Social Determinants & Health Inequity Report of Thailand (SODHI Report)

รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ'โครงการสนับสนุนคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเรื่อง ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ: การสังเคราะห์ความรู้ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อลดความไม่เป็นธรรมในสังคม'

จัดทำโดยมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

15 สิงหาคม 2560 – 15 สิงหาคม 2561

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ที่ปรึกษา

- นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

บรรณาธิการ

- ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี
- ดร.นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์

กองบรรณาธิการ

- ดร.ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี
- ดร.นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์
- พญ.อรรถยา ลิ้มวัฒนายิ่งยง
- ภญ.ดร.ทิพิชา โปษยานนท์
- นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย
- นางสาววิไลวรรณ สิริสุทธิ์
- นางสาวสตพร จุลชู
- นางสาวพิกุลแก้ว ศรีนาม
- พญ.ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์
- นพ.ฐิติกรณ์ โตโพธิ์ไทย
- นางสาวเยาวลักษณ์ แหวนวงษ์
- นางสาววราภรณ์ ปวงกันทา
- ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์

คณะทำงานที่ปรึกษาจัดทำบทความ

- การศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย
    - รศ.นพ.สุริยเดว ทรีปาตี
- เพศภาวะ
    - ผศ.ดร.พญ.ภัทรวลัย ตลึงจิตร
- สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง
    - นางสาวนภิศา วิสุทธิพันธุ์
- เชื้อชาติ สัญชาติ และอัตลักษณ์เฉพาะ
    - นายอนุสรณ์ อำพันธ์ศรี
    - นายอนรรฆ พิทักษ์ธานิน
    - นายสกล โสภิตอาชาศักดิ์
- การจ้างงาน
    - นางสาวบุษยรัตน์ กาญจนดิษฐ์
    - นางสาวฐิติรัตน์ อำไพ

คำนำ

เป็นที่รับทราบกันดีว่า 'สุขภาพ' หรือ 'สุขภาวะ' เป็นผลรวมของปัจจัยหลากหลายรอบตัวมนุษย์ ไม่ใช่เพียงแต่การบริการสุขภาพในสถานพยาบาลอย่างเดียว ปัจจัยเหล่านี้รวมถึง สภาพแวดล้อม การทำงาน การเลี้ยงดู และภาวะที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เรียกโดยรวมว่า 'ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ' (social determinants of health)

ในปัจจุบันประเด็นที่ในแวดวงสาธารณสุขและการเมืองให้ความสำคัญมากขึ้น คือ ความไม่เป็นธรรม (Inequity) ทางสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ทั้งในแง่ที่ว่า ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพอาจเป็นผลของความไม่เป็นธรรมเอง หรือตัวปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเองอาจเป็นเหตุให้เกิดความไม่เป็นธรรม ปัญหานี้นับเป็นปัญหาสำคัญในวงการสาธารณสุขโลก รวมถึงในประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1/2560 มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้ง 'คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเรื่อง ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ' ในการทำงานวิชาการในเรื่องนี้ขึ้น คณะกรรมการชุดนี้จึงได้ประสานและทำงานร่วมกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Foundation)ในการจัดทำรายงานฉบับนี้ขึ้น เพื่อเป็นการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อเสนอเชิงนโยบายเบื้องต้นที่เกี่ยวกับการลดความไม่เป็นธรรมผ่านทางการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ เพื่อให้รัฐบาลรวมถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการผลักดันนโยบายต่อไป หากมีข้อผิดพลาดประการใดจากการจัดทำรายงานฉบับนี้ ผู้จัดทำขอน้อมรับในข้อผิดพลาดนั้น และขอขอบพระคุณในคำแนะนำเพื่อให้การทำงานนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้นในอนาคต

กองบรรณาธิการ
14 สิงหาคม 2561

สารบัญ

คำนำ 7

บทสรุปผู้บริหาร 13

Executive summary 17

บทนำ 21

กระบวนการทำงาน 24

ปัญหาและสถานการณ์ปัจจุบัน 27

เราควรทำอย่างไรในสังคมดิจิทัล 31

แนวคิดการพัฒนาทุนมนุษย์ กระบวนทัศน์ที่สำคัญของการแก้ปัญหา 31

การปฏิรูปการศึกษาของประเทศไทยแต่ละฝ่ายต้องการ'คุณภาพ'อะไรบ้าง 35

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการความไม่เป็นธรรมในสุขภาพด้านการศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย 37

ข้อเสนอในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในภาพรวม 37

ข้อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยโดยกลไกท้องถิ่น 39

ข้อเสนอเร่งด่วนเพื่อแก้ไขสถานการณ์เด็กปฐมวัยในปัจจุบัน 40

ผลการศึกษาประเด็นเพศภาวะ 43

เพศและเพศภาวะกับความไม่เป็นธรรมในหลายมิติ 43

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม: ปัญหาใหญ่ของสังคมไทย 45

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 47

ผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชากรที่ถูกละเลย 49

ข้อเสนอแนะต่อการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมในสุขภาพของผู้หญิงมุสลิมในชายแดนใต้.....50
กลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศกับปัญหาที่ยังไม่ได้แก้ไข 51
ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการความไม่เป็นธรรมในสุขภาพของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ 54
ผลการศึกษาประเด็นสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง.....57
สิ่งแวดล้อมในชุมชนกับสุขภาวะ 57
การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมลพิษ และขยะมูลฝอย กับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาวะ.....58
มลภาวะทางอากาศ 58
ปัญหาขยะมูลฝอย 62
ข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง.....63
ผลการศึกษาประเด็นเชื้อชาติ สัญชาติ และอัตลักษณ์เฉพาะ.....67
อัตลักษณ์ ทำไมถึงสำคัญ 67
ความไร้รัฐไร้สัญชาติและชาติพันธุ์เฉพาะ กับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ 68
ข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจากความไร้รัฐไร้สัญชาติ/ชาติพันธุ์เฉพาะ.....72
ความพิการ: อัตลักษณ์ที่กีดกันการเข้าถึงสุขภาวะและความไม่เป็นธรรมที่ดำรงอยู่74
ข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเนื่องจากความพิการ .77
ผลการศึกษาประเด็นการจ้างงาน.....81
ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในแรงงานนอกระบบ.....81

แรงงานผู้พิการ: กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่ยังมีปัญหา 86
ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมอันเนื่องจากการจ้างงาน 87
บทสรุป 91
เอกสารอ้างอิง 95

บทสรุปผู้บริหาร

ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่มีช่องว่างนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยหนึ่งในสาเหตุสำคัญ เกิดจากความไม่เป็นธรรมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งหมายรวมถึงปัจจัยทางกายภาพเช่น เพศและเพศภาวะ อัตลักษณ์เฉพาะบุคคล และมลภาวะ และปัจจัยทางสังคมที่สลับซับซ้อน เช่น นโยบายสาธารณะ สภาพเศรษฐกิจ และระบบการเมืองและการปกครอง

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเพื่อลดความไม่เป็นธรรมในสังคมและกลั่นกรองข้อมูลออกมาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย การทำงานเริ่มจากกระบวนคัดเลือกประเด็นที่สำคัญผ่านการทบทวนวรรณกรรมและการจัดทำสำรวจทางอินเตอร์เน็ตจนได้ประเด็นที่สำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ การศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย, เพศภาวะ, สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง, เชื้อชาติ สัญชาติ และอัตลักษณ์เฉพาะ และการจ้างงาน โดยมีสาระสังเขป ดังนี้

1. การศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย การศึกษาส่งผลต่อสุขภาวะของเด็กอย่างชัดเจน เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐสถานะยากจน มักขาดโอกาสทางการศึกษา มารดาที่ขาดโอกาสทางการศึกษาก็มีความเสี่ยงที่บุตรจะมีภาวะทุพโภชนาการการให้พัฒนาการศึกษาและปฐมวัย โดยต้องใช้แนวคิดการพัฒนาทุนมนุษย์มาเป็นกระบวนทัศน์ที่สำคัญและต้องดึงศักยภาพของท้องถิ่นมาช่วยพัฒนาเด็กรวมถึงควรมีการปฏิรูปการศึกษา โดยภาครัฐควรกำหนดเป้าหมายการปฏิรูปให้ชัดเจน มีกฎหมายส่งเสริมและคุ้มครองพัฒนาและจัดการศึกษาเด็กปฐมวัย, เชื่อมต่อนโยบายระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับกับหน่วยงานท้องถิ่นและควรจัดให้มีศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้และห้องเรียนพ่อแม่ประจำท้องถิ่น

2. เพศภาวะ ความแตกต่างระหว่างเพศทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพหลายประการ เช่น รายได้ของผู้หญิงมักน้อยกว่าผู้ชาย เพศหญิงมักเป็นเหยื่อต่อความ

รุนแรง และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่นและนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในบางพื้นที่เฉพาะ เช่น สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ากลุ่มผู้หญิงมุสลิมมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์และกลุ่มที่มีความหลายหลายทางเพศมักถูกเลือกปฏิบัติจากอคติทางสังคม ดังนั้นจึงควรมีมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวกับเพศภาวะในหลายมิติ เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงอนามัยเจริญพันธุ์ให้กับสตรีในทุกเศรษฐสถานะ ทุกชุมชน มีกลไกการเยียวยาและดูแลรักษาผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และมีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อลดการเลือกปฏิบัติกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

3. สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญและส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ทำให้เกิดภาวะฝนแล้ง เกิดหมอกควัน มลพิษทางอากาศ และปัญหาขยะมูลฝอยมักส่งผลต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กคนพิการ และกลุ่มคนที่มีเศรษฐสถานะที่ไม่ดีมากกว่าประชากรทั่วไป ในระยะยาวควรมีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ และมีการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อจัดการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพผ่านการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยให้ประชาชนทุกฝ่ายมีส่วนร่วม

4. เชื้อชาติ สัญชาติและอัตลักษณ์เฉพาะ อัตลักษณ์มีความสัมพันธ์กับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอัตลักษณ์แตกต่างไปจากคนส่วนใหญ่ เช่น กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ คนต่างด้าว กลุ่มชนกลุ่มน้อยและผู้พิการ กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติและกลุ่มชาติพันธุ์เฉพาะบางส่วนยังเข้าไม่ถึงหลักประกันสุขภาพ กลุ่มคนพิการก็เข้าถึงโอกาสทางการศึกษาได้น้อยกว่ากลุ่มคนทั่วไป ดังนั้นภาครัฐพึงส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชนและควรสนับสนุนให้สังคมไทยเป็นสังคมเพื่อคนทั้งมวล ข้อเสนอนโยบายที่เป็นรูปธรรม เช่น เร่งรัดให้การขึ้นทะเบียนคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติและคนต่างด้าวมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างจริงจัง

5. การจ้างงานความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของแรงงาน มีสาเหตุมาจากรูปแบบของการจ้างงาน ค่าตอบแทนและการเข้าไม่ถึงอำนาจการรวมกลุ่มและเจรจาต่อรองโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากกว่าแรงงานในระบบและมักได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานน้อยกว่าแรงงานในระบบ ข้อเสนอนโยบายคือปรับปรุงมาตรการกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิและประกันค่าจ้างขั้นต่ำกับแรงงานนอกระบบ ส่งเสริมการรวมตัวและเพิ่มอำนาจการต่อรองในกลุ่มแรงงานนอกระบบและสนับสนุนให้มีการบริการด้านอาชีวอนามัยในทุกพื้นที่

โดยสรุปการจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเป็นแนวทางที่สำคัญต่อการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจากต้นเหตุอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพในแต่ละปัจจัยย่อมส่งผลถึงกันและกันและมีความสลับซับซ้อน การจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพจึงไม่อาจทำงานแบบแยกส่วนได้ หากแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ผ่านการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อให้ถึงจุดหมายสูงสุด คือการสร้างสุขภาวะและความเป็นธรรมทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมไทย

Executive summary

Currently, Thailand is facing an increasing trend of healthinequity. One of the seminal causes originates from inequity in social determinants of health, which include physical determinants such as sex and gender, specific humanidentity and pollution and complex social determinants, such as public policy, economy, and surrounding political system and politics.

This report aims to to gather empirical evidence related to the management of social determinants of health to reduce inequity in society, and to synthesize such evidence to produce policy recommendations.The work process started with literature review and web-based survey to identify important issues/determinants.A total of five key determinants were selected, namely, education and early childhood development, gender, urban environment, ethics-nationality-and-human-identity, and employment. Key content of each issue is summarized asfollows.

1. Education and early childhood development: Child education significantly influences his/her well-being.Children from low socioeconomic background are prone to education deprivation. Poor maternal education is at risk of having children with malnutrition problems.Early childhood development requires adopting the concept of human capital development as an important paradigm and utilizing capacity of local communities. This necessitates also a major reform of national education system with clear goal and mission. There should be

policies that promote and protect education management for early childhood.Seamless policy collaboration between central authorities and local authorities should be established. Moreover, the foundation of local learning centers and parent classrooms should be promoted.

2. Gender: Sex differences contribute to health inequity in several aspects, such as smaller wage gain in women than men, prevalent violence against women, and unplanned pregnancies which often led to unsafe abortion amongst female teenagers. In certain areas, the three southern most provinces in Thailand as an example, Muslim women at times experience difficulties in accessing reproductive health care. Besides, people with diverse genders (for instance, gays, lesbians, bisexual, and transgender people) often encountered discrimination due to social prejudice. Therefore there should be policies aiming to promote gender related in several angles. For instance, access to reproductive health care for females from diverse socioeconomic background and from all communities should be supported. Local mechanism to remedy and cure those with unplanned pregnancies should be founded at its most urgency. Besides, there should be a revision on the existing national legal instruments in the way that aims to minimize potential discrimination amongst people with gender deviated from the social norm.

3. Urban Environment: Urban environment is another social determinant associated with health inequity. Climate change causingdrought andfog, air pollution, and garbage problems usually affect vulnerable populations, such as the elderly, children, the disabled, and the poor more than general populations. In a long run, a systemic

collection of information onenvironment-related health inequity should be developed, and there should be participatory policy development process that is able to gather effort from all stakeholders to address health inequity through environmental management.

4. Ethnicity, nationality, and human identity: Human identity is inextricably linked with social inequity, particularly for stateless people, cross-border migrants, ethnicminorities, and the disabled. Some stateless people and specific ethnic populations have not been insured for their health. The disabled are still lacking of education opportunities relative to general populations. Thus the government should promote rights and welfare for health to meet international standardsand make Thailand to be an 'inclusive society'. Some concrete policy recommendations include expediting comprehensiveregistration for stateless people and undocumented migrants and stringent enforcement of laws related to promotion of health and well-being of the disabled.

5. Employment: Health inequity affected by labor is derived from several factors, including patterns of employment, wage difference, and lack of negotiating power through labour union. This problem is more pronounced amongst labourthe informal sector, who are more prone to health problems than formal sector labour; and the those in the informal sector usually gain lower wage rate than their formal sector counterparts. Policy recommendations include an amendment of laws related to minimum wage guarantee and rights protection of the informal sector, supporting the formation of labour union to increase negotiating amongst

the employees, and promoting a full service coverage of occupation health and safety throughout the country.

In conclusion, addressing social determinant of health is indispensable approach to health inequity reductionfrom its root cause.However; social determinants are complexly linked to one another. Therefore addressing social determinants cannot be achieved by a sole reliance on single authority/organization. By contrast, it necessitates strong collaboration from all sectors (pubic, private, and civil society) through integrated participatory process. All this effort is for the ultimate goal; that is, making Thailand as a society full of well-being and health equity.

บทนำ

การที่มนุษย์คนหนึ่งจะเติบโตและพัฒนาศักยภาพแห่งตนได้เต็มที่ และดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาพบริบูรณ์ได้นั้น ล้วนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยมากมายตั้งแต่จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนให้เกิด 'ความไม่เป็นธรรม' ในสังคมรวมถึงเป็นผลของความไม่เป็นธรรมในสังคมเช่นกัน

ที่ประจักษ์กันโดยทั่วไปว่า ในสังคมปัจจุบัน ยังมีความไม่เป็นธรรมปรากฏอยู่ทั่วไป ความไม่เป็นธรรมหลายประเภท บางอย่างดำรงอยู่ยาวนานเสียจนผู้คนเกิดความคุ้นชิน ทำให้ละเลยเพิกเฉย เพราะไม่คิดว่าเป็นปัญหาของส่วนรวม ปัจจัยที่ส่งผลถึงความไม่เป็นธรรมเหล่านี้มักเรียกกันโดยทั่วไปว่า 'ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ' (social determinants of health) ซึ่งหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต รวมถึงปัจจัยและระบบต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม และระบบการเมืองการปกครอง[1]

ความไม่เป็นธรรมที่เป็นผลผลิตจากปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพนับวันจะมีช่องว่างมากขึ้นและส่งผลให้ปัญหาสาธารณสุขในวงกว้าง ตัวอย่างเช่น อายุค่าเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรในประเทศที่มีรายได้สูงมีมากกว่าอายุเฉลี่ยของประชากรในประเทศที่มีรายได้น้อยเกือบ 2 เท่า[2] เครือข่ายถมช่องว่างทางสังคม ได้สรุปว่าเหตุของความไม่เป็นธรรมในประเทศไทย เกิดจากปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ (i) สภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคมตลอดช่วงชีวิต, (ii) การกระจายอำนาจ เงินและทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม, และ (iii) การขาดระบบการวัดและประเมินปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ[1]

ความไม่เป็นธรรมเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้นและสามารถหลีกเลี่ยงได้ การลดความไม่เป็นธรรมจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคนในสังคมที่มองเห็นและวางแผนปัญหาร่วมกันในระยะยาวหน่วยงานต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติได้ตระหนักถึง

ความสำคัญของการพัฒนาชีวิตมนุษย์และสังคมให้สมบูรณ์พร้อม ดังปรากฏในความพยายามในการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การตั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ภายในปี ค.ศ.2030 (ซึ่งมีตัวชี้วัดใหม่สำหรับติดตามปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมถึง 42 ตัวชี้วัด)[3], มติสมัชชาอนามัยโลกที่ 62.14—Reducing health inequities through action on the social determinants of health[4], Rio Political Declaration on Social Determinant of Health 2011[5], และมติสมัชชาอนามัยโลกที่68.17—Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity[6]

องค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นองค์กรผู้นำด้านสุขภาพได้แต่งตั้งคณะกรรมาธิการด้านปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ เมื่อพ.ศ.2551 โดยมีเซอร์ ไมเคิล กิเดียน มาร์มอต (Sir Michael Gideon Marmot) เป็นประธาน คณะกรรมาธิการฯ ได้จัดทำรายงานเรื่อง ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ภายใต้ชื่อ 'Closing the gap in a generation : Health equity through action on the social determinants of health' ซึ่งมีสาระสำคัญคือทำให้เห็นสถานะของความไม่เป็นธรรมในระดับโลก โดยเชื่อมโยงกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีข้อเสนอแนะเพื่อขับเคลื่อนปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพและปิดช่องว่างความไม่เป็นธรรมแก่ประชาคมโลก[7]

ปัจจุบันได้มีการบรรจุเรื่องการแก้ไขความไม่เป็นธรรมและการพัฒนาอย่างยั่งยืนไว้ในกฎหมายหรือเอกสารเชิงนโยบายหลายฉบับ อาทิ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564[8] และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560 - 2579[9] ภาคประชาสังคมเองก็มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อการลดความไม่เป็นธรรมและจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ดังปรากฏในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มติที่ 3.7'ร่วมฝ่าวิกฤต ความไม่เป็นธรรม นำสังคมสุขภาวะ'[10]

อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อลดความไม่เป็นธรรมยังมีประเด็นท้าทายอีกมาก อาทิ สังคมยังไม่ตระหนักว่าความไม่เป็นธรรมเป็นปัญหาของส่วนรวม หรือแม้ในงานวิชาการก็ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์และเครื่องมือในการศึกษาขอบเขตของปัญหาความไม่เป็นธรรมอย่างเป็นระบบ เมื่อขาดการสังเคราะห์ความรู้ที่ดีพอ ก็ย่อมส่งผลให้การกำหนดนโยบายขาดประสิทธิภาพ หรือก่อความผิดพลาดได้

เพื่อก้าวข้ามความท้าทายดังกล่าว เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 ที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ได้เห็นชอบให้ใช้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกขับเคลื่อนเรื่องปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1/2560 เมื่อ 20 มกราคม พ.ศ.2560 จึงมีมติเห็นชอบให้แต่งตั้ง‘คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเรื่อง ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ’[11] โดยมีองค์ประกอบจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ต่อมาคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพได้ประสานกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เพื่อจัดตั้งคณะทำงานจัดทำรายงานฉบับนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อลดความไม่เป็นธรรมในสังคม และกลั่นกรองข้อมูลดังกล่าวออกมาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะไปผลักดันให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

