

เรื่อง

เหลี่ยมหลังแลหน้า: ยี่สิบปีเศรษฐกิจสังคมไทย

กลุ่มที่ 1

การเปลี่ยนแปลงของคนไทยและสภาพแวดล้อม

1.1 การเปลี่ยนแปลงของคนไทย

การเปลี่ยนแปลงของคนไทยจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน
Changes in the Thai People from Womb to Tomb

โดย

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ร่วมจัดโดย

มูลนิธิชัยพัฒนา

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

และ

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทสรุปผู้บริหาร | v |
| Executive Summary | vii |
| 1. “ความหวัง” จากครรภ์มารดาถึงวัยเรียน..... | 4 |
| 2. “ความหวัง” ในวัยทำงาน | 7 |
| 3. “ความหวัง” ในวัยชราถึงเชิงตะกอน..... | 13 |
| 4. คุณภาพแห่งชีวิตของคนไทยในอนาคต | 14 |
| บรรณานุกรม | 17 |

สารบัญตารางและรูป

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 1 อัตราการตายและการขาดสารอาหารของเด็ก | 5 |
| ตารางที่ 2 ทักษะคิดและค่านิยมบางประเภทของคนก่อนวัยทำงาน..... | 7 |
| ตารางที่ 3 ความยากจนและการกระจายรายได้ของคนไทย | 10 |
| ตารางที่ 4 ความมั่นคงทางจิตใจและชีวิตทรัพย์สิน | 11 |
| ตารางที่ 5 ร้อยละของการได้รับประโยชน์จากรัฐ กรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 12 |
| ตารางที่ 6 ประชากรในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ | 15 |
| รูปที่ 1 อัตราการเรียนรู้ต่อประชากรวัยเรียน..... | 6 |
| รูปที่ 2 ดัชนีอุปทานแรงงาน การมีงานทำ และค่าจ้างจำแนกตามการศึกษา..... | 9 |
| รูปที่ 3 อัตราการว่างงานจำแนกตามการศึกษา..... | 10 |
| รูปที่ 4 ความผิดปกติทางจิตและการหย่าร้าง | 12 |
| รูปที่ 5 สาเหตุการตายต่อประชากร 100,000 คน..... | 14 |

บทสรุปผู้บริหาร

ข้อเขียน “คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง : จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” โดย ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยครั้งแรกเมื่อปี 2516 เป็นข้อเขียนที่มีการอ้างถึงตลอด 30 ปีที่ผ่านมา ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นการยอมรับของสังคมไทยโดยกลายๆ ถึงความหมายแห่ง “คุณภาพชีวิต” ของคนไทย

บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นถึงบางแง่มุมของคุณภาพชีวิตของคนไทยตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอนว่ามีการพัฒนาขึ้นอย่างไรบ้างในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา และมีแง่มุมไหนบ้างที่ควรคำนึงถึงเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยในอนาคต แง่มุมที่นำมาพิจารณานั้นเป็นแง่มุมที่มองผ่านสายตาของ ดร. ป๋วย ในข้อเขียน “คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง : จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” และผ่านสายตาแห่งเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) โดยประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา คุณภาพชีวิตของคนไทยในวัยเด็กถึงวัยเรียนดีขึ้นในด้านการเป็นโรคขาดสารอาหารลดลง และโอกาสในการศึกษาระดับประถมศึกษาดีขึ้นและเท่าเทียมกัน ส่วนคุณภาพชีวิตที่แยลงประกอบด้วย คุณภาพของการอนามัยแม่และเด็กพัฒนาแบบขึ้นๆ ลงๆ ทำให้อัตราการตายของมารดา ทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่พัฒนาในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน คุณภาพของการศึกษาไม่ดีขึ้นทำให้มีเด็กอายุ 15-24 ปีประมาณร้อยละ 2 ยังคงอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ นอกจากนี้ การขาดการเรียนรู้และสร้างทัศนคติที่ดีจากครอบครัวอยู่ในทิศทางที่น่าเป็นห่วงโดยเฉพาะทัศนคติเกี่ยวกับการคอร์รัปชัน

คุณภาพชีวิตของคนไทยในวัยทำงานดีขึ้น เพราะคนไทยมีการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงขึ้น มีรายได้สูงขึ้น และมีคนยากจนน้อยลง มีอัตราการว่างงานที่ต่ำ มีความเท่าเทียมของรายได้ระหว่างหญิงและชายดีขึ้น และมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง คุณภาพชีวิตที่ไม่มีการพัฒนาให้ดีขึ้นคือ ความทัดเทียมกันของรายได้ ความทัดเทียมกันในการได้รับบริการสุขภาพจากรัฐ บทบาทของหญิงในงานบริหารราชการส่วนกลางและการเมืองท้องถิ่นและระดับประเทศ ความเครียดในการอยู่ร่วมกันในสังคม และความล้มเหลวของชีวิตครอบครัวสูงขึ้น

คุณภาพชีวิตในวัยชราอ่อนไปเมื่อ 20 ปีที่แล้วมีการพัฒนาน้อยมาก รัฐ (และ MDGs) ไม่ให้ความสำคัญกับคนชรา ไม่มีการให้ความมั่นคงด้านรายได้และสังคมอย่างเป็นระบบแก่คนชรา

ประเด็นที่ทำลายต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยในอนาคตตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอนที่บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นยังคงสอดคล้องกับปฏิทินแห่งความหวังของ ดร. ป๋วย ดังประกอบด้วย

- การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กให้ทัดเทียมประเทศที่พัฒนาแล้ว
- การเรียนรู้คุณธรรมและการหล่อหลอมทัศนคติในการแยกแยะสิ่งที่สังคมไทยเห็นว่า “ถูกต้อง” และ “ไม่ถูกต้อง”
- การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่เด็ก
- การทำให้เด็กทุกคนได้มีโอกาสรับการศึกษาในระดับตติยภูมิอย่างเท่าเทียมกัน

- การทำให้ผลตอบแทนของแต่ละอาชีพทัดเทียมกันมากขึ้น
- การลดอัตราการทำงานในอนาคตและสร้างความมั่นคงในชีวิตการทำงาน
- การส่งเสริมให้คนไทยมีเวลาว่างสำหรับครอบครัวมากขึ้น
- การลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทุกประเภท จากความไม่สงบภายใน จากโรคมะเร็ง และจากโรคหัวใจ และ
- การสร้างความมั่นคงแก่ชีวิตให้คนไทยในวัยชรา

ประเด็นเหล่านี้คงไม่ใช่ประเด็นทั้งหมดที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย แต่เชื่อว่าเป็นประเด็นหลักที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพแห่งชีวิตของคนไทยในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญ และควรจะมีการร่วมกันคิดและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Executive Summary

The Quality of Life of a South East Asian: A Chronicle of Hope From Womb to Tomb

While in my mother's womb, I want her to have good nutrition and access to maternal and child welfare care.

I don't want to have as many brothers and sisters as my parents had before me, and I do not want my mother to have a child too soon after me.

I don't care whether my father and mother are formally married, but I need them to live together in reasonable harmony.

I want good nutrition for my mother and for me in my first two or three years when my capacity for future mental and physical development is determined.

I want to go to school, together with my sister, and to learn a trade, and to have the schools impart social values to me. If I happen to be suitable for higher education, that opportunity should be available.

When I leave school I want a job, a meaningful one in which I can feel the satisfaction of making a contribution.

I want to live in a law and order society, without molestation. I want my country to relate effectively and equitably to the outside world so that I can have access to the intellectual and technical knowledge of all mankind, as well as the capital from overseas.

I would like my country to get a fair price for the products that I and my fellow citizens create.

As a farmer, I would like to have my own plot of land, with a system which gives me access to credit, to new agricultural technology and to markets, and a fair price for my produce.

As a worker, I would want to have some share, some sense of participation in the factory in which I work.

As a human being, I would like inexpensive newspapers and paperback books, plus access to radio and TV (without too much advertising).

I want to enjoy good health, and I expect the Government to provide free preventive medical service and cheap and readily available good curative service.

I need some leisure time for myself, and to enjoy my family, and want access to some green parks, to the arts, and to traditional social or religious festivities. I want clean air to breathe and clean water to drink.

I would like to have the security of co-operative mechanisms in which I join to help others do things which they cannot do alone, and they do the same for me.

I need the opportunity to participate in the society around me, and to help shape the

decisions of the economic and social as well as the political institutions that so affect my life.

I want my wife to have equal opportunity with me, and I want both of us to have access to the knowledge and means of family planning.

In my old age, it would be nice to have some form of social security to which I have contributed.

When I die, if I happen to have some money left, I would wish the Government to take some of it, leaving an adequate amount for my widow. With this money the Government should make it possible for others to enjoy life too.

These are what life is all about, and what development should seek to achieve for all.

Puey Ungpakorn

Source: www.nectec.or.th/users/hik/dr-puey/womb-tomb.html

Note: This piece of writing was first published in Bangkok Post on October 18, 1973.

"The Quality of Life of a South East Asian: A Chronicle of Hope from Womb to Tomb" by Dr. Puey Ungpakorn was first published in 1973. It was the well known piece of writing that has been quoted by many Thais in the past 30 years. One might accept that "The Quality of Life of a South East Asian: A Chronicle of Hope from Womb to Tomb" defines the quality of life of the Thai people.

