: จากวัยเยาว์สู่วัยสูงอายุ: การเปลี่ยนแปลงของประชากรไทยในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2523-2563



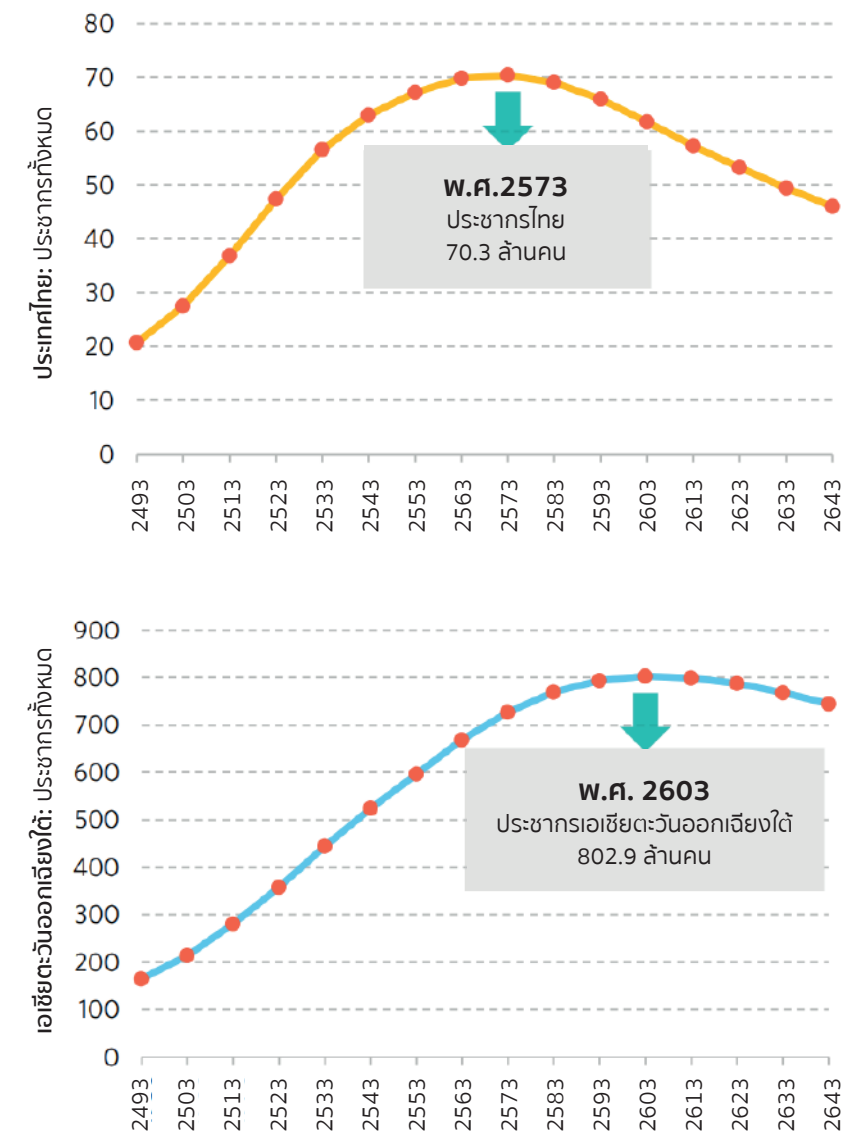
แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562

จากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ เปรียบเทียบโครงสร้างประชากร 10 ประเทศอาเซียนใน พ.ศ. 2562 ประเทศไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะมีประชากรลดลงนับตั้งแต่ พ.ศ. 2573 สำหรับกลุ่มประเทศอาเซียนโดยรวมนั้น ประชากรจะ

ยังเพิ่มขึ้นจนกระทั่งถึง พ.ศ. 2603 ดังที่ปรากฏตามแผนภาพ 2.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วซึ่งถึงความจำเป็นที่จะต้องคงไว้ซึ่งระดับผลิตภาพทางเศรษฐกิจและการพัฒนาอย่างทั่วถึงโดยไม่ทิ้งผู้ใดไว้ข้างหลัง ทั้งนี้ ด้วยสัดส่วนของวัยทำงานที่ลดลง

นโยบายเพื่อการพัฒนาทุนมนุษย์และการเคลื่อนย้ายประชากรจึงสมควรได้รับการนำมาพิจารณาอย่างถี่ถ้วน

แผนภาพ 2.3: ขนาดประชากรไทยจะเพิ่มสูงสุดก่อนประชากรของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้



แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562

ตาราง 2.2: ตัวชี้วัดทางประชากรที่สำคัญสำหรับประเทศไทยและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

	ประชากรทั้งหมด (ล้าน)			อัตราเจริญพันธุ์รวม (ต่อหญิง 1 คน)			อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ปี)			อัตราการเปลี่ยนแปลงประชากรต่อปีโดยเฉลี่ย (ร้อยละ)
	2503	2537	2562	2503	2537	2562	2503	2537	2562	
อินโดนีเซีย	87.8	193.9	270.6	5.7	2.8	2.3	47	64	72	1.1
ฟิลิปปินส์	26.3	68.2	108.1	7.2	4.1	2.5	61	68	71	1.4
เวียดนาม	32.7	73.7	96.5	6.4	2.9	2.1	59	72	75	1.0
ไทย	27.4	58.9	69.6	6.2	1.9	1.5	55	70	77	0.3
เมียนมา	21.7	43.4	54.1	6.1	3.1	2.1	42	58	67	0.7
มาเลเซีย	8.2	20.0	32.0	6.5	3.4	2.0	60	72	76	1.3
กัมพูชา	5.7	10.3	16.5	7.0	4.9	2.5	41	55	70	1.5
ลาว	2.1	4.7	7.2	6.0	5.6	2.6	43	55	68	1.5
สิงคโปร์	1.6	3.4	5.8	5.8	1.7	1.2	65	77	84	0.9
ติมอร์-เลสเต	0.5	0.8	1.3	6.3	5.6	3.9	34	52	70	1.9
บรูไน	0.1	0.3	0.4	6.8	2.9	1.8	55	71	76	1.1

แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562

ความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วของประเทศไทย ได้กลายเป็นเรื่องราวความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวอันยิ่งใหญ่ของโลก เป็นเวลาหลายทศวรรษที่โครงการวางแผนครอบครัวประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในการคุมกำเนิด และอัตราการคุมกำเนิดที่สูงอย่างต่อเนื่อง (ดูตาราง 2.3)

โครงการนี้สร้างขึ้นจากความต้องการอันชัดเจนเร่งกล้าต่อการวางแผนครอบครัว หากก็ได้รับประโยชน์จากฐานงานสาธารณสุขที่แข็งแกร่ง และความเต็มใจของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ยอมรับแนวนวัตกรรมใหม่ งานวางแผนครอบครัวของประเทศไทยไม่มีการถดถอยบดบัง ซึ่ง ต่างไปจากงานวางแผนครอบครัวในประเทศอาเซียนอื่น ๆ ในขณะนั้น ทั้งนี้ คู่สมรส/คู่ครองไทยจำนวนมากต้องการจำกัดจำนวนบุตรของตนเพื่อที่จะได้จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้เพียงพอเพื่อให้

ชีวิตลูกๆ ประสบความสำเร็จ หากแต่ส่วนใหญ่ก็ยังขาดความรู้หรือไม่สามารถเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในขณะนั้น

งานวางแผนครอบครัวของประเทศไทยขยายจุดให้บริการออกไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเสนอวิธีการคุมกำเนิดหลากหลายรูปแบบ นอกจากนี้ ยังมีการบุกเบิกวิธีการใหม่ ๆ เช่น การอนุญาตให้ผู้ช่วยผดุงครรภ์จ่ายยาคุมกำเนิด และต่อมายังสามารถใส่ห่วงคุมกำเนิดให้ผู้หญิงได้ แผนงานวางแผนครอบครัวจึงเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้จะมีข้อจำกัดในด้านจำนวนบุคลากรสาธารณสุขระดับสูงก็ตาม งานบริการด้านวางแผนครอบครัวของภาครัฐยังได้รับการขยายเพิ่ม ด้วยการประสานความร่วมมือกับโครงการเผยแพร่บนฐานชุมชนซึ่งนำโดยสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (Rosenfield and Min, 2550)

คำกล่าวต้อนรับผู้รับรางวัลเกียรติคุณในพิธีมอบรางวัลประชากรของสหประชาชาติ พ.ศ. 2540 ของเลขาธิการสหประชาชาติ

ท่านวุฒิสมาชิก มีชัย วีระไวทยะ มีชื่อเสียงโดดเด่นในด้านการส่งเสริมนโยบายประชากรที่แข็งแกร่ง ทว่าเปี่ยมไปด้วยความเขินอายใจในเพื่อนมนุษย์ทั้งในประเทศไทยและทั่วทั้งเอเชีย "คุณมีชัย" ตามที่เป็นที่รู้จักกันในประเทศ มีชื่อเสียงในด้านการส่งเสริมการบริการและข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ และมักเปี่ยมไปด้วยความสร้างสรรค์

ใน พ.ศ. 2517 ท่านวุฒิสมาชิกมีชัย ได้ก่อตั้งสมาคมเอกชน คือ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ซึ่งได้บุกเบิกกิจกรรม เช่น งานวางแผนครอบครัวในชุมชน ณ เวลาที่ยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังคงใหม่และเป็น

สงสัยอยู่ ซึ่งโครงการดังกล่าวนี้เองได้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ภาวะเจริญพันธุ์ของไทยลดลงต่ำกว่าระดับทดแทน โดยใช้วิธีการสมัครใจอย่างแท้จริง

ท่านวุฒิสมาชิกมีชัยเป็นหนึ่งในผู้นำคนแรก ๆ ที่ตระหนักในปัญหาเอชไอวี/เอดส์ที่เพิ่มมากขึ้นในประเทศ อีกทั้งยังมุ่งทำงานเพื่อวางกรอบนโยบายชาติเพื่อการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ จึงถือเป็นการแสดงภาวะผู้นำในการหยั่งรู้ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางอีกครั้งหนึ่ง

แหล่งที่มา: <https://www.un.org/press/en/1997/19970610.sgsm6253.html>.



© UNFPA

งานวางแผนครอบครัวของประเทศไทยขยายจุดให้บริการอย่างรวดเร็ว ใช้วิธีสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเสนอวิธีการคุมกำเนิดหลากหลายรูปแบบ

ตาราง 2.3 แสดงร้อยละของหญิงวัย 15-44 ปีที่แต่งงานหรือเคยแต่งงานแล้วที่ใช้ (หรือคู่ครองใช้) วิธีการคุมกำเนิดอย่างไรบ้าง (วัย 15-49 ปี สำหรับ พ.ศ. 2549, 2552, 2555 และ 2558 และ 15-19 ปี สำหรับปี 2555)

ตาราง 2.3: การคุมกำเนิดในประเทศไทยที่ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วในระหว่าง พ.ศ.2521-2558

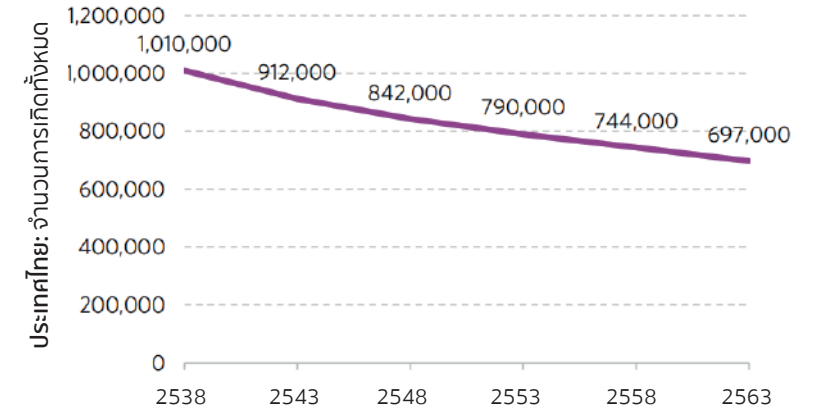
	CPS1 2521	CPS2 2527	CPS3 2527	CUPS 2530	FHPE 2538	CPS96 2539	BOP 2543	RHSE 2549	RHS 2552	MIC4 2555	MIC5 2558
	15-49										
	15-19										
ยาเม็ดคุมกำเนิด	21.9	20.2	19.8	19.9	24.2	23.1	26.5	36.7	35.0	42.9	32.8
ฉีดยาคุมกำเนิด	4.7	7.1	7.6	10.9	18.0	16.4	22.0	12.4	14.0	20.0	14.0
ห่วงคุมกำเนิด	4.0	4.2	4.9	6.2	4.5	3.2	3.1	1.2	0.9	0.4	0.4
กำบังหนังยาง (ผู้หญิงใช้)	13.0	18.7	23.5	25.4	22.9	22.0	22.6	26.6	23.7	27.4	24.3
กำบังชาย	3.5	4.2	4.4	3.8	1.7	2.0	1.2	0.9	0.9	0.0	0.4
ยาฝังคุมกำเนิด	na	na	na	0.2	1.4	1.3	1.5	0.8	0.4	0.3	1.1
ถุงยางอนามัย	2.2	1.9	1.8	1.9	1.8	1.8	1.7	1.2	2.3	2.6	2.5
ยากุมกำเนิดฉุกเฉิน	na	na	na	na	na	na	na	na	0.3	na	na
อื่น ๆ (รวมถึงวิธีพื้นบ้าน)	4.1	2.7	2.6	2.3	0.6	0.6	0.3	0.4	2.2	2.5	2.9
Total	53.4	59.0	64.6	70.5	75.0	72.2	79.2	81.1	79.6	73.2	78.4

แหล่งที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ 2553 ; NSO, 2013; NSO, 2016.

การเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

แม้จาก พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2563 จำนวนการเกิดทั้งหมดต่อปีจะลดลงอย่างต่อเนื่อง (แผนภาพ 2.4) ช่วงอายุของแม่ในการให้กำเนิดบุตรก็ยังเป็นที่น่าห่วงใย ร้อยละ 16 ของการคลอดครั้งแรกใน พ.ศ. 2560 เกิดขึ้นในแม่วัยรุ่นอายุเพียง 10-19 ปี และร้อยละ 13.4 อยู่ในกลุ่มหญิงวัย 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นอายุที่ค่อนข้างมากสำหรับการเริ่มต้นครอบครัว หญิงวัย 20-34 ปี ซึ่งเป็นวัยในอุดมคติสำหรับการเลี้ยงดูบุตร เป็นกลุ่มที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงมากที่สุด

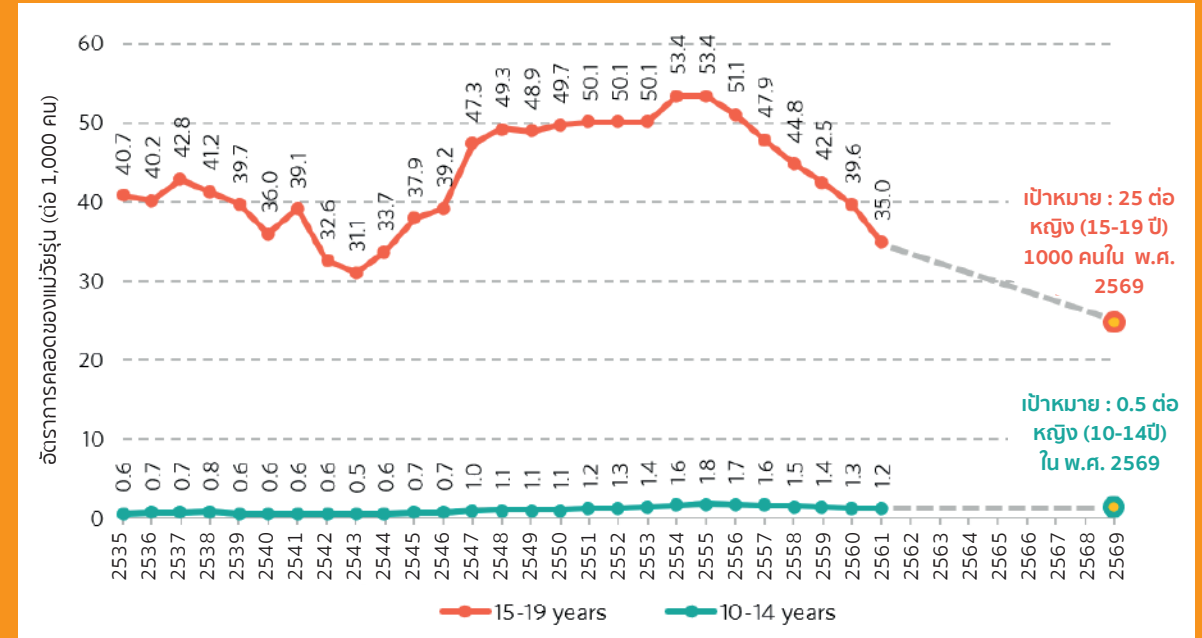
แผนภาพ 2.4: จำนวนการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2538-2563



แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562

อัตราแม่วัยรุ่นที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

แผนภาพ 2.5: อัตราการคลอดจากแม่วัย 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน



อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นไทยได้ลดลงนับแต่ พ.ศ. 2556 หากยังไม่ถือว่าเป็นขบวนการที่ต่ำกว่า 25 คนต่อหญิง (วัย 15-19 ปี) 1,000 คนภายใน พ.ศ. 2569

แหล่งที่มา: สถิติสาธารณสุข, พ.ศ. 2535-2561

แม้จะอัตราเจริญพันธุ์รวมจะลดลง การตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นก็กลับเพิ่มขึ้นมาก ใน พ.ศ. 2561 มีหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีจำนวน 199 คน โดยเฉลี่ยคลอดบุตรในแต่ละวัน ในจำนวนนี้มี 7 คนที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในความเป็นจริงแล้วจำนวนของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มจะสูงกว่านี้หากยังไม่มิตัวเลขยืนยันว่าการตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดลงด้วยการทำแท้งเป็นจำนวนเท่าไร การเพิ่มขึ้นของแม่วัยรุ่นได้เกิดขึ้นแม้เศรษฐกิจไทยจะเติบโตอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ผ่านมาและผู้หญิงไทยก็มีโอกาสทางการศึกษาและอาชีพที่ดีขึ้นมาก

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นได้ลดลงในช่วง พ.ศ. 2533-2543 ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจในชนบทและการศึกษาที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้หญิง อย่างไรก็ตาม จำนวนการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นก็เพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งหลังจากนั้นเป็นต้นมา ดังที่ปรากฏว่า ในระหว่าง พ.ศ. 2543 - 2545 อัตราการคลอดบุตรของหญิงวัย 15-19 ปีเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 73 ซึ่งในที่สุดได้ลดลงมาใน พ.ศ. 2561 คืออัตราการเกิด 35 คนต่อวัยรุ่น 1,000 คนในกลุ่มอายุเดียว (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561) นับแต่ พ.ศ. 2543 มีทารกแรก 1.6 ล้านคนที่ถือกำเนิดจากแม่วัยรุ่น การเกิดดังกล่าวมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 16 ของการเกิดทั้งหมดในประเทศไทยต่อปี (ธนาคารโลก, 2562) ตัวเลขที่สูงเช่นนี้ส่วนหนึ่งมีที่มาจาก ร้อยละ 21.3 ของหญิงวัย 20-24 ปีที่แต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ก่อนอายุจะถึง 18 ปี และการครองคู่บางส่วนส่งผลให้เกิดการตั้งครรรภ์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

การตั้งครรรภ์ในช่วงเวลาที่ควรจะต้องอยู่ในโรงเรียนอาจตัดโอกาสในชีวิตของเด็กหญิง ข้อค้นพบจากการศึกษาต่าง ๆ ชี้ถึงปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ ความยากจน ภูมิฐานะ และการศึกษา ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล ยากจนกว่า และมี

การศึกษาน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะครองคู่หรือแต่งงานก่อนอายุถึง 18 ปี มีหญิงที่ปัจจุบันอายุ 20-24 ปีจาวร้อยละ 22 ที่แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี สัดส่วนการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปีเช่นนี้มีเพียงร้อยละ 19 ในกลุ่มหญิงวัย 25-29 ปี และร้อยละ 17 ของกลุ่มอายุ 30-34 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

ข้อเท็จจริงก็คือ ร้อยละ 58.7 ของแม่วัยรุ่นอายุประมาณ 15-19 ปี ซึ่งเพิ่งมีบุตรในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาระบุว่า ตนมิได้ต้องการตั้งครรรภ์เลย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) การตั้งครรรภ์และการคลอดที่ไม่ได้ตั้งใจมีผลกระทบต่อทั้งแม่ เด็ก และสังคมในวงกว้าง โดยอาจพรากโอกาสทางการศึกษาและอาชีพไปจากผู้เป็นแม่ อีกทั้งยังเป็นภาระแก่รัฐในรูปแบบของความช่วยเหลือสนับสนุนต่อเด็ก ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาวิจัยต่าง ๆ ยังชี้ให้เห็นว่า เด็กที่เกิดจากการตั้งครรรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพทั้งกายและจิตด้อยกว่าเด็กที่มาจากการตั้งครรรภ์ที่พึงประสงค์ อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง หรือกระทำการผิดกฎหมายเมื่อเติบโตขึ้นเป็นวัยรุ่น (ไลแกน และคณะ, 2550)

คำอธิบายหนึ่งต่อระดับการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นที่เพิ่มสูง คือความต้องการการวางแผนครอบครัวที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในขณะที่ร้อยละ 93 ของหญิงวัย 15-49 ปีได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวแล้ว โดยใน พ.ศ. 2562 มีรายงานถึงความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ในกลุ่มวัยรุ่นวัย 15-19 ปีกลับมีความต้องการด้าน การวางแผนครอบครัวที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงถึงร้อยละ 12

เพื่อตอบสนองต่อข้อห่วงใยเกี่ยวกับการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น รัฐบาลไทย ด้วยการสนับสนุนจาก UNFPA จึงได้ตราพ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาใน พ.ศ. 2559 กฎหมายฉบับนี้สนับสนุนสิทธิของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีทุกคนในการตัดสินใจด้วยตนเอง การได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพทางเพศและสุขอนามัยการเจริญพันธุ์โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ และการได้รับการรักษาข้อมูลความลับและความเป็นส่วนตัวเมื่อเข้ารับบริการ วัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์สามารถเข้าถึงการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งจะต้องได้รับอนุญาตให้เรียนหนังสือในสถานบันการศึกษาซึ่งรวมถึงวิทยาลัยทางวิชาชีพต่อไป ได้ ยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ระดมสรรพกำลังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา นับตั้งแต่เจ้าหน้าที่จากห้ากระทรวงที่ปฏิบัติการ ตลอดจนผู้กำหนดนโยบาย ภาคเอกชน พ่อแม่ และตัวเยาวชนเอง (UNFPA, 2559).

© UNFPA และ ส.ส.ส.

เพื่อแก้ไขปัญหามีผู้ใช้การคุมกำเนิดระยะยาวน้อย ใน พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ริเริ่มโครงการบริการยาฝังคุมกำเนิดและใส่ห่วงอนามัยให้แก่หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี โครงการดังกล่าวอยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแผนประกันสังคม หญิงวัยรุ่นสามารถเข้ารับบริการผ่านทางโรงพยาบาลรัฐและเอกชนได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

กฎหมาย นโยบาย และแผนต่าง ๆ จะสามารถประสบความสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อกำหนดสังคมตระหนักถึงความเปลี่ยนแปลงในหมู่คนรุ่นใหม่ การเปลี่ยนวิธีคิด เพื่อผนวกการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและเยาวชนให้เต็มที่มีความสำคัญยิ่ง การมีส่วนร่วมของเยาวชนยังรวมถึงสภาเด็กและเยาวชนที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นเป็นอย่างดีและมีอยู่ทั่วประเทศเหมือนกับที่มี

หน่วยครอบครัวและชุมชนมีการถกเถียงและการสร้างวาทกรรมเรื่องดังกล่าวว่าเป็นระยะเวลายาวนานเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การสร้างพลังอำนาจและติดเครื่องมือให้แก่วัยรุ่นและเยาวชนอย่างเหมาะสมด้วยความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการตระหนักถึงสิทธิการเจริญพันธุ์และสิทธิทางเพศ ก็ยังคงเป็นความท้าทายสำหรับประเทศไทย

มาตรการเฉพาะเพื่อลดการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นให้ได้มากขึ้นได้แก่การเข้าถึงการป้องกันของ เด็กหญิงวัย 10-14 ปี โดยให้การคุมครองกับคำปรึกษาที่เหมาะสม และใช้มาตรการลดการตั้งครรรภ์และคลอดบุตรซ้ำในหญิงวัยต่ำกว่า 20 ปี การลงทุนในการศึกษาสำหรับเด็กทุกคนนั้นมีความสำคัญยิ่ง โดยจะต้องมีการขยายการเข้าถึงเพศวิถีศึกษารอบด้านแก่วัยรุ่น รวมถึงสนับสนุนการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่น นอกจากนี้ การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้ม

งวดสามารถช่วยลดการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปีได้ โดยรวมแล้ว เยาวชนจะต้องมีโอกาสเป็นส่วนหนึ่งของทางแก้ปัญหา การสร้างความตระหนักอาจสามารถดึงดูดผู้ชายและเด็กชายให้มาเป็นส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาได้ (UNFPA และ สศช., 2556)

เพศวิถีศึกษาครอบคลุมคือ ก้าวอย่างสู่ทิศทางที่ถูกต้อง

การจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาที่มีเนื้อหาครอบคลุมให้แก่เด็กตั้งแต่เยาว์วัย จะสามารถช่วยให้ประเทศไทยจัดการกับวิกฤตการณ์ทางเพศในวัยรุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ กฎหมายใหม่ พ.ศ. 2559 ที่มุ่งแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุนตระหนักถึงความจำเป็นดังกล่าวนี้ ซึ่งเป็นก้าวอย่างสู่ทิศทางที่ถูกต้องที่น่าสนับสนุนยิ่ง

เพศวิถีศึกษาครอบคลุมจะต้องสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของเยาวชนที่เพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจของเยาวชนที่จะใช้ชีวิตอย่างรับผิดชอบ และมีศักดิ์ศรี

และสภาพแวดล้อมดังกล่าวจะเชื่อมโยงการสนับสนุนหญิงสาวและเด็กหญิง ให้หลีกเลี่ยงการแต่งงานและมีลูกเร็วเกินไป หากเด็กหญิงจะต้องลงเอยด้วยการมีลูก เธอก็จะต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนต่อไปได้ เพื่ออนาคตที่ดีกว่าของเธอและลูก

มาร์เซลลา ซัวโซ ผู้อำนวยการ UNFPA ประจำประเทศไทย, 2562

ความมุ่งมั่นระดับสากล ในการดูแลสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนและการทำให้มั่นใจว่าประชาชนจะมีชีวิตที่มีสุขภาพดี คือพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพและราคาไม่สูงจนเกินไปจะสามารถดึงดูดผู้คนออกจากความยากจนและส่งเสริมความเท่าเทียมกันได้ ด้วยเหตุนี้ ไทยจึงผ่านการปฏิรูปมาหลายครั้งเพื่อประกันว่าทุกคนจะสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพโดยพัฒนาจากงานสังคมสงเคราะห์สำหรับคนยากจนใน พ.ศ. 2513 มาถึงการประกันสุขภาพให้แก่ลูกจ้างในระบบเมื่อ พ.ศ. 2533 และการปฏิรูประบบประกันสุขภาพใน พ.ศ. 2544 ก็ได้นำไปสู่โครงการ

ความมุ่งมั่นต่อการบริการ สุขภาพถ้วนหน้า ณ แดงหน้าของการบริการ สุขภาพสำหรับทุกคน

ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยสกล สกลสัตยาทร อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อธิบายความสำเร็จของประเทศไทยในการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2545 รายได้มวลรวมประชาชาติ (GNI) ต่อหัวประชากรจะมีมูลค่าเท่ากับ 57,000 บาท (1,900 ดอลลาร์สหรัฐ) ประชากรทั้งหมดก็ได้ได้รับความคุ้มครองภายใต้โครงการประกันสุขภาพของรัฐ มีถึงสามของโครงการที่ประสบผลสำเร็จได้แก่ การครอบคลุมประชากรถึงร้อยละ 99.9 สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวางทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการปกป้องครัวเรือนจากความเสี่ยงที่จะล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้น หลักฐานเชิงประจักษ์ยังแสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ของโครงการเป็นที่น่าพึงพอใจอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในด้านการใช้บริการสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น และประโยชน์อันชัดเจนต่อประชากรผู้ยากจนและประชากรในชนบท การวิเคราะห์ด้านสิทธิประโยชน์เพื่อวัดว่าคนยากจนหรือร่ำรวยจะได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือของรัฐหรือไม่พบให้เห็นว่า โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมุ่งเพื่อประโยชน์แก่คนยากจนโดยแท้

ปัจจัยสำคัญสองประการที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็คือการที่ระบบการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ได้อย่างกว้างขวางและอำนาจให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ เป็นผลจากการลงทุนยาวนานจากพรรคพรรคในรัฐบาลชุดต่าง ๆ ที่ผ่านมา ทั้งในด้านโครงสร้างและกำลังบุคลากรสาธารณสุขด้วย ปัจจัยที่สองคือการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกด้านโดยไม่ต้องมีการจ่ายร่วม ส่งผลให้ครัวเรือนที่ลดรายจ่ายด้านสุขภาพ ลดความเสี่ยงต่อการ "หายนะ" หรือการล้มละลายอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และยังปกป้องครัวเรือนที่มิได้ยากจนมิให้ตกลงสู่ความยากจน

แหล่งที่มา: เพย์เพอร์ใน UHC Coalition, <https://medium.com/health-for-all/thailand-at-the-forefront-of-universal-health-coverage-d1bb9c0c3e79>

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ซึ่งมีพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นฐานทางกฎหมาย

แม้รายได้ประชาชาติต่อหัวของประเทศจะยังคงต่ำอยู่ รัฐบาลไทยก็ได้ใช้รายได้จากภาษีเพื่ออุดหนุนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ถึงการลดลงของค่าใช้จ่ายจริง และการล้มละลายจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังช่วยลดความแตกต่างระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ในด้านอัตราการตายของเด็กในพื้นที่ลุ่มต่ำไม่น้อย ในขณะที่การแทรกแซงเช่นการให้ยาต้านไวรัสและการล้างไตก็สามารถช่วยชีวิตผู้ใหญ่ได้มาก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยครอบคลุมบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เกือบทั้งหมดที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ ICPD ซึ่งกลยุทธ์การจัดซื้อยาและเครื่องมือที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดี ช่วยให้โครงการมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมต้นทุนและความเสมอภาคได้ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2561)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยคุ้มครองไม่ให้ครัวเรือนทั้งหลายต้องยากจนลงเนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ร้อยละของประชากรที่ล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ลดลงอย่างมาก จากร้อยละ 5.7 ใน พ.ศ. 2543 มาเป็นร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2556 สัดส่วนของครัวเรือนที่ต้องตกอยู่ในภาวะยากไร้อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ลดลงจากร้อยละ 2.9 มาเป็นร้อยละ 0.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน (Thai Health Project, 2017)

ด้วยความมุ่งมั่นของรัฐบาลในการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพสำหรับทุกคนโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ ประเทศไทยจึงได้จัดให้มีการประกันสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ใน พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขนำเสนอการประกันสุขภาพแรงงานแบบสมัครใจ และขยายบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อคนข้ามชาติโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ

หนึ่งในความท้าทายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมา คือความเที่ยงตรงและแน่นอนของต้นทุนที่แท้จริง ซึ่งอาจได้รับการมองในเชิงบวกว่าผู้คนที่เข้าถึงการบริการได้ดีขึ้นแล้ว หากก็อาจมาจากการเกิดโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นก็เป็นได้ ความท้าทายอื่น ๆ ได้แก่ การเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การป้องกันขั้นพื้นฐานสำหรับภาวะโรคไม่ติดต่อ การบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน และการคุ้มครองวัคซีนโรคและโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2561) ความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอจะต้องได้รับการตรวจสอบอย่างใกล้ชิด ที่สำคัญที่สุดก็คือ การทำให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินร่วมกันอย่างสอดคล้องกับระบบประกันสังคม และสวัสดิการการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ทั้งในด้านการจ่ายร่วมและสิทธิประโยชน์

ข้อห่วงใยอื่น ๆ เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังได้แก่แนวโน้มที่คุมกำเนิดระยะยาว เช่น ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงคุมกำเนิด กำลังลดลงเนื่องจากการกระจายอำนาจการจัดการงานวางแผนครอบครัวสู่ระดับพื้นที่ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กำแหง จาตุรจินดา, วาสนา อิมเอม, 2558) สัดส่วนของหญิงวัย 15-44 ปีที่แต่งงานหรือเคยแต่งงานแล้วและเคยใช้ห่วงคุมกำเนิด ลดจากร้อยละ 6.2 ใน พ.ศ. 2530 มาเป็นร้อยละ 0.9 ใน พ.ศ. 2552 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย, 2555) สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ดำเนินการสำรวจการคุมกำเนิดในระดับประเทศ 2 ครั้งใน พ.ศ. 2553 และ 2558 ด้วยการสนับสนุนของ UNFPA เพื่อติดตามตรวจสอบการให้บริการการคุมกำเนิดระยะยาวภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลมากกว่า 500 แห่งทั่วประเทศพบว่า มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 40 ที่ให้บริการการคุมกำเนิดระยะยาว ผลการสำรวจนี้ได้นำไปสู่นโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็น

ผู้บริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ริเริ่มการเสนอบริการคุมกำเนิดระยะยาวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีใน พ.ศ. 2557 นับจาก 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา ได้มีการให้บริการคุมกำเนิดระยะยาวโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่หญิงที่อายุมากกว่า 20 ปีในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลหลังการแท้งด้วย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ และ UNFPA, 2553, 2558)

พระกัณฑ์ตั้งมั่นต่อการแก้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทรงยื่นอยู่ ณ แถวหน้าของงานแก้ไขปัญหาค่าการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมาร่วม 30 ปี

พระองค์ทรงมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันกับงานส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก วิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบใหม่ นวัตกรรมใหม่อื่น ๆ และการริเริ่มการให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis หรือ PrEP)

นับแต่พ.ศ. 2459 พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ ทรงสนับสนุน "โครงการเพริสพระองค์โสมฯ" ซึ่งเป็นโครงการให้บริการยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อในระดับชุมชนโครงการแรกในประเทศไทย และได้กลายเป็นต้นแบบในการขยายการบริการให้อยู่ในระบบสาธารณสุขของประเทศ

นอกจากนี้ พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ ยังทรงสนับสนุนโครงการอื่น ๆ อีกหลากหลายเพื่อส่งเสริมการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย รวมถึงการจัดตั้งกองทุนสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ การขยายการเข้าถึงการรักษาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และกองทุนเพื่อประชาชนจากชุมชนชายขอบ รวมถึงแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารถูกต้องตามกฎหมาย

ในการประชุมระดับสูงหลายครั้ง พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ ได้ทรงกล่าวต่อด้านการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนทุกคนจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรี และเข้าถึงการบริการสุขภาพ เพื่อยุติการระบาดของเอชไอวี

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ด้วยประจักษ์ในพระกรณียกิจทรงงานเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาค่าการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) จึงได้ถวายตำแหน่งทูตสันถวไมตรีของ UNAIDS ในการป้องกันเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ซึ่งส่วนหนึ่งของบทบาทนี้ พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ ได้ทรงดำเนินหน้าที่ในความเป็นผู้นำด้วยการป้องกันเอชไอวี รวมถึงการใช้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ เพื่อเร่งรัดการแก้ไขปัญหาเอชไอวีอย่างรวดเร็วในประเทศไทยและภูมิภาค

พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ ยังทรงส่งเสริมบทบาทความเป็นผู้นำของประเทศไทยในการยุติโรคเอดส์ภายใต้วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Agenda) โดยแสดงผลงานและส่งเสริมความสำเร็จของไทย อีกทั้งยังและสนับสนุนประเทศอื่นในภูมิภาคเดินตามตัวอย่างของประเทศ

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างมาก แม้กระทั่งก่อนการประชุม ICPD และก่อนการริเริ่มหลักประกันสุขภาพก็ตาม ใน พ.ศ. 2530 ร้อยละ 80 ของหญิงมีครรภ์ไปใช้บริการฝากครรภ์ สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92 ใน พ.ศ. 2543 จนกระทั่งพุ่งถึงร้อยละ 100 ใน พ.ศ. 2555 ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2533 การใช้มดลูกครกที่มีความเชี่ยวชาญในประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 90.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 99.1 ใน พ.ศ. 2558

อัตราการตายของมารดาในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย SDG ซึ่งคือ 70 คนต่อการเกิดที่มีชีวิต 100,000 รายมานานแล้ว และรัฐไทยก็ยังคงมุ่งที่จะพัฒนาสุขภาพของแม่และเด็กต่อไป (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กำแพงจตุรจินดา, วาสนา อิมเอม, 2558) ใน พ.ศ. 2559 ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพสำหรับแต่ละกลุ่มวัย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายอัตราการตายของแม่ให้ต่ำกว่า 15 คนต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 ราย ซึ่งเทียบเท่ากับระดับในประเทศพัฒนาแล้วต่าง ๆ ซึ่งเมื่อถึง พ.ศ. 2560 อัตราการตายของแม่ได้ลดลงมาเป็น 21.8 แล้ว (ระบบฐานข้อมูลอนามัยการเจริญพันธุ์ประเทศไทย) แม้จะยังมีข้อห่วงใยอื่น ๆ ดังเช่นการตายของแม่จากการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การตกเลือดระหว่างการตั้งครรภ์ก็ตาม

ปัจจุบัน การคลอดเกือบทั้งหมดในประเทศจะอยู่ในความดูแลของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างดี หากมีแม่เพียงร้อยละ 57.1 เท่านั้นที่ไปรับบริการฝากครรภ์ในช่วง 3 เดือนแรก (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ประเด็นปัญหาอื่นเกิดจากการที่การดูแล

สุขภาพมารดาได้รับการพิจารณาว่าเป็นงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความชัดเจนในการให้บริการ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) และนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) เรียกร้องให้มีการให้ความสำคัญในการสนับสนุนทั้งหญิงและชายให้ได้บรรลุเป้าหมายเรื่องการเจริญพันธุ์สร้างความมั่นใจให้ทั้งแม่และเด็กได้รับโอกาสที่ดีที่สุดด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตแม้ก่อนที่เด็กจะเกิด นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์มีแนวคิดว่า ทุกการเกิดจะต้องได้รับการวางแผน พ่อแม่เตรียมตัวพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การคลอดเป็นไปอย่างปลอดภัย การดูแลหลังคลอดและการเลี้ยงเด็กมีคุณภาพ อีกทั้งยังต้องการปรับปรุงแนวทางการป้องกันการตายของแม่และจัดบริการฝากครรภ์ที่ได้มาตรฐานองค์การอนามัยโลก

ส่วนหนึ่งของการเตรียมความพร้อมเพื่อการตั้งครรภ์ คือการพิจารณานโยบายที่มุ่งในการส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงอย่างต่อเนื่อง โครงการปรับปรุงโภชนาการของผู้ที่กำลังจะเป็นแม่ ได้แก่ การให้อาหารเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกตลอดการตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะ 6 เดือนหลังคลอด (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) MOPH, 2017) และการดูแลหลังคลอดที่ประกอบไปด้วยการประเมินระดับความเครียดของแม่ และสนับสนุนการให้นมแม่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

³ ข้อมูลจาก <http://rhdata.anamai.moph.go.th/index.php/maternal/maternal12> 24 ก.ค. 2562

ตัวอย่างแนวทางการปฏิบัติที่ดี: การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ใน พ.ศ. 2551 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยคือร้อยละ 5 หากภายในเพียง 7 ปีต่อมา ไทยก็สามารถลดอัตราการติดเชืวดังกล่าวลงต่ำกว่าร้อยละ 2 ปัจจัยสำคัญอันส่งผลความสำเร็จ ได้แก่

- ความมุ่งมั่นทางการเมืองและภาวะการนำอันเข้มแข็งของรัฐบาลไทย ที่ได้สร้างความแข็งแกร่งให้แก่โครงสร้างและระบบสาธารณสุข
- ระบบสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ซึ่งขับเคลื่อนด้วยความเต็มใจที่จะแก้ปัญหาข้อท้าทายและการประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคี
- การนำเอาแนวปฏิบัติระดับโลกมาใช้อย่างรวดเร็ว และการตั้งเป้าหมายระดับชาติที่สูงกว่าเป้าหมายระดับโลก

ปัจจุบัน เพื่อคงไว้ซึ่งความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ประเทศไทยจะต้อง (1) จัดการบริการที่มีคุณภาพและครอบคลุมทุกกลุ่มคน สนับสนุนให้หญิงทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เข้าถึงการฝากครรภ์และบริการด้านเอชไอวีแต่เนิ่น ๆ ต่อไป และ (2) ด้วยเหตุที่ยังมีผู้ติดเชื้ออยู่ราว 450,000 คน จะต้องเน้นการทำงานไปยังประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น วัยรุ่นและชายรักชาย) สนับสนุนการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การป้องกัน และการรักษา

ที่ผ่านมา ตัวอย่างอันสำคัญของประเทศไทย คือการที่เด็กติดเชื้อใหม่ 1,000 รายใน พ.ศ. 2543 ได้ลดลงเหลือเพียง 85 รายในใน พ.ศ. 2558 จากการคำนวณแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ Spectrum v.2.1 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ลดลงเหลือร้อยละ 1.68 ใน พ.ศ. 2560

แม้จะประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกแล้ว ประเทศไทยก็ยังคงเดินหน้าจัดการแก้ไขสาเหตุการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกที่ยังดำรงอยู่ต่อไป กล่าวคือ (1) การมาฝากครรภ์ล่าช้า (มีเวลารับยาต้านไวรัสน้อยกว่า 4 สัปดาห์), (2) การขาดความต่อเนื่องในการรับต้านไวรัสของกลุ่มหญิงมีครรภ์ (ร้อยละ 81 ของการถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก), (3) การติดเชื้อใหม่ในระหว่างการตั้งครรภ์ และ (4) การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลโดยไม่ถ่ายทอดข้อมูล ในกรณีที่พบการติดเชื้อของแม่ตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลหนึ่ง และไปคลอดในอีกโรงพยาบาลหนึ่ง

แหล่งที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

โครงการความร่วมมือไตรภาคีแบบใต้ - ใต้ เพื่อสุขภาพมารดา

แม้จะประสบความสำเร็จด้านการพัฒนาและด้านสังคมภายในประเทศ ไทยก็สามารถสนับสนุนประเทศเพื่อนบ้านให้พยายามบรรลุในสิ่งที่ตนประสบความสำเร็จแล้วได้ เมื่อไทยได้กลายเป็นศูนย์กลางพัฒนาการความรู้และการปฏิบัติที่ดีแล้ว จึงได้ลงทุนในงานไตรภาคีระดับภูมิภาคร่วมกับ UNFPA ดังเช่นงานส่งเสริมการคลอดที่ปลอดภัยในราชอาณาจักรภูฏานและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ด้วยกระบวนการดังกล่าว ทั้งผู้บริหารงานสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์จากภูฏาน จะสามารถหารือกับเพื่อนร่วมงานชาวไทยเพื่อการพัฒนาศักยภาพให้ตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (obstetric emergency) และปรับปรุงการบริการฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการส่งตัวผู้รับ

บริการจากสถานพยาบาลหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ความร่วมมือกับสปป.ลาวเป็นไปในแนวทางใกล้เคียงกัน คือเป็นการช่วยให้ลาวดำเนินการตามมาตรฐานสหพันธ์ผดุงครรภ์นานาชาติ (International Confederation of Midwifery) ซึ่งเป็นที่ยอมรับของ WHO ว่าเป็นมาตรฐานโลกสำหรับการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการผดุงครรภ์

ในปีต่อ ๆ มา UNFPA วางแผนที่จะร่วมงานกับรัฐบาลไทยเพื่อแบ่งปันประสบการณ์และการปฏิบัติที่ดี รวมถึงมีส่วนร่วมด้วยความร่วมมือไตรภาคีแบบใต้-ใต้ในประเด็นที่สำคัญ เช่น สุขภาพมารดา การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การปันผลทางประชากร การตอบสนองทางนโยบาย และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกี่ยวข้องกับสุขภาพของแม่ อานามียเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว

สำหรับสุขภาพผู้หญิงในประเด็นอื่น ๆ นั้น ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงมาหลายปี และประสบความสำเร็จน้อยมากจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจแปปสเมียร์ (pap smear) ใน พ.ศ. 2543 ด้วยความร่วมมือกับรัฐบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ราชวิทยาลัยสูติศาสตร์แห่งประเทศไทยได้ดำเนินการศึกษานำร่องโดยใช้วิธีการคัดกรองและรักษา ซึ่งผู้หญิงจะไปพบกับผู้ให้บริการทางการแพทย์เพียงครั้งเดียวคือรับบริการจากพยาบาล ถือเป็นภาระเบากว่าที่ใน