กระบวนการทำงาน

เนื่องจากปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเป็นประเด็นที่กว้างขวางมาก คณะทำงานจึงเริ่มจากการคัดเลือกประเด็นที่สำคัญ ผ่านทางการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศ และจัดทำ Web-based survey ในนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 70 คน และประชุมหารือร่วมกับคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ (i) ประเด็นที่จะทำการศึกษา ต้องเป็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม หรือเป็นผลจากความไม่เป็นธรรมในสังคม (ii) เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และ (iii) เป็นประเด็นที่มีประชากรกลุ่มเปราะบางเกี่ยวข้องด้วยอย่างชัดเจน

จากกระบวนการคัดเลือกดังกล่าวทำให้ ได้ประเด็นที่สำคัญ 5 ประเด็น คือ (i) การศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (ii) เพศภาวะ (iii) สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง (iv) เชื้อชาติ สัญชาติ และอัตลักษณ์เฉพาะและ (v) การจ้างงาน จากนั้นคณะทำงานได้ประสานกับผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น ในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากนั้นได้มีการจัดสัมมนารับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่แสวงผลกำไร เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ที่อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และให้คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพประชุมให้ความเห็นและปรับปรุงร่างรายงานอีกครั้งในวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2561 (รูปที่ 1-2)

รูปที่ 1-2 การประชุมรับฟังความคิดเห็น เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 ที่อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาประเด็นการศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ปัญหาและสถานการณ์ปัจจุบัน

โลกและสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้มีการแก่งแย่งกันมากขึ้น การอยู่ร่วมกันด้วยมิตรลดน้อยลง เดิมที่ชุมชนเข้มแข็งก็เปลี่ยนสภาพเป็นชุมชนแบบสังคมเมืองที่ขาดความเอื้ออาทร เด็กและเยาวชนไทยในสังคมปัจจุบันพบว่ามีความสุ่มเสี่ยงกับปัจจัยรอบๆตัวหลายด้าน โครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวขนาดเล็กลงและขาดทักษะในการใช้ชีวิตร่วมกันมากขึ้นเรื่อยๆ มีลูกน้อยลงและเลี้ยงแบบตามใจ การสื่อสารด้วยกันมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันน้อยลง ในขณะที่ความเจริญก้าวหน้าภายนอกก้าวไปอย่างรวดเร็ว มีความเป็นวัตถุนิยม มีการบริโภคสื่อที่หลากหลายมากขึ้น อีกทั้งสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่บีบคั้น ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบกับเยาวชนไทยในหลายด้าน ทั้งปัญหาครอบครัว การใช้สิ่งเสพติด การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียดการใช้ความรุนแรง เสพติดสื่อ เป็นต้น

หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าโครงสร้างประชากรไทย เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์[12] โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 19.8 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.2 ในปี พ.ศ. 2579 ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงจากร้อยละ 17.5 และ 65.3 ในปีพ.ศ. 2560 เหลือร้อยละ 13.5 และ 56.3 ในปี พ.ศ. 2579 (แผนภาพที่ 1)

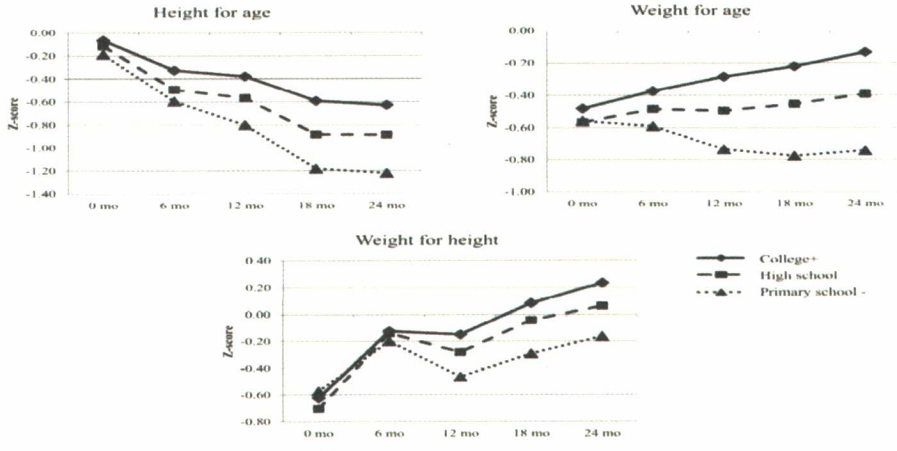
แผนภาพที่ 1 โครงสร้างประชากรของประเทศไทยจากอดีตสู่อนาคต

ที่มา: วรวรรณ พลิคามิน (2560)

แนวโน้มครัวเรือนไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ขนาดโดยเฉลี่ยเล็กลงอย่างต่อเนื่อง วัยแรงงานขาดคุณภาพ เด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะด้านภาษา สติปัญญาเด็กยังต่ำกว่ามาตรฐานสากล และประสบปัญหาสุขภาวะมากมาย เช่น ภาวะอ้วน ภาวะทุพโภชนาการในวัยรุ่น และการขาดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กอย่างสมบูรณ์ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบร้อยละ 50.9 มีของเล่นเป็นอุปกรณ์อิเล็คโทรนิกส์ เด็กอายุ 1-14 ปี ร้อยละ 75.5 ถูกลงโทษโดยการทำร้ายร่างกายรุนแรง เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บถึง 34,877 คนต่อปี[13] **เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า เด็กปฐมวัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภาคที่มีระดับเศรษฐสถานะต่ำกว่าภาคอื่นๆ มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าภาคอื่นๆและก็เป็นภูมิภาคที่เด็กมีภาวะการขาดสารไอโอดีนมากกว่าภาคอื่นๆ** นอกจากนี้ทุพโภชนาการของมารดายังมีผลต่อการ

ควบคุมการทำงานของยีนที่ก่อโรคและถ่ายทอดไปยังลูกทำให้ลูกเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ และ**ความไม่เป็นธรรมทางการศึกษาที่เกิดกับมารดายังส่งผลถึงภาวะทุพโภชนาการของบุตร** การศึกษาของ Hong และคณะ (2017) ระบุว่า มารดาที่จบชั้นประถมศึกษาเสี่ยงต่อการมีบุตรที่มีภาวะทุพโภชนาการมากกว่ามารดาที่จบชั้นมัธยมหรืออุดมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี (แผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 ภาวะทุพโภชนาการในเด็กไทย แยกตามระดับการศึกษาของมารดา



ที่มา: Hong และคณะ (2017)[14]

หมายเหตุ: ค่า Z-scores คือค่าคะแนนมาตรฐานของการกระจายเป็นโค้งปกติที่ปรับมาจาก growth chart ขององค์การอนามัยโลก

ข้อมูลประชากรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2557 ระบุว่าเด็กปฐมวัยในช่วงอายุ0-5 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 4,585,759 คน เมื่อแบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษาสามารถแบ่งเด็กปฐมวัยเป็น 2 กลุ่ม คือ (i) กลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปี มีจำนวน 1,509,017 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 32.9 ของเด็กปฐมวัย ซึ่งเด็กกลุ่มนี้ได้รับการเลี้ยงดูและให้การศึกษาเบื้องต้นจากคนในครอบครัว และ (ii) กลุ่มเด็กอายุ 2-5 ปี มีจำนวน 3,076,742 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 67.1 ของเด็กปฐมวัย ซึ่งในจำนวนนี้มีเด็กที่เข้ารับการดูแลและการศึกษาจากศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 912,111 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 29.7

ของเด็กในช่วงวัยเข้ารับการดูแลและการศึกษาจากโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล จำนวน 1,799,125 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 58.5 ของเด็กในช่วงวัย หมายความว่า **ยังมีเด็กอีก 365,506 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 ของเด็กในช่วงอายุ 2-5 ปี ที่ยังไม่ได้รับการดูแลและการศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าเรียนในระดับประถมศึกษา**

ขณะที่ข้อมูลจากสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุพบว่าสัดส่วนการเข้าเรียนของเด็กระดับปฐมวัยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปีการศึกษา 2550 เด็กระดับปฐมวัยมีโอกาสเข้าเรียนคิดเป็นร้อยละ 73.78 ปีการศึกษา 2551 คิดเป็นร้อยละ 74.0 ขณะที่ปีการศึกษา 2555 สูงขึ้นเป็นร้อยละ 76.9 และปีการศึกษา 2555 คิดเป็นร้อยละ 77.1 ของประชากรระดับปฐมวัย

แม้ว่าสัดส่วนของเด็กปฐมวัยที่เข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย หรือในสถานศึกษาที่เปิดสอนระดับชั้นอนุบาลจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีศูนย์เด็กเล็กที่ได้มาตรฐานระดับดีและดีมากเพียงร้อยละ 51.5 เท่านั้น

ข้อมูลงานวิจัยสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สำรวจจากการสุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ 600 คน) และสถาบันเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (สุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ 2,079 คน) พบข้อมูลที่ตรงกับการสำรวจของกรมอนามัย คือ เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าค่อนข้างมาก และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กควรต้องได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม

เราควรทำอย่างไรในสังคมดิจิทัล

ขณะนี้สังคมก้าวสู่อยู่ยุคดิจิทัลหรือ Generation alpha แล้ว ผู้คนโดยเฉพาะเด็กเยาวชนจะมีความเป็นตัวของตัวเองสูง มีความสามารถเข้าถึงข้อมูลมหาศาลได้ทั่วโลก (boundaryless society) อย่างไร้พรมแดนและมีอิสระเสรี ถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพคุณภาพก็จะสามารถพัฒนาคนได้อย่างมหัศจรรย์ แต่หากรู้ไม่เท่าทันใช้ไม่เป็น ใช้ผิดทางก็จะเป็นพฤติกรรมเสี่ยงอย่างยิ่งใหญ่ได้เช่นกัน ดังนั้นคุณภาพพลเมืองจึงเป็นเรื่องสำคัญมากต้องมีการเตรียมการพัฒนาวางโครงสร้างคุณภาพพลเมือง โครงสร้างระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญโดยเฉพาะการใช้ระบบดิจิตัลอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น กิจการกระจายเสียงทั้งวิทยุและโทรทัศน์ให้รองรับกับทิศทางการพัฒนาสังคมให้คนในชาติรู้เท่าทัน รับกับการเปลี่ยนแปลง รู้จักนำสื่อดิจิตัลที่มีคุณภาพมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งงานด้านการศึกษา สาธารณสุขและมั่นคงทางสังคม **โดยเฉพาะในชุมชนที่อยู่ห่างไกลหรือคนที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก โครงสร้างสื่อดิจิทัลที่ดีและมีคุณภาพจะช่วยลดช่องโหว่ความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้เป็นอย่างดี การมีผู้นำ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมประจำชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะการยกระดับคุณภาพคนทำงานด้านสื่อดิจิตัลในชุมชน จึงเป็นเรื่องที่ควรทำอย่างเร่งด่วน**

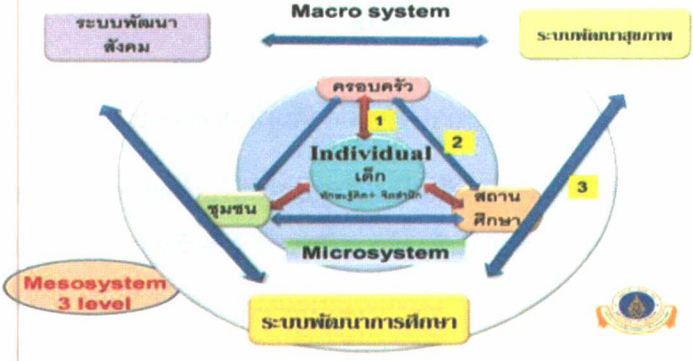
แนวคิดการพัฒนาทุนมนุษย์ กระบวนทัศน์ที่สำคัญของการแก้ปัญหา

การปรับกระบวนทัศน์การศึกษาเพื่อพัฒนาทุนมนุษย์ในเด็กและเยาวชนนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง กระบวนทัศน์ที่ถูกต้องนั้นต้องมีการพัฒนาเด็กกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวควบคู่กันไป (Bio-ecology of Human Development) และต้องเน้นเด็กและเยาวชนเป็นศูนย์กลาง (ในที่นี้เรียกว่า individual—เน้นพัฒนาศักยภาพให้เกิดทักษะรู้คิดและจิตสำนึก) กระบวนทัศน์นี้แบ่งความสัมพันธ์เป็นชั้นๆ โดยในชั้นแรกที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุดคือ สังคมแวดล้อมที่เด็กใช้ชีวิตอยู่ตลอดเวลาเช่น ครอบครัว สถานศึกษาและชุมชนใกล้ตัว (ในที่นี้เรียกว่า microsystem)

ส่วนชั้นที่ห่างออกมาแต่ก็มีผลกระทบต่อเด็กอีกเช่นกันคือกลไกท้องถิ่นในสังคมที่เด็กอาศัยอยู่ เช่นกลไกของท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพการศึกษา (ในที่นี้เรียกว่า macro system)

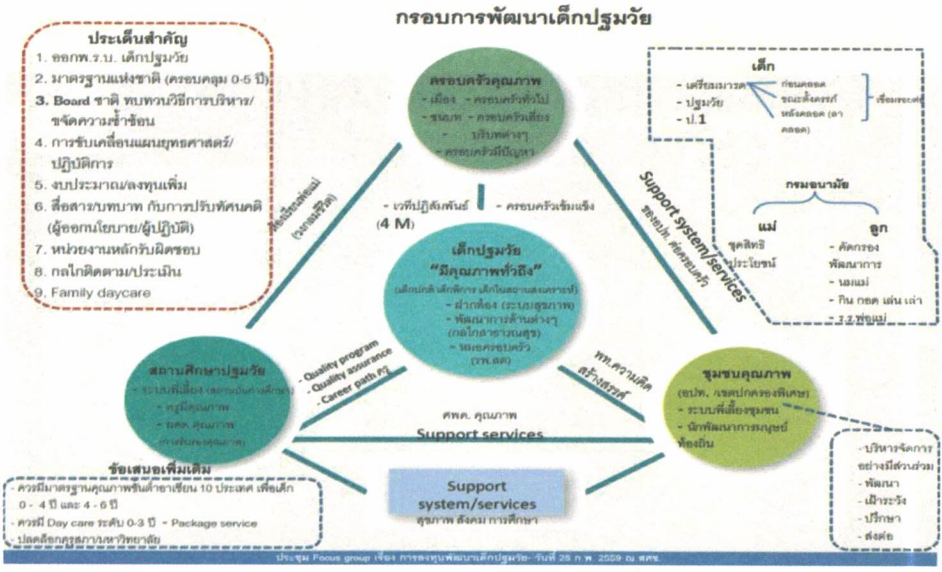
สำหรับปฏิสัมพันธ์ระหว่างชั้นให้สามารถทำงานบูรณาการกันได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น (ในที่นี้เรียกว่า mesosystem) แบ่งออกมาเป็น 3 ระดับ กล่าวคือระดับที่ 1 เป็นปฏิสัมพันธ์ในชั้นที่สังคมที่ใกล้ตัวเด็กคือครอบครัว สถานศึกษา และชุมชนกับเด็กและเยาวชนโดยตรง ระดับที่ 2 เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของสังคมที่ใกล้ตัวเด็ก คือ ครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน ส่วนระดับที่ 3 เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ และสังคม ซึ่งในแต่ละชั้นของความสัมพันธ์ ครอบครัว โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องก็สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทที่ต่างๆกันไป (แผนภาพที่ 3 และ แผนภาพที่ 4)

แผนภาพที่ 3 Bio-ecology of Human Development สำหรับกระบวนทัศน์การพัฒนาเด็กปฐมวัยในสังคมไทย



ที่มา: สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ (2560)[15]

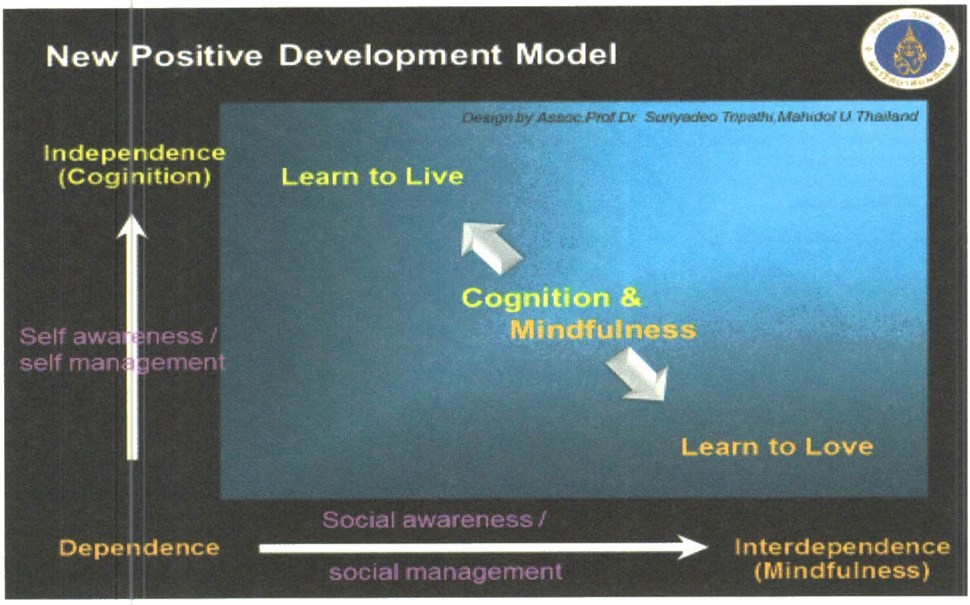
แผนภาพที่ 4 บทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ และครอบครัวที่สอดคล้องกับกระบวนทัศน์การพัฒนาเด็กปฐมวัยในสังคมไทย



ที่มา: สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ (2560)[15]

ดังนั้นการแก้ปัญหาเด็กต้องเริ่มด้วยการสร้างเสริม ทักษะรู้คิดและจิตสำนึกทั้งต่อตนเองและสังคม(ทุนชีวิต) การเรียนรู้แนวใหม่นี้ (New Positive Development Model) เป็นการผสมผสานการเรียนรู้ตามระบบปกติที่พัฒนาศักยภาพเด็กจากที่ต้องพึ่งผู้อื่นขึ้นมาเป็นการมีสัมมาชีพที่พึ่งตนเองได้สมดุลกับการพัฒนาศักยภาพการอยู่ร่วมกันในสังคมผ่านการเรียนรู้ร่วมนอกห้องเรียนทั้งเด็กและผู้ใหญ่จนเกิดศักยภาพในการอยู่ร่วมกันและมีจิตสำนึกทั้งต่อตนเองและสังคมแวดล้อมที่ตนอาศัยผ่านภูมิปัญญาในท้องถิ่น ซึ่งในแต่ละท้องถิ่นล้วนมีจุดแข็งและทุนของตนเองอยู่แล้ว **การดึงศักยภาพของแต่ละท้องถิ่นมาช่วยพัฒนาเด็ก ย่อมเป็นการลดความไม่เป็นธรรมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กไปในตัว กล่าวคือ จากเดิมเด็กต้องมุ่งเข้าหาการศึกษาส่วนกลาง มุ่งสู่จุดสูงสุดทางการศึกษา ซึ่งเด็กที่ได้ประโยชน์ และเข้าถึงทรัพยากรทางการศึกษาได้ก็มักเป็นเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะดี** (แผนภาพที่ 5)

แผนภาพที่ 5 กระบวนทัศน์ในการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้แนวใหม่ (New Positive Development Model) สู่การพัฒนาทักษะรู้คิด (cognition) และจิตสำนึก (mindfulness) ทั้งต่อตนเอง (self) และสังคมแวดล้อม (social)



ที่มา: สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ (2560)[15]

ในการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนให้มีทั้งทักษะรู้คิดบวกจิตสำนึกที่ดีนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมที่มีคุณค่าร่วมกันทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทั้งที่อยู่ในระบบและนอกระบบที่จะก่อเกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ โดยพัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์ที่อาศัยภูมิปัญญาวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับทรัพยากรของท้องถิ่นนั้น ๆ มาเป็นทรัพยากรหลักในการเรียนรู้ร่วมกันจนเกิดเป็นวิถีปฏิบัติ เป็นชุมชนเข้มแข็งที่สามารถพัฒนาลูกหลานตนเองได้