The objectives of this essay are to illustrate changes in the quality of life of the Thai people from "womb to tomb" in the past 20 years and to help search for important issues for the future development of the Thai quality of life. Indicators used to illustrate the quality of life are related to the "From Womb to Tomb" writing piece by Dr. Puey in 1973 and the Millennium Development Goals (MDGs) declared by the 189 nations (to promote human development and reduce global inequalities) in 2000.

It was shown that the quality of life of the Thai people in the past 20 years has been improved in terms of the lower rate of malnutrition and higher opportunity and equality for primary education. However, some dimensions of the quality of life have deteriorated. These include the quality of maternal and infant healthcare services. The maternal mortality, infant mortality and children below aged 5 years mortality rates went up in some periods. The quality of primary education was suspicious. Approximately 2 percent of people aged 15-24 year are illiterate. Moreover, more and more children do not learn social values and morals from family and school. A large proportion of children, now, has built up corruption tolerance attitude.

The quality of life of the Thai working age group has been improved on the ground of higher education and income levels, lower poverty and unemployment rates, and improved equality between gender and access to public healthcare services. On the other hand, the equality of income, quality of healthcare services, roles of women in high rank government administration and politics have not been improved. Although the Thai people have higher income, they are not better off in terms of economic and social stresses and family failure.

For the Thai old age, there has been slow development for their quality of life. Old age are vulnerable by nature, however, the Thai government (as well as MDGs) did not put old age in the priority. At the present, there is no systematic social security for all old age.

All in all, the future quality of life of the Thai people still follows the writing piece of Dr. Puey. The following issues are the main issues that Thai people should concern and find ways to accomplish.

- How to consistently develop maternal and child healthcare,
- How to teach children social values and morals,
- How to promote learning within the family,
- How to promote equal opportunity for tertiary education,
- How to make fair income distribution,
- How to reduce the future unemployment rate and increase job security,
- How to promote Thai people to spend leisured time with family,
- How to reduce the mortality rate from accident, internal violence, cancer, and heart disease, and
- How to secure the life of old age.

การเปลี่ยนแปลงของคนไทยจากกรรมมารดาถึงเชิงตะกอน

วรรณ ชาญด้วยวิทย์¹

คุณภาพแห่งชีวิต

ปฏิทินแห่งความหวัง : จากกรรมมารดาถึงเชิงตะกอน

เมื่อผมอยู่ในครรภ์ของแม่ ผมต้องการให้แม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์ และได้รับความเอาใจใส่และบริการอันดีในเรื่องสวัสดิภาพของแม่และเด็ก

ผมไม่ต้องการมีพี่น้องมากอย่างที่พ่อแม่ผมมีอยู่ และแม่จะต้องไม่มีลูกที่นัก

พ่อกับแม่จะแต่งงานกันถูกกฎหมายหรือธรรมเนียมประเพณีหรือไม่ ไม่สำคัญ แต่สำคัญที่พ่อกับแม่ต้องอยู่ด้วยกันอย่างสงบสุข ทำความอบอุ่นให้ผมและพี่น้อง

ในระหว่าง ๒ - ๓ ขวบแรกของผม ซึ่งร่างกายและสมองผมกำลังเติบโตในระยะเวลาที่สำคัญ ผมต้องการให้แม่ผมกับตัวผมได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์

ผมต้องการไปโรงเรียน พี่สาวผมหรือน้องสาวผมก็ต้องการไปโรงเรียน จะได้มีความรู้หากินได้ และจะได้รู้คุณธรรมแห่งชีวิต ถ้าผมมีสติปัญญาเรียนชั้นสูงๆ ขึ้นไป ก็ให้มีโอกาสเรียนได้ ไม่ว่าพ่อแม่ผมจะรวยหรือจน จะอยู่ในเมืองหรือชนบทบ้านแค่นั้น

เมื่อออกจากโรงเรียนแล้ว ผมต้องการงานอาชีพที่มีความหมาย ทำให้ได้รับความพอใจว่าตนได้ทำงานเป็นประโยชน์แก่สังคม

บ้านเมืองที่ผมอาศัยอยู่ จะต้องมิใช่มีแปะ ไม่มีการข่มขู่ กดขี่ หรือประทุษร้ายกัน

ประเทศของผมควรมีความสัมพันธ์อันชอบธรรมและเป็นประโยชน์กับโลกภายนอก ผมจะได้มีโอกาสเรียนรู้ถึงความคิดและวิชาของมนุษย์ทั้งโลก และประเทศของผมจะได้มีโอกาสรับเงินทุนจากต่างประเทศมาเป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม

ผมต้องการให้ชาติของผม ได้ขายผลิตผลแก่ต่างประเทศด้วยราคาอันเป็นธรรม

ในฐานะที่ผมเป็นชาวนาชาวไร่ ผมก็อยากมีที่ดินของผมพอสมควรสำหรับทำมาหากิน มีช่องทางได้กู้ยืมเงินมาขายแรงงาน มีโอกาสรู้วิธีการทำกินแบบใหม่ๆ มีตลาดดีและขายสินค้าได้ราคายุติธรรม

ในฐานะที่ผมเป็นกรรมกร ผมก็ควรจะมีหุ้นส่วน มีส่วนในโรงงาน บริษัท ห้างร้านที่ผมทำอยู่

ในฐานะที่ผมเป็นมนุษย์ ผมก็ต้องการอ่านหนังสือพิมพ์และหนังสืออื่นๆ ที่ไม่แพงนัก จะฟังวิทยุดูโทรทัศน์ก็ได้ โดยไม่ต้องทนรบกวนจากการโฆษณาชวนเชื่อ

ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรี กับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องดี เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอพยาบาลได้สะดวก

ผมจำเป็นต้องมีเวลาว่างสำหรับเพลิดเพลินกับครอบครัว มีสวนสาธารณะที่เขียวชอุ่ม สามารถมีบทบาทและชมศิลปะ วรรณคดี นาฏศิลป์ ดนตรี วัฒนธรรมต่างๆ เทียวงานวัด งานลอยกระทง งานนักขัตฤกษ์ งานกุศลอะไรก็ได้พอสมควร

ผมต้องการอากาศบริสุทธิ์สำหรับหายใจ น้ำบริสุทธิ์สำหรับดื่ม

¹ รวบรวมข้อมูลโดยนางสาวสุวิมล พัทธอง และนายพันธุฤทธิ์ ศานติยานนท์

เรื่องอะไรที่ผมทำเองไม่ได้หรือได้แต่ไม่ดี ผมก็จะขอร่วมมือกับเพื่อนฝูงในรูปสหกรณ์ หรือสโมสร หรือ สหภาพ จะได้ช่วยซึ่งกันและกัน

เรื่องที่ผมเรียกร้องข้างต้นนี้ ผมไม่เรียกร้องเปล่า ผมยินดีเสียภาษีอากรให้ส่วนรวมตามอัตราที่กำหนด การเรียกร้องการมีโอกาสที่มีส่วนในสังคมรอบตัว ผมต้องการมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยชี้ขาดชะตาทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของชาติ

เมื่อยผมก็ต้องการโอกาสต่างๆ เช่นเดียวกับผม และเราสองคนควรจะได้รับความรู้และวิธีการวางแผนครอบครัว

เมื่อแก่ ผมและเมียก็ควรได้ประโยชน์ตอบแทนจากการประกันสังคม ซึ่งผมได้จ่ายบำรุงตลอดมา

เมื่อจะตาย ก็ขออย่าให้ตายอย่างโง่ๆ อย่างบ้าๆ คือ ตายในสงครามที่คนอื่นก่อให้เกิดขึ้น ตายในสงครามกลางเมือง ตายเพราะอุบัติเหตุรถยนต์ ตายเพราะน้ำหรืออากาศเป็นพิษ หรือตายเพราะการเมืองเป็นพิษ

เมื่อตายแล้ว ยังมีทรัพย์สินสมบัติเหลืออยู่ เก็บไว้ให้เมียผมพอใช้ชีวิตของเธอ ถ้าลูกยังเล็กอยู่ก็เก็บไว้เลี้ยงให้โต แต่ลูกที่โตแล้วไม่ให้ นอกนั้นรัฐบาลควรเก็บไปหมด จะได้ใช้ประโยชน์ในการบำรุงชีวิตของคนอื่นๆ บ้าง

ตายแล้ว เผาผมเถิด อย่างนี้ คนอื่นจะได้มีที่ดินอาศัยและทำกิน และอย่าทำพิธีต้องในงานศพให้วุ่นวายไป

นี่แหละคือความหมายแห่งชีวิต นี่แหละคือการพัฒนาที่จะควรให้เกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ของทุกคน

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณท่านทั้งหลายที่อุทิศส่วยบ้านมาจนจบ ขอความสุขสวัสดิ์และสันติสุขจงเป็นของท่านทั้งหลาย และพระท่านกล่าวไว้ดังนี้ เกี่ยวกับความสุขสวัสดิ์

“เราตถาคตไม่เห็นความสุขสวัสดิ์อื่นใดของสัตว์ทั้งหลาย นอกจากปัญญา เครื่องตรัสรู้ ความเพียร ความสำรวมอินทรีย์ และความเสียสละ”

ที่มา : ป่วย อึ้งภากรณ์ (2543)

หมายเหตุ : พิมพ์เป็นภาษาไทยครั้งแรกในสังคมศาสตร์ปริทัศน์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 10 ตุลาคม 2516 และเป็นภาษาอังกฤษในหนังสือพิมพ์ Bangkok Post ฉบับประจำวันที 18 ตุลาคม 2516