ระบบสาธารณสุข จากผลการศึกษานี้ WHO จึงได้ยอมรับยุทธศาสตร์การคัดกรองและรักษาให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติรอบด้านในเรื่องมะเร็งปากมดลูก ใน พ.ศ. 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้รับรางวัลองค์กรภาครัฐยอดเยี่ยมจากสหประชาชาติ (United Nations Public Service Award) จากโครงการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแบบบูรณาการ และการส่งเสริมบริการของรัฐที่ตอบสนองต่อเพศภาวะเพื่อบรรลุเป้าหมาย SDGs



© UNFPA/กุลวดี สุภายันน



ไทยแบ่งปันความเชี่ยวชาญในการดูแลความปลอดภัยในการตั้งครรภ์กับสปป.ลาวผ่านโครงการความร่วมมือไตรภาคีแบบได้-ได้



ไทยแบ่งปันความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลความปลอดภัยในการตั้งครรภ์กับราชอาณาจักรภูฏาน ผ่านโครงการความร่วมมือไตรภาคีแบบได้-ได้

© UNFPA

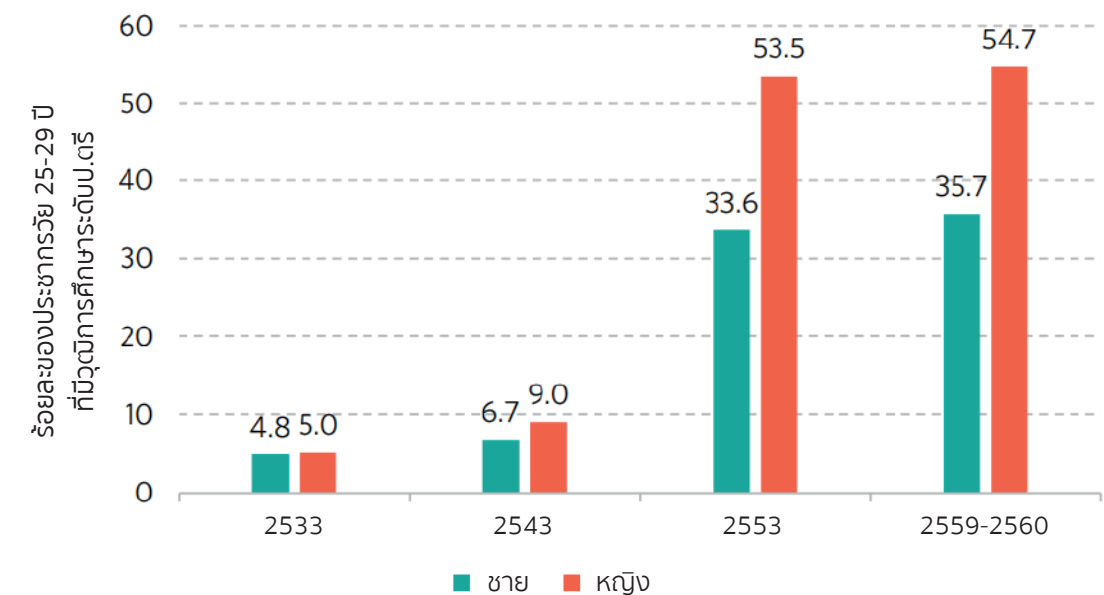
การมีลูกเมื่ออายุมาก: ภาวะมีบุตรยากและความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่อสูงวัย

แม้จะการตั้งครรภ์และการคลอดของแม่วัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ก็ยังมีแนวโน้มชัดเจนถึงการแต่งงานและมีลูกช้าลง กระทั่งถึง พ.ศ. 2513 ร้อยละ 60 ของหญิงไทยจะแต่งงานก่อนอายุ 25 ปี พ.ศ. 2543 หญิงไทยที่แต่งงานในวัยดังกล่าวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 44 (UNFPA และ สศช., 2554) แนวโน้มการลดลงคาดว่าจะเป็นอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนของหญิงที่แต่งงานช้าขึ้นหรืออยู่เป็นโสดจะเพิ่มมากขึ้น

ในขณะที่ข้อเท็จจริงบ่งชี้ถึงความก้าวหน้าในความเสมอภาคระหว่างเพศอันเด่นชัด การที่มีหญิงที่มีการศึกษาและอยู่ในภาคแรงงานจำนวนมากขึ้น ก็อาจก่อให้เกิดความท้าทายต่อการสร้างครอบครัวด้วยเช่นกัน แผนภาพ 2.6 แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นอย่างมากของระดับการศึกษาของผู้หญิงนับตั้งแต่ พ.ศ. 2523 โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ที่น่าทึ่งก็คือ ภายใน พ.ศ. 2553 หญิงวัย 25-29 ปีมากกว่าครึ่งมีวุฒิปริญญาตรี และร้อยละ 60 ของหญิงอายุมากกว่า 15 ปีเป็นส่วนหนึ่งของการกำลังแรงงาน (UNFPA และ สศช., 2554) โดยมีสัดส่วนหญิงที่เป็นผู้นำครอบครัวเดียวสูงอยู่ไม่น้อย

การศึกษาที่เพิ่มขึ้นช่วยอธิบายได้ว่า เหตุใดจำนวนหญิงที่ทำงานในภาคบริการจึงมากกว่าหญิงในภาคเกษตร (องค์การแรงงานระหว่างประเทศ, 2556) เช่นเดียวกับสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของหญิงที่มีตำแหน่งในหน่วยงานราชการสูงขึ้น ในช่วง พ.ศ. 2548 -2562 สัดส่วนของผู้หญิงในตำแหน่งสูงของสภาผู้แทนราษฎรได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ OWFA, 2551) เป็นร้อยละ 15.8 (มติชน, 2562)

แผนภาพ 2.6: สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของหญิงวัย 25-29 ปีที่จบการศึกษาปริญญาตรี



แหล่งที่มา: สำนักประชากรและเคหะโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2533, 2543, 2553 การคำนวณของผู้เขียนอยู่บนฐานของสถิติทางการศึกษาของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2560 โดยกระทรวงศึกษาธิการ

การเลื่อนการสร้างครอบครัวออกไปนำไปสู่ ประเด็นความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ยามสูงวัย แม้ช่วงเจริญพันธุ์ของผู้หญิงจะยาวถึงราวอายุ 50 ปี การตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปีก็มีความเสี่ยง ต่อการแท้ง ความผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ อัตราการตายของแม่อันเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน เช่นการตกเลือด และโรคไม่ติดต่อ เช่นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน จะสูงกว่า ในกลุ่มแม่ที่อายุเกิน 35 ปี

ข้อกังวลใหญ่หลักประการหนึ่ง คือ ภาวะมีบุตรยาก ซึ่งหมายถึงการที่ผู้หญิงไม่สามารถตั้งครรภ์ได้หลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ นานถึง 12 เดือนหรือมากกว่า แม้เทคโนโลยี ในการจัดการกับภาวะมีบุตรยากจะก้าวหน้า ไปมาก ค่าใช้จ่ายก็ยิ่งสูงถึงราว 6,000 – 400,000 บาท (ปานฉัตร เสียงดี และอมรา สุนทรธาดา, 2551) ซึ่งมีสูงเกินกว่าบุคคลทั่วไปจะรับได้อีกทั้งยังไม่รับประกันความสำเร็จ อีกด้วย เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้ยอมรับ ภาวะการมีบุตรยากว่าเป็นความเจ็บป่วย การ รักษาจึงไม่ได้รับการคุ้มครองในหลักประกัน สุขภาพ (UNFPA และ สศช., 2558)

การสำรวจว่าด้วยอนามัยเจริญพันธุ์ใน พ.ศ. 2549 แสดงให้เห็นว่า มีหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มี ภาวะมีบุตรยากเข้ารับการปรึกษาเพียงร้อยละ 29.1 หากเมื่อพิจารณาแล้ว ประเทศไทยก็ยังคงขาดข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะมีบุตรยากเช่นกัน ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (2560-2569) กระทรวงสาธารณสุขได้มี โครงการริเริ่มบางประการ เช่น สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่แพทย์ในการศึกษาเพื่อรักษาภาวะมีบุตรยาก หรือจัดตั้งระบบบริการรักษาผู้มีบุตรยาก

กฎหมายห้ามการอุ้มบุญเชิงพาณิชย์

ไทยเป็นหนึ่งในประเทศแรก ๆ ในอาเซียนที่ผ่านร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองเด็กที่เกิดจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก ใน พ.ศ. 2558 ไทยผ่านกฎหมายที่ระบุให้การอุ้มบุญเพื่อการค้าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ปัจจุบัน ผู้ที่ยื่นขอให้ผู้อื่นตั้งครรภ์แทนจะต้องเป็นคู่สมรสต่างเพศชาวไทยเท่านั้น หรืออย่างน้อยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องเป็นชาวไทย และจดทะเบียนสมรสด้วยกันมาอย่างน้อย 3 ปี คู่สมรสนี้จะต้องยื่นเอกสารประกอบหลายฉบับ รวมถึงใบรับรองแพทย์จากสูติรีแพทย์ เพื่อยืนยันภาวะมีบุตรยากด้วย

แหล่งที่มา: เดอะเนชั่น, 2561, 4 กุมภาพันธ์

อีกทางเลือกหนึ่งของคู่ครองที่มีบุตรยากก็คือ การ "อุ้มบุญ" หรือการให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน โดยเฉพาะในการณีที่ฝ่ายหญิงไม่สามารถตั้งครรภ์จนคลอดได้ อย่างไรก็ตาม การอุ้มบุญมีข้อจำกัดและปัญหาท้าทายหลายประการ การรับบุตรบุญธรรมจึงคือความเป็นไปได้อีกประการหนึ่ง แม้จะต้องผ่านกระบวนการอนุมัติที่ซับซ้อนและยาวนานมากเนื่องจากเด็ก ๆ หลายคนในสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้ายังมีบิดามารดาที่มีชีวิตอยู่ หากไม่สามารถเลี้ยงดูพวกเขาได้เนื่องจากความยากจน หรือเป็นการมีลูกตั้งแต่วัยรุ่น แต่ก็มิได้ลงนามสลесสิทธิความเป็นบิดามารดาไว้ (UNFPA และ สศช., 2558)

โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง

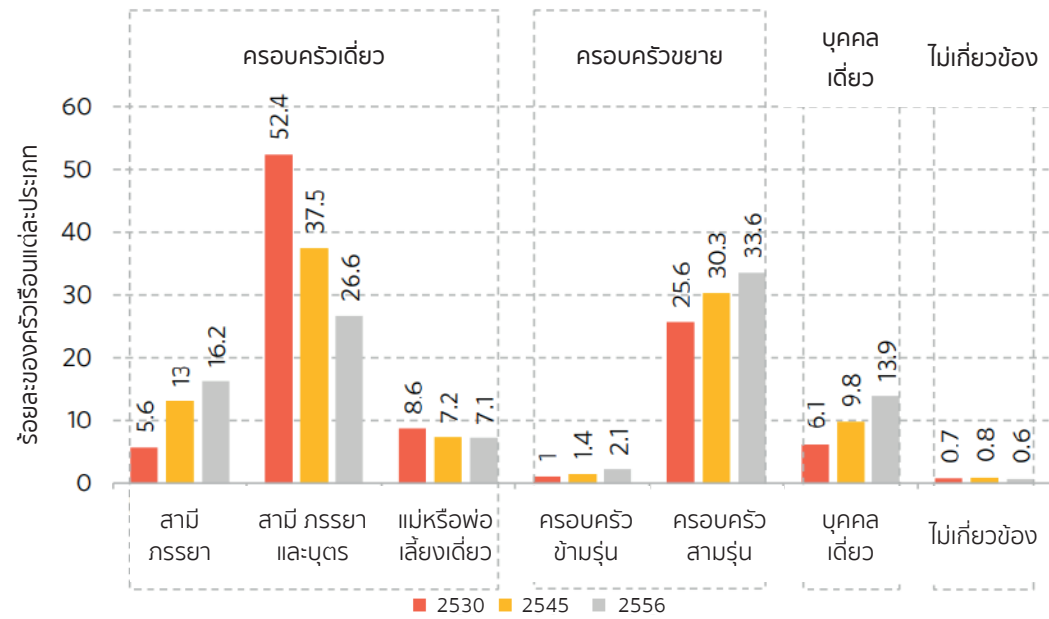
องค์ประกอบของครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากอัตราการเกิดใหม่ที่ลดต่ำ การย้ายถิ่นเข้าสู่เมือง การเปลี่ยนวิถีชีวิต และปัจจัยทางเศรษฐกิจ จากการสำรวจกำลังแรงงานระดับชาติ ครอบครัวเดี่ยวที่ไม่มีลูกเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นอย่างมาก (แผนภาพ 2.7) ในขณะที่สัดส่วนของครอบครัวเดี่ยวที่มีลูกซึ่งเคยเป็นรูปแบบครอบครัวที่มากที่สุด กลับลดลงเกือบครึ่งนับแต่ พ.ศ. 2530 นอกจากนี้ จำนวนครัวเรือนที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวได้เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งครอบครัวข้ามรุ่นก็อาจเพิ่มขึ้นเช่นนี้ด้วยเช่นกัน



จำนวนคู่ครองหญิงสาวที่ไม่มีลูกและครัวเรือนที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและปัจจัยทางเศรษฐกิจ

© UNFPA/ชลิต สภาภักดิ์

แผนภาพ 2.7: ครอบครัวรูปแบบใหม่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้น



แหล่งที่มา : UNFPA และ สศช., 2558 (สำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2530, 2545, 2556, ไตรมาสที่ 3 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ)

ครอบครัวเดี่ยว

ครอบครัวเดี่ยวประกอบไปด้วยคู่ครองที่อาจแต่งงานหรือมิได้แต่งงานด้วยกัน รวมถึงคู่ครองที่เป็นเพศเดียวกัน และอาจมีบุตรหรือไม่มีก็ได้ (UNFPA และ สศช., 2558) ใน พ.ศ. 2559 ร้อยละ 17.5 ของครัวเรือนในประเทศไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ไม่มีลูก เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 1.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) สัดส่วนของครอบครัวเดี่ยวที่มีลูกลดจากร้อยละ 26.6 ใน พ.ศ. 2556 มาเป็นร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ. 2559 (เรื่องเดียวกัน) นอกเหนือไปจากกรณีที่คู่ครองที่ไม่ได้ตั้งใจจะไม่มีบุตรหากแต่เป็นจากภาวะมีบุตรยาก ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลต่อการเลือกที่จะไม่มีลูกนั้นก็มากมาย

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

การเลี้ยงเด็กคนหนึ่งเป็นข้อผูกมัดทางการเงินที่สำคัญ และจำเป็นจะต้องได้รับการพิจารณาอย่างดี รวมถึงสถานการณ์ของสัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ที่เพิ่มขึ้น หนี้สินครัวเรือนมากกว่าครึ่งใน พ.ศ. 2561 เนื่องจากการซื้อสินทรัพย์ถาวร เช่น อสังหาริมทรัพย์หรือรถ (สศช., 2561)

ใน พ.ศ. 2554 จากบัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Account) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการเลี้ยงลูกตั้งแต่เกิดจนอายุ 20 ปี คือ 1 ล้านบาท ตัวเลขนี้ซึ่งไม่ได้รวมถึงส่วนที่อุดหนุนโดยรัฐอยู่แล้วเช่นการศึกษาและการรักษาพยาบาล เมื่อคำนวณเป็นรายเดือน

จะตกเดือนละเฉลี่ย 4,000 บาท ซึ่งมากกว่าร้อยละ 15 ของรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไทย ซึ่งคือเดือนละ 25,194 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ตัวเลขนี้อาจสูงเกินไปสำหรับบางครอบครัวที่ให้ลูกเข้าโรงเรียนเอกชนหรือมีกิจกรรมเสริมสำหรับเด็ก การที่ลงทุนอย่างมากอาจเป็นผลให้บางคู่ครองยังไม่ต้องการมีลูก

ปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต

ดูเหมือนว่าคนรุ่นใหม่จะมีความพึงใจในชีวิตต่างไปจากเดิม การศึกษาใน พ.ศ. 2557 กับกลุ่มนักเรียนนักศึกษาวัย 17-22 ปี ชี้ว่า ร้อยละ 80 ของผู้ตอบปรารถนาจะมีลูก (ภูเบศร์ สมุทรจักร และ นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประภรณ์, 2557) หากเมื่อขอให้ลำดับความสำคัญ ส่วนใหญ่ก็ให้ความสำคัญกับการมีการศึกษาสูงกว่านี้ งาน การซื้อบ้านและรถไว้เป็นอันดับต้น ๆ การให้ความสำคัญกับสิ่งอื่นมากกว่าการมีลูก เช่นการสร้างอาชีพการงาน อาจดึงเวลาและทำให้ระยะเวลาเจริญพันธุ์ของผู้หญิงลดลง การศึกษาโดยพิมพ์พรรณ อิศรภักดีเมื่อปี 2557 พบว่าร้อยละ 14 ของหญิงวัย 15-24 ปีไม่ต้องการมีลูกด้วยความกลัวว่าจะสูญเสียอิสระภาพ หรือว่าอาจไม่สามารถเลี้ยงดูลูกได้ดี หรือเพราะกลัวว่าจะต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหาเลี้ยงลูก (UNFPA และ สศช., 2558)

ปัจจัยทางอาชีพการงาน

บรรทัดฐานของสังคม ณ ปัจจุบันคือการที่ทั้งหญิงและชายออกจากบ้านไปทำงาน หากหญิงก็ยังคงถูกคาดหวังให้ทำงานบ้านทั้งหมดและดูแลสมาชิกครอบครัว จึงต้องใช้เวลากับงานดูแลผู้อื่นซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างมากกว่า (นพพล วิทยวรงค์และสมทิพ วัฒนพงศวานิช, 2561) ยิ่งไปกว่านั้น ในขณะที่มาตรา 34 ของพ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน (พ.ศ. 2541) ระบุว่า นายจ้างไม่อาจไล่ออกจ้างหญิงออกจากงานด้วยสาเหตุการตั้งครรภ์ ผู้หญิงบางคนก็ยังสูญเสียงานของตนไปในที่สุดอยู่เนืองนิจ (UNFPA และ สศช., 2558) ผู้ที่กลับเข้าทำงานหลังจากลาออกไปเลี้ยงลูกก็มีแนวโน้มจะได้รับตำแหน่งที่เป็นที่ต้องการน้อยกว่า (Westley, Choe and Retherford, 2553) เนื่องจากบทบาทของชายในครัวเรือนยังคงเหมือนเดิมเป็นหลัก การตัดสินใจที่จะมีลูกจึงอาจส่งผลให้หญิงต้องสละโอกาสความก้าวหน้าทางกรงานของตน (Basten and Verropoulou, 2558)

แนวการปฏิบัติที่ดี: นโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัว - จัดการปัญหาความไม่เสมอภาคระหว่างเพศ

ประเทศไทยกำลังพยายามสนับสนุนให้พ่อมีส่วนร่วมในงานเลี้ยงลูก ความพยายามดังกล่าวยังรวมถึงการขยายการลาคลอดของสามี ปัจจุบัน บิดาซึ่งเป็นข้าราชการที่ทำงานภายใต้หน่วยงานรัฐจะได้รับอนุญาตให้ลาหยุดโดยได้รับค่าแรงเป็นเวลา 15 วันหลังภรรยาคลอด อย่างไรก็ตาม พ่อส่วนใหญ่ที่เป็นลูกจ้างสถานทำงานอื่นก็ไม่ได้มีทางเลือกเช่นนั้น

นอกจากนี้ ยังมีความพยายามที่จะขยายการลาคลอดของแม่ให้ยาวถึง 6 เดือนแทน 98 วันดังเช่นปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนการให้นมแม่

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถลดภาระของพ่อแม่ที่ทำงานได้ สำนักงานสภาการศึกษาได้พัฒนาศูนย์การศึกษาเพื่อประกันว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของรัฐจะต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานเดียวกันทั้งหมด ใน พ.ศ. 2558 มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่จำนวน 21,758 แห่งในประเทศไทย

แหล่งที่มา: (UNFPA และ สศช., 2558); กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2559; กระทรวงสาธารณสุข, 2560

ครัวเรือนที่มีสมาชิกคนเดียว

ผู้คนในประเทศไทยอาศัยอยู่คนเดียวมากขึ้น สัดส่วนของครัวเรือนที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มจากร้อยละ 13.9 ของครัวเรือนทั้งหมดใน พ.ศ. 2556 ไปเป็นร้อยละ 17.6 ใน พ.ศ. 2559 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) และคาดว่าครัวเรือนประเภทนี้จะเพิ่มถึงร้อยละ 20 ใน พ.ศ. 2578 (UNFPA และ สศช., 2558) ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวส่วนใหญ่จะเป็นวัยทำงานและเป็นชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้หญิงที่อาศัยอยู่คนเดียวมีแนวโน้มจะมีการศึกษาสูงกว่าชายที่อาศัยอยู่คนเดียว (เรื่องเดียวกัน)

ปัจจัยที่นำไปสู่การอาศัยอยู่คนเดียวนั้นมีมากมาย รวมถึงการหย่าร้าง เป็นหม้าย หรือไม่มีลูก จำนวนการจดทะเบียนหย่าสูงขึ้นจาก107,031 รายใน พ.ศ. 2556 มาเป็น 127,265 รายใน พ.ศ. 2561 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) การย้ายถิ่นเนื่องจากอาชีพงานหรือการตั้งใจเลือกที่จะอยู่เป็นโสดอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง การศึกษาของโจนส์ใน พ.ศ. 2561 แย้งว่า จำนวนหญิงโสดที่มีมากขึ้นนั้นเกิดจากการศึกษาที่สูงขึ้นและความไม่สมดุลในตลาดการสมรส หญิงที่มีการศึกษาสูงซึ่งไม่สามารถจะพบคู่ที่มีประวัติการศึกษาเท่าเทียมกันอาจเลือกที่จะอยู่เป็นโสด (ประจวบเหมาะ, 2561)

ครัวเรือนข้ามรุ่น (skipped-generation households)

ครัวเรือนข้ามรุ่นหมายถึงครัวเรือนที่มีคนรุ่นปู่ย่าตายายอาศัยอยู่กับหลาน ซึ่งเป็นลูกของลูกของตน โดยที่พ่อแม่ของหลานไม่ได้อยู่ด้วย จำนวนครัวเรือนลักษณะนี้เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2530 - 2556 โดยร้อยละ 76 จะอยู่ในเขตชนบท (UNFPA และ สศช., 2558) ในภาคอีสาน หนึ่งในสามของเด็กวัย 0-17 ปีไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่แท้จริงของตน ตามมาด้วยภาคเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนเด็กกลุ่มดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 25.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

มากกว่าร้อยละ 80 ของหัวหน้าครัวเรือนลักษณะนี้อายุมากกว่า 60 ปีแล้ว และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (UNFPA และ สศช., 2558) สถานการณ์เช่นนี้อาจสืบเนื่องมาจากการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง ผนวกเข้ากับอัตราค่าครองชีพที่สูงขึ้นในเขตเมือง จึงทำให้พ่อแม่ต้องทิ้งลูกไว้ข้างหลัง ในขณะที่การจัดการในลักษณะดังกล่าวอาจเป็นทางออกสำหรับพ่อแม่ที่ไปทำงานทำในเมือง แต่ก็อาจนำไปสู่ปัญหาสำหรับเด็กได้ การศึกษาวิจัยต่างๆ ชี้ว่า เด็กๆ ในความดูแลของปู่ย่าตายายมักมีผลการเรียนต่ำกว่าเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ (สศช., 2560)

การย้ายถิ่นข้ามชาติ

ยิ่งผ่านไปนานวัน ความจำเป็นจะต้องมีแรงงานข้ามชาติก็น่าจะยิ่งเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากคณะทำงานสหประชาชาติว่าด้วยการย้ายถิ่นฐานในประเทศไทย ชี้ว่า มีแรงงานไร้ทักษะจากกัมพูชา สปป.ลาว เมียนมา และเวียดนามในประเทศไทยอยู่ถึง 3.89 ล้านคนใน พ.ศ. 2561 (Harkins, 2019) และคาดว่าเมื่อถึง พ.ศ. 2572 จำนวนอาจเพิ่มสูงถึง 6.13 ล้านคน (Potipiti, 2010).

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการคุ้มครองแรงงานข้ามชาติเป็นอย่างมาก ด้วยช่องทางการทำงานอย่างถูกกฎหมายที่ขยายเพิ่มขึ้น แรงงานข้ามชาติจึงสามารถหลีกเลี่ยงการถูกแสวงประโยชน์หลายรูปแบบ เช่น การบังคับใช้แรงงาน การเป็นแรงงานขัดหนี้ และรูปแบบการเป็นแรงงานเด็กที่เลวร้ายที่สุดได้ นอกจากนี้ ไทยยังส่งเสริมการจัดหางานที่มีจริยธรรมและแนวปฏิบัติการใช้แรงงานที่ดี ในกลุ่มธุรกิจไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในธุรกิจขนาดกลางและขนาดเล็ก ในปีหลัง ๆ มานี้ มีการริเริ่มใหม่ ๆ ที่สนับสนุนความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติ ยังรวมถึงศูนย์ฮอตไลน์สามภาษา สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ (กระทรวงแรงงาน, 2560) อีกทั้งมีการจัดตั้งศูนย์แรกรับเข้าทำงานและสิ้นสุดการจ้างงานในสี่จังหวัดชายแดนหลักเพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่แรงงานด้วย

การอพยพของแรงงานเข้าสู่ประเทศไทยยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 3.7 ล้านคนใน พ.ศ. 2557 มาเป็น 4.9 ล้านใน พ.ศ. 2561 ร้อยละ 80 ของแรงงานข้ามชาติมาจากกัมพูชา สปป.ลาว เมียนมา และเวียดนาม (เรื่องเดียวกัน) เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างประชากรไทยพบว่า ตลาดแรงงานไทยมีแนวโน้มที่จะคงอุปสงค์แรงงานข้ามชาติผู้ซึ่งปัจจุบันมีสัดส่วนถึงร้อยละ 10 ของตลาดแรงงานไทยต่อไป (เรื่องเดียวกัน) อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ยาวนานซับซ้อนในการทำให้แรงงานข้ามชาติทำงานได้อย่างกฎหมายก็ยังคงทำให้หลายคนหันไปเลือกช่องทางที่ไม่ปกติต่าง ๆ มีความพยายามที่สหภาพท.ร.ก.การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าวเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกย้ายรวมถึงการจัดค่าธรรมเนียมการจ้างงานที่ให้แรงงานเป็นผู้รับผิดชอบเอง และจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ ยังมีการจัดสรรทุนการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวใน 10 จังหวัด เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของรัฐอีกด้วย (เรื่องเดียวกัน)

แรงงานข้ามชาติหญิงจำนวนมากมีลูก การศึกษาวิจัยในจังหวัดระนองซึ่งมีแรงงานจากประเทศเมียนมาอยู่หนาแน่นคาดว่า จำนวนลูกที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติหญิงโดยเฉลี่ยคือ 2.6 ต่อคน (อิศรภักดี และจงถาวรสถิตย์, 2547) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลกระทรวงแรงงานชี้ว่าเด็กที่เกิดในประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้กลายเป็นพลเมืองไทยไปแล้ว

โครงการจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินการจัดระเบียบแรงงานที่ไม่มีเอกสารตามกฎหมายไปมากกว่า 2 ล้านคน การจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติทั่วประเทศเกี่ยวข้องกับหลายยุทธศาสตร์และหลายหน่วยงาน เช่น ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จเพื่อการจดทะเบียนแรงงานกับกระทรวงแรงงาน เป็นต้น การจดทะเบียนช่วยให้แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามเข้าถึงความคุ้มครองทางกฎหมายที่จำเป็นและการบริการทางสังคมขั้นพื้นฐาน เช่น การศึกษาและการรักษาพยาบาล

การดำเนินการเพื่ออยู่ร่วมกันดังกล่าวช่วยพัฒนาความมั่นคงทางสาธารณสุขและคุณภาพกำลังแรงงานของประเทศไทย องค์การเพื่อการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (International Organization for Migration : IOM) ชื่นชมประเทศไทยในความเป็นเลิศด้านการเข้าถึงการบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

พ.ร.ก.การบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560 กำหนดแนวทางการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นระบบ สะท้อนถึงความมุ่งมั่นของรัฐบาลไทยในการประกันการคุ้มครองสิทธิของแรงงานทุกคน รวมถึงแรงงานข้ามชาติ และการทำให้มาตรฐานแรงงานไทยสอดคล้องกับบรรทัดฐานสากล

บันทึกความตกลง (MoU) ด้านแรงงาน

ปัจจุบัน ประเทศไทยมี MoU ด้านแรงงานกับหลายประเทศ ซึ่งรวมถึงกัมพูชา (ธันวาคม พ.ศ. 2558) เมียนมา (มิถุนายน พ.ศ. 2559) และสปป.ลาว (กรกฎาคม พ.ศ. 2559) MoU เหล่านี้สนับสนุนกระบวนการจ้างงานอย่างถูกกฎหมาย สอดคล้องกับระเบียบและกฎเกณฑ์ของทั้งสองประเทศ และช่วยลดความเสี่ยงจากการแสวงประโยชน์และการค้ามนุษย์ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 มีการว่าจ้างแรงงานข้ามชาติราว 850,302 คน ผ่านช่องทางข้อตกลงระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้านนี้ (Harkins, 2019).

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความพยายามหลากหลายจากรัฐบาลไทย หนทางการย้ายถิ่นฐานของแรงงานก็ยังคงซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูง ผลักให้แรงงานข้ามชาติต้องตกอยู่ในความเสี่ยงจากการถูกแสวงประโยชน์หรือเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ การดูแลให้การย้ายถิ่นฐานเป็นไปอย่างปลอดภัยและเป็นไปโดยการเคารพและคุ้มครองสิทธิของแรงงานข้ามชาติ จำเป็นจะต้องมีการประสานงานและความร่วมมือมากขึ้นระหว่างประเทศต้นทาง ประเทศผ่านทาง และประเทศปลายทาง และการสร้างความร่วมมืออันแข็งแกร่งระหว่างภาคธุรกิจและประชาสังคม

แนวปฏิบัติที่ดี: การดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ

ประเทศไทยได้ให้การประกันสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม บนฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบาย "คนต่างด้าวสุขภาพดีในชุมชนสุขภาพดี"

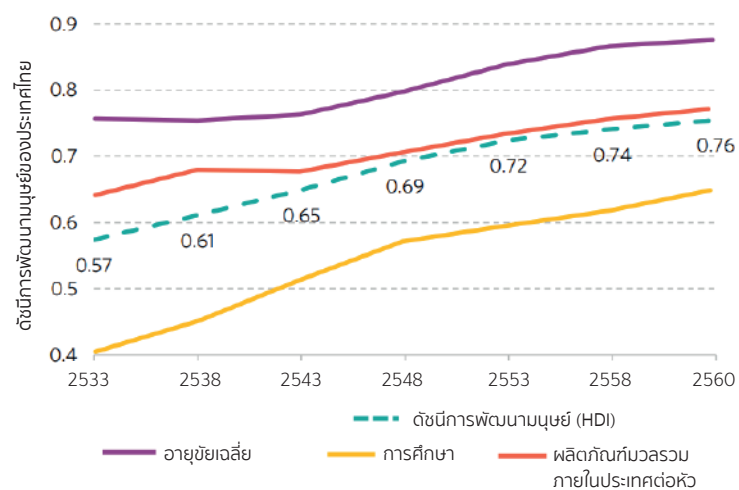
ใน พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มแผนประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติ โดยแรงงานสามารถซื้อประกันสุขภาพดังกล่าวในราคา 2,200 บาทต่อปีสำหรับผู้ใหญ่ และ 365 บาทต่อปีสำหรับผู้ติดตามและเด็กอายุต่ำกว่า 7 ขวบ สิทธิประโยชน์ของแผนประกันรวมถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลสำหรับแม่และเด็ก และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายรวมถึงวัคซีนป้องกันโรค เช่นเดียวกับหลักประกันสุขภาพของชาวไทย

แหล่งที่มา: รายงานโดยรัฐบาลไทย จากการประชุมทบทวนการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยความเสมอภาคและการพัฒนาประจำภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก, 2561

การพัฒนามนุษย์และการอยู่ร่วมกัน

ผู้คนในประเทศไทยได้เห็นการคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังที่สะท้อนจากดัชนีการพัฒนามนุษย์ที่มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษา และรายได้ โดยการศึกษาเป็นมิติที่ก้าวหน้าอย่างชัดเจนที่สุด ดังในแผนภาพ 2.8

แผนภาพ 2.8: แนวโน้มการพัฒนามนุษย์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง



แหล่งที่มา: UNDP, 2561

หมายเหตุ: ค่าบนแกน Y แสดงดัชนี HDI เท่านั้น

แม้ไทยจะสามารถจัดการกับปัญหาความยากจนได้สำเร็จในหลายมิติ ความเหลื่อมล้ำของรายได้ประชาชนก็ยังคงเป็นประเด็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง สัมประสิทธิ์จีนิ ซึ่งวัดความเหลื่อมล้ำของรายได้แสดงให้เห็นถึงการพัฒนามนุษย์ที่เพิ่มขึ้นแม้จะยังสูงอยู่หากเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน (สศช., 2561) ใน พ.ศ. 2560 ร้อยละ 40 ของประชากรที่มีรายได้ต่ำที่สุดสามารถถือเงินกลับบ้านไปได้เพียงร้อยละ 12 ของรายได้ทั้งหมด (เรื่องเดียวกัน) ปัจจัยขับเคลื่อนความเหลื่อมล้ำดังกล่าวได้แก่โครงสร้างภาษีซึ่งไม่ได้รับการออกแบบให้ส่งเสริมการกระจายรายได้ และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาและการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

นโยบายลดความเหลื่อมล้ำในประเทศ ได้แก่ การเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำ การริเริ่มภาษีมรดก และจัดระเบียบหนี้รื้อระบบ (เรื่องเดียวกัน) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ได้พัฒนา "ระบบบริหารจัดการข้อมูลคนจนแบบชี้เป้า" (Thai People Map and Analytic Platform) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางกรอบภาพรวมความยากจนในประเทศไทย และชี้เป้าพื้นที่ที่น่าห่วงใยมากที่สุด

ผู้มีความพิการและบุคคลเปราะบาง

มีนโยบายและการจัดสรรงบประมาณมากมายที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้มีความพิการ ใน พ.ศ. 2560 ผู้พิการจำนวน 1.49 ล้านคนได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล ซึ่งคาดว่าจะจำนวนผู้รับความช่วยเหลือจะเพิ่มขึ้นอีกเมื่อประชากรสูงวัยมากขึ้น ปัจจุบัน ประเทศไทยใช้งบประมาณโดยเฉลี่ย 9,509 บาทต่อผู้มีความพิการ 1 คนต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เนื่องด้วยทรัพยากรจำกัดการดูแลจึงมีแนวโน้มจะเน้นที่กลุ่มผู้จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลมากที่สุด เช่น ผู้สูงอายุมากที่สุด หรือผู้สูงอายุที่พิการ (UNFPA และ สศช., 2554)

สวัสดิการสังคมเพื่อลดความยากจน

โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐสำหรับผู้มีรายได้น้อย

ใน พ.ศ. 2560 กระทรวงการคลังเปิดให้มีการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐสำหรับผู้มีรายได้น้อย เชื้อไขได้แก่ การเป็นคนสัญชาติไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปทำงาน หรือมีรายได้รวมต่อปีไม่ถึง 100,000 บาท และไม่มีสินทรัพย์ ผู้มีคุณสมบัติตรงจะได้รับเงินสงเคราะห์เงินอุดหนุนสำหรับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนและค่าเดินทาง ทั้งนี้ จากจำนวนผู้ลงทะเบียน 14.2 ล้านคน มี 11.6 ล้านคนที่ได้รับสิทธิประโยชน์ นับแต่ พ.ศ. 2561 รัฐบาลจัดการฝึกอาชีพให้แก่ทุกคนที่มาลงทะเบียน ซึ่งผู้ปฏิเสธเข้ารับการอบรมจะไม่ได้รับเงินช่วยเหลืออีก

แต่เดิมใน พ.ศ. 2536 รัฐบาลไทยขณะนั้นได้ริเริ่มนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือนเฉพาะผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ต่อมาใน พ.ศ. 2552 จึงได้ปรับให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน บุคคลวัย 60-69 ปีจะได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาทต่อเดือน วัย 70-79 ปีได้รับ 700 บาทต่อเดือน และ วัย 80-89 ปีจะได้รับ 800 บาทต่อเดือน โดยผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไปจะได้รับเดือนละ 1,000 บาท แม้เบี้ยยังชีพดังกล่าวจะไม่สูงนัก ก็ถือเป็นกลไกคุ้มครองทางสังคมและแหล่งรายได้ที่พึ่งพาได้เสมอไม่ว่าสภาพเศรษฐกิจจะเปลี่ยนแปลงเป็นเช่นไร ใน พ.ศ. 2553 มีผู้สูงอายุจำนวน 5.65 ล้านคนหรือร้อยละ 67.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับความช่วยเหลือดังกล่าว ถือเป็นงบประมาณ 32.7 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุ 8.3 ล้านคน หรือร้อยละ 71.7 ของทั้งหมด ได้รับเบี้ยยังชีพในงบประมาณรวม 66,359 ล้านบาท

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด

รัฐบาลไทยริเริ่มเงินอุดหนุนช่วยเหลือเด็กจากครอบครัวยากจนเดือนละ 400 บาท ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ใน พ.ศ. 2559 เงินอุดหนุนได้กำหนดเพิ่มขึ้นเป็น 600 บาทจนกระทั่งเด็กอายุได้ 3 ปี และต่อมาจึงได้ขยายระยะเวลาให้จนถึงเด็กอายุ 6 ปี มีเด็กวัยต่ำกว่า 3 ปีจากครอบครัวยากจนหรือรายได้น้อยจำนวนมากกว่าครึ่งล้านที่ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ ซึ่งช่วยประกันการเริ่มต้นชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับคนรุ่นใหม่ที่ลุด

การเน้นการพัฒนาที่คุณ เป็นศูนย์กลางมากขึ้น

ประเทศไทยบรรลุความสำเร็จมากมายด้วยระดับการศึกษาที่สูงขึ้น อัตราการตายก่อนและหลังคลอดที่ลดลง สุขภาพมารดาที่ดีขึ้น และความเสมอภาคระหว่างเพศที่เพิ่มขึ้น ทั้งหมดนี้ ล้วนสอดคล้องกับเป้าหมายของ ICPD

สำหรับการก้าวไปข้างหน้า การเน้นที่การพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลาง จะให้ความสำคัญกับคุณภาพของการคลอด การเลี้ยงดูเด็ก และสิทธิของผู้หญิงที่จะวางแผนการมีครอบครัวของตน โครงสร้างประชากรและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงจะต้องนำไปสู่การสร้างนโยบายที่เหมาะสมต่ออนาคต และการรองรับภาวะที่มีประชากรวัยทำงานลดลงกับการก้าวสู่สังคมสูงวัย ผลิตภาพของแรงงานจะกลายเป็นสิ่งสำคัญมากขึ้น เช่นเดียวกับการใช้ประโยชน์จากศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาในระดับชาติ หากนโยบายเช่นนี้จะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิผลแล้ว ไทยก็จะเป็นสถานที่ซึ่งบรรลุการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืนได้



อนาคตที่ยั่งยืน ด้วยการลงทุนพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์

“...จากการเน้น Economic Growth โดยหวังว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจจะนำสู่การเติบโตในเรื่องอื่นตามมา ซึ่งที่ผ่านมามีสูงอยู่แล้วว่ามันไม่ได้เป็นอย่างที่หวัง เปลี่ยนมาสู่การสร้างความมั่นคงมั่นคงในลักษณะที่ต้องสมดุลไปด้วยกัน ระหว่าง 4 ปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และทุนมนุษย์...การเปลี่ยนจากการมองคนเป็นปัจจัยการผลิต มองเกษตรกรเป็นปัจจัยการผลิต คือ People for Economic growth เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศให้มนุษย์ เป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนาด้วยปัญญาตนเอง”

ดร. สุวิทย์ เมษินทรีย์ รัฐมนตรีว่าการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (รมว.อว.), ปาฐกถาเปิดตัวที่สาธารณะ “Wisdom Movement: ขับเคลื่อนอนาคตชุมชนไทยด้วยงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น” จัดโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) เมื่อ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2562

การใช้ประโยชน์สูงสุด จากทุนมนุษย์

ในช่วงเวลา 25 ปีนับจากการประชุม ICPD ประเทศไทยได้บรรลุความก้าวหน้าด้านอำนาจ การเจริญพันธุ์และการเข้าเรียนในสถานศึกษาเยาวชนได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อชีวิตหลังวัยเรียนและโลกแห่งการทำงานมากขึ้น อัตราการเข้าเรียนระดับมัธยมเพิ่มจากร้อยละ 38 ใน พ.ศ. 2536 มาเป็นร้อยละ 119 ใน พ.ศ. 2559¹ ในขณะที่อัตราการเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษาขึ้นจากร้อยละ 19 เป็นร้อยละ 49 ในช่วงเวลาเดียวกัน (World Bank, 2019a)

การเข้าสู่ภาวะสูงวัยของประชากรและการเติบโตทางประชากรที่ช้าลง เป็นโอกาสที่ประเทศไทยจะได้ปฏิรูป และสร้างรายได้ผ่านนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ อย่างไม่ดี เมื่อประเทศพบกับความท้าทายในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่กำลังเกิดขึ้น ก็อาจไม่สามารถจะพึ่งพาแต่ความสำเร็จในอดีต หากต้องหันมาเน้นที่การขยายการพัฒนาทุนมนุษย์ด้วย ทั้งนี้ ประชากรที่มีการศึกษาและสุขภาพดีเท่านั้นที่จะใช้ศักยภาพการผลิตของตนได้สมบูรณ์ และช่วยให้ประเทศหลีกเลี่ยงผลกระทบทางเศรษฐกิจเชิงลบอันสืบเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการเข้าสู่สังคมสูงวัย อีกทั้งยังจะสามารถตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ก้าวหน้าในการกลายเป็นประเทศรายได้สูงได้ ไทยอยู่ในตำแหน่งที่ดีที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิรูปแล้ว หากแต่ต้องทำความเข้าใจว่ารัฐจะสามารถปรับปรุงทุนมนุษย์ของประเทศต่อไปได้อย่างไร



© UNFPA/AsisWorks

ความต้องการแรงงานมีทักษะ

ไทยต้องการกำลังแรงงานมีทักษะที่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจของตน การพัฒนาทุนมนุษย์ถือเป็นหนึ่งในความท้าทายสูงสุดในการผลักดันให้แนวคิด "ไทยแลนด์ 4.0" ให้เป็นจริง การพัฒนาอุตสาหกรรมอนาคตที่มีความเป็นนวัตกรรมเพียงพอที่จะเพิ่มมูลค่า และสามารถเข้าสู่ระดับการแข่งขันของโลกได้ ต้องการทั้งทักษะพื้นฐานและทักษะเฉพาะด้านอย่างหลากหลาย อย่างไรก็ตาม ไทยในปัจจุบันยังก้าวไม่ทันเทียมประเทศอื่นในการนี้ ในรายงานความสามารถในการแข่งขันระดับโลก (Global Competitiveness Report) ของ World Economic Forum พ.ศ. 2561 ผู้บริหารธุรกิจได้แสดงทัศนคติต่อความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยว่าอยู่ระดับกลางเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ (ตาราง 3.1) ในมุมมองด้านความสะดวกที่จะจ้างงานลูกจ้างที่มีทักษะ ไทยอยู่ในเพียงลำดับที่ 88

จาก 140 ประเทศ ในด้านคุณภาพของการฝึกอาชีพ ไทยก็อยู่เพียงลำดับที่ 75 โดยทักษะทางดิจิทัล และชุดทักษะของผู้สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยและมัธยมปลายอยู่ในลำดับที่ 61 ทั้งคู่ ผลการประเมินนี้สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ใหญ่ในการศึกษาขั้นสูงที่มีเพียงร้อยละ 15.9 ใน พ.ศ.2559 (ILOSTAT) ยิ่งไปกว่านั้น รายงานฉบับนี้ยังระบุว่า สำหรับระดับการลงทุนของธุรกิจต่อการฝึกอบรมและพัฒนาลูกจ้าง ประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับเพียงที่ 48 ด้วยเหตุนี้ ไทยจำเป็นต้องเพิ่มความพยายามในการสร้างทักษะแก่กำลังแรงงานของตนเพื่ออุดช่องว่างดังกล่าว (World Economic Forum, 2561)