นอกจากนั้นควรมีระบบพี่เลี้ยงในชุมชนที่นอกจากจะทำหน้าที่เป็น 'พี่เลี้ยง' แล้ว ยังเป็นด่านหน้าในการเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดกับเด็ก ดังนั้นพี่เลี้ยงชุมชนพึงมีทักษะที่สำคัญได้แก่ (i) ทักษะบริหารจัดการโครงการหรือแผนในการพัฒนาทุนมนุษย์ (ii) ทักษะในการ

เฝ้าระวังผ่านนักวิจัยชุมชน (iii) ทักษะในการพัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน (iv) ทักษะในการเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษาเบื้องต้น และ (v) ทักษะในการส่งต่อ

การปฏิรูปการศึกษาของประเทศไทยแต่ละฝ่ายต้องการ'คุณภาพ'อะไรบ้าง

การจะพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยเชื่อมโยงไปกับการปฏิรูปการศึกษาทั้งระบบ โดยหลักการแล้วควรตั้งเป้าหมายการพัฒนาให้แต่ละฝ่าย แต่ละองค์กร พึงมีคุณภาพต่อไปนี้

- **คุณภาพเด็ก** พึงกำหนดเป้าหมายของการศึกษาประเทศให้ชัดเจนเป็นภาพเดียวกันตลอดตั้งแต่เด็กเล็กจนถึงเด็กโต ให้เด็กเติบโตเป็นพลเมืองคุณภาพ เหมาะกับสังคมยุคใหม่ มีความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรม เน้นจิตสำนึกสาธารณะ การมีวินัย และความรับผิดชอบ ดังนั้นการศึกษาพึงมุ่งเน้นการเรียนตามความชอบ และความถนัด โดยคำนึงถึงความต้องการของตลาดแรงงานและภาคเศรษฐกิจและสังคม
- **คุณภาพครอบครัว** พัฒนาโรงเรียนพ่อแม่ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาบุตรหลาน เปลี่ยนค่านิยมและปรับกระบวนทัศน์ใหม่ของการศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนให้มีศักยภาพทั้งด้านอาชีพและการอยู่ร่วมในสังคม มากกว่าผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างเดียว
- **คุณภาพครู** วิธีการคัดเลือกเข้าสายอาชีพ ด้วยความชอบและความถนัด กระบวนการพัฒนาตามมาตรฐานอาชีพและทักษะ มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม ใช้ระบบ professional learning community ในระดับครู และระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครอง มีกระบวนการประเมินผลที่เหมาะสม และมีส่วนร่วมจากชุมชน มีการพัฒนาคุณภาพผู้บริหารโรงเรียน ให้ได้ผู้นำโรงเรียนที่มีวิสัยทัศน์
- **คุณภาพระบบบริหารจัดการ** ควรส่งเสริมการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และลดอำนาจการจัดการจากส่วนกลาง ทั้งด้านงบประมาณ การบริหารบุคคล การกำหนดหลักสูตรตามความต้องการตลาด ตลอดจนการประกันคุณภาพ
- **คุณภาพระบบการประกันคุณภาพ (internal quality assurance)** ควรมีระบบประกันคุณภาพภายใน ที่มีประสิทธิภาพ สร้างความมั่นใจแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายว่า

ผู้เรียนของสถานศึกษาจะบรรลุคุณภาพตามเป้าหมายของหลักสูตรสถานศึกษาทุกครั้งและทุกรุ่นอย่างตรงเวลา โดยสถานศึกษาทำการติดตั้ง ติดตาม ตรวจสอบ และพัฒนา 'หลักสูตรและการเรียนการสอน' อย่างสม่ำเสมอ

- **คุณภาพการประเมินคุณภาพการศึกษาโดยองค์กรอิสระ (external quality assurance)** เป็นการประเมินเพื่อกระตุ้นและจูงใจให้เกิดการยกระดับคุณภาพการศึกษาให้สอดคล้องกับความจำเป็นและยุทธศาสตร์ของประเทศ และสอดคล้องกับระบบประกันคุณภาพภายใน และเป็นการส่งเสริมความรับผิดชอบของสถานศึกษาและต้นสังกัด

- **คุณภาพโรงเรียน** สร้างโรงเรียนให้เป็น'ชุมชนแห่งการเรียนรู้' (school as learning community) ที่เด็กทุกคน ทุกเศรษฐสถานะ สามารถเข้าถึงได้ โรงเรียนที่จะเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ได้นั้น ควรเปลี่ยนการเรียนรู้แบบตามแบบแผนตามสภาวะปกติ (program-based) เป็นการเรียนรู้ด้วยโครงงาน (project-based) เปลี่ยนการเรียนการสอนจากที่ครูสอนให้จนจบและมีลักษณะท่องจำ (chalk & talk) เป็นการเรียนการสอนแบบร่วมแรงร่วมพลัง (collaborative leaning) เปลี่ยนบทบาทครูจากเดิมที่เป็นผู้อบรมสั่งสอน (teacher) เป็นบทบาทผู้อำนวยการสอนและเปิดประเด็นท้าทาย (scaffolder/facilitator) เปลี่ยนจากการวางแผนพัฒนาด้วยตนเอง (individualize) เป็นการวางแผนพัฒนาคุณภาพร่วมกัน (professional learning community) มีการการกระจายอำนาจกระจายของการจัดการศึกษาไปสู่ระดับท้องถิ่น ที่ใช้โรงเรียนเป็นฐาน (school based management) ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน และลดความไม่เป็นธรรมในเรื่องโอกาสการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมในสังคม โดยการจัดการศึกษาและพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการความไม่เป็นธรรมในสุขภาพด้านการศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอในการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยในภาพรวม

1. รัฐควรกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน สร้างกระบวนทัศน์ใหม่ของสังคม พ่อแม่ผู้ปกครอง เกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลพัฒนาและจัดการศึกษาปฐมวัย และต้องกำกับให้ 'เป้าหมาย'กับ'กระบวนการพัฒนา'เป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยจะต้องเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่สังคมไทยอย่างต่อเนื่องถึง;

- กระบวนการการดูแลพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม
- มุ่งสร้างพัฒนาการที่สมบูรณ์ ทั้ง ร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และสติปัญญา ไม่ใช่เพื่อเร่งเรียนวิชาการ
- พัฒนาเด็กปฐมวัยให้เหมาะสม สอดคล้องกับธรรมชาติรวมทั้งการพัฒนาสมองให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ผ่านการเล่น (learning through play)
- สร้างช่วงต่อเชื่อมระหว่างการศึกษาแต่ละระดับให้สอดคล้องกัน มีสัดส่วนของเจ้าหน้าที่บุคลากร/ครูต่อจำนวนเด็กที่เหมาะสม
- เน้นการมีส่วนร่วมของพ่อแม่และชุมชน โดยเฉพาะสนับสนุนให้พ่อแม่ได้แสดงบทบาทเป็นครูคนแรกของลูกในช่วงแรกของชีวิตอย่างเต็มที่ และมีนโยบายให้บุคคลากรทำงานอย่างใกล้ชิดกับพ่อแม่ ครอบครัว ชุมชน

2. ควรมีกฎหมายที่ส่งเสริมและคุ้มครองดูแลพัฒนาและจัดการศึกษาเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ (care education and development) ให้เด็กทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการดูแลพัฒนาและจัดการศึกษาที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะเด็กที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจสังคมและเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านต่าง ๆ ด้วย

3. 'คุณภาพ' คือหัวใจของการดูแลพัฒนาและจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัย สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนจึงจำเป็นต้องมีคุณภาพที่ดี ดังนั้นควรมีการอบรมบุคลากรและครูซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ส่งเสริมความเป็นมืออาชีพให้

ค่าตอบแทนที่ดี มีแรงจูงใจที่ดีต่ออาชีพ ทำให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งในเมืองและชนบท

4. เชื่อมต่อกฎหมายและนโยบาย และขับเคลื่อนการดูแลพัฒนาและจัดการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพอย่างเป็นระบบ ร่วมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ ทั้งครอบครัว ท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ จัดระบบกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆให้สอดคล้องกัน ทั้งด้านการศึกษา วัฒนธรรม สังคม แรงงาน สาธารณสุขและระบบยุติธรรม

5. จัดตั้งหน่วยงานกลางของรัฐที่เชื่อมโยงกับกลไกท้องถิ่น รับผิดชอบการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยและทำหน้าที่;

- กำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกมิติ โดยใช้งานวิจัยวิชาการเป็นฐาน
- สร้างเครือข่ายหน่วยงานด้านวิชาการปฐมวัยเพื่อสนับสนุนความรู้ที่สอดคล้องกับธรรมชาติและการพัฒนาทุกด้านอย่างต่อเนื่อง
- เผยแพร่และรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่หน่วยงานผู้ปฏิบัติ พ่อแม่ผู้ปกครอง และสาธารณชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างกระบวนทัศน์และทัศนคติใหม่ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- กำกับติดตามการปฏิบัติของหน่วยปฏิบัติทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย
- ประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานปฏิบัติต่างๆที่โปร่งใส และใส่ใจคุณภาพ
- กำหนดและดำเนินการตามมาตรฐานเด็กเล็กแห่งชาติ ฉบับเดียวกันทั้งประเทศ ไม่ควรมีหลายมาตรฐาน

ข้อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยโดยกลไกท้องถิ่น

1. การพัฒนากลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดระบบพี่เลี้ยงในชุมชนที่มีนักพัฒนาการมนุษย์ (ด้านเด็ก เยาวชนและครอบครัว)

2. ชุมชนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาให้เกิดสมัชชาครอบครัวประจำท้องถิ่น

3. ภาครัฐควรจัดสวัสดิการด้านสังคมเพื่อเกื้อหนุนให้ครอบครัวที่ยากลำบากทางเศรษฐกิจสามารถเลี้ยงลูกได้อย่างมีคุณภาพ

4. ชุมชนท้องถิ่นควรพัฒนาศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือ**ห้องเรียนพ่อแม่**ประจำท้องถิ่น

5. นักพัฒนาการมนุษย์ท้องถิ่นควรได้รับการพัฒนาการสนทนาแบบสุนทรียสนทนา และเป็นผู้นำที่จะสร้างการมีส่วนร่วมให้กับครอบครัว และหน่วยงานต่างๆในท้องถิ่นได้

6. ควรบูรณาการการทำงานดังที่เสนอข้างต้น ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อมุ่งคุณภาพชีวิตพลเมือง รวมทั้งเด็กและเยาวชน

7. ปรับปรุงระบบงบประมาณ (งบบูรณาการ) ของรัฐให้สามารถสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนในท้องถิ่นได้อย่างคล่องตัว มีการจัดสรรสัดส่วนงบประมาณในการพัฒนาคน กลไก และกิจกรรมของชุมชนท้องถิ่นอย่างพอเพียงและยั่งยืน

ข้อเสนอเร่งด่วนเพื่อแก้ไขสถานการณ์เด็กปฐมวัยในปัจจุบัน

1. ยกเลิกการสอบคัดเลือกทุกรูปแบบในช่วงเด็กปฐมวัย และไม่ส่งเสริมการประกวดหรือการแข่งขันใดๆ ในช่วงปฐมวัย

2. ท้องถิ่น ทั้งภาครัฐภาคเอกชน เร่งพัฒนาคุณภาพของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และสติปัญญา ผ่านโภชนาการที่ดี และการเรียนรู้ผ่านการเล่นเพื่อการพัฒนา

3. การบริหารจัดการช่วงรอยต่อทุกช่วงจากครรภ์มารดา สู่ครอบครัว สู่การดูแลติดตามในสถานพยาบาลสาธารณสุข สู่การจัดการเรียนรู้ไปโรงเรียนและชุมชน

4. เน้นการเรียนรู้ผ่านการเล่น (learning through play) เพื่อให้เด็กได้พัฒนาทักษะสมองได้ เรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีการคิดวิเคราะห์และคิดสร้างสรรค์ เข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น

5. ส่งเสริมการอ่านหนังสือนิทานก่อนนอน และส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมที่บ้านกับพ่อแม่ เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันของเด็ก

6. เสริมสร้างวินัยเชิงบวกบนพื้นฐานสัมพันธภาพที่ดี ให้เด็กรู้สึกปลอดภัยและเกิดความสำนึกด้วยตนเองถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นไม่ใช้การลงโทษรุนแรงไม่ว่าทางร่างกายหรือจิตใจ

7. ระมัดระวังการใช้เทคโนโลยีในเด็กปฐมวัย ไม่ให้เป็นเครื่องขัดขวางพัฒนาการ

8. การสอนภาษาสำหรับเด็กปฐมวัย ไม่ควรเร่งอ่านเขียน แต่ควรจัดประสบการณ์ทางภาษาให้สอดคล้องกับพัฒนาการการทำงานของสมอง และวิธีการเรียนรู้ของเด็ก

9. จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กปฐมวัย ของพ่อแม่ ผู้ปกครองและครูในรูปแบบศูนย์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน

ทั้งนี้ ปัจจุบันได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องออกมาแล้วจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2559 มติ 3 การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 พ.ศ. 2560 มติ 1 การพัฒนาพื้นที่เล่นสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษาโดยมีข้อเสนอต่อทั้งองค์กรภาครัฐในระดับต่างๆ และภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยในพื้นที่และการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะเด็กปฐมวัยและข้อเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (ก.พ.ป.) คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กยช.) คณะกรรมการศึกษาธิการจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขตเรื่องการพัฒนาพื้นที่เล่นสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตาม มติสมัชชาสุขภาพฯ ที่กล่าวมานี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเรื่องการพัฒนาการของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษาเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมดในเรื่องความไม่เป็นธรรมในสุขภาพด้านการศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดังนั้น จึงควรนำข้อเสนอจากการศึกษาฉบับนี้ไปพิจารณาเพื่อการต่อยอดการทำงาน และประสานการดำเนินงานร่วมกันอย่างบูรณาการต่อไป

ผลการศึกษาประเด็นเพศภาวะ

เพศและเพศภาวะกับความไม่เป็นธรรมในหลายมิติ

เพศภาวะ (Gender) หมายถึง ภาวะแห่งเพศที่ถูกกำหนดโดยสังคม วัฒนธรรมของชุมชนนั้น โดยเพศภาวะที่เราคุ้นเคยและถูกขัดเกลาหลอมสร้างกันมาก็คือความเป็นหญิง ความเป็นชาย ดังนั้นในอีกแง่มุมหนึ่งเพศภาวะจึงเป็นเรื่องของบทบาทในเรื่องต่างๆที่สังคมกำหนดให้กับสถานะทางเพศซึ่งมักดูจากเพศสรีระคือหญิงชาย แต่หากสังคมเกิดเปลี่ยนการกำหนดสถานะทางเพศว่าอาจมาจากองค์ประกอบอื่น ๆ นอกเหนือจากเพศสรีระ สถานะทางเพศก็จะมีเพิ่มมากขึ้น (เกย์ กะเทย ทอม ดี้เป็นต้น) อันจะนำไปสู่การกำหนดบทบาทเพศต่าง ๆ มากกว่าหญิงและชาย

ขณะที่เพศวิถี (sexuality) หมายถึง วิถีชีวิตทางเพศที่ถูกหลอมสร้างมาจากค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิธีคิด วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่รัก คู่ชีวิตในอุดมคติและกามกิจ ซึ่งเป็นระบบความคิดและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์เชิงสังคม[16] ดังนั้นเพศภาวะและเพศวิถีจึงมีความหลากหลายอย่างยิ่ง

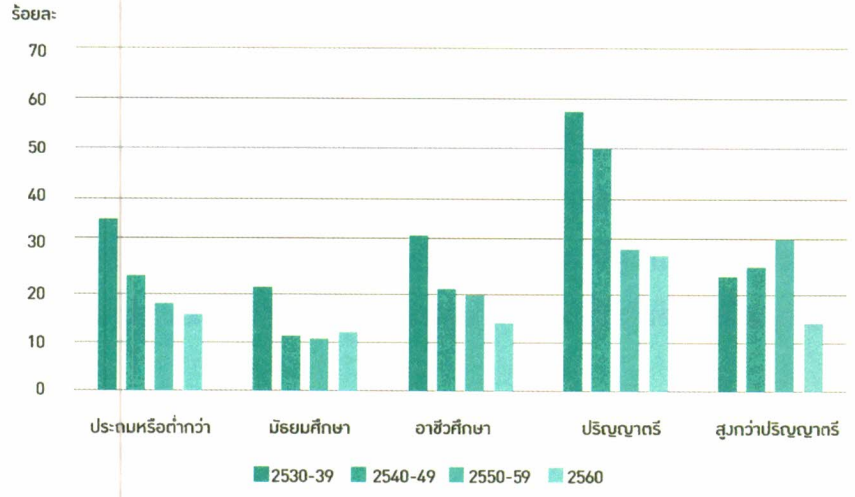
อย่างไรก็ตามปรากฏว่าสังคมไทยยังไม่สามารถรับมือกับความหลากหลายเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม ความไม่เป็นธรรมทางเพศจึงยังปรากฏอยู่ และนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอยู่เนือง ๆ

แม้จะมีความพยายามในการลดความไม่เป็นธรรมทางเพศในหลายปีที่ผ่านมา แต่ก็ปรากฏว่าในสังคมก็ยังมีอคติทางเพศอยู่ โดยเฉพาะความไม่เป็นธรรมที่เกิดกับเพศหญิง เช่น ความรุนแรงที่กระทำต่อผู้หญิง การขาดอำนาจในการตัดสินใจของผู้หญิง การแบ่งงานกันทำที่ระหว่างเพศ และรายได้ของผู้หญิงที่น้อยกว่าผู้ชาย **World Economic Forum (2016) ได้กำหนด Gender Gap Index ขึ้นเพื่อจัดลำดับประเทศตามความไม่เป็นธรรมทางเพศ ประเทศไทยอยู่ในลำดับ 71 จาก 144 ประเทศ** แม้จะ

ดีกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่นหรือเกาหลีใต้ แต่ก็น้อยกว่าประเทศในเอเชียหลายประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์ และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว[17]

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยรายงานว่า ในปีพ.ศ. 2560 ความแตกต่างของรายได้ระหว่างเพศชายและหญิง มีประมาณ 1,000-5,000 บาทต่อเดือน หรือคิดเป็นความแตกต่างร้อยละ 15 และความแตกต่างนี้จะชัดเจนขึ้นยิ่งเมื่อการศึกษาสูงขึ้น[18] (แผนภาพที่ 6)

แผนภาพที่ 6 ร้อยละของส่วนต่างของค่าจ้างระหว่างเพศชายและเพศหญิง



ที่มา: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2560)[18]

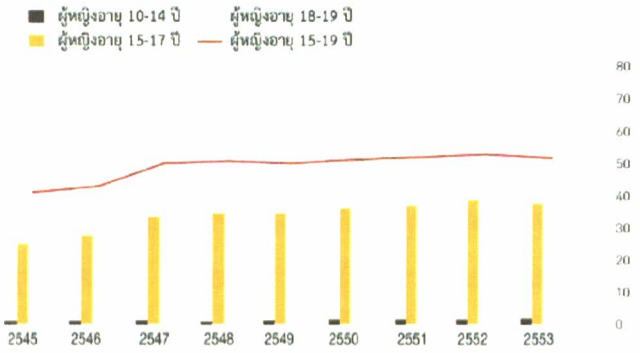
ในทางกลับกัน เพศชายมีภาวะการเจ็บป่วยมากกว่า และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงแม้มีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย แต่ในแง่ของคุณภาพชีวิตกลับด้อยกว่าเพศชาย ในวัยทำงานผู้หญิงจะมีอัตราการว่างงานสูงกว่าผู้ชายแม้จะมีการศึกษาสูงกว่าและตลาดแรงงานมองว่าการตั้งครรภ์เป็นการเพิ่มต้นทุนให้สถานประกอบการ[19]

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม: ปัญหาใหญ่ของสังคมไทย

นอกจากประเด็นความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจแล้ว ความแตกต่างด้านเพศภาวะยังส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตข้อมูลจากศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300 ระบุว่าการรับเรื่องร้องเรียนของศูนย์ช่วยเหลือสังคมยังมีเข้ามาเรื่อย ๆ ใน พ.ศ. 2554 มีทั้งหมด 2,101 ราย พ.ศ. 2555 มี 1,917 ราย และ พ.ศ. 2556 มี 3,048 ราย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 59 เป็นความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 19 เป็นความรุนแรงที่เกิดในเด็ก ร้อยละ 14 เป็นความรุนแรงในผู้หญิง ร้อยละ 5 เป็นความรุนแรงในผู้สูงอายุ และ ร้อยละ 3 เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในคนพิการ เมื่อเทียบสัดส่วนจะพบว่ากรณีที่เป็นการทำร้ายร่างกายพบในผู้หญิงมากกว่าเด็ก ส่วนกรณีความรุนแรงทางเพศจะพบในเด็กมากกว่าผู้หญิง[20]