ข้อเขียน “ปฏิทินแห่งความหวัง : จากครมร์มารดาถึงเชิงตะกอน” โดย ดร. ป่วย อึ้งภากรณ์ เป็น “ความหวัง” ในด้านคุณภาพชีวิตของคนไทยเมื่อปี 2516 เมื่อกาลเวลาได้ผ่านไปกว่า 30 ปี “ความหวัง” บางอย่างยังคงเป็น “ความหวัง” ต่อไป ในขณะที่ “ความหวัง” บางประการของ ดร. ป่วย ได้เป็น “ความจริง” บ้างแล้ว

บทความนี้มุ่งเน้นให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของคนไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาโดยผ่านสายตาแห่ง “ความหวัง” ของ ดร. ป่วย โดยการมองย้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของคนไทยตามช่วงวัยตั้งแต่ครมร์มารดาถึงเชิงตะกอน ข้อมูลที่นำเสนอให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงจะถูกจำกัดอยู่บางประเภทของ “ความหวัง” ของ ดร. ป่วย ทั้งนี้ ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลและเพื่อพยายามให้สอดคล้องกับ “ความหวัง” ของกลุ่มคนในยุคปัจจุบันนั้นคือ “เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ”

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษหรือ Millennium Development Goals-MDGs เกิดขึ้นจากการร่วมประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษของผู้นำประเทศต่างๆ 189 ประเทศ ที่สำนักงานใหญ่องค์การสหประชาชาติ เมื่อเดือนกันยายน 2543 ผู้นำประเทศต่างๆ ได้ให้คำรับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ ซึ่ง

กำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคนและลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติทั้งหมด 8 เป้าหมายหลักคือ²

| | |
|-------------------|--|
| เป้าหมายหลักที่ 1 | ขจัดความยากจนและความหิวโหย |
| เป้าหมายหลักที่ 2 | ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา |
| เป้าหมายหลักที่ 3 | ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี |
| เป้าหมายหลักที่ 4 | ลดอัตราการตายของเด็ก |
| เป้าหมายหลักที่ 5 | พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ |
| เป้าหมายหลักที่ 6 | ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ |
| เป้าหมายหลักที่ 7 | รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน |
| เป้าหมายหลักที่ 8 | ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาประชาคมโลก |

เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของคนไทยและในประเด็นที่ต้องการเน้นในบทความนี้คือ เป้าหมายหลักที่ 1 ถึง 6 กรอบระยะเวลาสัมฤทธิ์ผลของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติคือ ปี 2558 (ค.ศ. 2015) ยกเว้น เป้าหมายการยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด 100 ล้านคนทั่วโลก มีเป้าหมายการสัมฤทธิ์ผลในปี 2563 (ค.ศ. 2020) การวัดความสัมฤทธิ์ผลนั้นใช้ตัวชี้วัดทั้งหมด 48 ตัว อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้ริเริ่มแนวคิด "MDG Plus" โดยมีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายย่อยและตัวชี้วัดเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาและยุทธศาสตร์ของชาติ

โดยภาพรวมแล้วคนไทยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในด้านความยากจนและความหิวโหยลดลง การเข้าถึงบริการด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุขดีขึ้น แต่ก็มีคุณภาพชีวิตบางประการที่ควรที่จะพัฒนาได้มากกว่าที่เป็นอยู่ เช่น อนามัยแม่และเด็กในเขตชนบท ความทัดเทียมกันของรายได้ บทบาทของผู้หญิงในงานบริหารราชการส่วนกลางและการเมืองระดับท้องถิ่นและระดับชาติ อัตราการตายจากอุบัติเหตุทุกประเภท และความมั่นคงของชีวิตในวัยชรา

การจัดลำดับในบทความนี้จะชี้ให้เห็นถึงความหวังกับการพัฒนาของคนไทยในแต่ละช่วงวัยคือ จากครรภ์มารดาถึงวัยเรียน วัยทำงาน และวัยชราถึงเชิงตะกอน จากนั้นในส่วนสุดท้ายจึงเป็นการมองไปข้างหน้า

² สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และองค์การสหประชาชาติ (2547), หน้า 2.

1. “ความหวัง” จากครรภ์มารดาถึงวัยเรียน

“...เมื่อผมอยู่ในครรภ์ของแม่ ผมต้องการให้แม่ได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์ และได้รับความเอาใจใส่และบริการอันดีในเรื่องสวัสดิภาพของแม่และเด็ก

...ในระหว่าง ๒ - ๓ ขวบแรกของผม ซึ่งร่างกายและสมองผมกำลังเติบโตในระยะเวลาที่สำคัญ ผมต้องการให้แม่ผมกับตัวผมได้รับประทานอาหารที่เป็นคุณประโยชน์

ผมต้องการไปโรงเรียน พี่สาวผมหรือน้องสาวผมก็ต้องการไปโรงเรียน จะได้มีความรู้หากินได้ และจะได้รู้คุณธรรมแห่งชีวิต ถ้าผมมีสติปัญญาเรียนชั้นสูงๆ ขึ้นไป ก็ให้มีโอกาสเรียนได้ ไม่ว่าพ่อแม่ผมจะรวยหรือจน จะอยู่ในเมืองหรือชนบทแรงแค้น...”

(ป่วย อังภากรณ์, 2543, อ้างถึงแล้วในกรอบ)

“ความหวัง” จากครรภ์มารดาถึงวัยเรียนนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในเรื่อง ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา (MDG2) ลดอัตราการตายของเด็ก (MDG4) และพัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์ (MDG5) ข้อมูลที่แสดงอยู่ในตารางที่ 1 และรูปที่ 1 ให้ภาพย้อนหลัง 20 ปีว่า พัฒนาการของคนไทยจากครรภ์มารดาถึงวัยเรียนเป็นอย่างไร

นับตั้งแต่ปี 2527 จะเห็นว่าคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดดีขึ้นเป็นลำดับ แต่กลับแย่ลงบ้างในไม่กี่ปีย้อนหลัง จนกระทั่งหลังปี 2541 สภาวะการณกลับแย่ลง ตัวอย่างเช่น อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่ 48 คนต่อการเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน ในปี 2527 จนถึงอัตราต่ำสุด 7 คนต่อการเกิดมีชีพหนึ่งแสนคน ในปี 2541 อัตราการตายของมารดาในปี 2545 กลับสูงขึ้นใกล้เคียงกับปี 2539 ทั้งๆ ที่บริการสาธารณสุขและการเข้าถึงดีขึ้นกว่าเดิม อัตราการตายของทารกและเด็กอายุ 5 ปี ลดลงจาก 8 คนและ 13 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนตามลำดับ ในปี 2533 และลดลงในปี 2539 เป็นประมาณ 5 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน แต่กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกโดยที่อัตราการตายของทารกเพิ่มเป็น 7 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนในปี 2546 และอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเพิ่มเป็น 17 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนในปี 2540 เป้าหมาย (MDG+) ของประเทศไทยต้องการให้อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงเหลือ 15 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนในปี 2549 นอกจากนี้ อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารของเด็กวัยก่อนเรียนกลับสูงขึ้นในระยะหลังปี 2543 (แต่ก็บรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษแล้ว) สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นปัญหาสองประการคือ ความคงเส้นคงวาของการเก็บข้อมูล และ/หรือ การให้บริการอนามัยแม่และเด็กขาดการพัฒนาให้ดีขึ้น

ตารางที่ 1 อัตราการตายและการขาดสารอาหารของเด็ก

| | อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ¹ | อัตราการตายของเด็กทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ¹ | อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ² | อัตราความเป็นโรคขาดสารอาหารระดับ 1* ของเด็กวัยก่อนเรียน (ร้อยละ) ³ |
|---------------|--|---|--|---|
| 2527 | 48 | 11.3 | | 24.9 |
| 2533 | 24.8 | 8.0 | 12.8 | 17.3 |
| 2534 | 19.4 | 8.3 | 12.8 | 16.3 |
| 2535 | 14.2 | 7.5 | 16.7 | 15.6 |
| 2536 | 15.2 | 7.4 | 11.6 | 14.2 |
| 2537 | 10.8 | 7.1 | 5.1 | 12.7 |
| 2538 | 10.7 | 7.2 | 5.1 | 11.0 |
| 2539 | 15.6 | 5.5 | 5.4 | 9.5 |
| 2540 | 10.6 | 3.7 | 16.9 | 9.0 |
| 2541 | 7.02 | 4.9 | | 7.9 |
| 2542 | 12.04 | 6.6 | | 8.3 |
| 2543 | 13.2 | 6.2 | | 8.5 |
| 2544 | 12.9 | 6.5 | | 8.6 |
| 2545 | 14.7 | 6.5 | | 7.8 |
| 2546 | 13.7 | 7.2 | | 8.2 |
| MDG (ปี 2558) | 9.05 | | 4.3 | 9.3 |
| MDG+ | 18 (ปี 2549) | | 15 (ปี 2549) | |

- ที่มา: 1. กระทรวงสาธารณสุข (2547ข).
 2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547).
 3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2531-44, 2547)