¹ มีความเป็นไปได้ที่อัตราการเข้าเรียนรวมจะมากกว่า 100 เนื่องจากอัตราที่เกี่ยวข้องกับการเข้าเรียนที่แท้จริงกับจำนวนเด็กตามเกณฑ์อายุของระดับชั้นนั้น ๆ อัตราที่มากกว่า 100 สามารถเป็นไปได้ ตัวอย่างเช่น หากมีผู้สมัครเรียนที่อายุน้อยกว่าเกณฑ์อายุ และ/หรืออายุมากกว่าเกณฑ์การสำเร็จการศึกษา

ไทยแลนด์ 4.0 คืออะไร

ไทยแลนด์ 4.0 คือ รูปแบบเศรษฐกิจที่มุ่งพาประเทศไทยให้ก้าวผ่านเศรษฐกิจบนพื้นฐานเกษตรกรรมแบบเดิม (Thailand 1.0) อุตสาหกรรมเบา (Thailand 2.0) และอุตสาหกรรมหนักและการส่งออก (Thailand 3.0) ไปสู่ออนาคต โดยเป้าหมายคือการปลดล็อก "กับดักการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง" ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว รวมทั้งแก้ไข

"กับดักความเหลื่อมล้ำ" และ "กับดักจากความไม่สมดุลทางเศรษฐกิจ" ทั้งนี้ ไทยแลนด์ 4.0 จะส่งเสริมนวัตกรรมและอุตสาหกรรมห่วงโซ่มูลค่าสูง เพื่อมุ่งสู่การเป็นประเทศรายได้สูงภายใน พ.ศ. 2580 ตามคำขวัญ "มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน" ดังในภาพต่อไปนี้

กลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต

อุตสาหกรรมเดิมที่มีศักยภาพ

อุตสาหกรรมยานยนต์สมัยใหม่
อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ
อุตสาหกรรมท่องเที่ยวกลุ่มรายได้ดีและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
อุตสาหกรรมเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ
อุตสาหกรรมแปรรูปอาหาร

อุตสาหกรรมอนาคต

หุ่นยนต์เพื่ออุตสาหกรรม
อุตสาหกรรมการบินและโลจิสติกส์
อุตสาหกรรมเชื้อเพลิงชีวภาพและเคมีชีวภาพ
อุตสาหกรรมดิจิทัล
อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร

การเปลี่ยนแปลงภายใน

การเกษตรแบบดั้งเดิม	→	การเกษตรสมัยใหม่
SMEs แบบดั้งเดิม	→	สตาร์ทอัพ
การบริการแบบดั้งเดิม	→	การบริการมูลค่าสูง
แรงงานไร้ทักษะ	→	แรงงานทักษะสูง/มีความรู้
ชื่อเทคโนโลยี	→	สร้างเทคโนโลยี

นวัตกรรมสำคัญ

เมืองอัจฉริยะ
สังคมนวัตกรรม
การแพทย์ครบวงจร
เมืองนวัตกรรมอาหาร
เทคโนโลยีและการบริหารจัดการน้ำ

เราจะทำอะไรและอย่างไร

1. บทบาทอันแข็งขันของภาคเอกชน
2. นโยบายที่ตอบสนองความต้องการ
3. เสนอทุนสนับสนุนที่เหมาะสมพอดีต่อกิจการ
4. สร้างเครือข่ายการพัฒนาและการวิจัยระดับชาติ ภูมิภาค และโลก
5. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการศึกษาและการฝึกอบรมอาชีพ
6. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน
7. ริเริ่มการลงทุนบนฐานของสมรรถภาพที่ส่งเสริมโครงการและทุนที่มีเงื่อนไขบนฐานการทำงาน และแรงจูงใจ

ดร. สุวิทย์ เมษินทรีย์
รัฐมนตรีว่าการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ตาราง 3.1: ความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย เปรียบเทียบกับประเทศอื่น ตามทัศนะของผู้บริหารธุรกิจ

	คะแนน	ลำดับ
การลงทุนของบริษัทในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร	4.3	48
ชุดทักษะของผู้สำเร็จการศึกษาที่เป็นที่ต้องการของธุรกิจ	4.1	61
ทักษะทางดิจิทัลในหมู่ประชากร	4.4	61
คุณภาพการฝึกอบรมด้านอาชีพ	4.0	75
ความสะดวกในการหาบุคลากรที่มีทักษะ	3.9	88

แบบมาตรวัด 1 (ในกลุ่มที่ด้อยที่สุด) ถึง 7 (กลุ่มที่ดีที่สุด)

แหล่งที่มา: World Economic Forum, 2561

ประชากรรุ่นใหม่ที่กำลังลดลง

เด็ก ๆ ในวันนี้จะเป็นแรงงานของประเทศรุ่นใหม่ต่อไปในอนาคต หากจำนวนเด็กกลับลดลงเรื่อย ๆ เมื่อพิจารณาชุดทักษะอันจำกัดของประชากรวัยทำงานในปัจจุบัน การลงทุนในการศึกษาและสุขภาพเด็กไทย วัยรุ่น และคนหนุ่ม

สาวเพื่อพัฒนาทุนมนุษย์จึงมีความสำคัญยิ่ง อย่างไรก็ตาม ในช่วง 20 ปีข้างหน้า คาดว่าขนาดของประชากรวัยเรียนจะลดลงอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (ตาราง 3.2) สถานการณ์ดังกล่าวเน้นย้ำถึง

ความสำคัญในการจะต้องทำให้มั่นใจว่าคนรุ่นใหม่จะใช้ศักยภาพของตนได้สูงสุดเต็มที่ และเพื่อคงไว้ซึ่งแรงขับเคลื่อนแห่งการพัฒนา จะมีพื้นที่ความผิดพลาดให้กับการสร้างทักษะแก่แรงงานรุ่นใหม่ได้น้อยมาก

ตาราง 3.2: การคาดประมาณประชากรวัยเรียนในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2562 – 2583

	ขนาดประชากร ('000)				สัดส่วนของประชากรทั้งหมด			
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-4	5-9	10-14	15-19
2562	3,584	3,711	3,919	4,280	5.4	5.6	6.0	6.5
2563	3,539	3,704	3,839	4,207	5.4	5.6	5.8	6.4
2573	3,013	3,273	3,515	3,687	4.6	4.9	5.3	5.6
2583	2,455	2,718	2,996	3,261	3.8	4.3	4.7	5.1

แหล่งที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSearch_Final.aspx

การพัฒนาทุนมนุษย์: ประเด็นและความท้าทาย

ในดัชนีทุนมนุษย์ (Human Capital Index) ของธนาคารโลก สถานะของประเทศไทยจัดอยู่ในระดับดี หากยังจำเป็นจะต้องพยายามก้าวให้ทันกลุ่มประเทศที่อยู่ในระดับสูงสุดต่อไป ดัชนีทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเผยแพร่ครั้งแรกใน พ.ศ. 2561 วัดผลผลิตที่คาดว่าจะเกิดในวันนี้จะเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ โดยเปรียบเทียบกับอัตราเด็กที่สำเร็จการศึกษาและสุขภาพดี (ธนาคารโลก, 2562ก) ไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 65 จาก 157 ประเทศ ซึ่งถือเป็นตำแหน่งที่ดีสำหรับประเทศรายได้ปานกลางระดับสูง ลำดับดังกล่าวมีที่มาจากกรอบปฏิบัติภายใต้ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่แข็งแกร่ง หากเพื่อปรับปรุงสถานะและก้าวให้ทัดเทียมกลุ่มประเทศรายได้สูงต่อไปนั้น ไทยจำเป็นต้องจัดการแก้ไขจุดอ่อนในระบบการศึกษา ในขณะที่ต้องจัดการแก้ไขปัญหาท้าทายอื่น ๆ ที่ยังดำรงอยู่ในระบบสาธารณสุขด้วย

รัฐบาลไทยแสดงถึงความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาการศึกษา ด้วยรายจ่ายด้านการศึกษาที่ค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 19.1จากรายจ่ายของรัฐทั้งหมดใน พ.ศ. 2556 ซึ่งจัดว่าอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายจ่ายทางการศึกษาสูงที่สุดในโลก การลงทุนทางการศึกษาสูงถึงร้อยละ 4.1 ของ GDP นี้เทียบเท่ากับในประเทศรายได้ปานกลางระดับสูงอื่น ๆ แต่ยังต่ำกว่ามาเลเซีย เวียดนาม และกลุ่มประเทศรายได้สูง (ตาราง 3.3) ในทัศนะของนโยบายไทยแลนด์ 4.0 นั้น ความรู้และทักษะทาง STEM (ซึ่งได้แก่ วิทยาศาสตร์ (science) เทคโนโลยี (technology) วิศวกรรมศาสตร์ (engineering) และคณิตศาสตร์ (mathematics)) ได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก

ด้วยตระหนักในความสำคัญดังกล่าว รัฐบาลไทยจึงจัดให้มีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งในระบบโรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย (Kenan Institute Asia, 2562) อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายในการวิจัยและการพัฒนา (R&D) ก็ยังน้อยกว่าประเทศอื่น ๆ รวมถึงมาเลเซียและกลุ่มประเทศรายได้สูง การลงทุนใน R & D จะต้องกระทำควบคู่ไปกับการลงทุนในทุนมนุษย์ เพื่อให้ไทยสามารถก้าวไปสู่สถานะประเทศรายได้สูงต่อไปได้

ตาราง 3.3: ใช้จ่ายของรัฐบาลไทยเพื่อการศึกษาและการวิจัยและการพัฒนา (R&D) เปรียบเทียบกับบางประเทศและกลุ่มประเทศ

	ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา		ค่าใช้จ่ายเพื่อ R&D	GDP ต่อหัว
	ร้อยละของ ค่าใช้จ่ายรัฐ	ร้อยละของ GDP	ร้อยละของ GDP	\$PPP
ออสเตรเลีย	14.1	5.3	1.9	49,378
กัมพูชา	8.8	1.9	0.1	4,018
แคนาดา	12.2	5.3	1.5	46,510
จีนและเขตบริหารพิเศษฮ่องกง	17.8	3.3	0.8	61,671
มาเลเซีย	21.1	4.7	1.3	29,511
ไทย	19.1	4.1	0.8	17,910
สหราชอาณาจักร	13.9	5.5	1.7	44,921
เวียดนาม	18.5	5.7	0.4	6,790
ประเทศรายได้สูง	12.7	5.3	2.5	47,893
ประเทศรายได้ปานกลางในระดับสูง	13.9	4.3	1.7	17,871

Source: ธนาคารโลก, 2562

หมายเหตุ: ข้อมูลด้านการศึกษาสำหรับจีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกง และมาเลเซียเป็นของ พ.ศ. 2560, สำหรับสหราชอาณาจักร พ.ศ. 2559, สำหรับออสเตรเลีย กลุ่มประเทศรายได้สูง และกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง พ.ศ. 2558, สำหรับกัมพูชา พ.ศ. 2557, สำหรับไทยและเวียดนาม พ.ศ. 2556, สำหรับแคนาดา พ.ศ. 2554 ส่วนข้อมูล R&D สำหรับแคนาดา จีน และเขตบริหารพิเศษฮ่องกงเป็นของ พ.ศ. 2560, สำหรับไทย สหราชอาณาจักร กลุ่มประเทศรายได้สูงและรายได้ปานกลาง พ.ศ. 2559 และสำหรับออสเตรเลีย กัมพูชา มาเลเซีย และเวียดนาม พ.ศ. 2558 ข้อมูล GDP ต่อหัวสำหรับทุกประเทศเป็นข้อมูล พ.ศ. 2560

ความท้าทายของ พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน

เกือบหนึ่งในสี่ของเด็กไทยแสดงถึงพัฒนาการที่ล่าช้าในบางส่วน (ตาราง 3.4) ซึ่งเน้นย้ำถึงความเร่งด่วนที่ต้องสร้างเสริมการเข้าสถานศึกษาในวัยก่อนเรียน การลงทุนในการศึกษาและสุขภาพจะต้องเริ่มตั้งแต่ปฐมวัย ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับพัฒนาการเป็นอย่างมาก ในขณะที่เด็กเล็กบางคนอยู่ในสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่กระตุ้นการเรียนรู้ เด็ก

อีกจำนวนมากก็จะได้ประโยชน์มากกว่าจากการศึกษาระดับปฐมวัย ศูนย์การเรียนรู้ ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล (Thai Health Project, 2561) แม้เด็กวัย 4 และ 5 ขวบส่วนใหญ่จะเข้าโรงเรียนอนุบาลแล้ว จำนวนเด็กวัย 3 ขวบในชั้นอนุบาล 1 ก็ยังคงต่ำอยู่มาก (ตาราง 3.5).

ตาราง 3.4: สัดส่วนเด็กเล็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

	ร้อยละ
กล้ามเนื้อลีบและพัฒนาการสติปัญญาล่าช้า	52.4
ความเข้าใจในภาษา	47.5
การใช้ภาษา	43.2
การฟังตนเอง	33.4
การเคลื่อนไหว (กล้ามเนื้อมัดใหญ่)	32.6

แหล่งที่มา: รายงานประจำ พ.ศ. 2560 โดย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน Thai Health Project, 2561

ตาราง 3.5: เด็กส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนอนุบาล ยกเว้นเด็กที่อายุน้อยที่สุด

	2555	2556	2557	2558	2559
นักเรียนอนุบาล 1 (อายุ 3 ขวบ) (ร้อยละ)	32.4	32.9	27.8	32.5	34.8
นักเรียนอนุบาล 2 (อายุ 4 ขวบ) (ร้อยละ)	101.0	95.5	96.2	92.5	94.6
นักเรียนอนุบาล 3 (อายุ 5 ขวบ) (ร้อยละ)	97.2	98.1	95.6	98.0	92.5

แหล่งที่มา: สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560

ความจำเป็นในการปรับปรุง ประสิทธิภาพการศึกษา

นักเรียนมัธยมไทย โดยเฉพาะผู้ชาย ควรพัฒนาผลการเรียนให้ได้ดีขึ้น โครงการประเมินผลนักเรียนนานาชาติ (Programme for International Student Assessment : PISA) ช่วยประเมินประสิทธิภาพของโรงเรียนได้ แม้รัฐบาลจะมุ่งมั่นสู่ความเป็นเลิศทางการศึกษา ประเทศไทยก็ยังล้าหลังกลุ่มประเทศที่เป็นเลิศในทั้งสามวิชาหลักของการประเมิน PISA ใน พ.ศ. 2558 (ตาราง 3.6) โดยนักเรียนไทยมีคะแนนเฉลี่ยวิชาวิทยาศาสตร์เพียง 421 คะแนนซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยสำหรับประเทศในกลุ่มองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (OECD) และต่ำกว่ากลุ่มประเทศเศรษฐกิจระดับสูงมาก แม้จะไม่ต่ำกว่าประเทศเพื่อนบ้านอย่างมาเลเซียและอินโดนีเซียมากนัก

ค่าเฉลี่ยของวิชาการอ่านและคณิตศาสตร์ในกลุ่มนักเรียนไทยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่น นักเรียนชายมักมีผลการเรียนต่ำกว่านักเรียนหญิง รวมถึงวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ซึ่งเป็นวิชาที่นักเรียนชายในประเทศส่วนใหญ่ (แม้จะมีไซอินโดนีเซียและมาเลเซีย) จะมีผลการเรียนดีกว่านักเรียนหญิง

ตาราง 3.6: คะแนนสอบ PISA พ.ศ. 2558 : เปรียบเทียบประเทศไทยกับเพื่อนบ้านที่ทำคะแนนได้ดี

	มัธยมศึกษา								
	วิทยาศาสตร์			การอ่าน			คณิตศาสตร์		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ค่าเฉลี่ยของ OECD	493	495	491	493	479	506	490	494	486
ออสเตรเลีย	510	511	509	503	487	519	494	497	491
แคนาดา	528	528	527	527	514	540	516	520	511
สหราชอาณาจักร	509	510	509	498	487	509	492	498	487
จีนและเขตบริหารพิเศษฮ่องกง	523	523	524	527	513	541	548	549	547
สิงคโปร์	556	559	552	535	525	546	564	564	564
ไทย	421	416	425	409	392	423	415	414	417
เวียดนาม	525	523	526	487	474	499	495	493	496
มาเลเซีย	443	441	445	431	414	445	446	443	449
อินโดนีเซีย	403	401	405	397	386	409	386	385	387

แหล่งที่มา: OECD, 2559

ในขณะที่การรายงานผลเป็นคะแนนเฉลี่ยอาจไม่เที่ยงตรงในแง่ที่ส่วนหนึ่งของนักเรียนอาจทำคะแนนได้ดีแม้คะแนนเฉลี่ยโดยรวมจะต่ำก็ตาม ผลประเมินต่อก็ยังแสดงให้เห็นว่า สมมติฐานดังกล่าวมิได้เป็นจริง ทั้งนี้ มีนักเรียนไทยเพียงร้อยละ 1.7 ที่ทำคะแนนได้ดีในอย่างน้อย 1 วิชา ซึ่งถือเป็นค่าที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศ OECD และต่ำกว่ากลุ่มประเทศที่มีผลการเรียนดีเด่นอย่างมาก (ตาราง 3.7) อีกนัยหนึ่ง ร้อยละ 35.8 ของนักเรียนไทยในการสำรวจ PISA ได้รับการจัดกลุ่มให้เป็นผู้ทำคะแนนได้น้อยในทุก

วิชา เมื่อพิจารณาคะแนนวิชาวิทยาศาสตร์ของนักเรียนไทยที่ค่อนข้างน้อย จึงไม่น่าแปลกใจที่สัดส่วนของนักเรียนที่คาดหวังจะมีอาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์ก็มีเพียงร้อยละ 19.7 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่ม OECD ในภาพรวมนั้น ผลการเรียนในระดับปานกลางของนักเรียนไทยเมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนในประเทศอื่นบ่งชี้ถึงความท้าทายในการปรับปรุงระบบการศึกษาให้ต่อไป

ตาราง 3.7: ประเทศไทย : คะแนนสอบ PISA พ.ศ. 2558 ร้อยละของผู้มีศักยภาพสูงและต่ำ กับความคาดหวังในอาชีพ

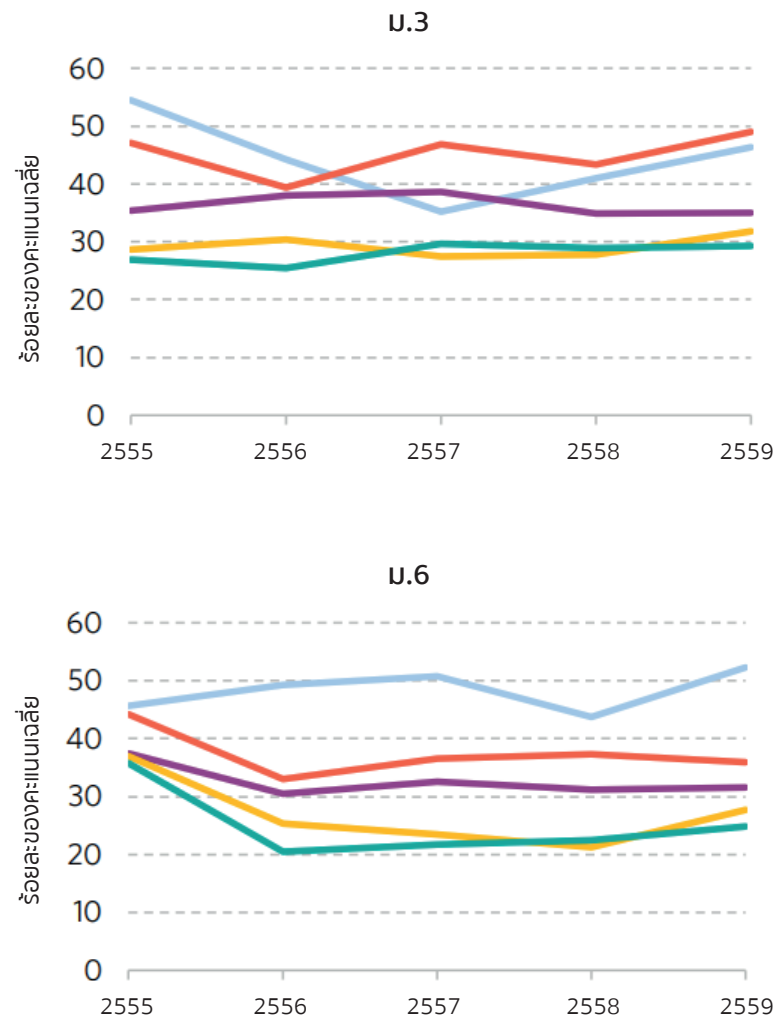
	ร้อยละของผู้ได้คะแนนสูงสุด ในอย่างน้อย 1 วิชา	ร้อยละของผู้ได้คะแนนต่ำ ในทั้ง 3 วิชา	ร้อยละของนักเรียนที่คาดหวัง จะประกอบอาชีพทางวิทยาศาสตร์
ค่าเฉลี่ยของ OECD	15.3	13.0	24.2
ออสเตรเลีย	18.4	11.1	29.2
แคนาดา	22.7	5.9	33.9
สหราชอาณาจักร	16.9	10.1	29.1
จีนและเขตบริหารพิเศษฮ่องกง	29.3	4.5	23.6
สิงคโปร์	39.1	4.8	28.0
ไทย	1.7	35.8	19.7
เวียดนาม	12.0	4.5	19.6
มาเลเซีย	2.3	24.9	29.1
อินโดนีเซีย	0.8	42.3	15.3

แหล่งที่มา: OECD, 2559

ที่ผ่านมา ความสำเร็จในการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมไทยมีพัฒนาขึ้นมากนัก เมื่อพิจารณาถึงคะแนนที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น การปรับปรุงคุณภาพการศึกษาจึงเป็นที่จำเป็นเร่งด่วน นับจาก พ.ศ. 2555-2559 นักเรียนมัธยมต้นของไทยมิได้มีผลคะแนนเฉลี่ยในวิชาใดจากห้าวิชาเพิ่มขึ้นมากนัก (แผนภาพ 3.1) ในขณะที่ผลการเรียนของนักเรียนมัธยมปลายส่วนใหญ่ก็ตกต่ำลง หรือเท่าเดิม

ไทย
วิทยาศาสตร์
คณิตศาสตร์
สังคมศึกษา
ภาษาอังกฤษ

แผนภาพ 3.1: ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาลดถอยลง



แหล่งที่มา: สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560

โรงเรียนต่าง ๆ จำเป็นจะต้องมีทรัพยากรเพื่อให้สามารถจัดการศึกษาที่มีคุณภาพสูงได้ การประเมิน PISA ล่าสุด พ.ศ. 2558 ซึ่งเน้นความสำคัญที่วิชาวิทยาศาสตร์ ฉายภาพด้านลึกของการใช้ทรัพยากรทางการศึกษาสำหรับวิชาที่สำคัญต่อการพัฒนาทุนมนุษย์ ความสำเร็จของนักเรียนในวิชาวิทยาศาสตร์ขึ้นอยู่กับว่า

รัฐบาลและโรงเรียนได้ลงทุนกับคุณภาพและปริมาณของวัสดุการเรียนการสอนและครูมากเพียงไร และเวลาที่นักเรียนได้ให้กับการศึกษามากเพียงไร ทำยสุดแล้ว ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้เราเห็นว่า เยาวชนได้รับการกระตุ้นส่งเสริมที่จะประกอบอาชีพในสายวิทยาศาสตร์ต่อไปเพียงไร (OECD, 2559)

ตาราง 3.8: ประเทศไทยยังอยู่รั้งท้ายในดัชนีสื่อว่าด้วยการสอนวิชาวิทยาศาสตร์

	ค่าเฉลี่ย OECD	ออสเตรเลีย	แคนาดา	จีนและฮ่องกง	สิงคโปร์	ไทย	สหราชอาณาจักร	เวียดนาม
แผนวิทยาศาสตร์และเวลาเรียน								
ร้อยละของนักเรียน ที่ผู้อำนวยการโรงเรียนรายงานว่าถ้อยแถลงต่อไปนี้ เป็นความจริง:								
แผนวิทยาศาสตร์ของโรงเรียนมีอุปกรณ์และเครื่องมืออย่างดี เมื่อเปรียบเทียบกับแผนอื่น ๆ	74	94	88	91	95	64	78	56
ครูวิทยาศาสตร์จัดอยู่ในกลุ่มบุคลากรที่มีการศึกษาสูงที่สุดของเรา	65	69	73	74	75	61	69	72
เรามีอุปกรณ์ในห้องแล็บสำหรับทุกระดับชั้นให้ใช้ได้ใช้อย่างเป็นประจำ	66	92	90	98	100	45	91	44
ร้อยละของนักเรียนที่ต้องเข้าเรียนวิชาวิทยาศาสตร์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	94	90	86	76	99	93	98	100
บุคลากรครู								
ร้อยละของนักเรียนที่ต้องเข้าเรียนวิชาวิทยาศาสตร์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง	74	94	81	91	89	87	93	92
วิธีการสอนวิชาวิทยาศาสตร์								
ร้อยละของนักเรียนที่รายงานว่าสิ่งเหล่านี้เกิดในคาบเรียนวิทยาศาสตร์ของตน:								
ครูอธิบายแนวคิดวิทยาศาสตร์ (ในเกือบทุกคาบ)	24	33	39	27	31	36	32	16
ครูแจ้งจนถึงระดับที่จับปฏิบัติและเรียนรู้ได้ในระดับชั้นนี้ (อย่างน้อยในบางคาบ)	73	77	85	83	86	85	86	88
ครูปรับบทเรียนให้เข้ากับความต้องการจำเป็นและความรู้ของชั้นเรียน (ทุกคาบหรือเกือบทุกคาบ)	16	17	18	10	20	15	16	N/A
นักเรียนจะโต้แย้งปัญหาทางวิทยาศาสตร์ (อย่างน้อยในบางคาบ)	70	67	70	70	65	75	55	94
นักเรียนแบ่งกลุ่มตามความสามารถในชั้นเรียนต่าง ๆ (อย่างน้อยสำหรับบางวิชา)	47	88	87	91	94	76	100	83
กิจกรรมนอกห้องเรียน								
ร้อยละของนักเรียนในโรงเรียนที่มีกิจกรรมด้านวิทยาศาสตร์ต่อไปนี้:								
ชมรมวิทยาศาสตร์	39	38	57	95	42	90	79	44
การแข่งขันด้านวิทยาศาสตร์	67	92	76	88	89	72	72	47

แหล่งที่มา: OECD, 2559

ผลของการประเมิน PISA พ.ศ. 2558 แสดงว่า ประเทศไทยยังรั้งท้ายประเทศอื่น ๆ ในด้านทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนวิชาวิทยาศาสตร์และวิธีการสอน (ตาราง 3.8) ราวร้อยละ 64 ของผู้อำนวยการโรงเรียนประเมินแผนกวิทยาศาสตร์ของโรงเรียนตนว่ามีอุปกรณ์พร้อมเมื่อเปรียบเทียบกับแผนกอื่น ๆ ร้อยละ 61 ให้คะแนนครูวิทยาศาสตร์ของตนว่าอยู่ในกลุ่มบุคลากรที่มีการศึกษาสูงที่สุดของโรงเรียน ซึ่งสัดส่วนทั้งสองนี้อยู่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่ม OECD

ข้อนำห่วงใยเป็นพิเศษก็คือ อุปกรณ์ของโรงเรียนและวัสดุห้องแลป มีผู้อำนวยการโรงเรียนเพียงร้อยละ 45 ที่รายงานว่า โรงเรียนของตนมีวัสดุอุปกรณ์สำหรับห้องแลปเพียงพอสำหรับที่ทุกชั้นเรียนจะใช้เป็นประจำ ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD คือร้อยละ 66 สัดส่วนของนักเรียนที่ต้องเข้าเรียนคาบวิทยาศาสตร์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งนั้นต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD อยู่เล็กน้อย ในขณะที่กิจกรรมนอกห้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่จะเทียบเท่าหรือกระทั่งดีกว่ากลุ่มประเทศที่มีคะแนนสูง

วิธีการสอนจำเป็นจะต้องพัฒนาให้ดีขึ้น และปรับให้เข้ากับความจำเป็นของนักเรียน นอกจากนี้วัสดุอุปกรณ์การศึกษาที่มีคุณภาพดี และเพียงพอกับครูที่มีการศึกษาดีแล้ว วิธีการสอนวิชาวิทยาศาสตร์ก็มีความสำคัญยิ่งต่อผลการเรียนของนักเรียน (OECD, 2559) ไทยจัดอยู่ในลำดับค่อนข้างสูงสำหรับการใช้วิธีการสอนที่ยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง หรืออธิบายโดยเฉพาะเจาะจงก็คือ ครูมักจะอธิบายและสาธิตแนวคิดวิทยาศาสตร์ และคอยให้คำติชมแก่นักเรียนเกี่ยวกับผลการเรียนหรือผลการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ สัดส่วนของนักเรียนที่จะได้ถกเถียงอภิปรายเกี่ยวกับคำถามทางวิทยาศาสตร์อย่างน้อยในบางบทเรียนจำเป็นจะต้องยกระดับให้สูงใกล้เคียงกันแม้การอภิปรายนี้จะไม่ได้หมายความว่ามีความรู้หรือขอบเขตกว้างดังที่มีการรายงานจากการศึกษาอื่น ๆ (e.g., Thomas, 2553).

อย่างไรก็ตาม ผลการประเมิน PISA พ.ศ. 2558 ได้เปิดเผยถึงความท้าทาย 2 ประการในด้านวิธีการจัดการเรียนการสอน สัดส่วนของนักเรียนที่ได้รับการจัดกลุ่มตามความสามารถในชั้นเรียนวิทยาศาสตร์มีอยู่ร้อยละ 76 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD หากยังต่ำกว่ากลุ่มประเทศที่มีผลการเรียนดีเด่น นอกจากนี้ สัดส่วนนักเรียนที่ระบุว่าครูได้ปรับบทเรียนวิทยาศาสตร์ให้เข้ากับความจำเป็นของชั้นเรียนยังมีค่อนข้างต่ำ

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ

คนที่ยากจนกว่า โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท ต้องพบกับกำแพงกีดกันการเข้าถึงบริการสาธารณะ เช่นการศึกษาและบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพเสมอ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพนี้ได้แปลผลไปสู่ความยากไร้ ซึ่งถูกส่งผ่านต่อจากรุ่นสู่รุ่น ใน พ.ศ. 2560 ร้อยละ 7.8 ของประชากรไทยอาศัยอยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของประเทศ (สศช. 2560).

โรงเรียนขนาดเล็กจำนวนมากเปิดในพื้นที่ชนบทเพื่อบริการการศึกษาแก่นักเรียนชนบทที่มักยากจน เนื่องจากอัตราการเกิดลดลง จำนวนโรงเรียนที่มีนักเรียนน้อยกว่า 120 คน จึงเพิ่มขึ้นอย่างมาก จาก 10,899 แห่งใน พ.ศ. 2546 มาเป็น 14,669 แห่งใน พ.ศ. 2554 ในขณะที่งบประมาณรายหัวสำหรับนักเรียนในโรงเรียนขนาดเล็กถือว่าค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับโรงเรียนขนาดใหญ่กว่า ผลการเรียนของนักเรียนในโรงเรียนขนาดเล็กก็ยังล้ำหลังโรงเรียนขนาดใหญ่ ข้อเสนอแนะหลากหลายเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ได้แก่การผนวกรวมโรงเรียนเล็กเข้าด้วยกันให้โรงเรียนที่ใหญ่ขึ้น มีอุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมมากขึ้น หรือมีทรัพยากรมนุษย์และงบประมาณเหมาะสมขึ้นโดยเน้นที่ครูที่มีคุณภาพเป็นการเฉพาะ หรือฝึกอบรมครู

ในโรงเรียนขนาดเล็กที่ขาดครู ให้สามารถสอนหลายระดับชั้นร่วมกันเพื่อผนวกห้องเรียนเข้าด้วยกัน ธนาคารโลก, 2558) อย่างไรก็ตาม ยังมีได้มีการนำข้อเสนอแนะทั้งหลายมาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

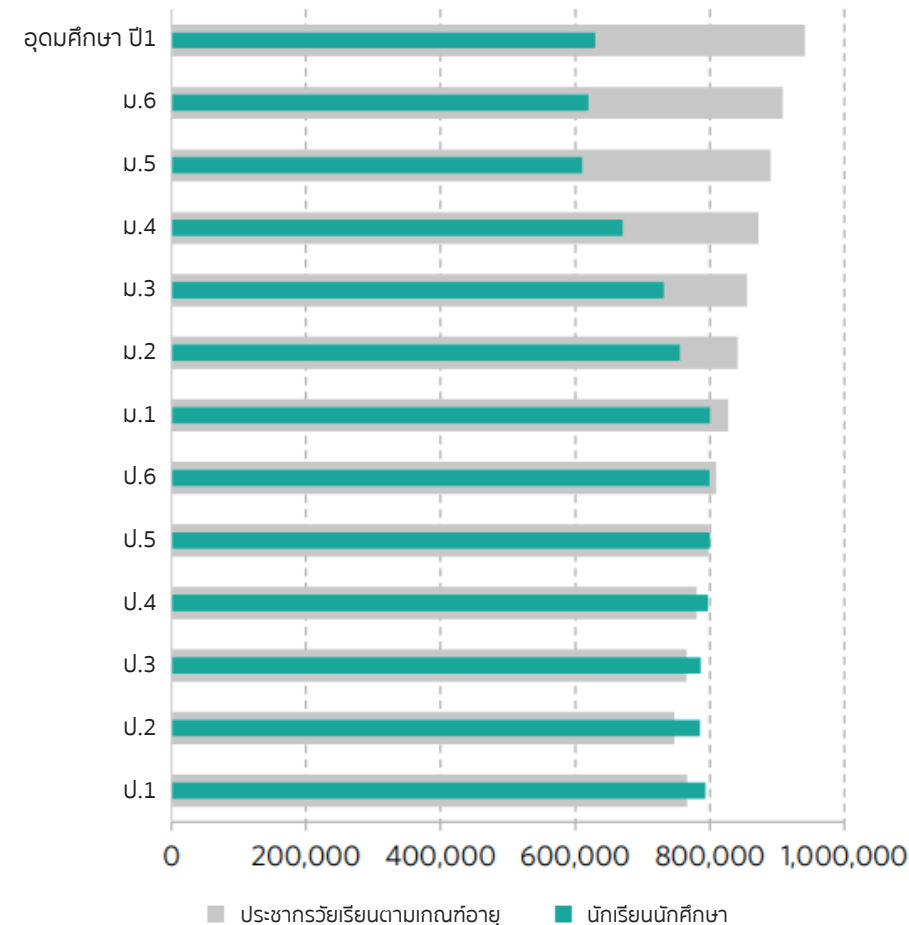
ผลของการประเมิน PISA พ.ศ. 2558 แสดงให้เห็นว่าผู้อำนวยการโรงเรียนชนบทที่ด้อยโอกาสในประเทศไทยได้รายงานถึงการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์การเรียนการสอนทั่วไปและการขาดทรัพยากรเฉพาะสำหรับวิชาวิทยาศาสตร์บ่อยครั้งกว่าโรงเรียนในเมืองและในพื้นที่ที่มีความได้เปรียบทางเศรษฐกิจสังคม โรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงที่สุดหนึ่งในสี่มีนักเรียนที่ต้องเข้าเรียนคาบวิทยาศาสตร์อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งเป็นสัดส่วนสูงกว่าแห่งอื่นอย่างชัดเจน โรงเรียนในเมืองมีการจัดกลุ่มนักเรียนตามความสามารถสูงกว่าโรงเรียนในชนบทด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ โรงเรียนในเขตเมืองและในพื้นที่ที่มีความได้เปรียบทางเศรษฐกิจสังคมมักมีขนาดใหญ่กว่าโดยเฉลี่ย และมีอัตราส่วนนักเรียนต่อครูสูงกว่า หากในด้านการขาดแคลนบุคลากรทางการศึกษา และสัดส่วนครูที่มีวุฒิปรินญาตรีทางวิทยาศาสตร์นั้น ไม่มีความแตกต่างชัดเจนระหว่างโรงเรียนชนบทและในเมือง หรือระหว่างโรงเรียนในพื้นที่ซึ่งผู้คนอยู่ในกลุ่มสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงสุด หรือต่ำสุด

การลาออกกลางคันของนักเรียนและเยาวชนที่ไร้พลวัต

ปัญหาท้าทายอีกประการหนึ่ง คือประเด็นเกี่ยวกับนักเรียนที่ลาออกจากโรงเรียนตั้งแต่ยังอยู่ในระดับชั้นไม่สูงมากนัก ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2560 ระบุว่า ร้อยละ 13.7 ของเยาวชน (วัย 15–24 ปี) ในประเทศไทยอยู่ในภาวะว่างงานโดยที่ไม่ได้กำลังศึกษาหรือเข้ารับการฝึกอบรมใด ๆ ตัวเลขดังกล่าวสูงกว่าตัวเลขของกลุ่มประเทศในเอเชียที่พัฒนาแล้ว เช่น จีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกง ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ซึ่งมีสัดส่วนเยาวชนที่ไม่ได้เรียน

และไม่ได้ทำงานเพียงราวร้อยละ 5 หรือต่ำกว่า นักเรียนไทยเริ่มลาออกจากโรงเรียนเป็นจำนวนมากตั้งแต่มัธยมต้นซึ่งยังถือเป็นการศึกษาภาคบังคับ (แผนภาพ 3.2) ความถดถอยดังกล่าวยังดำเนินอยู่จนถึงระดับมัธยมปลาย ซึ่งเลยการศึกษาภาคบังคับมาแล้ว เยาวชนที่ไม่มีวุฒิการศึกษามัธยมปลายหรือไม่ได้เข้าเรียนต่อในอุดมศึกษาจึงมีสัดส่วนที่สูง

แผนภาพ 3.2: จำนวนนักเรียนนักศึกษาเปรียบเทียบกับประชากรวัยเรียนตามเกณฑ์อายุ พ.ศ. 2560



แหล่งที่มา: สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560.

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศรายได้สูง อัตราการเข้าเรียนมัธยมในประเทศไทยโดยรวมนับว่าต่ำ แม้จะอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง ประเทศอื่น เช่น มาเลเซีย เป็นต้น และสูงกว่าประเทศที่ด้อยพัฒนาที่เช่น สเปน ลาว (ตาราง 3.9) ก็ตาม

ตาราง 3.9: เปรียบเทียบอัตราการเข้าเรียนระดับมัธยมทั้งหมดทั่วประเทศ

	ร้อยละ
ออสเตรเลีย	92.7
แคนาดา	99.7
สหราชอาณาจักร	97.8
จีนและเขตบริหารพิเศษฮ่องกง	92.9
สปป.ลาว	60.4
อินโดนีเซีย	76.8
มาเลเซีย	75.0
ไทย	77.3

แหล่งที่มา: UNESCO, 2562

หมายเหตุ: ข้อมูลของออสเตรเลีย จีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกง ลาว และมาเลเซียเป็นข้อมูล พ.ศ. 2560 และสำหรับประเทศไทยกับอินโดนีเซียเป็นข้อมูล พ.ศ. 2558

การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นและการลาออกกลางคัน

การตั้งครุภัณฑ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและปัญหาเด็กที่ถูกทอดทิ้ง คือข้อห่วงใยที่มีความสัมพันธ์กับการลาออกกลางคันของนักเรียนมัธยม ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2543-2555 อัตราการคลอออกจากแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 73 (กรมอนามัย, 2561, อ้างอิง รัฐบาลไทย, 2561) หนึ่งในผลกระทบก็คือ มีทารกไทยราว 150-200 คนที่ถูกทอดทิ้งในแต่ละปี (Thai Health Project, 2561) การพยายามสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นได้อยู่ในโรงเรียน ที่ซึ่งพวกเขาจะได้รับการศึกษาด้านสุขภาพทาง

เพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม (เช่น ฤทัย กาญจนจิตรา และ เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2562) จะช่วยลดอัตราการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่นได้ การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นอาจส่งผลกระทบต่อลาออกจากโรงเรียน การคำนวณของยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทยจากฐานข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (Multiple Indicator Cluster Survey) พ.ศ. 2558-2559 พบว่า สองในสามของเด็กหญิงที่ลาออกหลังจากชั้นมัธยมสามเป็นเพราะตั้งครุภัณฑ์หรือมีลูก



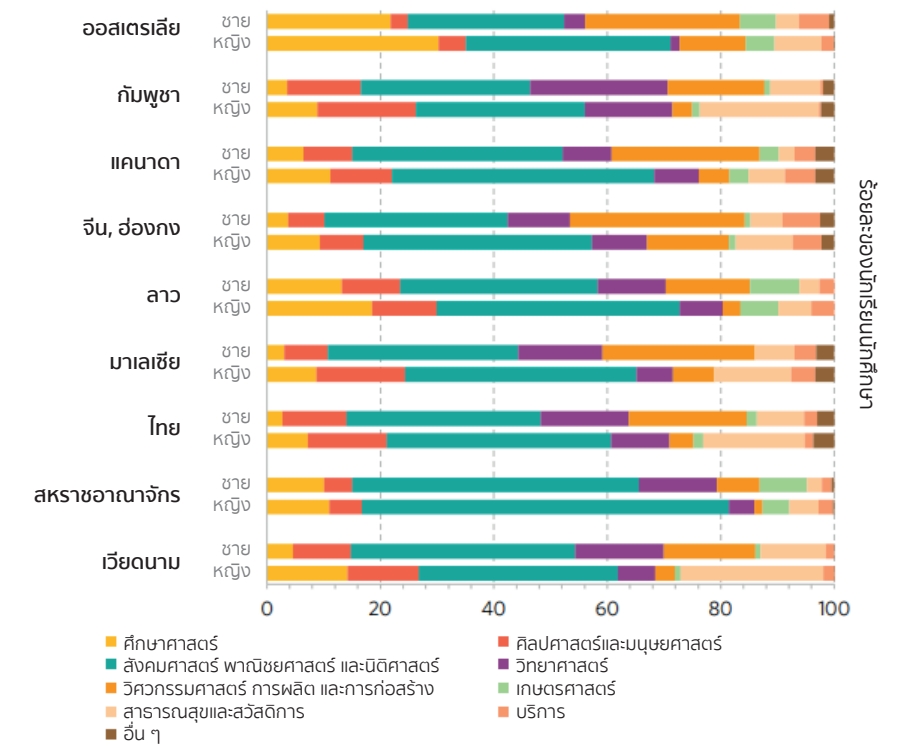
© UNFPA/แอมเทวี เกย์เลอร์

แม่วัยรุ่นในประเทศไทยจำนวนมากไม่สามารถกลับไปเรียนหนังสือได้เนื่องจากจำเป็นต้องหารายได้เลี้ยงดู ป่วยครั้งที่แม่เหล่านี้มาจากครอบครัวที่ต้องดิ้นรนทางเศรษฐกิจอยู่แล้ว

ความต้องการนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาจำนวนมากขึ้นในสาขาวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์

สัดส่วนของนักศึกษาไทยในสาขาวิชาที่มีความสำคัญต่อผลิตภาพและนวัตกรรมจำเป็นจะต้องเพิ่มขึ้น นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ชอบเรียนวิชาสังคมศาสตร์ ธุรกิจ และกฎหมาย (แผนภาพ 3.3) ส่งผลให้ประเทศขาดแคลนผู้ที่สำเร็จการศึกษาในสาขาวิศวกรรมศาสตร์และวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นที่ต้องการในภาคอุตสาหกรรมใหม่ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์มักไม่เป็นที่นิยมสำหรับนักศึกษาหญิงไทยเหมือนเช่นในประเทศอื่น ๆ

แผนภาพ 3.3: นักเรียนระดับอุดมศึกษา จำแนกตามแผนการเรียน ประเทศ และเพศ



แหล่งที่มา: UNESCO, 2562

หมายเหตุ: ข้อมูลสำหรับออสเตรเลีย จีน เขตปกครองพิเศษฮ่องกง ลาว มาเลเซีย และเมียนมา เป็นข้อมูล พ.ศ. 2560 สำหรับแคนาดา ไทย สหราชอาณาจักร และเวียดนาม เป็นข้อมูล พ.ศ. 2559 และกัมพูชาเป็นข้อมูล พ.ศ. 2558

สุขภาพและการพัฒนา ทุนมนุษย์

สุขภาพคือองค์ประกอบสำคัญของทุนมนุษย์ และเป็นพื้นฐานต่อความสำเร็จในการเรียนรู้และผลิตภาพแรงงานในระดับสูง ในขณะที่ การศึกษาช่วยพัฒนาสติปัญญา การดูแลสุขภาพก็คือการบำรุงพัฒนาการทางกายและจิตใจ ในทศวรรษก่อนหน้า การดูแลสุขภาพในประเทศไทยถือเป็นหลักสำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตของของรัฐ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เป็นที่ตระหนักและยอมรับในระดับสากลว่าเป็นหนึ่งในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ทะเยอทะยานและกล้าหาญที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประเทศกำลังพัฒนา

นโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยตอบสนองต่อประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่เร่งด่วนที่สุด ตัวอย่างเช่น ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ได้ลดลงอย่างมากจากร้อยละ 24.6 มาเป็นร้อยละ 10.5 และสัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีซึ่งมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ได้ลดลงจากร้อยละ 7.3 ใน พ.ศ. 2536 มาเป็นร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2559 (ธนาคารโลก, 2562) อย่างไรก็ตาม ความท้าทายทางสาธารณสุขใหม่ ๆ ก็ยังเกิดขึ้นเสมอ ใน พ.ศ. 2560 สาเหตุการเสียชีวิตและการสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) อุบัติเหตุบนท้องถนน และโรคหัวใจขาดเลือด ภัยคุกคามต่อสุขภาพ 3 อันดับสำคัญยังได้แก่ ความเสี่ยง