นอกจากปัญหาด้านความรุนแรงทางเพศแล้ว อีกปัญหาหนึ่งที่กำลังเป็นที่สนใจของวงการสาธารณสุขไทย คือ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นปัญหาที่เพศหญิงต้องแบกรับโดยตรง ในทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2553 สูงถึง 50 รายต่อพันประชากร นับเป็นอันดับ 2 ของภูมิภาคอาเซียน (แผนภาพที่ 7)

แผนภาพที่ 7 แนวโน้มอัตราการเกิดต่อพันประชากรของหญิงไทย อายุ 10-19 ปี



ที่มา: HITAP (2015)[21]

การตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักเกิดในวัยรุ่น และส่งผลเสียต่อมารดาโดยตรง สตรีหลายคนเมื่อตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก็ไปรับบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย จากรายงานการเฝ้าระวังการทำแท้งของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยแท้งบุตรที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐยอมรับว่าเคยไปทำแท้งมาก่อน แล้วจึงมาโรงพยาบาลรัฐ เพราะเกิดภาวะแทรกภาวะแทรกซ้อนและพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ทำแท้งจนเกิดอาการแทรกซ้อนไปรับบริการที่ทำโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 21 พบมีอาการตกเลือดรุนแรง **ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังสัมพันธ์กับความไม่เป็นธรรมทางการศึกษา พบว่าร้อยละ 56 ของผู้หญิงที่ทำแท้งเรียนจบระดับปริญญาตรี และประมาณร้อยละ 30 ยังอยู่ระหว่างศึกษาอยู่**[22]

การยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้งยังเป็นเรื่องที่ทำได้ยากในสังคมไทยเพราะทัศนคติความเชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ และข้อจำกัดทางกฎหมาย ด้วยเพราะการทำแท้งยังเป็นเรื่องผิดกฎหมายอาญา โดยตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ตลอดระยะเวลาที่มีการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้และมีการปราบปรามจับกุมผู้กระทำผิดกฎหมายอยู่เนือง ๆ แต่อัตราการทำแท้งก็ไม่ได้ลดลง และก็ยังมีหญิงที่บาดเจ็บพิการหรือเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในทุกจังหวัดของประเทศไทย ทั้งที่เทคโนโลยี

เพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้พัฒนาเพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือยา Mifepristone ปัญหาเหล่านี้จึงเป็นที่มาของการเคลื่อนไหวขององค์กรภาครัฐและเอกชนหลายกลุ่มที่ รวม 68 องค์กร ที่ได้ยื่นข้อเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้มีการในที่ประชุมรับฟังความคิดเห็นประชาชนต่อในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในช่วงเดือนมีนาคม 2557 ให้ภาครัฐจัดบริการด้านป้องกัน/คุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวตลอดจนบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในทุกจังหวัด นอกจากนั้นต่อมา รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้น พระราชบัญญัติฉบับนี้โดยหลักการมุ่งช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ได้อย่างปลอดภัย เกิดการทำงานอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัตินี้เป็นเพียงหลักการ ในทางปฏิบัติยังต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ และกลไกหนุนเสริมทางสังคมอื่นๆอีกมาก

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ปัจจุบันได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มติ 8 การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมออกมาแล้ว ซึ่งได้มีข้อเสนอในเรื่องต่างๆ ไว้ อาทิ เสนอให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่นและเยาวชนทุกระดับการเสนอ ให้กระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนดำเนินงานพัฒนาการเรียนการสอนเพศศึกษา และจัดให้มีระบบรองรับการแก้ปัญหานักเรียน นักศึกษาที่ตั้งครรภ์ในระหว่างการศึกษา รวมถึงได้มีพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เกิดขึ้นแล้ว โดยที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานตามข้อเสนอในมติสมัชชาสุขภาพฯ แล้วในบางส่วน อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอให้ควรมุ่งเน้นการดำเนินงานในเรื่องต่อไปนี้ให้เข้มข้นมากขึ้น ได้แก่

1. รัฐบาลควรจัดตั้งคณะทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมระดับจังหวัด โดยเชิญภาคส่วนต่างๆ ทั้งองค์กรด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิการสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มแกนนำวัยรุ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาทำงานร่วมกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและลดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

2. มีการรณรงค์และอบรมให้ผู้ปกครองมีทักษะการพูดคุยเรื่องเพศกับลูก เพราะผู้ปกครองเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดบุตรหลานมากที่สุด

3. มีกลไกสนับสนุนให้สถานศึกษาสอนเรื่องทักษะชีวิต และเพศวิถีศึกษารอบด้าน โดยการบรรจุเรื่องดังกล่าวลงในหลักสูตรของสถานศึกษา มีการจัดการอบรมเตรียมความพร้อมให้แก่ครูเรื่องเพศศึกษา

4. มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงสถิติและเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบในเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างภาครัฐและเอกชนให้เข้าด้วยกัน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ รวมถึงข้อมูลการใช้บริการยุติการตั้งครรภ์

5. เร่งรณรงค์และให้สังคม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น รับรู้ถึงความรับผิดชอบและผลที่จะตามมาจากการกระทำของตัวเอง หากมีการตั้งครรภ์

6. มีการจัดหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และได้รับการรับรองโดยรัฐ ในการให้คำปรึกษาด้านการป้องกัน และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนดูแลรักษาผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทั้งทางร่างกายและจิตใจให้บริการนี้เข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่ม ทุกเศรษฐสถานะ

7. จัดให้มีระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพ และการศึกษา และสังคมโดยจัดระบบบริการที่เชื่อมโยงกัน ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และด้านสังคม แบบครบวงจร ให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถกลับไปศึกษาต่อได้ หรือได้รับการฝึกอาชีพและสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีสุขภาวะ

8. จัดให้มีพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กเยาวชนสร้าง ‘พื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเยาวชน’ โดยการจัดให้มีสถานที่ที่ดึงดูดวัยรุ่นและเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ เข้ามาใช้พื้นที่ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน เพื่อลดโอกาสการไปข้องแวะในพื้นที่เสี่ยงอื่น ๆ สร้างความตระหนักในคุณค่าของตัวเอง และมองเห็นจุดหมายในชีวิตชัดเจนขึ้น

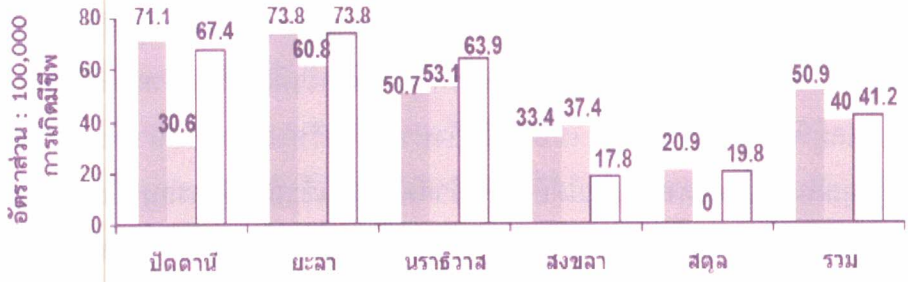
ผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชากรที่ถูกละเลย

เหตุการณ์ความรุนแรงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า 10 ปีส่งผลกระทบสำคัญต่อสถานะและการดำเนินชีวิตของผู้คนท้องถิ่นในละแวกนั้น เพราะต้องใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งและเสี่ยงภัย ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางตรงกลุ่มแรกคือผู้หญิงที่ต้องสูญเสียสามีบิดา บุตรชาย ญาติ หรือพี่น้อง และมิตรสหายผู้ใกล้ชิด หรือหากแม้ผู้ถูกทำร้ายไม่ถึงแก่ชีวิตแต่กลายเป็นผู้พิการทุพพลภาพ ผู้หญิงกลุ่มนี้จำนวนมากต้องเปลี่ยนสถานะเป็นหญิงหม้ายและหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับภาระหาเลี้ยงสมาชิกและดูแลผู้พิการในครอบครัว เมื่อคำนึงถึงประเด็นเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ **ผู้หญิงมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ยิ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์และการรับรู้ข้อควรปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยเจริญพันธุ์เกือบทุกด้านทั้งการคุมกำเนิดการแท้งและภาวะแทรกซ้อนโรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์ รวมถึงโรคเอดส์และมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ ผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้จึงเป็นกลุ่มที่ได้พบปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมาก**[23]

นอกจากนี้ผู้หญิงมุสลิมในพื้นที่ชายแดนใต้ยังต้องอยู่ภายใต้กฎหมายอิสลามว่าด้วยครอบครัวและมรดกและในหลายชุมชนมักมีกฎหมู่บ้านเฉพาะที่ ซึ่งกำหนดข้อปฏิบัติที่เข้มงวดกับผู้หญิงโดยเฉพาะผู้หญิงที่มาจากครอบครัวที่ยากจน มักเลือกไปคลอดกับหมอตำแย ด้วยความเชื่อที่ว่าถ้าคลอดแล้วลูกตายแม่จะขึ้นสวรรค์ ทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าถ้าคลอดปลอดภัยก็เลี้ยงลูกไปถ้าตายคลอดก็ได้ขึ้นสวรรค์ไป นอกจากนี้ก็ยังมีปัญหาและการละเมิดทางเพศในครอบครัวที่ไม่สามารถหยิบยกขึ้นมาพูดกันได้อย่างเปิดเผยในบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนที่สตรีถูกปลูกฝังว่าจะต้องพึ่งพิงสามีรวมถึงยกย่องสามีให้อยู่

ในฐานะเหนือกว่า และเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ จึงไม่น่าแปลกใจที่จากการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กในสามจังหวัดชายแดนใต้ ใน พ.ศ. 2558 พบว่าสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กในสามจังหวัดชายแดนใต้เข้าขั้นวิกฤติ มีอัตราส่วนมารดาตายจากการคลอดสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศถึง 3 เท่า[24] (แผนภาพที่ 8)

แผนภาพที่ 8 แผนภูมิแสดงอัตราส่วนการตายของมารดาใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2553 – 2556



ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2557)

ข้อเสนอแนะต่อการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมในสุขภาพของผู้หญิงมุสลิมในชายแดนใต้

1. ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการในชายแดนใต้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในสุขภาพกับผู้หญิงมุสลิม ซึ่งเกิดจากการทำงานระหว่างภาครัฐ ตัวแทนสตรี และตัวแทนทางศาสนา

2. มีการจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรสุขภาพที่เหมาะสมกับงานอนามัยแม่และเด็ก และกำหนดมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมและให้โควต้าเป็นกรณีพิเศษสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในพื้นที่ชายแดนใต้

3. มีการทำงานร่วมกันระหว่าง อิหม่ามโต๊ะบีแด อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้แกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ปรับทัศนคติสามีและภรรยาให้มีทัศคติที่ดีต่องานอนามัยเจริญพันธุ์ ให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกัน ต่างจากเดิมที่ให้ความรับผิดชอบทั้งหมดอยู่ที่สตรี

4. หน่วยงานระดับกระทรวง เช่น กรมอนามัยควรทบทวนตัวชี้วัดให้มีความยืดหยุ่นกับบริบทของพื้นที่ และควรมีการอบรมหรือการจัดการความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะแก่แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ให้มีความเข้าใจวิถีสตรีมุสลิม

5. รัฐควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้หญิงมุสลิม ให้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเจริญพันธุ์ในพื้นที่

6. รัฐควรเสริมสร้างกระบวนการชดเชยเยียวยาและคุ้มครองสตรี และบุคคลในครอบครัว ที่ได้รับความบอบช้ำทั้งทางร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต จากเหตุการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้

กลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศกับปัญหาที่ยังไม่ได้แก้ไข

นอกจากเพศชายหญิงแล้ว ประเทศไทยยังมีกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวนมาก ทั้ง lesbian (หญิงรักหญิง), gay (ชายรักชาย), bisexual l(คนรักสองเพศ), transgender (คนข้ามเพศ), intersex (เพศกำกวม) ซึ่งรวมกันเป็นกลุ่ม LGBTI ประชากรกลุ่มนี้นับเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยสาเหตุหลายประการ ทั้งจากอคติและการเลือกปฏิบัติทางสังคม และช่องว่างทางกฎหมาย

สถานการณ์สุขภาพของคนกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ส่วนใหญ่เป็นรายงานการศึกษาเฉพาะโรค จากข้อมูลของศูนย์วิจัยเอดส์ สภากาชาดไทยพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองมีอัตราการติดเชื้อเพศสัมพันธ์สูงกว่าคนทั่วไป คนติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากกว่าร้อยละ 50 เป็นกลุ่มชายรักชาย[25]

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพกายแล้ว สุขภาพจิตในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศยังเป็นประเด็นที่สำคัญ คนที่มองว่าตัวเองเป็นเพศกระแสหลักก็จะรู้สึกว่าสิ่งที่ตนเองแสดงออกนั้นถูกต้องและมองคนที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นสิ่งผิดปกติ ส่วนคนที่เป็นเพศกระแสรอง/ทางเลือก หรือหลากหลายทางเพศ ก็มักรู้สึกตัวว่ากำลังทำผิด รู้สึกผิด ประกอบกับสังคมก็มองว่าผิดไปจากสิ่งที่กำหนดแม้แต่เอกสาร สด.43 หรือใบตรวจรับรองทหารกองเกิน เป็นเอกสารทางราชการระบุว่ากะเทยเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตถาวร และถูกระบุว่า ‘เป็นโรคจิตวิกลจริต’[26]

ส่วนในกลุ่มหญิงรักหญิงในประเทศไทยพบว่ามีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 27.7 อันเนื่องมาจากการถูกล่วงละเมิดทางวาจาและการถูกปฏิเสธ[27] ส่งผลให้มีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดเพิ่มขึ้น 3–4 เท่าจากความเครียดเป็นเหตุจูงใจ[28] **คนข้ามเพศส่วนหนึ่งก็พยายามเข้าสู่บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเป็นบริการที่ดำเนินการโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ คนข้ามเพศส่วนนี้มักมีเศรษฐสถานะไม่ดีเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานวิชาชีพซึ่งมักมีเศรษฐสถานะดีกว่า โดยเฉพาะในเรื่องการรักษาด้วยฮอร์โมนการศัลยกรรมตกแต่งและการผ่าตัดแปลงเพศซึ่งไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพปกติ**

ปัจจุบันมีแนวโน้มในการยอมรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมากขึ้นในหลายๆองค์กร รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ระบุในมาตรา 30 ว่า‘*การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือ*

สังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็น ต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้' ซึ่งคำว่า 'เพศ' ที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 นั้นได้มีบันทึกเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญว่ารวมถึงกลุ่มบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศไว้ด้วย และเมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2558 ได้มีการประกาศใช้กฎหมายชื่อว่า '*พระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558*' กฎหมายฉบับนี้ไม่เพียงแต่ส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างเพศหญิงและเพศชายเท่านั้น แต่ยังได้คุ้มครองบุคคลผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วย โดยได้มีการสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการทำงาน 2 กลไก ได้แก่ (i) คณะกรรมการส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ (สทพ.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ โดยกรรมการนั้น ประกอบด้วยผู้ดำรงตำแหน่งต่างๆ ในส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน ซึ่งมาจากการแต่งตั้งของคณะรัฐมนตรี โดยเลือกจากผู้แทนองค์กรสตรีและองค์กรที่ทำงานด้านสิทธิความหลากหลายทางเพศ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติศาสตร์ สิทธิมนุษยชน สังคมศาสตร์ และจิตวิทยา โดยคณะกรรมการ สทพ. จะทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มาตรการ แผนงาน และดูแลสอดส่องให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างเพศและ (ii) คณะกรรมการวินิจฉัยการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ (วลพ.) คณะกรรมการชุดนี้ จะได้รับการสรรหาจากคณะกรรมการสทพ. ผู้ที่เข้ามาดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการชุดนี้เป็นผู้ที่มีความรู้และความสามารถในการวินิจฉัยประเด็นเรื่องร้องเรียนได้โดยทันที

พระราชบัญญัติดังกล่าวยังได้บังคับให้หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในการออกข้อบังคับต่างๆ ไม่ให้ขัดต่อเจตนารมณ์ของกฎหมาย กล่าวคือ ข้อบังคับต่าง ๆ นั้นจะเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุของความแตกต่างระหว่างเพศไม่ได้ นอกจากนั้น กฎหมายฉบับนี้ยังกำหนดให้มีกองทุนส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างเพศ และนำเงินจากกองทุนดังกล่าวไปช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเลือกปฏิบัติทางเพศ[29]

อย่างไรก็ตามยังมีช่องว่างทางกฎหมายในประเด็นอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ประเทศไทยยังไม่มีข้อกฎหมายเฉพาะที่อ้างอิงถึงวิถีทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศ, แม้กฎหมายไทยอนุญาตให้ผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีสามารถผ่าตัดแปลงเพศได้แต่ก็ไม่รับรองสถานะของบุคคลข้ามเพศภายใต้กฎหมายไทย ผู้ผ่าตัดแปลงเพศเป็นได้เพียงเพศชายหรือเพศหญิงตามเพศที่จดทะเบียนตั้งแต่กำเนิดและไม่ได้รับอนุญาตให้เปลี่ยนคำนำหน้าเพศทางกฎหมาย, กฎหมายไทยอนุญาตให้เฉพาะผู้ชายและผู้หญิงเท่านั้นจดทะเบียนสมรสกันได้และไม่อนุญาตให้บุคคลที่มีเพศเดียวกันจดทะเบียนสมรสหรือเป็นคู่ชีวิตได้ ทำให้อาจเกิดปัญหาในการจัดการสินสมรส สิทธิประโยชน์ด้านภาษีและค่าเลี้ยงดูหลังการหย่าร้าง และบุคคลที่มีเพศชายโดยกำเนิดทุกคนในประเทศไทยจะต้องเข้ารับการเกณฑ์ทหารแต่สาวประเภทสอง และคนข้ามเพศที่ได้รับการผ่าตัดแปลงเพศหรือการผ่าตัดอื่น ๆ ที่ทำให้มีลักษณะเป็นผู้หญิงจะไม่ได้รับอนุญาตให้รับราชการทหาร โดยคนกลุ่มนี้หากปฏิบัติหน้าที่อยู่ในกองทัพจะได้รับหนังสือปลดประจำการที่ให้เหตุผลว่าพวกเขามี‘ความผิดปกติทางจิตถาวร’ อย่างไรก็ตามสถานการณ์เรื่องนี้เริ่มดีขึ้น ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งได้เปลี่ยนการระบุเหตุผลในการปลดประจำการมาเป็น‘ภาวะความไม่พอใจในเพศตัวเอง’

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการความไม่เป็นธรรมในสุขภาพของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

1. ควรให้การคุ้มครองสิทธิบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในกฎหมายและในนโยบายระดับชาติทุกระดับ และสนับสนุนในการให้สิทธิทั้งในทางกฎหมายและสวัสดิการสังคมแก่ผู้มีความหลากหลายทางเพศให้เท่าเทียมกับกลุ่มคนรักต่างเพศ

2. ควรส่งเสริมการทำงานระหว่างองค์กรภาคประชาสังคมและเอกชนที่ทำงานในประเด็นหลากหลายทางเพศกับองค์กรภาครัฐ เพื่อขยายความร่วมมือเชิงรุกและยั่งยืนในการส่งเสริมความเสมอภาคและการปกป้องสิทธิของคนที่มีความหลากหลายทางเพศ

3. มีการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาในโรงเรียนโดยบรรจุบทเรียนเรื่องเพศภาวะ เพศวิถีและสิทธิมนุษยชนของผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างเป็นทางการ

4. ควรมีการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้สื่อมวลชนรักษาจรรยาบรรณของวิชาชีพ เพื่อป้องกันการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ เพราะสื่อมวลชนมีส่วนช่วยลดการตีตราและอคติทางสังคมต่อผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

5. ส่งเสริมให้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและการผลิตงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ รวมถึงมีการจัดทำชุดข้อมูลสุขภาวะของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ

ผลการศึกษาประเด็นสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง

สิ่งแวดล้อมในชุมชนกับสุขภาวะ

สภาพแวดล้อมของชุมชนเมืองมีอิทธิพลต่อสุขภาพและวิถีความเป็นอยู่ของประชาชนในแทบทุกมิติ ทั้งในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณภาพอากาศ คุณภาพน้ำดื่ม สถานที่ทำงาน ที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกันของครอบครัว สถานบริการทางสุขภาพ รวมทั้งสุขภาวะจากการประกอบอาชีพ[30, 31] อย่างไรก็ตามใช่ว่าประชาชนไทยทุกชนชั้นทุกเศรษฐสถานะ จะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ตัวอย่างของความไม่เป็นธรรมทางสิ่งแวดล้อม เช่น ครัวเรือนในเขตเมืองมีน้ำประปาใช้ภายในบ้านครอบคลุมในสัดส่วนที่สูงกว่าชนบทอย่างชัดเจน (ร้อยละ 98.2 สำหรับชุมชนในเขตเมือง และและร้อยละ 91.2 สำหรับชุมชนชนบท)[32] อย่างไรก็ตาม ในบางมิติ ชุมชนในเขตเมืองก็พบกับปัญหาสิ่งแวดล้อมมากกว่าชุมชนชนบท ปัจจัยหนึ่งอาจเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็วทำให้เกิดปัญหาความหนาแน่นของประชากรในเขตเมือง ปัญหาที่ดิน ความต้องการที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรม ภาวะว่างงาน ความยากจน และปัญหาสุขภาพอนามัย[33]

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ เพราะฐานะทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดสถานภาพทางสังคมและช่วงวัยมีผลต่อศักยภาพทางด้านร่างกายของบุคคล จึงทำให้รูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน จึงรับและตอบสนองต่อผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน[34] หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันแนวคิดนี้ เช่น การศึกษาของอำไพ แสนหมื่นและคณะ (2553) ได้รายงานกว่าชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ขาดอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา ขาดสุขลักษณะและพลานามัยที่ดี และผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพเท่าที่ควร จิรา แก้วดำ และคณะ (2556) พบว่าคนในชุมชนแออัดป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็น 6,250 และ 5,417 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศนอกจากนี้ ประชาชนในชุมชนแออัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อ

ปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากชุมชนแออัดเป็นชุมชนที่มีอาคารหนาแน่น ประชาชนอยู่อย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม จึงสั่งสมความเครียดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมลพิษ และขยะมูลฝอย กับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาวะ

มลภาวะทางอากาศ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ อันเกิดจากภาวะเรือนกระจก ทำให้อุณหภูมิพื้นผิวโลกสูงขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิสูงสุดต่ำสุดในแต่ละช่วงฤดูกาล และการขยับเลื่อนของฤดูกาล ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างมหาศาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่ต้องทำงานกลางแจ้ง กลุ่มคนไร้บ้าน คนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุ เป็นต้น[35] ข้อมูลทางอุตุนิยมวิทยาระหว่าง พ.ศ. 2513 ถึง พ.ศ. 2543 ชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงสภาวะอากาศในประเทศไทยว่าเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับสภาวะโลกร้อนนั่นคือมีวันในฤดูร้อนเพิ่มมากขึ้น และมีฝนตกลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงฤดูทำนาและฤดูเก็บเกี่ยวข้าว **นอกจากนี้ยังพบความผันผวนของสภาวะอากาศในประเทศไทยที่เป็นไปในรูปแบบภาวะฝนแล้ง และภาวะหมอกควัน ความเสี่ยงเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มชาวเกษตรกร ผู้สูงอายุ เด็กและผู้พิการมากที่สุด** เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีขีดความสามารถในการปรับตัวที่จำกัดและต้องมักอยู่ในภาวะพึ่งพิง[36] สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคจากความร้อนในประเทศไทยจำนวน 2,473 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ที่พบผู้ป่วยโรคจากความร้อน จำนวน 1,948 คน โดยกลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพผู้ปลูกพืชไร่และพืชสวน จำนวน 737 คน (ร้อยละ 29.8) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 503 คน (ร้อยละ 12.3) ซึ่งคนกลุ่มนี้เป็นผู้ที่จำเป็นต้องทำงานกลางแจ้งและไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความร้อนได้[37]

มลพิษทางอากาศเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญของประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก 10 ไมครอน (PM_{10}) ที่มีแหล่งกำเนิดจากหลายแหล่ง เช่น การจราจรบนถนน การขนส่งวัสดุ และฝุ่นจากกิจกรรมบดย่อยหิน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบตา และผิวหนัง ส่วนฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ก่อให้เกิดอันตรายอย่างรุนแรงต่อสุขภาพ เมื่อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ทางระบบทางเดินหายใจโดยตรงจะทำให้เกิดการระคายเคืองตา ระคายคอ แน่นหน้าอก หายใจถี่ หลอดลมอักเสบ เกิดหอบหืด ถุงลมโป่งพอง และอาจเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ และยังเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากทางเดินหายใจติดเชื้อ มะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด[38]

นอกจากนี้ หากฝุ่นละอองนั้นเกิดจากการรวมตัวของก๊าซบางชนิด เช่น ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ออกไซด์ของไนโตรเจน จะทำให้ฝุ่นละอองมีพิษมากขึ้น[39]

ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศ ปี พ.ศ. 2559 พบว่าจังหวัดที่มีจำนวนวันที่ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐานสูงที่สุดในประเทศไทย คือ จังหวัดสระบุรีในพื้นที่ตำบลหน้าพระลาน[40] และมีงานวิจัยหลายชิ้นที่ยืนยันว่าประชาชนที่อยู่อาศัยใกล้อุตสาหกรรมจะได้รับผลกระทบจากมลพิษอากาศและมีความเสี่ยงสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป เช่น สิทธิชัย มุ่งดี และคณะ (2549) พบว่า นักเรียนที่อยู่ใกล้อุตสาหกรรมเหมืองหิน มีอุบัติการณ์โรคระบบหายใจสูงกว่าและมีค่าสมรรถภาพปอดต่ำกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้อยู่ใกล้อุตสาหกรรมเหมืองหิน[41]

ธัญญรัตน์ ไชยคราม และสุเพชร จิรขจรกุล (2557) พบว่าในพื้นที่จังหวัดระยองซึ่งมีโรงงานอุตสาหกรรมมาก มีการแพร่กระจายของสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศทั่วไปสูงเกินกว่าค่ามาตรฐานถึง5 ชนิด คือเบนซีน (benzene), ไวนิลคลอไรด์ (vinyl chloride), ไดคลอโรอีเทน (1,2-dichloroethane), คลอโรฟอร์ม (chloroform) และ

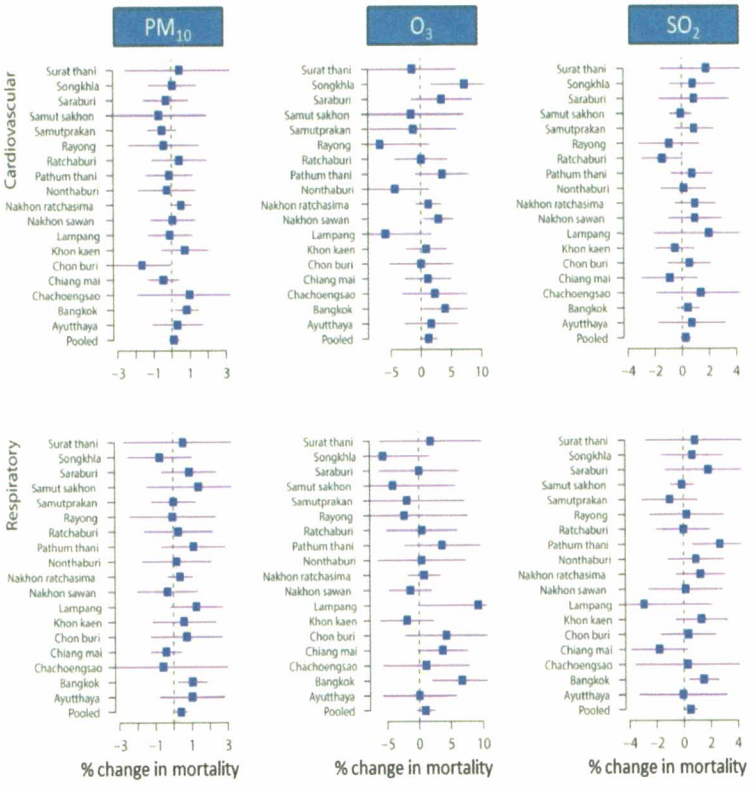
บิวตาไดอีน (1,3-butadiene) และมี 158 หมู่บ้านจาก 406 หมู่บ้าน (ร้อยละ 38.9) ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยจากสารอินทรีย์ระเหยเหล่านี้

นอกจากฝุ่นละอองจากอุตสาหกรรมแล้ว ประเทศไทยยังประสบภาวะคุกคามจากปัญหาหมอกควันในจังหวัดภาคเหนือตอนบนจากการเผาในที่โล่งของเกษตรกรเพื่อหาของป่าและเตรียมพื้นที่เพาะปลูก สิทธิชัย พิมลศรี และภวัต อารินทร์ (2553) ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาPM_{10} ในบรรยากาศพื้นที่จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ประมาณร้อยละ 19.8 มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยจาก PM_{10} เนื่องจากเด็กมีกิจกรรมกลางแจ้งและมีโอกาสสัมผัสฝุ่นละอองมาก อีกทั้งเด็กยังมีการเจริญเติบโตของร่างกายที่ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ มีภูมิคุ้มกันต่อโรคต่ำ[42]

สุรเชษฐ ชิระมณี (2557) พบว่าหมอกควันมีฝุ่นละอองขนาดเล็กและมีก๊าซพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและมีสารก่อมะเร็งและพบผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยจากฝุ่นละอองขนาดเล็กใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนในปีพ.ศ.2556 สูงกว่า 30,000 ราย[43]

Guo และคณะ (2014) ได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงมลภาวะทางอากาศใน 18 จังหวัดทั่วประเทศและได้รายงานว่า การมี PM_{10}, โอโซน (O_3) และ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2) ในอากาศที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการมีปัญหาสุขภาพทั้งระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น โดยตั้งแต่ พ.ศ .2542 ถึง พ.ศ. 2551 ปัญหาสุขภาพระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตอันเกิดจากมลพิษทางอากาศเพิ่มขึ้นในภาพรวมทั้งประเทศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมีความเด่นชัดในบางจังหวัด เช่น กรุงเทพมหานคร ฉะเชิงเทรา และปทุมธานี[44] (แผนภาพที่ 9)

แผนภาพที่ 9 การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในระบบไหลเวียนโลหิตและระบบทางเดินหายใจซึ่งสัมพันธ์กับมลภาวะทางอากาศ (PM10, O3 และ SO2) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2551



ที่มา: Guo และคณะ (2014)[44]

ปัญหามลพิษทางอากาศที่รายงานไว้ข้างต้น ส่งผลเสียต่อประชากรกลุ่มต่างๆไม่เท่ากัน นรุตตม์ สหนาวิน (2558) รายงานว่า ผู้ค้าขายริมถนนสุขุมวิทในกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับสารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs)[45] หรือ ศศิธร เรืองตระกูล และคณะ (2556) ระบุว่า พนักงานเก็บค่าผ่านทางพิเศษในเขตกรุงเทพมหานคร

มีแนวโน้มที่จะได้รับสารก่อมะเร็งจากมลภาวะทางอากาศ เช่น สารเบนซินและเอทิลเบนซินมากกว่าประชากรทั่วไป[46]

ปัญหาขยะมูลฝอย

สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นของประเทศไทยประมาณ 27 ล้านตัน หรือประมาณ 74,130 ตันต่อวัน ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดขยะมูลฝอยที่ 1.14 กิโลกรัมต่อคน ทั้งนี้ประชากรในแต่ละจังหวัดได้ประสบปัญหาขยะมูลฝอยไม่เท่ากัน รายงานจากสำนักงานกำจัดกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ระบุว่า กรุงเทพมหานครผลิตขยะมูลฝอยประมาณ 4.21 ล้านตันต่อปี หรือ ร้อยละ 16 ของขยะใหม่ทั้งหมดทั่วประเทศ[47]

ความแตกต่างด้านอาชีพและลักษณะงานส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากปัญหาขยะมูลฝอยเช่นกัน กลุ่มผู้ที่ได้รับกระทบทางสุขภาพจากขยะมากที่สุด คือ ผู้ที่สัมผัสขยะโดยตรงได้แก่ คนคุ้ยขยะ พนักงานเก็บขยะ คนขับรถซาเล้งและผู้ที่อยู่อาศัยใกล้แหล่งขยะ ซึ่งคนกลุ่มนี้มักอยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐสถานะไม่ดีนัก[48, 49] กลุ่มคนเหล่านี้จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับสารอันตรายจากขยะ เช่น แมงกานีสสูง รองลงมา คือ สารหนู ตะกั่ว และโครเมียม มากกว่าประชากรทั่วไป ข้อความนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิมาน ธีระรัตนสุนทร และคณะ (2560) ที่พบว่าคนเก็บขยะจากบ่อฝังกลบทุ่งท่าลาด จังหวัดนครศรีธรรมราชต้องสัมผัสกับขยะสกปรกโดยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคที่มาจากขยะ คนเก็บขยะเกือบทุกคนไม่สวมใส่ผ้าปิดจมูก ทำให้มีความเสี่ยงได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพจากการสัมผัสโลหะหนัก กลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง และเชื้อโรค ผลการศึกษายังพบความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะ พบปริมาณโลหะหนักในเลือด ได้แก่ ตะกั่ว โครเมียม และแคดเมียมนอกจากนั้นหทัยรัตน์ เสียงดังและชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา (2550) ระบุว่าผู้ที่อยู่อาศัยใกล้ที่ทิ้งขยะมักเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารเพราะในบริเวณพื้นที่กำจัดมีแมลงวันเป็นจำนวนมาก[50]

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง

จากการรวบรวมเอกสารข้างต้นพบว่า ข้อมูลเรื่องปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของคนไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด และขาดความต่อเนื่องในการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และไม่ได้มีรายละเอียดที่ชัดเจนในการเปรียบเทียบความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเนื่องมาจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และการเก็บข้อมูลแบบรายพื้นที่ไม่สะท้อนปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนด้อยโอกาสในพื้นที่ เช่น เปรียบเทียบระหว่างประชากรที่ร่ำรวยกับยากจนหรือเปรียบเทียบระหว่างความแตกต่างทางการศึกษาของประชากรในพื้นที่ชุมชนเมือง ดังนั้น ผู้ศึกษาเสนอให้

1. มีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเนื่องมาจากปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ โดยมีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน เช่น อาจเป็นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนการจัดทำรายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2543 มาก่อน และควรกำหนดตัวชี้วัดทางสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน โดยอาจอาศัยพื้นฐานงานวิจัยจากต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรปได้กำหนดตัวชี้วัดสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจำนวน 14 ตัวชี้วัด ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ housing-related inequalities, injury-related inequalities และ environmental-related inequalities โดยคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับประเทศไทย นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนงานให้มีการทำวิจัยเปรียบเทียบสถานะสุขภาพระหว่างกลุ่มคนที่มีสถานภาพทางสังคมต่างกันเมื่อได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งที่ดำเนินงานในภาครัฐและเอกชนเพื่อเป็นข้อมูลเชิงวิชาการในการขับเคลื่อนนโยบายในระยะยาว

2. การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรม ควรดำเนินการโดยให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม โดยอาจอาศัยกลไกของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรหลักของประเทศในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เช่น ใช้กลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือสมัชชาเฉพาะประเด็น/พื้นที่

3. ในปัจจุบันได้มีข้อเสนอเชิงนโยบายออกมาบ้างแล้วจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 มติ 1 การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน, สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มติ 4 การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ, สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 มติ 3 ระบบสุขภาพเขตเมือง: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม, สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2559 มติ 2 การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 พ.ศ. 2560 มติ 4 การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ตัวอย่างมาตรการที่เสนอมาแล้ว เช่น การส่งเสริมให้มีบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ด้านอนามัย และนักวิชาการรับผิดชอบทางด้านสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัย และรักษาสุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบมลพิษทางสิ่งแวดล้อมได้อย่างทันท่วงที การส่งเสริมการผลิตในภาคอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการลดปัญหาขยะมูลฝอย เช่น การจัดทำคู่มือ และการจัดตั้งกองทุนจัดการขยะในชุมชน มาตรการเหล่านี้หลาย ๆ เรื่องยังดำเนินการไม่ได้ดำเนินการอย่างเต็มที่หรือขาดการสนับสนุนที่ต่อเนื่องจึงควรเร่งดำเนินนโยบายและกำกับติดตามมาตรการดังกล่าวให้เข้มข้นมากขึ้น

ผลการศึกษาประเด็นเชื้อชาติ สัญชาติ และอัตลักษณ์เฉพาะ

อัตลักษณ์ ทำไมถึงสำคัญ

อัตลักษณ์ เป็นความพยายามของมนุษย์ที่จะนิยามและบ่งบอกตัวตนว่าเป็นใคร แตกต่างจากคนอื่น กลุ่มอื่น และสังคมอื่นอย่างไร โดยอัตลักษณ์นั้นถูกประกอบสร้างผ่านประสบการณ์ของปัจเจก กลุ่มคน หรือสังคมนั้น ๆ และมีพลวัตที่ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทของเวลา สถานที่ นโยบายทางการเมือง สังคมและวัฒนธรรม อัตลักษณ์มีความครอบคลุมตั้งแต่ลักษณะทางกายภาพของมนุษย์ ในด้านสีผิว รูปลักษณ์ทางร่างกาย และเพศสภาพ เป็นต้น และลักษณะทางวัฒนธรรมของมนุษย์ เช่น ภาษา ชาติพันธุ์ และสถานะทางเศรษฐกิจ

อัตลักษณ์เป็นหนึ่งในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยอัตลักษณ์อาจเป็นเครื่องมือในการต่อรองเชิงอำนาจของปัจเจก กลุ่มคน หรือสังคม ขณะเดียวกันอัตลักษณ์เองก็ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการกีดกันการเข้าถึงอำนาจและทรัพยากรได้ เช่น การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สวัสดิการขั้นพื้นฐาน และการศึกษา อัตลักษณ์จึงสัมพันธ์กับความไม่เป็นธรรมทางสังคมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

ในที่นี้จะกล่าวถึงกลุ่มบุคคลที่มีอัตลักษณ์ที่แตกต่างไปจากกระแสหลักคือ (i) กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ และชาติพันธุ์เฉพาะ และ (ii) กลุ่มคนพิการ ซึ่งอัตลักษณ์ที่อยู่นอกกระแสหลักของผู้คนในสังคมทั้งหลายนี้ เป็นส่วนหนึ่งทำให้กลุ่มประชากรนี้ถูกเรียกว่า คนชายขอบที่มีความเปราะบางทางสังคม การเป็นกลุ่มเปราะบางทำให้กลุ่มคนเหล่านั้นประสบกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์มากมาย ทั้งเรื่องข้อจำกัดการจ้างงาน การต้องอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะและการพบกับข้อจำกัดการบริการสาธารณสุข

ความไร้รัฐไร้สัญชาติและชาติพันธุ์เฉพาะ กับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ

การมีสัญชาติเป็นหลักประกันที่ทำให้บุคคลมีสิทธิมนุษยชนและมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้บุคคลมีสิทธิด้านการเมือง สามารถขอหนังสือเดินและเดินทางได้ และไม่ถูกจำกัดสิทธิในการเดินทางเข้าประเทศหรืออยู่อาศัยในประเทศของตนเอง กลุ่มบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถใช้สิทธิที่ควรได้รับจากรัฐหรือในฐานะพลเมืองได้ เนื่องด้วยไม่มีรัฐใด ๆ ให้การรับรอง ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ได้รับความไม่ธรรมทางสังคมและความไม่ธรรมทางสุขภาพมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง เนื่องด้วยไม่ได้รับการยอมรับทางด้านสถานภาพทางกฎหมาย ไม่ได้รับสิทธิที่ควรจะได้ในฐานะการเป็นพลเมืองของรัฐ ซึ่งมักจะเป็นกลุ่มบุคคลที่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกแสวงหาผลประโยชน์ และถูกกีดกันอนุสัญญาว่าด้วยสถานภาพคนไร้สัญชาติ ค.ศ. 1954 (Convention relating to the Status of Stateless Persons) ให้ความหมายของคนไร้รัฐไร้สัญชาติหมายถึงบุคคลที่ไม่ได้รับการพิจารณาให้เป็นคนชาติจากรัฐใดภายใต้บทบัญญัติกฎหมายของรัฐ[51] หรือกล่าวสั้น ๆ คือ บุคคลที่ไม่มีประเทศใดยอมรับว่าเป็นคนชาติของประเทศนั้นสำหรับประเทศไทย คนไร้รัฐหรือ stateless persons หมายถึงคนที่ไม่ถูกบันทึกรายการบุคคลในทะเบียนราษฎรของรัฐใดเลยบนโลก ส่วนคำว่า คนไร้สัญชาติ หรือ nationalityless persons หมายถึงคนที่ไม่ได้รับการบันทึกในสถานะคนถือสัญชาติของรัฐหนึ่ง ๆ ด้วยเหตุที่สองศัพท์นี้มีความทับซ้อนกันอยู่ จึงมักใช้แทนกันไปมา

จากฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร ของสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ระบุว่ามีกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับการรับรองในสัญชาติไทยที่ได้รับการจัดทำทะเบียนราษฎรและมีเลขประจำตัว 13 หลัก ซึ่งจะทำให้สามารถพิสูจน์ตัวบุคคลได้ชัดเจนแล้ว จำนวน 2,586,089 ราย ทั้งนี้จำนวน 488,105 คน หรือร้อยละ 19 ของกลุ่มคนดังกล่าวสถานะเป็นคนต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวหรือรอการกำหนดสถานะ/พิสูจน์สิทธิและสถานะ อันสามารถจำแนกได้เป็น (i) กลุ่มชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ 19

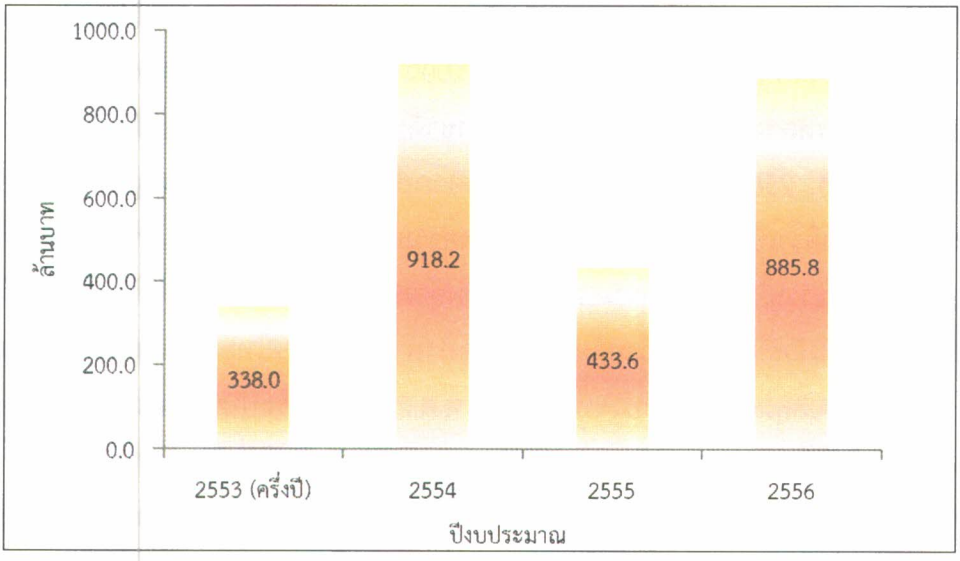
กลุ่ม และ (ii) บุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนซึ่งอยู่ระหว่างรอการแก้ไขปัญหาสถานะบุคคลและสัญชาติ[52]

แม้รัฐไทยได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติอย่างต่อเนื่อง ดังปรากฏจากหลักฐานที่ว่า กระทรวงมหาดไทยได้ทยอยรับรองสิทธิในสัญชาติไทยแก่บุคคลกลุ่มนี้ ในพ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2560 จำนวนกว่า 250,000 คน และให้สถานะคนเข้าเมืองโดยชอบธรรมด้วยกฎหมายกว่า 30,000 คน อีกทั้งประเทศไทยได้ร่วมกับสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติรณรงค์เพื่อยุติภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติภายใน พ.ศ. 2567 และได้รับการรับรองจากสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติว่าเป็นประเทศแนวหน้าที่แสดงความตั้งใจต่อการลดภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติอย่างเป็นรูปธรรม[53] แต่ตามความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอันเนื่องจากความไร้รัฐไร้สัญชาติยังมีอยู่ ที่เด่นชัดคือการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ แม้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทั้งประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ.2545 แต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังรอพิสูจน์สัญชาติและสถานะบุคคล จำนวน ซึ่งคาดการณ์ว่ามีมากกว่า 6 แสนคน แม้โดยข้อเท็จจริงประชากรกลุ่มนี้ได้อยู่อาศัยในประเทศไทยมาอย่างยาวนานและมีวิถีชีวิตกลมกลืนไปกับวัฒนธรรมไทยแล้ว หรือแม้กระทั่งเคยได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ช่วงก่อนปีพ.ศ. 2543 ก็ตาม[54]

เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 คณะรัฐมนตรีมีมติให้จัดตั้งกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิซึ่งทำให้กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิจำนวนกว่า 450,000 คน เข้าถึงการประกันสุขภาพและวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2558 ได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้มีการขยายการประกันสุขภาพต่อยอดจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อพ.ศ.2553 อีกกว่า 200,000 คน อย่างไรก็ตามนโยบายเหล่านี้ยังพบปัญหาในการดำเนินการ เช่น ความไม่แน่นอนของงบประมาณซึ่งสะท้อนว่ารัฐบาลไม่ได้ให้ความสำคัญของการจัดสรรสิทธิประกันสุขภาพให้กับกลุ่มคนไร้รัฐ

ไร้สัญชาติอย่างเพียงพอ รวมถึงปัญหาการไม่ทราบถึงสิทธิของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และการขาดความตระหนักรู้ในนโยบายของผู้ให้บริการสุขภาพ (แผนภาพที่ 10)

แผนภาพที่ 10 งบประมาณของกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิในพ.ศ. 2553 – 2556



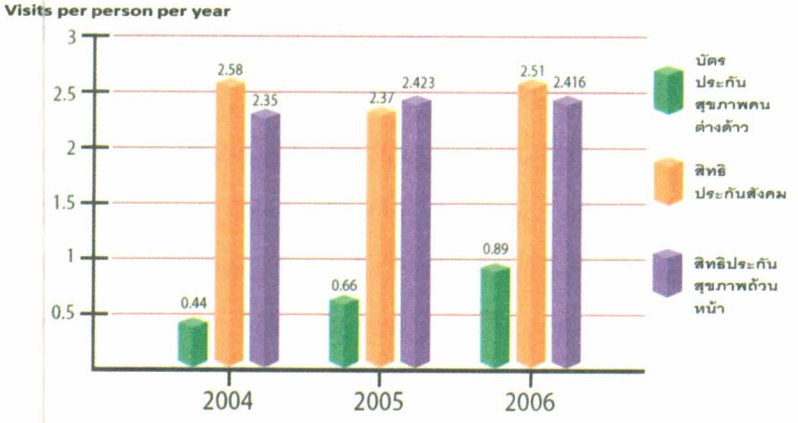
ที่มา: ประยุกต์จากระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์และคณะ (2559)[55]

นอกจากนั้น แม้จะมีนโยบายออกมาจำนวนมาก ข้อกำหนดของนโยบายหลายอย่างก็ยังมีช่องโหว่ ทำให้ประชากรไร้รัฐไร้สัญชาติอีกจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะที่ตกสำรวจไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการของภาครัฐได้ เช่น มติคณะรัฐมนตรี พ.ศ. 2553 ในเรื่องสิทธิประกันสุขภาพ ยังไม่ได้ครอบคลุมนักเรียนไร้รัฐในสถานศึกษาที่เรียกว่าเด็กเลข G ทั้งหมด

ปัญหาที่เกิดกับกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติ เป็นภาพสะท้อนส่วนหนึ่งของปัญหาที่เกิดจากความแตกต่างทางชาติพันธุ์ ประชากรต่างด้าวก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่พบปัญหาดังกล่าว ปัจจุบันคาดว่ามีแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายในประเทศไทยกว่า 3 ล้านคน แต่ในจำนวนนี้ มีเพียงประมาณ 1.5 ล้านคนที่ได้รับการขึ้นทะเบียนคนต่างด้าวในระบบ One Stop Service ของรัฐบาล[56]

แม้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว แต่นโยบายดังกล่าวก็ยังพบปัญหาหลายประการ เช่น การที่ประชากรส่วนหนึ่งไม่มีรายได้เพียงพอที่จะซื้อบัตรประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลหลายแห่งปฏิเสธการขายบัตรประกันสุขภาพ การไม่ได้มีกฎหมายชัดเจนว่า นายจ้างต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายของการซื้อบัตรประกันสุขภาพเพียงใด รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องการจ้างล่ามคนต่างด้าวในสถานพยาบาล[56, 57] ทั้งนี้รวมไปถึงปัญหาคอร์รัปชั่นจากเจ้าหน้าที่รัฐและการถูกเอารัดเอาเปรียบจากนายหน้าในการพาไปลงทะเบียนเพื่อให้ได้ใบอนุญาตทำงานคนต่างด้าวเองบางส่วนก็ไม่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ กลุ่มที่ซื้อบัตรก็มักจะเป็นผู้ที่เจ็บป่วยหนักแล้ว[56] ทำให้อัตราการใช้บริการโดยรวมต่ำ และส่งผลให้เกิดภาระค่ารักษาพยาบาลค้างจ่ายในสถานพยาบาลบางแห่ง ในกรณีที่คนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพมารับบริการแล้วไม่สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของตนเองได้[56, 58] (แผนภาพที่ 11)

แผนภาพที่ 11 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกระหว่างผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าว เปรียบเทียบกับสิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: ประยุกต์จากสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ (2552)[58]

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจากความไร้รัฐไร้สัญชาติ/ชาติพันธุ์เฉพาะ

1. ภาครัฐควรส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการทางสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชนสำหรับกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่อยู่ระหว่างการพิสูจน์ และพัฒนาสิทธิ เช่น เด็กรหัส G ผู้เฒ่าไร้สัญชาติ ประกอบด้วยชุดสิทธิประโยชน์ให้มีความเท่าเทียมกับประชากรสัญชาติไทย ด้วยข้อเท็จจริงบุคคลกลุ่มนี้อยู่อาศัยและเติบโตมาในประเทศไทยอย่างยาวนาน

2. เร่งดำเนินการพัฒนา และพิสูจน์สถานะทางทะเบียน/สัญชาติของกลุ่มที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ตกหล่นจากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 และวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2558 เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้ได้รับการประกันสุขภาพโดยเร็ว ระหว่างนี้ก็มีกลไกรองรับผู้ที่ตกหล่นอยู่ เช่น การจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอให้กับสถานพยาบาลในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มคนที่ตกหล่นทาง

ทะเบียนได้อย่างต่อเนื่อง หรือการสร้างช่องทางให้ผู้ที่ตกหล่นสามารถยื่นเรื่องต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว

3. เร่งประชาสัมพันธ์นโยบายการเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพให้กลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติได้รับรู้มากขึ้น และเน้นย้ำการมีอยู่ของนโยบาย และทำความเข้าใจการดำเนินนโยบายให้ตรงกันกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ทั้งเจ้าหน้าที่ปกครองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ผลักดันให้มีกลไกหารือเชิงนโยบาย ระหว่างฝ่ายปกครอง และสาธารณสุขในทุกระดับ ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้กำหนดนโยบาย เพื่อสร้างความเข้าใจและจุดหมายร่วมกัน โดยเน้นหลักมนุษยธรรม เมื่อมีความเข้าใจร่วมกันแล้วก็อาจนำไปสู่การออกมาตรการที่เป็นรูปธรรม หรือปรับปรุงกฎหมายหรือระเบียบบางอย่างที่ยังจำกัดสิทธิและส่งเสริมให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสุขภาพของคนไร้รัฐไร้สัญชาติ เช่น การปรับปรุงนิยาม‘คนไทย’ที่เป็นผู้ทรงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เสียใหม่ให้ครอบคลุมคนไร้รัฐไร้สัญชาติด้วย เพื่อให้ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง หรือปรับปรุงเกณฑ์การขอแปลงสัญชาติให้มีความเหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาสิทธิมากขึ้น เช่น ในกลุ่มผู้เฒ่าไร้สัญชาติ อาจพิจารณาปรับเกณฑ์อายุที่สามารถขอแปลงสัญชาติได้มาอยู่ที่ 60 ปีจากเดิมที่กำหนด 65 ปี หรือปรับปรุงเกณฑ์อายุในการสืบพยานของคนที่จะมาเป็นพยานในการรับรองสัญชาติของผู้เฒ่าไร้สัญชาติซึ่งปัจจุบันกำหนดไว้ค่อนข้างสูง นั่นคือ บุคคลที่จะยืนยันการเกิดของได้ต้องมีอายุมากกว่าผู้เฒ่า 15 ปีขึ้นไป

5. มีการสนับสนุนกลไกที่จะส่งเสริมให้คนไร้รัฐไร้สัญชาติ และประชากรต่างด้าวได้รับรู้ในสิทธิของตน เช่น การพัฒนา‘ล่ามชุมชน’ การปรับปรุงข้อกำหนดทางกฎหมายให้เอื้อต่อการที่สถานพยาบาลสามารถจ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวได้อย่างถูกต้อง มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านการประกันสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิและประชากรต่างด้าว ดำเนินการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้นและส่งต่อ และสามารถดำเนินกิจกรรมเผยแพร่ความรู้และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนเป้าหมาย

6. พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนคนต่างด้าวให้สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงง่าย ลดการพึ่งพานายหน้ารวมถึงเร่งรัดให้การพิสูจน์สัญชาติเสร็จสมบูรณ์โดยเร็ว พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลตกอยู่ในภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติอีก

7. มีการกำหนดนโยบายดูแลสุขภาพพื้นฐานให้กับประชากรทุกกลุ่มไม่ว่าจะมีประกันสุขภาพหรือไม่ และไม่ขึ้นกับสถานะสัญชาติ โดยมีงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเพียงพอเพื่อไม่ให้เกิดภาระงบประมาณแก่สถานพยาบาล

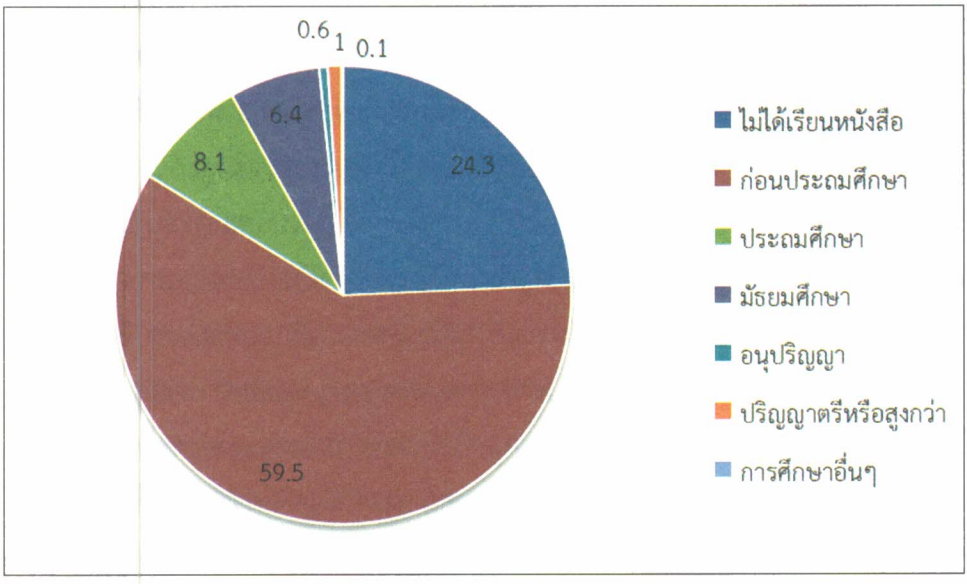
ความพิการ: อัตลักษณ์ที่กีดกันการเข้าถึงสุขภาวะและความไม่เป็นธรรมที่ดำรงอยู่

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 มาตรา 4 คนพิการ หมายถึง *'บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป'* จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย ณ วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2560 พบว่ามีคนพิการที่มีบัตรประจำตัวทั่วประเทศ จำนวน 1,808,524 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 ของประชากรทั้งประเทศ โดยเป็นเพศชาย 953,541 คน (ร้อยละ 52.7) และเพศหญิงจำนวน 854,984 คน (ร้อยละ 47.3)

สาเหตุของความพิการมีความหลากหลาย ทั้งจากการเจ็บป่วยและโรคต่างๆในภายหลัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ ข้อสันหลังอักเสบ โรคติดเชื้อ เบาหวาน และลมชัก และจากความพิการแต่กำเนิด อันเนื่องจากความผิดปกติของกรรมพันธุ์ หรือการเจ็บป่วยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์

คนพิการนอกจากจะได้รับความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันแล้ว ยังต้องพบกับความเหลื่อมล้ำในหลายประเด็น คนพิการมักเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาน้อยกว่าประชากรทั่วไปในภาพรวม จากจำนวนคนพิการทั้งหมดกว่า 1.8 ล้านคน กว่าร้อยละ 80 ได้รับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา และมีกว่าร้อยละ 24.3 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ขณะที่มีเพียงร้อยละ 1 ที่ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ในด้านการประกอบอาชีพของคนพิการ พบว่าจำนวนคนพิการที่อยู่ในวัยแรงงาน มีประมาณ 800,000 คน ในจำนวนนี้กว่า สามในสี่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพไม่ได้ ปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นดังการเข้าไม่ถึงระบบการศึกษาคนพิการ ซึ่งรากเหง้าของปัญหาคือการเข้าไม่ถึง ข้อมูลข่าวสาร ขาดองค์ความรู้ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงระบบการศึกษา และรูปแบบสวัสดิการที่ยังไม่ตอบสนองครอบคลุมความหลากหลายของคนพิการ เช่น คนตาบอดที่ไม่สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่ยังไม่ได้รับการแปลงเป็นอักษรเบรลล์หรือหนังสือเสียง คนพิการทางสติปัญญาต้องการการเรียนการสอนแบบพิเศษ ซึ่งอาจต้องอาศัยสิ่งอำนวยความสะดวกที่ราคาแพง แต่คนพิการส่วนใหญ่มีฐานะยากจนเกินกว่าจะดูแลค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้และการขาดกลไกทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของคนพิการ เช่น การขึ้นรถบริการขนส่งสาธารณะ หรือภูมิสถาปัตยกรรมที่ไม่เหมาะสม (แผนภาพที่ 12)

แผนภาพที่ 12 สัดส่วนของผู้พิการจำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ.2550



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550)[59]

การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (community-based rehabilitation: CBR)[60] เป็นแนวทางหนึ่งที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ริเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2521 เพื่อให้คนพิการในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำและปานกลางสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่างๆ ด้วยการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุด สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการด้าน CBR ในปี พ.ศ. 2526 โดยนำคู่มือฝึกคนพิการขององค์การอนามัยโลกมาเป็นแนวทางในการฝึกคนพิการในชุมชน และจัดอบรมการดำเนินงานCBR แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 ยังได้ริเริ่มโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบด้าน CBR อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังขาดกลไกที่เป็นจุดจัดการด้าน CBR แบบเบ็ดเสร็จ (การประเมิน, การดำเนินการ, การอบรมบุคคลากร, การซ่อมบำรุงอุปกรณ์อำนวยความสะดวก, และการให้บริการอื่น ๆ) ที่ครอบคลุม CBR ทั้ง 5 ด้าน (ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านความเป็นอยู่ ด้านสังคม

และด้านการเสริมพลัง) และครอบคลุมความพิการทุกประเภทแม้ในปัจจุบันประเทศไทยจะมีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปกว่า 1,096 แห่ง แต่โดยมากยังไม่สามารถจัดการ CBR ได้อย่างครบวงจร ฐานข้อมูลคนพิการของหน่วยงานต่างๆยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเนื่องจากความพิการ