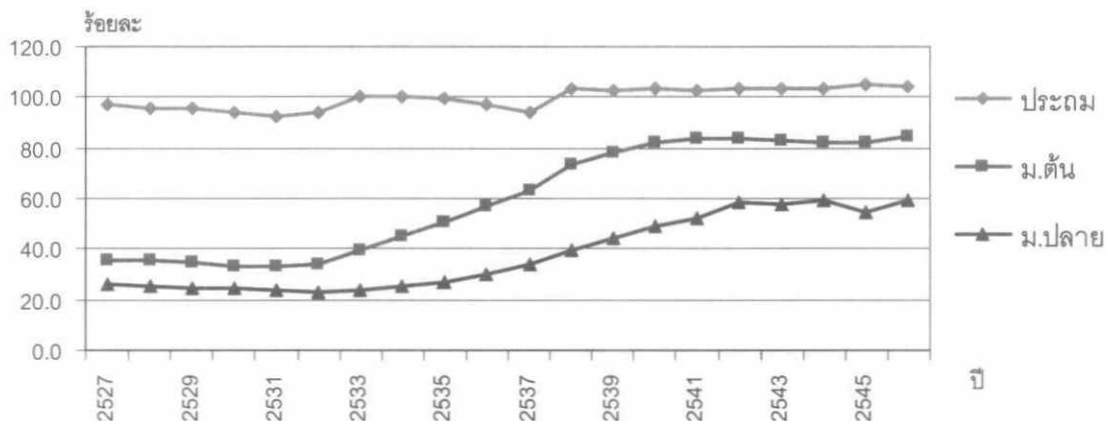
หมายเหตุ: * หมายถึง ร้อยละของเด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในช่วงร้อยละ 75-89.9 ของน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ซึ่งเป็นความรุนแรงระดับต่ำสุดของการขาดสารอาหาร

อัตราการเข้าเรียนของเด็กในวัยต่างๆ มีแนวโน้มสูงขึ้นแสดงให้เห็นถึงโอกาสในด้านการศึกษาของเด็กไทยดีขึ้นเป็นลำดับ (รูปที่ 1) การศึกษาภาคบังคับของไทยที่ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเริ่มบังคับใช้ในปี 2523 มีผลอย่างมากต่อการทำให้อัตรานักเรียนระดับประถมต่อประชากรวัยเรียนก่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม อัตราการคงอยู่ของนักเรียนระดับประถมอยู่ในระดับร้อยละ 70 ในช่วงปี 2537-41 และอัตราการอ่านออกและเขียนได้ของประชากรวัย 15-24 ปีในปี 2543 เท่ากับร้อยละ 98 เท่านั้น แม้ว่าจะมีการศึกษาภาคบังคับที่ประถมศึกษาเข้ามาแล้วถึง 20 ปีก็ตาม

อัตรานักเรียนในระดับมัธยมศึกษาต่อประชากรวัยเรียนค่อยๆ สูงขึ้นเป็นลำดับนับตั้งแต่มีแผนการศึกษาแห่งชาติในปี 2535 ซึ่งยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็น 9 ปี หรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในปี

2527 อัตราการเรียนต่อประชากรวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับร้อยละ 35 อัตรานี้เพิ่มเป็นร้อยละ 85 ในปี 2546 และอัตราการคงอยู่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสูงถึงร้อยละ 94 ในปี 2537 แต่กลับลดลงเป็นร้อยละ 91 ในปี 2541 พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติในปี 2542 ได้กำหนดให้ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (9 ปี) เป็นการศึกษาภาคบังคับ และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (12 ปี) เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในปี 2546 อัตรานักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นต่อประชากรวัยเรียนยังไม่สามารถเพิ่มเป็นร้อยละ 100 แต่ประเทศไทยได้กำหนดใน MDG+ แล้วว่าจะทำให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในปี 2549 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในปี 2558

รูปที่ 1 อัตราการเรียนต่อประชากรวัยเรียน



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2531-44, 2547).

หมายเหตุ : MDG ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี 2558 ส่วน MDG+ ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นภายในปี 2549 และให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายภายในปี 2558

แม้ว่าเด็กไทยจะมีโอกาสในการศึกษาดีขึ้นแต่โอกาสในการเรียนรู้ “คุณธรรมแห่งชีวิต” ทั้งจากสถาบันครอบครัวและโรงเรียนอาจจะไม่ได้ดีขึ้นตามไปด้วย การสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับการคอร์รัปชันจากเด็กและเยาวชนใน 38 โรงเรียน (ตารางที่ 2) เด็กประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าการทุจริตคอร์รัปชันทำได้แต่ต้องมีผลงานออกมาบ้าง ซึ่งให้เห็นว่าสังคมคนไทยควรจะร่วมมือกันปรับทัศนคติเกี่ยวกับคอร์รัปชันและความคิดในการแยกแยะถูกและผิดอย่างต่อเนื่อง มิเช่นนั้นอีก 20 ปีข้างหน้าเมื่อเยาวชนเหล่านี้มีบทบาทที่สำคัญในสังคมอาจจะช่วยทวีคูณปัญหาคอร์รัปชันและปัญหาคุณธรรมอื่นๆ ที่มีมากอยู่แล้วให้รุนแรงขึ้นได้

ตารางที่ 2 ทศนคติและค่านิยมบางประเภทของคนก่อนวัยทำงาน

| ประเด็น | กลุ่มตัวอย่าง | ผลการสำรวจ/สัมภาษณ์ศึกษา |
|--|---|---|
| ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน ¹ | เยาวชน 38 โรงเรียน | ร้อยละ 34 เชื่อว่าการคอร์รัปชันเป็นวัฒนธรรมที่ไม่อาจแก้ไขได้ ร้อยละ 45 เชื่อว่าการให้สินบนแก่ข้าราชการไม่ใช่เรื่องเสียหาย ร้อยละ 51 เชื่อว่าโกงได้แต่ต้องมีผลงานออกมาบ้าง |
| พฤติกรรมและทัศนคติทางเพศของวัยรุ่นอายุ 16-21 ปี (โดยบริษัทดุสิตโพล) ² | 4,200 คนใน 14 ประเทศ | ร้อยละ 23 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 57 สำหรับ 14 ประเทศ) ร้อยละ 1 ของตัวอย่างที่พ่อแม่มีบทบาทในการสอนเรื่องเพศให้แก่ลูก (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 12 สำหรับ 14 ประเทศ) |
| เด็กและเยาวชนดื่มสุรา มีอายุน้อยลง ³ | เด็กนักเรียนใน จ.นครราชสีมา | เด็กนักเรียนชั้น ป.2 ตั้งวงกับเพื่อนวัยเดียวกันอายุประมาณ 7-8 ปี ดื่มเหล้าเพื่อเลียนแบบผู้ใหญ่ |
| การทำงานของบัณฑิตใหม่ (โดยสวนดุสิตโพล) | นักศึกษาที่กำลังจะจบการศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน 1,012 คน | ร้อยละ 59 ไม่ต้องการศึกษาต่อแต่ต้องการทำงาน ร้อยละ 34 ต้องการทำงานในหน่วยงานเอกชน ร้อยละ 32 ต้องการทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 14 ต้องการทำงานในหน่วยงานราชการ |

- ที่มา: 1. หนังสือพิมพ์มติชน วันที่ 14 กันยายน 2547 จากการนำเสนอโดย นายสุเมธ ตันติเวชกุล เลขาธิการ มูลนิธิชัยพัฒนา ในการสนทนาเรื่อง “บ้านเมืองใสสะอาด ต้องกำราบคอร์รัปชัน” จัดโดย สมาคมรัฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ที่โรงแรมแกรนด์ มิราเคิล วันที่ 13 กันยายน 2547
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานภาวะสังคมปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน 2547 (รวบรวมจากรายงานสุขภาพคนไทย 2546 โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)
3. หนังสือพิมพ์ข่าวสด วันที่ 7 กันยายน 2547 ปีที่ 14 ฉบับที่ 5031
4. [hppt://dusitpoll.dusit.ac.th/2547/2547_205.html](http://dusitpoll.dusit.ac.th/2547/2547_205.html).

2. “ความหวัง” ในวัยทำงาน

“...เมื่อออกจากโรงเรียนแล้ว ผมต้องการงานอาชีพที่มีความหมาย ทำให้ได้รับความพอใจว่าตนได้ทำงานเป็นประโยชน์แก่สังคม

บ้านเมืองที่ผมอาศัยอยู่จะต้องมีชื่อมีแป ไม่มีการข่มขู่ กดขี่ หรือประทุษร้ายกัน...”

...ผมต้องการสุขภาพอนามัยอันดี และรัฐบาลจะต้องให้บริการป้องกันโรคแก่ผมอย่างฟรีกับบริการการแพทย์ รักษาพยาบาลอย่างถูกต้องดี เจ็บป่วยเมื่อใดหาหมอหาพยาบาลได้สะดวก...”