เกี่ยวกับโภชนาการ ยาสูบ และน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ ด้วยเหตุนี้ การปรับปรุงสุขนิสัยในการบริโภคอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และยุทธศาสตร์การควบคุมบุหรี่และยาสูบอย่างครอบคลุมจึงคืองานสำคัญในลำดับต้น ๆ

เมื่อถึง พ.ศ. 2561 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงประชากรแล้วร้อยละ 99.9 เพิ่มจากร้อยละ 73.6 ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการ ในบรรดาสถานพยาบาลทั้งหมด 12,151 แห่ง มีจำนวน 11,587 แห่งที่เป็นสถานพยาบาลปฐมภูมิ อีก 1,331 เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ และ 1,355 คือโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ ในจำนวนโรงพยาบาล 1,064 แห่ง มี 847 แห่งที่ได้มาตรฐานรับรองจากรัฐ การสำรวจผู้รับบริการโดยสปสช. ซึ่งดูแลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2561 พบว่า ร้อยละ 93.9 ของผู้ตอบ "พอใจมาก ถึงมากที่สุด" ต่อการบริการเหล่านี้ แม้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจะยังเป็นความท้าทายสำคัญ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นนโยบายที่ได้รับความนิยมมากที่สุดและเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำ

การคุ้มครองสุขภาพเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่งต่ออนาคตของประเทศ สุขภาพแม่และเด็ก

เป็นหนึ่งในงานสำคัญที่สุดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม การรณรงค์ "มหัศจรรย์ 1,000 วันแรก ของชีวิต" สะท้อนถึงความตั้งใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการเพื่อการเริ่มต้นชีวิตที่ดีที่สุด ครอบคลุมถึงสุขภาพและโภชนาการสำหรับหญิงมีครรภ์ (270 วัน) เด็กวัย 0-6 เดือน (180 วันแรก) และเด็กวัย 6 เดือนถึง 2 ปี (550 วัน) รวมถึงวัคซีนฟรีสำหรับเด็กและการดูแลการตั้งครรภ์ในทุกระยะ คลินิกสุขภาพเด็กดี ให้บริการการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ตั้งแต่วัย 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีการจัดตั้งโครงการต่าง ๆ ที่จะช่วยป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดภาวะขาดไอโอดีน จัดทะเบียนเด็กพิการแต่แรกเกิด และตรวจสอบภาวะฮอริโมนไทรอยด์ต่ำ และอื่น ๆ



© UNFPA/ชลิต สภาภักดิ์

ท้อง => คลอด
ไป เทศบาล, อบต.
รับเงินอุดหนุน 600 บาท/เดือน
จนลูกอายุครบ 3 ปี

นับแต่พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ สปสช. ร่วมมือกับกรมอนามัย จัดบริการทางเลือกการคุมกำเนิดฟรีอย่างหลากหลายให้แก่เด็กหญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี นับตั้งแต่ถูกขอร้องอนามัยไปจนถึงยาคุมกำเนิดและการคุมกำเนิดระยะยาว เช่น การใส่ห่วงคุมกำเนิด เด็กหญิงเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการได้ที่ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การปฏิรูปเพื่อมุ่งสู่การเร่ง การพัฒนาทุนมนุษย์

การพัฒนาทุนมนุษย์เป็นเครื่องมือหลักของทุกจุดเปลี่ยนผ่านในประวัติศาสตร์ไทย และเป็นแหล่งที่มาของความสามารถในการแข่งขันและการเติบโตอย่างยั่งยืน บทบาทของการศึกษาได้รับการเน้นย้ำในหลายหนทาง รวมถึงผ่านทางการปฏิรูปการศึกษาถึง 4 ครั้ง

การปฏิรูปทั้งสี่เสริมพลังแก่บทบาทอันสำคัญของการศึกษา

การปฏิรูปครั้งที่ 1

การปฏิรูปครั้งนี้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงประเทศให้ทันสมัยในช่วงเข้าสู่ศตวรรษที่ 18 ระบบและโครงสร้างได้รับการจัดตั้งด้วยอิทธิพลจากต้นแบบตะวันตก และบางส่วนจากญี่ปุ่น

การปฏิรูปครั้งที่ 2

เป็นส่วนหนึ่งของการกิจของการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ. 2475 การศึกษาเป็นยุทธศาสตร์ที่จะส่งเสริมประชาธิปไตยและความเสมอภาค

การปฏิรูปครั้งที่ 3

มาพร้อมกับความเคลื่อนไหวทางการเมืองของนักศึกษา พ.ศ. 2516 ที่จะผลักดันระบบการศึกษาให้ทันสมัยเพื่อการพัฒนาชาติ การปฏิรูปเสนอแนวคิด "การศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม" พร้อม 10 ประเด็นสำคัญเป็นแนวทาง 1) เปลี่ยนโครงสร้างการเรียนเป็นประถมศึกษา 6 ปี มัธยมศึกษา 3 ปี และมัธยมศึกษา 3 ปี, 2) ผสมรวมการศึกษาทุกระดับเข้าไว้ได้กระทรวงศึกษาธิการ, 3) กระจายอำนาจโครงสร้างการบริหาร, 4) ส่งเสริมการศึกษาเอกชน, 5) แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 6) ปรับปรุงระบบการผลิตครู, 7) ปฏิรูปหลักสูตร, 8) ขยายการลงทุนในการศึกษา, 9) ขยายโอกาสทางการศึกษา และ 10) ปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง

การปฏิรูปครั้งที่ 4

เป็นการปฏิรูปล่าสุดตามพ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ฉบับที่ 1) ฉบับแก้ไขปรับปรุงฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545) และฉบับที่ 3 (2553) การปฏิรูปตั้งอยู่บนฐานของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ตอบสนองต่อวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 และความท้าทายของโลกาภิวัตน์ โดยมุ่งแก้ปัญหาอัตราการเข้าโรงเรียนที่ยังคงต่ำอยู่โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาที่มีความสำคัญต่อการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา และการยกระดับผลิตภาพของประเทศ การปฏิรูปยังให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาผลการเรียนรู้วิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งเป็นที่น่าพอใจ ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอกจากนี้ ยังมีการเน้นย้ำถึงความไม่สอดคล้องทางการศึกษา และความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาที่สอดคล้อง ดังที่ได้เห็นจากหลักฐานคือภาวะการว่างงานและการขาดแคลนกำลังแรงงาน (Pholphirul, 2017) ภายใต้การปฏิรูปนี้ "สังคมแห่งการเรียนรู้" "การศึกษาตลอดชีวิต" และ "ความเสมอภาคทางการศึกษา" ได้กลายเป็นประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นการศึกษาและผู้กำหนดนโยบายต่างคุ้นเคย

การปฏิรูปการศึกษาครั้งล่าสุดเผชิญกับอุปสรรคนานาที่ทำให้บรรลุผลล่าช้า การกระจายอำนาจซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญเป็นไปโดยยากลำบากและล่าช้า เนื่องจากการปรับโครงสร้างการบริหารและความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ในวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2542 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติพ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ ซึ่งประกอบไปด้วย 104 มาตรา ครอบคลุม 5 มิติการปฏิรูป คือ 1) การวางระบบการศึกษาเพื่อรองรับความหลากหลาย และเริ่มพัฒนาระบบตั้งแต่ก่อนวัยเรียนจนถึงการศึกษาเพื่อการดำรงชีวิต 2) การยกระดับคุณภาพการศึกษาผ่านคุณภาพครูและผู้บริหาร 3) การให้ความเป็นอิสระกับสถานศึกษา 4) การบริหารจัดการระบบคุณภาพแทนที่จะเน้นแต่การตรวจสอบ และ 5) การให้มีแผนการศึกษาแห่งชาติ.

แม้พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติจะผ่านการเห็นชอบแล้ว ยังคงมีรายละเอียดสำคัญที่จะต้องสร้างหลักประกันเพื่อรักษาเจตนารมณ์ของกฎหมายให้ชัดเจนด้วย อย่างไรก็ตามในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ประเทศไทยสามารถจัดตั้งกระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ กระทรวงใหม่นี้มุ่งขับเคลื่อนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ภายใต้โครงสร้างขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรราว 150,000 คน โดยผนวกรวมกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเดิม สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนการวิจัย ความท้าทายที่ยังคงอยู่ จึงคือการลงทุนของรัฐบาลใน R&D ซึ่งยังคงตามหลังกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงอยู่

รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2560 กำหนดภารกิจใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและทุนมนุษย์ไว้

จำนวนหนึ่ง โดยระบุว่าประชาชนไทยมีหน้าที่ที่จะ "เข้ารับการศึกษาภาคบังคับ" และเน้นความสำคัญของการลงทุนในการศึกษาก่อนวัยเรียนเพื่อเตรียมพร้อมเด็กเล็กทั้งในทางร่างกายและจิตใจ วินัย พัฒนาการทางสังคม และอารมณ์ นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญยังเน้นย้ำบทบาทของการศึกษาตลอดชีวิตในแง่ของการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของทรัพยากรมนุษย์ในสังคมที่กำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุ และเพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำ ยังมีกำหนดให้มีทุนช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อการศึกษา โดยดึงจากงบประมาณรัฐและใช้มาตรการลดภาษี

หนึ่งในแรงจูงใจต่อการปฏิรูปการศึกษา พ.ศ. 2542 คือการทำให้มั่นใจว่ามีการจัดโอกาสทางการศึกษาที่ตอบสนองความต้องการเพียงพอ การเพิ่มการเข้าถึงการศึกษาประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก อัตราเข้าเรียนรวมสำหรับโรงเรียนประถมสูงขึ้นจากร้อยละ 81.4 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 90.1 ใน พ.ศ. 2552 (UNICEF, 2560) สำหรับโรงเรียนมัธยม อัตราการเข้าเรียนได้ขยายเป็นร้อยละ 72.2 ใน พ.ศ. 2552 จากที่เคยมีเพียงร้อยละ 55.4 ใน พ.ศ. 2543 หากการเข้าเรียนชั้นอุดมศึกษายังอยู่ในระดับคงที่ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2554-2558 คือมีนักศึกษา 2.3 - 2.4 ล้านคน (สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการเพิ่มขึ้นของทักษะอย่างมหาศาลดังคาด ช่องว่างระหว่างความต้องการแรงงานและอุปทานแรงงานก็ยังคงดำรงอยู่

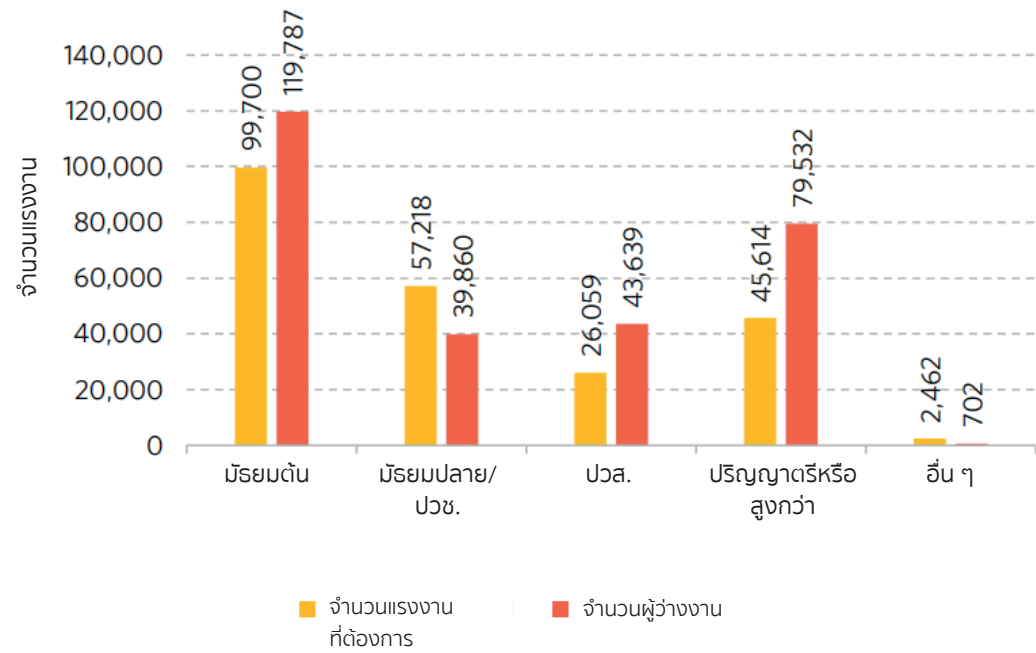
แผนภาพ 3.4 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับอาชีวศึกษา

ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ความไม่สอดคล้องนี้รวมถึงความไม่สอดคล้องในแนวดิ่ง (วุฒิการศึกษาหรือคุณสมบัตินี้) และแนวนอน (สาขาที่เรียน) มีกำลังแรงงานที่สอดคล้องกันระหว่างวุฒิการศึกษาของตนและวุฒิการศึกษาซึ่งเป็นที่ต้องการสำหรับงานดังกล่าวเพียงร้อยละ 16 (เสาวณี จันทะพงษ์ และกานต์ชนิต เลิศเพียรธรรม, 2561) นอกจากนี้ การเข้าเรียนอาชีวศึกษาและอุดมศึกษายังเป็นสายสังคมศาสตร์มากกว่าร้อยละ 80 แทนที่จะเป็นด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Pholphirul, 2017) ซึ่งเพิ่มความไม่สอดคล้องเข้าไปอีก ความสามารถและทักษะที่นายจ้างเอกชนมองว่าลูกจ้างของตนมีไม่เพียงพอ ได้แก่ความรู้พื้นฐานสำหรับงาน การแสวงหาความรู้ ทักษะแรงงาน การคิดอย่างเชิงวิพากษ์ การคิดสร้างสรรค์ ทักษะคอมพิวเตอร์ และทักษะภาษาต่างประเทศ (ตาราง 3.5)

² <https://www.thairath.co.th/news/society/1331870>.

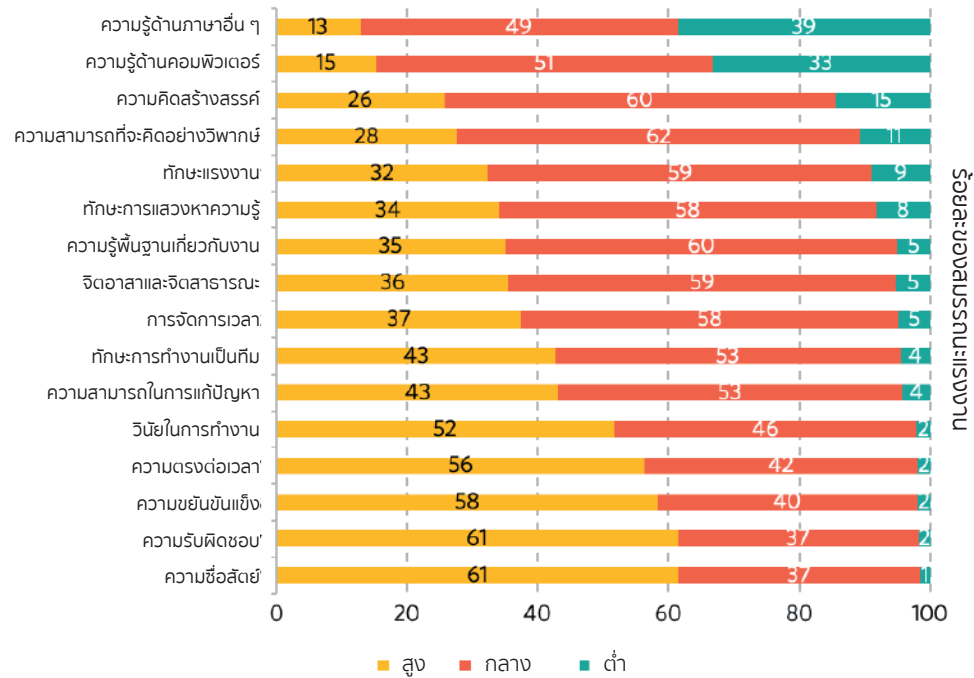
³ https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/mar2561-3.pdf

แผนภาพ 3.4: ความต้องการแรงงานและภาวะการว่างงาน พ.ศ. 2556



แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557

แผนภาพ 3.5: นายจ้างประเมินสมรรถนะลูกจ้างไทยต่ำในหลายด้าน



แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557



มักมีการฝึกอบรมทักษะอาชีพด้านคอมพิวเตอร์และงานกราฟฟิคดีไซน์ให้แก่เยาวชนผู้พิการ เพื่อให้สามารถหาเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

การจัดการศึกษาให้สอดคล้องและเพิ่มผลิตภาพของแรงงาน

ผลิตภาพของแรงงานไทยนั้นเทียบเทียมนำกับประเทศอาเซียนอีก 5 ประเทศ หากยังอยู่ในเกณฑ์เพียงครึ่งหนึ่งของมาเลเซียและตุรกี (ธนาคารโลก, 2559) การสร้างงานทักษะต่ำจำนวนมากไม่ใช่ทางเลือกอีกต่อไป ประเทศไทยจำเป็นต้องยกระดับภาคบริการและอุตสาหกรรมเพื่อสร้างงานที่มีมูลค่าเพิ่ม ซึ่งต้องการทักษะมากกว่า แนวทางนี้จะต้องพึ่งพาความสำเร็จของระบบการศึกษาในการผลิตผู้ที่มีทักษะเป็นที่ต้องการ การขาดแคลนแรงงานในอุตสาหกรรม เช่น พลังงาน ยานยนต์ โรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (เกศรา อมรรุฒิวร, 2559) Amornvuthivorn, 2016) เป็นความท้าทายต่อความทะเยอทะยานของแผนนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เป็นอย่างยิ่ง

การสร้างความร่วมมือกับนายจ้างกับระบบการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคเอกชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ได้กลายเป็นทางออกสำหรับความไม่สอดคล้องของการศึกษากับความต้องการ ความร่วมมือนี้ยังรวมถึงการดำเนินการผ่านความร่วมมือรัฐ-เอกชนเพื่อเชื่อมนายจ้างกับสถาบันการศึกษาในการผลิตบุคลากรที่ทักษะสอดคล้องกับความต้องการด้วย ทั้ง ธนาคารโลกและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ต่างสนับสนุนการเดินหน้านี้อีกครั้ง (Brix, 2555)

ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย พ.ร.บ.ว่าด้วยการให้เอกชนเข้าร่วมงานหรือดำเนินการในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.การให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ.2556 ซึ่งเป็นกลไกส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเอกชนในกิจกรรมของรัฐนั้นมีมานานแล้ว อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือดังกล่าวยังไม่แพร่หลายในด้านการศึกษา แม้จะมีตัวอย่างที่ดีอยู่บ้าง เช่น สหกิจศึกษาที่โรงเรียนกำเนิดวิทย์และโครงการเซฟรอน Enjoy Science: สนุกวิทย์ พลังคิด เพื่ออนาคต เป็นต้น

สหกิจศึกษาได้รับการริเริ่มครั้งแรกที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีใน พ.ศ. 2536 โดยประสานความร่วมมือระหว่างนายจ้างกับมหาวิทยาลัย เพื่อจัดการเรียนรู้นิเทศของงาน การทำชิ้นงานเพื่อการศึกษาบนฐานของโครงการ และการบูรณาการสถานที่ทำงานกับชั้นเรียนเพื่อผู้เรียน (Reinhard and Pogrzeba, 2559) วิธีการดังกล่าวนี้ มุ่งลดช่องว่างในทักษะที่เป็นที่ต้องการของนายจ้างความสำเร็จของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีนำไปสู่การก่อตั้งสมาคมสหกิจศึกษาไทยใน พ.ศ. 2544 และเครือข่ายสหกิจศึกษาใน พ.ศ. 2548 เพื่อส่งเสริมแนวคิดสหกิจในหมู่บริษัทเอกชนและสถาบันอุดมศึกษา

สหกิจศึกษาได้กลายเป็นที่นิยมมากขึ้นในหมู่สถาบันอุดมศึกษา โดยมีจำนวนสถานศึกษาและบริษัทเอกชนที่ประสานความร่วมมือลักษณะดังกล่าวเพิ่มจำนวนขึ้นมาก นับจาก พ.ศ. 2551-2554 จำนวนสถานศึกษาที่จัดสหกิจศึกษาเพิ่มขึ้นจาก 56 เป็น 106 แห่ง จำนวนนักเรียนเพิ่มขึ้นจาก 11,226 มาเป็น 27,060 คน และจำนวนบริษัทเอกชนที่เข้าร่วมเพิ่มจาก 6,019 มาเป็น 13,127 แห่ง (สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2554) ความท้าทายของการจัดสหกิจศึกษายังคงคือระดับความครอบคลุมถึงบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาถึงราว 500,000 คนต่อปี และแม้ว่าสหกิจศึกษาจะได้รับประโยชน์จากบริษัทเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วยอย่างมาก ก็ยังต้องการความร่วมมือที่ใกล้ชิดกว่าที่เป็นอยู่ ในขณะที่บริษัทเอกชนหลายแห่งก็ยังมีข้อจำกัดด้านเวลา นอกจากนี้ สถานศึกษายังจะต้องมีจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษาที่จะคอยติดตามเยี่ยมเยียนนักเรียนที่เข้าฝึกงานในบริษัทต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ

ตัวอย่างการมุ่งสู่ออนาคต ของสหกิจศึกษา

▶▶ **โรงเรียนกำเนิดวิทย์**เป็นโครงการการศึกษาที่ก่อตั้งโดยการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (ปตท.) ซึ่งเป็นบริษัทปิโตรเลียมของรัฐ โรงเรียนกำเนิดวิทย์ดำเนินการภายใต้มูลนิธิพลังแห่งการเรียนรู้ และลงทุนอย่างมากกับครูที่มีคุณภาพและทรัพยากรทางการศึกษา ซึ่งได้แก่ กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน ปริเตอร์สามมิติ เครื่องกลึง ไมโครคอนโทรลเลอร์ ฯลฯ มีผู้สำเร็จการศึกษารุ่นแรกของโรงเรียนใน พ.ศ. 2561 นักเรียนของโรงเรียนได้แสดงถึงความสำเร็จอย่างยิ่ง ด้วยการคว้าเหรียญรางวัลจากการแข่งขันโอลิมปิกวิทยาศาสตร์ การได้รับทุนการศึกษาต่างประเทศ การได้รับทุนการศึกษาจากรัฐบาลไทย การเข้าร่วมการสัมมนา นานาชาติ และการสอบเข้ามหาวิทยาลัยระดับสูงในประเทศไทย (สำนักงานข้าราชการศึกษาสยามเอดดูนิวส์, 2561; ไทยรัฐ, 2561)

สำหรับระดับอาชีวศึกษา เซฟรอน ผู้ผลิตน้ำมันและก๊าซธรรมชาติระดับต้นของประเทศไทย ได้เสนอความช่วยเหลือของเงิน 30 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อสร้างโครงการ **“Enjoy Science: สนุกวิทย์ พลังคิด เพื่ออนาคต”** ภายใต้แนวคิด “ยกโรงงานสู่โรงเรียน” โครงการนี้มุ่งจัดหลักสูตรและการฝึกอบรมระดับศึกษาและทักษะแรงงานแห่งศตวรรษที่ 21 ให้แก่นักศึกษาอาชีวศึกษา ใน พ.ศ. 2561 มีวิทยาลัยเทคนิคเข้าร่วมหลักสูตรวิศวกรรมหุ่นยนต์และระบบอัตโนมัติ 27 แห่ง โครงการตั้งเป้าจะขยายสู่วิทยาลัยเทคนิครวมมากกว่า 600 แห่ง สร้างศักยภาพให้แก่ครู 10,000 คนและนักเรียนมากกว่า 500,000 คน (สอศ.พนักเซฟรอน “ยกโรงงานสู่โรงเรียน”, 2562; คมชัดลึก, 2561)



© UNFPA/ใบหยก มาดาวิศิษฐ์

สุภาพิชย์ ไชยดิษฐ์ วัย 23 ปี เป็นนักศึกษาปีสุดท้ายและประธานสภาเด็กและเยาวชนไทย (สद्य.) ที่เป็นผู้หญิงคนแรก

ประเทศไทย: สังคมสูงอายุที่มีอัตรา การเกิดใหม่ต่ำ

ย้อนกลับไปยัง พ.ศ. 2507 หญิงไทยคนหนึ่งจะมีลูก 6 คนโดยเฉลี่ย หากในปัจจุบัน อัตราการเจริญพันธุ์คือ 1.5 คนต่อหญิง 1 คน ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าระดับที่รักษขนาดประชากรให้เท่าเดิมได้ มาตรการมากมายที่สนับสนุนให้คู่ครองหนุ่มสาวมีลูกมากขึ้นยังไม่สามารถทำให้จำนวนการเกิดเพิ่มขึ้น เยาวชนชายหญิงได้แบ่งปันทักษะของตนเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

สุภาพิชย์ ไชยดิษฐ์ วัย 23 ปี เป็นนักศึกษาปีสุดท้ายและประธานสภาเด็กและเยาวชนไทย (สद्य.) ที่เป็นผู้หญิงคนแรก เธอกล่าวว่า “ตัวเจนนเองยังไม่ได้คิดเรื่องการคุมกำเนิด เจนยังพอใจที่จะไปเที่ยวอยู่กับเพื่อน และยังไม่เห็นภาพตัวเองมีครอบครัว คิดว่าจะสร้างครอบครัวก็ต่อเมื่อมีเงินพอ แบบพร้อมแล้วจริง ๆ ทุกวันนี้ เทคโนโลยีการแพทย์ก้าวหน้าไปมากจนถึงจุดที่เราสามารถจะตั้งครรถ์ตอนอายุมากหน่อยก็ได้ เจนนึกถึงการฝากไข่แช่แข็ง เพราะจะได้ตัดสินใจว่าจะมีลูกเมื่อไหร่ก็ได้ แต่ยังไม่ถึงก็ตาม ถ้าหากอายุเลย 40 ไปแล้ว ก็คงจะตัดสินใจว่าจะไม่มีลูกไปเลย”

สิทธิและทางเลือกสำหรับวัยรุ่น

“ในฐานะที่เป็นเยาวชนและสมาชิกของสภาเยาวชน เจนโชคดีที่ได้คุ้นเคยกับเรื่องสิทธิสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น” สุภาพิชย์กล่าว “เพื่อนผู้หญิงของหนูหลายคนต้องกินยาคุมฉุกเฉินบ่อยมากเพราะแฟนบอกให้ซอกัน เขาไม่รู้เลยว่ามันมีผลเสียต่อสุขภาพยังไง”

“การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ อนามัยการเจริญพันธุ์ และเพศศึกษาเป็นประโยชน์มากต่อเยาวชนวันนี้มันมีข้อมูลจากหลายแหล่งหลายช่องทางบนอินเทอร์เน็ต แต่ไม่มีการตรวจสอบที่จะช่วยวัยรุ่นได้เลย ถ้าเยาวชนมีข้อมูลที่ถูกต้อง เขาก็จะสามารถเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตตัวเอง รวมถึงในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตัวเองได้อย่างรู้เท่าทัน”



© UNFPA/ใบหยก มาดาวศิษย์

โยธิน ทองพะวา วัย 22 ปี เป็นสมาชิกสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย

โยธิน ทองพะวา วัย 22 ปี เป็นสมาชิกสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย และหนึ่งในเยาวชนสองคนที่เป็นตัวแทนร่วมในคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายใต้พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล และความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชนดังนี้

"เยาวชนได้ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและจากสื่อหลาย ๆ อย่าง อยู่แล้ว แต่รายละเอียดข้อมูลพวกนั้นยังไม่ได้มีใครตรวจสอบความถูกต้อง มันน่าจะมีหน่วยงานรัฐที่ช่วยตรวจสอบข้อมูล มีคณะทำงานที่ช่วยย่อยข้อมูลให้เยาวชนเข้าใจได้ และใช้มันในชีวิตจริงได้"

ความเหลื่อมล้ำในการศึกษาและโอกาสการเป็นแรงงานมีทักษะ

ทั้งสุภาพิชัยและโยธินให้ความเห็นว่า ระบบการศึกษาไทยควรเตรียมนักเรียนมัธยมให้พร้อม มีความรู้ที่ถูกต้อง และมีทักษะที่จะใช้ศักยภาพสูงสุดของตนได้ ทั้งคู่ต่างเน้นย้ำถึงการพัฒนาโอกาสด้านรายได้ในระดับท้องถิ่นและความหลากหลายของอาชีพ

"บางโรงเรียนในต่างจังหวัดเขาให้โอกาสการเรียนรู้กับเด็ก ๆ มัธยมและเด็กอาชีวะมากกว่า อย่างเช่นที่ศรีสะเกษ เขามีหลักสูตรฝึกอาชีพสำหรับนักเรียนม.ปลาย และหลักสูตรม.ปลายสำหรับนักศึกษาสายเทคนิคให้ได้เรียนตอนเสาร์-อาทิตย์ ถึงแม้ว่านักเรียนจะต้องใช้เวลามากขึ้นในการเรียน พวกเขาก็ชอบ เพราะว่าจะได้เรียนในสิ่งที่สนใจ" สุภาพิชัยชี้และเพิ่มเติมว่า เธอหวังว่าโรงเรียนในจังหวัดระนองที่เธออยู่จะมอบโอกาสแบบเดียวกันให้แก่เด็ก

"ผมก็เป็นหนึ่งในอีกหลาย ๆ คนที่ไม่เชื่อในคุณภาพของโรงเรียนนอกเขตเทศบาล" โยธินกล่าว

"ผมเลยย้ายเข้าไปในตัวเมืองนครศรีธรรมราช แต่ตอนนี้ผมรู้แล้วว่า มันจะมีพลังมากถ้าสังคมจะทำงานร่วมกันเพื่อสร้างพลังอำนาจให้กับคนท้องถิ่นได้สามารถสร้างรายได้จากท้องถิ่นตัวเอง ไม่จำเป็นที่ทุกคนจะต้องไปเป็นลูกจ้างหรือข้าราชการเพื่อหารายได้ มันมีอีกหลายอาชีพ สังคมควรสร้างพลังและสนับสนุนเยาวชนให้ภาคภูมิใจในอาชีพท้องถิ่นด้วย"

เส้นทางสู่สังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

"ตอนนี้ไทยเป็นสังคมสูงอายุ ผมก็เห็นว่ามีความต้องการการวางแผนครอบครัวในคน 2 กลุ่มที่ไม่ได้รับการตอบสนอง" โยธินออกความเห็น "มีวัยรุ่นที่ชายยังไม่พร้อมจะมีครอบครัวและมักกลายเป็นพ่อแม่โดยไม่ได้ตั้งใจ ในขณะที่ผู้หญิงวัยทำงานที่รู้สึกว่าการจะมีลูก ก็กลับตั้งครรถ์ไม่ได้เพราะไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะเตรียมสำหรับเวลาที่เหมาะสม ความพร้อมของพ่อแม่มีผลต่อโอกาสของเด็กรุ่นต่อไปอย่างแน่นอน ลูกของพ่อแม่วัยใสอาจจะเจอกับความเหลื่อมล้ำของโอกาสการศึกษา สุขภาพ สุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย เพราะมันพัฒนาการลงทุนไม่ได้แม้ว่ากลุ่มประชากรที่กำลังกำลังการพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้น"

สุภาพิชัยมองเห็นว่า การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยมีส่วนสัมพันธ์โดยตรงต่อเยาวชน เธอกล่าวว่า "เยาวชนวันนี้ วันหนึ่งก็ต้องแก่ เราต้องวางแผน เจนเห็นรูปแบบที่น่าสนใจในนิวซีแลนด์ที่เยาวชนเขาสามารถไปอาสาดูแลผู้สูงอายุได้ แล้วมันก็จะเป็เครดิตให้กับเขาเพื่อที่จะได้รับบริการแบบเดียวกันเวลาตัวเองสูงวัย สดย.มีโครงการคล้าย ๆ กันที่เราเรียกว่า "บ๊อดดีต่างวัย" เยาวชนในชุมชนจะจับคู่กับคนสูงอายุ แล้วจัดเวลาไปดูแลกันเป็นประจำ อย่างเช่นพาไปหาหมอ หรือคอยเตือนให้กินยา ฯลฯ โครงการนี้เกิดขึ้นก็เพราะเยาวชนจำนวนมากต้องอยู่ในชนบทกับปู่ย่าตายาย แล้วพ่อแม่ทำงานก็ต้องไปทำงานในกรุงเทพฯ หรือในเขตเมือง เราก็เลยเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาสสำหรับการอยู่ร่วมกันของคนต่างรุ่น"

"ถึงผมจะมาจากครอบครัวชนชั้นกลางที่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ตอนนี้ผมก็วางแผนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพแล้ว ผมวางแผนที่จะลงทุนในสินทรัพย์ที่จะเพิ่มมูลค่าในอนาคต อย่างเช่นบ้าน แล้วก็ไม่ใช่อะไรที่จะเสื่อมมูลค่าลง อย่างเช่น รถ" โยธินกล่าว "แล้วผมยังวางแผนที่จะเพิ่มรายได้ด้วยการทำคอกก็ขาย ใช้ส่วนผลมาจากท้องถิ่นอย่างสาธู และตั้งแบรนด์ของตัวเองในขณะที่ที่เป็นครูไปด้วย"

เขาเสริมอีกว่า "เราจะต้องวางแผนที่จะเข้าสู่ภาวะสูงวัย เพื่อที่เราจะได้ไม่ต้องพึ่งพาคนรุ่นใหม่ หรือเรียกเรื่องสังคมให้มาดูแลเรา เราต้องวางแผนและเตรียมตัวตอนนี้ที่จะสูงวัยอย่างยั่งยืน"

โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor หรือ EEC) และความต้องการทรัพยากรมนุษย์

EEC และไทยแลนด์ 4.0 ได้กลายเป็นศัพท์ติดปากของรัฐบาลในการสัญญาว่าจะนำพาประเทศให้ก้าวพ้น "กับดักการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง" และเข้าสู่สถานะประเทศรายได้สูง แก่นของไทยแลนด์ 4.0 คือการยกระดับกำลังการผลิตของกำลังแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยผ่านทางนวัตกรรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความสร้างสรรค์ การสร้างผลิตภัณฑ์บนฐานมูลค่าและความรู้ และอุตสาหกรรมอนาคต (New S-curve)⁴ ดังนั้น EEC จึงแสดงให้เห็นเส้นทางเศรษฐกิจอันสำคัญสำหรับไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งในระยะแรกจะเน้นที่สามจังหวัดตะวันออก คือ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง

การขยายโครงการภาครัฐ-เอกชนในอนาคต โดยเฉพาะในการศึกษาวิทยาศาสตร์ สามารถช่วยเป้าหมายของ EEC ให้เป็นจริงได้ การขยายงานนี้เน้นที่ 10 อุตสาหกรรมยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นอุตสาหกรรมเดิมที่ต้องต่อยอด (5 first S-curves) และอุตสาหกรรมในอนาคต (5 new S-curves) อุตสาหกรรมเดิมได้แก่ อุตสาหกรรมยานยนต์สมัยใหม่ อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ เกษตรก้าวหน้าและเทคโนโลยีชีว

ภาพ การแปรรูปอาหาร และการท่องเที่ยว ส่วนอุตสาหกรรมในอนาคตได้แก่ดิจิทัล หุ่นยนต์ การบินและโลจิสติกส์ เชื้อเพลิงชีวภาพ และเคมีชีวภาพ และการแพทย์ครบวงจร ใน พ.ศ. 2561 สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ.) ได้อนุมัติโครงการไป 1,227 โครงการ เป็นมูลค่า 625,080 ล้านบาท และคาดว่าจะเป็นการช่วยสร้างงาน 100,000 ตำแหน่งต่อปี⁵ โดยอย่างน้อย 30,000 ตำแหน่งต้องการแรงงานใช้ทักษะ ตาราง 3.10 คาดการณ์อุปสงค์แรงงาน

ตาราง 3.10: ความต้องการด้านแรงงานในโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor หรือ EEC) พ.ศ. 2560- 2570

อุตสาหกรรมเป้าหมาย EEC	2560	2565	2570	ประเภทการจ้างงาน
กลุ่มอุตสาหกรรมยุทธศาสตร์แรก				
ยานยนต์รุ่นใหม่	10,036	21,897	50,119	นักวิจัยยานยนต์, การควบคุมการทำงานด้วยคอมพิวเตอร์ นักวิทยาศาสตร์หุ่นยนต์ วิศวกรโลกา วิศวกรอุตสาหกรรม นักวิทยาศาสตร์วัสดุ
อิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ	4,494	5,227	7,397	วิศวกรเทคโนโลยีสารสนเทศ วิศวกรไฟฟ้า วิศวกรอิเล็กทรอนิกส์ ปัญญาประดิษฐ์ วิศวกรซอฟต์แวร์ วิศวกรอัตโนมัติควบคุมเครื่องจักร
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้สูง	9,682	24,593	59,476	แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และส่าม
การเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ	11,154	21,897	47,732	นักชีววิทยา นักจุลชีววิทยา นักวิเคราะห์สิ่งแวดล้อม วิศวกรสิ่งแวดล้อม นักวิจัย
อาหารเพื่ออนาคต	4,388	9,428	21,404	นักวิทยาศาสตร์การอาหาร นักโภชนาการ วิศวกร นักออกแบบผลิตภัณฑ์ ผู้ช่วยชาวนาการผลิตอาหาร
กลุ่มอุตสาหกรรมยุทธศาสตร์ที่สอง				
หุ่นยนต์	15	-	-	
การบินและโลจิสติกส์	7,121	13,309	28,308	นักบิน วิศวกรรมการบิน วิศวกรรมการเครื่องกล วิศวกรรมการขนส่ง วิศวกรรมการออกแบบ วิศวกรรมการก่อสร้าง
เชื้อเพลิงชีวภาพและชีวมวล	1,074	2,461	5,735	นักวิจัยปิโตรเคมีภัณฑ์ นักวิเคราะห์เคมีด้านพลังงาน หนูเวียน นักวิจัย
ดิจิทัล	2,485	4,104	8,291	โปรแกรมเมอร์ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญการรักษาความปลอดภัยไซเบอร์
การแพทย์ครบวงจร (medical hub)	9,449	12,525	20,977	แพทย์, พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, เภสัชกร, นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด
รวม	59,898	115,444	249,608	

แหล่งที่มา: กระทรวงแรงงาน, 2561

⁴ นวัตกรรม S-Curve หรือวงจรเทคโนโลยี สามารถแยกออกได้เป็น 4 ระดับชั้น คือบ่มเพาะ พุ่งทะยาน เติบโต และยุติ การวางตำแหน่งของอุตสาหกรรม/ผลิตภัณฑ์ใหม่ช่วยให้ทราบศักยภาพยุทธศาสตร์นวัตกรรมที่เหมาะสมที่สุด ประเทศไทยมี 10 อุตสาหกรรมเป้าหมาย S-curve ที่จะเสริมสร้างเศรษฐกิจชาติ http://www.oie.go.th/sites/default/files/attachments/industry_plan/thailandindustrialdevelopmentstrategy4.0.pdf

⁵ https://www.scpeic.com/en/detail/file/product/4457/eyozayose8/Insight_EEC_20180215_V2.pdf

ใน พ.ศ. 2561 จังหวัดชลบุรีรายงานว่ามีแรงงานใช้ทักษะจำนวน 15,000 คน ระบุว่ามียังอยู่ 10,000 คน และจะเชิงเตตรา 5,000 คน รัฐบาลไทยอนุมัติงบประมาณ 861 ล้านบาทเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่เพียงพอต่อ EEC มาตรการนี้มุ่งผลิตผู้จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษาราว 40,000 คนให้แก่อุตสาหกรรมเป้าหมายภายใน 5 ปี (The Bangkok Post, 2561) ซึ่งยังคงต่ำกว่าความต้องการที่แท้จริงอยู่มาก นอกจากนี้แรงงานใช้ฝีมือที่มีอยู่ยังอาจต้องการการเพิ่มทักษะใหม่ที่จำเป็นเนื่องจากอุตสาหกรรมอนาคต (new s-curve) ได้ก้าวไปไกลจากระดับเทคโนโลยีปัจจุบันมาก โดยเฉพาะในด้านการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล และการใช้ระบบควบคุมอัตโนมัติ (automation) (Limvipuwat, 2018)

ขณะที่มีการถกกันถึงการดึงดูดความสามารถพิเศษจากต่างประเทศเพื่อเริ่มจุดประกายขับเคลื่อนให้ได้เร็วขึ้น รัฐบาลจึงได้เดินทางเพื่อริเริ่มเครื่องมืออย่างเช่น สมาร์ทวีซ่า (Smart Visa) อย่างไรก็ตาม การศึกษาหนึ่งได้เสนอแนะให้ไทยจัดกระบวนการและศูนย์รองรับความสามารถพิเศษที่มียุทธศาสตร์ยึดหยุ่นมากกว่านี้ เพื่อเป็นการดึงดูดผู้มีความสามารถจากต่างประเทศมาได้มากขึ้น และช่วยให้สมาร์ตวีซ่าเป็นประโยชน์ได้จริงมากขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2561)

เคลื่อนนวัตกรรมเพื่อลดการกีดกัน

ในขณะที่การศึกษาระแสหลักเข้าถึงนักเรียนส่วนใหญ่ และก่อให้เกิดความก้าวหน้าในด้านการเพิ่มการเข้าโรงเรียนได้อย่างมาก กลุ่มเด็กด้อยโอกาสต่าง ๆ ก็ยังคงต้องการความใส่ใจเป็นพิเศษ การจัดการศึกษาสำหรับกลุ่มเด็กด้อยโอกาสมีความสำคัญยิ่งเนื่องจากจะเป็นการกำหนดโอกาสของพวกเขาในด้านสติปัญญาและการพึ่งตนเอง กระทรวงศึกษาธิการจัดกลุ่มเด็กด้อยโอกาสไว้ 10 กลุ่มคือ เด็กที่ถูกกดดันให้เข้าสู่ตลาดแรงงาน เด็กที่เป็นผู้ขายบริการทางเพศ เด็กถูกทอดทิ้งหรือเด็กกำพร้า เด็กในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชน เด็กเร่ร่อน เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ เด็กชนกลุ่มน้อย เด็กที่ถูกทำร้ายร่างกาย เด็กยากจน และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากยาเสพติด (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560)

โรงเรียนเรียนร่วม (หรือโรงเรียนบูรณาการ) และโรงเรียนสงเคราะห์ ซึ่งล้วนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ได้รับการออกแบบเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเด็กเหล่านี้เป็นพิเศษ โรงเรียนเรียนร่วม คือ บริการที่จัดโดยโรงเรียนทั่วไปเพื่อรองรับนักเรียนด้อยโอกาสและนักเรียนพิการ ส่วนโรงเรียนสงเคราะห์ให้บริการต่อเด็กที่ด้อยโอกาสด้วยเหตุทางวัฒนธรรมและสังคม และถูกจำกัดโอกาสทางการศึกษาในระบบ โรงเรียนเหล่านี้ให้การเรียนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

ล่าสุด การศึกษาของลูกหลานแรงงานข้ามชาติได้กลายเป็นประเด็นสำคัญ ปัจจุบันประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติอยู่ราว 3-4 ล้านคน ซึ่งลูกหลานแรงงานเหล่านี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทยในอนาคตไม่ว่าด้วย

หนทางใดก็ตาม เด็ก ๆ เหล่านี้ได้รับเลขประจำตัวพิเศษเพื่อเข้าโรงเรียนรัฐ และได้รับการสนับสนุนอย่างเท่าเทียมกับนักเรียนไทย อีกทั้งมีองค์กรเอกชนและธุรกิจที่ว่างจ้างแรงงานข้ามชาติที่ให้ความช่วยเหลือแก่เด็กกลุ่มนี้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2557)

ใน พ.ศ. 2539 รัฐบาลไทยจัดตั้งกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการศึกษา ในระยะแรกเริ่ม กองทุนกำหนดการกู้ยืมได้เพียงเพื่อการศึกษาในระดับอุดมศึกษา หากต่อมาได้ขยายให้แก่ระดับมัธยมด้วย กยศ. ซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยงบประมาณรัฐ ได้รับการออกแบบให้เป็นกองทุนหมุนเวียน ทว่าการจ่ายเงินคืนไม่เคยเพียงพอที่กองทุนจะยืนด้วยตนเองได้ นับจาก พ.ศ. 2539 – 2558 กยศ. ได้ให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนนัศึกษารวม 5 ล้านคน รวมเป็นเงินราว 500,000 ล้านบาท ขนาดของโครงการได้ขยายไปมากกว่าที่วางแผนไว้เบื้องต้น ซึ่งสะท้อนถึงความนิยมได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ดี มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ถึงกยศ. ในหลายมิติ กลไกการอนุมัติเงินกู้ยืมตั้งอยู่บนฐานมหาวิทยาลัยหรือโรงเรียน จึงถูกมองว่าเป็นการช่วยเหลือสถาบันเหล่านี้ บางโรงเรียนและมหาวิทยาลัยได้ใช้ประโยชน์จากเงินกู้ยืมอย่างไม่เหมาะสม ยิ่งกว่านั้น ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสำหรับการกู้ยืมเงินจำนวนมากของบุคคลจำนวนมากยังเกินศักยภาพของกองทุน เงื่อนไขการอนุมัติไม่สามารถประกันคุณภาพและความสอดคล้องของผู้สำเร็จการศึกษา และเงื่อนไขการจ่ายที่ไม่เข้มงวดทำให้กลไกการหมุนเวียนมีประสิทธิภาพลดลง