ความพิการเป็นอัตลักษณ์ทางสังคมที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม อันจะนำไปสู่ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพต่อไป คนพิการมีอุปสรรคในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ อุปสรรคในการศึกษาเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และการเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมต่างๆหน่วยงานภาครัฐหลักที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาวะคนพิการ ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงคมนาคม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงสาธารณสุข ต้องทำงานร่วมกันอย่างเต็มที่ รวมถึงร่วมมือกับภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาวะคนพิการ ในเรื่องนี้ได้เคยมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 มติ 2 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 มติ 10 เร่งรัดการสร้างเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ รวมถึงได้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ ซึ่งเกิดขึ้นจากมติสมัชชาสุขภาพฯ ดังกล่าวแล้ว อย่างไรก็ตาม พบว่าการดำเนินงานในบางเรื่องนั้นควรมีการเร่งรัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยเฉพาะการดำเนินงานในเรื่องต่อไปนี้

1. ภาครัฐควรกำหนดเป้าหมายให้สนับสนุนให้สังคมไทยเป็น‘สังคมเพื่อคนทั้งมวล’ (inclusive society) โดยการสนับสนุนให้คนพิการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการเติมเต็มสวัสดิการที่เหมาะสมกับมิติความหลากหลายของคนพิการ เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำทั้งระหว่างคนพิการและประชากรทั่วไปและในกลุ่มคนพิการเอง

2. จัดสวัสดิการสำหรับคนพิการให้มีความเหมาะสมตามลักษณะความพิการ, เพศ, ช่วงอายุ และสถานะทางเศรษฐกิจ เช่น การสนับสนุนด้านการศึกษาสำหรับคนพิการที่อยู่ระหว่างการศึกษา, การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับคนพิการสูงอายุการสนับสนุนด้านการเรียนรู้ตามศักยภาพที่มีอยู่จริงของคนพิการ และการสนับสนุนอุปกรณ์แก้ไขความบกพร่องในการเรียนรู้ โดยอาศัยแนวทาง whole-of-government approach และสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

3. กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ที่หลากหลายแก่คนพิการ เช่น กำหนดให้มีหนังสืออักษรเบรลล์คนตาบอด และหนังสือเสียงสำหรับคนตาบอด

4. ส่งเสริมให้เกิดการผลิตบุคลากรล่ามภาษามือที่ได้มาตรฐานและเพียงพอต่อความต้องการ และส่งเสริมให้เกิดการใช้คำบรรยายใต้ภาพที่ได้มาตรฐานสำหรับคนหูหนวกในทุกสื่อสาธารณะ

5. ส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเมืองอย่างเท่าเทียมกับประชากรอื่นๆ และส่งเสริมให้คนพิการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

6. บังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนคุณภาพชีวิตคนพิการอย่างจริงจัง เช่น พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2550 กฎกระทรวงมหาดไทยกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548 กฎกระทรวงคมนาคมกำหนดลักษณะหรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือบริการขนส่งฯพ.ศ. 2556 ประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เรื่องการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของคนพิการให้เข้าถึงหรือรับรู้และใช้ประโยชน์จากรายการของกิจการโทรทัศน์ พ.ศ.2559 พร้อมทั้งพัฒนากลไกกำกับติดตามการนำกฎหมายไปสู่การปฏิบัติ

7. รัฐต้องสนับสนุนให้เกิดกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน หรือ CBR แบบเบ็ดเสร็จและมีประสิทธิภาพทั่วประเทศมาตรการที่เป็นรูปธรรม เช่น พัฒนาศักยภาพศูนย์บริการคนพิการทั่วไปให้เป็นกลไกในการจัด CBR ที่ได้มาตรฐานตามแนวทางที่กำหนด ครอบคลุมทุกตำบลทั่วประเทศไทย

ผลการศึกษาประเด็นการจ้างงาน

ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในแรงงานนอกระบบ

'การจ้างงาน'เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาวะของบุคคล ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพรวมถึงความไม่เป็นธรรมทางสังคมทั้งหลายล้วนมีผลมาจากปัจจัยเรื่องการจ้างงานไม่มากก็น้อย การศึกษาของนภาพร อติวานิชยพงศ์ และคณะ (2556)[61] ระบุว่า ความไม่เป็นธรรมของแรงงานกลุ่มต่างๆมีสาเหตุมาจาก 4 ลักษณะ คือ

1. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากรูปแบบการจ้างงาน

รูปแบบการจ้างงานที่แตกต่างกันมีผลต่อความไม่เป็นธรรมที่ลูกจ้างแต่ละประเภทได้รับจากการทำงาน โดยเฉพาะในด้านหลักประกันความมั่นคงในการทำงาน สภาพการจ้างและสวัสดิการและค่าตอบแทนจากการทำงาน การมีรูปแบบการจ้างงานที่หลากหลาย ทั้งการจ้างแรงงานประจำที่มีสัญญาจ้างชัดเจน การจ้างงานในระบบเหมาช่วงการผลิต (Sub-contract) และการจ้างงานชั่วคราว (precarious labour) บางประเภทเป็นการจ้างแรงงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครองจากกฎหมายแรงงานและกฎหมายประกันสังคม เมื่อเกิดปัญหาจากการทำงานและส่งผลต่อสุขภาพ จึงมีความเสี่ยงมากกว่าแรงงานกลุ่มอื่นๆในการเข้าไม่ถึงการคุ้มครอง เช่น ในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ทำเกษตรระบบพันธสัญญา ต้องเร่งปริมาณการผลิตให้ทันเวลาที่กำหนดส่ง ส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและความเครียดจากการทำงานได้ง่าย

2. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากระบบค่าจ้างหรือค่าตอบแทน

ค่าจ้างนับเป็นปัจจัยสำคัญมากที่ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ระบบค่าจ้างไม่ได้มีเฉพาะค่าจ้างขั้นต่ำ แต่ยังมีอัตราค่าจ้างตามมาตรฐานฝีมืออัตราค่าจ้างที่กำหนดในสถานประกอบการแต่ละแห่ง และอัตราค่าจ้างรายชิ้นที่มีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ไม่เป็นไปตามหลักการมาตรฐานการกำหนดค่าจ้างขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ที่กำหนดว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำต้องพอเพียงสำหรับการเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างและสมาชิกในครอบครัวอีก 3 คน ทำให้แรงงานต้องทำงานล่วงเวลาเพื่อหารายได้ให้เพียงพอต่อการครองชีพ ส่งผลต่อชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และปัญหาด้านสุขภาพติดตามมา

3. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการไม่เท่าเทียมกัน

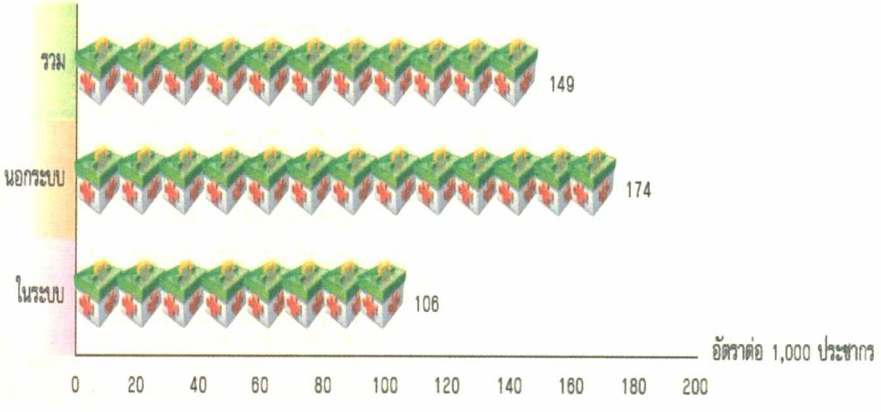
สืบเนื่องจากการมีรูปแบบการจ้างงานที่แตกต่างกัน ทำให้แรงงานแต่ละประเภทเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการที่ต่างกัน เช่น แรงงานที่ทำการผลิตในบ้าน ไม่ได้รับสวัสดิการชดเชยในกรณีการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ในขณะเดียวกันลูกจ้างประจำในโรงงานที่จ้างเหมาช่วงได้รับค่าจ้างเป็นรายวันตามกฎหมาย ค่าจ้างขั้นต่ำ และได้รับสวัสดิการชดเชยการเจ็บป่วยจากการทำงานจากกองทุนเงินทดแทน นอกจากนี้ยังได้สวัสดิการที่โรงงานจัดให้ (Workfare) แม้ว่าจะทำงานผลิตสินค้าแบบเดียวกันผู้รับงานไปทำที่บ้านทุกอย่าง

4. ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากการเข้าไม่ถึงอำนาจการรวมกลุ่มและเจรจาต่อรอง

ในกรณีของแรงงาน นอกจากการต่อรองกับรัฐเพื่อให้มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เป็นธรรมต่อกลุ่มแรงงานแล้ว แรงงานซึ่งเป็นลูกจ้างจำเป็นต้องมีอำนาจการต่อรองกับนายจ้าง เพื่อให้ได้รับค่าจ้าง สภาพการจ้างและสวัสดิการที่เป็นธรรมอีกด้วย สามารถที่จะเรียกร้องรัฐหรือเรียกร้องนายจ้างได้ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนในกลุ่มอาชีพอื่นๆ แรงงานค่อนข้างมีภาพลักษณ์ของการมีอำนาจการต่อรองผ่านการมีกฎหมายรองรับการรวมตัวในรูปแบบของสหภาพแรงงาน อย่างไรก็ตามแรงงานไทยโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบยังมีอำนาจการต่อรองไม่มากนัก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมือง เช่น กลุ่มจัดตั้งของนายจ้าง

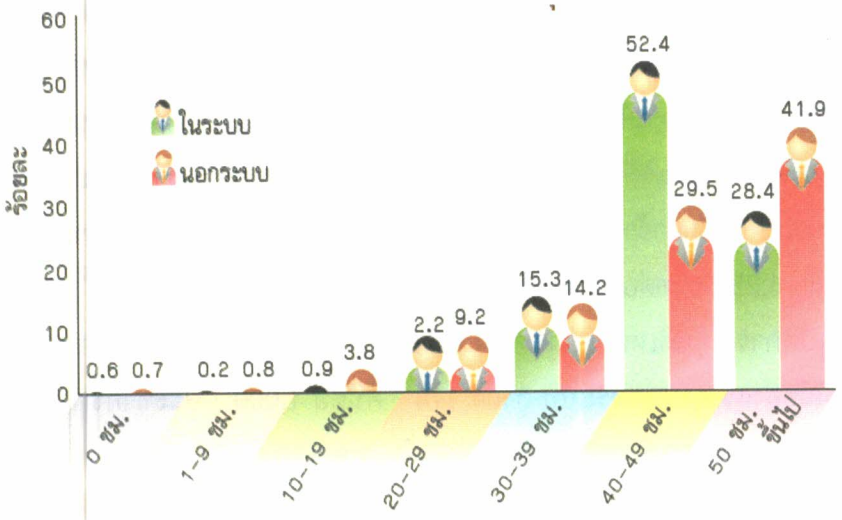
จากข้อมูลดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่า ผู้ที่อยู่ในการจ้างงานนอกระบบมีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพหลายประการ ซึ่งในประเทศไทยมีแรงงานนอกระบบค่อนข้างมาก สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ในปีพ.ศ. 2560 มีแรงงานนอกระบบมากกว่า 20.8 ล้านคน หรือร้อยละ 44.8 ของจำนวนแรงงานทั้งหมด[62] หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดกับแรงงานนอกระบบ เช่น เมื่อเปรียบเทียบค่าจ้างเฉลี่ยต่อเดือนของแรงงานนอกระบบกับแรงงานในระบบ พบว่า แรงงานในระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ย 14,776 บาทต่อเดือน ขณะที่แรงงานนอกระบบได้รับค่าจ้างเฉลี่ย 6,250 บาทต่อเดือน ความแตกต่างนี้คิดเป็นประมาณ 2.4 เท่า[62] แรงงานในระบบมีอุบัติการณ์อุบัติเหตุจากการทำงาน 106 คนต่อ 1,000 ประชากร ขณะที่อุบัติการณ์ของแรงงานนอกระบบ สูงถึง 174 คนต่อ 1,000 ประชากร นอกจากนี้ แรงงานนอกระบบกว่าร้อยละ 41.9 ต้องทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่มีแรงงานในระบบเพียงร้อยละ 28.4 ที่ทำงานนานกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์[63] (แผนภาพที่ 13 และ 14)

แผนภาพที่ 13 อุบัติการณ์อุบัติเหตุจากการทำงานเปรียบเทียบระหว่างแรงงานในระบบและนอกระบบ พ.ศ. 2551



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2553)[63]

แผนภาพที่ 14 ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เปรียบเทียบระหว่างแรงงานในระบบและนอกระบบ พ.ศ. 2551



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2553)[63]

แม้ในประเทศไทย จะมีกฎหมายคุ้มครองคนแรงงานจำนวนมาก การบังคับใช้กฎหมายเหล่านั้นยังมีปัญหา โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ประเด็นเรื่องการจ้างงานยังสัมพันธ์กับ เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG) เป้าหมายที่ 8 เรื่อง 'ส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่องครอบคลุมและยั่งยืน มีการจ้างงานที่มีคุณค่า' กำหนดเป้าหมายว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ต้องการให้เกิดการจ้างงานเต็มรูปแบบและมีประสิทธิภาพ และการทำงานที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงและผู้ชายทุกคนทั้งนี้หลักการ 'การจ้างงานที่มีคุณค่า' ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ระบุไว้ว่าหมายถึง งานซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการเกี่ยวกับชีวิตการทำงานของมนุษย์ในด้านต่างๆ 8 ด้าน ประกอบด้วย การมีโอกาสและรายได้ (opportunity and income), การได้รับสิทธิ (rights), การได้แสดงออก (voice), การได้รับการยอมรับ (recognition), ความมั่นคงของครอบครัว (family stability), การได้พัฒนาตนเอง (personal development), การได้รับความยุติธรรม (fairness)

และการมีความเท่าเทียมทางเพศ (gender equality) ซึ่งการสร้างงานที่มีคุณค่าได้นั้นประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 4 ประการ คือ (i) การส่งเสริมสิทธิขั้นพื้นฐานในการทำงาน ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม ห้ามการบังคับใช้แรงงาน คุ้มครองแรงงานเด็ก การห้ามเลือกปฏิบัติ และสิทธิรวมตัวและการเจรจาต่อรองร่วม, (ii) การส่งเสริมศักยภาพการมีงานทำ ได้แก่ การมีงานทำที่มั่นคงต่อเนื่อง การพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน การเข้าถึงตลาดและสินเชื่อ ฯลฯ, (iii) การขยายความคุ้มครองทางสังคม ได้แก่ การมีหลักประกันสังคม ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัยที่มั่นคง ฯลฯและ (iv) การมีผู้แทนและการมีส่วนร่วม (social dialogue)[64]

การบังคับใช้กฎหมายไทยในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุม 4 ยุทธศาสตร์ข้างต้น เช่น ในเรื่องการตั้งสหภาพแรงงาน พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518 มาตรา 88 ให้สิทธิเฉพาะแรงงานสัญชาติไทยเท่านั้น ที่จะจัดตั้งสหภาพแรงงานได้ ทั้งที่ในความเป็นจริงประเทศไทยยังพึ่งพาแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมาก แรงงานกลุ่มนี้มักเป็นแรงงานนอกระบบ แต่แรงงานกลุ่มนี้กลับไม่ได้รับสิทธิในการตั้งสหภาพแรงงานเพื่อต่อรองเชิงนโยบาย หรือในเรื่องค่าตอบแทนขั้นต่ำ แรงงานนอกไม่มีกฎหมายคุ้มครองเฉพาะ มีเพียงพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้รับงานไปทำที่บ้าน พ.ศ. 2533 เท่านั้น ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแรงงานนอกระบบทั้งหมด ทั้งนี้รวมถึง**พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ยังมีการยกเว้นการบังคับใช้ในแรงงานบางกลุ่ม เช่น แรงงานที่ทำงานรับใช้ในบ้านโดยไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย, แรงงานภาคเกษตรกรรมที่ไม่ได้ทำงานตลอดทั้งปี และแรงงานที่ทำงานในกิจการที่ไม่แสวงหากำไรทางเศรษฐกิจทำให้แรงงานเหล่านี้ไม่ได้รับการรับรองในเรื่องค่าจ้างขั้นต่ำ, ชั่วโมงในการทำงานและการได้รับวันหยุดที่เหมาะสมและการได้รับค่าชดเชยจากการถูกเลิกจ้างโดยไม่มีความผิด**

แรงงานนอกระบบแม้จะได้รับการดูแลในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีสิทธิประโยชน์ค่อนข้างครอบคลุม แต่ก็อยู่บนฐานคิดของการดูแลรักษาโรคเป็นรายๆไป

ไม่ใช่โรคที่เกิดจากการทำงาน แรงงานนอกระบบเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือประสบอุบัติเหตุจากการทำงานในหลายกรณี เช่น การสัมผัสสารเคมี การตกจากที่สูงหรือการหกล้ม บางโรคต้องอาศัยเวลาการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงเป็นระยะเวลาหนึ่งจึงปรากฏผลของโรค ซึ่งยากต่อการวินิจฉัย กอปรกับการที่หลายรายไม่มีนายจ้างที่ชัดเจน เป็นการทำงานตามพันธสัญญา รวมถึงแพทย์หรือพยาบาลที่ทำงานด้านอาชีวอนามัยมีค่อนข้างจำกัดและเข้าถึงแรงงานนอกระบบเหล่านี้ได้ยาก ทำให้การดูแลสุขภาพของและการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับแรงงานนอกระบบทำไม่ได้เต็มประสิทธิภาพ ต่างจากแรงงานในระบบซึ่งมักทำงานในสถานประกอบการหรือโรงงาน มีสิทธิได้รับการชดเชยกรณีเจ็บป่วยจากการทำงานโดยกองทุนเงินทดแทน การทำงานในสถานประกอบการที่เป็นหลักแหล่ง มีนายจ้างชัดเจน ทำให้แพทย์หรือพยาบาลอาชีวอนามัยสามารถเข้าถึงได้โดยง่ายรวมถึงการมีสิทธิได้รับเงินชดเชยกรณีบาดเจ็บจากการทำงาน

แรงงานผู้พิการ: กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่ยังมีปัญหา

นอกจากเรื่องลักษณะการจ้างงานแล้ว 'อัตลักษณ์'เฉพาะบางอย่างของแรงงานโดยเฉพาะความพิการ ก็ส่งผลทำให้ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพมีมากยิ่งขึ้น แม้**พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (แก้ไข พ.ศ. 2556)** กำหนดให้คนพิการเข้าสู่การจ้างงานเข้าสู่การคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 แต่หากพิจารณาในรายละเอียดแล้ว พบว่ากฎหมายฉบับนี้มิได้มีบทบัญญัติถึงการคุ้มครองลูกจ้างพิการไว้โดยเฉพาะ เหมือนกับที่มีการระบุการคุ้มครองแรงงานหญิง (หมวด 3) หรือแรงงานเด็ก (หมวด 4) จึงทำให้'ลูกจ้าง'คนพิการที่ได้รับการจ้างงานโดยสถานประกอบการได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายคุ้มครองแรงงานที่เป็นไปตามรายละเอียดเช่นเดียวกับลูกจ้างทั่วไปทั้งที่ในทางปฏิบัติลูกจ้างคนพิการพึงได้รับการดูแลที่มากขึ้นตามความต้องการสุขภาพที่มากกว่า

สิทธิประโยชน์บางอย่างที่ลูกจ้างคนพิการต้องการมากกว่าปกติ เช่น (i) สิทธิที่จะได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ทำงาน เช่น อุปกรณ์ในการทำงาน การเดินทางภายใน

สถานที่ทำงานนั้นๆ ตลอดจนการอพยพเคลื่อนย้ายลูกจ้างในกรณีฉุกเฉิน เช่น ไฟไหม้ ที่ต้องมีสัญญาณแทนเสียงสำหรับคนหูหนวก ฯลฯ เนื่องจากปัจจุบัน มีเพียงการกำหนดให้มีอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกแก่คนพิการ ในการเข้าถึงอาคารสาธารณะเท่านั้น แต่ไม่ได้มีสภาพบังคับว่านายจ้างต้องจัดหาอุปกรณ์ต่างๆที่เหมาะกับคนพิการอื่นๆไว้ในสถานประกอบการด้วย, (ii) สิทธิที่จะได้รับการพัฒนาทักษะฝีมือในการทำงาน เพราะปัจจุบันคนพิการส่วนใหญ่ทำงานในสถานประกอบการที่ไม่มีโครงการฝึกอบรมส่งเสริมอาชีพแก่พนักงานพิการ และไม่มีการให้คำแนะนำ/สอนการทำงานแก่พนักงานคนพิการโดยตรง (job coach), (iii) สิทธิที่จะได้รับสวัสดิการที่เกี่ยวกับเรื่องของความสะดวกในการเดินทางมาทำงานสำหรับแรงงานพิการ เช่น รถรับส่งสำหรับเดินทางไปกลับที่พักกับสถานที่ทำงาน หรือการจัดหาที่พักในสถานที่ทำงานให้คนพิการ, (iv) สิทธิในเรื่องวันลาโดยเฉพาะการลาเพื่อไปดูแลสุขภาพ หรือ ไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย และ (v) สิทธิในการอยู่ร่วมกับลูกจ้างคนอื่นในสถานประกอบการโดยไม่ถูกละเมิดหรือถูกลดทอนคุณค่าลง ดังนั้นการแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ให้มีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับลูกจ้างผู้พิการน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการลดความเป็นธรรมทางสุขภาพที่เกิดจากผู้พิการ แต่ทั้งนี้ต้องอาศัยมาตรการทางสังคมอื่นๆร่วมด้วย นอกจากมาตรการทางกฎหมาย เช่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชน มีพี่เลี้ยงแรงงานผู้พิการในชุมชน รวมถึงการรณรงค์ผ่านสื่อสาธารณะให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของแรงงานผู้พิการ