(บ๊วย อังภาภรณ์, 2543, อ้างแล้วในกรอบ)

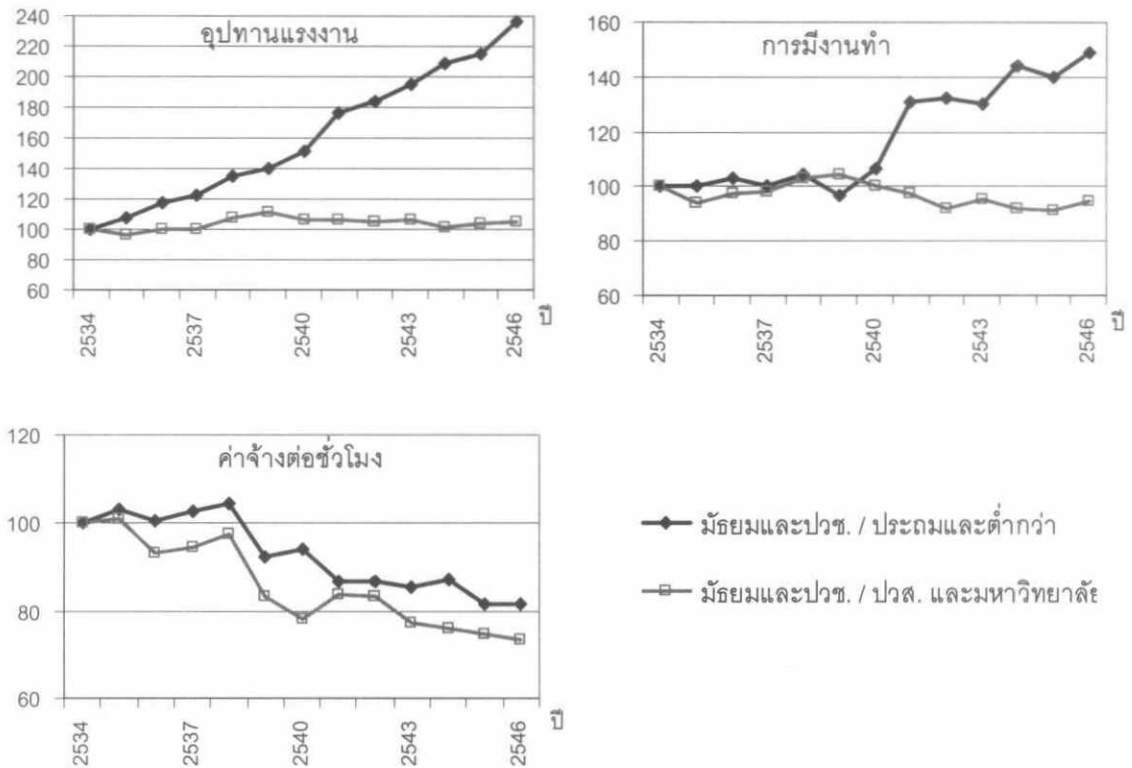
การที่คนไทยมีโอกาสทางการศึกษาดีขึ้นเรื่อยๆ ทำให้โครงสร้างแรงงานของไทยเปลี่ยนไปค่อนข้างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา การยกระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานเป็น 9 ปี หรือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในปี 2535 มีผลทำให้สัดส่วนอุปทานแรงงานระดับมัธยมศึกษาเปรียบเทียบกับระดับประถมศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากปี 2534 ถึงปี 2543 (ดัชนีอุปทานแรงงานเส้นมัธยมและ ปวช./ประถมและต่ำกว่าในรูปที่ 2) การที่มีโอกาสเรียนในระดับมัธยมต้นค่อนข้างมีผลต่อการตัดสินใจเรียนต่อในระดับสูงขึ้นไป ทำให้สัดส่วนแรงงานระดับมัธยมและ ปวช. ต่อระดับ ปวส. และมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้นในอัตราใกล้เคียงกัน และดัชนีอุปทานแรงงานอยู่ในช่วง 97 ถึง 110 (เส้นมัธยมและ ปวช./ปวส. และมหาวิทยาลัยในรูปที่ 2)

อย่างไรก็ดี โอกาสทางการศึกษาที่ดีขึ้นมิได้เป็นเครื่องรับรองว่าเมื่อออกจากโรงเรียนแล้วจะได้ทำอาชีพที่มีความหมายหรือรับรองว่าจะมีงานทำ สัดส่วนการมีงานทำของผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษาเพิ่งจะดีกว่าระดับประถมศึกษาหลังวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 (เส้นดัชนีการมีงานทำสูงกว่า 100 มากขึ้น) ในขณะที่เดียวกันโอกาสการมีงานทำของแรงงานระดับมัธยมศึกษาต่ำกว่าแรงงานระดับอุดมศึกษาโดยตลอดตั้งแต่ปี 2534 ยกเว้นสองปี ในช่วง 2538-39 ที่เศรษฐกิจขยายตัวค่อนข้างสูง นอกจากนี้ ค่าจ้างต่อชั่วโมงของแรงงานระดับมัธยมโดยเปรียบเทียบกับแรงงานระดับประถมศึกษาและอุดมศึกษาแย่งเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นมา (เส้นดัชนีค่าจ้างต่อชั่วโมงต่ำกว่า 100 ทั้งสองเส้น)

ในอดีตที่ผ่านมานับได้ว่าความมั่นคงในชีวิตการทำงานของผู้มีงานทำนั้นค่อนข้างดี อัตราการว่างงานโดยรวมในปี 2531 นั้นประมาณร้อยละ 4.2 และในปี 2546 อัตราการว่างงานต่ำมากที่สุดที่ประมาณร้อยละ 2.2 อัตราการว่างงานของแรงงานที่มีการศึกษาสูงมักจะสูงกว่าแรงงานที่มีการศึกษาลดลงมา ทั้งนี้เพราะบทบาทของภาคเศรษฐกิจแบบนอกระบบ (เช่น ภาคเกษตรและการค้าขายขนาดเล็ก) เป็นภาคที่ดูดซับแรงงานที่มีการศึกษาลดกว่าอุดมศึกษาไว้จำนวนมาก ภาคเกษตรมีบทบาทอย่างสูงในการดูดซับแรงงานระดับประถมศึกษา ดังนั้น เมื่อรวมผู้ว่างงานตามฤดูกาลเกษตรไว้เป็นผู้ว่างงานด้วยแล้วจะทำให้อัตราการว่างงานของแรงงานระดับประถมศึกษาสูงขึ้นมาก (รูปที่ 3) ในขณะที่อัตราการว่างงานของแรงงานระดับอุดมศึกษาในกรณีรวมและไม่รวมการว่างงานตามฤดูกาลแตกต่างกันน้อยมาก

งานทุกอาชีพเป็นงานที่มีความหมาย ปัญหาของคนไทยอยู่ที่ว่างงานอาชีพที่ทำอยู่ให้ผลตอบแทนไม่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผลตอบแทนของแต่ละอาชีพแตกต่างกันมากจนสร้างปัญหาการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมกัน ในปี 2531 คนไทยประมาณ 17.7 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 32.6 ของประชากรทั้งประเทศ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายเพื่อความจำเป็นด้านอาหารและความจำเป็นต่อการดำรงชีพอื่นๆ ในปี 2539 จำนวนคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่ออาหารและการดำรงชีพลดลงเหลือ 6.8 ล้านคนหรือร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งประเทศ จำนวนและสัดส่วนผู้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่ออาหารและการดำรงชีพเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2541-43 และกลับลดลงเป็น 6.2 ล้านคนหรือร้อยละ 9.8 ของประชากรทั้งประเทศในปี 2545 (ตารางที่ 3) ในปี 2552 ประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะลดสัดส่วนคนจนให้เหลือเพียงร้อยละ 4 ของประชากร (MDG+)

รูปที่ 2 ดัชนีอุปทานแรงงาน การมีงานทำ และค่าจ้างจำแนกตามการศึกษา



ที่มา : จำนวนจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเฉลี่ยไตรมาส 1 และ 3

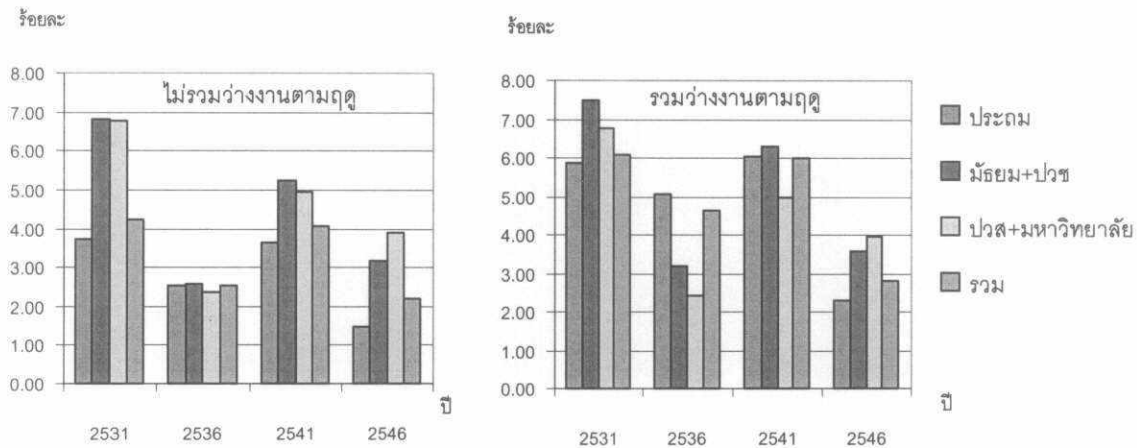
หมายเหตุ : รวมเฉพาะแรงงานอายุ 25-59 ปี จำนวนผู้มีงานทำรวมเฉพาะลูกจ้างที่ได้รับค่าตอบแทน ค่าดัชนีแสดงให้เห็นว่า

สถานการณ์ของแรงงานระดับมัธยมศึกษาและ ปวช. ดีขึ้นหรือแย่ลงโดยเปรียบเทียบกับแรงงานระดับประถมและแรงงานระดับ ปวส. และอุดมศึกษา