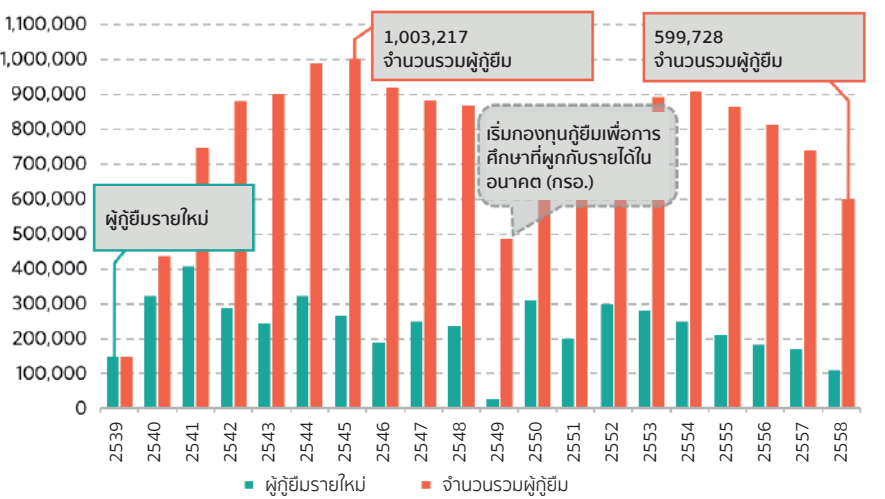
ใน พ.ศ. 2549 รัฐบาลไทยนำเสนอกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาที่ผูกกับรายได้ในอนาคต (กรอ.) (Income Contingent Loan) เพื่อแก้ปัญหา กยศ. กองทุนใหม่มีเงินกู้ให้สำหรับทุกคนที่ต้องการเข้าเรียนระดับอุดมศึกษา ไม่ได้เน้นเฉพาะนักเรียนยากจน หากครอบคลุมเพียงค่าเทอมตามที่กำหนดโดยคณะกรรมการ

อุดมศึกษา และไม่มีค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพให้ กรอ. ระบุขอบเขตการให้กู้ยืม เป็นเป้าหมายการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการในการจ้างงาน เปลี่ยนจากวัตถุประสงค์ทางสังคมมาเป็นวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ผู้กู้ยืมจะต้องเริ่มจ่ายเงินคืนเมื่อเรียนจบและมีรายได้อย่างน้อย 16,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป และต้องใช้หนี้คืนภายใน 15 ปี แม้กรอ. อาจต้องปรับเปลี่ยนตามนโยบายและแนวปฏิบัติมากมาย ก็ได้ให้การกู้ยืมแก่นักศึกษามากกว่า 500,000 คน เป็นเงินราว 26,000 ล้านบาท นับแต่ พ.ศ. 2549 (แผนภูมิ 3.6)

การคิดหาแนวทางใหม่ของการศึกษา

ประเทศไทยยังคงเดินทางปฏิรูปการศึกษา และผลักดันรูปแบบการศึกษาใหม่ ๆ เพื่อตอบสนองกับความต้องการจำเป็นที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรองพ.ร.บ. พื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ. 2562 ซึ่งเสนอโดยคณะกรรมการอิสระเพื่อปฏิรูปการศึกษา เป็นอีกหนึ่งหมุดหมายของการปฏิรูปซึ่งหันมาให้อำนาจอิสระแก่โรงเรียนที่ต้องการพัฒนาหลักสูตร วิธีการสอน และการบริหารจัดการที่เป็นนวัตกรรม 8 จังหวัดที่บุกเบิกแนวคิดดังกล่าวได้แก่ เชียงใหม่ ศรีสะเกษ กาญจนบุรี ระยอง สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยผู้ว่าราชการจังหวัดจะเป็นประธานของคณะกรรมการกำกับทิศทางเพื่อสนับสนุนโรงเรียนที่เข้าร่วม

แผนภูมิ 3.6: จำนวนผู้กู้ยืมเพื่อการศึกษารายใหม่ และจำนวนโดยรวม



แหล่งที่มา: กองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา, 2547, 2549, 2550, 2552-2558

เพื่อให้ทักษะของผู้จบการศึกษาสาขาอาชีพจะตอบสนองต่อความต้องการของภาคอุตสาหกรรม การบริหารอาชีวศึกษาระบบทวิภาคี (Dual Education System) จะอำนวยความสะดวกกับภาคเอกชนในการพัฒนาหลักสูตรและโครงการฝึกอบรม ระบบทวิภาคีซึ่งเพิ่งริเริ่มใน พ.ศ. 2556 นี้ ได้รับอิทธิพลมาจากอาชีวศึกษาในประเทศเยอรมัน ซึ่งมีทั้งการจัดโอกาสการศึกษาในบริษัทและการศึกษาภาคพิเศษในสถาบัน (Bruton, 2016; Mongkhonvanit, 2560)

การศึกษาทางไกลและการเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-learning) ไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย หากความพยายามร่วมในการสร้างเครือข่ายหลักสูตรออนไลน์ที่ไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่งเริ่มต้นใน พ.ศ. 2548 ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย โครงการดังกล่าวซึ่งอยู่ในความดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยและองค์กรด้านการจัดการความรู้กว่า 30 องค์กร ได้สร้างกลุ่มทรัพยากรการศึกษาไว้บนแพลตฟอร์มดิจิทัล เพื่อสนับสนุนความเสมอภาคในการเรียนรู้ การศึกษานอกระบบ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทั้งนี้ บริการบทเรียนออนไลน์แบบเปิด (massive open online coursework : MOCC) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนหลักสูตรออนไลน์ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

ตัวอย่างการศึกษาทดลอง

โครงการพัฒนาคุณภาพการศึกษา

เป้าหมายของโครงการคือ ให้โรงเรียนเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีความสุข "เรียนสุข สนุกสอน" โดยใช้แนวคิดพัฒนาทั้งโรงเรียน (whole-school approach) ในด้านการบริหารจัดการโรงเรียน ครู ชุมชน และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงพฤติกรรม อารมณ์ และปัญญาของนักเรียน

โครงการเริ่มต้นใน พ.ศ. 2560 กับโรงเรียน 202 แห่ง ใน 14 จังหวัด โดยเน้นที่โรงเรียนขนาดกลางซึ่งมีนักเรียน 200-500 คนกิจกรรมเน้นที่การแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่ดีในการสร้างแรงกระตุ้นให้นักเรียน และการดึงการมีส่วนร่วมในหมู่ครู บนสมมติฐานที่ว่า ครูที่มีแรงบันดาลใจจะสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ นักเรียน และช่วยให้นักเรียนให้เรียนรู้ได้ดี (Tangkapipop, 2560)

โรงเรียนฉลาดเล่น

ใน พ.ศ. 2558 กระทรวงศึกษาธิการเริ่มใช้นโยบายที่เน้นการลดเวลาในชั้นเรียน โดยให้นักเรียนได้เรียนรู้อย่างกระตือรือร้นผ่านกิจกรรมนอกห้องเรียน โครงการโรงเรียนฉลาดเล่นริเริ่มโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมใน พ.ศ. 2562 เพื่อแก้ไขปัญหา "พฤติกรรมเนือยนิ่ง" (sedentary) ของนักเรียนไทยจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากการใช้โซเชียลมีเดียมากเกินไป ที่ผ่าน มา โครงการได้ดำเนินส่งเสริมกิจกรรมทางกายกับ 17 โรงเรียน (Aubert et al., 2018; González et al., 2018; Saonuam et al., 2018)

โครงการเพาะพันธุ์ปัญญา

เป็นความพยายามที่จะฉีกออกไปจากการเรียนรู้แบบท่องจำแบบเดิม ที่ก่อให้เกิดการขาดทักษะการคิดวิเคราะห์ในหมู่นักเรียนไทย โครงการเริ่มใน พ.ศ. 2555 เพื่อทดลองกับโรงเรียน 80 แห่ง ใน 18 จังหวัด นำเสนอวิธีการเรียนรู้บนฐานการค้นคว้าวิจัย แทนที่จะเรียนตามแบบแผนเดิมที่ใส่เนื้อหาเข้าไปให้นักเรียนเป็นฝ่ายรับ ครูในโครงการจะต้องเป็นผู้สนับสนุนให้นักเรียนตั้งคำถามและใช้การค้นคว้าวิจัยเพื่อหาคำตอบ แนวคิดของโครงการ คือการ "ล่อนผ่านการตั้งคำถามกับผู้เรียน สะท้อนความคิด และเขียนตามที่เข้าใจ" กระบวนการเพาะพันธุ์ปัญญาใช้แนวความคิดแบบยึดหยุ่น (growth mindset) และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) โดยส่งเสริมให้ทุกชั้นเรียนริเริ่มโครงการประมาณ 10 โครงการภายใต้หัวข้อหลักเดียวกันในสามกลุ่มย่อย คือ วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์, สังคม-เศรษฐศาสตร์ และมนุษยวิทยา-ประวัติศาสตร์ แต่ละคาบเรียนใช้เวลา 2-3 ชั่วโมง เพื่อให้มีเวลาเพียงพอต่อการแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย (ประเสริฐธรรม, 2562)

โรงเรียนทางเลือก

ในทศวรรษหลัง ๆ โรงเรียนกลุ่มเล็ก ๆ ได้เสนอเส้นทางแยกไปจากการจัดการศึกษาตามแบบแผนเดิม แม้จะใช้กรอบหลักสูตรจากกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียนเหล่านี้ก็ปรับกิจกรรมการศึกษาตามหลักปรัชญาของตน นักเรียนมีเวลาเรียนรู้นอกห้องเรียนมากขึ้น ได้ทำโครงการเป็นกลุ่ม และมีประสบการณ์เชิงปฏิบัติเสริมเติมไปจากการเรียนรู้ในห้องเรียน (Tunmuntong, 2555)

ความมุ่งมั่น เพื่อก้าวไปข้างหน้า

ประเทศไทยได้แสดงความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้าต่อทุกระดับของการปฏิรูปการศึกษา ซึ่งเป็นส่วนที่แยกขาดไม่ได้จากการพัฒนาทุนมนุษย์ เพื่อผลักดันให้ไทยแลนด์ 4.0 เป็นจริง และก้าวจากความเป็นประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างสูงไปเป็นประเทศรายได้สูง ไทยจะต้องเดินหน้าปฏิรูปการศึกษา เพื่อนำมาซึ่งการศึกษาที่มีคุณภาพสำหรับประชากรที่ยากจนและผู้คนในพื้นที่ชนบท ลดการลาออกกลางคัน เสริมสร้างการจ้างงานในกลุ่มเยาวชนคนหนุ่มสาว เสริมทักษะใหม่ (upskill) และพัฒนาทักษะที่มีอยู่ (reskill) ในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของกำลังแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อ EEC

ดัชนีทุนมนุษย์ของธนาคารโลก พ.ศ. 2561 เผยให้เห็นว่าประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับค่อนข้างดีสำหรับกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง ซึ่งส่วนใหญ่มีเหตุมาจากตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่แข็งแกร่ง อย่างไรก็ตาม รายงานระดับชาติและนานาชาติทั้งหลายก็ชี้ว่า ประเทศมีความต้องการกำลังแรงงานที่พร้อมด้วยทักษะที่จะเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจของตน ปัจจุบันผู้สำเร็จการศึกษาด้านสังคมศาสตร์ยังมีจำนวนมากกว่าแม้ว่ามีวุฒิสถาบันด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีซึ่งมีทักษะด้านอารมณ์และปฏิสัมพันธ์ (soft skill) จะเป็นที่ต้องการเป็นอย่างมาก

การหดตัวของประชากรวัยเรียนในช่วง 20 ปีต่อไปดังที่คาดไว้ นั้น อาจเป็นทั้งโอกาสและความท้าทาย การทำให้มั่นใจว่าคนรุ่นใหม่จะได้ใช้ศักยภาพในการผลิตของตนได้เต็มที่ ถือเป็นความสำคัญสูงสุดในการพัฒนาเพื่ออนาคตของประเทศไทย

เมื่อประเทศไทยสูงวัย: โอกาสและความท้าทาย



การยืดอายุขัยให้ยืนยาวเป็นหนึ่งในความสำเร็จอันยิ่งใหญ่ของมนุษย์ ผู้คนยุคนี้มีโอกาสที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคมตนได้ยาวนานกว่าที่เคยเป็นมา คำถามก็คือ การลงทุนชนิดใดที่จะช่วยให้ประเทศสามารถสร้างประโยชน์จากอายุที่ยืนยาวได้ การสูงวัยนั้นเป็นกระบวนการ มิใช่สถานการณ์การลงทุนตลอดชีวิตจึงมีความสำคัญ เมื่อคนหนุ่มสาวสามารถอยู่อย่างมีความสุขดี อยู่ในโรงเรียน พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน หางานที่มีคุณค่า แต่งาน และมีลูกกับคนที่เลือก ในเวลาที่เลือกได้ ก็จะเป็นผลกระทบเพิ่มไปจนถึงวัยชรา และเป็นประโยชน์แก่คนรุ่นใหม่ในอนาคตต่อไป แทนที่จะคิดว่าการใช้จ่ายเพื่อการศึกษา การดูแลสุขภาพ และการคุ้มครองทางสังคมว่าเป็นราคาที่ต้องสิ้นเปลือง เราควรมองว่าสิ่งเหล่านี้คือการลงทุนในทุนมนุษย์และเพื่ออนาคตที่ดีของเรา

ดร.นาตาลี คาเนม รองเลขาธิการสหประชาชาติ และผู้อำนวยการบริหาร UNFPA
คำกล่าวเปิดการประชุม UNFPA และ HelpAge
ภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกที่กรุงเทพฯ ประเทศไทย
24 ตุลาคม พ.ศ. 2561



© UNFPA/ชลิต สภาภักดิ์

ก้าวสู่ภาวะประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็ว เป็นประวัตินิติการณ์

ข้อมูลจากสหประชาชาติชี้ว่า ไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วที่สุดในโลก ร้อยละของพลเมืองไทยวัย 60 ปีขึ้นไปได้ทวีเพิ่มเป็นสองเท่าในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ณ คริสต์ทศวรรษที่ 50 (พ.ศ. 2493) ประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากเป็นลำดับที่ 7 ของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หากปัจจุบัน ไทยได้ก้าวขึ้นสู่ลำดับที่ 2 แล้ว รองลงมาจากสิงคโปร์ (สหประชาชาติ, 2560)

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนพลเมืองวัย 60 ปีขึ้นไป คาดว่าจะดำเนินต่อเนื่องไปอีกหลายทศวรรษข้างหน้า ใน พ.ศ. 2560 ร้อยละ 16.9 ของประชากรมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งคือจำนวน 11.7 ล้านคน จากทั้งหมด 65.9 ล้านคน ต่างจากสัดส่วนร้อยละ 5 หรือจำนวน 1 ล้านคนเมื่อ พ.ศ. 2493 มาก (Teerawichitchainan et al., 2562) ยิ่งไปกว่านั้น การคาดประมาณประชากรของสหประชาชาติใน พ.ศ. 2562 ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 ระบุว่า ภายใน พ.ศ. 2593 จำนวนพลเมืองวัย 60 ปีขึ้นไปน่าจะเพิ่มได้ถึง 23.5 ล้าน หรือมากกว่าหนึ่งในสามของประชากรทั้งประเทศ

ตามคำนิยามดั้งเดิม ประเทศไทยได้กลายเป็น "สังคมสูงวัย" ไปแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2558 โดยมีประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 10 โดยคาดว่าจะกลายเป็น "สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์"

(completed-aged society) ใน พ.ศ. 2564 เมื่อร้อยละ 20 ของประชากรเป็นผู้สูงอายุ และถึงระดับ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (super-aged society) ใน พ.ศ. 2574 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มถึงร้อยละ 28 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวจะใช้เวลาน้อยกว่า 30 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) อัตราความเร็วของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยแตกต่างจากพัฒนาการในกลุ่มประเทศที่เป็นสังคมสูงวัยส่วนใหญ่ และมีนัยบ่งชี้ว่า ประเทศจะเผชิญหน้ากับปัญหาความมั่นคงทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และความเสมอภาคระหว่างคนแต่ละรุ่นที่อุบัติขึ้นในเวลาอันสั้นกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอื่น ๆ อัตราการก้าวสู่ภาวะสังคมสูงวัยอย่างรวดเร็วเช่นนี้ จำเป็นจะต้องมีนโยบายและโครงการที่เหมาะสมรองรับ

แผนมาดริด (Madrid Plan) และการประชุม ICPD

แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องของผู้สูงอายุ และปฏิญญาทางการเมือง (แผนมาดริด) ได้รับการรับรองโดย 159 รัฐบาลที่เข้าร่วมการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ที่เมืองมาดริด ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ประเทศไทยเป็นหนึ่งในรัฐที่เข้าร่วมการประชุมสมัชชาดังกล่าว

แผนมาดริดเน้นย้ำบทบาทสำคัญของรัฐบาลในการ "ส่งเสริมจัด และประกันการเข้าถึงบริการสังคมพื้นฐาน โดยคำนึงถึงความต้องการจำเป็นอันพิเศษของผู้สูงอายุ" ครอบคลุมถึงสิทธิและคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุ และเรียกร้องให้หันมาให้ความสนใจกับความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปฏิบัติภารกิจตอบสนองการเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยทั่วโลก โดยให้สอดคล้องกับแนวคิดกลาง "สังคมเพื่อคนทุกวัย"

ความมุ่งหมายหลักที่สำคัญที่สุด 3 ประการของแผนมาดริดคือ

1. ผู้สูงอายุกับการพัฒนา
2. การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ
3. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ในการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ที่กรุงมาดริดนั้น ประเทศต่าง ๆ ยังได้ให้คำมั่นที่จะจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากอายุ เพื่อประกันว่า "บุคคล เมื่อสูงวัยขึ้น (...) จะต้องมีสภาพพึงพอใจกับชีวิตที่ได้รับการตอบสนอง มีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคง และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในชีวิตทางการเมือง วัฒนธรรม สังคมของสังคมตน" เป้าหมายที่กว้างขวางและหลากหลายนี้ เชื่อมโยงกับข้อเสนอแนะสำหรับแต่ละเป้าหมายหลักของข้อตกลง ซึ่งมาจากการประชุมต่าง ๆ ของสหประชาชาติที่จัดขึ้นก่อนการประชุมสมัชชาครั้งที่ 2 นี้ เช่น การประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (ICPD, โคโร, 2537) การประชุมสุดยอดระดับโลกเพื่อการพัฒนาสังคม (โคเปนฮาเกน, 2538) การประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้หญิง ครั้งที่ 4 (ปักกิ่ง, 2538) และการประชุมสุดยอดว่าด้วยเรื่องการพัฒนาแห่งสหประชาชาติใน พ.ศ. 2543

แหล่งที่มา: UNFPA and HelpAge International, 2554.

ประชากรแห่งการสูงวัย: การเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ

ก้าวอย่างอย่างรวดเร็วเป็นประวัติการณ์ของการสูงวัยของประชากรไทย เป็นผลจากการลดลงอย่างมากของการเกิด และอัตราการรอดชีวิต และอายุขัยที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงจากการเกิด 6.2 คนจากหญิง 1 คนในช่วงต้นคริสต์ทศวรรษที่ 60 (พ.ศ. 2503) มาเป็นเพียง 1.5 คนต่อหญิง 1 คนในคริสต์ทศวรรษ 2010 (พ.ศ. 2553) ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดได้เพิ่มจาก 53.7 ปีมาเป็น 71.6 ปีสำหรับผู้ชาย และจาก 58.5 ปีมาเป็น 78.9 ปีสำหรับผู้หญิง และประชากรสูงอายุยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วมากกว่าการเพิ่มของประชากรทั้งหมด

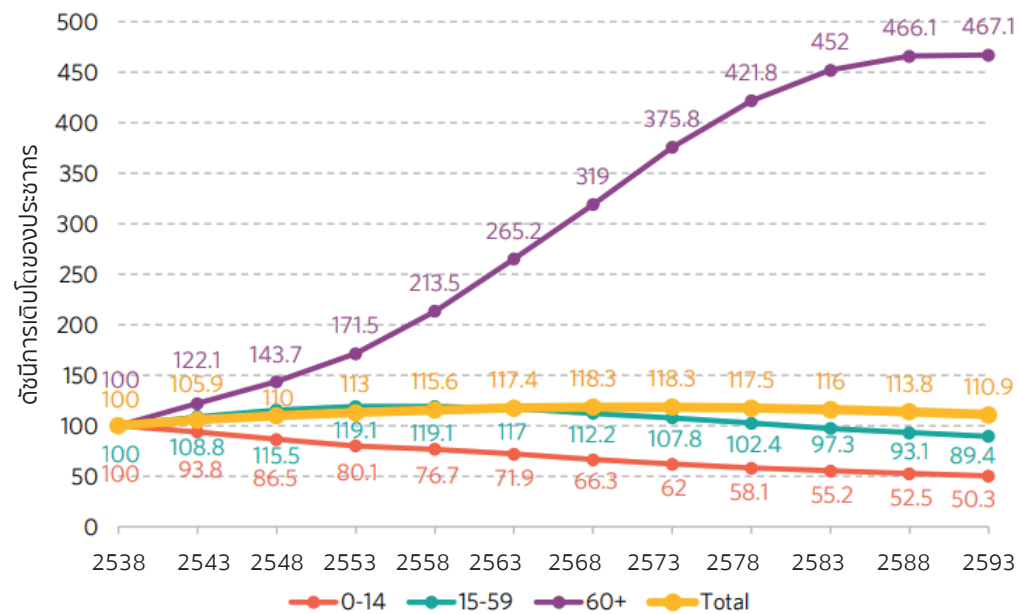
แผนภาพ 4.1 แสดงดัชนีการเติบโตของประชากรแต่ละกลุ่มอายุนับตั้งแต่ พ.ศ. 2538 หลังจากการประชุม ICPD แผนภาพ 4.2 แสดงสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มอายุ

ต่อประชากรทั้งหมดที่ได้เปลี่ยนแปลงไป นับตั้งแต่ พ.ศ. 2538 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะยังคงเพิ่มขึ้นเช่นนี้ต่อไป สัดส่วนของประชากรสูงอายุจึงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 ใน พ.ศ. 2538 มาเป็นร้อยละ 15.7 ใน พ.ศ. 2558 และคาดว่าจะสูงขึ้นอีกถึงร้อยละ 27 ใน พ.ศ. 2573 และร้อยละ 35.8 ใน พ.ศ. 2593 ได้ จำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นจากประมาณ 1.4 ล้านคนใน พ.ศ. 2503 มาเป็น 10.7 ล้านคนใน พ.ศ. 2573 และ 23 ล้านคนใน พ.ศ. 2593 การสูงวัยอย่างรวดเร็วของประชากรนั้นสัมพันธ์อย่างมากกับประชากร "รุ่นเกิดล้าน" ("million-birth cohort") ที่เกิดในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2506-2526 และกำลังจะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุภายในอีกไม่กี่ทศวรรษข้างหน้า

พ.ศ. 2561 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ไทย ที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงกว่าจำนวนเด็กวัยต่ำกว่า 15 ปี (ดูแผนภาพ 4.2) ภายใน พ.ศ. 2578 คาดว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุอาจพุ่งสูงเป็นสองเท่าของเด็ก ดัชนีการสูงวัย (ageing index) แสดงให้เห็นสัดส่วนผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรวัยต่ำกว่า 15 ปี 100 คน ซึ่งตัวเลขสัดส่วนผู้สูงอายุนี้นี้คาดว่าจะเพิ่มถึง 190 คนในภายใน พ.ศ. 2573 และ จะเพิ่มขึ้นอีกเป็น 256 คนในปี 2583 อัตราส่วนเกือหนุนผู้สูงอายุคืออีกตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงให้เห็นจำนวนผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีแนวโน้มว่าจะช่วยเหลือสนับสนุนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ซึ่งล่าสุดคาดว่าจะมีอัตราส่วนราว 3.6 และมีแนวโน้มจะลดลงเหลือเพียง 2.2 ภายใน พ.ศ. 2573 และ 1.6 ใน พ.ศ. 2583 ถือเป็นการลดลงมากกว่าครึ่งของปัจจุบัน

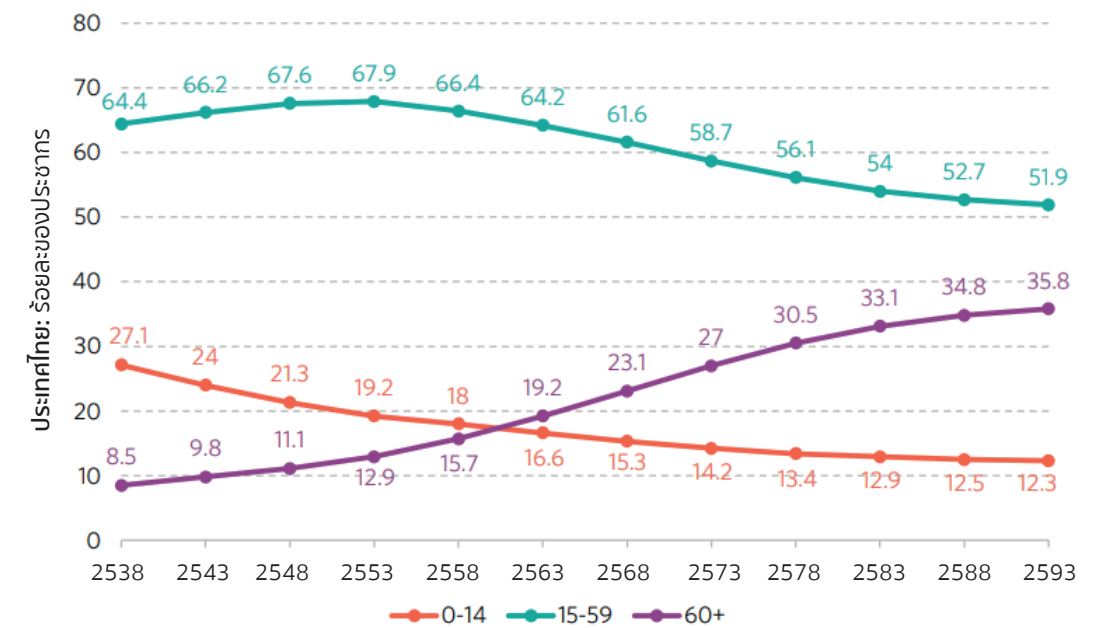
สถานการณ์เช่นนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายอย่างยิ่ง ในการลดความยากจนตามเป้าหมายSDG #1 ซึ่งมุ่งให้ลดระดับความยากจนลงมาครึ่งหนึ่ง ประเทศไทยจะต้องพบกับรายจ่ายสาธารณะที่เพิ่มขึ้นในด้านความมั่นคงทางสังคม การดูแลสุขภาพ และสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยที่มีประชากรวัยทำงานซึ่งจะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายเหล่านี้เป็นจำนวนน้อยกว่า ในทางสังคม โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไปหมายถึงถึงการลดลงของการสนับสนุนช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุด้วย ใน พ.ศ. 2557 ความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนถึงร้อยละ 34.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยระดับชาติคือร้อยละ 10.5 (สศช., 2560)

แผนภาพ 4.1: การเติบโตของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2593 จำแนกตามกลุ่มอายุ



แหล่งที่มา: คำนวณโดย องค์การสหประชาชาติ, 2562

แผนภาพ 4.2: แนวโน้มสัดส่วนประชากร พ.ศ. 2538 - 2593 จำแนกตามกลุ่มอายุ



แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562

อายุที่เพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ

แง่มุมสำคัญของการเติบโตอย่างรวดเร็วของกลุ่มประชากรสูงวัย ก็คือการสูงวัยเพิ่มขึ้นภายในกลุ่มประชากรสูงวัย ส่วนหนึ่งเนื่องจากอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 80 ปี และมากกว่า กลุ่มที่มีอายุมากที่สุดเริ่มมีสัดส่วนที่สูงขึ้นในกลุ่มประชากรสูงวัยนี้

ตาราง 4.1 แสดงการกระจายอายุภายในกลุ่มประชากรสูงวัยของประเทศไทย จากการคาดประมาณของสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2543 และที่คาดไว้ล่วงหน้าสำหรับ พ.ศ. 2568 และ 2593 ในช่วง 25 ปีแรก ของคริสต์ศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2543) นั้น การสูงวัยเพิ่มขึ้นในกลุ่ม

ประชากรสูงอายุน้อยไม่มากนัก หากในอีก 25 ปีถัดมา กลุ่มประชากรสูงวัยจะมีอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในระหว่าง พ.ศ. 2543 – 2568 นั้น คาดว่าสัดส่วนของ "ผู้สูงอายุที่ชราที่สุด" ซึ่งคือผู้ที่อยู่ในวัย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 14 ของประชากรสูงวัยทั้งหมด และหลังจากนั้นภายใน พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นสองเท่า คือราวร้อยละ 30

ในตัวเลขสัมบูรณ์ (absolute number) ขนาดของประชากรวัยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปคาดว่าจะมีสัดส่วนเพิ่มมากกว่าถึงสามเท่าจาก พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2568 คือจากที่มีจำนวนเพียงมากกว่า

6 แสนคน จะสูงถึงมากกว่า 1.8 ล้านคน และอาจเพิ่มขึ้นอีกมากกว่า 2.5 เท่าเป็น 4.7 ล้านคนภายใน พ.ศ. 2593 พัฒนาการอันเด่นชัดนี้มีนัยต่อระยะเวลาการให้สวัสดิการและประกันสังคมที่ขยายเวลาเพิ่มขึ้น และความจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีการดูแลภาวะเจ็บป่วยและพิการในวัยชรามากขึ้น ด้วยเหตุที่อัตราการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการในกลุ่มผู้สูงอายุที่ชราที่สุดที่จะสูงขึ้นอย่างมาก

ตาราง 4.1: ประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป ระหว่าง พ.ศ. 2493-2593

	2493	2538	2558	2563	2568	2573	2578	2583	2588	2593
จำนวน x1,000 (คาดคะเนความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยภาวะเจริญพันธุ์)	1,046	5,031	10,770	13,413	16,223	19,008	21,307	22,866	23,522	23,583
ร้อยละของประชากรทั้งหมด (ตามค่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยภาวะเจริญพันธุ์)	5.0	8.5	15.7	19.2	23.1	27.0	30.5	33.1	34.8	35.8

ร้อยละของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุย่อย

กลุ่มอายุ	2493	2538	2558	2563	2568	2573	2578	2583	2588	2593
60-69 ปี	64.1	62.4	55.8	56.9	55.3	51.5	47.2	42.3	37.8	34.6
70-79 ปี	27.8	27.8	30.4	28.8	30.3	33.2	35.2	36.3	36.6	35.5
80+ ปี	8.1	9.8	13.8	14.3	14.4	15.2	17.6	21.4	25.6	30.0

ร้อยละของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ

เพศ	2493	2538	2558	2563	2568	2573	2578	2583	2588	2593
ชาย	44.4	46.1	44.8	44.6	44.5	44.3	44.0	43.9	43.9	44.1
หญิง	55.6	53.9	55.2	55.4	55.5	55.7	56.0	56.1	56.1	55.9

แหล่งที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2562



© UNFPA/ชลิลา สุภาภักดิ์

หญิงมีจำนวนมากกว่าชาย

ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้หญิงมีจำนวนมากกว่าชาย แม้ว่าในตอนแรกเกิดจะมีความสมดุลของสัดส่วนเพศอยู่ประมาณหนึ่ง คือ ชาย 105 คน ต่อหญิง 100 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอายุคาดเฉลี่ยของหญิงสูงกว่าชาย อัตราชายต่อหญิงจึงลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ใน พ.ศ. 2543 ในกลุ่ม ประชากรไทยวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หญิงมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 55 ซึ่งสัดส่วนนี้ยังคงเป็นเช่นเดิมอยู่ในปัจจุบัน และคาดว่าจะคงที่จนถึง พ.ศ. 2593 นอกจากนี้ ในกลุ่มประชากรวัย 80 ปีขึ้นไป หญิงยังเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าด้วยเช่นกัน คือ คือมากกว่าร้อยละ 60 เล็กน้อย (องค์การสหประชาชาติ, 2562)

สัดส่วนหญิงสูงอายุที่อยู่โดยปราศจากคู่ครองมีสูงกว่าผู้ชายมาก การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ชี้ว่า ร้อยละ 51.9 ของหญิงสูงอายุ

ไม่มีคู่ครองอยู่ด้วย ในขณะที่ชายสูงอายุที่ไม่มีคู่ครองมีเพียงร้อยละ 18.7 หญิงสูงอายุไทยต้องเผชิญกับความเสียเปรียบหลายประการเมื่อเทียบกับชาย เช่น ระดับการรู้หนังสือที่ต่ำกว่า ระยะเวลาเป็นหม้ายที่ยาวนานกว่า การอยู่คนเดียวโดยมีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่ามาก ระดับความเจ็บป่วยและพิการสูงกว่า และความเป็นไปได้ในการได้รับการประกันสังคมหรือสิทธิประโยชน์หลังเกษียณอายุทำงานต่ำกว่า ดังนั้น หญิงสูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อความยากจน การถูกทอดทิ้ง และการละเมิดมากกว่า (เรื่องเดียวกัน) การเอาใจใส่ใจต่อความต้องการพิเศษของหญิงสูงวัยจึงมีความสำคัญยิ่ง ในขณะที่จะต้องตระหนักว่า มีความเปราะบางที่ใกล้เคียงกันอยู่หลายประการในหญิงและชาย และจะมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายสูงอีกเป็นจำนวนมาก

บางภูมิภาคสูงอายุ กว่าบางแห่ง

การสูงวัยของประชากรมิได้เกิดขึ้นหรือได้รับการคาดหมายว่าจะเกิดขึ้นในอัตราคงที่เหมือนกันทั่วประเทศ ประชากรในบางภูมิภาคก็ "ชรา" มากกว่าในภูมิภาคอื่น จึงจำเป็นที่จะต้องบันทึกความแตกต่างเหล่านี้ไว้เพื่อการสร้างนโยบายและจัดสรรทรัพยากรตอบสนองต่อสังคมสูงวัยด้วย การเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยของชนบทที่สูงกว่าในเมืองมักเป็นเหตุจากการย้ายถิ่นออกของคนหนุ่มสาวเพื่อการศึกษาที่ดีกว่าหรือเพื่อหางานทำ อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ปี พ.ศ. 2537 มีเพียงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ใน พ.ศ. 2560 สัดส่วนของผู้สูงอายุในเขตเมืองได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.2 หรือมากกว่า 4 ล้านคน โดยใน พ.ศ. 2583 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุ 11.6 ล้าน (ร้อยละ 59.8) จากทั้งหมด 20.5 ล้านคนอาศัยอยู่ในเขตเมือง (สศช., 2556)



© UNFPA/ชลัด ลุภาภักดิ์

ความเป็นอยู่ที่ดีทาง ประชากรและสังคม

ดังในตาราง 4.2 ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 60 ยังคงแต่งงานและอาศัยอยู่กับคู่ครอง ในขณะที่เกือบหนึ่งในสามเป็นหม้าย มีเพียงสัดส่วนเล็กๆ (ร้อยละ 2) ของผู้ที่แต่งงานแล้วที่แยกกันอยู่กับคู่ครอง และมีสัดส่วนที่หย่าร้างน้อยมาก ในขณะที่เดียวกับ ความแตกต่างทางเพศและวัยในสถานะแต่งงานนั้นเห็นได้เด่นชัด สัดส่วนของผู้ที่แต่งงานอยู่ลดลงอย่างมากตามอายุ ขณะที่สัดส่วนผู้เป็นหม้ายเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน สะท้อนให้เห็นถึงการยุติชีวิตแต่งงานอันเป็นผลจากการเสียชีวิต และแนวโน้มที่โอกาสการแต่งงานใหม่จะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น สถานะสมรสของผู้สูงอายุมิ่นัยสำคัญต่อหลาย

แง่มุมของความเป็นอยู่ที่ดี คู่ครองอาจเป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งในด้านวัตถุ สังคม อารมณ์ และการดูแลในยามป่วยไข้หรืออ่อนแอ ดังนั้น การอยู่กับคู่ครองจึงมักเป็นข้อดีสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งที่เกิดขึ้นในทศวรรษหลัง ๆ นี้ คือแนวโน้มที่สัดส่วนผู้ไม่เคยแต่งงานเลยตลอดชีวิตจะเพิ่มสูงขึ้น (บุษราวรรณ ธีระวิฑิตชัยนันท์ และคณะ, 2562) แม้ใน พ.ศ. 2560 ผู้ที่ไม่เคยแต่งงานเลยจะยังมีน้อยกว่าร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด สัดส่วนนี้ก็ได้เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าแล้วนับจาก พ.ศ. 2537

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีความแตกต่างด้านเพศในสัดส่วนของคนโสดอย่างเห็นได้ชัด แม้ในกลุ่มประชากรสูงวัยที่มีอายุน้อยกว่า คือเพียง 60 ปีต้น ๆ ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 90 ของชายมีชีวิตแต่งงานอยู่ในขณะที่หญิงที่แต่งงานอยู่มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 60 เพียงเล็กน้อย และในประชากรทุกกลุ่มอายุ หญิงโสดจะมีสัดส่วนสูงกว่าชายโสดเสมอ

ตาราง 4.2: สถานะสมรสในกลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป

	2537	2550	2557	2560
สถานะสมรส, ร้อยละ	2.2	2.7	3.9	4.8
โสด	62.2	62.5	63.5	63.0
สมรส	31.9	32.4	30.2	29.3
หม้าย	3.7	2.4	2.4	3.0
หย่า/แยกกันอยู่				
ชายโสด (ร้อยละ)	0.7	1.5	2.0	2.5
หญิงโสด (ร้อยละ)	3.5	3.8	5.4	6.6
คนโสดในเมือง (ร้อยละ)	3.5	4.2	5.8	6.9
คนโสดในชนบท (ร้อยละ)	1.9	2.2	2.5	3.2

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561

ลูกที่โตเป็นผู้ใหญ่แล้วมักเป็นบุคคลหลักที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่พ่อแม่ที่ชรา ทั้งในด้านวัตถุและอื่น ๆ หากจำนวนเฉลี่ยของลูกที่ยังมีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไปได้ลดลงมากในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ดังที่มีการบันทึกไว้ในการสำรวจผู้สูงอายุระดับชาติระหว่าง พ.ศ. 2537 - 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561) จำนวนเฉลี่ยลูกที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยนั้นเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุ และมีจำนวนในพื้นที่เมืองน้อยกว่าในชนบท จำนวนลูกของประชากรวัย 60-64 ปีโดยเฉลี่ยมีมากกว่าครึ่งหนึ่งของลูกของผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไปเพียงเล็กน้อย รูปแบบดังกล่าวสะท้อน

ให้เห็นถึงประวัติศาสตร์อันยาวนานว่าด้วยการลดลงของการเจริญพันธุ์นับแต่คริสต์ทศวรรษที่ 60 (พ.ศ. 2503) ซึ่งเริ่มในเขตเมืองก่อน ชนบทเล็กน้อย สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีลูกในพื้นที่เมืองสูงถึงสองเท่าของชนบท ร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุในเมืองไม่มีลูก ในขณะที่ในชนบท มีผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกเพียงร้อยละ 8 การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์สะท้อนให้เห็นได้ในจำนวนเด็กที่ลดลง และสัดส่วนที่สูงของประชากรที่ไม่มีลูก และกำลังจะก้าวเข้าสู่ภาวะสูงวัยในเวลาต่อไป

ตาราง 4.3: จำนวนลูกที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป และการกระจายลักษณะการอยู่อาศัย

	2537	2550	2557	2560
จำนวนเฉลี่ยลูกที่มีชีวิตอยู่ (ร้อยละ)				
60-64 ปี	5.0	3.4	2.5	2.3
65-69 ปี	5.2	3.9	2.9	2.5
70-74 ปี	5.1	4.6	3.5	3.1
75-79 ปี	4.9	4.8	3.9	3.5
80+ ปี	4.9	4.8	4.4	4.2
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)				
เมือง	4.8	3.5	2.9	2.5
ชนบท	5.5	4.3	3.5	3.1
ลักษณะการอยู่อาศัย (ร้อยละ)				
อยู่คนเดียว	3.6	7.6	8.8	10.7
อยู่กับลูก	72.8	59.4	54.7	51.5

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561

การศึกษาที่มีความสัมพันธ์แนบแน่นกับรายได้และการจ้างงาน จากการสำรวจผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยรวมแล้ว ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันไม่เคยได้รับการศึกษาในระบบ และมากกว่าร้อยละ 70 จบการศึกษาภาคบังคับในขณะที่ตนเรียนอยู่นั้น ตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่จบชั้นมัธยมต้น มัธยมปลาย หรืออุดมศึกษา เป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า คือมีวาระร้อยละ 14 ใน พ.ศ. 2560 แม้ว่า จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ใน พ.ศ.2537 แล้วก็ตาม

ความแตกต่างด้านเพศในระดับการศึกษาของผู้สูงอายุก็เป็นที่เห็นได้เด่นชัดเช่นกัน โดยทั่วไปแล้ว ผู้ชายจะได้รับการศึกษาในระบบมากกว่า ดังที่เห็นได้ว่าสัดส่วนของชายที่ไม่เคยเข้าโรงเรียนมีต่ำกว่าหญิงมาก และสัดส่วนชายที่ได้เรียนสูงกว่าระดับประถมก็มากกว่าผู้หญิง นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในระดับการศึกษาของผู้สูงอายุต่างภูมิลำเนาอยู่ไม่น้อย ตาราง 4.4 แสดงให้เห็นว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ผู้คนชนบทมีแนวโน้มจะไม่ได้รับการศึกษาในระบบ และความเหลื่อมล้ำในการศึกษาระหว่างผู้สูงอายุในเมืองและชนบทจะยังคงอยู่ต่อไปอีกระยะหนึ่ง

ตาราง 4.4: การกระจายระดับการศึกษาในกลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป

	2537	2550	2557	2560
จำนวนเฉลี่ยลูกที่มีชีวิตอยู่ (ร้อยละ)				
60-64 ปี	31.0	16.5	11.0	9.7
65-69 ปี	15.9	6.8	8.4	4.3
70-74 ปี	46.7	68.3	67.3	71.8
75-79 ปี	2.5	3.2	3.7	3.3
80+ ปี	3.9	5.2	9.6	10.8
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)				
เมือง	6.5	7.1	12.7	14.1
ชนบท	3.6	3.6	7.0	8.1
ลักษณะการอยู่อาศัย (ร้อยละ)				
อยู่คนเดียว	12.7	14.1	18.0	19.4
อยู่กับลูก	1.9	1.6	3.8	4.8

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561

ความเป็นอยู่ที่ดี ทางเศรษฐกิจ

ตาราง 4.5 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานในปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังไม่ปรากฏแนวโน้มใดที่ชัดเจน และมีความแตกต่างในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2560 เพียงเล็กน้อย สัดส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานในปีที่ผ่านมาสูงขึ้นใน พ.ศ. 2557 และลดลงเล็กน้อยก่อนจะถึง พ.ศ. 2560 ในการสำรวจ พ.ศ. 2560 ร้อยละ 37.6 ของประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปรายงานว่าตนทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มนี้มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 48.8 ของผู้ชาย ซึ่งสูงเกือบเป็นสองเท่าของผู้หญิง (ร้อยละ 28.5)

สัดส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานลดลงอย่างคงที่ตามอายุของทั้งหญิงและชาย หากความแตกต่างทางเพศในแต่ละกลุ่มอายุนั้นเห็นได้ชัดเจนและชัดเจนมากในกลุ่มอายุ 60-64 ปี ซึ่งมากกว่าสองในสามของผู้ชายยังทำงานอยู่ ในขณะที่ผู้หญิงที่ยังทำงานอยู่น้อยกว่าครึ่งของทั้งหมด เกณฑ์สำหรับการเกษียณอายุทำงานในไทยคือ 60 ปีสำหรับข้าราชการและแรงงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างบริษัทเอกชนบางแห่งก็อยู่ภายใต้เกณฑ์การเกษียณอายุเช่นกัน