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมอันเนื่องจากการจ้างงาน

1. ปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎกระทรวงว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานในงานเกษตรกรรม พ.ศ. 2557 และพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ให้ขยายความคุ้มครองไปถึงแรงงานนอกระบบทั้งหมด ทั้งในเรื่องค่าจ้างขั้นต่ำ, การกำหนดชั่วโมงการทำงานที่แน่นอน, การมีสิทธิได้รับค่าชดเชยตามที่กฎหมาย

กำหนดไว้ตามระยะเวลาในการจ้างงาน, และการได้รับเงินชดเชยเมื่อประสบอุบัติเหตุหรือโรคภัยจากการทำงาน

2. ปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้มีบทบัญญัติเฉพาะเกี่ยวกับแรงงานคนพิการให้นายจ้างจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่ทำงาน ได้แก่ อุปกรณ์ในการทำงาน, การเดินทางภายในสถานที่ทำงาน, การมีสัญญาณเสียงเวลาเกิดเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้พิการโดยเฉพาะ, กำหนดให้นายจ้างมีโครงการพัฒนาทักษะฝีมือในการทำงานสำหรับแรงงานผู้พิการโดยเฉพาะ, มีการอำนวยความสะดวกในการเดินทางสำหรับแรงงานพิการที่มาทำงาน, และกำหนดวันลาเฉพาะสำหรับแรงงานผู้พิการที่ไปดูแลสุขภาพหรือไปฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย

3. สำนักงานประกันสังคมต้องมีการยกเลิกพระราชกฤษฎีกากำหนดลูกจ้างตามมาตรา 4 (6) แห่ง พ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2545 ในกลุ่มลูกจ้างกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมิได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย , ลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย , ลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าเร่หรือการค้าแผงลอย เพื่อให้ลูกจ้างกลุ่มนี้สามารถเข้ารับการคุ้มครองตามพ.ร.บ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และสามารถเข้าสู่การคุ้มครองตาม พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537

4. ส่งเสริมการรวมตัวและเพิ่มอำนาจการต่อรองโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ มีพี่เลี้ยงแรงงานในพื้นที่ มีตัวแทนแรงงานนอกระบบที่ชัดเจน รวมถึงแรงงานนอกระบบที่เป็นกลุ่มคนต่างด้าว หรือผู้พิการ เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติที่เป็นธรรม ทั้งเรื่องค่าจ้างค่าตอบแทน และสุขภาวะด้านอื่นๆ ซึ่งการจะเกิดการรวมตัวกันได้ ต้องอาศัยการสนับสนุนจากภาครัฐร่วมด้วย เช่น กระทรวงแรงงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันศึกษาหาแนวทาง/รูปแบบที่เหมาะสมเพื่อการตั้ง 'องค์กรแรงงานนอกระบบแห่งชาติ' หรือ 'องค์กรการบริหารจัดการแรงงานนอกระบบ'เป็นกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในระดับชาติให้แรงงานนอกระบบสามารถเข้าถึงสิทธิและบริการจากหน่วยงานภาครัฐได้และเป็นกลไกกลางในการควบคุมค่าจ้าง

ตามมาตรฐานแรงงานป้องกันผู้ว่าจ้างกดราคา ควบคู่กับการดูแลมาตรฐานคุณภาพงานที่แรงงานผลิตสินค้าด้วยเช่นกัน

5. สนับสนุนให้มีการบริการด้านอาชีวอนามัยและดูแลโรคที่เกิดจากการทำงาน ทั้งนี้รวมถึงการมีบุคลากรด้านอาชีวอนามัยอย่างทั่วถึง และเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในกลุ่มแรงงานนอกระบบและแรงงานในระบบ

6. มีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและยกระดับมาตรฐาน อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมของแรงงานโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบและแรงงานที่เป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้พิการ แรงงานต่าวด้าว และผู้สูงอายุ โดยอาจอาศัยกลไกในพื้นที่ที่มีอยู่แล้วเป็นตัวขับเคลื่อนให้ข้อเสนอดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมได้ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) ซึ่งเป็นการจัดสมทบงบประมาณระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ รวมถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ

บทสรุป

ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนอย่างยิ่ง และมีปฏิสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจึงเป็นทั้ง 'เหตุ' ที่ก่อความไม่เป็นธรรม และเป็น 'ผล' ของความไม่เป็นธรรม เช่น การพัฒนาการเด็กปฐมวัยนั้นเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐสถานะยากจน มักขาดโอกาสทางการศึกษา ความไม่เป็นธรรมของโอกาสทางการศึกษาจึงเป็น 'ผล' แห่งความไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันมารดาที่ขาดโอกาสทางการศึกษาก็มีความเสี่ยงที่บุตรจะมีภาวะทุพโภชนาการได้ดังนั้นความไม่เป็นธรรมทางการศึกษา จึงเป็น 'เหตุ' ให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในอนาคต

นอกจากนั้นในบุคคลหนึ่งๆ อาจประสบกับความไม่เป็นธรรมหลายๆอย่างพร้อมกัน เช่น ในสตรีชาติพันธุ์อาจพบความไม่เป็นธรรมที่เกิดจากทั้งเพศภาวะของตนเอง และเกิดจากความแตกต่างทางชาติพันธุ์ การแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพด้วยการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ จึงไม่อาจจะทำได้ทีละปัจจัย หากแต่ต้องแก้ปัญหาในหลายๆ ปัจจัยพร้อมกัน และมีมาตรการในหลายๆระดับ เช่น ในระดับพื้นที่ มีการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน กระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ที่มีความเปราะบาง เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ในบทบาทของภาครัฐนั้นผู้ให้บริการก็ขยายการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ให้ครอบคลุมมากขึ้นในทุกพื้นที่ ให้เข้าถึงสตรีในทุกเศรษฐสถานะ และการปรับปรุงกฎหมายเพื่อลดการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเพศภาวะ

ขณะเดียวกันในเชิงวิชาการ ก็ควรส่งเสริมให้มีการเก็บข้อมูล เฝ้าติดตามสถานการณ์เรื่องความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยในบางเรื่องก็มีนโยบายและมาตรการอยู่แล้ว จึงต้องเน้นที่เร่งรัดให้การดำเนินการเข้มข้นขึ้น เช่น ในเรื่องความแตกต่างทางชาติพันธุ์และคนต่างด้าว ก็พึงเร่งรัดให้นโยบายการขึ้นทะเบียนคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ และคนต่างด้าวมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น

แม้ว่ารายงานฉบับนี้ นำเสนอเฉพาะตัวอย่างของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพได้เพียง 5 ประเด็น ได้แก่ การศึกษาและพัฒนาการเด็กปฐมวัย, เพศภาวะ, สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง, เชื้อชาติ สัญชาติ และอัตลักษณ์เฉพาะ และการจ้างงาน ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆอีกมากที่ไม่ได้ลงทำการศึกษาโดยละเอียด แต่แทรกซึมในทุกเรื่องราวชีวิตของผู้คนปัจจุบัน เช่น การเมืองการปกครอง การค้าระหว่างประเทศ ศาสนา สื่อสาธารณะ สื่อออนไลน์ และนโยบายสาธารณะ ดังนั้นการสนับสนุนให้มีการขยายงานศึกษาวิจัย รวมรวมความรู้ที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพอื่นๆ ให้มากขึ้น จะเป็นประโยชน์ต่อทั้งวงวิชาการที่สร้างความเข้าใจมากขึ้นแล้วยังส่งผลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายให้มีความรอบคอบและรอบด้านมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปการจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเป็นแนวทางสำคัญต่อการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจากต้นเหตุอย่างไรก็ตามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในแต่ละปัจจัยย่อมส่งผลถึงกันและกันและมีความสลับซับซ้อน รูปแบบการทำงานจึงไม่อาจทำแบบแยกส่วนได้ หากแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ผ่านการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อให้ถึงจุดหมายสูงสุด คือการสร้างสุขภาวะและความเป็นธรรมทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. SIRNet. Social Health Inequity Report 2012. 1st ed. Charoenwat S, Songbandit, P., Chiangchaisakulthai, K., editor. Bangkok: Siam Publishing; 2013.

2. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: WHO; 2017 [18 July 2017]; Available from: http://www.who.int/gho/en/.

3. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 [18 July 2017]; Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.

4. World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social determinants of health Geneva: WHO; 2009 [18 July 2017]; Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf.

5. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio De Janeiro WHO; 2011 [18 July 2017]; Available from: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1.

6. World Health Organization. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the 8th Global Conference on Health

Promotion). Geneva: WHO; 2014 [18 July 2017]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173013/1/B134_R8-en.pdf.

7. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008 [18 July 2017]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf.

8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2560 [19 กรกฎาคม 2560]; สืบค้นจาก: http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.

9. สำนักนายกรัฐมนตรี. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2560 [19 กรกฎาคม 2560]; สืบค้นจาก: https://www.royalthaipolice.go.th/downloads/%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%AF%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A2%E0%B8%B020%E0%B8%9B%E0%B8%B560-79.pdf.

10. สมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3. มติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 มติ 7 “ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ”. กรุงเทพมหานคร: สมัชชาสุขภาพ; 2553 [19 กรกฎาคม 2560]; สืบค้นจาก: https://www.samatcha.org/sites/default/files/document/0307-Res-3-7.pdf.

11. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี 2557. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557. .

12. วรวรรณ พลิคามิน. (2560). ร่างแผนประชากรในการพัฒนาประเทศระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2560-2579). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย.

13. แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ คุณภาพพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. ใน คุณภาพชีวิตเด็กปี 2556. บรรณาธิการ สุริยเดว ทรีปาตี วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์.

14. Hong SA, Winichagoon P, Mongkolchati A. Inequality in malnutrition by maternal education levels in early childhood: the Prospective Cohort of Thai Children (PCTC). Asia Pac J Clin Nutr. 2017 May;26(3):457-63.

15. สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ. การพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์สู่ชุมชนเข้มแข็งด้วยจิตวิทยาเชิงบวก (ทุนชีวิต).เอกสารวิชาการประกอบหลักสูตรการบริหารวิทยาลัยจัดการด้านความมั่นคงชั้นสูงสมาคมวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ในพระบรมราชูปถัมภ์.พฤษภาคม 2560.

16. กฤตยา อาชวนิจกุล. เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย.ประชากรและสังคม 2554. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.

17. World Economic Forum. Global Gender Gap Index 2016. Cologny: WEF; 2016 [23 June 2018]; Available from: http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/rankings/

18. Thailand Development Research Institute. Three decades of the change in Thai labour market. Bangkok: TDRI; 2018 [23 June 2018]; Available from: https://tdri.or.th/2018/03/3decade-thai-labour-market/.

19. Matichon Online. Three decades of the Thai labour market: Inequity between males and females. Bangkok: Matichon Online; 2018 [23 June 2018]; Available from: https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_918976.

20. Sopontammarak A. Sexual violence is more likely to occur in children than women. Bangkok: ThaiHealth 2014 [23 June 2018]; Available from: http://www.thaihealth.or.th/Content/24725-ความรุนแรงทางเพศพบในเด็กมากกว่าสตรี.html

21. Health Intervention and Technology Assessment Program. Policy brief: situation of teenage pregnancy in Thailand. Nonthaburi: HITAP; 2015 [23 June 2018]; Available from: http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2015/03/PB-ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย-Web.pdf

22. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี 2554. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

23. อังคณา นีละไพจิตร. "วันนี้ของผู้หญิงมลายูมุสลิมใน3 จังหวัดชายแดนใต้: ชีวิตที่หลงเหลือกับรอยยิ้มหลังหยาดเลือด". เอกสารเผยแพร่การเสวนา เรื่อง"ชีวิตผู้หญิงมลายูมุสลิม:มายาคติและความเป็นจริง" วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2549 ณ วิทยาลัยอิสลามมอ.ปัตตานี. ปัตตานี: เครือข่ายผู้หญิงเพื่อสันติภาพและคณะทำงานวาระทางสังคม สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

24. Department of Health. Annual report 2014. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014 [23 June 2018]; Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/download/Reportyear/Report%20year57.pdf

25. ผู้จัดการออนไลน์. เตือน! กลุ่มชายรักชาย เสี่ยงเอดส์สูง แนะ..ไม่ต้องอาย รีบตรวจไว้ ก่อนจะสายเกิน. กรุงเทพมหานคร: ผู้จัดการออนไลน์; 2559 [23 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9590000121476

26. เคท ครั้งพิบูลย์. LGBT = วิกลจริต!? การคิดเรื่องสิทธิ-สวัสดิการสังคมของกลุ่มเพศทางเลือกใน 'ประเทศกำลังพัฒนา'. กรุงเทพมหานคร: The Standard; 2560 [23 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: https://thestandard.co/lgbtvoices-lgbt-insane/.

27. Boonkerd S. Prevalence of Depression, Problem recognition and Coping Strategies among Lesbians, in Northeastern Thailand J of Nursing Science & Health. 2014;37(2):93-101 (in Thai).

28. Boonkerd S, Paikoh K. Mental Health Problem in Female Homosexual: Gender Discrimination. J of Nursing Science & Health. 2017;18(1):15- 21 (in Thai).

29. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. เวทีสาธารณะเรื่อง "พ.ร.บ.ความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ.2558 กับสิทธิของบุคคลหลากหลายทางเพศ" 8 พฤษภาคม 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ; 2558 [23 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: http://www.nhrc.or.th/News/Information-News/เวทีสาธารณะ-เรื่อง-พ-ร-บ-ความเท่าเทียมระหว่างเพศ-พ.aspx

30. สมโภช รติโอฬาร. สุขภาพ: ผลกระทบจากความเป็นเมือง. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2552;2(7):55-63.

31. Friel S, Marmot M, McMichael AJ, Kjellstrom T, Vågerö D. Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. The Lancet. 2008;372(9650):1677-83.

32. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยปี 2559. กรุงเทพมหานคร, 2559.

33. บังอร ฉางทรัพย์ และคณะ. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมการรักษาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของประชาชนในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2553;40(1):53-63.

34. อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และ กวิสรา พชรเบญจกุล. สิ่งแวดล้อมเมืองกับสุขภาพจิต: การวิเคราะห์ตัวแปรหลายระดับในเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.

35. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. ผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [11 พฤษภาคม 2561]; สืบค้นจาก: http://hia.anamai.moph.go.th/download/hia/manual/book/book50-1.pdf

36. ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ และ สิริประภา กลั่นกลิ่น. การประเมินความเสี่ยงภายใต้บริบทความผันผวนของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2555;42(1):18-29.

37. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2559. นนทบุรี: กระทรวงอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [23 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/561

38. กรมอนามัย. ประกาศกรมอนามัย เรื่องมาตรฐานค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558.

39. ธิดารัตน์ ผลพิบูลย์ และคณะ. ภัยในหน้าหนาวจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2557;8(1):40-6.

40. กรมควบคุมมลพิษ. สถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี 2559. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2560 [11 พฤษภาคม 2561]; สืบค้นจาก: http://www.pcd.go.th/Public/News/GetNewsThai.cfm?task=lt2017&id=17560

41. สิทธิชัย มุ่งดี และคณะ. ความชุกของอาการทางระบบหายใจและสมรรถภาพปอดของนักเรียนในพื้นที่ที่มีอุตสาหกรรมเหมืองหินและโม่บดหรือย่อยหินจังหวัดสระบุรี: การประชุมทางวิชาการมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 44. กรุงเทพมหานคร, 2549.

42. สิทธิชัย พิมลศรี และภวัต อารินทร์. สถานการณ์ปัญหาฝุ่นละอองในบรรยากาศและผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในจังหวัดลำปาง. นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 6; มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก2553.

43. สุรเชษฐ ชิระมณี. ปัญหาของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อระงับหมอกควันที่เกิดจากการเผาในที่โล่ง: กรณีศึกษาอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่, 2557.

44. Guo Y, Li S, Tawatsupa B, Punnasiri K, Jaakkola JJK, Williams G. The association between air pollution and mortality in Thailand. Scientific Reports. 2014;4:5509.

45. นรุตตม์ สหนาวิน. การประเมินความเสี่ยงในการรับสัมผัสสารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอนทางการหายใจของผู้ค้าขายริมถนนในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาถนนสุขุมวิท: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.

46. ศศิธร เรืองตระกูล และคณะ. การประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารบีเทคผ่านทางการหายใจของพนักงานเก็บค่าผ่านทางพิเศษ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2556;9(1):1-22.

47. สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2560 [30 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_report.cfm?task=wsthaz_annual59

48. กิตติ ชยางคกุล. ผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการจัดการขยะมูลฝอย: ศึกษากรณีการจัดการขยะ มูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 2553;6(1):154-65.

49. ศริศักดิ์ สุนทรไชย และวรรณวดี พูลพอกสิน. การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสภาวะแวดล้อมของแรงงานคุ้ยขยะและแรงงานที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2548.

50. หทัยรัตน์ เสียงดัง และชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. ความเป็นเมืองและขยะ. ในประชากรและสังคม.วรชัย ทองไทย และสุรีย์พร พันพึ่ง,บรรณาธิการ. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2550.

51. United Nations High Commissioner for Refugees. Convention relating to the Status of Stateless Persons. Geneva: UNHCR, 1954.

52. ประชาไท. กฤษฎา บุญราช: สถานการณ์และแนวทางแก้ไขปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทย. ประชาไท: กรุงเทพมหานคร; 2560 [30 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: https://prachatai.com/journal/2017/07/72339.

53. United Nations High Commissioner for Refugees (Representation in Thailand). UNHCR encouraged by Thailand's latest efforts to reduce statelessness. Bangkok: UNHCR; 2016 [30 June 2018]; Available from: https://www.unhcr.or.th/en/news/stateless

54. Hasuwannakit S. Universal Health Coverage for marginalized non-Thai people in Thailand. Health Systems Research Institute Journal. 2012;6(3):402-15.

55. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Pudpong N, Putthasri W, Mills A. Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation. Health Policy and Planning. 2016;31(2):229-38.

56. Suphanchaimat R. Progress report of migrant health research to HISRO: Responses in implementation and outcome evaluation of 'Health Insurance Card for Foreigners' policy for cross-border migrants and their dependants in Thailand, 9 June 2015. Pregress report of migrant health research to HISRO; Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute: HISRO; 2015.

57. Sirilak S, Okanurak K, Wattanagoon Y, Chatchaiyalerk S, Tornee S, Siri S. Community participation of cross-border migrants for primary health care in Thailand. Health Policy Plan. 2013 Sep;28(6):658-64.

58. Srithamrongsawat S, Wisessang R, Ratjaroenkhajorn S. Financing Healthcare for Migrants: A case study from Thailand. Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office/ Health Systems Research Institute, 2009.

59. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้พิการ ต้องการแบบไหน !!. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550 [30 มิถุนายน 2561]; สืบค้นจาก: http://service.nso.go.th/nso/web/article/article_30.html

60. Khasnabis C, Heinicke Motsch K, Achu K, et al., editors. Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310940/

61. นภาพร อติวานิชยพงศ์. แรงงานกับการไม่ได้รับความเป็นธรรม. วารสารสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร. 2556;10(1):25-74.

62. กองสถิติสังคม. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2560.

63. แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2553 วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส? นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2553.

64. สำนักงานประกันสังคม. งานที่มีคุณค่าและเศรษฐกิจนอกระบบ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน; 2546 [3 กรกฎาคม 2561]; สืบค้นจาก: http://www.ilo.org/public//english/region/asro/bangkok/library/download/pub03-16.pdf