ในช่วงเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนคนที่มีรายได้น้อยกว่าความจำเป็นในด้านอาหารและการดำรงชีพลดลงประมาณ 2 ใน 3 แต่ทว่าส่วนแบ่งของความมั่งมีทางเศรษฐกิจกลับมิได้กระจายไปสู่คนรายได้ต่ำเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในปี 2531 ประชากรที่มีรายได้น้อยที่สุด 1 ใน 5 ของประเทศมีส่วนแบ่งรายได้ร้อยละ 4.5 ของรายได้จากประชากรทั้งหมด ซึ่งนับว่าสูงที่สุดตั้งแต่ปี 2531 ถึง 2545 ในปี 2545 นั้น ประชากรที่มีรายได้น้อยที่สุด 1 ใน 5 ของประเทศ มีส่วนแบ่งรายได้เพียงร้อยละ 4.2 เท่านั้น ประชากรที่มีรายได้มากที่สุด 1 ใน 5 ของประเทศมีส่วนแบ่งรายได้มากถึงร้อยละ 56.2

ความเท่าเทียมด้านรายได้ระหว่างประชากรจะไม่ได้ดีขึ้นแต่ในด้านความเท่าเทียมของรายได้และการมีงานทำระหว่างเพศหญิงและชายค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตามโอกาสในการทำงานของหญิงและสัดส่วนรายได้ของหญิงมักต่ำกว่าชายเสมอ ในปี 2533 หญิง 62 คนต่อชาย 100 คน มีโอกาสในการทำงานเป็นลูกจ้างแบบมีค่าจ้าง (เป็นแรงงานในระบบ) ในปี 2545 โอกาสการทำงานเป็นลูกจ้างของหญิงดีขึ้นเป็น 70 คนต่อชาย 100 คน และหญิงมีค่าจ้างร้อยละ 90 ของค่าจ้างของชาย

รูปที่ 3 อัตราการว่างงานจำแนกตามการศึกษา



ที่มา : จำนวนจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเฉลี่ยไตรมาส 1 และ 3

ตารางที่ 3 ความยากจนและการกระจายรายได้ของคนไทย

| ปี | ส่วนแบ่งรายได้ครัวเรือน ของประชากรร้อยละ 20 ที่ยากจนที่สุด (ร้อยละ) ¹ | สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ ต่ำกว่าเส้นความยากจน [*] (ร้อยละ) ¹ | สัดส่วนหญิงต่อชาย 100 คน ที่ทำงาน เป็นลูกจ้าง ² | สัดส่วนค่าจ้างของหญิง ต่อค่าจ้างของชาย 100 บาท ² |
|------|--|---|--|---|
| 2531 | 4.5 | 32.6 | | |
| 2533 | 4.1 | 27.2 | 62.5 | 87.7 |
| 2535 | 3.8 | 23.2 | 63.2 | 83.7 |
| 2537 | 4.0 | 16.3 | 62.5 | 85.7 |
| 2539 | 4.2 | 11.4 | 72.6 | 86.5 |
| 2541 | 4.2 | 13.0 | 74.9 | 90.5 |
| 2543 | 3.9 | 14.2 | | |
| 2545 | 4.2 | 9.8 | | |
| MDG | | 13.6 (ปี 2558) | | |
| MDG+ | | ต่ำกว่าร้อยละ 4 (ปี 2552) | | |

ที่มา: 1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2546)

2. จำนวนจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเฉลี่ยไตรมาส 1 และ 3

หมายเหตุ : * เส้นความยากจนหมายถึง เส้นที่แสดงถึงระดับรายได้ที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย สำหรับความจำเป็นด้านโภชนาการและความจำเป็นพื้นฐานด้านอื่นๆ ผู้ที่มีรายได้ (หรือค่าใช้จ่าย) ต่ำกว่าเส้นความยากจน หมายถึง มีรายได้ (ค่าใช้จ่าย) ไม่เพียงพอต่อความจำเป็นพื้นฐานทั้งด้านโภชนาการและด้านอื่นๆ

บทบาทในการทำงานของหญิงมักต่ำกว่าชาย ตัวอย่างเช่น สัดส่วนผู้หญิงในตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลางมีเพียงร้อยละ 10 ในปี 2535 และเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ในปี 2544³ และสัดส่วนผู้หญิงในองค์กรบริหารส่วนตำบลมีเพียงร้อยละ 9 ในปีเดียวกัน

ในด้านความมั่นคงปลอดภัยในด้านจิตใจ ชีวิตและทรัพย์สินและปัญหาครอบครัวของคนไทยมีแนวโน้มแย่ลง (ตารางที่ 4 และรูปที่ 4) อัตราการป่วยโรคจิตและซึมเศร้าของคนไทยสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2540 จำนวนผู้ป่วยโรคจิตมีอัตรา 440 ต่อประชากร 100,000 คน และได้เพิ่มกว่าสองเท่าตัวเป็น 828 คนต่อประชากร 100,000 คน ในเวลา 5 ปีต่อมา อัตราการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มจาก 56 คนต่อประชากร 100,000 คน เป็น 175 คนต่อประชากร 100,000 คนในช่วงเดียวกัน อัตราการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยความผิดปกติทางจิตเพิ่มเป็นสองเท่าจากปี 2535 ถึงปี 2544 อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากปี 2537 ถึง 2544 นอกจากนี้ ความรุนแรงในครอบครัวก็มีอยู่ในอัตราสูง จากการสำรวจของเอแบคโพล ใน 5 จังหวัด⁴ พบว่าร้อยละ 20.9 ของแม่บ้านถูกทำรุนแรงทางกาย วาจา (ดูคำ ใช้คำหยาบ) หรือจิตใจจากสามี

ตารางที่ 4 ความมั่นคงทางจิตใจและชีวิตทรัพย์สิน

| ปี | อัตราการป่วย ต่อประชากร 100,000 คน ¹ | | จำนวนคดีประทุษร้ายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ² | |
|------|--|-------------|---|--------|
| | โรคจิต | โรคซึมเศร้า | รับแจ้ง | จับ |
| 2538 | | | 80,649 | 48,228 |
| 2538 | | | 80,848 | 47,292 |
| 2540 | 440.2 | 55.9 | 85,069 | 48,872 |
| 2541 | 435.4 | 74.9 | 101,005 | 58,443 |
| 2542 | 424.8 | 99.58 | 90,829 | 51,750 |
| 2543 | 451.0 | 130.37 | 103,121 | 57,476 |
| 2544 | 519.6 | 94.9 | 101,129 | 54,675 |
| 2545 | 828.1 | 174.78 | 106,905 | 53,641 |

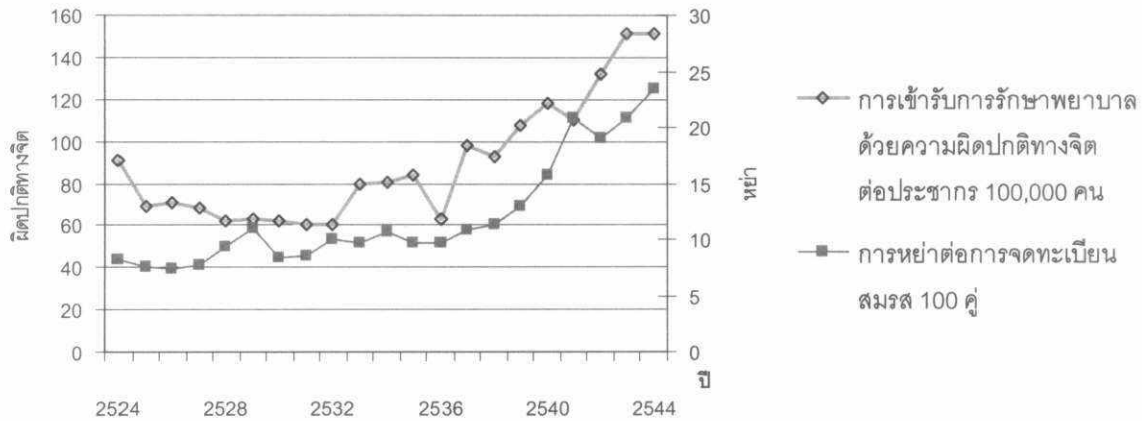
- ที่มา: 1. กระทรวงสาธารณสุข (2547ก)
2. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (2547ข)

“ความหวัง” ในด้านการรักษาพยาบาลของคนไทยดีขึ้นเป็นระยะๆ จากการที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้กระจายไปทั่วประเทศมากขึ้น และประชาชนทุกคนมีสิทธิในการได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากสวัสดิการข้าราชการพลเรือน สวัสดิการจากการประกันสังคม หรือสวัสดิการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านับตั้งแต่ปี 2541 ถึงแม้ว่าประชาชนที่ได้รับสวัสดิการจากการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเสียเงินจำนวนหนึ่งเพื่อให้ได้บริการการประกันสุขภาพ ก็นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่ประชาชนยอมรับได้และไม่แพงเมื่อเทียบกับราคาสินค้าและบริการอื่นๆ

³ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

⁴ กทม. สุพรรณบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช โดยเป็นตัวอย่างจากพ่อบ้าน 713 ตัวอย่าง และแม่บ้าน 1,563 ตัวอย่าง (หนังสือพิมพ์ข่าวสด วันที่ 7 กันยายน 2547)