ตาราง 4.6 ระบุสัดส่วนของผู้สูงอายุตามแหล่งรายได้ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2537-2560 ในบรรดาประชากรวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ก็คือลูกหลาน หากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รายงานว่าลูกเป็นแหล่งที่มาของรายได้นั้นได้ลดลงจากร้อยละ 54 ใน พ.ศ. 2537 มาเป็นร้อยละ 35 ของ พ.ศ. 2560 โดยทั่วไปแล้วผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะรายงานว่าได้รับรายได้จากลูกมากกว่าชาย และดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะรายงานว่าลูกเป็นแหล่งรายได้หลักของตนมากกว่า

สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ระบุว่างานเป็นแหล่งที่มาหลักของรายได้ตนได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ใน พ.ศ. 2560 ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุรายงานว่าเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุของรัฐเป็นแหล่งรายได้หลักของตน ซึ่งมากกว่าสัดส่วนเพียงเกือบร้อยละ 3 ใน พ.ศ. 2550 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายโครงการจัดสรรเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2560

ตาราง 4.5: การทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป

	2537	2550	2557	2560
ทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ)				
อายุ 60+	38.5	37.3	40.5	37.6
เพศ (ร้อยละ)				
ชาย	50.2	50.4	51.1	48.8
หญิง	29.0	26.7	31.7	28.5
ภูมิภาค (ร้อยละ)				
เมือง	27.3	28.5	34.0	32.0
ชนบท	43.3	40.8	44.9	41.6

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561

ตาราง 4.6: แหล่งรายได้หลักของกลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป

	2537	2550	2557	2560
แหล่งรายได้หลัก (ร้อยละ)				
ทำงาน	31.5	28.9	33.8	30.9
บำนาญ	4.0	4.4	4.8	5.9
เบี่ยยังชีพ	0.0	2.8	14.9	19.9
ดอกเบี่ย/เงินเก็บ/ค่าเช่า	1.7	2.9	3.8	2.3
คู่ครอง	4.6	6.1	4.3	4.5
ลูก	54.1	52.3	36.8	34.9
ญาติพี่น้อง	2.4	2.3	1.4	1.3
อื่น ๆ	1.7	0.5	0.2	0.2

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561

หนึ่งในประเด็นปัญหาสำคัญของภาวะสูงวัยของประชากรก็คือความยากจนในวัยชรา สถิติความยากจนจากสำนักงานระบบฐานข้อมูลสังคมและคุณภาพชีวิตและคณะ

กรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ บ่งชี้ว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน สัดส่วนนี้ลดลงจากร้อยละ 46.5 ใน พ.ศ. 2545 มาเป็นร้อยละ 34.3

ใน พ.ศ. 2558 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

สูงวัยอย่างแตกต่าง



© Lexicon Co., Ltd

ยง ยงรัตมัจฉ์ วัย 61 ปี ใช้เวลาแต่ละวันโดยปราศจากความห่วงกังวล เธอจดจ่ออยู่กับการดูแลหลานชายคนแรกเป็นหลัก ลูกสาวของเธอสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายภาพและเศรษฐกิจด้วยการให้เงินค่าเลี้ยงดูรายเดือน และยังจัดสรรประกันสุขภาพให้ด้วย

ฝันของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่

"การแก่ลงไม่ได้แย่มากนักสำหรับพี่" ยงค์ ยงรัตมัจฉ์ กล่าวด้วยรอยยิ้ม "ปกติพี่ก็ไม่ได้กินอะไรมาก แล้วก็แถมไม่เคยเจ็บเคยป่วย ลูกสาวพี่ให้เงินค่าใช้จ่ายรายเดือนซึ่งมันก็พอแล้ว ถ้าพี่รู้สึกไม่สบาย ก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาลเอกชน เพราะลูกสาวเขาซื้อประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ในตอนนี้ไม่มีอะไรที่พี่ต้องกังวล พี่ก็มีความสุขกับการดูแลหลานชายของพี่เขาอายุได้ขวบหนึ่งแล้ว กำลังน่ารัก"

ในวัยเด็ก ยงเรียนเก่งกว่าพี่น้อง หากด้วยความที่เป็นผู้หญิง เธอจึงไม่มีโอกาสเรียนสูงกว่าชั้นประถม 4 "ครอบครัวจีน (อย่างของพี่) มีความเชื่อว่าผู้หญิงต้องอยู่กับบ้าน ทำงานบ้าน ส่วนผู้ชายก็ควรจะเรียนเพราะเป็นคนหาเลี้ยงและเป็นเกียรติแก่ครอบครัว" เธอบอก โชคดีที่เธอและสามีสนับสนุนการศึกษาของลูกสาวที่ชื่อธรรมา และตอนนี้เธอก็ได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนเพื่อการศึกษาของบุตรนั้น

เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงในวัยเดียวกัน ยงดูจะมีข้อวิตกกังวลในชีวิตน้อยกว่า ลูกสาวของเธอเรียนจบปริญญาตรี และทำงานในตำแหน่งสูงของบริษัทโทรคมนาคมมีชื่อ เนื่องจากยังช่วยเหลือหลาน เธอจึงอาศัยอยู่ด้วยกันกับลูกสาวและลูกเขย ซึ่งมีบ้านที่นำอยู่ที่นอกชานเมืองกรุงเทพฯ



© UNFPA/ในหยก มาดาวาศิษฏ์

สู้ไปด้วยกัน

ป้าแมว วัย 62 ปี เป็นแม่ของลูก 5 คน เธออาศัยอยู่ในสลัมกรุงเทพฯ ป้าแมวเลี้ยงหลานยายทั้งสี่เป็นหญิงสามและชายหนึ่ง วัยตั้งแต่ 2 ขวบจนถึง 10 ปี หลานผู้หญิงคนหนึ่งมีภาวะออทิสติก

"ลูกสาวป้าอายุสามสิบกว่า เขาต้องทำงานเป็นแม่บ้าน เลยไม่มีเวลาเลี้ยงลูกทั้งสี่คน มันก็ดีแหละที่เรามีศูนย์เด็กเล็กในชุมชนเรา" ป้าแมวกล่าว "หลานป้าที่เป็นผู้หญิงสองคนรวมถึงคนที่ เป็นออทิสติก ก็ไปศูนย์เด็กเล็กนั้นเป็นประจำ มันก็ช่วยลดความเครียดเราได้ แต่ ป้าแทบไม่มีเงินจะซื้อข้าวให้หลายๆ กินเดือนหนึ่งป้าก็ได้ 500 บาทมั้ง 1000 บาทมั้งจากลูกสาว ตอนที่เขาเงินเดือนออกนั่นแหละ"

การเป็นผู้สูงอายุทำให้ป้าแมวได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล คือเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท บัตรเงินสด 300 บาทสำหรับการซื้อของอุปโภคบริโภค และบัตรค่ารถโดยสารสาธารณะ 500 บาท นอกจากนี้ยังมีเงินยังชีพผู้พิการ 800 บาทสำหรับหลานที่พิการ หากสำหรับป้าแมวแล้ว เงินสดในมือยังถือว่าน้อยมาก เพราะเธอจะต้องใช้รายได้ประจํารวมเพียงเดือนละ 1,300 บาทสำหรับเลี้ยงคน 6 คนในบ้าน คือ หลานยาย 4 คน ตัวเธอ และสามี

"ถ้าเป็นไปได้ ป้าก็อยากจะมีเงินมากกว่านี้ เอาไว้ซื้อข้าวให้หลาน แล้วก็จะให้ห่อข้าวให้หลานเอาไปโรงเรียน" เธอกล่าว



© UNFPA/ในหยก มาดาวาศิษฏ์

ยง อายุ 66 ปี ต้องพบกับความยากลำบากนานับประการในวัยชรา เธอดูแลสามีผู้พิการมาแล้ว 16 ปี และยังหลาน ผู้ชายวัย 10 และ 12 ขวบอีกด้วย

"ป้าได้เงินยังชีพคนชรา 600 บาทต่อเดือน และอีก 800 บาทเป็นเบี้ยคนพิการของสามี สำหรับครอบครัวเราเงินเท่านี้ไม่พอหรอก ป้าอยากมีเงินมากขึ้น เอาไว้เป็นค่าขนมหลานเวลามันไปโรงเรียนบ้าง"

ความช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุ ที่เปราะบาง

กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) ภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ให้ความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย ค่าปรึกษา และการเงินในภาวะฉุกเฉินแก่ผู้สูงอายุที่ประสบกับอันตรายทางร่างกาย ถูกทอดทิ้ง หรือถูกแสวงประโยชน์ นอกจากนี้ ยังมีการฝึกอบรมและการศึกษาผ่านเครือข่ายการพัฒนาเพื่อผู้สูงอายุด้วยความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศอีกด้วย การดูแลผู้สูงอายุจะกระทำผ่านอาสาสมัครชุมชนซึ่งไปเยี่ยมบ้าน และให้ความช่วยเหลือผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวให้ได้เข้าถึงบริการพื้นฐานของรัฐและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โครงการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ได้แก่

- ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ให้ที่พักอาศัยทั้งในระยะสั้นและยาวโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ปัจจุบันศูนย์มีบ้านพักอยู่ 11 แห่งและศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรบ 1 แห่งกระจายทั่วประเทศ และมีบ้านพักผู้สูงอายุภายใต้ความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอีก 13 แห่ง
- การจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในสถานการณ์ยากลำบาก ตาม "ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง" และ "ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ" (พ.ศ. 2548) ความช่วยเหลือทางการเงินตามประกาศทั้งสองเป็นเงินจำนวน 2,000 บาทไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี ใน พ.ศ. 2560 มีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในสถานการณ์ยากลำบากไปแล้ว 18,479 คน
- โครงการการสนับสนุนการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณี ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นจำนวน 2,000 บาทต่อคน ใน พ.ศ. 2560 โครงการดังกล่าวได้ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตไปแล้วจำนวน 12,668 คน

แหล่งที่มา: Government of Thailand, 2018

สุขภาพและสุขภาวะ

ทั้งการเสียชีวิต แนวโน้มที่จะประสบกับภาวะจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน และการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเพิ่มขึ้นได้ตามวัย โดยล้วนมีผลต่อทั้งสุขภาวะทางกายและจิตใจ นอกจากนี้ ผลกระทบต่อตัวบุคคลผู้สูงอายุแล้ว ในระดับสังคม ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับอายุยังหมายถึงความต้องการบริการทางการแพทย์จากระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และความจำเป็นที่จะต้องมีผู้ดูแลส่วนตัวทั้งในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลและสังคมอันเนื่องมาจากความเปราะบางและปัญหาสุขภาพกายที่สัมพันธ์กับวัยเพิ่มขึ้น ตามเวลาที่ผ่านไปและในทุกพื้นที่.

ตัวชี้วัดทางสุขภาพหลักสำหรับวัยสูงอายุ เป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง กล่าวคือ ภาวะจำกัดในการทำหน้าที่ ความลำบากในการดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพจิตกับอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพตามที่ระบุ แม้การประเมินด้วยตนเองอาจเป็นความเห็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้ก็สัมพันธ์กับมาตรการอื่นที่ตั้งอยู่บนฐานข้อเท็จจริงและการคาดการณ์เสียชีวิตได้เป็นอย่างดี (Bopp et al. 2012) ตาราง 4.7 ชี้ว่า ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2537-2560 ผู้สูงอายุวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปให้คะแนนสุขภาพทั่วไปของตนอย่างไร สัดส่วนของผู้ที่ตอบว่าสุขภาพตนเองแย่มากได้ลดลงในช่วงสองทศวรรษหลัง ในขณะที่สัดส่วนที่รายงานว่าสุขภาพของตนพอใช้เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนโดยรวมของผู้ที่รายงานว่าสุขภาพของตนดีหรือดีมากก็ไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างคงที่

ผู้สูงอายุวัยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดี หรือแย่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า ก่อนวัยดังกล่าว สัดส่วนผู้รายงานว่าสุขภาพของตนดีหรือดีมาก จะมากกว่าสัดส่วนของผู้ที่ชี้ว่าสุขภาพตนเองแย่มาก ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะให้คะแนนสุขภาพตนเองแย่มาก ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทมีแนวโน้มจะชี้ว่าสุขภาพตนเองแย่มาก มากกว่าในเมือง (บุษราวรรณ อธิระวิฑิตชัยนันท์ และคณะ, 2562)

ตาราง 4.7: กลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปประเมินสุขภาพในสัปดาห์ที่ผ่านมาด้วยตนเอง

	2537	2550	2557	2560
การประเมินสุขภาพอนามัยตนเองในสัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ)				
ดีมาก	6.9	4.0	3.0	2.0
ดี	31.4	43.0	42.0	39.0
พอใช้	35.8	29.0	39.0	43.0
แย่มาก	23.0	21.0	14.0	14.0
แย่มาก	2.9	3.0	2.0	2.0
กลุ่มยากจนหรือยากจนมาก จำแนกตามเพศ (ร้อยละ)				
ชาย	22.4	20.1	14.2	13.3
หญิง	28.7	27.5	17.7	16.6
กลุ่มยากจนหรือยากจนมาก จำแนกตามภูมิภาค (ร้อยละ)				
เมือง	25.2	21.4	14.9	14.2
ชนบท	26.0	25.4	16.9	15.8

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538, 2551, 2558, 2561

ตาราง 4.8 สํารวจภาวะจำกัดในการทํากิจวัตร ซึ่งสัมพันธ์กับความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย และความสามารถที่จะดําเนินกิจกรรมประจําวันได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณากิจกรรมการทําน้ที่พื้นฐาน

3 ประการ คือ การกิน แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ ซึ่งมีผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถทํากิจกรรมทั้งสามด้วยตนเองเป็นสัดส่วนไม่มากนัก

ตาราง 4.8: สัดส่วนของกลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปที่มีเผชิญปัญหาการทํากิจกรรมในชีวิตประจําวัน

	รับประทานอาหาร		แต่งตัว		อาบน้ำ/เข้าห้องน้	
	2537	2550	2537	2550	2537	2550
อายุ (ร้อยละ)						
60+ ปี	3.7	2.8	3.2	3.4	3.2	3.8
70+ ปี	6.8	6.4	6.2	10.3	6.2	9.2
เพศ (ร้อยละ)						
ชาย	3.4	2.3	3.2	2.8	3.2	3.1
หญิง	4.0	3.2	3.2	3.8	3.2	4.4
ภูมิภาค (ร้อยละ)						
เมือง	4.2	2.9	5.4	3.7	5.4	4.2
ชนบท	3.6	2.8	2.7	3.1	2.7	3.6

Source: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538, 2561

ภาวะจำกัดของความสามารถในการทํากิจวัตรประจําวันพื้นฐาน และความยากลำบากในการดูแลตนเองและทํากิจกรรมประจําวันเพิ่มขึ้นมากตามวัย ร้อยละ 37 ของบุคคลอายุตั้งแต่ 60 เป็นต้นไปประสบความยากลำบากอย่างน้อยหนึ่งประการดังที่ปรากฏในตาราง 4.9 หนึ่งในสามรายงานว่าภาวะจำกัดของความสามารถในการทํากิจวัตรประจําวันอย่าง

น้อยหนึ่งจากสี่อย่าง ร้อยละ 8 รายงานว่ามีความยากลำบากอย่างน้อยหนึ่งอย่างในการทํากิจวัตรประจําวัน ร้อยละ 25 รายงานว่ามีความยากลำบากอย่างน้อยหนึ่งอย่างในกิจวัตรประจําวันที่ต้องใช้เครื่องมือ เพศและวัยมีความสัมพันธ์กับภาวะจำกัดของความสามารถในการทํากิจวัตรประจําวันและความยากลำบากในการทํากิจกรรมประจําวัน ผู้สูงอายุ

อายุ 70 ปีขึ้นไปมักมีความยากลำบากมากกว่าผู้ที่อยู่ในวัย 60 กว่าปี ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะประสบกับความยากลำบากมากกว่าชายในทุกภารกิจ ไม่มีความแตกต่างชัดเจนระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทในการนี้

ตาราง 4.9: สัดส่วนของภาวะจำกัดของความสามารถในการทํากิจวัตรและกิจกรรมประจําวัน จำแนกตามอายุ เพศ และภูมิภาคในกลุ่มประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ร้อยละ)

อายุ	ภาวะจำกัดของความสามารถในการทํากิจวัตรประจําวัน	กิจกรรมพื้นฐานประจําวัน	กิจวัตรประจําวันขั้นสูงที่ต้องใช้เครื่องมือ	ความยากลำบากต่าง ๆ
รวม	33.4	7.6	24.6	36.8
60-69 ปี	19.8	3.4	10.9	22.4
70-79 ปี	45.5	7.9	35	51.4
80+ ปี	73.9	24.5	69.3	79.8
เพศ				
ชาย	24.4	6.3	17.8	27.6
หญิง	41.3	8.6	30.4	45.0
ภูมิภาค				
เมือง	34.1	7.8	22.4	36.0
ชนบท	33.0	7.4	26.2	37.4

แหล่งที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

ในการสำรวจผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2560 ชุดคำถามเฉพาะในประเด็นภาวะสุขภาพจิตถูกตัดออกไป หากการสำรวจ พ.ศ. 2554 ยังมีคำถามเหล่านี้อยู่ โดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ให้คะแนนตนเองตามมาตรฐานคะแนนความสุข คะแนนความสุขนี้ใช้ในการสำรวจ พ.ศ. 2560 ด้วย ในการวัดสุขภาพจิต ผู้ตอบจะให้คะแนนระดับความสุขของตนในช่วง 3 เดือนเป็นคะแนนตั้งแต่ 0-10 ซึ่งเลขค่าสูงกว่าหมายถึง

ถึงความสุขมากกว่า จากการสำรวจ พ.ศ. 2560 พบว่าคะแนนความสุขลดลงตามอายุที่มากขึ้น ต่ำกว่าในกลุ่มผู้หญิง และต่ำกว่าในพื้นที่ชนบทเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความสุขเฉลี่ย พ.ศ. 2560 กับประเด็นคำถามเฉพาะในการสำรวจ พ.ศ. 2554 ก็พบความสอดคล้องกันอย่างสมเหตุสมผล เพิ่มความน่าเชื่อถือให้แก่ผลการสำรวจ

ความเป็นอยู่ที่ดีทาง สิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้าน ดังนั้นสภาพแวดล้อมที่บ้านจึงคือปัจจัยพื้นฐานที่ทรงอิทธิพลต่อสุขภาพและการมีชีวิตรอบอยู่อย่างกระตือรือร้น จากการสำรวจผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 มีห้องนอนชั้นล่างของบ้าน และร้อยละ 59 นอนบนเตียง นอกจากนี้ ร้อยละ 51 ยังอาศัยอยู่ในห้องพักที่เข้าถึงส้วมแบบนั่งราบ และส้วมส่วนใหญ่อยู่ภายในบ้าน สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561

ในอนาคต ผู้สูงอายุไทยอาจต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเช่น อัลไซเมอร์ โรคหัวใจ และโรคกระดูกพรุน ระบบสุขภาพที่ได้รับออกแบบไว้ให้รับกรณีเจ็บป่วยรุนแรงเข้าดูแลในโรงพยาบาล จะประสบความสำเร็จมากในการให้บริการช่วยเหลือดังกล่าว เนื่องด้วยทรัพยากรที่จำกัด ด้วยเหตุนี้ เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรสูงอายุ จึงอาจทดแทนการอยู่โรงพยาบาลด้วยการจัดให้อยู่บ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกที่เตรียมไว้เฉพาะ ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ความต้องการเทคโนโลยีที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านได้จะเพิ่มขึ้น

การเตรียมตัวเข้าสู่ ภาวะสูงวัยอย่าง ยั่งยืน

หลายทศวรรษที่ผ่านมา การตอบสนองของรัฐบาลไทยต่อการเข้าสู่ภาวะสูงวัยของประชากรเป็นไปอย่างแข็งขันและก้าวหน้า กรอบกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนผู้สูงอายุ ได้แก่ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2545-2564) เป็นต้น ด้วยข้อห่วงใยเกี่ยวกับผลกระทบของการสูงวัยของประชากร แผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตกลุ่มประชากรสูงวัยจึงได้เดินหน้ามาแล้วระยะหนึ่ง

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 เป็นแผนแม่บทที่จะเป็นแนวทางการปฏิบัติทางนโยบายของรัฐบาล รวมถึงความต่อเนื่องของนโยบายการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เป้าหมายทางยุทธศาสตร์ได้แก่ การประกันสวัสดิการประชาชน การสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนเป็นพลเมืองที่มีจริยธรรมและศักยภาพในทุกลำดับขั้นของชีวิต และการขยายโอกาสเพื่อนำไปสู่ความเสมอภาคทางสังคม ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้แนวทางอันครอบคลุมที่มุ่งส่งเสริมการพัฒนามนุษย์ในทุกลำดับขั้นของชีวิต ยุทธศาสตร์หลักที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการก้าวสู่ภาวะสูงวัยของประชากร ได้แก่ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาทุนมนุษย์ และยุทธศาสตร์เพื่อความสมานฉันท์ในสังคมและสังคมที่เป็นธรรม ซึ่งกำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นส่วนหนึ่งของแรงขับเคลื่อนการเติบโตของชาติ ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจทางสังคม และ

เตรียมพื้นฐานสำหรับสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ มีการวางแผนแม่บทขึ้นหลายแผนเพื่อมุ่งปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มียุทธศาสตร์ที่เป็นกรอบงานสำหรับการก้าวสู่สังคมสูงวัย ซึ่งได้แก่การพัฒนาทักษะและความรู้ในทุกลำดับขั้นของชีวิต การปรับปรุงการจัดการคุณภาพการศึกษาเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการสร้างสังคมที่เป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ

แผนชาติระยะยาวเพื่อ ผู้สูงอายุ

รัฐบาลได้ให้ความสนใจต่อการก้าวสู่ภาวะสูงวัยมากเกินกว่า 30 ปี เริ่มต้นจากการมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี มียุทธศาสตร์นโยบายและหน่วยงานรัฐมากมายที่ได้รับการกำหนดให้ป้องกันและแก้ไขผลอันไม่พึงประสงค์จากการเข้าสู่ภาวะสูงวัยของประชากร และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ใน พ.ศ. 2545 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้รับการร่างขึ้นให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวหลักสำหรับผู้สูงอายุ แผนนี้กำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ หน่วยงาน ประสานงาน ดัชนี และเป้าหมายปฏิบัติการที่มุ่งให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตที่คุณค่าและศักดิ์ศรี อีกทั้งยังเพื่อคงมาตรฐานความเป็นอยู่และมาตรฐานทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แผนนี้ให้แนวทางความร่วมมือในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุแก่ทุกหน่วยประสานงานภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ในทุก ๆ 5 ปี จะมีการประเมินและติดตามผลความสำเร็จและข้อจำกัดต่าง ๆ การประเมินรอบล่าสุดคือการประเมินครั้งที่ 3 ซึ่งครอบคลุมงานในช่วง พ.ศ.2555-2560 ผลการประเมินพบว่า ประเทศไทยสามารถบรรลุความสำเร็จในทุกมาตรการที่บรรจุไว้ในแผนฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2552 แล้วร้อยละ 48.2 ยุทธศาสตร์แรกของแผนในการเตรียมประชากรให้เข้าสู่ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพมีความก้าวหน้าอันจำกัดอย่างที่สุด ในขณะที่ความก้าวหน้าที่โดดเด่นที่สุดเกิดขึ้นในยุทธศาสตร์ที่ 5 ว่าด้วยการดำเนินการเพิ่มคุณภาพ และเผยแพร่ความรู้ว่าด้วยผู้สูงอายุและการตรวจสอบการดำเนินการระดับชาติ ข้อค้นพบหลักและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากกระบวนการติดตามผลรวมทั้งมุมมองต่อสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนไป นำไปสู่การอนุมัติแผนฉบับแก้ไขใหม่ครั้งที่สองใน พ.ศ. 2561



© UNFPA/ชลิลา สุภาภักดิ์

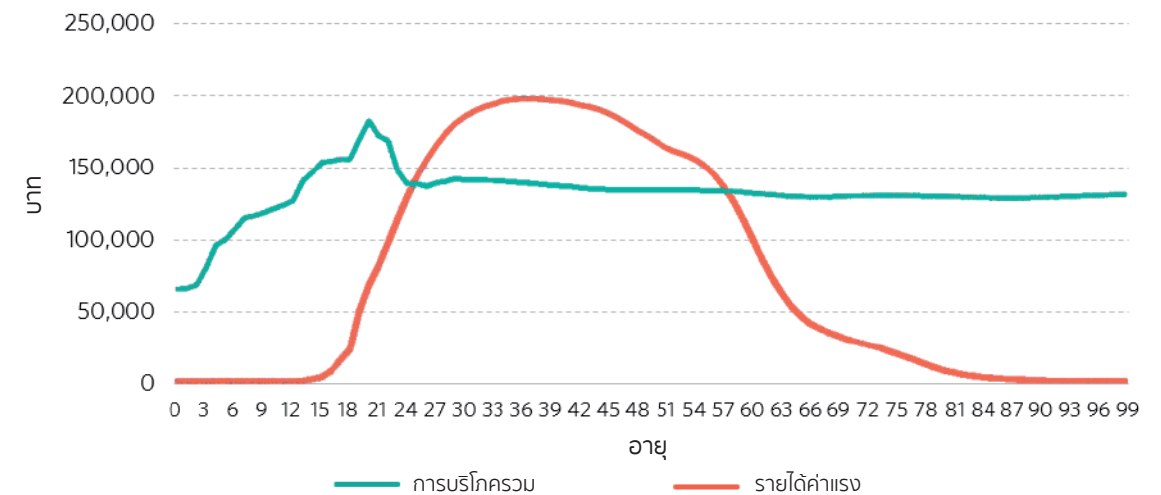
บัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Accounts: NTA)

มีคำกล่าวที่ว่า "การสูงวัยเป็นกระบวนการ
มิใช่สถานะ และไม่ใช่เพียงเรื่องของผู้สูงอายุ
แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับเราทุกคน"

ในการเผชิญหน้ากับความท้าทายของการสูงวัยขึ้นของประชากร มุมมองที่เป็นประโยชน์หนึ่งคือการมองจากบัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (NTA) ที่เป็นกรอบบัญชีที่มีความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจจากกลุ่มประชากรวัยหนึ่ง หรือรุ่นหนึ่ง ไปอีกรุ่นหนึ่งในปีปฏิทินนั้น ๆ บัญชีกระแสการโอนประชาชาติหรือ NTA นี้สอดคล้องกับระบบบัญชีประชาชาติ (System of National Account : SNA) ซึ่งเป็นการประมาณ หลังที่มาของรายได้ (แรงงาน ทรัพย์สิน หรือการรับโอนจากรัฐหรือเอกชน) และการใช้รายได้นั้น (การอุปโภคบริโภคขั้นสุดท้ายของรัฐและเอกชน การโอนค่าใช้จ่ายบุคคลไปยังครอบครัวและรัฐบาล และเงินเก็บ) ตามช่วงเวลาในแต่ละปี (single year age)

เมื่อใช้วิธีการ NTA กับประเทศไทย จะพบว่าประชากรไทยในช่วงวัย 25-59 ปีจะมีรายได้ส่วนเกินอยู่ ขณะที่ประชากรกลุ่มวัยอื่น คืออายุ 0-24 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มักมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคสูงกว่ารายได้จากแรงงานของตน หรือขาดดุล การบริโภคของเด็ก ๆ เป็นการโอนทางเศรษฐกิจเกือบทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลหรือเอกชน แหล่งที่มาของการบริโภคของเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) นั้นผสมผสานกัน แต่เงินโอนส่วนบุคคล ยังคงเป็นแหล่งสำคัญ ส่วนการบริโภคของประชากรวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) มักมาจากรายได้ค่าแรง โดยรายได้ส่วนเกินของคนกลุ่มนี้จะได้รับการจัดสรรให้กับแก่กลุ่มอายุอื่น สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้น ร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภคมาจากการจัดสรรสินทรัพย์ใหม่ และอีกร้อยละ 30 เป็นรายได้จากค่าแรง

แผนภาพ 4.3: การบริโภคและรายได้ของแรงงานต่อหัว พ.ศ. 2560



แหล่งที่มา: เอลิมพล แจ่มจันทร์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, ณัฐนิชา ลอยฟ้า, กำลังจัดพิมพ์

การวิเคราะห์ NTA เป็นประโยชน์ต่อการผลักดันเชิงนโยบายไทยจะเตรียมตัวสำหรับกระบวนการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วได้อย่างไร? วัตถุประสงค์หลักสามประการที่ควรเน้นย้ำคือ ประการแรก เพิ่มรายได้ส่วนเกินของวัยทำงานเพื่อนำไปสนับสนุนภาวะขาดดุลทางรายได้ที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น รายได้ส่วนเกินนี้สามารถเพิ่มขึ้นได้ด้วยการเพิ่มผลิตภาพแรงงาน เพิ่มการเข้าร่วมกำลังแรงงานโดยสนับสนุนผู้สูงอายุให้ทำงานได้นานขึ้น และส่งเสริมการจ้างงานเยาวชนคนหนุ่มสาว ประการที่สอง ส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกสุขอนามัยเพื่อลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ประการที่สาม ประกันความมั่นคงทางรายได้หลังเกษียณ

แนวทางวงจรชีวิต (life cycle approach) ยังดึงความสนใจของนำไปสู่สิ่งที่มักได้รับการพิจารณาว่าเป็น “การปันส่วนทางประชากรครั้งที่สอง” (second demographic dividend) ซึ่งหมายถึง การเพิ่มขึ้นของทุน (capital) ต่อหน่วยแรงงานที่สูงขึ้นนั้นจะช่วยเอื้อให้การอุปโภคบริโภคของบุคคลมีเพิ่มขึ้น โดยมีสองหนทางที่การเปลี่ยนผ่านทางประชากรส่งผลต่อความต้องการความมั่งคั่งในวงจรชีวิต ประการแรก ผลที่ได้จากการมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นของบุคคลที่เกือบถึงหรือถึงจุดปลายทางของความสามารถในการผลิตของตน ซึ่งหลายคนจะมีความมั่งคั่งรวมซึ่งเหลือจากรายได้จากแรงงานของตน เพื่อเก็บไว้ใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภคไปอีกหลายปี ประการที่สอง ผลกระทบทางพฤติกรรมอันเกิดจากการเพิ่มขึ้นของอายุขัยและระยะเวลาการเกษียณอายุซึ่งเพิ่มขึ้น ทำให้มีความต้องการความมั่งคั่งเพิ่มขึ้นด้วย หากบุคคลได้สะสมทุนในช่วงปีที่ยังทำงานเพียงพอเพื่อนำมาใช้ในการบริโภคหลังจากที่เกษียณอายุจากการทำงานแล้ว การสะสมทุนดังกล่าวก็สามารถใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจได้

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่กำลังเริ่มใช้

ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561- 2580 กำหนดให้รัฐบาลไทยต้องอำนวยความสะดวกให้มีการดำเนินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวอย่างเต็มที่ และดึงเอาความมุ่งมั่นจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมเพื่อบรรลุซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 กำลังจะสิ้นสุดลงในอีก 2 ปีข้างหน้า จึงมีการร่างแผนฉบับต่อไปอยู่ในขณะนี้

นโยบายหลักและโครงการรองรับอื่น ๆ

นโยบายและแผนผู้สูงอายุระดับชาติ

- รัฐธรรมนูญไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 48
- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2523-2544)
- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ปรับแก้ พ.ศ. 2552

มาตรการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ

- ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2546) นายกรัฐมนตรีเป็น- ประธาน
- พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
- พ.ร.บ. บำนาญแห่งชาติ พ.ศ. 2558
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554), ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)
- ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)
- การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2552) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
- ริเริ่มนโยบายการดูแลระยะยาว (พ.ศ. 2558)

ใน พ.ศ. 2540 มีการจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการซึ่งเป็นระบบกำหนดเงินสมทบเพื่อทดแทนระบบเดิม ส่วนระบบประกันสังคมนั้นเริ่มต้นให้แก่ประชากรในภาคธุรกิจเอกชนตั้งแต่ พ.ศ.2534 แล้ว อย่างไรก็ตาม กองทุนเพื่อการชราภาพในระบบประกันสังคมก็ยังมีได้รับการจัดตั้งขึ้นจนกระทั่งถึง พ.ศ. 2542 กองทุนนี้กำหนดให้ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐจ่ายเงินสมทบ สำหรับแรงงานทุกคนในวิสาหกิจเอกชน นอกจากการออมเงินส่วนตัว

แล้ว รูปแบบอื่นของการประกันสำหรับผู้สูงอายุในภาคเอกชนได้แก่ กองทุนเงินสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund) และกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Funds) ใน พ.ศ. 2558 กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ยังได้เริ่มส่งเสริมการออมและความมั่นคงทางเศรษฐกิจยามสูงวัยในกลุ่มแรงงานนอกระบบด้วย

ใน พ.ศ. 2536 รัฐบาลไทยริเริ่มการจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อถึง พ.ศ. 2552 โครงการดังกล่าวได้เปลี่ยนจากการจ่ายโดยประเมินฐานะทางเศรษฐกิจมาเป็นระบบที่ครอบคลุมทุกคน นอกจากนี้ ยังมีโครงการให้การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายที่เริ่มครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนมานับแต่ พ.ศ. 2535 รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญและยังเดินหน้าเพิ่มทรัพยากรการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการเพิ่มงบประมาณให้แก่สปสช. สำหรับการดูแลระยะยาวด้วย

ความท้าทาย

หลายประเด็นที่ส่งผลให้การประเมินปัญหาท้าทายของการเข้าสู่ภาวะสูงวัยของประชากรมีความไม่แน่นอน รวมถึงความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพ สุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ความท้าทายหลักในนิยามโดยกว้างได้แก่

- การเตรียมพร้อมคนรุ่นต่อไปสำหรับภาวะสูงวัย** การเริ่มต้นใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย จะช่วยให้มีสุขภาพดีในยามชรา และควรเริ่มเตรียมตัวทางการเงินแต่เนิ่น ๆ
- การสนับสนุนการดูแลให้แก่ผู้สูงอายุ** โดยทั่วไปแล้ว เมื่อผู้สูงอายุชราลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออายุถึง 75 ปีขึ้นไป หลายคนจะต้องการการดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือมากขึ้น แต่เดิมในประเทศไทย ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่บ้าน หากด้วยภาวะเจริญพันธุ์ต่ำและอัตราการย้ายถิ่นไปทำงานทำที่อื่นของลูกหลานมีเพิ่มขึ้น จึงอาจไม่มีลูกที่เป็นผู้ให้ปุ่อยู่คอยสนองความต้องการดังกล่าวนี้
- ผู้สูงอายุและความยากจน** ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะตกอยู่ในความยากจนสูงกว่าค่าเฉลี่ย ด้วยเหตุที่รายได้ต่ำกว่าในขณะที่ยังทำงานอยู่ และขาดความมั่นคงทางสังคม ประเทศไทยเป็นหนึ่งในสังคมของประเทศแรก ๆ ที่ "แก่ก่อนรวย" สัดส่วนผู้ที่จำเป็นต้องทำงานในวัยชราไม่น้อย ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะต้องพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจมากขึ้นและพึ่งพาลูกในฐานะที่เป็นแหล่งรายได้หลักน้อยลง แม้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถจำนวนมากจะต้องการระยะเวลาการทำงานต่อไป ก็อาจพบกับอุปสรรคซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ กฎหมายแรงงาน ระเบียบเกี่ยวกับบำนาญ และทักษะของธุรกิจต่อแรงงานสูงอายุ แม้ประชากรสูงอายุในวันนี้มีสุขภาพดีกว่าในอดีตเมื่อทศวรรษก่อนมาก เกณฑ์การเกษียณอายุทำงานก็ยังมีได้ปรับเพิ่ม ทั้งนี้ การเลื่อนให้การเกษียณอายุเพิ่มออกไปจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ องค์กรและธุรกิจที่พวกเขาทำงาน และเศรษฐกิจไทยในภาพรวม
- ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ** เบี้ยยังชีพได้กลายเป็นแหล่งรายได้หลักสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมาก และสามารถช่วยลดความยากจนและความเหลื่อมล้ำในรายได้ ความท้าทายก็คือการเพิ่มและสร้างมาตรฐานสิทธิประโยชน์บนฐานเส้นความยากจนของชาติ และคอยปรับเปลี่ยนเงื่อนไขให้เหมาะสมกับค่าครองชีพและเงินเฟ้ออย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการเก็บเงินออมสำหรับวัยชราในหมู่ประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานนอกระบบ

การก้าวสู่สังคมสูงวัยไม่ได้น่ากลัวนัก หากกลับเป็นสิ่งที่เราสามารถพลิกให้เป็นประโยชน์ได้ มีโอกาสทางธุรกิจเกิดขึ้นมากมายหากผู้นำและผู้ประกอบการจะมีกลยุทธ์ในการปรับบริการและผลิตภัณฑ์ของตนให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ถึงอย่างไรก็ตาม ตลาดประชากรสูงอายุและที่กำลังจะก้าวสู่วัยสูงอายุก็ไม่ได้เป็นตลาดเฉพาะกลุ่มเสียเลยทีเดียว การสูงวัยของประชากรจะขับเคลื่อนนวัตกรรม การพัฒนาธุรกิจ และการเติบโตของการจ้างงานได้ โอกาสที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย ได้แก่

- **ความเฟื่องฟูในการเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ** เนื่องจากระบบการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการยังจำกัดอยู่มาก ความรับผิดชอบส่วนตนในการเตรียมตัวเพื่อสูงวัยอย่างมีคุณภาพจึงสำคัญยิ่ง การเตรียมพร้อมนี้ได้แก่การเตรียมตัวด้านการเงิน การจัดการด้านความเป็นอยู่ สุขภาพกายและจิต การจัดหาผู้ดูแล และการปฏิบัติทางศาสนา การเตรียมพร้อมเพื่อวัยสูงอายุของหญิงและชายรุ่นต่อไปได้เริ่มต้นและขยายตัวก่อนหน้านานมาแล้วในประเทศไทย
- **นวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์และบริการสำหรับผู้สูงอายุ** รวมถึงนวัตกรรมด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และนวัตกรรมทางสังคมเศรษฐกิจเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองและความเป็นอยู่ที่ดี
- **เศรษฐกิจสูงวัย (silver economy)** ผู้สูงอายุเป็นผู้มีกำลังซื้อ ตลาดของผู้สูงอายุกำลังเติบโต ธุรกิจต่าง ๆ สามารถออกแบบบริการและผลิตภัณฑ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่มีคุณค่าด้วยความเคารพต่อลูกค้าสูงอายุ บุคลากรสูงวัยในที่งานอาจเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จในการเชื่อมโยงกับตลาดลูกค้าได้มาก
- **โอกาสการจ้างงานที่เพิ่มขึ้น** ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากจำนวนประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้น สถานการณ์เช่นนี้อาจเปิดโอกาสทางการจ้างงานที่ดีและมีคุณค่าสำหรับแรงงานจำนวนมากที่มีข้อจำกัดทางทักษะและการศึกษา
- **ความเฟื่องฟูของงานนอกแบบที่เป็นมิตรต่อคนสูงวัย** ความต้องการโครงสร้างทุกรูปแบบ (ที่อยู่อาศัย พื้นที่สาธารณะ และพื้นที่ทางการค้า) จะเพิ่มขึ้นในสังคมสูงวัย เนื่องจากสิ่งอำนวยความสะดวกจำเป็นต้องรองรับความต้องการของผู้สูงอายุเช่นเดียวกับผู้ที่อายุน้อยกว่า การลงทุนต่อการออกแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย จะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและบริการบำบัดฟื้นฟู รวมถึงบริการและการสนับสนุนช่วยเหลือในระยะยาวได้ ความเฟื่องฟูของงานนอกแบบที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุยังอาจนำไปสู่โอกาสการจ้างงานและโอกาสทางธุรกิจเพิ่มขึ้น
- **การเปิดหน้าต่างโอกาสทางประชากร** (มักได้รับการกล่าวว่าเป็นการปันส่วนทางประชากรครั้งที่สอง) ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำและอายุขัยที่สูงขึ้นในสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่ภาวะสูงวัย กระตุ้นให้เกิดการสะสมสินทรัพย์ในประชากรทุกกลุ่มอายุเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับระยะเกษียณที่ยาวขึ้น ผู้คนเตรียมตัวสูงวัยด้วยเงินเก็บและการลงทุนได้มากขึ้นเนื่องจากรายได้ต่อหัวสูงขึ้นจากการปันส่วนประชากรครั้งแรก และการพึ่งพาของเด็กที่ลดลงเนื่องจากมีเด็กเกิดน้อยลง สำหรับผู้ที่สามารถเริ่มออมเงินไว้ล่วงหน้าแล้ว เมื่อถึงช่วงเกษียณก็จะมีอิสระทางการเงินได้มากขึ้นและพึ่งพารัฐบาลกับครอบครัวน้อยลง รัฐควรมีนโยบายและกลไกการเงินเกี่ยวกับทรัพย์สิน มีเงินสมทบเพื่อการเลี้ยงชีพ และการออมเงินส่วนบุคคลรองรับตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อเริ่มทำงานมีรายได้ เพื่อช่วยให้แรงงานสามารถสะสมสินทรัพย์ได้ ที่สำคัญไม่แพ้กันก็คือการให้ความรู้ในด้านการจัดการการเงิน เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าจะสะสมและใช้สินทรัพย์ที่สะสมมาอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะ

1. ความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน สังคม และภาครัฐและเอกชนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดการเพื่อการก้าวสู่ภาวะสูงวัยของประชากร ภาคเอกชนจะต้องทำงานหนักยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถบรรลุผลที่ดีในการจ้างงานผู้สูงอายุ การพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรม
2. เตรียมพลเมืองทุกคนทุกช่วงชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยชรา เพื่อที่ผู้สูงอายุในอนาคตจะเป็นผู้มีความกระตือรือร้น มีความสุขกับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีบทบาทในการพัฒนาประเทศ และได้รับการยกย่องว่าเป็นประโยชน์แทนที่จะเป็นภาระต่อสังคม
3. หากลงทุนสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้เป็นส่วนของการพัฒนาชาติ รวมถึงเพื่อแก้ปัญหาท้าทายของการเข้าสู่ภาวะสูงวัยของประชากรและกำลังแรงงานที่ลดลง
4. จัดบริการดูแลสุขภาพให้ตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุให้เข้าถึงง่ายขึ้น รัฐบาลควรกำหนดงานป้องกันโรคให้เป็นหัวใจของการบริการสุขภาพของชาติ และให้การดูแลสุขภาพในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้มีความรู้และทักษะที่จะควบคุมจัดการสุขภาพตนเองได้เป็นอีกหนึ่งในกุญแจสู่ความสำเร็จ

5. ส่งเสริมความมั่นคงทางการเงิน ด้วยการสร้างพลังให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงาน แผนการนี้จำเป็นจะต้องมีกฎหมายและกระบวนการใหม่ที่จะช่วยพลิกผันภาพเหมารวมเกี่ยวกับภาวะสูงวัยด้วย การส่งเสริมแผนการออมเพื่อวัยชราตั้งแต่เนิ่น ๆ ก็มีความสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้ แผนการออมเพื่ออนาคตที่มีประสิทธิภาพด้วยความร่วมมือกันจากพลเมืองทั่วไป ผู้สูงอายุ และรัฐบาลจะสามารถช่วยผู้สูงอายุที่ยากจนและด้อยโอกาส และช่วยลดภาระทางการเงินของชาติได้
6. ส่งเสริมเมืองที่เป็นมิตรกับประชากรทุกช่วงอายุ ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เข้าถึงได้และเหมาะสมกับทุกกลุ่มคน เพื่อประโยชน์แก่คนทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุที่สามารถพักอยู่กับครอบครัวของตนในชุมชนที่ปลอดภัยได้ แผนการนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในบ้านและสังคมของตนได้อย่างอิสระและปลอดภัย ซึ่งจะเน้นที่การจัดการที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม การขนส่ง เทคโนโลยีและนวัตกรรม ผู้สูงอายุจะสามารถส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของตนได้ด้วยการสูงวัยอย่างมีคุณค่า

ข้อเสนอแนะทั้งหมดนี้ จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถจัดการกับภาวะการสูงวัยของประชากรได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ ICPD และคำมั่นต่อวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนที่จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

นัยทางนโยบาย จากแนวโน้มด้านประชากร และการพัฒนาในประเทศไทย

“ประเทศไทยมีเรื่องราวความสำเร็จที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ครอบครัวในภาคเกษตรกรรมที่มีรายได้ต่อวันน้อยกว่า 30 บาทหรือ 1 ดอลลาร์ได้เห็นลูกๆ ของตนเองได้ทำงานในสาขาอาชีพต่างๆ และได้ปรับปรุงคุณภาพชีวิตตัวเองและครอบครัว กุญแจสู่ความสำเร็จนี้คืออะไร การเข้าถึงการศึกษา สุขภาพ และการจ้างงานของเด็กและเยาวชน สิ่งเหล่านี้สรุปได้ในหนึ่งคำ คือ โอกาส นี่คือเหตุผลว่าทำไมพวกเราซึ่งมีวัยที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นรุ่นเบบี้บูมเมอร์ ไปจนถึงคนรุ่น Millennials ต้องถามตัวเองว่า เรากำลังทำอะไรเพื่อเปลี่ยนแปลงโลกหรือไม่ พวกเราตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและเยาวชนในวัยเรียนอย่างเพียงพอหรือไม่ เราเปิดกว้างให้ประชากรวัยเรียนเหล่านี้ซึ่งรวมไปถึงวัยรุ่นหญิงที่เป็นแม่วัยรุ่นอีกเป็นจำนวนมากเข้าถึงข้อมูล บริการและโอกาสที่เพียงพอในการพัฒนาศักยภาพในการแข่งขันหรือไม่ พวกเราทำอย่างเพียงพอแล้วหรือยังที่จะให้โอกาสแก่วัยรุ่นพิการได้พัฒนาศักยภาพ หรือให้โอกาสวัยรุ่นที่ต้องออกเรียนกลางคันสามารถเปลี่ยนชีวิตของพวกเขาเองได้ วัยรุ่นทั้งหมดนี้เป็นหนึ่งในศักยภาพของประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งของขีดความสามารถของคนไทยในการแข่งขัน และพวกเขาทั้งหมดสามารถเปลี่ยนแปลงและดูแลชีวิตของตนเองได้จากการมีทักษะที่เหมาะสมและได้การสนับสนุน”

มาเชล่า ซูอาโซ ผู้อำนวยการ UNFPA ประจำประเทศไทยและผู้แทน UNFPA ประจำประเทศมาเลเซีย
คำกล่าวเปิดงาน UNFPA Thailand Night เพื่อสร้างพลังให้คนรุ่นใหม่เพื่ออนาคตไทยที่ยั่งยืน กรุงเทพฯ
วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562



มุ่งมั่นสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

แนวปฏิบัติของประเทศไทยต่อประชากรและการพัฒนาสะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนในกรอบการพัฒนาของประเทศ ดังที่อธิบายไว้ในบทที่ 1 ว่า กรอบงานพัฒนาประเทศไทยนั้นประกอบไปด้วยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 12 (2560 – 2564) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) นโยบายทั้งคู่ตั้งอยู่บนฐานของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นพระราชดำริของ**พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร** ซึ่งเน้น**หลักทางสายกลาง**ในการขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจและการบริโภคเพื่อบรรลุซึ่งความยั่งยืนและรักษาสิ่งแวดล้อม (Ministry of Foreign Affairs, 2017) อีกทั้งยังสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ใช้บทเรียนจากการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ซึ่งเป็นความเชี่ยวชาญที่ประเทศไทยได้แบ่งปันกับเพื่อนบ้านทั้งโดยตรง และผ่านเวทีระดับโลกและภูมิภาค เช่น อาเซียน อีกด้วย

ด้วยหลักการดังกล่าวและความชำนาญจากประสบการณ์ที่ผ่านมา รัฐบาลได้มุ่งดำเนินการเพื่อให้วิสัยทัศน์ที่ผลักดันให้ประเทศไทยเป็นประเทศพัฒนาบนฐานของความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนภายใน พ.ศ. 2580 เป็นจริง กรอบงานยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีครอบคลุม 6 ด้านทางยุทธศาสตร์สำหรับการวางแผนและจัดสรรงบประมาณ ได้แก่ ความอยู่ดีมีสุขของคนไทยและสังคมไทย ชิดความสามารถในการแข่งขัน การพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ความเท่าเทียมและความเสมอภาคของสังคม ความหลากหลายทางชีวภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม และความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติ และประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการเข้าถึงการให้บริการของภาครัฐ ทั้งนี้ ดังที่ได้อภิปรายไว้ในบทก่อน

หน้าว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับแผนการเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีและคุณภาพชีวิตของประชาชนตลอดทั้งชีวิต ซึ่งได้มีการเน้นย้ำไว้เป็นพิเศษในคำอธิบายของพื้นที่ยุทธศาสตร์สองประการ

ประการแรก "การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์" เสนอหนึ่งวิธีสองมิติ เพื่อส่งเสริมศักยภาพบุคคลพร้อม ๆ กับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา มนุษย์ นอกจากนี้จะเน้นที่คุณค่าทางจริยธรรมแล้ว ยุทธศาสตร์นี้ยังให้ความใส่ใจกับการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อกระตุ้นสมรรถนะของแรงงาน และการยังประโยชน์ต่อสังคมของพลเมืองสูงวัยตามที่มีรายละเอียดในบทที่ 3 และ 4 แง่มุมที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่การดูแลทรัพยากรมนุษย์ที่เริ่มตั้งแต่การตั้งครรภ์จนถึงและวัยเด็ก ผ่านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การส่งเสริมการให้นมแม่ และสนับสนุนการเติมเต็มเพื่อการพัฒนาทางสังคม ทางกาย และจิตใจสำหรับวัยรุ่น งานสาธารณสุขคือความห่วงใยหลัก ซึ่งต้องการผสมผสานอย่างเหมาะสมระหว่างงานป้องกัน ส่งเสริม รักษา และดูแลเพื่อ การให้บริการและสุขศึกษา ระบบสนับสนุนพัฒนาการบุคคลจึงต้องเริ่มต้นจากครอบครัว และชุมชนท้องถิ่น และจะต้องเกี่ยวพันกับการมีส่วนร่วมของทั้งภาครัฐและเอกชน

ประการที่สอง ยุทธศาสตร์ "การสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม" ตระหนักถึงปัญหาท้าทายของความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มขึ้น และปัญหาความยากจนที่ยังดำรงอยู่ในประชากรส่วนหนึ่ง ยุทธศาสตร์นี้เน้นที่มาตรการอุดช่องว่างทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น การปฏิรูปที่ดินและภาษี โดยส่งเสริมการเข้าถึงการศึกษา การดูแลสุขภาพ และการบริการทางสังคมเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุและผู้มีความพิการ มีการวางแผนการปรับปรุงระบบสวัสดิการผ่านโครงการประกันสังคมที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด การลงทุนทางสังคมโดยตรงต่อกลุ่มผู้มีรายได้น้อย และการกระจายโอกาสทางเทคโนโลยี

และเศรษฐกิจทางภูมิศาสตร์ข้ามผ่านจังหวัดต่างๆ การสร้างพลังอำนาจแก่สังคมมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนความสามัคคีในสังคม และในการเตรียมพร้อมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพซึ่งคนหลากหลายกลุ่มจะสามารถทำประโยชน์ได้ในแบบของตน นอกจากนี้ยังได้พิจารณาว่าการส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศที่มุ่งให้หญิงและชายมีบทบาทอันสมดุลทั้งในบ้านและสังคมมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างดี

จากกรอบงานดังกล่าวร่วมกับการพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทย ผู้สูงอายุ ในส่วนต่อไปนี้จะอภิปรายถึงนโยบายประการของสถานการณ์ประชากรต่อนโยบายและโครงการแผนงานต่างๆ ของประเทศ จากข้อมูลที่ได้มีการนำเสนอไว้ในรายงานนี้อย่างละเอียดแล้ว โดยจะได้มีการระบุนโยบายประเด็นสำคัญสำหรับการอภิปรายทั้งในสาธารณะและในหมู่ผู้กำหนดนโยบาย เพื่อหาวัตถุประสงค์อันจะคงไว้ซึ่งความก้าวหน้าในด้านการพัฒนาและประชากรที่สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี รวมถึงคำมั่นต่อ SDGs และโครงการปฏิบัติการ ICPD (ICPD Programme of Action) ขอบเขตประเด็นสำคัญในลำดับต้น ได้แก่ การให้ทางเลือกต่อภาวะการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยทำงานในสังคมที่กำลังก้าวสู่ภาวะสูงวัย การป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรถ์ในวัยเยาว์ ผลักดันการศึกษาและการบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นจริงโดยสมบูรณ์ ลดความแตกแยกทางทัศนคติที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ สร้างพลังอำนาจแก่ผู้หญิงและความเสมอภาคระหว่างเพศ มีการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อแนวโน้มการแต่งงานและการใช้ชีวิตครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งเสริมการจัดการการย้ายถิ่นฐาน และเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างยั่งยืนผ่านทางความร่วมมืออย่างเข้มข้น การเรียนรู้ตลอดชีวิต และการส่งเสริมสุขภาพ

สร้างทางเลือกการเจริญพันธุ์ในสังคมที่ก้าวสู่ภาวะสูงวัย

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีประเทศไทยได้ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ของ ICPD ในการใช้กระบวนการรอบด้านอย่างบูรณาการต่อประชากรและการพัฒนา ซึ่งเหมาะสมต่อสภาพของประเทศและโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไทยมีความก้าวหน้าในการช่วยให้ประชาชนสามารถตัดสินใจในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนในฐานะที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานได้โดยมีข้อมูลประกอบครบถ้วน ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ระบุชัดเจนว่า ทุกการตั้งครรถ์จะต้องเป็นไปด้วยความตั้งใจ มีการวางแผน และเกิดจากพ่อแม่ที่เตรียมตัวอย่างดีในทุกแง่มุม เพื่อจะได้สามารถอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย เด็กเกิดใหม่ที่สุขภาพดี และการเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ

จากความหลากหลายของผลลัพธ์ด้านภาวะการเจริญพันธุ์ดังที่อภิปรายไว้ในบทที่ 2 ในขณะที่สังคมโดยรวมพบว่าคนรุ่นใหม่มีแนวโน้มยึดช่วงเวลาการสร้างครอบครัวออกไป แต่กลับพบว่าการตั้งครรถ์และครองคู่ในหมู่วัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งให้สัญญาณว่ามีภารกิจอีกมากมายที่จะต้องทำให้มั่นใจว่าผู้คนสามารถ "มีทางเลือก" ที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยแท้ แนวคิดสาธารณะของ "การวางแผนครอบครัว" ที่มีค่าเพียงเทียบเท่าการคุมกำเนิดจำเป็นต้องได้รับการให้คำนิยามและมุมมองใหม่ที่มีความหมายขยายกว้างขึ้นกว่าเดิม ครอบคลุมถึงการวางแผนตลอดวงจรชีวิตการเจริญพันธุ์ ซึ่งตั้งอยู่บนฐานการตัดสินใจของบุคคลและคู่ครอง และเป้าหมายการเจริญพันธุ์เฉพาะของแต่ละบุคคลและแต่ละคู่



© UNFPA/ไอนุริว เกย์เลอร์

สภิกในวัยปลาย 40 อยู่ในกลุ่มหญิงไทยจำนวนเพิ่มขึ้นที่หันมาให้ความสำคัญกับงานมากกว่าการแต่งงานมีลูก

การแต่งงานหรือการมีครอบครัวช้า การมีส่วนร่วมของผู้หญิงในกำลังแรงงาน และค่านิยมเกี่ยวกับการอยู่เป็นโสดและความหลากหลายทางเพศที่เปลี่ยนไป ล้วนมีบทบาทสำคัญนำไปสู่การลดภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย เช่นเดียวกับในประเทศอื่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สำหรับคู่ครองอายุมากซึ่งเลื่อนการมีลูกคนแรกหรือคนต่อไปออกไป เมื่อต้องการมีบุตรเมื่อสูงวัยขึ้นในที่สุดก็อาจประสบกับความยากลำบากและไม่สามารถผสมความปรารถนาได้ในระดับนโยบาย ทางกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์และนโยบายพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 ตระหนักว่าการรักษาภาวะมีบุตรยากเพื่อตอบสนองความต้องการของหญิงที่ต้องการมีลูกเมื่อสูงวัยขึ้นมีความสำคัญยิ่ง ไทยเป็นหนึ่งในประเทศอาเซียนประเทศแรก ๆ ที่มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิผู้หญิงและเด็กในส่วนที่เกี่ยวข้อง

กับการให้ความสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเจริญพันธุ์ผ่านทางพ.ร.บ. คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ การรักษาภาวะมีบุตรยากยังเป็นประเด็นสำคัญในลำดับต้นๆ ของคณะกรรมการอาเซียนว่าด้วยการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิผู้หญิงและเด็กอีกด้วย นอกจากทางเลือกทางเทคโนโลยี เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (vitro fertilization) ที่ไม่แพงจนเกินไปและมีบริการกว้างขวางขึ้น และการรักษาภาวะเจริญพันธุ์ที่เชื่อถือได้ทางการแพทย์โดยไม่ขัดต่อจริยธรรม ซึ่งได้รับการอภิปรายไว้ในบทก่อนหน้าแล้ว การทำให้มั่นใจว่าการตั้งครรถ์และคลอดจากแม่ที่อายุมากจะปลอดภัยทั้งกับแม่และเด็กก็มีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากความเสี่ยงทางสุขภาพจะสูงขึ้นตามวัย และผู้เป็นแม่อาจกังวลเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว (UNFPA, 2016).

ความต้องการจำเป็นเฉพาะด้านซึ่งได้รับการกล่าวถึงในบทที่ 2 ได้แก่การให้การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นต่อผู้หญิงและคู่ครองที่ต้องดิ้นรนจากความรับผิดชอบต่อทั้งงานและครอบครัวเข้าด้วยกัน สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติร่วมกับ UNFPA (2011) ได้เสนอชุดนโยบายขจัดอุปสรรคการมีบุตร ซึ่งได้รับแรงบันดาลใจจากประสบการณ์ของประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะเหล่านี้หลายประการยังไม่สามารถปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริง

ข้อเสนอแนะดังกล่าว ได้แก่

- ขยายและเพิ่มเวลาราชการตลอดให้เกิน 90 วัน โดยให้ผู้ลาได้รับค่าจ้างร้อยละ 50 ของรายได้เดิม จากกองทุนที่สนับสนุนโดยรัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง
- นำเสนอการลาเพื่อดูแลบุตรแรกเกิดสำหรับผู้เป็นพ่อให้ครอบคลุมผู้อื่นนอกเหนือจากลูกจ้างรัฐหรือข้าราชการ และขยายเวลาให้มากกว่า 15 วันตั้งที่เป็นอยู่
- เสนอชั่วโมงการทำงานที่ยืดหยุ่นเพื่อช่วยให้พ่อแม่สามารถใช้เวลาที่บ้านได้มากขึ้น
- เสนอเงินช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดภาระการดูแลครอบครัวของผู้หญิง
- ปรับปรุงความช่วยเหลือในการดูแลเด็กเพื่อให้ผู้หญิงที่มีลูกสามารถทำงานต่อไปได้
- นำเสนอแรงจูงใจเช่น การลดภาษี และเงินอุดหนุนการเลี้ยงดูลูก หรือเพื่อการศึกษาปฐมวัยและการศึกษาเด็กเล็ก

สำหรับมาตรการที่เป็นไปได้เหล่านี้ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมเพื่อให้การมีส่วนร่วมในงานบ้านของผู้ชายกลายเป็นเรื่องปกติธรรมดาและบรรลุลซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างเพศในครัวเรือนที่สมดุลควบคู่กันไปด้วย การที่ทั้งพ่อและแม่จะช่วยกันรับผิดชอบในการเลี้ยงดูและงานบ้านอื่น ๆ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยลดภาระของผู้หญิงซึ่งต้องเป็นผู้ดูแลทั้งคู่ครอง ลูก และพ่อแม่ได้มาก ในขณะที่เดียวกันเมื่อจำนวนญาติพี่น้องสูงอายุที่สุขภาพดีได้เพิ่มขึ้น (ทั้งหญิงและชาย) จึงควรมีโครงการสนับสนุนให้คนเหล่านี้มีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้เป็นแม่ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทางสังคมด้วย

บทเรียนจากบางประเทศสะท้อนว่า ความเสมอภาคระหว่างเพศในชีวิตครอบครัวที่หญิงชายมีการแบ่งเบาภาระหน้าที่ร่วมกันในครอบครัวก็จะนำมาซึ่งการมีภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงขึ้น (เรื่องเดียวกัน) มาตรการที่ส่งผลต่อทางเลือกของบุคคลและคู่ครองดังที่ได้กล่าวมานี้อาจช่วยคงอัตราเจริญพันธุ์ให้อยู่ในระดับเดิมได้เป็นอย่างดี และมีความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มสูงขึ้นอีก ทั้งนี้เพื่อให้ภาวะเจริญพันธุ์ของไทยไม่จมนลสูงอัตราต่ำมากเหมือนเช่นบางประเทศเอเชียซึ่งรวมถึงเกาหลี สิงคโปร์ และไต้หวัน ที่ซึ่งรัฐบาลกำลังค้นหาโครงสร้างประชากรที่มีสมดุลมากกว่านี้ (Jones, 2019)

มาตรการที่ปรับให้เหมาะสมต่อหญิง (และชาย) ที่ทำงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบควรได้รับการพิจารณาจัดทำขึ้น เนื่องจากประชากรเหล่านี้มีสัดส่วนมากกว่าครึ่งของประชากรวัยทำงานทั้งหมด แต่ทว่ากลับยังมิได้รับการผนวกเข้าสู่ระบบสวัสดิการที่เป็นทางการ รวมทั้งยังมิได้รับสิทธิประโยชน์เพียงพอในฐานะพ่อแม่ ประเทศไทยกำลังส่งเสริมแผนการประกันสังคมแบบสมัครใจสำหรับแรงงานนอกระบบวัย 15-60 ปี ภายใต้มาตรา 40 ของพ.ร.บ.ประกันสังคม (The Nation, 2018) ชุดความคุ้มครองปัจจุบันซึ่งได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐ ครอบคลุมการเจ็บป่วย พิกการ ตาย และสิทธิประโยชน์ในยามสูงวัยที่เลือกได้ในรูปแบบของเงินก้อน ซึ่งในที่สุดอาจเพิ่มสิทธิประโยชน์เพื่อสนับสนุนการเลือกของผู้หญิงที่ต้องการมีลูกเพิ่มขึ้นได้



การป้องกันการอยู่กินใช้ชีวิตคู่ด้วยกันและการตั้งครรภ์ในวัยเยาว์

ในขณะที่ประเทศไทยส่งเสริมและสนับสนุนผู้หญิงที่ปรารถนาจะเป็นแม่ นโยบายประชากรของประเทศก็จำเป็นต้องช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ด้วย ควรมีการพัฒนาบริการและสื่อความรู้ที่มีความเหมาะสมทางวัฒนธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการการคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นของประชากรมลายุมุสลิมในภาคใต้ ชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือ และแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ กัมพูชา สปป.ลาว และเมียนมา ซึ่งมักไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร (UNFPA and NESDB, 2011) มาตรการในการวางแผนการตั้งครรภ์และเว้นระยะห่างที่เหมาะสมสำหรับลูกแต่ละคนมีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้หญิงในชุมชนที่ด้อยโอกาส

ยังมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชน และเร่งป้องกันการแต่งงาน อยู่กินด้วยกัน และการตั้งครรภ์ตั้งแต่วัยเยาว์ ดังที่ได้อภิปรายไว้แล้วในบทก่อนหน้า ประเทศไทยมีจำนวนเด็กเกิดจาก

แม่วัยรุ่นสูงจนน่าวิตก การตั้งครรภ์เหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่พึงประสงค์ และมักมีผลกระทบรุนแรงตามมาเนื่องด้วยความเสี่ยงต่อสุขภาพแม่และเด็กที่เพิ่มมากขึ้น และคุณภาพการเลี้ยงดูเด็กที่มีก้นค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจอาจนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ซึ่งทำให้เด็กหญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อีก ข้อมูลด้านการระบาดวิทยาชี้ว่า การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนในช่วงที่ผ่านมา (School of Global Studies, Thammasat University, 2014) โดยปกติแล้ว เด็กหญิงมักประสบกับผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมจากการตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการถูกตีตรา ถูกปฏิเสธการมีส่วนร่วม และแม้กระทั่งประสบกับความรุนแรงและถูกไล่ออกจากโรงเรียน ซึ่งส่งผลให้ขาดโอกาสทางการศึกษาและการงาน

สิ่งสำคัญเพื่อจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวคือการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพตามพ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560 และยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาคตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560 – 2569 ยุทธศาสตร์ดังกล่าวมุ่งลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้ได้ภายในระยะเวลา 10 ปี และให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่แม่วัยรุ่น ดังที่อธิบายไว้ก่อนหน้านี้แล้วในบทที่ 2 การริเริ่มทางนิติบัญญัติเน้นสิทธิของวัยรุ่นที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองและเข้าถึงบริการและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์โดยปราศจากการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ

การบังคับใช้สิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวให้เป็นจริง จะต้องค้นหาและก้าวข้ามข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม สังคม และงบประมาณให้ได้ โดยใช้ความพยายามก่อนหน้านี้เป็นแนวทางสำหรับนโยบายและมาตรการ ความพยายามที่ผ่านมาที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งได้แก่ การ

ที่กระทรวงศึกษาธิการ ด้วยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ออกนโยบายกำหนดให้มีการให้เพศวิถีศึกษารอบด้าน (comprehensive sexuality education หรือ CSE) ในโรงเรียนประถมและมัธยม โรงเรียนต่าง ๆ ล้วนต้องการการสนับสนุนและงบประมาณเพื่อที่จะสร้างศักยภาพครู พัฒนาโครงการฝึกอบรมที่มีปฏิสัมพันธ์มากขึ้น รวมถึงการผลิตสื่อ ซึ่งจะต้องเน้นการส่งเสริมพลังอำนาจแก่ผู้เรียน มากกว่าจะเป็นการให้ข้อมูลชีววิทยาด้านการเจริญพันธุ์และเพศวิถี อีกทั้งควรมีการถกเถียงอภิปรายในประเด็นความเสมอภาคระหว่างเพศ ความหมายของการตกลงยินยอม (informed consent) และการป้องกันความรุนแรงต่อผู้หญิงด้วย (UNICEF and the Ministry of Education, 2016) นอกจากนี้ กลไกการตรวจสอบและประเมินอย่างต่อเนืองยังมีมีความจำเป็นสำหรับการปรับปรุงขอบเขตและคุณภาพของการศึกษา และควรส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษารอบด้านสำหรับเด็กนอกระบบโรงเรียนเพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเปราะบางตามเพศ วัย และความต้องการทางเศรษฐกิจและสังคม ดังที่ได้ตั้งเป้าในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะอีกประการหนึ่งคือการบังคับใช้กฎหมายการสมรสที่เข้มงวดขึ้น เพื่อจำกัดให้มีการแต่งงานก่อนอายุ 17 ปี ซึ่งคณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย ได้กำหนดระเบียบการสมรสฉบับใหม่ ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 17 ปีแต่งงาน ในกลุ่มประชากรมุสลิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดภาคใต้ (Straits Times, 2018) ทั้งนี้ข้อให้และเหตุผลของการลงคะแนนการแต่งงานในผู้เยาว์จะต้องได้รับการทบทวนและควรมีการสร้างการเข้าถึงกับบิดามารดาของผู้ที่แต่งงานในวัยเยาว์เกี่ยวกับการแต่งงานของเด็ก และเหตุผลที่พ่อแม่ยินยอมไม่เอาผิดหรือสนับสนุนให้เกิดการแต่งงานในวัยเยาว์ขึ้น

การจัดบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จะต้องได้รับความใส่ใจเพิ่มขึ้น ควรมีการทำความเข้าใจกับการที่เยาวชนไทยพึงพอใจที่จะไปหาความช่วยเหลือจากร้านขายยามากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ (Tangmunkongvorakul et al., 2012) และแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจัดสถานที่ปลอดภัยที่พวกเขาจะสามารถได้รับการดูแลครบวงจร พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กำหนดให้มีการให้คำปรึกษาและบริการการคุมกำเนิดทั้งหมด โดยได้จัดให้มีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรให้กับวัยรุ่นโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ด้วยเหตุนี้ โครงการที่ทำงานกับเยาวชนปัจจุบันจึงต้องขยายไปไกลกว่าการศึกษาและการให้คำปรึกษา โดยให้รวมการรักษาพยาบาลและการประสานงานที่ดีขึ้นกับหน่วยงานสาธารณสุข ด้วยการฝึกอบรมผู้ให้บริการเพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถรักษาความลับและปฏิบัติหน้าที่ด้วยทัศนคติเชิงบวกที่ไม่ตัดสิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้หญิงและเด็กหญิง

เมื่อพิจารณาถึงความต้องการทางเพศและการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นจะพบว่า วิธีการที่ยั่งยืนจะต้องบูรณาการการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวีเข้าด้วยกัน โดยทำให้มั่นใจว่าจะต้องมีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย โครงการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสามารถเน้นการทำงานแบบสองทาง (dual protection) ได้ดีกว่านี้ คือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการขยายงานการมีส่วนร่วมกับภาคประชาสังคมให้กระจายตัวทั่วประเทศ (UNFPA, 2016) นอกจากนี้ ประเด็นการจัดการคุมกำเนิดฉุกเฉินสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ และการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ไม่อยู่ในสถานะที่จะตั้งครรภ์ต่อไปได้ ก็ควรได้รับการหยิบยกมาถกเถียงอภิปรายเพื่อพิจารณาข้อเสนอแนะทางนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยต่อไปเช่นกัน

บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์รอบด้านในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่บริการต่าง ๆ สำหรับเยาวชนนั้น สอดคล้องกับความพยายามที่จะจัดบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมมากขึ้น ประเทศไทยมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักทั่วโลกทั้งในด้านการเข้าถึงและคุณภาพของระบบสาธารณสุข ความใส่ใจต่อการให้บริการรักษาและการป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเริ่มต้นใน พ.ศ. 2545 และอยู่ภายใต้พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังที่อภิปรายไว้ในบทที่ 2 นั้นได้รับคำชื่นชมไปทั่วโลกในเรื่องการพัฒนาในด้านสุขภาพโดยรวมและการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ แม้จะมีเสียงร้องเรียนเกี่ยวกับภาระงานที่หนักมากขึ้นของผู้ให้บริการ และภาระในด้านการจัดการการเงินของโรงพยาบาล (Thaiprayoon and Wibulpolprasert, 2017) เมื่อถึงวันนี้ ประชากรเกือบทั้งหมดได้รับความคุ้มครองภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของบริการการดูแลสุขภาพตามจำเป็นที่ครอบคลุม ซึ่งการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ การควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริมและรักษาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ การตรวจสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดการปัญหาแต่เนิ่น ๆ ล้วนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันที่เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบไปด้วยบริการป้องกันโรคสำหรับครอบครัวและบุคคล เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจสุขภาพประจำปี การให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างสมัครใจ การฝากครรภ์ และบริการวางแผนครอบครัว ซึ่งชุดสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลยังครอบคลุมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการเป็นผู้ป่วยในเข้ารับบริการในโรงพยาบาล โดยมีข้อยกเว้นสำหรับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางประการ และการใช้ห้องพิเศษในโรงพยาบาล



© UNFPA/วิรสกิติ ชูไธ

แม้สิทธิประโยชน์เหล่านี้จะก้าวหน้าไปมาก หากเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ก็ยังมีได้ครอบคลุมการบริการสุขภาพะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ อย่างรอบด้านตามที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ ICPD และข้อตกลงระดับโลกสืบเนื่องจากการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องสตรีครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ. 2538 กล่าวคือ ยังไม่มีการรักษาภาวะมีบุตรยากในกลุ่มสิทธิประโยชน์แม้จะมีความตระหนักถึงความสำคัญในเชิงนโยบายแล้วก็ตาม นอกจากนี้ บริการคุมกำเนิดยังไม่รวมการคุมกำเนิดฉุกเฉิน และควรมีการให้บริการด้านข้อมูลที่มีคุณภาพมากขึ้นเพื่อลดอัตราการล้มเหลวของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ค่อนข้างสูง

ทั้งนี้ประเทศไทยจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขการจัดการการคุมกำเนิดที่ส่งผลทำให้การใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เช่น ยาฉีด ห่วงคุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิด ลดลงอย่างมากเมื่อระบบสาธารณสุขกระจายอำนาจเปลี่ยนผ่านจากส่วนกลางสู่ระดับอำเภอ (Saejeng et al., 2011) ในทางกฎหมาย บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนไว้จะครอบคลุมเพียงในกรณีการตั้งครรภ์ที่เป็นผลจากการข่มขืน หรือเป็นความเสียหายต่อสุขภาพของแม่เท่านั้น หากตัวเลขอย่างเป็นทางการของการยุติการตั้งครรภ์ 30,000 รายต่อปี (ทำแท้ง ทำแท้งเพื่อการรักษา และแท้งเอง) ยังเป็นเพียงสัดส่วนเล็ก ๆ ของการยุติการตั้งครรภ์ทั้งที่ถูกและผิดกฎหมายร่วม 3-4 แสนรายที่เกิดขึ้นจริง (Tangcharoensathien, Chaturachinda and Im-em, 2015) องค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ขาดไปของการดูแลอย่างครอบคลุม ก็คือบริการที่เป็นมิตรกับเยาวชนและบริการเพื่อป้องกันและจัดการกับผลกระทบทางกายและใจของความรุนแรงต่อเด็กและสตรี

แม้จะมีบริการพัฒนาสุขภาพประชากรที่ได้รับการสนับสนุนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ก็ยังมีได้หมายความว่าความคุ้มครองจะครอบคลุมทั่วถึง มีความจำเป็นที่ต้องใช้ความพยายามในการเพิ่มความต้องการ การใช้บริการ และบริการการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ เนื่องจากมาตรการซึ่งคุ้มค่าและเป็นประโยชน์อย่างมากเหล่านี้มักมีผู้ใช้บริการน้อย (เรื่องเดียวกัน) มะเร็งเป็นสาเหตุการตายสูงสุดในประเทศไทย และมะเร็งเต้านมกับมะเร็งรังไข่ก็จัดอยู่ในกลุ่มมะเร็งที่มีผู้เป็นมากที่สุด 5 อันดับแรก ใน พ.ศ. 2555 มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ รวมถึงมะเร็งลำไส้ ตับ และปอดมีอัตราการรวมกันมากกว่าครึ่งของการเกิดมะเร็งทั้งหมด และการเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด

ในขณะที่การเกิดมะเร็งรังไข่เริ่มลดลง อัตราการเกิดมะเร็งเต้านมกลับเพิ่มขึ้น (Virani et al., 2017) ปัจจัยที่เป็นไปได้ในการลดลงของมะเร็งรังไข่คือการริเริ่มกลยุทธ์การตรวจคัดกรองและรักษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางปฏิบัติรอบด้านเกี่ยวกับมะเร็งรังไข่ วิธีการนี้ได้รับการคิดค้นขึ้นใน พ.ศ. 2543 โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับรัฐบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด นวัตกรรมที่ตอบสนองเพศภาวะที่ครอบคลุมดังกล่าวควรได้รับการนำมาใช้เป็นแนวทางการออกแบบบริการที่ถูกละเอียดอื่น ๆ เนื่องจากเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้หญิงได้เป็นอย่างดี การรณรงค์ให้การศึกษาที่มีความสำคัญเช่นเดียวกับการจูงใจให้ผู้ใช้บริการให้สนับสนุนผู้หญิงให้มาตรวจสุขภาพสม่ำเสมอตามระยะสมควร (Tangcharoensathien, Chaturachinda and Im-em, 2015)

ลดความแตกแยกทางทัศนคติที่เกี่ยวกับสุขภาพะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

ในช่วงสามทศวรรษหลัง ประเทศไทยได้ขยายสถานพยาบาลและบุคลากรทั่วทั้งประเทศ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงทั้งทางกายภาพและราคาสำหรับทุกคน การเปลี่ยนแปลงนโยบายจากการตั้งเป้าหมายที่ละกลุ่มมาเป็นการตั้งเป้าให้ครอบคลุม (Tangcharoensathien et al., 2009) ได้กลายเป็นที่ยกย่องโดยสังคมนานาชาติในระดับโลก และทำให้ระบบสาธารณสุขไทยเป็นระบบที่เสมอภาคที่สุดในภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ยังคงมีช่องว่างด้านการบริการและผลลัพธ์ในบางกลุ่มและพื้นที่ ตัวอย่างเช่น คร่าวเรือนที่ยากจนมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่า มีเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า มีภาวะทุพโภชนาการในเด็กและการเจ็บป่วยของเด็กมากกว่าคร่าวเรือนที่มีฐานะดีกว่า (Limwattananon, 2010)

การแบ่งแยกชนบทและในเมืองยังคงเห็นได้ชัดเจน พื้นที่เมืองจะดูดซับทรัพยากรสาธารณสุขมากกว่าชนบทแม้จะมีผู้ใช้บริการน้อยกว่าก็ตาม ในทางภูมิศาสตร์ เมืองหลวงดังเช่นกรุงเทพฯจะได้รับทรัพยากรส่วนใหญ่ ซึ่งส่วนหนึ่งก็เนื่องจากการมีสิ่งอำนวยความสะดวกตติยภูมิ คือเป็นจุดรองรับผู้พลัดถิ่นที่ขับช้อนจากทั่วประเทศด้วย ภาคอีสานนั้นเป็นภูมิภาคที่ยากจนที่สุด หากแต่ได้ใช้ทรัพยากรที่น้อยที่สุด ตามต่อมาด้วยภาคใต้ โดยทั่วไปแล้ว พื้นที่เขตเมืองจะมีบริการที่ดีกว่า และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพรวมถึงสุขภาพแม่และเด็กดีกว่าชนบท ผู้หญิงในเขตเมืองมีแนวโน้มจะไปรับบริการการฝากครรภ์ คลอดในสถานพยาบาล และทำคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะมากกว่าหญิงในชนบท (เรื่องเดียวกัน) การใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ครอบคลุมพื้นที่ภาคใต้น้อยกว่าค่าเฉลี่ยระดับชาติ เนื่องด้วยปัจจัยเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

การเชื่อมช่องว่างและช่องโหว่ทางเศรษฐกิจ สังคมจำเป็นต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นในการขยายสิ่งอำนวยความสะดวกและบุคลากรให้ครอบคลุม รวมถึงปรับปรุงในด้านเทคโนโลยี การดูแลสุขภาพและความเชี่ยวชาญในระดับจังหวัด (Chandoevrit and Phatchana, 2019) ข้อกังวลใหญ่ก็คือ การกระจายจำนวนแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วน โดยใน พ.ศ. 2550 กรุงเทพฯ มีความหนาแน่นของแพทย์สูงกว่าในชนบทห่างไกลที่สุดของประเทศถึง 10 เท่า และแพทย์เกือบ 1 ใน 4 ของทั้งหมดเป็นลูกจ้างภาคเอกชน (Suphanchaimat et al., 2013) ด้วยการขยายของบริการสุขภาพเอกชนและการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพในประเทศไทย แนวโน้มการกระจายแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วนอาจทวีความรุนแรงมากขึ้น และจำเป็นต้องมีโครงการที่ส่งเสริมใช้กำลังแรงงานด้านสุขภาพให้เหมาะสมและอาจต้องจัดสรรหน้าที่ใหม่หากจำเป็น ในทศวรรษที่ผ่านมา แรงจูงใจให้แพทย์ไปทำงานในโรงพยาบาลชนบทคือแผนด้านการเงินของรัฐที่จัดสรรเงินเดือนเพิ่มพร้อมเบี้ยเลี้ยงพิเศษ วิธีการดังกล่าวควรได้รับการประเมินและเสริมสร้างประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

นอกจากปัจจัยทางภูมิศาสตร์แล้ว อายยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย ดังที่ได้อภิปรายในบทที่ 4 คือ วัยที่เปราะบางที่สุดในประเทศไทยคือกลุ่มประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ยากจน ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ความต้องการที่จำเป็นด้านการดูแลสุขภาพของประชากรสูงวัยนั้นยังรวมถึงบริการด้านสุขภาพะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยแม้ว่าอาจจะถูกมองข้ามไปบ้างก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์มากขึ้น อีกทั้งยังอาจ

ประสบปัญหาการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์แต่ก็ลังเลที่จะเข้ารับความช่วยเหลือเนื่องจากเกรงการถูกตีตรา (IMAP, 2018) ระบบการดูแลสุขภาพยังคงมีอคติทางเพศอยู่มาก ผู้ชายจะใช้ทรัพยากรของรัฐมากกว่าหญิง แม้ว่าหญิงมีโอกาสดังกล่าวจะต้องรับภาระของการเป็นโรคมามากกว่าสะท้อนถึงบทบาททางเพศที่ยึดติด และการสร้างความเป็นหญิง (femininity) และความ เป็นชาย (masculinity) ที่เกี่ยวข้อง การรักษาพยาบาลผู้ชายมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางท้องถนนและการบาดเจ็บ หากค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของหญิงคือการตั้งครรภ์และคลอดลูก ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2550-2558 ผู้ชายจะพักเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานกว่าหญิงโดยเฉลี่ยแล้ว 1 วัน ที่น่าสนใจก็คือ จำนวนหญิงที่เข้าหาความช่วยเหลือทางการแพทย์นั้นสูงกว่าชายในทุกกลุ่มวัยและทุกภูมิภาค (Chandoevrit and Phatchana, 2019)

โอกาสการเรียนรู้ที่หลากหลาย ของวัยรุ่น

"เราต้องใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อให้เยาวชนมีความรู้และทักษะในการคุมกำเนิด ผมเห็นข่าวการท้องไม่พร้อม แม่วัยใส และก็วัยรุ่นที่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นทุกวัน"

"ในฐานะที่เป็นนิสิตอยู่ ผมมีความฝันที่จะได้เป็นผู้พัฒนาเกมหรือเว็บไซต์ในวันหนึ่ง แต่ผมก็รู้ว่าผมไม่สามารถจะเรียนรู้ได้ทุกอย่างจากการเรียนสี่ปีในมหาวิทยาลัยหรอก การเรียนรู้ไม่เคยจบสิ้น การเรียนในมหาวิทยาลัยมันกระตุ้นให้เราคิดว่าต่อและเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต รัฐบาลควรตระหนักเรื่องนี้และก็ช่วยสนับสนุนเยาวชนให้เรียนรู้ได้ในทุกที่ ไม่ใช่เฉพาะแต่ในห้องเรียน คนหนุ่มสาวควรได้รับการสร้างความเข้มแข็งด้วยทักษะที่หลากหลาย รวมถึงทั้งในเรื่องที่ไม่ใช่วิชาการด้วย อย่างเช่น การทำกับข้าว ถ่ายรูป ฯลฯ ระบบการศึกษาควรจะสร้างพลังให้แก่เยาวชนมากกว่านี้ ทั้งจากการเรียนรู้ในระบบและนอกระบบ"



© UNFPA/ใบหยก มาดาวิศิษฐ์

นัก ทัศนวิทย์ วัย 18 ปี นิสิตปี 1 ภาควิชาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



© UNFPA/ใบหยก มาดาวิศิษฐ์

ก่อร่างสร้างครอบครัวขณะที่ เตรียมตัวสู่วัย

สุเขตต์ วัย 34 ปี จากจังหวัดนครราชสีมา เป็นทั้งลูกจ้างและพ่อของลูกสาว 2 คน

"การวางแผนครอบครัวมีประโยชน์มาก สำหรับการวางแผนการใช้จ่ายของครอบครัว และก็เป็นประโยชน์ต่อสังคมมากด้วย เพราะถ้าเรามีคนมากขึ้น สังคมก็จำเป็นจะต้องวางแผนทั้งในระยะสั้นระยะยาว เพื่อดูแลสมาชิกของเรา"

"ผมเคารพภรรยาผมและฟังเสียงเขาเสมอ เราตัดสินใจอะไรด้วยกันเสมอเพราะเราเป็นครอบครัวเดียวกัน ปกติเราแบ่งบทบาทกัน ผมเป็นคนหาเลี้ยง แต่ก็ปล่อยให้เขาจัดการค่าใช้จ่ายทั้งหมด เราแบ่งความรับผิดชอบในบ้านกันด้วย ผมไปรับไปส่งลูกที่โรงเรียน ส่วนเขาทำงานบ้าน แต่ถ้างานบ้านมันเยอะเกินไป ผมก็ช่วย เราไม่ได้แบ่งหน้าที่แยกกันเด็ดขาด แต่เราช่วยกันเป็นครอบครัวเดียวกัน"

"ผมก็เตรียมตัวพร้อมสำหรับตอนแก่ ที่ตัวที่สุดตอนนี้ก็คือการเก็บเงิน ตอนนี้อย่างงานสุจริตอะไรก็ได้ที่จะได้รายได้ จะได้เก็บเงินให้มากที่สุด"

"ที่อยากจะขอรัฐบาลก็คือ อยากให้สร้างแผนงานหรือโครงการร่วมทุนอะไรสักอย่างที่จะครอบคลุมหลาย ๆ แง่มุมของชีวิตเรา อย่างเช่นกองทุนสุขภาพหรือ และกองทุนบำนาญโครงการ 30 บาท (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มันก็ดีอยู่ แต่ก็ยังไม่คุ้มครองความเจ็บป่วยได้ทุกอย่าง คนส่วนใหญ่ก็รู้ว่าการซื้อประกันสุขภาพมันดี แต่ถ้ารายได้ต่อเดือนไม่ถึง 30,000 บาท เราก็จ่ายไม่ไหว"

"ที่ดิฉันที่ประเทศเรามีนโยบายดี ๆ และสวัสดิการดี ๆ ให้กับเรา อย่างเนี่ยยังชีพผู้สูงอายุหรือเงินช่วยเหลือคนจนนั้น แต่คนหลายคน คนแก่ตามชนบทเขาก็ไม่รู้ว่าจะไปรับเงินนี้ที่ไหนยังไง ถึงนโยบายจะดี มันก็ไม่มีประโยชน์หรอกถ้าคนแต่ละกลุ่มเขาไม่รู้ว่าจะไปรับเงินและเข้าถึงมันไม่ได้"



© UNFPA/ใบหยก มาดาวศิษย์

ใบหยก อายุ 33 ปี ผู้ประกอบการรุ่นใหม่ และกราฟิกดีไซน์เนอร์

“การวางแผนครอบครัวสำหรับดิฉันก็คือเรื่องของการคุมกำเนิด ดิฉันกับแฟนวางแผนจะแต่งงานกันสิ้นปีนี้ เราตกลงกันแน่นอนแล้วว่า จะไม่มีลูก เราวางแผนจะทำธุรกิจด้วยกันแล้ว ก็อยู่กันไปแบบนี้จนแก่ จะใช้วิธีคุมกำเนิดอะไรก็ตามที่มันใช้ได้ดี อาจจะเป็นทั้งยาคุมกับถุงยางอนามัย”

“เพราะว่าเราวางแผนว่าจะไม่มีลูก ก็เลยให้ความสำคัญกับการทำงานมาก เพื่อที่เราจะได้มีเงินพอไว้ใช้ตอนแก่ ดิฉันวางแผนชีวิตตอนนี้และตอนแก่ไปด้วยกัน ดิฉันให้ความสำคัญมากกับการออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง พยายามไม่ซื้อข้าวของหรูหราหรือสินทรัพย์ที่จะเสื่อมราคาลง แต่ลงทุนกับเครื่องมือการทำงาน เพราะมันจะนำผลตอบแทนมาให้ได้ ดิฉันชอบประกันสุขภาพเสริมจากประกันสังคมเข้าไปอีก เพราะมันครอบคลุมมากกว่า อย่างเช่น โรคร้ายแรง เป็นต้น มันคุ้ม”

“ดิฉันเชื่อว่าในอนาคตก็คงจะมีบริการและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยของไทยมากกว่านี้ นี่เป็นเหตุผลด้วยว่าทำไมดิฉันกับแฟนถึงทำงานหนัก ก็เพื่อจะได้มีเงินมาซื้อบริการที่ดีในตอนแก่ได้ มันจะเป็นประโยชน์มากกับเราเพราะเราจะไม่มียุคโศกเศร้าในตอนนั้น”

“ตอนนี้ดิฉันเห็นผู้หญิงไทยอยู่ในตำแหน่งผู้นำสูงสุดของหลาย ๆ หน่วยงานมากขึ้น ดิฉันคิดว่าแนวโน้มแบบนี้จะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต และมันก็น่าจะดีสำหรับสังคมเรา”

“สิ่งหนึ่งที่ต้องการให้รัฐบาลจัดให้ก็คือการเข้าถึงกองทุนกู้ยืมเพื่อการลงทุน เราไม่ได้เป็นลูกจ้าง แต่เป็นผู้ประกอบการเล็ก ๆ ก็เลยยากที่จะขอกู้ไปลงทุนและขยายธุรกิจได้ ในยุคนี้คนรุ่นใหม่มีจะทำงานนอกระบบหรือไม่ก็เป็นผู้ประกอบการมากกว่า รัฐบาลควรเตรียมการสำหรับความเปลี่ยนแปลงนี้ และมีมาตรการที่เหมาะสมในการสนับสนุนแนวโน้มเศรษฐกิจแบบนี้”



© UNFPA/ใบหยก มาดาวศิษย์

ธนาภรณ์ วัย 51 ปี เป็นแม่ค้าขายของริมถนน ณ ใจกลางกรุงเทพฯ เธอมาจากจังหวัดร้อยเอ็ด การมีรายได้ชักหน้าให้เพียงพอสำหรับแต่ละวันเป็นเรื่องยากเมื่อต้องอยู่และคอยดูแลหลานที่เพิ่งคลอด ซึ่งเป็นลูกของลูกชายวัย 18 ปี