รูปที่ 4 ความผิดปกติทางจิตและการหย่าร้าง



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545, 2547ก) และกระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 5 ร้อยละของการได้รับประโยชน์จากรัฐ กรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

| กลุ่มเดชีล์ตามระดับรายจ่ายต่อคนต่อเดือน | กรณีบริการผู้ป่วยนอก | | | กรณีบริการผู้ป่วยใน | | | รวม |
|---|----------------------|-----------|------------------|---------------------|------------------|----------------|-------|
| | สถานีอนามัย | ร.พ.ชุมชน | ร.พ.ทั่วไป/ศูนย์ | ร.พ.ชุมชน | ร.พ.ทั่วไป/ศูนย์ | ร.พ.นอกจังหวัด | |
| ร้อยละ 10 จนที่สุด | 12.2 | 11.5 | 3.5 | 11.7 | 6.7 | 21.1 | 8.90 |
| 2 | 13.1 | 13.6 | 6.5 | 10.5 | 7.0 | 4.3 | 9.29 |
| 3 | 10.8 | 14.1 | 8.7 | 8.6 | 9.2 | 3.2 | 9.98 |
| 4 | 15.4 | 11.5 | 10.7 | 14.2 | 9.8 | 10.1 | 11.53 |
| 5 | 13.7 | 13.2 | 8.5 | 10.4 | 10.8 | 13.7 | 11.03 |
| 6 | 11.7 | 11.8 | 15.6 | 7.4 | 14.2 | 4.7 | 12.12 |
| 7 | 13.9 | 10.2 | 10.6 | 24.9 | 6.7 | 6.6 | 12.38 |
| 8 | 5.6 | 8.2 | 17.0 | 6.5 | 13.8 | 26.4 | 11.77 |
| 9 | 2.9 | 3.3 | 7.8 | 2.8 | 14.0 | 5.3 | 7.13 |
| ร้อยละ 10 รวยที่สุด | 0.7 | 2.5 | 11.1 | 3.0 | 7.8 | 4.6 | 5.87 |
| รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547).

ประเด็นปัญหาของการรักษาพยาบาลของไทยในปัจจุบันไม่ใช่เรื่องที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ แต่เป็นเรื่องคุณภาพบริการและความไม่เท่าเทียมกันของการได้รับสวัสดิการรักษายาบาลจากรัฐดังแสดงในตารางที่ 5 ประชากรที่จนที่สุด 1 ใน 5 ของประเทศได้รับประโยชน์จากรัฐกรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงร้อยละ 18 โดยที่ประโยชน์ส่วนใหญ่ได้รับผ่านทางการใช้บริการจากสถานเอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน (ซึ่งมีต้นทุนเฉลี่ยต่อการให้บริการต่ำ) คนในเมืองซึ่งโดยเฉลี่ยรวยกว่าได้รับประโยชน์จากการใช้บริการจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปสูงกว่า ประชากรที่อยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางได้รับประโยชน์สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3. “ความหวัง” ในวัยชราถึงเชิงตะกอน

“...เมื่อแก่ ผมและเมียก็ควรได้ประโยชน์ตอบแทนจากการประกันสังคม ซึ่งผมได้จ่ายบำรุงตลอดมา

เมื่อจะตาย ก็ขออย่าให้ตายอย่างโง่ๆ อย่างบ้าๆ คือ ตายในสงครามที่คนอื่นก่อให้เกิดขึ้น ตายในสงครามกลางเมือง ตายเพราะอุบัติเหตุรถยนต์ ตายเพราะน้ำหรืออากาศเป็นพิษ หรือตายเพราะการเมืองเป็นพิษ...”

(บ๊วย *สิ่งภาครณ*, 2543, อ้างถึงแล้วในกรอบ)

การชราภาพเป็นช่วงหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนคาดการณ์ได้ว่าจะต้องเกิดขึ้นตามสังขารโดยธรรมชาติ แต่ทว่าไม่เพียงแต่คนไทยเท่านั้นที่ขาดการวางแผนให้กับอนาคตในช่วงวัยสุดท้ายของตน แม้แต่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษโดยประเทศต่างๆ ก็ไม่มีเป้าหมายในด้านคุณภาพชีวิตของคนชราโดยตรง

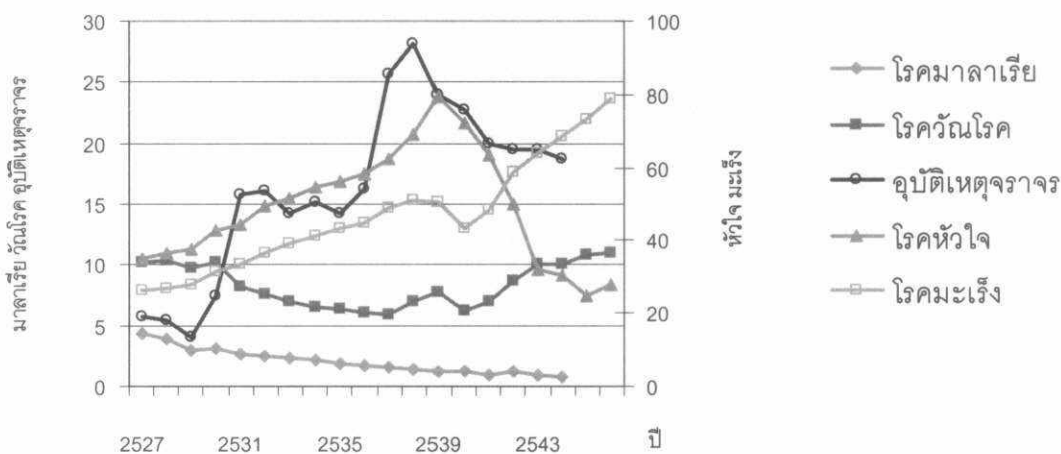
คนไทยในวัยชรายังขาดความมั่นคงด้านรายได้ หลักประกันด้านรายได้สำหรับคนชราในประเทศไทยในปัจจุบันมีอยู่ 3 ระบบคือ ระบบการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพสำหรับคนชราที่ยากจน ระบบบำเหน็จบำนาญสำหรับข้าราชการและระบบบำนาญสำหรับลูกจ้างภายใต้กองทุนประกันสังคม ในปี 2545 ทั้งสามระบบนั้นครอบคลุมประชากรทั้งหมด 4 แสนคน 1.8 ล้านคน และ 7 ล้านคน ตามลำดับ ระบบของกองทุนประกันสังคมเป็นเพียงระบบเดียวที่มีการเก็บเงินสะสมเข้ากองทุนเป็นรายเดือนจากผู้เป็นสมาชิก (ผู้ประกันตน) ผู้ที่ทำงานเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ประมาณ 2 แสนคน) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับบำนาญเมื่อชราภาพ แต่ได้รับบำเหน็จ โดยภาพรวมแล้วในปัจจุบันประชาชนไทยประมาณ 32.8 ล้านคน ยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้เมื่อถึงคราวชราภาพ

อัตราการตายของคนไทย (ไม่เฉพาะคนชรา) อันเนื่องมาจากโรคติดต่อมีน้อยลงจากรูปที่ 5 จะเห็นว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งและวัณโรคต่ำกว่าการตายด้วยอุบัติเหตุจราจร โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง ความสำเร็จในการลดอัตราการตายจากวัณโรคเห็นได้ชัดในช่วงปี 2530 ถึง 2537 การกลับมาของวัณโรค (ประกอบกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง) อาจนับได้ว่ารุนแรงกว่าเดิมถึงขั้นทำให้อัตราการตายจากโรควัณโรคในปี 2546 สูงกว่าเมื่อ 20 ปีที่แล้ว

อัตราการตายด้วยอุบัติเหตุจากรุนแรงที่สุดในปี 2538 เท่ากับ 28 คนต่อประชากรแสนคน ในปีนั้นมีมูลค่าของความเสียหายสูงถึง 1,600 ล้านบาท อย่างไรก็ดี ถ้าวรวมการตายจากอุบัติเหตุทุกประเภทเข้าด้วยกันแล้วจะทำให้อัตราการตายจากอุบัติเหตุสูงถึง 61 คนต่อประชากรแสนคนในปีเดียวกัน

สาเหตุหลักของการตายจากโรคของคนไทยในปัจจุบันคือ โรคมะเร็งและโรคหัวใจ เมื่อ 20 ปีที่แล้วคนไทยตายด้วยโรคมะเร็งและหัวใจประมาณ 26 และ 35 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2539 อัตราการตายด้วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 80 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 คนไทยตายด้วยโรคมะเร็งมากขึ้นเป็น 79 คน แต่ตายด้วยโรคหัวใจน้อยลงเป็น 28 คนต่อประชากรแสนคน

รูปที่ 5 สาเหตุการตายต่อประชากร 100,000 คน



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข (2545, 2547ข)

4. คุณภาพแห่งชีวิตของคนไทยในอนาคต

คุณภาพแห่งชีวิตของคนไทยตั้งแต่ครม.มาร์ดาถึงเชิงตะกอนจะเป็นเช่นไรอีก 20 ปีข้างหน้าย่อมสัมพันธ์เกี่ยวกับแนวโน้มและทิศทางการพัฒนาของประเทศ ถ้าประเทศไทยมุ่งเปลี่ยนแบบการพัฒนาของประเทศพัฒนาแล้ว อนาคตของคนไทยก็คงไม่ต่างจากประเทศเหล่านั้น (ดังแสดงในตารางที่ 6) คนไทยคาดว่าจะมีรายได้สูงขึ้นและด้วยวิทยาการทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้นย่อม