สูงวัยแล้ว แต่ยังไม่พร้อม

“การเป็นแม่ค้าขายของข้างทางรายได้มันไม่แน่นอน ประมาณเดือนละหมื่นบาทเห็นจะได้ ดิฉันก็เก็บไว้ครั้ง ใช้ครั้ง คิดว่าจะทำงานในกรุงเทพฯ ไปได้อีกสามปี แล้วก็อยากกลับไปทำนาที่บ้าน รู้สึกว่าร่างกายมันไม่ไหวที่จะทำงานที่นี้ต่อ”

“ฉันว่าโครงการสามสิบบาท (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มันยังไม่มีประโยชน์พอ มันไม่ครอบคลุมโรคคนแก่อย่างเช่น ปวดข้อปวดขา อะไรด้วย ฉันเอารายได้ของดิฉันไปซื้อประกันสุขภาพที่ครอบคลุมโรคร้ายแรงไว้ ก็คิดว่าคงไปพึ่งลูกชายไม่ได้หรอก เพราะตอนนี้เขาก็มีลูกของเขา ฉันยังต้องจ่ายค่านมเด็กเองเลยเพราะลูกชายดิฉันมันอายุแค่ 18 เพิ่งจบมัธยมมา ตอนนี่เขาทำงานที่คาร์แคร์ ได้วันละ 300 บาท”

“ไม่รู้ว่าต่อไปจะยังมีที่ให้ดิฉันตั้งรถขายได้ไหม เรื่องนี้แหละที่ดิฉันกังวล”



© UNFPA/ชลิศ สภาภักดิ์

การส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ และการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้หญิง

ในฐานะที่เป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบต่อสตรี (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women /CEDAW) ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องพัฒนานโยบายและแผนงานเพื่อบรรลุซึ่งความเสมอภาคระหว่างเพศ และเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรี ผู้หญิงมีส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่เล็กน้อยของประชากรทั้งหมดของประเทศไทยจำนวนมากกว่า 66 ล้านคน (Institute for Population and Social Research, 2019) โดยมีหน่วยประสานงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับเพศภาวะคือกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

แนวปฏิบัติระดับชาติอยู่ในแผนพัฒนาสตรีทั้งระยะสั้น (5 ปี) และระยะยาว แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2564) สอดคล้องกับเป้าหมาย SDG 5 "บรรลุความเสมอภาคทางเพศและสร้างพลังอำนาจแก่หญิงและเด็กหญิงทุกคน" และมุ่ง "สร้างความเท่าเทียมในสังคมโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ สำหรับผู้หญิงให้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยและมั่นคง" ความสำคัญอยู่ที่ระดับท้องถิ่น ที่จะสร้างพลังอำนาจ เพิ่มการมีส่วนร่วม และปรับปรุงวิถีชีวิตของหญิงไทยทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มาจากกลุ่มเปราะบาง (Ministry of Foreign Affairs, 2018) ความสำคัญของการเพิ่มการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจและสร้างพลังความเข้มแข็งให้แก่ผู้หญิงเน้นไปที่การสร้างเงื่อนไขที่เอื้อต่อผู้ประกอบการหญิง

ใน พ.ศ. 2558 พ.ร.บ. ความเท่าเทียมระหว่างเพศผ่านการพิจารณาและได้รับการประกาศใช้ พ.ร.บ. นี้วางแนวทางหน้าที่รับผิดชอบของคณะกรรมการส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ และคณะกรรมการวินิจฉัยการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ คณะกรรมการชุดแรกมีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างนโยบายระเบียบขั้นตอน และโครงการปฏิบัติสำหรับรัฐบาลและองค์กรเอกชนทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่น กฎหมายดังกล่าวยังระบุมาตรการชัดเจนให้แก่ผู้ถูกรังแกจากการเลือกปฏิบัติบนฐานเพศสภาพ และการจัดตั้งและบริหารจัดการกองทุนส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ (Government of Thailand, 2018) ภายใต้กรอบนโยบายนี้ มาตรการเพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศและการสร้างพลังความเข้มแข็งแก่ผู้หญิง ได้แก่การเร่งรัดปฏิรูป

กฎหมายจากมุมมองทางเพศภาวะ การจัดสรรงบประมาณบนฐานความคิดทางเพศสภาพ และการทดสอบมาตรการและบริการที่คำนึงถึงความอ่อนไหวทางเพศสภาพเพื่อดูความเป็นไปได้ในการขยายเป็นมาตรการระดับชาติ (Government of Thailand, 2014)

ความก้าวหน้าปรากฏให้เห็นได้ชัดเจนในหลายปีที่ผ่านมา ผู้หญิงมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองมากขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อีกทั้งยังมีโอกาสเท่าเทียมกับชายมากขึ้นในหลายเรื่องเมื่อเทียบกับในอดีต ดังเช่นที่ได้อภิปรายไว้ในบทที่ 3 แล้วว่า เด็กหญิงสามารถเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกับชาย หรือกระทั่งได้มากกว่าในระดับอุดมศึกษา การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานยังก้าวหน้าโดดเด่น ด้วยมีแรงงานมีอาชีพและด้านเทคนิคผู้หญิง (ร้อยละ 56) มากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจำนวนมากขึ้นได้ก้าวขึ้นอยู่ในตำแหน่งบริหารจัดการสูงสุดและเป็นเจ้าของบริษัท (Alcocer, 2017)

อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงยังคงประสบกับความท้าทายมากมาย โอกาสทางเพศในการเข้าถึงสุขภาพอนามัยที่ดียังคงดำรงอยู่ ทักษะและบรรทัดฐานดั้งเดิมยังคงผลักดันให้ผู้หญิงต้องแบกรับภาระงานบ้านที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนไว้โดยไม่มียุติธรรม อีกทั้งยังทำให้การแต่งงานในวัยเยาว์ยังคงมีอยู่ในสังคม บรรทัดฐานเดียวกันนี้ยังส่งผลให้มีผู้หญิงที่มีส่วนร่วมทางการเมืองและตำแหน่งการตัดสินใจเป็นจำนวนน้อย จำกัดผู้หญิงไว้ที่งานซึ่งได้ค่าแรงต่ำกว่า ตกอยู่ในภาวะที่เปราะบางและไม่แน่นอนมากกว่าเมื่อทำงานในภาคธุรกิจและบริการที่เน้นการส่งออก วาทกรรมเรื่องผู้หญิงกับความยากจนยังคงเป็นข้อท้าทายเนื่องจากข้อจำกัดของผู้หญิงในการเข้าถึงทรัพยากร การบริการ เครดิต ที่ดิน สินทรัพย์ การศึกษาและการฝึกอบรม ข้อมูล สวัสดิการ และยังมีช่องว่างระหว่างรายได้ (Government of Thailand, 2014) นอกจากนี้ ผู้หญิงและเด็กหญิงยังคงเสี่ยงต่อการถูกแสวงประโยชน์ทางเพศ ค้ำมนุษย์ และความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ

เพื่อปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางเพศอันเป็นอคติและยุติการเลือกปฏิบัติ นอกจากจะต้องบังคับใช้นโยบายที่มีอยู่แล้ว รัฐบาลควรร่วมมือกับภาคประชาสังคมเร่งพยายามในการสร้างความตระหนักรู้ และกระจายข้อมูลด้วยสิทธิของผู้หญิงและความเสมอภาคระหว่างเพศผ่านงานรณรงค์ การสื่อสารสาธารณะ การศึกษาวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การตลาดทางสังคมแบบใหม่ และกลยุทธ์สื่อ ข้อมูลจำแนกเพศจะช่วยให้เกิดความเข้าใจมิติทางเพศภาวะของโครงการและบริการได้ดีขึ้นและประเมินผลได้ดีขึ้น การตั้งกำหนดเวลาเพื่อที่ในที่สุดจะบูรณาการข้อมูลจำแนกเพศเข้าสู่การวางแผน ได้มีความสำคัญมาก วาทกรรมใหม่ที่ว่าด้วยบทบาทและค่านิยมทางเพศควรได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อให้การแบ่งปันภารกิจในครัวเรือนระหว่างหญิงกับชายได้รับการมองให้เป็นเรื่องปกติธรรมดา

ความแพร่หลายของความรุนแรงบนฐานเพศสภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงทางเพศ และความรุนแรงในครอบครัว (Chuemchit et al., 2018) จำเป็นจะต้องได้รับการจัดการแก้ไขอย่างครอบคลุมและเป็นการด่วน โดยสามารถสร้างความก้าวหน้าจากฐานการปฏิรูปที่ผ่านมาของรัฐบาลไทย ซึ่งได้แก่การทบทวนนิยามค่าว่าการข่มขืนในมาตราที่ 276 ของประมวลกฎหมายอาญาเพื่อให้ครอบคลุมการข่มขืนในคู่สมรส และการประกาศใช้พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ถูกรังแกด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 แนวทางการป้องกันความรุนแรงระดับชาติสำหรับทุกกลุ่มประชากรระดับชาติควรดำเนินควบคู่ไปกับการขยายและปรับปรุงบริการที่มีอยู่

ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติการณ์อยู่ในโรงพยาบาลประจำอำเภอ และตั้งแต่ พ.ศ. 2556 ก็เริ่มมีการจัดตั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเดิม) ด้วย ศูนย์บริการฯ ดังกล่าวควรมีอยู่ในทุกสถานพยาบาลทั่วประเทศ เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อปัญหาความรุนแรง รัฐบาลจะ

ต้องทำให้แน่ใจว่าศูนย์ฯ เหล่านี้มีเงินทุนและบุคลากรที่เพียงพอ เพื่อสนับสนุนบริการบำบัดฟื้นฟู การตอบสนองอย่างบูรณาการสำหรับเด็กและผู้หญิง และการประสานงานระหว่างกระทรวงและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ความเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่จำเป็นได้แก่การใช้คำสั่งคุ้มครองและการเยียวยาทางกฎหมายให้มากขึ้นแทนที่จะเป็นการไกล่เกลี่ยยอมความดังที่ได้เสนอไว้ในกรอบทบทวนรายงาน CEDAW รอบที่ผ่านมา

การมองประเด็นทั้งหมดนี้ใหม่อย่างลึกซึ้งอีกครั้งอาจเกิดขึ้นหากมีการจัดทำการศึกษาวิจัยระดับชาติเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงขึ้นอีกครั้งหนึ่ง โดยกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวร่วมด้วยสำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การเพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ (UN Women) และ UNFPA การสำรวจดังกล่าวจะครอบคลุมหลายมิติที่เกี่ยวกับความรุนแรงบนฐานเพศสภาพต่อเด็กและผู้หญิง เพื่อให้มีองค์ความรู้ระดับชาติ และนโยบายที่มีหลักฐานรองรับ



© UNFPA/ชลิศ สภาภักดิ์

พร้อมสู้วัยชรา อย่างยั่งยืน

ความต้องการแรงงานอาจกระตุ้นให้เกิดการปฏิรูปเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในตลาดแรงงานต่อไปได้ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีศักยภาพและความสนใจที่จะทำงานต่อหลังเกษียณอายุทำงาน ซึ่งมักกำหนดไว้ที่ 60 ปี กรมกิจการผู้สูงอายุได้รับการจัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2558 เพื่อจัดการกับประเด็นการจ้างงานของผู้ที่ผ่านวัยเกษียณและปัญหาข้อกังวลอื่น ๆ (Fernquest, 2016) อีกทั้งยังมีข้อเสนอที่จะขยายเกณฑ์การเกษียณอายุการทำงานสำหรับบางอาชีพเพื่อลดภาระทางการเงินของการจ่ายเงินบำนาญ หากการผลักดันดังกล่าวยังคงอยู่ในระยะแรกเริ่ม

การศึกษาวิจัยมากมายชี้ว่า การนำเสนอกฎหมายแรงงานและเงื่อนไขทางภาษีเพื่อสร้างโครงสร้างการจ้างงานที่ยืดหยุ่นขึ้นและให้ทางเลือกแก่แรงงานสูงอายุ จะเป็นส่วนสำคัญ

ในการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้เสริม อีกทั้งยังก่อให้เกิดสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ในขณะที่เดียวกัน มาตรการเหล่านี้จะยั่งยืนได้ก็ด้วยมาตรการการจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้น (Phijaisanit, 2016) ภาคเอกชนควรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการปรับนโยบายการจ้างงานและสวัสดิการเพื่อแรงงานสูงวัย และให้โอกาสการฝึกอบรมเพื่อให้แรงงานเหล่านี้ได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ได้ ที่สำคัญที่สุดก็คือ จะต้องมีความพยายามที่จะพลิกผันการมองอย่างเหมารวมที่กีดกันการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม

เพื่อความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มียกหลานหรือญาติที่น้องคอยช่วยเหลือ การสนับสนุนการออมเงินตั้งแต่อายุน้อยมีความสำคัญยิ่ง แหล่งที่มาของรายได้ในรูปแบบเงินเดือนและค่าเลี้ยงดูจากลูก

หลานนั้นลดลงไป แต่รายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมากก็ยังมีมูลค่าต่ำเกินกว่าจะประกันคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากเป็นเพียงรายได้ขั้นพื้นฐานที่ไม่สามารถประกันความมั่นคงทางการเงินใด ๆ รัฐบาลมุ่งสร้างวัฒนธรรมการออมผ่านทางพ.ร.บ.กองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 และแนะนำกองทุนการออมแห่งชาติใน พ.ศ. 2558 ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อให้การประกันทางสังคมต่อผู้ว่างงานและแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติและกองทุนประกันสังคมสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างในบริษัทเอกชนต่าง ๆ (National Public Relations Department, 2015).

การเรียนรู้และสุขภาพควรต้องได้รับความใส่ใจเป็นพิเศษตลอดทั้งวงจรชีวิตของบุคคล ความใส่ใจของรัฐต่อการศึกษามีคุณภาพตลอดชีวิตภายใต้การปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สอง พ.ศ. 2552-2561 (OEC, 2009) มีความสำคัญยิ่งต่อการเพิ่มศักยภาพตั้งแต่วัยเด็กเล็กจนถึงผู้ใหญ่และวัยชรา ซึ่งเป็นการมุ่งแก้ไขปัญหาท้าทายทางการศึกษาดังรายละเอียดในบทที่ 3 ในบริบทของการศึกษาต่อเนื่องเช่นนี้ หน่วยงานรัฐมีหน้าที่ที่จะต้องจัดการเรียนรู้ผ่านการศึกษาระบบ นอกระบบ และการศึกษานอกห้องเรียน รวมถึงขยายวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ให้เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วย (Yamnoon, n.d.) ในปีต่อ ๆ ไปในอนาคตนี้ คาดว่าการลงทุนต่อเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่มากขึ้นจะช่วยส่งเสริมคุณภาพการเรียนการสอนในทุกระดับชั้นการศึกษา และสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพิ่มขึ้น

ความพยายามที่จะส่งเสริมสุขภาพควรเป็นไปอย่างยั่งยืนตลอดวงจรชีวิตด้วยเช่นกัน เนื่องจากผลประโยชน์จะเห็นได้ในวัยชรา และช่วยให้บุคคลเข้าสู่ภาวะสูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง กิจกรรมที่จะเสริมสร้างวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพควรเน้นไปที่การรับประทานอาหารที่ดี การทำกิจกรรมทางกายที่ดีต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป เป็นต้น ข้อเสนอเหล่านี้ควรจะได้รับปฏิบัติอย่างจริงจังในทุกกลุ่มอายุและในทุกภาคส่วนของสังคม แม้ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุ

ที่มีปัญหาสุขภาพจะลดลง ประชากรกลุ่มนี้ก็ยังต้องการการดูแลทั้งระยะสั้นและยาวที่ดีขึ้น การบริการสุขภาพควรได้รับการจัดการใหม่ให้สามารถตอบสนองความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุและเข้าถึงได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ แผนงานต่าง ๆ ควรเน้นการสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลควบคุมสุขภาพของตนเอง โดยให้การสนับสนุนช่วยเหลือต่อครอบครัวของผู้สูงอายุและชุมชนตามที่ต้องการ

สภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมต้องการการลงทุนเพื่อให้ความเป็นมิตรต่อผู้สูงวัยมากขึ้น ประเทศไทยกำลังวางแผนระยะยาวในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยกำลังทดลองหลากหลายวิถีทางเพื่อสังคมที่กำลังก้าวสู่ภาวะสูงวัย แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับใหม่ที่กำลังจะได้รับการประกาศในอนาคตอันใกล้ จะพัฒนานวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป องค์ประกอบสำคัญหนึ่งคือการส่งเสริมเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ด้วยสภาพแวดล้อมที่เข้าถึงได้และเป็นประโยชน์กับคนทุกวัย ด้วยการให้ความใส่ใจต่อการจัดการที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม การเดินทางขนส่ง เทคโนโลยี และนวัตกรรม

แผนการดังกล่าวรวมถึงข้อเสนอแนะอื่น ๆ ตลอดทั้งรายงานฉบับนี้ จะช่วยให้ประเทศไทยได้มีอนาคตที่ยั่งยืนสำหรับประชากรทุกคนร่วมกัน ตามขอบเขตของแผนระดับชาติหลายฉบับและวิสัยทัศน์ของแผนปฏิบัติการของการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (ICPD Programme of Action) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

บรรณานุกรม

บทที่ 1

กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา, วาสนา อิ่มอม และอุษา เลิศศรีสันถัด. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข. http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf

ทีดีอาร์ไอ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย : ทีดีอาร์ไอ). (2561). "3 ทศวรรษ ของการเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงานไทย" <https://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/644092>

Ministry of Foreign Affairs of Thailand. (2017). Sufficiency Economy Philosophy: Thailand's Path towards Sustainable Development Goals, 2nd Edition, pp.29. Retrieved from <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/files/articles-20170626-142701-203959.pdf>

_____. (2018). Thailand's Voluntary National Review on the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development, June 2018. Retrieved from <http://www.mfa.go.th/sep4sdgs/contents/filemanager/images/sep/VNR%202018%20English%2010.07.18.pdf>

World Bank. (2019). The World Bank in Thailand: Thailand Context. Retrieved from <http://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview>

บทที่ 2

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2559). มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กระทรวงมหาดไทย.

รณพงษ์ โพธิ์ปิติ. (2553). จำนวนแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาในอนาคต และความต้องการแรงงานต่างด้าวไร้ฝีมือ สำหรับภาวะสังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

_____. (2561). แนวคิดและทฤษฎีเรื่องการเจริญพันธุ์ ปรากฏการณ์ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์

บพพล วิทยธรพงศ์ และ สมทิพ วัฒนพงษ์วานิช. (2561). Population Policies: A Review of Theories and Empirical Studies (in Thai). ไม่ได้ตีพิมพ์.

พิมพ์พรรณ อิศรภักดี และ สุภิญญา จงถาวรสถิตย์. (2547). "ภาวะเจริญ

พันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นสตรีชาวพม่าในจังหวัดระนอง", ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สมาคมนักประชากรไทย.

มนตรีการ กาญจนะจิตตรา และเฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2562). แม่วิัยรุ่นในประเทศไทย: การบูรณาการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายฐานข้อมูล ในระดับประเทศและระดับพื้นที่. E-report: UNFPA.

มติชน. (21 พ.ค. 2562). สัญญานดี! สัดส่วน "ส.ส.-ส.ว.ผู้หญิง" ปี2562 กระเพื่อมประเด็นด้านสังคม. มติชนออนไลน์. https://www.matichon.co.th/lifestyle/social-women/news_1503544

สำนักงานนโยบายการเจริญพันธุ์. (2553). สถานการณ์งานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายการเจริญพันธุ์.

_____. (2562). สถิติสาธารณสุข 2561. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf

Basten, S. and Verropoulou, G. (2015). A Re-Interpretation of the 'Two-child Norm' in Post-Transitional Demographic Systems: Fertility Intentions in Taiwan. PLoS ONE, 10(8): e0135105, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135105>

Bureau of Reproductive Health and UNFPA (United Nations Population Fund). (2010). The 1st National Survey on Contraceptive Provision. Bangkok: Bureau of Reproductive Health.

_____. (2015). The 2nd National Survey on Contraceptive Provision. Bangkok: Bureau of Reproductive Health.

Government of Thailand. (2018). Thailand National Report Mid-Term Review of the Sixth Asian and Pacific Population Conference organized by UNFPA, UNESCAP, APCC. Unpublished.

Harkins, B. (Ed.). (2019). Thailand Migration Report 2019. Bangkok: UN Thematic Working Group on Migration in Thailand.

ILO (International Labour Organisation). (2013). Thailand: A Labour Market Profile 2013. Thailand: ILO. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms_205099.pdf

Isarabhakdi, P. (2014). "Attitudes of young people about getting married and having children", in Yupin Vorasiriamon et al. (Eds.), Population and Society 2014: Birth and Security in Population and Society. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

Jones, G. (2018). What Is Driving Marriage and Cohabitation in Low Fertility Countries? in Poston, Jr. D. (Ed.) Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change. Springer, Cham, http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-64061-7_9

Logan, C., Holcombe, E., Ryan, S., Manlove, J., and Moore, K. 2007. Childhood sexual abuse and teen pregnancy. Retrieved from https://pdfs.semanticscholar.org/7a35/e4ec3ed0a272fa4d4afc5e4a4b7f83470652.pdf?_ga=2.70318359.625619659.1588063606-1556705654.1588063606

Ministry of Labour. (2017, July 27). 1694 Hotline Launched to Service Migrant Workers. Online Article. Spokesperson and Publication Sub-Division, Bureau of Public Relations. Retrieved from <http://www.mol.go.th/en/content/61762/1501344184>

MOPH, Ministry of Public Health. (2017). The 2nd National Reproductive Health Development Policy and Strategy (2017-2026): Promotion of Healthy Birth and Child Development. Executive Summary, Policy and Strategy, Ministry of Public Health.

NESDB (National Economic and Social Development Board). (1972). 3rd National Economic and Social Development Plan. Retrieved from https://www.nesdb.go.th/nesdb_en/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?filename=develop_issue&nid=3778

NSO (National Statistical Office) and OWAFD (Office of Women's Affairs and Family Development). (2008). Gender Development: Similarities and Differences. Bangkok: Thammasat Press. Retrieved from https://www.th.undp.org/content/dam/thailand/docs/Thailand%20Gender%20Statistic%20Report%202008_Eng.pdf

NSO (National Statistical Office). (2013). Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2012, Final Report. Bangkok: NSO.

_____. (2016). Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2015-2016, Final Report. Bangkok: NSO.

_____. (2017). 12th National Economic and Social Development Plan. Retrieved from https://www.nesdb.go.th/nesdb_en/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?filename=develop_issue&nid=4345

_____. (2018). Thailand's Social Situation and Outlook – Quarter 3, 2018. Retrieved from https://www.nesdb.go.th/nesdb_en/download/PressSocial3-2561.pdf

_____. (2017). Social Indicators 2017. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/Indicators_Social_2560/files/assets/common/downloads/publication.pdf

_____. (2019). The 2019 Core Thailand Indicators. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/Thailandindicator-2562/files/assets/common/downloads/publication.pdf>

Public Health Statistics. (1992-2018). Public Health Statistics, Annual Report. Bangkok: Ministry of Public Health.

Rosenfield, A. G. and Min, C. J. (2007). "The emergence of Thailand's family planning program", in Warren C. Robinson and John A. Ross (Eds.), The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs. Washington, D.C.: The World Bank.

Siangdung, P. and Soonthorndhada, A. (2008). "Infertility: social issue beyond sexuality", in Archavanitkul, K. and Tangcholapip, K. (Eds.), Population and Society 2008: High-lighting Sex/Sexuality in Population and Social Studies. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

Tangcharoensathien, V., Chaturachida, K. and Im-em, W. (2015). Commentary: Thailand: Sexual and Reproductive Health Before and After Universal Health Coverage in 2002. Global Public Health, 10(2): 246–248, <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.986166>

Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W. and Mills, A. (2018). Health Systems Development in Thailand: A Solid Platform for Successful Implementation of Universal Health Coverage. The Lancet, 391(10126): 1205-1223, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)

Thai Health Project. (2017). Thai Health 2017: Empowering Vulnerable Populations Creating an Inclusive Society, Kanchanachitra, C. (1st Ed.). Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

The Nation. (2018, February 4). Strict Surrogacy Law Bans Financial Gain. The Nation Thailand. Retrieved from <https://www.nationthailand.com/national/30337939>

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). (2019). Institute for Statistics. [online] Retrieved from <http://data.uis.unesco.org>

United Nations. (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision.

UNDP (United Nations Development Programme). (2018). Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. New York: UNDP.

UNFPA (United Nations Population Fund). (2016). Addressing Teenage Pregnancy in Thailand with a Landmark Law – and Greater Understanding. UNFPA Online Article, July 2016. Retrieved from <https://thailand.unfpa.org/en/news/addressing-teenage-pregnancy-thailand-landmark-law-and-greater-understanding>

_____. (2017). SDGs Success Stories in Thailand - Prevention and Solution of the Adolescent Pregnancy Problem Act A.D. 2016. UN Thailand Policy Brief, August 2017. Retrieved from https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thailand_Law.pdf

_____. (2019). Demographic dividend. [Online] Retrieved from <https://www.unfpa.org/demographic-dividend>

UNFPA (United Nations Population Fund) and NESDB (National Economic and Social Development Board). (2011). Impact of Demographic Change in Thailand. Bangkok: UNFPA.

_____. (2013). The State of Thailand's Population 2013: Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy. Bangkok: UNFPA.

_____. (2015). The State of Thailand's Population 2015: Features of Thai Families in the Era of Low Fertility and Longevity. Bangkok: UNFPA.

Westley, S. B., Choe, M. K. and Retherford, R. D. (2010). Very Low Fertility in Asia: Is There a Problem? Can It Be Solved? AsiaPacific Issues, No. 94. Honolulu: East-West Centre.

WHO (World Health Organization). (2019). Global Health Expenditure database. [online] Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TH>

_____. (2019a). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. [Conference Edition]. Geneva: WHO. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328913/WHO-HIS-HGF-19.1-eng.pdf?ua=1>

WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), World Bank Group and the United Nations Population Division. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241565141_eng.pdf

World Bank. (2019). Development Research Group. [online] Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY?locations=TH>

_____. (2019a). Development Research Group. [online] Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.UMIC?locations=TH>

_____. (2019b). Development Research Group. [online] Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=TH>

_____. (2019c). International Comparison Program database. [online] Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=TH>

_____. (2019d). Global Poverty Working Group. [online] Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=TH>

_____. (2019e). Thailand Economic Monitor: Inequality, Opportunity and Human Capital (Vol. 2). Washington, D.C.: World Bank Group. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/154541547736805518/pdf/Thailand-Economic-Monitor-Inequality-Opportunity-and-Human-Capital.pdf>

บทที่ 3

กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา. (2547). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411379>

_____. (2549). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411546>

_____. (2550). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411616>

_____. (2552). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411702>

_____. (2553). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411735>

_____. (2554). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411843>

_____. (2555). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411888>

_____. (2556). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411951>

_____. (2557). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1541411994>

_____. (2558). รายงานประจำปี. <https://www.studentloan.or.th/th/knowledgemia/1554288167>

กระทรวงแรงงาน. (2561). รายงานการศึกษาวิเคราะห์ ขาดข้อมูลแรงงานและประมาณความต้องการแรงงานของอุตสาหกรรมเป้าหมายในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงเศรษฐกิจการแรงงาน. <http://nlic.mol.go.th/sites/default/files/Documents/EEC.pdf>

คมชัดลึก. (2561, 18 ตุลาคม). สอศ.พนักเขพรอนณ “ยกโรงงานสู่โรงเรียน”. คมชัดลึก. <http://www.komchadluek.net/news/pr/348535>

ชัยพล ไชยพร. (2554). แนวพระราชดำริด้านการศึกษา 9 รัชกาล. กรุงเทพฯ: S.P. Print and Pack.

ไทยรัฐ. (2561, 20 เม.ย.). เส้นทางสู่ไทยแลนด์ 4.0, จากมหิดลสู่กำเนิดวิทย์. ไทยรัฐออนไลน์. Retrieved from <https://www.thairath.co.th/newspaper/columns/1259327>

มนตรีการ กายจนะจิตร. และเฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2562). แนววิจัยในประเทศไทย: การบูรณาการวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายฐานข้อมูล ในระดับประเทศและระดับพื้นที่. E-report: UNFPA.

สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). ตัวชี้วัด SDG. [ออนไลน์] http://sdgs.nic.go.th/SDG1_2_1.html

สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. (2554). แผนการดำเนินการส่งเสริมสหกิจศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา. www.mua.go.th/users/bphe/cooperative/data/panning56.doc

สำนักงานว่าการศึกษาสยามเอ็ดดูนิวส์. (2561). "โรงเรียนกำเนิดวิทย์" เจ๋ง! จบ.6 รุ่นแรก ติด “คณะ-มหาวิทยาลัยดัง” ทั้งในประเทศ-ตปท.เพียง. สำนักงานว่าการศึกษาสยามเอ็ดดูนิวส์. <https://bit.ly/2IWUNot>

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2546). Government Policies on Education During 1932-1992 (in Thai). สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

_____. (2560). การศึกษาในประเทศไทย. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจความต้องการแรงงานของสถานประกอบการ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. <https://bit.ly/2IEPi6M>

สุธีระ ประเสริฐสรรพ. (2562). SEEM: มิติใหม่ของการผลิตและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

Amornvuthivorn, K. (2016). Public-Private Partnership (PPPs) in Technical Vocational Education and Training (TVET): Lessons Learned from Singapore and U.S.A. and Implications for Public Management in Thailand. *Journal of Public and Private Management*, 23(1): 26.

Aubert, S., Barnes, J. D., Abdeta, C., Abi Nader, P., Adeniji, A. F., Aguilar-Farias, N., . . . Cardon, G. (2018). Global Matrix 3.0 Physical Activity Report Card Grades for Children and Youth: Results and Analysis from 49 Countries. *Journal of Physical Activity Health*, 15(2): 251-273.

Brixi, H. (2012). Leading with Ideas: Skills for Growth and Equity in Thailand. Washington, D.C.: World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/873221468118462666/Leading-with-ideas-skills-for-growth-and-equity-in-Thailand>

Bruton, C. (2016, September 19). Vocational Education: A German Approach. Bangkok Post. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/business/1089812/vocational-education-a-german-approach>

Chantapong, S. and Lertpiantham, K. (2018). Skill Mismatch Trap and the Challenge of Thailand 4.0. *MPG Economic Review*: 1-5.

Chevron Enjoy Science. (2019). Chevron Enjoy Science. Retrieved from <https://www.enjoy-science.org>

Fry, G. W. and Sangnapaboworn, W. (2018). The Evolution of Education Policy and Planning in Thailand: From NEC to ONEC and OEC, in G. W. Fry (Ed.), *Education in Thailand: An Old Elephant in Search of a New Mahout*, pp. 503-516. Singapore: Springer.

González, S. A., Barnes, J. D., Abi Nader, P., Susana Andrade Tenesaca, D., Brazo-Sayavera, J., Galaviz, K. I., . . . Liu, Y. (2018). Report Card Grades on the Physical Activity of Children and Youth From 10 Countries with High Human Development Index: Global Matrix 3.0. *Journal of Physical Activity Health*, 15(2): 284-297.

Institute for Population and Social Research. (2014). Migrant Children's Education in Thailand: Policy Brief. Research project. Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Asian Institute of Technology (AIT), and Toyota Foundation, Thailand.

_____. (2016). Connecting the Mekhong Through Education and Training (COMET). Research project. Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

_____. (2018). Foreign Talent Policy in Support of Thailand 4.0 Strategy. Bangkok: Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

_____. (2019). Active school. Research project. Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

Kenan Institute Asia. (2019). Informal STEM Education Policy. Bangkok: Kenan Institute Asia.

KVIS: Kamnoetvidya Science Academy. (2019). Vision & Mission. Retrieved from https://www.kvis.ac.th/Vision_Mission_EN.aspx

Limviphuwat, P. (2018, December 2). Thai Workforce 'Needs to be Reskilled'. *The Nation*. Retrieved from <https://www.nationmultimedia.com/detail/Economy/30359700>

Mongkhonvanit, J. (2017). Thailand's Dual Education System: A Way Forward. *Higher Education, Skills. Work-Based Learning*, 7(2): 155-167.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). (2016). PISA 2015 Results (Volume I): Excellence and Equity in Education. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266490-en>.

Patrinós, H. A., Barrera-Osorio, F. and Guáqueta, J. (2009). The Role and Impact of Public-Private Partnerships in Education. Washington, D.C.: The World Bank.

Pholphirul, P. J. E. T. (2017). Educational Mismatches and Labour Market Outcomes: Evidence from both Vertical and Horizontal Mismatches in Thailand. *Education and Training*, 59(5): 534-546.

Reinhard, K. and Pogrzeba, A. (2016). Comparative Cooperative Education: Evaluating Thai Models on Work-integrated Learning, Using the German Duale Hochschule Baden-Wuerttemberg Model as a Benchmark. *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, 17(3): 227-247.

Sangnapaboworn, W. (2018). The Evolution of Education Reform in Thailand, in G. W. Fry (Ed.), *Education in Thailand: An Old Elephant in Search of a New Mahout*, pp.517-554. Singapore: Springer.

Saonua, P., Rasri, N., Pongpradit, K., Widayastari, D. A. and Katewongsa, P. (2018). Results from Thailand's 2018 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *Journal of Physical Activity Health*, 15(2): 417-418.

Sirindhorn, H. R. H. P. M. C. (2018). History and Development of Thai Education, in G. W. Fry (Ed.), *Education in Thailand: An Old Elephant in Search of a New Mahout*, pp. 3-32. Singapore: Springer.

Tangkapipop, N. (2017). The Formation of School Quality Improvement Program (sQip). [Press release].

Thai Health Project. (2018). Ten Indicators on Early Childhood Health, in Thai Health 2018, pp. 26-27. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research (IPSR), Mahidol University, Thailand.

The Bangkok Post. (2018, May 29). EEC Needs 30,000 Workers. The Bangkok Post. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/news/general/1474617/eec-needs-30-000-workers>

Thomas, D. (2010). Classroom Discussion in Southeast Asia: Concerns in Thai Classrooms. *International Forum*, 13(2): 21-30.

Tunmuntong, S. (2012). Alternative Schools and Innovative Learning in Thailand. Bangkok: Thailand Development Research Institute. Retrieved from <https://tdri.or.th/en/2012/10/alternative-schools-and-innovative-learning-in-thailand>

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). (2019). Institute for Statistics. [online] Retrieved from <http://data.uis.unesco.org>

UNICEF (United Nations Children's Fund). (2017). Overview: Thailand's Education. Retrieved from https://web.archive.org/web/20171114075040/https://www.unicef.org/thailand/education_303.html

World Bank. (2015). Wanted: A Quality Education for All. Bangkok: World Bank.

_____. (2016). Thailand Economic Monitor: Service as a New Driver of Growth. Washington, D.C.: World Bank Group. Retrieved from <http://pubdocs.worldbank.org/en/660991482204992792/TEM2016-Services-as-a-New-Driver-of-Growth.pdf>

_____. (2019). Data Bank: World Development Indicators. [online] Retrieved from <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

_____. (2019a). Human Capital. Retrieved from <http://www.worldbank.org/en/publication/human-capital>

_____. (2019b). Thailand Economic Monitor: Inequality, Opportunity and Human Capital (Vol. 2). Washington, D.C.: World Bank Group. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/154541547736805518/pdf/Thailand-Economic-Monitor-Inequality-Opportunity-and-Human-Capital.pdf>

World Economic Forum. (2018). The Future of Jobs Report 2018. Geneva: World Economic Forum.

บทที่ 4

เฉลิมพล แจ่มจันทร์, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, ณัฐนิชา ลอยฟ้า. กำลังจัดพิมพ์. การศึกษาการรื้อถอนทางเศรษฐกิจระหว่างรุ่นประชากร ภายใต้บริบทการสูงวัยทางประชากรที่กำลังเปลี่ยนแปลงของประเทศไทย. รายงานวิจัย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. and Faeh, D. (2012). Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association Between Self-Rated Health and Mortality Persists Over 30 Years. *PLoS One*, 7(2): e30795, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0030795>

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2014). Situation of the Thai Elderly Report 2014. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co. Ltd.

_____. (2016). Situation of the Thai Elderly Report 2016. Bangkok: Printery Co. Ltd.

_____. (2017). Situation of the Thai Elderly Report 2017. Bangkok: Deuan Tula Printing House.

Government of Thailand. (2018). Thailand National Report Mid-Term Review of the Sixth Asian and Pacific Population Conference organized by UNFPA, UNESCAP, APPC. Unpublished.

Knodel, J., Teerawichitchainan, B., Prachuabmoh, V. and Pothisiri, V. (2015). The Situation of Thailand's Older Population: An Update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. Chiangmai: HelpAge International.

Teerawichitchainan, B., Pothisiri, V., Knodel, J. and Prachuabmoh, V. (2019). Thailand's Older Persons and Their Wellbeing: An Update based on the 2017 Survey of Older Persons in Thailand. Chiangmai: HelpAge International.

National Commission on the Elderly, Ministry of Social Development and Human Security. (2014). The Second National Plan for Older Persons (2002-2021), 1st Revision 2009.

_____. (2018). The Second National Plan for Older Persons (2002-2021), 2nd Revision 2018.

National Strategy Secretariat Office. (2018). National Strategy (2018-2037). Bangkok: National Economic and Social Development Board (NESDB).

NESDB (National Economic and Social Development Board). (2013). Population Projections for Thailand 2010-2040. Bangkok: NESDB.

_____. (2017). The 12th National Economic and Social Development Plan (2017-2020). Bangkok: NESDB and Prime Minister Office.

NSO (National Statistical Office). (1995). Report on the 1994 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO.

_____. (2008). Report on the 2007 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO.

_____. (2015). Report on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO.

_____. (2018). Report on the 2017 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: NSO.

United Nations. (2002). Report of the Second World Assembly on Ageing. Retrieved from <http://www.un.org/swaa2002/documents.htm>

_____. (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision.

_____. (2017). Addressing the Challenges of Population Ageing in Asia and The Pacific: Implementation of the Madrid International Plan of Ageing.

UNFPA (United Nations Population Fund). (2006). Population Ageing in Thailand: Prognosis and Policy Response. Bangkok: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and HelpAge International. (2011). Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating to Older Persons - Progress Since Madrid. New York: UNFPA. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Older_Persons_Report.pdf

บทที่ 5

Alcocer, J. (2017, September 18). Issue of Gender in Workplace Hotting Up. The Bangkok Post. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/business/1326399/issue-of-gender-in-workplace-hotting-up>

Chandoevrit, W. and Phatchana, P. (2019, March 27). Addressing the Male-Biased Gender Health Gap. The Bangkok Post. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/1651764/addressing-the-male-biased-gender-health-gap>

Chuemchit, M., Chernkwamma, S., Somronthong, R. and Spitzer, D. L. (2018). Thai Women's Experiences of and Responses to Domestic Violence. *Int J Womens Health*, 10: 557-565, <https://dx.doi.org/10.2147%2FIJWH.S172870>

Fernquest, J. (2016, February 12). Older people work longer in rapidly ageing Thailand. The Bangkok Post. Retrieved from <https://www.bangkokpost.com/learning/learning-news/862416/older-people-work-longer-in-rapidly-ageing-thailand>

Government of Thailand. (2014). Government of Thailand's National Review Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action (1995) and the Outcomes of the Twenty-Third Special Session of the General Assembly (2000) in the context of the twentieth anniversary of the Fourth World Conference on Women and the adoption of the Beijing Declaration and Platform for Action 2015.

_____. (2018). Thailand National Report Mid-Term Review of the Sixth Asian and Pacific Population Conference organized by UNFPA, UNESCAP, APPC. Unpublished.

Harkins, B. (Ed.). (2019). Thailand Migration Report 2019. Bangkok: UN Thematic Working Group on Migration in Thailand.

International Medical Advisory Panel (IMAP). (2018). Statement on Sexual and Reproductive Health and Rights of a Fin. Retrieved from <https://www.ippf.org/sites/default/files/2018-03/IMAP%20Statement%20-%20SRHR%20of%20the%20ageing%20population.pdf>

Institute for Population and Social Research (IPSR). (2019). Mahidol Population Gazette. Population of Thailand, 2019 (Vol.28: January 2019). Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/en/Gazette.aspx>

Jones, G. (2019). Ultra-Low Fertility in East Asian Countries: Policy Responses and Challenges. *Asian Population Studies*, 15(2): 131-149.

Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V. and Prakongsai, P. (2010). Equity in Maternal and Child Health in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization* 2010, 88: 420-427.

Ministry of Foreign Affairs of Thailand. (2017). Sufficiency Economy Philosophy: Thailand's Path towards Sustainable Development Goals. Unpublished. Retrieved from https://data.opendevelopmentmekong.net/dataset/ae9eb825-d327-4953-ab65-10060cd96ffc/resource/adacab88-fcf3-4cf0-8751-7363ba26afee/download/sep_thailands_path_towards_sdgs_2.pdf

_____. (2018). Thailand's Voluntary National Review on the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development, June 2018. Unpublished.

National Public Relations Department. (2015). National Savings Fund to Provide Social Insurance for Self-Employed People. Retrieved from https://thailand.prd.go.th/ewt_news.php?nid=2076&filename=index

NESDB (National Economic and Social Development Board). (2017). 12th National Economic and Social Development Plan.

Office of the Education Council (OEC). (2009). Proposals for the Second Decade of Education Reform (2009-2018). Bangkok: OEC, Ministry of Education.

Phijaisanit, E. (2016). Early Retirement Decisions and Social Security Pension Fund in Thailand: A Monte Carlo Approach to Fiscal Implications. *Institutions and Economies (formerly known as International Journal of Institutions and Economies)*, Faculty of Economics and Administration, University of Malaya, 8(1): 62-83.

Saejeng, J., Siraprasari, T., Chunin, R. and Thongtumrong, S. (2011). A Research Project on Management of the National Family Planning for Thailand. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health.

School of Global Studies, Thammasat University. (2015). Situational Analysis of Young People at High Risk of HIV Exposure in Thailand: Synthesis Report. Retrieved from https://www.unicef.org/infobycountry/files/UNICEF_study_on_HIV_infection_among_young_people_FINAL_ENGLISH.pdf

Suphanchaimat R, Wisaijohnt T, Thammathacharee N, Tangcharoensathien V. (2013). Projecting Thailand Physician Supplies Between 2012 and 2030: Application of Cohort Approaches. *Hum Resour Health*, 2013(11): 3. Retrieved from <https://improvingphc.org/promising-practices/thailand>

Straits Times. (2018, December 14). Thailand's Islamic Council Bans Marriage of Children Under 17. The Straits Times. Retrieved from <https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/thailands-islamic-council-bans-marriage-of-children-under-17>

Tangmunkongvorakul, A., Banwell, C., Carmichael, G., Utomo, I. D., Seubsman, S., Kelly, M. and Sleigh, A. (2012). Use and Perceptions of Sexual and Reproductive Health Services among Young Northern Thai People. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 43(2): 479–500. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3732782>

Tangcharoensathien, V., Chaturachida, K. and Im-em, W. (2015). Commentary: Thailand: Sexual and Reproductive Health Before and After Universal Health Coverage in 2002. *Global Public Health*, 10(2): 246–248. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.986166>

Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W. and Jongudomsuk, P. (2009). From Targeting to Universality: Lessons from the Health System in Thailand, in Townsend P. (Ed.), *Building Decent Societies: Rethinking the Role of Social Security in Development*.

Thaiprayoon, S. and Wibulpolprasert, S. (2017). Political and Policy Lessons from Thailand's UHC Experience. Retrieved from <https://www.orfonline.org/research/political-policy-lessons-thailand-uhc-experience>

UNICEF (United Nations Children's Fund) and Ministry of Education. (2016). Review of Comprehensive Sexuality Education in Thailand. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-08/comprehensive_sexuality_education%20EN.pdf

UNFPA (United Nations Population Fund). (2015). *The State of Thailand's Population 2015: Features of Thai Families in the Era of Low Fertility and Longevity*. Bangkok: UNFPA.

_____. (2016). *Sustaining Progress on Population and Development. 20 Years after Cairo*. [Draft].

UNFPA (United Nations Population Fund) and NESDB (National Economic and Social Development Board). (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Bangkok: UNFPA.

Virani, S., Bilheem, S., Chansaard, W., Chitapanarux, I., Daoprasert, K., Khuanchana, S., Leklob, A., Pongnikorn, D., Rozek, L.S., Siraichakul, S., Suwanrungruang, K., Tassanasunthornwong, S., Vatanasapt, P. and Sriplung, H. (2017). National and Subnational Population-Based Incidence of Cancer in Thailand: Assessing Cancers with the Highest Burdens. *Cancers (Basel)*, 9(8): 108, <https://dx.doi.org/10.3390%2Fcancers9080108>

World Bank. (2016). *Closing the Health Gap for the Elderly: Promoting Health Equity and Social Inclusion in Thailand*. Bangkok: World Bank Group.

Yamnoon, S. (n.d). *Thailand's Perspective on Lifelong Learning*. PowerPoint Presentation. Retrieved from http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/data_pr/data_sumate_52/Lifelong%20Learning.pdf