ตารางที่ 6 ประชากรในประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ

| | แคนาดา | อเมริกา | ฝรั่งเศส | สหราชอาณาจักร | ญี่ปุ่น | เกาหลีใต้ | ไทย |
|---|--------|---------|----------|---------------|---------|-----------|---------------------------|
| ประชากร (ล้านคน) ปี 2545 ¹ | 31.4 | 288.4 | 59.5 | 59.2 | 127.2 | 47.6 | 61.6 |
| ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ปี 2545 ¹ (ร้อยละของประชากร) ¹ | 12.8 | 12.5 | 16.1 | 16.1 | 18.1 | 7.2 | 6.4 |
| อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ปี 2543 ¹ | 6 | 17 | 17 | 13 | 10 | 20 | 14 ² |
| อัตราการตายของเด็กทารกต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ปี 2545 ¹ | 5 | 7 | 4 | 5 | 3 | 5 | 7 ² |
| อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปี 2545 ¹ | 7 | 8 | 6 | 7 | 5 | 5 | 17 ² (2540) |
| อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อวัยรุ่น 1,000 คน ปี 2544 ³ | 20.2 | 52.1 | 9.3 | - | 4.6 | 2.9 | - |
| อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ปี 2543 ⁴ | ชาย | 18.4 | 17.1 | 26.1 | 7.5 | 35.2 | 13.2 ⁵ |
| | หญิง | 5.2 | 4.0 | 9.4 | 11.8 | 13.4 | 3.7 ⁵ |
| | รวม | 11.7 | 10.4 | 17.5 | 3.3 | 24.1 | 8.4 ⁵ |
| อัตราการหย่าต่อการแต่งงาน 100 คู่ ⁶ | | 45.1 | 50.6 | 40.9 | 52.7 | 33.1 | 24.6 |
| | | (2541) | (2541) | (2541) | (2542) | (2543) | (2543) |
| อัตราการว่างงาน 2546 ⁶ | 7.6 | 6.0 | 9.4 | 5.0 | 5.3 | 3.6 | 2.2 ⁷ |

ที่มา: 1. The World Bank (2004)

2. กระทรวงสาธารณสุข (2547ข) และ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547)

3. United Nation Children's Fund (2004).

4. World Health Organization (2004)

5. กรมสุขภาพจิต, <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp>

6. <http://www.oecd.org/dataoecd/41/13/18595359.pdf>

7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546), ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเฉลี่ยไตรมาส 1 และ 3

ทำให้อัตราการตายของเด็กทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลง คนไทยจะมีอายุโดยเฉลี่ยสูงขึ้น จนทำให้สังคมในอนาคตจะมีสัดส่วนคนชราต่อประชากรสูงขึ้น ในปี 2563 คาดว่าจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12 ล้านคนหรือร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉลี่ยประชากรวัยทำงาน 4 คนจะมีภาวะเสี่ยงดูคนแก่ 1 คน (Worawan Chandoevit, 2003) อย่างไรก็ตาม การที่สถาบันครอบครัวเปราะบางลงจากการร่นววยอยู่กับการเลี้ยงชีพ ปัญหาที่มักจะตามมาคือ เด็กขาดที่พึ่งขาดความมั่นคงทางจิตใจ สิ่งให้เห็นในประเทศพัฒนาแล้วคือ อัตราการหย่าร้าง การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น ในประเทศฝรั่งเศสมีอัตราการหย่าร้างสูงถึง 53 คู่ต่อการแต่งงาน 100 คู่ ในประเทศอเมริกามีอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูงถึง 52 คนต่อวัยรุ่น 1,000 คน ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 24 คน

ต่อประชากรแสนคน ความเท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิงคาดว่าจะมีปัญหาน้อยลง แต่จะมีการเรียกร้องความเท่าเทียมของเพศที่สามมากขึ้น คนไทยในอนาคตจะมีความมั่นคงในชีวิตการงานลดลง ถ้าพิจารณาตามโครงสร้างการผลิตเช่นปัจจุบัน ประชาชนจะมีการศึกษาสูงขึ้นเพราะบทบาทของการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี (และเป้าหมาย MDG+ ที่ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายภายในปี 2558) ทำให้อัตราการเรียนต่อระดับอุดมศึกษาหรือระดับตติยภูมิสูงขึ้นไปด้วย ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะไม่เลือกทำงานในภาคเกษตรและภาคเศรษฐกิจนอกระบบ ในขณะที่โครงสร้างการผลิตของภาคอุตสาหกรรมและบริการไม่พัฒนาไปในทิศทางที่ต้องการแรงงานที่มีการศึกษาสูง ในที่สุดอัตราการว่างงานจะสูงขึ้นดังเช่นในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ

ประเด็นที่ทำลายต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยในอนาคตตั้งแต่ครม.มาร์ดาถึงเชิงตะกอนที่บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นยังคงสอดคล้องกับปฏิทินแห่งความหวังของ ดร. ป๋วย ดังประกอบด้วย

- การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กให้ทัดเทียมประเทศที่พัฒนาแล้ว
- การเรียนรู้คุณธรรมและการหล่อหลอมทัศนคติในการแยกแยะสิ่งที่สังคมไทยเห็นว่า “ถูกต้อง” และ “ไม่ถูกต้อง”
- การส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่เด็ก
- การทำให้เด็กทุกคนได้มีโอกาสรับการศึกษาในระดับตติยภูมิอย่างเท่าเทียมกัน
- การทำให้ผลตอบแทนของแต่ละอาชีพทัดเทียมกันมากขึ้น
- การลดอัตราการว่างงานและสร้างความมั่นคงในชีวิตการงาน
- การส่งเสริมให้คนไทยมีเวลาว่างสำหรับครอบครัวมากขึ้น
- การลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทุกประเภท จากความไม่สงบภายใน จากโรคมะเร็ง และจากโรคหัวใจ และ
- การสร้างความมั่นคงแก่ชีวิตให้คนไทยในวัยชรา

ประเด็นเหล่านี้คงไม่ใช่ประเด็นทั้งหมดที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย แต่เชื่อว่าเป็นประเด็นหลักที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพแห่งชีวิตของคนไทยในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญ และควรจะมีการร่วมกันคิดและหาแนวทางปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

“...สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณท่านทั้งหลายที่อุทิศส่่านอ่านมาจนจบ ขอความสุขสวัสดิ์และสันติสุขจงเป็นของท่านทั้งหลาย และพระท่านกล่าวไว้ดังนี้ เกี่ยวกับความสุขสวัสดิ์

‘เราตถาคตไม่เห็นความสุขสวัสดิ์อื่นใดของสัตว์ทั้งหลาย นอกจากปัญญา เครื่องตรัสรู้ ความเพียร ความสำรวมอินทรีย์ และความเสียสละ’”

(ป๋วย อึ้งภากรณ์, 2543, อ้างถึงแล้วในกรอบ)

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). **ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลแผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็กไทย**. http://www.m-society.go.th/stat/npa_indicator_data.pdf.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. 2547ก. **อัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ปีงบประมาณ 2540-2545**. <http://www.dmh.go.th/report/population/pop1.asp>, (ตุลาคม 2547).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2545. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. 2547ข. **สถิติสาธารณสุข**. http://203.157.19.191/input_bps.htm (ตุลาคม 2547).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคระบาดวิทยา. 2547ค. **ข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS) ในสถานการณ์โรค**. <http://epid.moph.go.th/> (ตุลาคม 2547).
- กระทรวงสาธารณสุข. 2543-45. **สถิติสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- ป่วย อึ้งภากรณ์. 2543. "คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง" ใน จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน (พิมพ์ครั้งที่ 4), กรุงเทพฯ : มูลนิธิโกมลคีมทอง, หน้า 5-8.
- วิโรจน์ ตั้งเสถียรและคณะ. 2547. "การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปัจจุบันและอนาคต" ใน กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศ เอกสารการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 ที่โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ.
- สวนดุสิตโพล. 2547. http://dusitpoll.dusit.ac.th/2547/2547_205.html (พฤศจิกายน 2547).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2531-44. **เครื่องชี้ภาวะสังคม**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546. **การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ: 2 ปีแห่งการเปลี่ยนแปลง**, เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2546 วันที่ 30 มิถุนายน 2546 ที่ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้า อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2547. **รายงานภาวะสังคม ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน**, กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และองค์การสหประชาชาติ. 2547.

รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547.

กรุงเทพฯ.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2547ก. สถิติคดีอุบัติเหตุ. http://www.police.go.th/traff_main.htm

(พฤศจิกายน 2547).

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2547ข. สถิติคดีอาญา. http://www.police.go.th/dn_main.htm

(พฤศจิกายน 2547).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2527-45. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2533-46. ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร.

หนังสือพิมพ์ข่าวสด ฉบับประจำวันที 7 กันยายน 2547 ปีที่ 14 ฉบับที่ 5031 หน้า 1.

หนังสือพิมพ์มติชน. ฉบับประจำวันที 14 กันยายน 2547 ปีที่ 27 ฉบับที่ 9684 หน้า 1.

Worawan Chandoevmit. 2003. **Old Age Income Security and Poverty Incidence**. A Research paper for the Poverty Reduction Partnership between the World Bank and Thailand Development Research Institute.

World Bank. 2004. **World Development Indicators 2004**. Washington D.C.: World Bank.

World Health Organization. 2004. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/ (November 2004).

United Nations Children's Fund. 2004. <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard3e.pdf> (November 2004).